

تجارب الطفولة السلبية وفاحص للوقائع الحياتية ذات الصلة
(Child) (Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – الأطفال

يُستكمل من قبل مقدمي الرعاية

تاريخ اليوم: _____
اسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____
اسمك: _____ صلة القرابة بالطفل: _____

يعاني العديد من الأسر من وقائع حياتية عصيبة. مع مرور الوقت، يمكن أن تؤثر هذه التجارب على صحة طفلك وحسن معيشتك. نود أن نسألك أسئلة عن طفلك حتى نتمكن من مساعدته على أن يكون بصحة جيدة قدر الإمكان. في أي وقت منذ ولادة طفلك، هل شهد طفلك أو كان حاضراً عندما حدثت الوقائع التالية؟ يرجى إدراج الوقائع السابقة والحالية. يرجى ملاحظة أن بعض الأسئلة تحتوي على أكثر من جزء يفصل بينها بـ "أو". إذا تم الرد على أي جزء من السؤال بـ "نعم"، فإن الإجابة على السؤال بأكمله هي "نعم".

الجزء 1	يرجى وضع علامة على "نعم" حيثما انطبق ذلك
هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم الرعاية ممن سبق لهم الذهاب إلى السجن / السجن؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل تعتقد أن طفلك قد شعر يوماً بأنه غير مدعوم و / أو غير محبوب و / أو بلا حماية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية يعاني من مشاكل الصحة العقلية؟ (على سبيل المثال الاكتئاب أو الفصام أو اضطراب ثنائي القطب أو PTSD أو اضطرابات القلق)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن أهان أحد الوالدين / مقدم الرعاية طفلك أو حط من قدره أو احتقره؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عانى الوالد البيولوجي للطفل أو أي مقدم رعاية، أو يعاني حالياً من مشكلة في تناول كميات كبيرة من الكحوليات أو مخدرات الشوارع أو الأدوية الموصوفة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن افتقر طفلك إلى الرعاية المناسبة من قبل أي مقدم رعاية (على سبيل المثال، عدم الحماية من المواقف غير الآمنة، أو عدم رعايته عند المرض أو الإصابة حتى عندما كانت الموارد متوفرة)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق لطفلك أن شهد أو سمع أحد والديه / مقدم رعاية يصرخ في وجهه شخص بالغ أو يشتمه أو يهينه أو يحتقره؟ أو هل سبق لطفلك أن شهد أو سمع أحد والديه / مقدم رعاية يتعرض للصفع أو الركل أو الضرب أو الأذى باستخدام السلاح؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل قام أي شخص بالغ في الأسرة غالباً أو في كثير من الأحيان بالضغط أو الجذب أو الصفع أو إلقاء شيء في وجه طفلك؟ أو هل سبق أن ضرب أي شخص بالغ في الأسرة طفلك بشدة لدرجة أن طفلك كان يعاني من علامات أو أضرار أو هل سبق أن هدد أي شخص بالغ في المنزل طفلك أو تصرف بطريقة أخافت طفلك من تعرضه للإصابة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق لطفلك أن تعرض للإيذاء الجنسي؟ على سبيل المثال، هل قام أي شخص بلمس طفلك أو طلب من طفلك أن يلمس هذا الشخص بطريقة غير مرغوبة، أو جعل طفلك يشعر بعدم الارتياح، أو أي شخص حاول أو قام بممارسة الجنس عن طريق الفم أو الشرج أو المهبل مع طفلك؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل كان هناك أي تغيرات كبيرة في الحالة الاجتماعية لمقدمي رعاية الطفل؟ على سبيل المثال، حصل أحد الوالدين / مقدم الرعاية على الطلاق أو انفصل، أو ظهر شريك عاطفي في حياته أو خرج من حياته؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

كم "نعم" أجبت في الجزء 1؟
يرجى المتابعة إلى الجانب الآخر لاستكمال بقية الاستبيان.

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified

هل سبق أن شاهد طفلك أو سمع أو وقع ضحية للعنف في منطقتك أو مجتمعك أو المدرسة؟ (على سبيل المثال تعرض للمضايقات أو الاعتداء أو غير ذلك من أعمال العنف أو الحرب أو الإرهاب)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل تعرض طفلك للتمييز (على سبيل المثال، التشاجر أو جعله يشعر بالنقص أو استبعاده بسبب عرقه أو أصله أو هويته الجنسية أو ميله الجنسي أو دينه أو صعوبته في التعلم أو الإعاقات)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق لطفلك أن واجه مشاكل في السكن (على سبيل المثال أن يكون بلا مأوى، أو ليس لديه مكان ثابت للعيش فيه، أو انتقل أكثر من مرتين خلال فترة ستة أشهر، أو تعرض للطرد أو نزع الملكية، أو اضطر إلى العيش مع العديد من الأسر أو أفراد الأسرة)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن شعرت بالقلق من أن طفلك لم يكن لديه ما يكفي من الطعام لتناوله أو أن طعام طفلك سينفذ قبل أن تتمكن من شراء المزيد؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق وأن انفصل طفلك عن والديه أو مقدم الرعاية بسبب الحضانة أو الهجرة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية كان يعاني من مرض جسدي خطير أو إعاقة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية قد تُوفي؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

كم "نعم" أجببت في الجزء 2؟

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified