

| Psychosocial assessment for refugees in reception phase – Child version (PAIR-C) | | | |
|---|-----------|--|--------|
| Психосоціальна оцінка на етапі прийому дітей ясельного віку та дітей віком до 6 років - Співбесіда з батьками | | | |
| Рекомендація для вступу: У вашому житті сталися значні зміни і, можливо, ви пережили багато драматичних подій. Ми знаємо, що це може вплинути на ваше самопочуття. Ось чому ми запитуємо кожного, хто прибуває як біженець, про ваші нещодавні думки та почуття й про те, як це впливає на ваше життя сьогодні. Перш за все, я збираюся поставити вам кілька запитань про те, що пережила ваша дитина і як у неї справи зараз. Потім кілька запитань про те, як почувається ваша дитина. Це цілком нормально, якщо будуть питання, на які не хочеться відповідати. Повідомте нас, якщо під час співбесіди у вас виникнуть запитання або коментарі | | | |
| АНКЕТНІ ДАНІ | | | |
| Контактні дані: | | | |
| Прізвище, ім'я | | Вік (років): | Стать: |
| Дата народження/ID-номер: | | | |
| Місцезнаходження, сьогоднішня дата: | | Номер телефону дитини/опікуна: | |
| РОДИНА ТА ПОВСЯКДЕННЕ ЖИТТЯ | | | |
| Хтось супроводжував дитину до Норвегії? | | Так | Ні |
| Якщо так, тоді хто? | | Якщо ні, тоді хто несе відповідальність за дитину? | |
| Чи є у дитини батьки або брати й сестри, які не знаходяться з нею в Норвегії? | | Так | Ні |
| Якщо так, тоді хто? | | | |
| Ви підтримуєте зв'язок з ними? | | Так | Ні |
| Хтось із членів вашої родини або близький друг загинув на війні або під час поїздки до Норвегії? | | Так | Ні |
| Якщо так, тоді хто? | | | |
| Чи переживала ваша дитина ще щось лякаюче, небезпечне, жорстоке або дуже стресове? | | Так | Ні |
| (Батьки мають пояснити/запишити) | | | |
| Чи маєте ви/ваша родина постійне місце проживання у Норвегії? | | Так | Ні |
| Де? | | | |
| Ваша дитина відвідує дитячий сад або подібну установу? | | Так | Ні |
| Якщо так: Чи подобається вашій дитині відвідувати дитячий садок? | | Так | Ні |
| ПРОБЛЕМИ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ | | | |
| Інтерв'юер (зачитайте): Наскільки вашу дитину турбувало будь-що з наступного протягом останніх двох тижнів? * | | | |
| | Ніскільки | Небагато | Багато |
| Часто скаржиться на головний біль, біль у животі або нудоту | 0 | 1 | 2 |
| Має багато побоювань, часто виглядає занепокоєною | 0 | 1 | 2 |
| Часто сумує, відчуває себе пригніченою або плаче | 0 | 1 | 2 |

| | | | |
|---|---|--|------------|
| Нервує або чіпляється за батьків в нових ситуаціях, легко втрачає впевненість у собі | 0 | 1 | 2 |
| Має багато страхів, легко лякається | 0 | 1 | 2 |
| Сума всіх відповідей = _____ | | | ≥6 |
| ПОСТТРАВМАТИЧНІ РЕАКЦІЇ | | | |
| Інтерв'юер (зачитайте): Це перелік проблем, які інколи можуть виникнути після дуже стресових переживань. Як часто протягом останніх двох тижнів ваша дитина: | | | |
| | Ніколи | Іноді | Часто |
| Поводилася так, ніби минулі драматичні події відбуваються знову прямо зараз? | 0 | 1 | 2 |
| Мала проблеми зі сном або бачила кошмари? | 0 | 1 | 2 |
| Поводилася так, ніби знову стала маленькою, наприклад, намочила штани, часто плакала або боялася залишитися на самоті? | 0 | 1 | 2 |
| Іншим чином змінила свою поведінку, наприклад, стала надзвичайно стурбованою, злою та/або більш мовчазною та замкнутою, ніж раніше? | 0 | 1 | 2 |
| Чи помітили ви інші зміни, які вас турбують? Примітки: | 0 | 1 | 2 |
| Сума всіх відповідей = _____ | | | ≥ 6 |
| ЗАГАЛЬНА ОЦІНКА (ПОЗНАЧТЕ ВІДПОВІДНІ ЗАХОДИ) | | | |
| Наразі немає потреби в реабілітаційних заходах <input type="checkbox"/> | Потрібні реабілітаційні заходи, але не терміново <input type="checkbox"/> | Потрібно термінове обстеження/лікування та подальше спостереження <input type="checkbox"/> | |
| Адекватний психологічний стан та функціональний рівень | Неповнолітні без супроводу дорослих. Значні проблеми з психічним здоров'ям, втрата працездатності або сімейні труднощі (наприклад, опікун з психічним захворюванням / проблемами зловживання психоактивними речовинами) | Ознаки небезпечного для життя стану, серйозної хвороби або травми. Наприклад: Дитина не йде на контакт, нездатність споживати їжу та напої, гостра сплутаність свідомості або постійне насильство/жорстоке поведіння/недогляд | |
| Консультація при необхідності. Надайте батькам повну інформацію про їхні права та про те, до кого можна звернутися, якщо їм знадобиться допомога. | Надайте вичерпну інформацію про те, що може допомогти і до кого батькам слід звернутися у разі необхідності. Запишіть на новий прийом протягом 1-2 тижнів або раніше, якщо це необхідно. При необхідності зверніться до відповідної установи. | Термінове направлення до лікаря/лікарні або іншої відповідної установи невідкладної допомоги | |
| КОНТАКТНІ ДАНІ ОЦІНЮВАЧА | | | |
| Прізвище та ім'я, місце роботи співробітника, який проводить оцінку | | Номер телефону співробітника, який проводить оцінку | |
| Якщо дитина/родина має контактну особу в муніципалітеті: | | | |
| Хто є контактною особою? | | Телефон контактної особи: | |



NASJONALT KUNNSKAPSENTER
OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS