

Психосоциальная оценка состояния детей и подростков в возрасте от 6 до 18 лет на этапе приема: Версия интервью

Интервьюер (зачитайте): Вы столкнулись с большими переменами в своей жизни и, возможно, пережили множество драматических событий. Мы знаем, что это может повлиять на то, как вы себя чувствуете. Вот почему мы спрашиваем каждого, кто прибывает в качестве беженца, о его недавних мыслях и чувствах, о том, как это влияет на его сегодняшнюю жизнь. Сейчас я задам вам несколько вопросов, чтобы мы вместе смогли выяснить, как вы себя чувствуете, и нужна ли вам сейчас помощь. Здесь нет правильных или неправильных ответов, просто отвечайте как можно более полно. Если вы не захотите отвечать на какие-то вопросы, это совершенно нормально. Дайте мне знать, если в процессе у вас возникнет желание что-то уточнить или прокомментировать. Прежде всего, я задам вам несколько вопросов о том, что вам пришлось пережить.

Хотите ли вы, чтобы мы говорили об этом с вами наедине, или в присутствии родителей/ опекуна?

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ:

Контактная информация:

Фамилия, имя:	Возраст (кол-во лет):	Пол:
Дата рождения/ID-номер:		
Сегодняшняя дата:	Телефон ребенка (опекуна):	

СЕМЬЯ

Вы приехали в Норвегию вместе с кем-то?	Да	Нет
Если да, то с кем?	Если нет, то кто несет ответственность за вас?	
Кто-то из ваших родителей или братьев и (или) сестер не приехал вместе с вами в Норвегию?	Да	Нет
Если да, то кто?		
Есть ли у вас связь с ними?	Да	Нет
Был ли кто-нибудь из членов вашей семьи или из ваших близких друзей убит на войне или во время поездки в Норвегию?	Да	Нет
Если да, то кто?		
Пришлось ли вам (вашему ребенку) пережить еще какие-то пугающие, опасные, жестокие обстоятельства или что-то вызывающее сильный стресс?	Да	Нет
(Пусть ребенок (возможно, опекун) расскажет/ запишите)		

О ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ

Получили ли вы/ваша семья постоянное жилье здесь, в Норвегии?	Да	Нет
Вы уже начали ходить в школу здесь, в Норвегии?	Да	Нет
Продолжаете ли вы обучение онлайн в школе, в которую вы ходили до того, как уехали из своей страны?	Да	Нет

ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ

	Полностью	Частично	В малой степени
Ладите ли вы с людьми, с которыми живете вместе?			
Дается ли вам обучение в школе без труда/ вы можете концентрироваться на уроках?			
Если не считать тех, с кем вы живете вместе, есть ли у вас кто-то, с кем вы можете поговорить или поиграть?			

ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ

Интервьюер (зачитайте): Ниже приведен перечень некоторых проблем или сложностей. Беспокоило ли вас что-то из перечисленного здесь на протяжении **2 последних недель**? **Инструкция для интервьюера: Проверьте, понял ли ребенок, о каких временных рамках идет речь. Если необходимо, помогите понять.**

	Не беспокоило	Немного беспокоило	Беспокоило в достаточной мере	Очень сильно беспокоило
Головная боль	1	2	3	4
Боли в других частях тела	1	2	3	4
Проблемы со сном (бессонница)	1	2	3	4
Усталость/ переутомление/ упадок сил (не после тренировки)	1	2	3	4
Суммируйте все ответы = _____	≤7		8	
*Постоянный страх или тревога	1	2	3	4
*Состояние напряжения или беспокойства	1	2	3	4
*При мыслях о будущем возникает чувство *безнадежности	1	2	3	4
*Чувство подавленности или грусти	1	2	3	4
*Часто волнение по разным поводам	1	2	3	4
Суммируйте все ответы = _____	≤9		1	
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ**				
Интервьюер (зачитайте): Сейчас я назову ряд проблем, которые иногда возникают у людей после пержитого стресса. Как часто в течение последних 2 недель вас беспокоило следующее:				
	Никогда	Иногда	Часто	Почти все время
Страшные сны, которые напоминают о случившемся	0	1	2	3
В голове картины случившегося. Такое чувство, что это происходит прямо сейчас.	0	1	2	3
Стараюсь не думать о том, что произошло. И не испытывать никаких чувств в связи с этим.	0	1	2	3
Избегаю всего, что напоминает мне о том, что произошло (людей, мест, вещей, ситуаций или разговоров об этом).	0	1	2	3
Веду себя более настороженно (проверяю, кто находится рядом со мной)	0	1	2	3
Нервничаю	0	1	2	3
Суммируйте все ответы = _____			7	
УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ				
Как часто:	Никогда	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно
Вы употребляете алкоголь?		<16 лет		
Вы курите гашиш или употребляете другие психоактивные вещества?		<16 лет		
Вы используете снотворные препараты или седативные средства?		<16 лет		
Если да, то были ли вы сами или кто-то другой (родственник, друг, медицинский работник) обеспокоен, тем, что вы принимаете психоактивные вещества, или говорил ли вам кто-то, что вы должны сократить /прекратить употребление этих веществ?			Нет	Да
СЕРЬЕЗНЫЕ СИМПТОМЫ				
Инструкция: Если ребенок набрал желтый балл по вышеуказанным вопросам и имеет функциональные нарушения, задаются следующие вопросы:				
Слышите ли вы иногда голос, который ясно и понятно разговаривает с вами, как я сейчас, хотя другие люди его слышать не могут?			Нет	Да
Если да: Беспокоит ли это вас?			Нет	Да
У вас возникало желание причинить вред себе или другим?			Нет	Да
Причиняли ли вы вред себе или другим в течение последних 14 дней?			Нет	Да
Были ли у вас мысли о том, чтобы покончить с собой в течение последних 14 дней?			Нет	Да
ОБЩАЯ ОЦЕНКА (ОТМЕТЬТЕ ПРАВИЛЬНУЮ МЕРУ)				

Необходимость в реабилитационных мерах в настоящий момент отсутствует <input type="checkbox"/>	Необходимость в реабилитационных мерах имеется, но ситуация не критическая <input type="checkbox"/>	Нуждается в экстренной оценке состояния/ экстренном лечении и последующем наблюдении <input type="checkbox"/>
Адекватное психическое состояние и функциональный уровень	Несовершеннолетние без сопровождения взрослых. Значительные проблемы с психическим здоровьем, потеря функций или трудности в семье (например, опекун с психическими расстройствами и /или проблемами в связи с злоупотреблением психоактивных веществ)	Признаки наличия серьезных симптомов, угрожающего жизни состояния, серьезного заболевания, травмы или продолжающегося насилия, жестокого обращения, невыполнения родительских обязанностей.
Консультирование при необходимости. Дайте полную информацию о правах, ресурсах и о том, с кем надо связаться, если будет нужна помощь.	Предоставьте полноценную информацию о том, что может помочь и с кем они должны связаться при необходимости. Запланируйте новое посещение в течение 1-2 недель или раньше, если это необходимо. При необходимости, направьте в соответствующее учреждение.	Срочно направьте к врачу/в больницу или в другую соответствующую службу неотложной помощи
КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОЦЕНИВАЮЩЕГО ЛИЦА:		
Имя и место работы сотрудника, проводящего оценку		Тел. сотрудника, осуществляющего оценку:
Если у ребенка/семьи есть контактное лицо в коммуне (муниципалитете):		
Кто является контактным лицом?		Телефон контактного лица:

* Goodman R 1997 ** Sachser et al. 2017