

غربالگری رویدادهای ناراحت کننده دوران کودکی و رویدادهای مرتبط زندگی
(Child) (Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS)

توسط ارائه دهنده مراقبت تکمیل شود

تاریخ امروز: _____

نام فرزند: _____ تاریخ تولد: _____

نام شما: _____ نسبت با فرزند: _____

بسیاری از خانواده ها رویدادهای پر دغدغه ای در زندگی تجربه می کنند. با گذشت زمان این تجربه ها می توانند بر سلامت و تندرستی فرزندان تأثیر داشته باشند. ما می خواهیم در ارتباط با فرزندان سؤالاتی از شما پرسیم تا بتوانیم به او کمک کنیم سالم بماند. آیا از زمان تولد فرزندان تا کنون، او تجربیات زیر را دیده یا به هنگام وقوع آنها حضور داشته است؟ لطفاً تجربیات گذشته و حال را به حساب آورید. لطفاً توجه کنید، بعضی از سؤالات بیش از یک قسمت دارند که با "آیا" از یکدیگر مجزا می شوند. اگر به هر قسمت از سؤال "بله" پاسخ دادید، در اینصورت پاسخ به کل سؤال "بله" خواهد بود.

بخش 1	
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده زندگی کرده است که به حبس/زندان رفته باشد؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فکر می کنید که فرزندان تا بحال احساس کرده که پشتیبانی نمی شود، کسی او را دوست ندارد و/یا اینکه محافظت نمی شود؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده زندگی کرده که دچار مشکلات بهداشت روان باشد؟ (به عنوان مثال، افسردگی، روان گسیختگی یا اسکیزوفرنی، اختلال دو قطبی، PTSD، یا اختلال اضطراب)
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا تا بحال یک والد/ مراقبت کننده به فرزند شما توهین کرده، او را تحقیر، یا کوچک کرده است؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا والد زیستی یا زنی فرزندان، یا هر مراقبت کننده ای که او تا بحال داشته است، مشکلی با استفاده بیش از حد از الکل، مواد مخدر یا داروهای نسخه ای داشته یا دارد؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فرزند شما تا بحال برای مراقبت مناسب توسط هر مراقبت کننده ای کمبود داشته است؟ (به عنوان مثال، عدم محافظت در مقابل وضعیت هایی که خطرناک بودند، یا عدم دریافت مراقبت به هنگام بیماری یا آسیب در صورتی که منابع در دسترس بودند)
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فرزند شما تا بحال دیده یا شنیده است که فرد بزرگسال دیگری بروی والد/ مراقبت کننده او فریاد بزند، به او توهین کرده یا او را تحقیر کند؟ یا فرزند شما تا بحال دیده یا شنیده است که یک والد/مراقبت کننده سیلی خورده، به او لگد، مشت یا کتک زده شود، یا به وسیله سلاحی به او آسیب وارد شود؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا هیچ فرد بزرگسالی در خانوار بارها یا اکثر اوقات فرزندان را هل داده، چیزی را از او قاپیده، سیلی زده، یا چیزی به او پرت کرده است؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار، فرزندان را تا آن حد محکم کتک زده که باعث شده علائم آن روی بدن او بماند یا او زخمی شود؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار فرزند شما را تهدید کرده یا به نوعی رفتار کرده که باعث شود فرزندان بترسد که ممکن است به او صدمه وارد شود؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فرزند شما تا بحال مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته است؟ به عنوان مثال، آیا فردی به فرزند شما دست زده یا از او خواسته است به آن فرد به نوعی دست بزند که ناشایست یا ناخواسته بوده، یا موجب شده که فرزند شما احساس ناراحتی کند، یا آیا هیچکس تا بحال سعی کرده یا توانسته است با فرزند شما از طریق دهانی، مقعد یا واژن رابطه جنسی برقرار کند؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا تا بحال تغییرات قابل ملاحظه ای در وضعیت روابط مراقبت دهنده(گان) کودک ایجاد شده است؟ به عنوان مثال، یک والد/مراقبت کننده طلاق گرفته/جدا شده است، یا یک شریک عاطفی زندگی به خانه نقل مکان کرده یا آنرا ترک کرده است؟

در بخش 1 چند پاسخ "بله" دادید؟

برای تکمیل مابقی پرسشنامه لطفاً در قسمت بعد ادامه دهید.

لطفاً هرگاه مرتبط باشد "بله" را تیک

- | | |
|--|--|
| <p>▪ آیا فرزند شما تا بحال قربانی خشونت در محل زندگی، اجتماع یا مدرسه شده است یا این مورد را شنیده یا دیده است؟ (به عنوان مثال قلدری هدفمند، حمله یا سایر اقدامات خشونت آمیز، جنگ و تروریسم)</p> | <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> |
| <p>▪ آیا فرزند شما مورد تبعیض قرار گرفته است؟ (به عنوان مثال به خاطر نژاد، قومیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، مذهب، تفاوت‌های یادگیری، یا معلولیت ها مورد آزار قرار گرفته یا با او به نوعی رفتار شده باشد که احساس کوچکی یا محرومیت کند)</p> | <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> |
| <p>▪ آیا فرزند شما تا بحال مشکلاتی در ارتباط با مسکن تجربه کرده است؟ (به عنوان مثال، بی خانمانی، نداشتن محلی ثابت برای زندگی، نقل مکان بیش از دو بار طی یک دوره شش ماهه، اخراج از منزل یا ضبط ملک رهنی با سلب حق مالکیت یا مجبور شدن به زندگی با چندین خانواده یا اعضاء خانواده)</p> | <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> |
| <p>▪ آیا تا بحال این نگرانی را داشته اید که فرزند شما به اندازه کافی غذا برای خوردن ندارد یا اینکه قبل از اینکه بتوانید غذای بیشتری تهیه کنید غذای فرزندتان تمام خواهد شد؟</p> | <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> |
| <p>▪ آیا فرزندتان تا بحال بخاطر مراقبت رضاعی، یا مهاجرت از والد یا مراقبت کننده خود جدا شده است؟</p> | <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> |
| <p>▪ آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده ای زندگی کرده است که دچار یک بیماری جدی جسمی یا معلولیت باشد؟</p> | <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> |
| <p>▪ آیا فرزند شما تا بحال با یک والد یا مراقبت کننده ای زندگی کرده است که فوت شود؟</p> | <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> |

در بخش 2 چند پاسخ "بله" دادید؟