

แบบคัดกรองโรคเครียดหลังเหตุการณ์ร้ายแรง (PTSD)

หากท่านเคยประสบกับเหตุการณ์ที่รู้สึกหวาดกลัว สะเทือนขวัญ สะเทือนใจในชีวิต ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มีข้อใดตรงกับความรู้สึกของท่านบ้าง

1. ท่านฝันร้ายหรือคิดถึงเหตุการณ์นั้นๆ ทั้งที่ไม่อยากคิดถึงมัน

ใช่ ไม่ใช่

2. ท่านพยายามหลีกเลี่ยงที่จะไม่คิดถึงเหตุการณ์ หรือหลีกเลี่ยงเส้นทางที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น

ใช่ ไม่ใช่

3. ท่านระแวงระวัง ตื่นกลัว หรือตกใจง่ายกว่าปกติ

ใช่ ไม่ใช่

4. ท่านไม่ยินดียินร้าย ไม่สนใจคนรอบข้าง หรือกิจกรรมต่างๆ รอบตัว

ใช่ ไม่ใช่

การแปลผล

หากท่านตอบ “ใช่” มากกว่า 3 ข้อ ควรปรึกษาจิตแพทย์เพื่อประเมินโรคเครียดจากเหตุการณ์ร้ายแรง (PTSD)