

غربالگری آسیب‌های روحی کودکان و نوجوان (CATS) هفت تا هفده ساله

نام _____ تاریخ _____

وقایع تنش‌زا یا ترسناک برای افراد بسیاری روی می‌دهند. در بخش زیر فهرستی از وقایع تنش‌زا و ترسناک ارائه شده است که گاهی اوقات روی می‌دهند. اگر هر یک از اتفاقات زیر برای شما روی داده است، گزینه بلی را علامت بزنید. اگر آن اتفاق تاکنون برای شما روی نداده است، گزینه خیر را تیک بزنید.

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. بلایای طبیعی جدی مانند سیل، گردباد، طوفان، زلزله، یا آتش‌سوزی. | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| 2. سانحه یا آسیب جدی مانند تصادف اتومبیل/دوچرخه، گاز گرفتن سگ، سانحه ورزشی. | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| 3. مورد دستبرد واقع‌شدن با تهدید، زور یا اسلحه. | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| 4. سیلی خوردن، مشت خوردن یا کتک خوردن در خانواده. | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| 5. سیلی خوردن، مشت خوردن یا کتک خوردن توسط فردی به غیر از افراد خانواده. | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| 6. دیدن فردی در خانواده که سیلی خورده، مشت خورده یا کتک خورده است. | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| 7. دیدن فردی در حضور یک جمع که سیلی خورده، مشت خورده یا کتک خورده است. | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| 8. فردی بزرگتر از شما بخش‌های خصوصی بدن شما که نباید را لمس کرده است. | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| 9. فردی شما را به زور و فشار مجبور به تماس جنسی کرده است، یا زمانی که نمی‌توانستید نه بگویید. | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| 10. مرگ یکی از نزدیکان شما به طور ناگهانی یا بر اثر یک حادثه خشونت‌بار. | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| 11. مورد حمله، چاقوکشی، شلیک یا آسیب قرار گرفته‌اید. | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| 12. دیدن کسی که به شکل بدی مورد حمله، چاقوکشی، شلیک یا آسیب قرار گرفته یا کشته شده باشد. | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| 13. روش درمانی تنش‌زا یا ترسناک. | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| 14. حضور در جنگ. | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| 15. دیگر رویدادهای تنش‌زا یا ترسناک؟ توضیح دهید: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |

کدامیک از اتفاقات فوق در حال حاضر بیش از همه شما را آزار می‌دهد؟ _____

اگر هر یک از رویدادهای تنش‌زا یا ترسناک فوق را تیک زده‌اید، این برگه را برگردانید و به پرسش‌های بعدی پاسخ دهید.

برای پاسخ به این که هر چند وقت یک بار وقوع موارد زیر در دو هفته اخیر شما را آزار داده است، از امتیازهای 0، 1، 2، یا 3 استفاده کنید: 0 هرگز / 1 هر از چندگاهی / 2 نیمی از اوقات / 3 تقریباً همیشه

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| 3 | 2 | 1 | 0 | 1. افکار یا تصاویر ناراحت‌کننده در مورد اتفاقی که روی داده است. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 2. خواب‌های بد که یادآور اتفاق گذشته است. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 3. احساس می‌کنید که گویی آنچه قبلاً اتفاق افتاده، بار دیگر نیز اتفاق خواهد افتاد. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 4. احساس ناراحتی شدید در زمان یادآوری اتفاقاتی که روی داده است. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 5. وقتی به آنچه روی داده فکر می‌کنید، واکنش‌های شدیدی را در بدنتان احساس می‌کنید (عرق کردن، تند شدن ضربان قلب، ناراحتی معده). |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 6. سعی می‌کنید که به آنچه روی داده فکر نکنید. یا احساسی در مورد آن نداشته باشید. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 7. از هر چیزی که شما را به یاد اتفاقی که افتاده می‌اندازد، دوری می‌کنند (مردم، مکان‌ها، اشیا، موقعیت‌ها، صحبت‌ها) |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 8. نمی‌توانید بخشی از اتفاقی که روی داده است را به یاد آورید. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 9. داشتن افکار منفی در مورد خودتان یا دیگران. افکاری مانند این که من زندگی خوبی ندارم، هیچ کس قابل اعتماد نیست، کل دنیا ناامن است. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 10. مقصر دانستن خود به خاطر آنچه روی داده است. یا مقصر دانستن فردی دیگر، در حالی که واقعاً تقصیر وی نبوده است. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 11. احساسات بد (ترس، خشم، گناه، شرم) در بیشتر اوقات. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 12. دوست ندارید کارهایی را انجام دهید که قبلاً انجام می‌دادید. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 13. احساس می‌کنید که به مردم نزدیک نیستید. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 14. احساس می‌کنید که نمی‌توانید احساسات خوب یا شاد داشته باشید. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 15. احساس می‌کنید که به شدت عصبانی هستید. احساس خشم دارید و آن را سر دیگران خالی می‌کنید. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 16. کارهای خطرناک (غیرایمن) انجام می‌دهید. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 17. به طور افراطی محتاط هستید (نگاه می‌کنید که ببینید چه کسی اطراف شما است). |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 18. بیقرار هستید. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 19. برای توجه کردن مشکل دارید. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 20. برای خوابیدن یا خواب ماندن مشکل دارید. |

اگر مشکلاتی که علامت زدید، با موارد زیر تداخل دارند، لطفاً گزینه‌های بلی یا خیر را تیک بزنید.

- | | | | | | |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. کنار آمدن با دیگران | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | 4. روابط خانوادگی | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر |
| 2. سرگرمی/ شوخی و تفریح | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | 5. شادی عمومی | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر |
| 3. مدرسه یا کار | <input type="checkbox"/> بلی | <input type="checkbox"/> خیر | | | |