

Педиатрический опросник для изучения негативного детского опыта и соответствующих жизненных ситуаций (Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – заполняет подросток (самостоятельно) (Teen (Self Report))

Заполняется пациентом

Дата заполнения: _____ Дата рождения: _____

Ваши имя и фамилия: _____

Многие семьи испытывают стрессовые жизненные ситуации. В долгосрочной перспективе такие ситуации могут негативно влиять на ваше здоровье и самочувствие. Мы бы хотели задать вам вопросы, чтобы помочь вам оставаться максимально здоровыми. Оказывались ли вы в какой-либо момент вашей 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.
Проживали ли вы с родителем / осуществляющим уход лицом, отбывшим срок в тюрьме?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Ощущали ли вы отсутствие поддержки, любви и (или) защиты?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Проживали ли вы 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"/>
Подвергались ли вы 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 вашего биологического родителя или лица, осуществляющего уход, проблемы, связанные с употреблением алкоголя, уличных наркотиков или рецептурных препаратов?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Испытывали ли вы 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"/>
Были ли вы свидетелем того, как родитель / лицо, осуществляющее уход, подвергались крикам, ругани, оскорблениям или унижению со стороны другого взрослого? ИЛИ Были ли вы 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 вас или бросал в вас что-либо? ИЛИ Случалось ли такое, что взрослый член семьи ударял вас так сильно, что на вашем теле оставались следы или вы получали травму? ИЛИ Случалось ли такое, что взрослый член семьи угрожал вам или совершал действия, которые пугали вас и заставляли думать о том, что вы можете пострадать?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Подвергались ли вы сексуальному насилию? Например, кто-либо дотрагивался до вас или просил вас дотронуться до человека нежелательным образом, или заставлял вас испытывать дискомфорт, или же кто-либо пытался совершить или совершил с вами половой акт (оральный, анальный, вагинальный секс)?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Имели ли место значительные изменения в семейном положении лица (лиц), осуществляющего(-их) уход за вами? 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

Teen (Self Report) – Identified

Часть 2

Отметьте «Да», где применимо

Становились ли вы 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"/>
Подвергались ли вы дискриминации (например, подвергались преследованиям или ощущали себя уязвимым или исключенным по причине вашей 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 вас 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 вам не хватает еды, или о том, что продукты питания закончатся до того, как вы или ваш родитель / лицо, осуществляющее уход, сможете купить другие?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Разлучались ли вы с родителем / лицом, осуществляющим уход, в связи с патронажным воспитанием или иммиграцией?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Проживали ли вы с родителем / осуществляющим уход лицом, страдающим серьезным соматическим заболеванием или имеющим инвалидность?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Проживали ли вы с уже умершим родителем / лицом, осуществляющим уход?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Подвергались ли вы задержанию, аресту или заключению под стражу?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Подвергались ли вы вербальному или физическому насилию или угрозам со стороны партнеров по романтическим отношениям (например, парня или девушки)?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

Сколько раз вы ответили «Да» в части 2?

Teen (Self Report) – Identified