

د 7-17 کالو ماشومانو او ځوانانو د رواني تکلیف معاینه (CATS)

نوم _____ نېټه _____

ډیری خلک د فشار او د ویرې له حالاتو سره مخامخ کیږي. لاندې د فشار او د ویرې د حالاتو یو نوم لړ دی، چې ځینې وختونه پیښیږي. که چیرې تاسو سره پیښ شوی وي د هو نښه وټاکئ. او که چیرې نه وي پیښ شوی وي د نه نښه وټاکئ.

1. جدي طبيعي ناوړين لکه یو سیلاب، طوفان، گردباد، زلزله، یا اور
☐ نه ☐ هو
2. جدي ترافيکي پیښي یا ټپي کيدل لکه د یو موټر/موټرسایکل ټکر، د سپي ډارل، په سپورت کې ټپي کيدل.
☐ نه ☐ هو
3. د گواښ، زور یا د وسلې په وسیله لوټل شوی.
☐ نه ☐ هو
4. د گواښ، زور یا وسلې پوسیله لوټل شوی
☐ نه ☐ هو
5. په خپله کورنۍ کې په سپیره، سوک وهل یا وهل او ټکول شوی.
☐ نه ☐ هو
6. له خپلې کورنۍ څخه بهر د کوم کس پوسیله په سپیره، سوک وهل یا وهل او ټکول شوی.
☐ نه ☐ هو
7. په ټولنه کې یو کس لیدل چې په سپیره یا سوک وهل کیږي.
☐ نه ☐ هو
8. کوم مشر کس چې ستاسو شرمگاه لمس کوي، په هغه صورت کې چې دوی نه باید داسې وکړي.
☐ نه ☐ هو
9. د کوم کس لخوا د جنسي اړیکې لپاره اړ کيدل یا فشار لاندې راتلل، یا په داسې حال کې تاسو انکار نه شو کولی.
☐ نه ☐ هو
10. تاسو ته نږدې کوم کس په ناڅاپي ډول یا د زور زیاتي له کبله مړه کيدل.
☐ نه ☐ هو
11. تاسو باندې برید شوی وي، په چاره وهل شوې وي، ډزې شوې وي یا ډیر زخمي شوي وي.
☐ نه ☐ هو
12. داسې یو کس لیدل چې پرې برید شوی وي، په چاره وهل شوی وي، ډزې پرې شوې وي، ډیر زخمي شوی یا مړ شوی وي.
☐ نه ☐ هو
13. د فشار یا د ویرې د حالت طبي طرز العمل.
☐ نه ☐ هو
14. د جگړې په شاوخوا کې پاتې کيدل.
☐ نه ☐ هو
15. د فشار یا ویرې نورې پیښي؟
☐ نه ☐ هو

تشریح کړئ:

اوس کوم یو تاسو ډیر خوروي؟ _____

که چیرې تاسو د فشار یا د ویرې کومه پېښه په نښه کړې وي، پاته

واړوئ او نورې پوښتنې ځواب کړئ.

0، 1، 2 یا 3 په نښه کړي، او وویاست چې لاندې مواردو په تیرو دوه اونیو کې تاسو ته څو ځلې خورولې یاست:

0 هیڅ کله نه / 1 کله نا کله / 2 نیمایي د وخت / 3 نږدې هر کله

1. د پېښې په اړه پرېشانه کونکې خیالات یا انځورونه چې په ناڅاپي ډول ستاسو ذهن ته راځي
0 1 2 3
2. خراب خوبونه چې تاسو ته پېښ شوي واقعات په یادوي
0 1 2 3
3. داسې احساس کول چې پېښه شوي واقعه له سره بیا پېښېږي
0 1 2 3
4. د پېښې د یادولو پر مهال ډیر خفه کیدل
0 1 2 3
5. تاسو ته د پېښې د بیاځلي یادولو پر مهال ستاسو په بدن کې د قوي احساساتو (خوله کول،
د زړه ضربان زیاتیدل، د معدې خرابوالی) پیدا کیدل.
0 1 2 3
6. د پېښې په اړه د فکر نه کولو کوښښ. یا په اړه یې احساس نه درلودل.
0 1 2 3
7. د هر هغه څه نه (خلک، ځایونه، شینان، حالات، خبرو) څخه لرې اوسیدل چې تاسو ته د
پېښې یادونه کوي
0 1 2 3
8. د پېښې د د یوې برخې را یادولو توان نه لرل.
0 1 2 3
9. د خپل ځان یا نور په اړه منفي فکرونه. داسې فکرونه چې، زه به ښه ژوند ونلرم، په هیڅ
چا باندې باور نه شي کیدای، ټوله نړۍ خوندي نه ده.
0 1 2 3
10. د هغه څه لپاره چې پېښ شوي ځان ملامتول. یا بل څوک ملامتول، په داسې حال کې چې
د هغوي غلطې نه وي.
0 1 2 3
11. ډیرې وخت بد احساسات (داریدلی، غصه، مجرم، شرمندګر) لرل.
0 1 2 3
12. د عادتې کړنو نه ترسره کول.
0 1 2 3
13. خلکو ته د نږدېوالي احساس نه کول.
0 1 2 3
14. د ښه او خوشحاله احساساتو لږولو ناتوانی.
0 1 2 3
15. د عصابنیت احساس. په زړه کې د غوسې څپې لرل او پر نورو یې ویستل.
0 1 2 3
16. غیرخوندي کارونه کول.
0 1 2 3
17. د حد څخه ډیر احتیاط کول (شاوخوا څارل، چې څوک دی)
0 1 2 3
18. متلاطم اوسیدل
0 1 2 3
19. ستونزو ته پام
0 1 2 3
20. په ستونزو کې پریوتل یا په خوب کې پاتې کیدل.
0 1 2 3

مهرباني وکړئ، که چیرې ستاسو ټاکل شوي ستونزې د لاندې مواردو سره تړاو لري، هو یا نه په نښه کړئ:

- | | | | |
|---------------------------|---|------------------|---|
| 1. د نورو سره یوځای کیدل. | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | 4. کورني اړیکې | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |
| 2. ذوقونه/ساتیري | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | 5. عمومي خوشحالي | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |
| 3. ښوونځي یا وظیفه | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | |