

แบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงต่อเด็ก

อาการต่อไปนี้อาจเกิดขึ้นกับผู้ประสบเหตุการณ์รุนแรง โปรดอ่านและเลือกว่าอาการในแต่ละข้อนั้นตรงกับของตัวหนู **ในช่วง 7 วันนี้** ขนาดไหน

ถ้าหนูไม่ได้มีอาการเหล่านั้น ในช่วง 7 วันนี้ ให้เลือกช่อง “ไม่เลย”

รหัส วันที่

Revised Child Impact of Events Scale – THA Youth Resilience Project Version © Children and War Foundation, 1998 by permission

	ไม่เคย 0	นาน ๆ ครั้ง 1	บางครั้ง 3	บ่อย ๆ 5
1. นึกถึงเหตุการณ์รุนแรงนั้นขึ้นมาโดยไม่ได้ตั้งใจ				
2. พยายามลืมเหตุการณ์รุนแรงนั้น				
3. ไม่มีสมาธิในการเรียน				
4. ยังรู้สึกผวาเหตุการณ์รุนแรง				
5. สะดุ้งตกใจง่ายกว่าเดิมหลังเหตุการณ์รุนแรงนั้น				
6. พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์รุนแรง				
7. พยายามไม่พูดถึงเหตุการณ์รุนแรง				
8. มีภาพเหตุการณ์รุนแรงนั้นผุดขึ้นในใจ				
9. มีสิ่งที่ยังคงคิดถึงเหตุการณ์นั้น				
10. พยายามที่จะไม่คิดถึงเหตุการณ์รุนแรง				
11. รู้สึกหงุดหงิดง่าย				
12. ตื่นตัวและระวังตัวเกินเหตุ				
13. มีปัญหาการนอน (เช่น นอนไม่หลับ ตื่นบ่อย)				