

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย.....

Brief Grief Questionnaire (BGQ)

เกณฑ์การให้คะแนน : 0 = ไม่เคย 1 = เล็กน้อย 2 = มาก

	ครั้งที่ 1 (2 สัปดาห์หลัง ผู้ป่วยเสียชีวิต) วันที่	ครั้งที่ 2 (4 สัปดาห์หลัง ผู้ป่วยเสียชีวิต) วันที่
1. ท่านรู้สึกยากต่อการยอมรับว่าสูญเสียคนที่รักไปแล้วมากเพียงไร		
2. ท่านรู้สึกว่า การสูญเสียคนที่รักกระทบต่อชีวิตท่านเพียงไร		
3. ความทรงจำต่อการเสียชีวิตของคนที่คุณรักซึ่งจากไปอยู่ชั้ๆ จนรบกวนการใช้ชีวิตมากเพียงไร		
4. เพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด ท่านต้องหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่เคยทำตอนผู้ป่วยมีชีวิตอยู่หรือไม่ กระทบต่อท่านมากเพียงไร		
5. ท่านรู้สึกแปลกแยกจากสังคม จากเพื่อนฝูง หลังจากสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือไม่		
คะแนนรวม		

หมายเหตุ : หากมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ควรส่งปรึกษาทีมจิตแพทย์เพื่อช่วยประเมินสภาพจิตใจ