

Скринінг травм у дітей та підлітків (CATS) – 7-17 років

Ім'я _____ Дата _____

Багато людей стикаються зі стресовими подіями або подіями, які лякають. Нижче наданий перелік стресових або страхітливих подій, які іноді трапляються в житті. Відміть «ТАК», якщо таке з тобою траплялося. Відміть «НІ», якщо такого з тобою не траплялося.

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Тяжке стихійне лихо, як-от повідь, торнадо, ураган, землетрус або пожежа. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| Тяжка аварія або травмування, як-от | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 2. автомобільна/велосипедна аварія, укуси собаки, спортивні травми. | | |
| 3. Пограбування з застосуванням погроз, сили або зброї. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 4. Ляпаси, удари кулаком або побиття в твоїй сім'ї. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 5. Ляпаси, удари кулаком або побиття кимось не з твоєї сім'ї. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 6. Ти був (-ла) свідком того, що хтось у твоїй сім'ї отримувал ляпаси, удари кулаком або побиття. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 7. Ти бачив(-ла), що хтось отримувал ляпаси, удари кулаком або побиття в громаді. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 8. Хтось старшого віку доторкався до твоїх 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 ти не міг (могла) сказати ні. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| Хтось з близьких помирав неочікуваною або | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 10. насильницькою смертю. | | |
| На тебе здійснювалися напади, удари гострою зброєю, | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 11. вистріли або сильні поранення | | |
| Ти бачив(-ла), як хтось піддавався нападам, ударам | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 12. гострою зброєю, вистрілам або отримувал сильні поранення. | | |
| 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 |
- Опиши:

Яка з них зараз найбільше тебе непокоїть? _____

Якщо ти позначив(-ла) будь-яку стресову подію або подію, яка тебе лякає, перегорни сторінку та дай відповіді на наступні запитання.

Відміть 0, 1, 2 або 3 стосовно того, як часто нижче зазначене турбувало тебе протягом останніх двох тижнів. Відповідай якомога точніше:

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

| | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|
| 1. | Сумні думки або образи щодо стресової події, які з'являються у тебе в голові. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Погані сни, що нагадують тобі про те, що сталося. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Відчуття, нібито те, що сталося, весь час повторюється. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Відчуваєш себе надзвичайно сумним(-ою), згадуючи про те, що сталося. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Гостре відчуття в тілі, коли тобі нагадують про те, що сталося (потіння, швидке серцебиття, розлад шлунка). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Намагаєшся не думати та не відчувати емоцій стосовно того, що сталося. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Уникаєш усього, що може нагадати тобі про те, що сталося (дій, людей, місць, речей, розмов). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Не можеш згадати частини того, що сталося. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. | Негативні думки про себе та інших. Наприклад, такі думки: у мене ніколи не буде хорошого життя, нікому не можна довіряти, весь світ небезпечний. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. | Ти звинувачуєш себе в тому, що сталося. Або ти звинувачуєш інших, хоча в цьому не їх провина. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. | Протягом довгого часу ти маєш негативні відчуття (страх, гнів, відчуття провини, сорому). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. | Не хочеш робити те, що ти звичайно робив(-ла). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. | Ти не відчуваєш себе близьким з іншими людьми. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. | Ти не можеш відчувати позитивні емоції або щастя. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. | Відчуваєш, що втратив(-ла) глузд. У тебе бувають напади гніву, які ти зганяєш на інших. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. | Ти робиш небезпечні речі. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. | Ти занадто обережний(-а) (озираєшся, хто знаходиться навколо тебе). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. | Ти занадто знервованій(-а). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. | Проблеми з концентрацією уваги. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. | Труднощі під час засинання або сну. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Будь ласка, відміть «ТАК» чи «НІ», якщо позначені тобою 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 на роботі | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | | |