

소아청소년과 아동기의 부정적 경험 및 해당되는 일생의 사건 선별 설문조사

(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – 청소년 보호자 보고 (Teen Caregiver Report)

보호자가 작성

오늘 날짜 : _____

아동의 이름: _____ 출생일: _____

귀하의 성명: _____ 아동에 대한 관계: _____

많은 가족들이 스트레스가 심한 일생의 사건들을 겪습니다. 시간의 경과에 따라 그러한 경험들이 아동의 건강과 안녕에 영향을 미칠 수 있습니다. 귀하의 아동이 가능하면 최대한의 건강을 유지하는 데 도움이 되도록, 귀하의 아동에 대해 질문을 드리고자 합니다. 귀하의 아동이 태어난 이후 어느 시점에서든, 다음의 일이 일어났을 때 귀하의 아동이 그것을 보거나 거기에 있었습니까? 과거 및 현재의 경험을 포함시키십시오. 어떤 질문에는 "또는"에 의해 분리되는 한 부분 이상의 질문이 있습니다. 그 질문의 어느 부분의 답이 "네"일 경우, 질문 전체에 대한 답은 "네"입니다.

| 제1부 | 해당되는 곳의 “네”에 확인 표시를 하세요. |
|---|---|
| 귀하의 아동이 교도소/감옥에 갔던 부모/보호자와 함께 산 적이 있습니까? | 네 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> |
| 귀하의 아동이 후원을 받지 못하거나, 사랑을 받지 못하거나, 보호를 받지 못한다고 느낀 적이 있을 것이라고 생각하십니까? | 네 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> |
| 귀하의 아동이 정신건강에 문제가 있는 부모/보호자와 함께 산 적이 있습니까? (예를 들어, 우울증, 조현병, 조울증, PTSD, 불안장애 등) | 네 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> |
| 부모/보호자가 귀하의 아동을 모욕하거나 창피를 주거나 깔아뭉갠 적이 있습니까? | 네 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> |
| 아동의 생물학적 부모나 보호자에게 술, 거리에서 거래되는 약물, 처방약을 너무 많이 먹는 문제가 있었거나, 현재 그런 문제가 있습니까? | 네 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> |
| 귀하의 아동에게, 보호자에 의한 적절한 돌봄이 부족했던 적이 있습니까(예를 들어, 안전하지 못한 상황으로부터 보호받지 못하거나, 돌봄이 가능함에도 불구하고 아프거나 다쳤을 때 돌봐주지 못함)? | 네 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> |
| 귀하의 아동이, 다른 성인이 부모/보호자에게 비명을 지르거나 욕을 하거나 모욕을 주거나 창피를 주는 것을 보거나 들은 적이 있습니까? 또는 귀하의 아동이, 부모/보호자가 손바닥으로 맞거나 발로 차임을 당하거나 주먹으로 맞거나 무기로 맞아 다치는 것을 보거나 들은 적이 있습니까? | 네 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> |
| 집에서 어느 성인이 자주 또는 매우 자주 귀하의 아동을 밀거나, 움켜잡거나, 손바닥으로 치거나, 아동을 향하여 무언가를 던진 적이 있습니까? 또는 집에서 어느 성인이 귀하의 아동을 아주 세게 쳐서 자국이 남거나 상해를 입은 적이 있습니까? 또는 집에서 어느 성인이 귀하의 아동에게 위협을 가하거나 다칠까봐 아동이 두려움을 느낄 정도로 행동을 한 적이 있습니까? | 네 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> |
| 귀하의 아동이 성적 괴롭힘을 받은 적이 있습니까? 예를 들어, 원하지 않는 방법으로, 또는 귀하의 아동이 불편감을 느끼는 방법으로, 누군가가 귀하의 아동을 만지거나 그 아동으로 하여금 그 사람을 만지도록 요구하거나, 누군가가 귀하의 아동과 구강성교, 항문성교, 또는 질성교를 시도하거나 실제로 가졌습니까? | 네 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> |
| 그 아동 보호자의 관계 상태에 상당한 변화가 있었습니까? 예를 들어, 부모/보호자가 이혼 또는 별거를 하거나, 연애 상대자가 이사를 들어오거나 이사를 나갔습니까? | 네 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> |

제1부에서 "네"로 답한 게 몇개입니까?

계속해서 다른 면으로 가서 나머지 설문을 작성하십시오.

Teen (Parent/Caregiver Report) - Identified

제2부

해당되는 곳의 "네"에 확인 표시를 하세요.

| | |
|---|---|
| 귀하의 아동이 귀하의 이웃, 커뮤니티, 또는 학교에서 폭력의 피해자를 보았거나 그에 관해 들은 적이 있거나, 또는 그 피해자 자신이었습니까? (예를 들어, 표적이 된 집단 괴롭힘, 폭행, 또는 기타 폭력적 행위, 전쟁, 테러 등) | 네 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> |
| 귀하의 아동이 차별을 겪었습니까(예를 들어, 인종, 출신 민족, 성 정체성, 성적 지향, 종교, 학습의 차이, 또는 장애 때문에 들볶이거나, 열등감이나 소외감을 느끼게 됨)? | 네 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> |
| 귀하의 아동에게 주거 문제가 있었습니까(예를 들어, 집이 없거나, 안정적으로 살 곳이 없거나, 6개월 내 두 번 넘게 이사를 해야 했거나, 퇴거 또는 압류명령에 직면하거나, 여러 가족들이나 여러 가족 구성원들과 살아야 하는 경우)? | 네 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> |
| 귀하는, 귀하의 아동이 먹을 충분한 음식이 없거나, 귀하가 음식을 더 사기 전에 아동을 위한 음식이 모자랄 것이라는 걱정을 한 적이 있습니까? | 네 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> |
| 귀하의 아동이 위탁 양육 또는 이민 때문에 그 부모나 보호자로부터 떨어진 적이 있습니까? | 네 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> |
| 귀하의 아동이 심각한 신체적 질병이나 장애가 있는 부모/보호자와 함께 산 적이 있습니까? | 네 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> |
| 귀하의 아동이 사망한 부모/보호자와 함께 산 적이 있습니까? | 네 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> |
| 귀하의 아동이 구금되거나 체포되거나 수감된 적이 있습니까? | 네 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> |
| 귀하의 아동이 연애 상대방(예를 들어, 남자친구나 여자친구)으로부터 언어적으로나 물리적으로 학대나 위협을 받은 적이 있습니까? | 네 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> |

제2부에서 "네"로 답한 게 몇개입니까?

Teen (Parent/Caregiver Report) - Identified