

ကမ္ဘာလုံးဆိုင်ရာ စိတ်ဝေဒနာ စစ်တမ်း  
ဆယ်ကျွတ်သက်များအတွက် (GPS-T)  
၁၁-၁၇ နှစ်

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Participant Identification Number

လိင်\*  အမျိုးသမီး (မိန်းကလေး)  အမျိုးသား (ယောက်ျားလေး)  အခြား  ပြောပြလိုစိတ်မရှိ

အသက် (နှစ်)\* |\_|\_|

တစ်ခါတရံ လူတို့မှာ ထူးထူးချွန်ချွန် ကြောက်စရာ၊ ထိန်လန့်စရာကောင်းသော အဖော်အဖွဲ့များ ဖြစ်တတ်ပါသည်။ အကယ်၍ သင့်တွင် ထိုသို့သောစုစုပေါင်းဖွဲ့စည်းမှုများ ယခု သင်အား အနောက်အပိုက် အဖော်စုစုဖွဲ့စည်းပေးပေးပေးသည့် အောက်ပါမေးခွန်းများကို ကျေးဇူးပြု၍ ဖြေကြားပေးပါ။

အဆိုပါ အဖော်အဖွဲ့များ ကိုတွေ့ရှိပြီးသည့်နောက် လွန်ခဲ့တဲ့လမှာ အောက်ဖော်ပြပါအကခြင်းအရာများအနက် တစ်ခုခုကို တွေ့ရှိခဲ့ဖူးသလား။ အတူတူအကျိုးရှိပါက "မရှိ" ဟု ကျေးဇူးပြု၍ ရေးမှတ်ပါ။ အတူတူအကျိုးရှိပါက "ရှိ" ဟု ရေးမှတ်ပေးပါ။

- |     |   |                                     |                                      |
|-----|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 1.  | အဆိုပါ အဖော်အဖွဲ့နှင့် ပတ်သက်၍ အလွန်ကြောက်စရာကောင်းသော အိပ်မက်များ သို့မဟုတ် စိတ်မကောင်းဖြစ်ရတဲ့ အတွေးများ ရှိခဲ့ဖူးသလား။   | <input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် | <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါမည် |
| 2.  | အဖော်အဖွဲ့အကခြင်း မတွေးမိ ခက်ခက်ခဲခဲ ကြိုးစားခဲ့ရပါသလား။ သို့မဟုတ် အဖော်အဖွဲ့များကို ပြန်လည်အမှတ်ရစေနိုင်သည့် အချိန်ရောသေများ၊ အခြေအနေများ၊ အပေါင်းအသင်းများစသည့် အရာမှန်သမျှကို ရှောင်ဖို့ ကြိုးစားပါသလား။ | <input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် | <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါမည် |
| 3.  | အကခြင်းမှ အမတ်စစ် မိမိကိုယ်ကို မလုံမချီခြားကာ ကာကွယ်၊ စောင့်ကြည့်နေပါသလား။ သို့မဟုတ် အလွယ်တကူ ထိတ်လန့်တတ်ပါသလား။  | <input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် | <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါမည် |
| 4.  | ရုပ်ခန့်အားဖြင့် ရှိနေသော်လည်း စိတ်လုံးလုံး မရောက်သလိုခံစားပြီးလူများ၊ လှုပ်ရှားမှုအခန်းအတာများ သို့မဟုတ် သင့်ပတ်ဝန်းကျင်မှ အေးစက်ထုံထိုင်းသွားသလို သို့မဟုတ် မပတ်သက်တော့သလို ခံစားရပါသလား။                 | <input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် | <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါမည် |
| 5.  | သင့်ဖွဲ့ဖော်အဖော်အရာအတွက် ဖြစ်ပျက်ခဲ့သည့်အရာ၏ အကျိုးဆက်ပြဿနာများအတွက် အပြစ်ရှိသည်ဟု ခံစားရပါသလား။   | <input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် | <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါမည် |
| 6.  | မိမိကိုယ်ကို အရေးမပါသောသူဟု အသုံးမရသောသူဟု ခံစားနေရပါသလား။  | <input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် | <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါမည် |
| 7.  | သင်မထိန်းချုပ်နိုင်သော ဒေါသထွက်ခြင်း သို့မဟုတ် စိတ်ဆိုးခြင်းများ ရှိပါသလား။   | <input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် | <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါမည် |
| 8.  | စိတ်ပူပါသလား သို့မဟုတ် စိုးရိမ်ပါသလား။  | <input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် | <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါမည် |
| 9.  | မင်းရဲ့စိုးရိမ်မှုများကို ရပ်တန့်နိုင်သလား သို့မဟုတ် မထိန်းချုပ်နိုင်သလား။  | <input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် | <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါမည် |
| 10. | စိတ်ဓာတ်ကျ၊ စိတ်ဖိဆီးကာ မျှော်လင့်ချက်မဲ့နေသလား။  | <input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် | <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါမည် |
| 11. | သင့်ကို ပျက်စီးမှုပေးခဲ့ဖူးသော အရာများအား လှုပ်ဆော်ရန် စိတ်ဝင်စားမှု သို့မဟုတ် ရွှင်လန်းမှု နည်းပါးသွားပါသလား။  | <input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် | <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါမည် |

12.	အိပ်ချင်ပါသလားလည်း အိပ်မပျက်နိုင်ခြင်းမျိုး ဖြစ်နေပေါ့သလား။	<input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါ									
13.	ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိဖြင့် သင့်ကိုယ်သင် ထိုခိုက်နာကျင်အောင် ကျိုးစားခဲ့သလား။	<input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါ									
14.	သင်နိုးနေသော်လည်း အိပ်မက်ထဲတွင် ရှိနေသကဲ့သို့ သင့်ပတ်ဝန်းကျင်ရှိ အခါအခါများနှင့် ကမ္ဘာကြီးကို ထူးဆန်းစွာ ရှုမငြိမ့်ပါသလား။	<input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါ									
15.	သင်သည် အထက်မှနေ၍ သင့်ကိုယ်သင် ငုံ့ကြည့်ရန်သေလိုမျိုး၊ သို့မဟုတ် သင်သည် သင့်ကိုယ်ခန့်၏ ပြင်ပမှ သင့်ကိုယ်သင် အကဲခတ်နေရသကဲ့သို့ ခံစားရပါသလား။	<input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါ									
16.	သင့်အား အနာအယုတ်ပေးသည့် အခါအခါများ ပြောဆိုမှုများ ရှိပါသလား (ဥပမာ- နာကျင်ကိုက်ခဲမှု၊ ဆိုးရွားသောခံစားချက်များ၊ ကျောင်း၊ မိသားစု သို့မဟုတ် သူငယ်ချင်းများနှင့် ပြောဆိုမှုများ)။	<input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါ									
17.	အခါအခါ စိတ်ဖိစီးစရာ အဖျက်အပျက်များ တွေ့ကြုံရပါသလား (ဥပမာ၊ ပိုက်ဆံ သို့မဟုတ် အစာအလုံအလောက်မရှိခြင်း၊ အခါအခါအိမ်သို့ပြန်ရခြင်း၊ ကျောင်းတွင်း ကိစ္စများ၊ သူငယ်ချင်းများကိစ္စများ၊ သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်များနှင့်ပတ်သက်၍)။	<input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါ									
18.	ဆေးလိပ်သောက်ခြင်း သို့မဟုတ် အီလက်ထရွန်းနစ် ဆေးငွေရှေ့ခင်း၊ အရက်သောက်ခြင်း၊ မူးယစ်ဆေးသုံးခြင်း သို့မဟုတ် သင့်အတွက် ညွှန်းမထားသော ဆေးများသောက်ခြင်းဖြင့် မကောင်းတဲ့ခံစားချက်တွေကို လျော့ပါးသွားအောင် ကျိုးစားခဲ့ပါသလား။	<input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါ									
19.	သင့်အား ပျက်စီးစွာရှာဖွေရန် ပုံပန်းပေးမည့်သူများ မရှိခဲ့ပါသလား (ဥပမာ၊ ဝမ်းနည်းနေချိန်တွင် သင့်အား နှစ်သိမ့်ပေးမည့်သူ၊ ကျောင်း သို့မဟုတ် ပွဲလမ်းသဘင်များသို့ ပို့ဆောင်ပေးမည့်သူ၊ ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆေးရုံများဆီသို့ သင်နှင့်အတူ သွားပေးမည့်သူ)။	<input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါ									
20.	သင်၏ အစောပိုင်းကလေးဘဝ (၀-၁၀ နှစ်) အတွင်းမှာ တခါတရံ ကြောက်စရာ သို့မဟုတ် ထိခိုက်လှစရာ အဖျက်အပျက်များ ကြုံဖူးပါသလား။	<input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါ									
21.	သင့်တွင် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် အပြုအမူဆိုင်ရာ ပြဿနာများ သို့မဟုတ် ထိုသို့သောပြဿနာများရှိနေသည့်ဟု အပြောခံဖူး သလား သို့မဟုတ် ကုသမှုခံယူဖူး ပါသလား။ (ဥပမာ၊ စိတ်ဓာတ်ကျခြင်း၊ စိုးရိမ်စိတ်၊ ADHD၊ အစားအသုံးမမှန်ခြင်း သို့မဟုတ် အပြုအမူဆိုင်ရာ ပြဿနာများ)	<input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါ									
22.	ယောကျ်ားအားဖြင့် သင့်ကိုယ်သင် ခံနိုင်ရည်ရှိသောသူ ဖြစ်သည်ဟု ယူဆပါသလား (ခက်ခဲသောအခြေအနေများမှ ပြန်ထလာသူ သို့မဟုတ် ဆိုးရွားသောအရာများကို ကျော်လွှားနိုင်သူ)။	<input type="checkbox"/> တင်ပြပါမည် <input type="checkbox"/> မတင်ပြပါ									
23.	သင်၏လက်ရှိ အခြေအနေအထားဆိုင်ရာကို မည်သို့ အဆင့်သတ်မှတ်မည်နည်း။ (ယခုလက်ရှိတွင် အိမ်၊ ကျောင်းနှင့် သင့်ဘဝ၏ အခြေအနေအထားတွင် သင် အဆင်ပြေနေပါသလား။)										
	ညို့	အလွန်ကောင်း									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	