

Διερεύνηση Τραύματος σε Παιδιά και Εφήβους-Παιδί 2

Σε πολλούς ανθρώπους συμβαίνουν στρεσογόνα ή τρομακτικά γεγονότα. Παρακάτω είναι μια λίστα με στρεσογόνα και τρομακτικά γεγονότα που συμβαίνουν μερικές φορές. Σημείωσε ΝΑΙ εάν συνέβη σε σένα. Σημείωσε Όχι εάν δεν συνέβη σε σένα.

		Όχι	Ναι
1	Σοβαρή φυσική καταστροφή όπως πλημμύρα, ανεμοστρόβιλος, τυφώνας, σεισμός ή πυρκαγιά.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2	Σοβαρό ατύχημα ή τραυματισμός όπως σύγκρουση με αυτοκίνητο/ποδήλατο, δάγκωμα σκύλου, τραυματισμός κατά τη διάρκεια αθλήματος	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3	Απειλήθηκα, χτυπήθηκα ή τραυματίστηκα σοβαρά μέσα στην οικογενειά μου.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4	Απειλήθηκα, χτυπήθηκα ή τραυματίστηκα σοβαρά στο σχολείο ή στο κοινωνικό μου περιβάλλον.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5	Δέχθηκα επίθεση, μαχαιρώθηκα, πυροβολήθηκα ή ληστεύτηκα υπό απειλή.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6	Είδα κάποιον/α στην οικογένειά μου να απειλείται, να δέχεται χτύπημα ή να τραυματίζεται σοβαρά.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7	Είδα κάποιον/α στο σχολείο ή στο κοινωνικό μου περιβάλλον να απειλείται, να δέχεται χτύπημα ή να τραυματίζεται σοβαρά.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8	Κάποιος έχει κάνει σεξουαλικές πράξεις πάνω μου ή με έχει βάλει να του κάνω σεξουαλικές πράξεις όταν δεν μπορούσα να πω όχι, ή εξαναγκάστηκα, ή πιέστηκα.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9	Κάποιος μου έχει ζητήσει ή με έχει πιέσει να κάνω κάτι σεξουαλικό διαδικτυακά ή στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Όπως να βγάλω ή να στείλω φωτογραφίες.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10	Κάποιος με έχει εκφοβίσει από κοντά. Λέγοντας πολύ άσχημα πράγματα που με τρομάζουν.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11	Κάποιος με έχει εκφοβίσει διαδικτυακά. Λέγοντας πολύ άσχημα πράγματα που με τρομάζουν.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12	Κάποιος κοντά μου πέθανε ξαφνικά ή βίαια.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13	(Έχω υποβληθή σε) Αγχωτική ή τρομακτική ιατρική διαδικασία	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14	Έχω ζήσει σε πόλεμο	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
15	Κάποιο άλλο στρεσογόνο ή τρομακτικό γεγονός; Περιγράψε:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

16	Ποιο(α) γεγονός(τα) σε ενοχλούν περισσότερο τώρα;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
-----------	---	----------------------------	----------------------------

Σημείωσε 0, 1, 2 ή 3 για το πόσο συχνά είχες τις ακόλουθες σκέψεις, συναισθήματα ή προβλήματα τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες: 0 = Ποτέ / 1 = Κάποιες φορές / 2 = Συχνά / 3 = Σχεδόν πάντα

		Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1	Σκέψεις που με αναστατώνουν ή εικόνες σχετικά με το τι συνέβη, που κατακλύζουν ξαφνικά το μυαλό μου.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2	Άσχημα όνειρα που μου θυμίζουν αυτό που συνέβη.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3	Εικόνες στο μυαλό μου για το τι συνέβη. Αισθάνομαι σαν να συμβαίνει αυτή τη στιγμή.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4	Νιώθω πολύ αναστατωμένος/η όταν μου υπενθυμίζεται τι συνέβη.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5	Έντονα συναισθήματα στο σώμα μου όταν μου υπενθυμίζεται τι συνέβη (ιδρώτας, γρήγοροι χτύποι της καρδιάς, στομαχικές διαταραχές).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6	Προσπαθώ να μην σκέφτομαι τι συνέβη. Ή να μην έχω συναισθήματα γι' αυτό.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7	Μένω μακριά από οτιδήποτε μου θυμίζει τι συνέβη (άνθρωποι, μέρη, πράγματα, καταστάσεις, συζητήσεις).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8	Δεν μπορώ να θυμηθώ ένα μέρος του τι συνέβη.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9	Έχω αρνητικές σκέψεις, όπως: α. Δεν θα έχω μια καλή ζωή. β. Δεν μπορώ να εμπιστευτώ άλλους ανθρώπους. γ. Ο κόσμος δεν είναι ασφαλής. δ. Δεν είμαι αρκετά καλός.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10	Όσον αφορά την ευθύνη για το συμβάν: α. Κατηγορώ τον εαυτό μου γι' αυτό που συνέβη. β. Κατηγορώ κάποιον άλλον γι' αυτό που συνέβη, παρόλο που δεν ήταν δικό του λάθος.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11	Συναισθήματα που με αναστατώνουν (φόβος, θυμός, ενοχή, ντροπή) τον περισσότερο καιρό.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12	Δεν θέλω να κάνω πράγματα που συνήθιζα να κάνω.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13	Δεν νιώθω κοντά στους ανθρώπους.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

14	Δεν μπορώ να έχω χαρούμενα συναισθήματα.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15	Διαχείριση δυνατών συναισθημάτων : α. Είναι πολύ δύσκολο να ηρεμήσω όταν είμαι αναστατωμένος/η. β. Νιώθω οργισμένος/η. Έχω κρίσεις θυμού και ξεσπάω σε άλλους.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16	Κάνω επικίνδυνα πράγματα.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
17	Είμαι υπερβολικά προσεκτικός/η (ελέγχω για να δω ποιος είναι γύρω μου).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18	Βρίσκομαι σε εγρήγορση	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19	Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
20	Έχω δυσκολία να αποκοιμηθώ ή να έχω συνεχόμενο ύπνο	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Παρακαλούμε σημειώσε ΝΑΙ ή ΟΧΙ εάν τα προβλήματα που ανέφερες επηρεάζουν σε σχέση με:

		Όχι	Ναι
1	στο να τα πηγαίνει καλά με άλλους	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2	στα Χόμπι / στη Διασκέδαση	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3	στο Σχολείο	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4	στις Οικογενειακές σχέσεις	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5	στη Γενική του ευτυχία	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2