

Global Psychotrauma Screen (GPS)

جنس عورت مرد دیگر جنس

عمر (سال)

بعض اوقات لوگوں کے ساتھ کچھ غیر معمولی یا خاص طور پر ڈروانے خوفناک یا صدماتی واقعات پیش آتے ہیں۔

اس واقعہ یا تجربے کی مختصر وضاحت کریں جو آپ کو حال ہی میں سب سے زیادہ متاثر کرتا ہے۔

یہ واقعہ رونما ہوا۔ پچھلے مہینے پچھلے آدھے سال کے دوران پچھلے سال کے دوران اس سے بھی پہلے

یہ واقعہ:

میری اب تک کی زندگی میں پیش آنے والا واحد واقعہ تھا جو۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔ سال کی عمر میں پیش آیا۔

ایک طویل مدت کے دوران / متعدد بار، عمر کے مختلف حصوں (۔۔۔۔۔۔۔۔ سال کی عمر) اور (۔۔۔۔۔۔۔۔ سال کی عمر) میں پیش آیا۔

ذیل میں دیئے گئے کون سے پہلو اس واقعے سے متعلق ہیں۔

جسمانی تشدد:	<input type="checkbox"/> خود کو	<input type="checkbox"/> کسی اور کے ساتھ
جنسی تشدد:	<input type="checkbox"/> خود کو	<input type="checkbox"/> کسی اور کے ساتھ
جذباتی زیادتی:	<input type="checkbox"/> خود کو	<input type="checkbox"/> کسی اور کے ساتھ
شدید چوٹ:	<input type="checkbox"/> خود کو	<input type="checkbox"/> کسی اور کے ساتھ
جان کو خطرہ:	<input type="checkbox"/> خود کو	<input type="checkbox"/> کسی اور کے ساتھ

کسی عزیز کی اچانک موت

آپ کسی اور کو نقصان پہنچا رہے ہیں

کورونا وائرس (COVID - 19)

مندرجہ بالا واقعہ پر غور کرتے ہوئے، پچھلے مہینے کے دوران آپ (نے/کو)

1	ماضی کے تلخ صدمات یا انتہائی تلخ تجربات جن سے آپ گزرے ان سے متعلق کوئی ڈراؤنے خواب آئے یا آپ نے ان کے متعلق سوچا؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
2	انتہائی کوشش کی کہ آپ کو ماضی کے صدمات یاد نہ آئیں یا ہر ممکن حد تک اس صورتحال سے بچنے کی کوشش کی جو آپ کو ان واقعات کی یاد دلائے؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
3	اپنی حفاظت کے لیے مسلسل ہوشیار رہے، چونکہ رہے یا بہت جلدی بہت زیادہ گھبرا جاتے ہیں؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
4	خود کو لوگوں، سرگرمیوں، اپنے ارد گرد کے ماحول سے بے حس یا لا تعلق محسوس کیا۔	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
5	خود کو قصور وار محسوس کیا یا اپنے آپ اور دوسروں کو ماضی میں پیش آنے والے صدمات یا اس کی وجہ سے پیدا ہونے والے مسائل کا الزام دینے سے نہ روک سکے؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
6	خود کو بیکار یا غیر اہم محسوس کرتے رہے؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
7	اس حد تک طیش زدہ ہوئے کہ خود پر قابو نہ رکھ سکے؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
8	گھبراہٹ، تشویش یا تناؤ کا شکار رہے؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
9	پریشانی پر قابو پانے یا اسے روکنے کے قابل نہ رہے؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
10	خود کو غم زدہ، ناامید، یا افسردہ، محسوس کرتے رہے؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
11	کاموں کو سرانجام دینے میں بہت معمولی دلچسپی یا خوشی محسوس کی؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
12	نیند آنے یا نیند کے دوران سونے کے مسائل کا سامنا رہا؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
13	اپنے آپ کو اردو ناقصان پہنچانے کی کوشش کی؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
14	دنیا یا دوسرے لوگوں کو اس مختلف انداز جس میں وہ کسی خواب اجنبی یا غیر حقیقی چیزوں کی مانند معلوم ہوں سمجھا؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
15	خود کو اپنے جسم سے لا تعلق یا علیحدہ محسوس کیا۔ مثال کے طور پر خود کو اوپر سے نیچے پڑا ہوا دیکھ رہے ہوں یا فاصلے سے اپنے جسم کا بیرونی مشاہدہ کر رہے ہوں؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
16	دیگر جسمانی، جذباتی یا معاشرتی مسائل کا سامنا ہوا جو آپ کے لیے پریشانی کا باعث بنے؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
17	دیگر واقعات جو ذہنی یا دباؤ کا باعث بنے (جیسا کہ مالی مسائل، ملازمت کی تبدیلی، گھر تبدیل کرنا، کام یا نجی زندگی میں سماجی تعلقات کے حوالے سے مسائل)؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
18	شراب، تمباکو یا سگریٹ نوشی، منشیات یا ادویات کا استعمال کر کے ذہنی تناؤ کو کم کرنے کی کوشش کی؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
19	مشکل وقت میں مدد کے لیے اپنے پاس ایسے لوگوں کی کمی محسوس کی جن پر آپ فوری طور پر انحصار کر سکتے (جیسا کہ جذباتی سہارا، بچوں یا پالتوں جانوروں کی دیکھ بھال، ہسپتال یا دکان تک سواری، بیماری کے دوران مدد)؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
20	کیا آپ نے اپنے بچپن (0-18 سال) کے دوران کوئی صدمہ جھیلنا (مثلاً خطرناک حادثا یا آگ لگنا، جسمانی یا جنسی حملہ یا زبردستی، کوئی آفت، کسی کو قتل یا شدید زخمی ہوتے دیکھنا یا کسی عزیز کو مرتے دیکھنا)؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں

21 کیا آپ کو کسی نفسیاتی مرض کی تشخیص کی گئی۔ یا آپ نے کبھی نفسیاتی مریض کے لیے علاج کروایا مثلاً، depression, anxiety, ہاں نہیں

personality disorder (افسردگی، تشویش، شخصیت کی بیماری)؟

22 کیا آپ خود کو حالات سے مقابلہ کرنے والا شخص سمجھتے ہیں؟ ہاں نہیں

23 آپ عملی طور پر خود کو کس قدر فعال سمجھتے ہیں؟

بالکل نہیں

مکمل طور پر

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

© 2016/2020, Global Psychotrauma Screen 2.0 Olff & Bakker, Global Collaboration on Traumatic Stress

Prof. Dr. Rabia Khawar, Jalees Ahmed, Memoona Aslam & Samvia Hussain (2023) Urdu Translation of Global Psychotrauma.
Department. of Applied Psychology, Govt College University Faisalabad

Corresponding Author: Rabia Khawar Email : rabiakhawar@gcuf.edu.pk