

คำถามทางกุมารเวชเพื่อคัดกรองประสบการณ์ที่เป็นอันตรายต่อวัยเด็กและเหตุการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้อง
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – เด็ก (Child)

สำหรับผู้ดูแลครอบครัว

วันที่: _____

ชื่อเด็ก: _____ วันเกิด: _____

ชื่อของท่าน: _____ ความสัมพันธ์กับเด็ก: _____

หลายๆครอบครัวประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ดังเคียด เมื่อเวลาผ่านไป เหตุการณ์เหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของลูกของท่านได้ เราอยากถามคำถามเกี่ยวกับลูกของท่านเพื่อที่เราจะได้ช่วยพวกเขาให้มีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ตั้งแต่ลูกของท่านเกิดมา ลูกของท่านเคยได้เห็นหรือเป็นผู้ประสบเหตุการณ์เหล่านี้หรือไม่ ไม่ว่าเวลาใดก็ตาม โปรดรวมถึงเหตุการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบัน โปรดทราบ คำถามบางคำถามมีมากกว่าหนึ่งส่วน โดยแต่ละส่วนจะถูกค้นด้วยคำว่า "หรือ" หากท่านตอบส่วนใดส่วนหนึ่งว่า "ใช่" นั่นก็หมายความว่าท่านตอบว่า "ใช่" สำหรับทุกส่วน

| ตอนที่ 1 | กรณากา "ใช่" ในข้อที่ถูก |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ■ ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแล ที่เคยจำคุกหรือไม่ | ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> |
| ■ ท่านคิดว่าลูกของท่านเคยรู้สึกว่าการสนับสนุน ไม่ได้ได้รับความรัก และ/หรือไม่ได้รับการปกป้องหรือไม่ | ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> |
| ■ ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เคยมีปัญหาด้านจิตใจหรือไม่ (ยกตัวอย่างเช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ภาวะมีอารมณ์สองขั้ว PTSD หรือโรควิตกกังวล) | ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> |
| ■ พ่อแม่/ผู้ดูแลเคยดูหมิ่น เหยียดหยาม หรือดูถูกลูกของท่านหรือไม่ | ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> |
| ■ พ่อแม่โดยสายเลือดของเด็กหรือผู้ดูแลเคย หรือในปัจจุบันนี้มีปัญหาติ่มอัลกอฮอล์ ไข้ยาเสพติดผิดกฎหมาย หรือ ยาตามใบสั่งแพทย์เกินขนาดหรือไม่ | ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> |
| ■ ลูกของท่านเคยขาดการดูแลที่เหมาะสมโดยผู้ดูแล (ตัวอย่างเช่น ไม่ได้ได้รับการปกป้องจากสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือไม่ได้รับการดูแลในเวลาป่วยไข้หรือได้รับบาดเจ็บที่ที่สามารถจัดหาให้ได้)หรือไม่ | ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> |
| ■ ลูกของท่านเคยได้เห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแล ถูกกรีดร้องใส่ ตำหนิ ดูหมิ่น หรือถูกเหยียดหยามโดยผู้ใหญ่คนอื่นหรือไม่ หรือ ลูกของท่านเคยเห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแลถูกตบ เตะ ต่อย ทบตีหรือทำร้ายด้วยอาวุธหรือไม่ | ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> |
| ■ มีผู้ใหญ่คนใดในครัวเรือนที่พลัก จับแรงๆ ตบ หรือโยนของใส่ลูกของท่านบ่อยหรือบ่อยมากหรือไม่ หรือ มีผู้ใหญ่คนใดในครัวเรือนที่เคยตีลูกของท่านแรงๆจนทำให้เกิดรอยหรือบาดเจ็บหรือไม่ หรือ เคยมีผู้ใหญ่คนใดในครัวเรือนข่มขู่ลูกของท่านหรือกระทำการในทางที่ทำให้ลูกของท่านกลัวว่าจะถูกทำร้ายหรือไม่ | ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> |
| ■ ลูกของท่านเคยถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือไม่ ตัวอย่างเช่น มีคนจับลูกของท่านหรือขอให้ลูกของท่านจับบุคคลนั้นโดยไม่เต็มใจ หรือทำให้ลูกของท่านรู้สึกลำบากใจ หรือเคยมีใครพยายามหรือเคยมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ทวารหนัก หรืออวัยวะเพศกับลูกของท่านหรือไม่ | ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> |
| ■ เคยมีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเกี่ยวกับสถานะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลเด็กหรือไม่ ตัวอย่างเช่น พ่อแม่/ผู้ดูแลหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ หรือคนรักย้ายเข้าหรือย้ายออก | ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> |

มีคำตอบที่ "ใช่" เท่าใดในตอนต้นที่ 1

โปรดไปยังด้านอื่น ๆ สำหรับแบบสอบถามที่เหลือ

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified

ตอนที่ 2

กรณีกา "ใช่" ในข้อที่ถูก

- ลูกของท่านเคยเห็น ได้ยิน หรือเป็นเหยื่อความรุนแรงในละแวกบ้านของท่าน ชุมชน หรือโรงเรียนหรือไม่ (ตัวอย่างเช่น การกลั่นแกล้งแบบเจาะจง การทำร้าย หรือการกระทำรุนแรงอื่นๆ สงครามหรือการก่อการร้าย)

ใช่ ไม่ใช่
- ลูกของท่านเคยประสบกับการเลือกปฏิบัติ (ตัวอย่างเช่น ถูกกีดกันหรือถูกทำให้รู้สึกว่าเป็นรองผู้อื่นหรือถูกกีดกันเนื่องจากเชื้อชาติ เชื้อสาย อัตลักษณ์ทางเพศ รสนิยมทางเพศ ศาสนา ความแตกต่างในการเรียนรู้ หรือความพิการ) หรือไม่

ใช่ ไม่ใช่
- ลูกของท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย (ตัวอย่างเช่น เป็นคนไร้บ้าน ไม่มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง ย้ายบ้านเกินสองครั้งในช่วงเวลาหกเดือน ถูกบังคับให้ย้ายออกหรือถูกยึดบ้าน หรือต้องอาศัยอยู่กับหลายๆครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวหลายๆคน)หรือไม่

ใช่ ไม่ใช่
- ท่านเคยกังวลว่าลูกของท่านจะไม่ได้ทานอาหารเพียงพอ หรืออาหารของลูกจะหมดก่อนที่จะสามารถซื้อเพิ่มเติมได้หรือไม่

ใช่ ไม่ใช่
- ลูกของท่านเคยได้ถูกแยกออกจากพ่อแม่หรือผู้ดูแลเนื่องจากการอุปการะชั่วคราวหรือการอพยพหรือไม่

ใช่ ไม่ใช่
- ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เจ็บป่วยทางร่างกายหรือสุขภาพอย่างรุนแรงหรือไม่

ใช่ ไม่ใช่
- ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือผู้ดูแลที่เสียชีวิตหรือไม่

ใช่ ไม่ใช่

มีคำตอบที่ "ใช่" เท่าใดในตอนที่ 2

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified