

創傷後壓力疾患篩選問卷

此份問卷為：評量學生 評量當事人家屬 評量老師 自我評量 其他_____

姓名：	年齡：	教育程度：	檔案編號：
居住地：		家庭成員人數：	存 殁
指導語：假如你（或周遭的親友）已經經歷或看到令人相當恐懼與不安的創傷事件時，創傷後壓力疾患可能已經成為你或他們的問題，假如你有此懷疑時，請仔細地詢問自己以下的問題：			
			是 否
A. 群			
1. 你是否不斷地再經歷此傷痛事件，如：一再地出現創傷情景、哀傷的夢境？			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. 你是否因與創傷事件有關的任何事情，如：象徵、相似處等，一再被提醒而感到相當困擾？			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. 你是否試著逃避或談論與創傷事件有關的事情？			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. 你是否逃避任何會提醒你與創傷事件有關的活動、場所或人群？			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. 你是否無法回憶起創傷事件發生時的重要細節？			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B. 群			
6. 你是否失去或降低以往在生命中經常參與活動的興趣？			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. 你是否覺得與他人已分離或疏遠？			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. 你是否覺得無法表達特定的情緒，如：悲憫之心或愛的感受？			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. 你是否覺得你已無法過一個正常的生活，擁有美滿的婚姻、小孩或事業？			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C. 群			
10. 你是否無法好好入睡、較易怒、無法集中精神或神經質？			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D. 群			
11. 你的症狀是否已經持續超過 1 個月？			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. 這些事件是否造成你很大的煩惱或者干擾到你的工作、讀書、與他人互動或是參加過去經常參與活動的興趣？			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
附記：假如你在 <u>上述各組群中</u> ， <u>你至少有一題回答為「是」者</u> ，則創傷事件後所造成的影響可能已經圍繞在你（或親友）的周圍；最好的解決方法是找受過專業訓練的精神科醫師或心理師，以協助你走出難關，切勿等到更多的症狀出現或以自我傷害的方式，（如：酗酒、嗑藥）來處理自己所面臨的壓力！			