

**Հարցաթերթիկ մանկության անցանկալի դեպքերի և կյանքի նշանակալի իրադարձությունների մասին  
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS)՝ երեխա (Child)**

**Պետք է լրացվի Խնամողի կողմից**

Այսօրվա ամսաթիվը՝ \_\_\_\_\_

Երեխայի անունը՝ \_\_\_\_\_ Ծննդյան ամսաթիվը՝ \_\_\_\_\_

Ձեր անունը՝ \_\_\_\_\_ Հարաբերությունը երեխայի հետ՝ \_\_\_\_\_

**Հատ ընտանիքներում կյանքի սթրեսային իրադարձություններ են տեղի ունենում: Ժամանակի ընթացքում նման դեպքերը կարող են ազդել Ձեր երեխայի կյանքի և բարօրության վրա: Մենք ցանկանում ենք Ձեզ հարցեր տալ Ձեր երեխայի մասին, որպեսզի կարողանանք օգնել նրան հնարավորին չափ առողջ լինել:**

**Ձեր երեխայի ծնվելուց հետո նա երբևէ տեսել է հետևյալները կամ ներկա եղել է դրանց ժամանակ: Խնդրում ենք նշել անցյալի և ներկայի դեպքերը:** Խնդրում ենք հաշվի առնել, որ որոշ հարցեր բաղկացած են մեկից ավելի մասից, որոնք միմյանցից բաժանված են «ԿԱՄ»-ով: Եթե նման հարցի մասերից որևէ մեկի պատասխանը «Այո» է, ապա ամբողջ հարցի պատասխանը «Այո» է:

1-ին	Խնդրում ենք նշան դնել «Այո» վանդակում, որտեղ
<input type="checkbox"/> Ձեր երեխան երբևէ ապրել է այնպիսի ծնողի/խնամողի հետ, որն ազատագրվել/բանտարկվել է:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ձեր կարծիքով Ձեր երեխան երբևէ իրեն աջակցությունից զրկված, չսիրված և/կամ անպաշտպան զգացել է:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ձեր երեխան երբևէ ապրել է այնպիսի ծնողի/խնամողի հետ, որը հոգեկան առողջության հետ կապված խնդիրներ է ունեցել (օրինակ՝ ընկճախտ, շիզոֆրենիա, երկբևեռ խանգարում, PTSD կամ տագնապային խանգարում):	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Պատահել է, որ ծնողը/խնամողը երբևէ վիրավորի, նվաստացնի կամ ճնշի Ձեր երեխային:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Երեխայի կենսաբանական ծնողը կամ նրա որևէ խնամող երբևէ ոգելից խմիչքների, թմրադեղերի կամ դեղատոմսով տրվող դեղերի չարաշահման հետ կապված խնդիրներ ունեցել է, կամ այժմ ունի:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Երբևէ եղել է, որ Ձեր երեխան իր որևէ խնամողի կողմից պատշաճ խնամք չստանա (օրինակ՝ վտանգավոր իրավիճակում պաշտպանություն չստանա կամ հիվանդ կամ վնասված վիճակում խնամք չստանա՝ նույնիսկ այն դեպքում, երբ դա հնարավոր է եղել ապահովել):	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ձեր երեխան երբևէ տեսել կամ լսել է որ ինչ-որ մեկը բռնաբարի նրա ծնողի/խնամողի վրա, հայհույի, վիրավորի կամ նվաստացնի նրան: <b>ԿԱՄ</b> Ձեր երեխան երբևէ տեսել կամ լսել է որ իր ծնողին/խնամողին ապտակեն, ոտքով կամ բռունցքով հարվածեն կամ զենքով վիրավորեն:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ձեր տանը կա՞ այնպիսի մեծահասակ, որը հաճախ կամ շատ հաճախ հրում, քաշում, ապտակում է Ձեր երեխային կամ ինչ-որ բան է նետում նրա վրա: <b>ԿԱՄ</b> Պատահել է, որ Ձեր տանը որևէ մեծահասակ երբևէ Ձեր երեխային այնքան ուժգին հարվածի, որ հարվածի տեղը մնա կամ երեխան վնասվածք ստանա: <b>ԿԱՄ</b> Ձեր տանը բնակվող որևէ մեծահասակ երբևէ սպառնացել է Ձեր երեխային կամ այնպիսի բան արել, որ երեխան վախենա վնասվելուց:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ձեր երեխան երբևէ սեռական բնույթի ոտնձգության ենթարկվել է: Օրինակ՝ որևէ մեկը ձեռք է տվել Ձեր երեխային կամ նրան ասել, որ երեխան իրեն ձեռք տա անցանկալի ձևով կամ այնպես արել, որ երեխան իրեն վատ զգա կամ երբևէ փորձել է Ձեր երեխայի հետ օրալ, անալ կամ վագինալ սեռական հարաբերություն ունենալ:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Երեխայի խնամող(ներ)ի հարաբերությունների միջև երբևէ զգալի փոփոխություններ եղել են: Օրինակ՝ ծնողը/խնամողն ամուսնալուծվել կամ բաժանվել է, կամ կենակիցը փոխադրվել է Ձեր տանն ապրելու կամ հեռացել է տնից:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>

**Քանի՞ «Այո» պատասխան եք տվել 1-ին բաժնում:**

**Խնդրում ենք շարունակել պատասխանել հարցաթերթիկի հակառակ կողմի հարցերին:**

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified

2-րդ

Խնդրում ենք նշան դնել «Այո» վանդակում, որտեղ

- Ձեր երեխան երբևէ Ձեր թաղում, համայնքում կամ դպրոցում տեղի ունեցած վայրագություն տեսե՞լ է, լսել՞ է կամ դրա զոհը եղե՞լ է: (օրինակ՝ սպառնալիքներ, հարձակում կամ այլ վայրագություն, պատերազմ կամ ահաբեկչություն): Այո  Ոչ
- Ձեր երեխան խտրականության ենթարկվե՞լ է (օրինակ՝ ճնշման ենթարկվել, նվաստացվել կամ հեռացվել՝ իր ռասայի, ազգային պատկանելության, սեռական ինքնության, սեռական կողմնորոշման, դավանանքի, ուսման հետ կապված դժվարությունների կամ անկարողությունների պատճառով): Այո  Ոչ
- Ձեր երեխան երբևէ բնական հետ կապված խնդիրներ ունեցե՞լ է (օրինակ՝ եղե՞լ է անապաստան, առանց մշտական բնական վայրի, վեցամսյա ժամանակահատվածում ավելի քան երկու անգամ փոխե՞լ է բնական վայրը, տնից վտարվե՞լ է, կամ նրա տունը բռնագրավվե՞լ է պարտքի դիմաց, կամ նա ստիպված եղե՞լ է տարբեր ընտանիքների կամ ընտանիքի տարբեր անդամների հետ ապրել): Այո  Ոչ
- Դուք երբևէ մտահոգվե՞լ եք, որ Ձեր երեխան բավարար չափով սնունդ չունի, կամ որ Ձեր երեխայի սնունդը կարող է վերջանալ ավելի վաղ, քան Դուք կհասցնեք սնունդ գնել: Այո  Ոչ
- Ձեր երեխային երբևէ բաժանե՞լ են իր ծնողից կամ խնամողից՝ նրան հոգեծնողի խնամքին հանձնելու կամ ներգաղթի պատճառով: Այո  Ոչ
- Ձեր երեխան երբևէ ապրե՞լ է այնպիսի ծնողի/խնամողի հետ, որը լուրջ ֆիզիկական հիվանդություն կամ հաշմանդամություն է ունեցել: Այո  Ոչ
- Ձեր երեխան երբևէ ապրե՞լ է այնպիսի ծնողի կամ խնամողի հետ, որը մահացել է: Այո  Ոչ

**Քանի՞ «այո» պատասխան եք տվել 2-ին բաժնում:**

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified