

Педиатрический опросник для изучения негативного детского опыта и соответствующих жизненных ситуаций (Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – заполняет ребенок (Child)

Заполняется лицом, осуществляющим уход

Дата заполнения: _____

Имя и фамилия ребенка: _____ Дата рождения: _____

Ваши имя и фамилия: _____ Кем вы приходитесь ребенку: _____

Многие семьи испытывают стрессовые жизненные ситуации. В долгосрочной перспективе такие ситуации могут негативно влиять на здоровье и самочувствие вашего ребенка. Мы бы хотели задать вам вопросы о вашем ребенке, чтобы помочь ему оставаться максимально здоровым. Оказывался ли ваш ребенок в какой-либо момент своей жизни со времени своего рождения в описанных ниже ситуациях? Укажите ситуации, случившиеся в прошлом и имеющие место в настоящее время. Обращаем ваше внимание на то, что некоторые вопросы состоят из нескольких частей, разделенных словом «ИЛИ». Если на какую-либо часть вопроса был дан ответ «Да», то ответом на весь вопрос будет «Да».

Часть 1	Отметьте «Да», где применимо.
▪ Проживал ли ваш ребенок с родителем / осуществляющим уход лицом, отбывшим срок в тюрьме?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
▪ Считаете ли вы, что ваш ребенок когда-либо ощущал отсутствие поддержки, любви и (или) защиты?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
▪ Проживал ли ваш ребенок с родителем / осуществляющим уход лицом, страдающим психическим заболеванием (например, депрессией, шизофренией, биполярным расстройством, PTSD или тревожным расстройством)?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
▪ Подвергался ли ваш ребенок оскорблениям, унижениям или критике со стороны родителя / лица, осуществляющего уход?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
▪ Были ли когда-либо в прошлом или имеются ли в настоящее время у биологического родителя ребенка или лица, осуществляющего уход, проблемы, связанные с употреблением алкоголя, уличных наркотиков или рецептурных препаратов?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
▪ Испытывал ли ваш ребенок недостаток надлежащего ухода со стороны какого-либо лица, осуществляющего уход (например, недостаточная защита в опасных ситуациях или недостаточный уход во время болезни или травмы, при том что для надлежащего ухода имелись все необходимые ресурсы)?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
▪ Был ли ваш ребенок свидетелем того, как родитель / лицо, осуществляющее уход, подвергались крикам, ругани, оскорблениям или унижению со стороны другого взрослого? ИЛИ Был ли ваш ребенок свидетелем того, как родителя / лицо, осуществляющее уход, били по лицу, пинали, избивали или наносили им повреждения каким-либо оружием?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
▪ Случалось ли такое, что взрослый член семьи часто или очень часто толкал, хватал, бил вашего ребенка или бросал в него что-либо? ИЛИ Случалось ли такое, что взрослый член семьи ударял ребенка так сильно, что на его теле оставались следы или он получал травму? ИЛИ Случалось ли такое, что взрослый член семьи угрожал вашему ребенку или совершал действия, которые пугали ребенка и заставляли его думать о том, что он может пострадать?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
▪ Подвергался ли ваш ребенок сексуальному насилию? Например, кто-либо дотрагивался до вашего ребенка или просил его дотронуться до человека нежелательным образом, или заставлял вашего ребенка испытывать дискомфорт, или же кто-либо пытался совершить или совершил половой акт (оральный, анальный, вагинальный секс) с вашим ребенком?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
▪ Имели ли место значительные изменения в семейном положении лица (лиц), осуществляющего(-их) уход? Например, имели место развод или расставание в жизни родителя / лица, осуществляющего уход, либо появились новые или закончились старые романтические отношения.	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

Сколько раз вы ответили «Да» в части 1?

Продолжите заполнение опросника на следующей странице

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified

Часть 2

Отметьте «Да», где применимо.

- | | |
|---|--|
| ▪ Становился ли ваш ребенок свидетелем или жертвой насилия в вашем микрорайоне, сообществе или школе (например, целенаправленная травля, словесные оскорбления или угрозы и другие действия насильственного характера, война или терроризм)? | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |
| ▪ Подвергался ли ваш ребенок дискриминации (например, подвергался преследованиям или ощущал себя ущемленным или исключенным по причине своей расовой или этнической принадлежности, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, религии, трудностей в обучении или физических недостатков)? | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |
| ▪ Были ли у вашего ребенка проблемы с жильем (например, отсутствие жилья или постоянного места проживания, более двух переездов в течение шестимесячного периода, лишение собственности по суду или отчуждение недвижимости за долги, либо вынужденная необходимость проживания с несколькими семьями или членами семьи)? | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |
| ▪ Беспокоились ли вы о том, что вашему ребенку не хватает еды, или о том, что продукты питания для вашего ребенка закончатся до того, как вы сможете купить другие? | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |
| ▪ Разлучался ли ваш ребенок с родителем / лицом, осуществляющим уход, в связи с патронажным воспитанием или иммиграцией? | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |
| ▪ Проживал ли ваш ребенок с родителем / осуществляющим уход лицом, страдающим серьезным соматическим заболеванием или имеющим инвалидность? | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |
| ▪ Проживал ли ваш ребенок с уже умершим родителем / лицом, осуществляющим уход? | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |

Сколько раз вы ответили «Да» в части 2?

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified