

Global Psychotrauma Screen (GPS)

\_\_\_\_\_ หมายเลขประจำตัวผู้ทำแบบประเมิน

แบบประเมินคัดกรองบาดแผลทางจิตใจแบบองค์รวม

เพศ  หญิง  ชาย  อื่น ๆ

อายุ \_\_ ปี

บางครั้งผู้คนอาจประสบกับเหตุการณ์ที่น่ากลัว เหตุการณ์เลวร้าย หรือ เหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ

กรุณาระบายเหตุการณ์ หรือ ประสบการณ์ ที่รบกวนคุณมากที่สุด มาโดยสังเขป

.....

เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นเมื่อใด  เดือนที่แล้ว  ครึ่งปีที่แล้ว  ปีที่แล้ว  นานกว่านั้น

เหตุการณ์นี้เป็น

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงครั้งเดียว เมื่อคุณอายุ \_\_ ปี

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหลายครั้ง เป็นเวลานาน ตั้งแต่คุณอายุ \_\_ ถึงอายุ \_\_ ปี

เหตุการณ์นี้มีลักษณะเป็นอย่างไร (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ความรุนแรงทางร่างกาย  ต่อตนเอง  ต่อผู้อื่น

ความรุนแรงทางเพศ  ต่อตนเอง  ต่อผู้อื่น

การทำร้ายจิตใจ  ต่อตนเอง  ต่อผู้อื่น

การบาดเจ็บร้ายแรง  ต่อตนเอง  ต่อผู้อื่น

การคุกคามถึงแก่ชีวิต  ต่อตนเอง  ต่อผู้อื่น

การที่บุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิตอย่างกะทันหัน

การที่คุณทำร้ายผู้อื่น

โควิด-19

จากเหตุการณ์ดังกล่าว ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีประสบการณ์ตรงกับข้อใดต่อไปนี้บ้าง

1. ฝันร้ายเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ หรือ คิดเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น  ไม่  ใช่  
เมื่อไม่ยอกคิดถึงมัน

2. พยายามอย่างมากในการที่จะไม่คิดเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ  ไม่  ใช่  
หรือ พยายามอย่างมากที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้คิดถึงเหตุการณ์นั้น

3. ต้องเตรียมพร้อม ระแวงระวัง ตลอดเวลา หรือ ตระหนกตกใจ สะดุ้งได้ง่าย  ไม่  ใช่

4. เฉยชา ไม่ยินดีในร้าย หรือ ตีตัวออกห่างจากผู้คน กิจกรรม หรือ สิ่งรอบข้าง  ไม่  ใช่

5. รู้สึกผิด หรือ ไม่สามารถหยุดโทษตัวเอง หรือ ผู้อื่น เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่  ไม่  ใช่  
กระทบกระเทือนจิตใจ หรือ ผลพวงจากเหตุการณ์นั้น

6. มักจะรู้สึกไร้ค่า  ไม่  ใช่

7. ไม่สามารถควบคุมความโกรธได้  ไม่  ใช่

8. รู้สึกกระวนกระวาย  ไม่  ใช่

9. ไม่สามารถหยุด หรือ ควบคุม ความรู้สึกกังวลได้  ไม่  ใช่

10. รู้สึกเศร้า หดหู่ หรือ สิ้นหวัง  ไม่  ใช่

11. ไม่สนใจ ไม่สนุก กับ การทำสิ่งต่าง ๆ  ไม่  ใช่

12. นอนไม่หลับ หรือ ตื่นกลางดึก	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> ใช่
13. พยายามทำร้ายตนเอง	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> ใช่
14. รู้สึกว่าสิ่งรอบข้าง หรือ คนรอบข้าง ดูแปลกไป จนเหมือนไม่อยู่ในโลกของความ เป็นจริง หรือ เหมือนอยู่ในฝัน	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> ใช่
15. รู้สึกว่าไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกับร่างกาย (เช่น รู้สึกเหมือนกับกำลังมองตัวเองจาก ภายนอก หรือ รู้สึกเหมือนตัวเองเป็นคนอื่นที่กำลังมองตัวเองอยู่)	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> ใช่
16. มีปัญหาอื่น ๆ ทางร่างกาย อารมณ์ หรือ สังคม ที่รบกวนชีวิต	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> ใช่
17. ประสบกับเหตุการณ์ที่ทำให้เครียดอื่น ๆ (เช่น ปัญหาการเงิน, การเปลี่ยนงาน, การ ย้ายที่อยู่, ปัญหาความสัมพันธ์ที่ทำงาน หรือ ที่บ้าน)	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> ใช่
18. พยายามจะลดความเครียดโดยการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ใช้ยาเสพติด หรือ ยาที่ แพทย์สั่ง	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> ใช่
19. สูญเสียบุคคลที่เป็นที่พึ่งพาได้ยามลำบาก (เช่น คนที่คอยให้กำลังใจ, คนที่คอยช่วย ดูแลลูกหรือสัตว์เลี้ยง, คนที่พาไปโรงพยาบาลหรือไปซื้อของ หรือ คนที่คอยช่วย ดูแลยามเจ็บป่วย)	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> ใช่
20. ในช่วงวัยเด็ก (ก่อนอายุ 18 ปี) คุณเคยประสบกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือน จิตใจหรือไม่ (เช่น อุบัติเหตุร้ายแรง, ไฟไหม้, การถูกทารุณกรรมทางกาย, การถูก ทารุณกรรมทางเพศ, ภัยพิบัติ, การเห็นการฆาตกรรม, การเห็นคนบาดเจ็บรุนแรง หรือ การที่บุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิต)	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> ใช่
21. คุณเคยได้รับการวินิจฉัยทางจิตเวช หรือ เคยได้รับการรักษาทางจิตวิทยา หรือไม่ (เช่น ซึมเศร้า, วิตกกังวล หรือ โรคทางบุคลิกภาพ)	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> ใช่
22. คุณคิดว่า <b>โดยทั่วไปแล้ว</b> คุณเป็นคนที่ปรับตัว รับมือ กับปัญหา และฟื้นตัวจาก ปัญหาได้ดีหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> ใช่
23. คุณคิดว่า ปัจจุบัน คุณสามารถใช้ชีวิตได้ดีเพียงใด ทั้งในแง่ของการทำงาน และเรื่องส่วนตัว แย่มากที่สุด 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ดีที่สุด		