

يُستكمل من قبل الشخص القائم بالرعاية

تاريخ اليوم:

تاريخ الميلاد:

اسم الطفل:

العلاقة بالطفل:

اسمك:

تمر العديد من العائلات بأحداث حياتية مرهقة. ومع مرور الوقت يمكن أن تؤثر هذه التجارب على صحة طفلك وعافيته. ونود أن نطرح عليك أسئلة عن طفلك حتى نتتمكن من مساعدته على أن يكون بصحة جيدة قدر الإمكان. في أي وقت من الأوقات منذ ولادة الطفل، هل شاهد الطفل أو كان حاضراً عند حدوث التجارب التالية؟ يُرجى ذكر التجارب السابقة والحالية. يُرجى ملاحظة أن بعض الأسئلة تحتوي على أكثر من جزء واحد مفصول بينها باستخدام "أو". إذا تمت الإجابة على أي جزء من السؤال باستخدام "نعم"، فإن الإجابة على السؤال بأكمله هي "نعم".

هل سبق للطفل أن خاض تجربة حبس/سجن أحد الوالدين/من يتولى رعايته؟
هل سبق للطفل أن شعر بأنه غير مدعوم و/أو غير محبوب و/أو غير محمي؟
هل سبق للطفل أن عاش تجربة معاناة أحد الوالدين/من يتولى رعايته من مشاكل في الصحة العقلية؟ (على سبيل المثال الاكتئاب أو الفصام أو الاضطراب ثنائي القطب أو اضطراب ما بعد الصدمة أو اضطراب القلق)
هل سبق أن قام أحد الوالدين/القائم بالرعاية بإهانة الطفل أو التقليل منه أو تحقيره؟
هل سبق أن عانى أحد الوالد البيولوجيين للطفل أو أي من القائمين بالرعاية أو يعاني حالياً من مشكلة الإفراط في تناول الكحول أو العقاقير المخدرة غير المشروعة أو تعاطي الأدوية الموصوفة طبيًا؟
هل سبق أن افترق الطفل إلى الرعاية المناسبة من قبل أي من القائمين بالرعاية (على سبيل المثال، عدم حمايته من المواقف غير الآمنة، أو عدم رعايته عند المرض أو الإصابة حتى عندما تكون الموارد متاحة)؟
هل سبق للطفل أن رأى أو سمع أحد الوالدين/القائمين بالرعاية يتعرض للصراخ أو الشتائم أو الإهانة أو الإذلال من قبل شخص بالغ آخر؟ أو هل سبق للطفل أن رأى أو سمع أحد الوالدين/القائمين بالرعاية يتعرض للصفع أو الركل أو اللكم أو الضرب أو الإيذاء بسلاح؟
هل دفع أي شخص بالغ في المنزل في الغالب أو في كثير من الأحيان أو أمسك أو صفع طفلك أو ألقي شيئاً عليه؟ أو هل سبق أن ضرب أي شخص بالغ في الأسرة طفلك بشدة لدرجة أن طفلك ظهرت عليه علامات أو أصيب بجروح؟ أو هل سبق أن هدد أي شخص بالغ في المنزل طفلك أو تصرف بطريقة جعلت طفلك خائفاً من احتمال تعرضه للأذى؟
هل سبق أن تعرض طفلك للاعتداء الجنسي؟ على سبيل المثال، هل لمس أي شخص طفلك أو طلب من طفلك أن يلمسه بطريقة غير مرغوب فيها، أو جعل طفلك يشعر بعدم الارتياح، أو هل حاول أي شخص ممارسة الجنس الفموي أو الشرجي أو المهيلي مع طفلك أو مارسه بالفعل؟
هل سبق أن حدثت تغييرات كبيرة في حالة علاقة أي من القائمين برعاية الطفل؟ على سبيل المثال طلاق أحد الوالدين/القائمين بالرعاية أو انفصالهما أو انتقال شريك عاطفي للعيش معه أو مغادرته؟

اجمع إجابات "نعم" لهذا القسم الأول:

هل سبق أن رأى الطفل أو سمع أو كان ضحية للعنف في الحي الذي تعيشون فيه أو في مجتمعكم أو المدرسة؟ (على سبيل المثال التنمر المستهدف أو الاعتداء أو غير ذلك من أعمال العنف أو الحرب أو الإرهاب)
هل تعرض الطفل للتمييز (على سبيل المثال تعرض الطفل للمضايقة أو الشعور بالدونية أو الإقصاء بسبب عرقه أو أصله أو هويته الجنسية أو ميوله الجنسي أو دينه أو اختلافاته في التعلم أو إعاقته)؟
هل عانى الطفل من قبل من مشاكل في السكن (على سبيل المثال التشرد أو عدم وجود مكان مستقر للعيش فيه أو الانتقال أكثر من مرتين في فترة ستة أشهر أو واجه الإخلاء أو الحجر العقاري أو اضطرت للعيش مع عدة عائلات أو العديد أفراد من العائلة)؟
هل سبق أن شعرت بالقلق من عدم وجود طعام كافٍ للطفل أو أن طعام الطفل سينفذ قبل أن تتمكن من شراء المزيد؟
هل سبق أن انفصل الطفل عن والديه أو القائمين بالرعاية بسبب الحضانة أو الهجرة؟
هل سبق للطفل أن خاض تجربة معاناة أحد الوالدين/من يتولى رعايته من مرض أو إعاقة جسدية خطيرة؟
هل سبق أن خاض الطفل تجربة وفاة أحد الوالدين أو من يتولى رعايته؟

اجمع إجابات "نعم" للقسم الثاني:

أداة فحص تجارب الطفولة السلبية والأحداث الحياتية ذات الصلة (PEARLS) - الطفل (تقرير الوالدين/القائم بالرعاية)

يُستكمل من قبل الشخص القائم بالرعاية

تاريخ اليوم _____

تاريخ الميلاد: _____

اسم الطفل: _____

العلاقة بالطفل: _____

اسمك: _____

تمر العديد من العائلات بأحداث حياتية مرهقة. ومع مرور الوقت يمكن أن تؤثر هذه التجارب على صحة طفلك وعافيته. ونود أن نطرح عليك أسئلة عن طفلك حتى تتمكن من مساعدته على أن يكون بصحة جيدة قدر الإمكان. في أي وقت من الأوقات منذ ولادة الطفل، هل شاهد الطفل أو كان حاضراً عند حدوث التجارب التالية؟ يُرجى ذكر التجارب السابقة والحالية. يُرجى ملاحظة أن بعض الأسئلة تحتوي على أكثر من جزء واحد مفصول بينها باستخدام "أو". إذا تمت الإجابة على أي جزء من السؤال باستخدام "نعم"، فإن الإجابة على السؤال بأكمله هي "نعم".

هل سبق للطفل أن خاض تجربة حبس/سجن أحد الوالدين/من يتولى رعايته؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق للطفل أن شعر بأنه غير مدعوم و/أو غير محبوب و/أو غير محمي؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق للطفل أن عاش تجربة معاناة أحد الوالدين/من يتولى رعايته من مشاكل في الصحة العقلية؟ (على سبيل المثال الاكتئاب أو الفصام أو الاضطراب ثنائي القطب أو اضطراب ما بعد الصدمة أو اضطراب القلق)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن قام أحد الوالدين/القائم بالرعاية بإهانة الطفل أو التقليل منه أو تحقيره؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عانى أحد الوالد البيولوجيين للطفل أو أي من القائمين بالرعاية أو يعاني حالياً من مشكلة الإفراط في تناول الكحول أو العقاقير المخدرة غير المشروعة أو تعاطي الأدوية الموصوفة طبيًا؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن افقر الطفل إلى الرعاية المناسبة من قبل أي من القائمين بالرعاية (على سبيل المثال، عدم حمايته من المواقف غير الآمنة، أو عدم رعايته عند المرض أو الإصابة حتى عندما تكون الموارد متاحة)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق للطفل أن رأى أو سمع أحد الوالدين/القائمين بالرعاية يتعرض للصراخ أو الشتائم أو الإهانة أو الإذلال من قبل شخص بالغ آخر؟ أو هل سبق لطفلك أن رأى أو سمع أحد الوالدين/القائمين بالرعاية يتعرض للصفع أو الركل أو اللكم أو الضرب أو تعرض للأذى بسلاح؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل دفع أي شخص بالغ في المنزل في الغالب أو في كثير من الأحيان أو أمسك أو صفع طفلك أو ألقى شيئاً عليه؟ أو هل سبق أن ضرب أي شخص بالغ في الأسرة طفلك بشدة لدرجة أن طفلك ظهرت عليه علامات أو أصيب بجروح؟ أو هل سبق لأي شخص بالغ في الأسرة أن هدد الطفل أو تصرف بطريقة جعلت الطفل يخاف من أن يتعرض للأذى؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن تعرض طفلك للاعتداء الجنسي؟ على سبيل المثال، هل لمس أي شخص طفلك أو طلب من طفلك أن يلمسه بطريقة غير مرغوب فيها، أو جعل طفلك يشعر بعدم الارتياح، أو هل حاول أي شخص ممارسة الجنس الفموي أو الشرجي أو المهبل مع طفلك أو مارسه بالفعل؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن حدثت تغييرات كبيرة في حالة علاقة أي من القائمين برعاية الطفل؟ على سبيل المثال طلاق أحد الوالدين/القائمين بالرعاية أو انفصالهما أو انتقال شريك عاطفي للعيش معه أو مغادرته؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

اجمع إجابات "نعم" لهذا القسم الأول:

☐

هل سبق أن رأى الطفل أو سمع أو كان ضحية للعنف في الحي الذي تعيشون فيه أو في مجتمعكم أو المدرسة؟ (على سبيل المثال التنمر المستهدف أو الاعتداء أو غير ذلك من أعمال العنف أو الحرب أو الإرهاب)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل تعرض الطفل للتمييز (على سبيل المثال تعرض الطفل للمضايقة أو الشعور بالدونية أو الإقصاء بسبب عرقه أو أصله أو هويته الجنسية أو ميوله الجنسية أو دينه أو اختلافاته في التعلم أو إعاقته)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل عانى طفلك من قبل من مشاكل في السكن (على سبيل المثال التشرد أو عدم وجود مكان مستقر للعيش فيه أو الانتقال أكثر من مرتين خلال فترة ستة أشهر أو واجه الإخلاء أو الحجر العقاري أو اضطرت للعيش مع عدة عائلات أو أفراد من العائلة)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن شعرت بالقلق من عدم وجود طعام كافٍ للطفل أو أن طعام الطفل سينفذ قبل أن تتمكن من شراء المزيد؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن انفصل الطفل عن والديه أو القائمين بالرعاية بسبب الحضانة أو الهجرة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق للطفل أن خاض تجربة معاناة أحد الوالدين/من يتولى رعايته من مرض أو إعاقة جسدية خطيرة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن خاض الطفل تجربة وفاة أحد الوالدين أو من يتولى رعايته؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

اجمع إجابات "نعم" للقسم الثاني:

أداة فحص تجارب الطفولة السلبية والأحداث الحياتية ذات الصلة (PEARLS) - الطفل (تقرير الوالدين/القائمين بالرعاية) - محدد الهوية

© ZERO TO THREE 2025. جميع الحقوق محفوظة.