

# استبيان عن حالات الصدمة في مرحلة الطفولة

الرجاء بيان أي الأمور التي حدثت لك منذ الواقعة.

لا	نعم	١ - هل تراودك من العديد من الأفكار أو الذكريات عن الواقعة برغم من عدم رغبتك فيها؟
لا	نعم	٢. هل تعاني من أحلام مزعجة عن الواقعة؟
لا	نعم	٣. هل تشعر أو تتصرف وكأن الواقعة على وشك الحدوث مرة أخرى؟
لا	نعم	٤. هل لديك ردود فعل بدنية (كتسارع ضربات القلب، اعتصار المعدة، التعرق أو الشعور بالدوار) عندما يذكر شيء بالواقعة؟
لا	نعم	٥. هل تعاني من صعوبة في الخلود إلى النوم أو البقاء نائماً؟
لا	نعم	٦. هل تشعر بالغضب أو تفقد أعصابك؟
لا	نعم	٧. هل تصابك تذكيرات بالواقعة؟
لا	نعم	٨. هل تعاني من صعوبة في الانتباه للأمور؟
لا	نعم	٩. هل أنت دائم التيقظ لأمر يحتمل أن تكون خطيرة قد تحدث لك أو لغيرك؟
لا	نعم	١٠. هل تنتفض إذا وقع أمر ما فجأة أو دون إنذار؟

© ٢٠٠٦

حقوق الطبع محفوظة لهذا العمل ولا يسمح باستنساخه في أي شكل. يرجى الحصول على إذن باستنساخ هذه الاستمارة.  
جوستين كيناردي <[j.kenardy@uq.edu.au](mailto:j.kenardy@uq.edu.au)>