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.	**Серйозне стихійне лихо таке як повінь, торнадо, ураган, землетрус або пожежа.**	□ **Так**	□ **Ні**
2.	**Серйозна аварія або травмування, наприклад автомобільна або велосипедна аварія, укус собаки, спортивні травми.**	□ **Так**	□ **Ні**
3.	**Пограбування з застосуванням погроз, сили або зброї.**	□ **Так**	**о Ні**
4.	**Ляпаси, удари кулаком або побиття в твоїй сім'ї.**	□ **Так**	□ **Ні**
5.	**Ляпаси, удари кулаком або побиття кимось не з твоєї сім'ї.**	□ **Так**	□ **Ні**
6.	**Ти був (-ла) свідком того, що хтось у твоїй сім'ї отримував ляпаси, удари кулаком або побиття.**	□ **Так**	□ **Ні**
7.	**Ти бачив(-ла), що хтось отримував ляпаси, удари кулаком або побиття в громаді.**	□ **Так**	□ **Ні**
8.	**Хтось старшого віку доторкався до твоїх інтимних частин, хто не повинен був цього робити.**	□ **Так**	□ **Ні**
9.	**Хтось здійснював тиск або змушував до сексу, коли ти не міг (могла) сказати ні.**	□ **Так**	**о Ні**
10	**Хтось з близьких помирав неочікуваною або насильницькою смертю.**	□ **Так**	□ **Ні**
		□ **Так**	□ **НІ**
11.	**На тебе здійснювалися напади, удари гострою зброєю, стріляли або сильно поранили.**	□ **Так**	□ **НІ**
12.	**Ти бачив(-ла), як хтось піддавався нападам, ударам гострою зброєю, вистрілам або отримував сильні поранення.**		
13.	**Стресова або лякаюча медична процедура.**	□ **Так**	□ **Ні**
14.	**Перебування в місцях ведення війни.**	□ **Так**	□ **Ні**
15.	**Інша стресова або страшна подія? Опиши:.....**	□ **Так**	□ **Ні**

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.	**У твоїй голові з'являються сумні думки або образи щодо події, яка з тобою трапилася.**	**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 (пітливість, швидке серцебиття, розлад шлунку).**	**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: 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 звинувачуєш інших, хоча в цьому немає їх провини.**	**0**	**1**	**2**	**3**
11.	**Ти часто 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 ти розлючений(-а). У тебе бувають напади гніву, які ти направляєш 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 дуже легко лякаєшся.**	**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 **□ Так Ні**

2. Хобі/розвагам **□ Так □ Ні**

3. У школі або на роботі **о Так Ні**

4.Родинним відносинам **□ Так □ Ні**

5. Загальному відчуттю щастя **□ Так Ні**