

Скринінг травм у дітей та підлітків – опікуни (CATS-C) – 3-6 років

Ім'я _____ Дата _____

Багато дітей стикаються зі стресовими подіями або подіями, які лякають. Нижче наданий перелік стресових або страхітливих подій, які іноді трапляються з дітьми. Відмітьте «ТАК», якщо зазначене траплялося з дитиною, наскільки це вам відомо. Відмітьте «НІ», якщо зазначене з дитиною не траплялося.

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Тяжке стихійне лихо, як-от повідь, торнадо, ураган, землетрус або пожежа. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 2. Тяжка аварія або травмування, як-от автомобільна/велосипедна аварія, укуси собак, спортивні травми. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 3. Пограбування з застосуванням погроз, сили або зброї. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 4. Ляпаси, удари кулаком або побиття в сім'ї. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 5. Ляпаси, удари кулаком або побиття кимось не з сім'ї. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 6. Дитина бачила, як хтось отримувал ляпаси, удари кулаком або побиття в сім'ї. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 7. Дитина бачила, як хтось отримувал ляпаси, удари кулаком або побиття в громаді. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 8. Хтось старшого віку доторкався до її інтимних частин, хто не повинен був цього робити. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 9. Хтось здійснювал психологічний тиск або змушувал до сексу, або коли він/вона не міг (могла) сказати ні. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 10. Хтось з близьких дитини помирав неочікуваною або насильницькою смертю. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 11. Напади, удари гострою зброєю, вистріли або сильні поранення | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 12. Дитина бачила, як хтось піддавався нападам, ударам гострою зброєю, вистрілам або отримувал сильні поранення. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 13. Стресоа або страхітлива медична процедура. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 14. Перебування в місцях ведення війни. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 15. Інша стресоа або страхітлива подія? | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |

Опишіть:

Яка з подій зараз найбільше непокоїть дитину? _____

Якщо ви відмітили будь-яку стресову або страхітливу подію для дитини, перегорніть сторінку та дайте відповіді на наступні запитання.

Відмітьте 0, 1, 2 або 3 стосовно того, як часто нижче зазначене турбувало дитину протягом останніх двох тижнів. Відповідайте якомога точніше:

0 – ніколи / 1 – інколи / 2 – половину часу / 3 – майже постійно:

1.	Сумні думки або образи щодо стресової події. Або відтворення стресової події в грі.	0	1	2	3
2.	Погані сни, пов'язані зі стресовою подією.	0	1	2	3
3.	Дитина діє, грає або відчуває себе так, нібито стресова ситуація відбувається саме зараз.	0	1	2	3
4.	Відчуває себе надзвичайно сумним(-ою), згадуючи стресову подію.	0	1	2	3
5.	Гостра фізична реакція при згадці про стресову подію (потіння, швидке серцебиття).	0	1	2	3
6.	Намагається не згадувати, не думати або не відчувати емоцій стосовно стресової події.	0	1	2	3
7.	Уникає всього, що може нагадати про стресову подію (дій, людей, місць, речей, розмов).	0	1	2	3
8.	Посилилися негативні емоціональні стани (страх, гнів, почуття провини, сором, розгубленість).	0	1	2	3
9.	Втрата зацікавленості у видах діяльності, які подобалися до стресової події. Зокрема, менше грає.	0	1	2	3
10.	Дитина ізолювала себе соціально.	0	1	2	3
11.	Зменшення прояву позитивних емоцій (відчуття щастя, любові).	0	1	2	3
12.	Відчував(-ла) роздратованість. Або спостерігалися напади гніву без важливої причини, які зганялися на інших особах або речах.	0	1	2	3
13.	Був(-ла) занадто насторожі або занадто обережним(-ою).	0	1	2	3
14.	Був(-ла) занадто знервованим(-ою) або швидко лякався (-лася).	0	1	2	3
15.	Проблеми з концентрацією.	0	1	2	3
16.	Труднощі під час засинання або зі сном.	0	1	2	3

Будь ласка, відмітьте «ТАК» чи «НІ», якщо зазначені вами труднощі заважають:

- | | | | |
|-------------------------------|--|------------------------------|--|
| 1. Ладнати з іншими | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | 4. Родинним відносинам | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 2. Хобі/розвагам | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | 5. Загальному відчуттю щастя | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 3. У школі або дитячому садку | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | | |