

**Հարցաթերթիկ մանկության անցանկալի դեպքերի և կյանքի նշանակալի իրադարձությունների մասին
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS)՝անչափահասի խնամողի պատասխաններ
(Teen Caregiver Report)**

Պետք է լրացվի Խնամողի կողմից

Այսօրվա ամսաթիվը՝ _____

Երեխայի անունը՝ _____ Ծննդյան ամսաթիվը՝ _____

Ձեր անունը՝ _____ Հարաբերությունը երեխայի հետ՝ _____

Շատ 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 տեսե՞լ է հետևյալները կամ ներկա եղե՞լ 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
Ձեր երեխան երբևէ ապրե՞լ է այնպիսի ծնողի/խնամողի հետ, որն ազատագրվել/բանտարկվել է:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Ձեր կարծիքով Ձեր երեխան երբևէ իրեն աջակցությունից զրկված, չսիրված և/կամ անպաշտպան զգացե՞լ է:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Ձեր երեխան երբևէ ապրե՞լ 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"/>
Պատահե՞լ է, որ ծնողը/խնամողը երբևէ վիրավորի, նվաստացնի կամ ճնշի Ձեր երեխային:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <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"/>
Երբևէ եղե՞լ 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"/>
Ձեր երեխան երբևէ տեսել կամ լսե՞լ է որ ինչ-որ մեկը բղավի նրա ծնողի/խնամողի վրա, հայհոյի, վիրավորի կամ նվաստացնի նրան: ԿԱՄ Ձեր երեխան երբևէ տեսել կամ լսե՞լ է որ իր ծնողին/խնամողին ապտակեն, ոտքով կամ բռունցքով հարվածեն կամ զենքով վիրավորեն:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <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: ԿԱՄ Պատահե՞լ է, որ Ձեր տանը որևէ մեծահասակ երբևէ Ձեր երեխային այնքան ուժգին հարվածի, որ հարվածի տեղը մնա կամ երեխան վնասվածք ստանա: ԿԱՄ Ձեր տանը բնակվող որևէ մեծահասակ երբևէ սպառնացե՞լ է Ձեր երեխային կամ այնպիսի բան արել, որ երեխան վախենա վնասվելուց:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Ձեր երեխան երբևէ սեռական բնույթի ոտնձգության ենթարկվե՞լ 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"/>
Երեխայի խնամող(ներ)ի հարաբերությունների միջև երբևէ զգալի փոփոխություններ եղե՞լ 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:

2-րդ	Խնդրում ենք նշան դնել «Այո» վանդակում, որտեղ
<p>Ձեր երեխան երբևէ Ձեր թաղում, համայնքում կամ դպրոցում տեղի ունեցած վայրագություն տեսել է, լսել է կամ դրա զոհը եղել է: (օրինակ՝ սպառնալիքներ, հարձակում կամ այլ վայրագություն, պատերազմ կամ ահաբեկչություն):</p>	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
<p>Ձեր երեխան խտրականության ենթարկվել է (օրինակ՝ ճնշման ենթարկվել, նվաստացվել կամ հեռացվել՝ իր ռասայի, ազգային պատկանելության, սեռական ինքնության, սեռական կողմնորոշման, դավանանքի, ուսման հետ կապված դժվարությունների կամ անկարողությունների պատճառով):</p>	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
<p>Ձեր երեխան երբևէ բնակության հետ կապված խնդիրներ ունեցել է (օրինակ՝ եղել է անապաստան, առանց մշտական բնակության վայրի, վեցամսյա ժամանակահատվածում ավելի քան երկու անգամ փոխել է բնակության վայրը, տնից վտարվել է, կամ նրա տունը բռնագրավվել է պարտքի դիմաց, կամ նա ստիպված եղել է տարբեր ընտանիքների կամ ընտանիքի տարբեր անդամների հետ ապրել):</p>	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
<p>Դուք երբևէ մտահոգվել եք, որ Ձեր երեխան բավարար չափով սնունդ չունի, կամ որ Ձեր երեխայի սնունդը կարող է վերջանալ ավելի վաղ, քան Դուք կհասցնեք սնունդ գնել:</p>	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
<p>Ձեր երեխային երբևէ բաժանել են իր ծնողից կամ խնամողից՝ նրան հոգեծնողի խնամքին հանձնելու կամ ներգաղթի պատճառով:</p>	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
<p>Ձեր երեխան երբևէ ապրել է այնպիսի ծնողի/խնամողի հետ, որը լուրջ ֆիզիկական հիվանդություն կամ հաշմանդամություն է ունեցել:</p>	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
<p>Ձեր երեխան երբևէ ապրել է այնպիսի ծնողի կամ խնամողի հետ, որը մահացել է:</p>	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
<p>Ձեր երեխան երբևէ կալանվել, ձերբակալվել կամ ազատագրվել է:</p>	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
<p>Ձեր երեխան երբևէ որևէ կենակցի (օրինակ՝ ընկերոջ կամ ընկերուհու) կողմից խոսքային կամ ֆիզիկական բռնության ենթարկվել է:</p>	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>

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