

نمایش تراومای کودک و نوجوان (CATS) – 7 – 17

نام: _____ تاریخ: _____

رویدادهای فشاری یا ترسناک به اکثر مردم واقع میشوند. در زیر لیست رویدادهای فشاری یا ترسناک اند که بعض اوقات واقع میشوند. بله را نشانه گذاری نمایید اگر به شما این چنین رویداد واقع شده باشد. خیر را نشانه گذاری نمایید اگر به شما چنین رویداد رخ نداده است.

1. آفت طبیعی شدید مانند سیلاب، طوفان، گردباد، زمین لرزه یا آتش سوزی ☐ بله ☐ خیر
2. تصادم یا زخمیگی جدی مانند تصادم موترسایکل، موتر، گزیدن توسط سگ، زخمیگی ورزشی ☐ بله ☐ خیر
3. تحت فشار قرار گرفتن توسط تهدید، اعمال زور یا سلاح ☐ بله ☐ خیر
4. سلی خوردن، بکس خوردن یا لت وکوب در فامیل تان ☐ بله ☐ خیر
5. سلی خوردن، بکس خوردن یا لت وکوب شدن توسط کسی در فامیل تان ☐ بله ☐ خیر
6. دیدن کسی در فامیل تان که سلی میخورد، بکس میخورد یا لت وکوب میشود ☐ بله ☐ خیر
7. دیدن کسی در جامعه که سلی، بکس میخورد ☐ بله ☐ خیر
8. کسی بزرگتر اعضای مخصوص شما را دست میزند درحالیکه نباید دست بزند ☐ بله ☐ خیر
9. کسی خواسته تجاوز کند یا فشار به عمل تجاوز میکند یا در زمانیکه نه گفته نتوانید ☐ بله ☐ خیر
10. کسی نزدیک به شما بصورت فوری میمیرد یا با خشونت کشته میشود ☐ بله ☐ خیر
11. بالای تان حمله شده باشد، با چاقو زخمی شده، مرمی خورده باشید یا بشدت زخم دیده باشید ☐ بله ☐ خیر
12. دین کسی که بالایش حمله میشود، با چاقو زخمی میشود، مرمی میخورد، بشدت زخمی یا کشته می بیند ☐ بله ☐ خیر
13. روند طبی پر فشار یا ترسناک ☐ بله ☐ خیر
14. در نزدیکی جنگ بودن ☐ بله ☐ خیر
15. دیگر رویدادهای پر فشار و ترسناک؟ ☐ بله ☐ خیر

توضیح دهید:

حالا، کدام یکی شما را بیشتر عذاب میدهد؟ _____

اگر شما هر کدام رویدادهای پر فشار یا ترسناک را نشانه گذاری کردید، صفحه بگردانید و پرسش دیگر را پاسخ بدهید.

گزینه های 0، 1، 2 یا 3 را نسبت به بارهای که موارد زیر شما را در دو هفته گذشته عذاب داده اند، نشانه گذاری نمایید.

0 هیچگاه / 1 هاگزاره / 2 نصف از اوقات / 3 تقریباً همیشه

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| 3 | 2 | 1 | 0 | 1. افکار ناخوشگوار یا تصاویر در مورد آنچه رخ داده است که به ذهن شما می آید. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 2. خواب های بد که به شما یادآوری از آنچه رخ داده است، میکند. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 3. احساس اینگونه که آنچه رخ داده است دوباره و باربار رخ میدهد. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 4. احساس بسیار ناخوشگوار زمانیکه شما بیدار آنچه رخ داده است، می افتید. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 5. احساس شدید در وجودتان زمانیکه شما بیدار آنچه رخ داده است، می افتید (عرق کردن، سرعت ضربان قلب، ناراحتی معده). |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 6. تلاش کردن جهت فکر نکردن در مورد آنچه رخ داده است یا احساس نداشتن در ارتباط آن |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 7. دور بودن از هر آنچه که شما را در مورد رویدادها یادآوری میکند (افراد، جاها، موارد، وضعیت ها، گفتارها). |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 8. قادر نبودن برای یادداشتن بخشی آنچه که رخ داده است. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 9. افکار منفی در مورد خود یا دیگران. افکار مانند اینکه من زندگی خوب ندارم، بالای هیچ کسی اعتماد نمی شود کرد، تمام دنیا مصنون نیست. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 10. خود را برای آنچه رخ داده است مقصر دانستن یا کسی دیگر را مقصر دانستن در حالیکه قصور آنها نبوده. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 11. احساسات بد (ترس، خشم، احساس گناه، شرم) در اکثر اوقات. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 12. نخواستن انجام کارهای که در سابق انجام میدادید |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 13. احساس نزدیک نبودن به مردم. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 14. قادر نبودن برای داشتن احساس خوب یا خوش. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 15. احساس قهر بودن. داشتن قهر زیاد و خالی کردن آن بالای دیگران. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 16. انجام کارهای غیر محفوظ. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 17. بیش از حد محتاط بودن (دیدن اینکه چه کسی در اطرافتان است). |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 18. متلاطم بودن. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 19. مشکلات در تمرکز داشتن. |
| 3 | 2 | 1 | 0 | 20. مشکلات در خوابیدن. |

لطفاً بله یا خیر را نشانه گذاری نمایید اگر مشکلات که شما نشانه میگذارید با موارد زیر مداخله دارند:

- | | | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. با دیگران ساختن | <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | 4. ارتباطات فامیلی | <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر |
| 2. مشاغل / تفریح | <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | 5. خوشحالی های عادی | <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر |
| 3. مکتب یا کار | <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | | | |