

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

- Проживал ли ваш ребенок с родителем / осуществляющим уход лицом, отбывшим срок в тюрьме?
- Считаете ли вы, что ваш ребенок когда-либо ощущал отсутствие поддержки, любви и (или) защиты?
- Проживал ли ваш ребенок с родителем / осуществляющим уход лицом, страдающим психическим заболеванием (например, депрессией, шизофренией, биполярным расстройством, PTSD или тревожным расстройством)?
- Подвергался ли ваш ребенок оскорблениям, унижениям или критике со стороны родителя / лица, осуществляющего уход?
- 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?
- 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)?
- 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?
- 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?
- 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?
- 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.

Суммируйте ответы «Да» по данному первому разделу:

Продолжите заполнение опросника на следующей странице

Child (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

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"/> |

Суммируйте ответы «Да» по данному второму разделу:

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified