

**របាយការណ៍ពិនិត្យមើលបទពិសោធន៍អវិជ្ជមាននៃកុមារភាព និងព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតដែលមានពាក់ព័ន្ធ
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS)--ក្មេង (Child)**

សម្រាប់បំពេញដោយអ្នកមើលថែទាំ

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖ _____

ឈ្មោះរបស់ក្មេង៖ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____

ឈ្មោះរបស់អ្នក៖ _____ ការទាក់ទងជាសាច់ញាតិនិងក្មេង៖ _____

គ្រួសារជាច្រើនបានឆ្លងកាត់ព្រឹត្តិការណ៍ដ៏តានតឹង។ អស់រយៈពេលយូរទៅ បទពិសោធន៍ទាំងឡាយ អាចប៉ះពាល់សុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ក្មេងអ្នក។ យើងសូមសួរអ្នកនូវសំណួរទាំងឡាយ អំពីក្មេងរបស់អ្នក ដើម្បីយើងអាចជួយពួកគេ អោយមានសុខភាពល្អ តាមតែអាចធ្វើបាន។ តើមានពេលណាមួយក៏ដោយ ចាប់តាំងពីក្មេងរបស់អ្នកកើតមក តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬមានវត្តមាន នៅពេលបទពិសោធន៍ដូចតទៅនេះបានកើតឡើង? សូមរួមបញ្ចូលបទពិសោធន៍ពីអតីតកាល និងបច្ចុប្បន្ន។ សូមសំគាល់ថា សំណួរខ្លះមានច្រើនជាងមួយផ្នែក ដែលត្រូវបានបែងចែកដោយ “ឬ” បើផ្នែកណាមួយនៃសំណួរត្រូវបានឆ្លើយថា “បាទ/ចាស” អញ្ជឹងចម្លើយចំពោះសំណួរទាំងស្រុងនោះគឺ “បាទ/ចាស។”

ផ្នែកទី 1

- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលធ្លាប់បាននៅក្នុងកន្លែងឃុំឃាំង/គុកឬទេ?
- តើអ្នកគិតថា ក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍ថា មិនត្រូវបានគាំទ្រ មិនបានទទួលកិត្តិយសលាញ់ និង/ឬមិនត្រូវបានការពារឬទេ?
- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត? (ឧទាហរណ៍ ជម្ងឺវិបត្តិផ្លូវចិត្ត ជម្ងឺរីកលចរិត ជម្ងឺវិបត្តិពីរមុខម្តង រីកលចរិត ម្តងវិបត្តិផ្លូវចិត្ត PTSD ឬជម្ងឺវិបត្តិភ័យបារម្ភ)
- តើឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំធ្លាប់ប្រមាថ មើលងាយ ឬបង្គាប់ក្មេងរបស់អ្នកឬទេ?
- តើឪពុកម្តាយបង្កើតរបស់ក្មេងអ្នក ឬអ្នកមើលថែទាំណាម្នាក់ធ្លាប់ ឬបច្ចុប្បន្នមានបញ្ហាជាមួយការដឹកស្តុក ឬប្រើថ្នាំញៀនខុសច្បាប់ ឬថ្នាំផ្សេងៗច្រើនពេកឬទេ?
- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ខ្លះខាតការថែទាំសមស្រប ដោយអ្នកមើលថែទាំណាម្នាក់ (ឧទាហរណ៍ មិនត្រូវបានការពារពីស្ថានភាពដែលមិនមានសុវត្ថិភាព ឬមិនបានទទួលការថែទាំ នៅពេលឈឺ ឬមានរបួស ទោះជាពេលនោះមានធនធានផ្តល់ជូនក៏ដោយ)?
- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំត្រូវបានគេស្រែកដាក់ ជេ ប្រមាថ មើលងាយដោយបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់ផ្សេងទៀតឬទេ? **ឬ** តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំត្រូវបានគេទះកំដៅ ទាត់ ដាល់ ឬវាយ ឬធ្វើបាបដោយអារុធឬទេ?
- តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់ ឬជាញឹកញាប់បានរុញ កញ្ជក់ ទះកំដៅ ឬបោះបោកអ្វីមួយដាក់ក្មេងរបស់អ្នកឬទេ? **ឬ** តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់វាយក្មេងរបស់អ្នកខ្លាំងពេក ដល់ធ្វើអោយក្មេងរបស់អ្នកមាន ស្លាកស្នាម ឬត្រូវរបួសឬទេ? **ឬ** តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់គម្រាមក្មេងរបស់អ្នក ឬប្រព្រឹត្តិដាក់ ដែលបានធ្វើអោយក្មេងរបស់អ្នកខ្លាចថា ពួកគេអាចត្រូវបានធ្វើបាបឬទេ?
- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ត្រូវបានគេរំលោភបំពានខាងផ្លូវភេទឬទេ? ឧទាហរណ៍ អ្នកណាម្នាក់បានប៉ះក្មេងរបស់អ្នក ឬសុំ អោយក្មេងរបស់អ្នកប៉ះបុគ្គលនោះ តាមរបៀបដែលពុំចង់បាន ឬធ្វើអោយក្មេងរបស់អ្នកមានអារម្មណ៍មិនស្រួល ឬអ្នកណាម្នាក់ធ្លាប់ប៉ុនប៉ង ឬធ្លាប់បានរួមភេទតាមមាត់ តាមរន្ធក្នក ឬតាមរន្ធយោនី ជាមួយក្មេងរបស់អ្នកឬទេ?
- តើធ្លាប់មានការផ្លាស់ប្តូរផ្ទះ នៅក្នុងស្ថានភាពទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកមើលថែទាំរបស់ក្មេងអ្នកឬទេ? ឧទាហរណ៍ ឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំបានលែងលះ ឬបែកគ្នា ឬដៃគូស្នេហាបានបែកគ្នាមកនៅ ឬផ្សេងទៀតឬទេ?

បូកចម្លើយ “បាទ/ចាស” ទាំងឡាយ សម្រាប់ផ្នែកទីមួយ៖
សូមបន្តទៅម្ខាងទៀត សម្រាប់សំណួរដែលនៅសល់។
 Child (Parent/Caregiver Report) – Deidentified



ផ្នែកទី 2

- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ លឺ ឬធ្លាប់ជាអ្នករងគ្រោះនៃអំពើហិង្សានៅក្នុងភូមិឋាន សហគមន៍ ឬសាលារបស់អ្នកឬទេ? (ឧទាហរណ៍ត្រូវបានគេសម្តែងធ្វើបាប បំពាន ឬសកម្មភាពហិង្សាផ្សេងៗទៀត សង្គ្រាម ឬការរកម្ម)
- តើក្មេងរបស់អ្នកមានបទពិសោធន៍នូវការរើសអើង (ឧទាហរណ៍ត្រូវបានគេរំខាន ឬធ្វើអោយមានអារម្មណ៍អាប់អោន ឬមិនរាប់បញ្ចូល ដោយសារតែពូជអម្បូរ ជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណភេទ ទំនោរផ្លូវភេទ សាសនា ភាពខុសគ្នានៃការរៀនសូត្រ ឬពិការភាព) ឬទេ?
- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់មានបញ្ហា ជាមួយការស្នាក់នៅ (ឧទាហរណ៍ ការមិនមានផ្ទះនៅ ការមិនមានកន្លែងបិតថែរដើម្បីស្នាក់នៅ បានដឹកនៃកន្លែងច្រើនជាងពីរដងនៅក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែ បានប្រឈមមុខនឹងការបណ្តេញចេញ ឬការរឹបអូស ឬត្រូវតែរស់នៅជាមួយក្រុមគ្រួសារជាច្រើន ឬសមាជិកគ្រួសារជាច្រើននាក់) ឬទេ?
- តើអ្នកធ្លាប់បានឮថា ក្មេងរបស់អ្នកមិនមានម្ហូបគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីញ៉ាំ ឬថាម្ហូបសម្រាប់ក្មេងរបស់អ្នកនឹងអស់មុនពេលអ្នកអាចទិញថែមទៀត?
- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានបែកពីឪពុកម្តាយ ឬអ្នកមើលថែទាំ ដោយសារតែការចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្ន ឬចំណូលស្រុក?
- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលមានជម្ងឺរាងកាយធ្ងន់ធ្ងរ ឬពិការភាព?
- តើកូនរបស់អ្នកធ្លាប់រស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ ឬអ្នកមើលថែទាំដែលបានស្លាប់ទៅហើយឬទេ?

បូកចម្លើយ “បាទ/ចាស” សម្រាប់ផ្នែកទីពីរ៖

Child (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

**របាយការណ៍ពិនិត្យមើលបទពិសោធន៍អវិជ្ជមាននៃកុមារភាព និងព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតដែលមានពាក់ព័ន្ធ
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS)--ក្មេង (Child)**

សម្រាប់បំពេញដោយអ្នកមើលថែទាំ

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖ _____

ឈ្មោះរបស់ក្មេង៖ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____

ឈ្មោះរបស់អ្នក៖ _____ ការទាក់ទងជាសាច់ញាតិនិងក្មេង៖ _____

គ្រួសារជាច្រើនបានឆ្លងកាត់ព្រឹត្តិការណ៍ដ៏តានតឹង។ អស់រយៈពេលយូរទៅ បទពិសោធន៍ទាំងឡាយ អាចប៉ះពាល់សុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ក្មេងអ្នក។ យើងសូមសួរអ្នកនូវសំណួរទាំងឡាយ អំពីក្មេងរបស់អ្នក ដើម្បីយើងអាចជួយពួកគេ អោយមានសុខភាពល្អ តាមតែអាចធ្វើបាន។ តើមានពេលណាមួយក៏ដោយ ចាប់តាំងពីក្មេងរបស់អ្នកកើតមក តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬមានវត្តមាន នៅពេលបទពិសោធន៍ដូចតទៅនេះបានកើតឡើង? សូមរួមបញ្ចូលបទពិសោធន៍ពីអតីតកាល និងបច្ចុប្បន្ន។ សូមសំគាល់ថា សំណួរខ្លះមានច្រើនជាងមួយផ្នែក ដែលត្រូវបានបែងចែកដោយ “ឬ” បើផ្នែកណាមួយនៃសំណួរត្រូវបានឆ្លើយថា “បាទ/ចាស” អញ្ជឹងចម្លើយចំពោះសំណួរទាំងស្រុងនោះគឺ “បាទ/ចាស។”

ផ្នែកទី 1	សូមគូស "បាទ/ចាស" ដែលត្រូវនឹងសំណួរ។
▪ តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលធ្លាប់បាននៅក្នុងកន្លែងឃុំឃាំង/គុកឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
▪ តើអ្នកគិតថា ក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍ថា មិនត្រូវបានគាំទ្រ មិនបានទទួលកិត្តិយសលាញ់ និង/ឬមិនត្រូវបានការពារឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
▪ តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត? (ឧទាហរណ៍ ជម្ងឺវិបត្តិផ្លូវចិត្ត ជម្ងឺរីកលចរិត ជម្ងឺវិបត្តិពីរមុខម្តងរីកលចរិត ម្តងវិបត្តិផ្លូវចិត្ត PTSD ឬជម្ងឺវិបត្តិភ័យបារម្ភ)	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
▪ តើឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំធ្លាប់ប្រមាថ មើលងាយ ឬបង្គាប់ក្មេងរបស់អ្នកឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
▪ តើឪពុកម្តាយបង្កើតរបស់ក្មេងអ្នក ឬអ្នកមើលថែទាំណាម្នាក់ធ្លាប់ ឬបច្ចុប្បន្នមានបញ្ហាជាមួយការដឹកស្តារ ឬប្រើថ្នាំញៀនខុសច្បាប់ ឬថ្នាំបញ្ជូនចិត្ត ច្រើនពេកឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
▪ តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ខ្វះខាតការថែទាំសមស្រប ដោយអ្នកមើលថែទាំណាម្នាក់ (ឧទាហរណ៍ មិនត្រូវបានការពារពីស្ថានភាពដែលមិនមានសុវត្ថិភាព ឬមិនបានទទួលការថែទាំ នៅពេលឈឺ ឬមានរបួស ទោះជាពេលនោះមានធនធានផ្តល់ជូនក៏ដោយ)?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
▪ តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំត្រូវបានគេស្រែកដាក់ ជេ ប្រមាថ មើលងាយដោយបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់ផ្សេងទៀតឬទេ? ឬ តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំត្រូវបានគេទះកំផ្លៀង ទាត់ ដាល់ ឬវាយ ឬធ្វើបាបដោយអារ្យធម៌ឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
▪ តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់ ឬជាញឹកញាប់បានរុញ កញ្ជក់ ទះកំផ្លៀង ឬបោះបោកអ្វីមួយដាក់ក្មេងរបស់អ្នកឬទេ? ឬ តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់វាយក្មេងរបស់អ្នកខ្លាំងពេក ដល់ធ្វើអោយក្មេងរបស់អ្នកមាន ស្លាកស្នាម ឬត្រូវរបួសឬទេ? ឬ តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់គម្រាមក្មេងរបស់អ្នក ឬប្រព្រឹត្តដាក់ ដែលបានធ្វើអោយក្មេងរបស់អ្នកខ្លាចថា ពួកគេអាចត្រូវបានធ្វើបាបឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
▪ តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ត្រូវបានគេរំលោភបំពានខាងផ្លូវភេទឬទេ? ឧទាហរណ៍ អ្នកណាម្នាក់បានប៉ះក្មេងរបស់អ្នក ឬសុំ អោយក្មេងរបស់អ្នកប៉ះបុគ្គលនោះ តាមរបៀបដែលពុំចង់បាន ឬធ្វើអោយក្មេងរបស់អ្នកមានអារម្មណ៍មិនស្រួល ឬអ្នកណាម្នាក់ធ្លាប់ប៉ុនប៉ង ឬធ្លាប់បានរួមភេទតាមមាត់ តាមរន្ធកូច ឬតាមរន្ធយោនី ជាមួយក្មេងរបស់អ្នកឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
▪ តើធ្លាប់មានការផ្លាស់ប្តូរផ្ទះ នៅក្នុងស្ថានភាពទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកមើលថែទាំរបស់ក្មេងអ្នកឬទេ? ឧទាហរណ៍	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
▪ ឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំបានលែងលះ ឬបែកគ្នា ឬដៃគូស្នេហាបានបែកចូលមកនៅ ឬបែកចេញទៅឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>

តើមាន "បាទ/ចាស" ប៉ុន្មាន ដែលអ្នកបានឆ្លើយនៅក្នុងផ្នែកទី 1?

សូមបន្តទៅម្ខាងទៀត សម្រាប់សំណួរដែលនៅសល់។

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified

- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬ ឬធ្លាប់ជាអ្នករងគ្រោះនៃអំពើហិង្សានៅក្នុងភូមិឋាន សហគមន៍ ឬសាលារបស់អ្នកឬទេ? (ឧទាហរណ៍ត្រូវបានគេសម្តែងធ្វើបាប បំពាន ឬសកម្មភាពហិង្សាផ្សេងៗទៀត សង្គ្រាម ឬការរកម្ម) បាទ/ចាស ទេ
- តើក្មេងរបស់អ្នកមានបទពិសោធន៍នូវការរើសអើង (ឧទាហរណ៍ត្រូវបានគេរំខាន ឬធ្វើអោយមានអារម្មណ៍អាប់អោន ឬមិនរាប់បញ្ចូល ដោយសារតែពូជសាសន៍ ជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណភេទ ទំនោរផ្លូវភេទ សាសនា ភាពខុសគ្នានៃការរៀនសូត្រ ឬពិការភាព) ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់មានបញ្ហា ជាមួយការស្នាក់នៅ (ឧទាហរណ៍ ការមិនមានផ្ទះនៅ ការមិនមានកន្លែងបិទថែរដើម្បីស្នាក់នៅ បានពីកន្លែងច្រើនជាងពីរដងនៅក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែ បានប្រឈមមុខនឹងការបណ្តេញចេញ ឬការរឹបអូស ឬត្រូវតែរស់នៅជាមួយក្រុមគ្រួសារជាច្រើន ឬសមាជិកគ្រួសារជាច្រើននាក់) ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
- តើអ្នកធ្លាប់បានឮថា ក្មេងរបស់អ្នកមិនមានម្ហូបគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីញ៉ាំ ឬថាម្ហូបសម្រាប់ក្មេងរបស់អ្នកនឹងអស់មុនពេលអ្នកអាចទិញថែមទៀត? បាទ/ចាស ទេ
- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានបែកពីឪពុកម្តាយ ឬអ្នកមើលថែទាំ ដោយសារតែការចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្ន ឬចំណូលស្រុក? បាទ/ចាស ទេ
- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលមានជម្ងឺរាងកាយធ្ងន់ធ្ងរ ឬពិការភាព? បាទ/ចាស ទេ
- តើកូនរបស់អ្នកធ្លាប់រស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ ឬអ្នកមើលថែទាំដែលបានស្លាប់ទៅហើយឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើមាន "បាទ/ចាស" ប៉ុន្មាន ដែលអ្នកបានឆ្លើយនៅក្នុងផ្នែកទី 2?

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified

**របាយការណ៍ពិនិត្យមើលបទពិសោធន៍អវិជ្ជមាននៃកុមារភាព និងព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតដែលមានពាក់ព័ន្ធ
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS)--របាយការណ៍សម្រាប់អ្នកមើលថែទាំក្មេង
(Teen Caregiver Report)**

សម្រាប់បំពេញដោយអ្នកមើលថែទាំ

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖ _____

ឈ្មោះរបស់ក្មេង៖ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____

ឈ្មោះរបស់អ្នក៖ _____ ការទាក់ទងជាសាច់ញាតិនិងក្មេង៖ _____

គ្រួសារជាច្រើនបានឆ្លងកាត់ព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតតឹងរ៉ឹង។ អស់រយៈពេលយូរទៅ បទពិសោធន៍ទាំងឡាយ អាចប៉ះពាល់សុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ក្មេងអ្នក។ យើងសូមសួរអ្នកនូវសំណួរទាំងឡាយ អំពីក្មេងរបស់អ្នក ដើម្បីយើងអាចជួយពួកគេ អោយមានសុខភាពល្អ តាមតែអាចធ្វើបាន។

តើមានពេលណាមួយក៏ដោយ ចាប់តាំងពីក្មេងរបស់អ្នកកើតមក តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬមានវត្តមាន នៅពេលបទពិសោធន៍ដូចតទៅនេះបានកើតឡើង? សូមរួមបញ្ចូលបទពិសោធន៍ពីអតីតកាល និងបច្ចុប្បន្ន។ សូមសំគាល់ថា សំណួរខ្លះមានច្រើនជាងមួយផ្នែក ដែលត្រូវបានបែងចែកដោយ “ឬ” បើផ្នែកណាមួយនៃសំណួរត្រូវបានឆ្លើយថា “បាទ/ចាស” អញ្ជើងចម្លើយចំពោះសំណួរទាំងស្រុងនោះគឺ “បាទ/ចាស។”

ផ្នែកទី 1

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលធ្លាប់បាននៅក្នុងកន្លែងឃុំឃាំង/គុកឬទេ?

តើអ្នកគិតថា ក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍ថា មិនត្រូវបានគាំទ្រ មិនបានទទួលក្តីស្រលាញ់ និង/ឬមិនត្រូវបានការពារឬទេ?

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត? (ឧទាហរណ៍ ជម្ងឺវិបត្តិផ្លូវចិត្ត ជម្ងឺរីកលចរិត ជម្ងឺវិបត្តិពីរមុខម្តងរីកលចរិត ម្តងវិបត្តិផ្លូវចិត្ត PTSD ឬជម្ងឺវិបត្តិភ័យបារម្ភ)

តើឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំធ្លាប់ប្រមាថ មើលងាយ ឬបង្គាប់ក្មេងរបស់អ្នកឬទេ?

តើឪពុកម្តាយបង្កើតរបស់ក្មេងអ្នក ឬអ្នកមើលថែទាំណាម្នាក់ធ្លាប់ ឬបច្ចុប្បន្នមានបញ្ហាជាមួយការដឹកស្តុក ឬប្រើប្រាស់គ្រឿងខុសច្បាប់ ឬប្រើប្រាស់អាវុធឬទេ?

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ខ្វះខាតការថែទាំសមស្រប ដោយអ្នកមើលថែទាំណាម្នាក់ (ឧទាហរណ៍ មិនត្រូវបានការពារពីស្ថានភាពដែលមិនមានសុវត្ថិភាព ឬមិនបានទទួលការថែទាំនៅពេលឈឺ ឬមានរបួស ទោះជាពេលនោះមានធនធានផ្តល់ជូនក៏ដោយ)?

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬឈឺឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំត្រូវបានគេស្រែកដាក់ ជេ ប្រមាថ មើលងាយដោយបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់ផ្សេងទៀតឬទេ? ឬ តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬឈឺឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំត្រូវបានគេទះកំផ្លៀង ទាត់ ដាល់ ឬវាយ ឬធ្វើបាបដោយអារុដឬទេ?

តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់ ឬជាញឹកញាប់បានរុញ កញ្ជក់ ទះកំផ្លៀង ឬបោះបោកអ្វីមួយដាក់ក្មេងរបស់អ្នកឬទេ? ឬ តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់វាយក្មេងរបស់អ្នកខ្លាំងពេក ដល់ធ្វើអោយក្មេងរបស់អ្នកមាន ស្លាកស្នាម ឬត្រូវរបួសឬទេ? ឬ តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់គម្រាមក្មេងរបស់អ្នក ឬប្រព្រឹត្តិដាក់ ដែលបានធ្វើអោយក្មេងរបស់អ្នកខ្លាចថា ពួកគេអាចត្រូវបានធ្វើបាបឬទេ?

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ត្រូវបានគេរំលោភបំពានខាងផ្លូវភេទឬទេ? ឧទាហរណ៍ អ្នកណាម្នាក់បានប៉ះក្មេងរបស់អ្នក ឬសុំ អោយក្មេងរបស់អ្នកប៉ះបុគ្គលនោះ តាមរបៀបដែលពុំចង់បាន ឬធ្វើអោយក្មេងរបស់អ្នកមានអារម្មណ៍មិនស្រួល ឬអ្នកណាម្នាក់ធ្លាប់ប៉ុនប៉ង ឬធ្លាប់បានរួមភេទតាមមាត់ តាមរន្ធក្នក ឬតាមរន្ធយោនី ជាមួយក្មេងរបស់អ្នកឬទេ?

តើធ្លាប់មានការផ្លាស់ប្តូរផ្ទះ នៅក្នុងស្ថានភាពទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកមើលថែទាំរបស់ក្មេងអ្នកឬទេ? ឧទាហរណ៍ ឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំបានលែងលះ ឬបែកគ្នា ឬដៃគូស្នេហាបានរើចូលមកនៅ ឬរើចេញទៅឬទេ?

បូកចម្លើយ “បាទ/ចាស” ទាំងឡាយ សម្រាប់ផ្នែកទីមួយ៖
សូមបន្តទៅម្ខាងទៀត សម្រាប់សំណួរដែលនៅសល់។
 Teen (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

ផ្នែកទី 2

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ លឺ ឬធ្លាប់ជាអ្នករងគ្រោះនៃអំពើហិង្សានៅក្នុងភូមិឋាន សហគមន៍ ឬសាលារបស់អ្នកឬទេ? (ឧទាហរណ៍ត្រូវបានគេសម្តែងធ្វើបាប បំពាន ឬសកម្មភាពហិង្សាផ្សេងៗទៀត សង្គ្រាម ឬការរកម្ម)

តើក្មេងរបស់អ្នកមានបទពិសោធន៍នូវការរើសអើង (ឧទាហរណ៍ត្រូវបានគេរំខាន ឬធ្វើអោយមានអារម្មណ៍អាប់អោន ឬមិនរាប់បញ្ចូល ដោយសារតែពូជអម្បូរ ជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណភេទ ទំនោរផ្លូវភេទ សាសនា ភាពខុសគ្នានៃការរៀនសូត្រ ឬពិការភាព) ឬទេ?

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់មានបញ្ហា ជាមួយការស្នាក់នៅ (ឧទាហរណ៍ ការមិនមានផ្ទះនៅ ការមិនមានកន្លែងចិញ្ចឹមដើម្បីស្នាក់នៅ បានកន្លែងច្រើនជាងពីរដងនៅក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែ បានប្រឈមមុខនឹងការបណ្តេញចេញ ឬការរឹបអូស ឬត្រូវតែរស់នៅជាមួយក្រុមគ្រួសារជាច្រើន ឬសមាជិកគ្រួសារជាច្រើននាក់) ឬទេ?

តើអ្នកធ្លាប់បារម្ភថា ក្មេងរបស់អ្នកមិនមានម្ហូបគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីញ៉ាំ ឬថាម្ហូបសម្រាប់ក្មេងរបស់អ្នកនឹងអស់មុនពេលអ្នកអាចទិញថែមទៀត?

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានបែកពីឪពុកម្តាយ ឬអ្នកមើលថែទាំ ដោយសារតែការចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្ន ឬចំណូលស្រុក?

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលមានជម្ងឺរាងកាយធ្ងន់ធ្ងរ ឬពិការភាព?

តើកូនរបស់អ្នកធ្លាប់រស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ ឬអ្នកមើលថែទាំដែលបានស្លាប់ទៅហើយឬទេ?

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ត្រូវបានឃុំទុក ចាប់ខ្លួន ឬជាប់គុកឬទេ?

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ត្រូវបានគេបំពានខាងរាងកាយ ឬពាក្យសំដី ឬការគំរាមពី ដៃគូស្នេហា (ឧទាហរណ៍ មិត្តប្រុស មិត្តស្រី) ឬទេ?

បូកចម្លើយ “បាទ/ចាស” សម្រាប់ផ្នែកទីពីរ៖

Teen (Parent/Caregiver Report) – Deidentified



**របាយការណ៍ពិនិត្យមើលបទពិសោធន៍អវិជ្ជមាននៃកុមារភាព និងព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតដែលមានពាក់ព័ន្ធ
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS)--របាយការណ៍សម្រាប់អ្នកមើលថែទាំក្មេង
(Teen Caregiver Report)**

សម្រាប់បំពេញដោយអ្នកមើលថែទាំ

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖ _____

ឈ្មោះរបស់ក្មេង៖ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____

ឈ្មោះរបស់អ្នក៖ _____ ការទាក់ទងជាសាច់ញាតិក្នុងនឹងក្មេង៖ _____

គ្រួសារជាច្រើនបានឆ្លងកាត់ព្រឹត្តិការណ៍ដ៏តានតឹង។ អស់រយៈពេលយូរទៅ បទពិសោធន៍ទាំងឡាយ អាចប៉ះពាល់សុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ក្មេងអ្នក។ យើងសូមសួរអ្នកនូវសំណួរទាំងឡាយ អំពីក្មេងរបស់អ្នក ដើម្បីយើងអាចជួយពួកគេ អោយមានសុខភាពល្អ តាមតែអាចធ្វើបាន។

តើមានពេលណាមួយក៏ដោយ ចាប់តាំងពីក្មេងរបស់អ្នកកើតមក តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬមានវត្តមាន នៅពេលបទពិសោធន៍ដូចតទៅនេះបានកើតឡើង? សូមរួមបញ្ចូលបទពិសោធន៍ពីអតីតកាល និងបច្ចុប្បន្ន។ សូមសំគាល់ថា សំណួរខ្លះមានច្រើនជាងមួយផ្នែក ដែលត្រូវបានបែងចែកដោយ "ឬ" បើផ្នែកណាមួយនៃសំណួរត្រូវបានឆ្លើយថា "បាទ/ចាស" អញ្ចឹងចម្លើយចំពោះសំណួរទាំងស្រុងនោះគឺ "បាទ/ចាស។"

ផ្នែកទី 1	សូមគូស "បាទ/ចាស" ដែលត្រូវនឹងសំណួរ។
តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលធ្លាប់បាននៅក្នុងកន្លែងឃុំឃាំង/គុកឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើអ្នកគិតថា ក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍ថា មិនត្រូវបានគាំទ្រ មិនបានទទួលកិត្តិយសលាញ និង/ឬមិនត្រូវបានការពារឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត? (ឧទាហរណ៍ ជម្ងឺប៊ីប៊ីផ្លូវចិត្ត ជម្ងឺរីកលចរិត ជម្ងឺប៊ីប៊ីមុខម្តងរីកលចរិត ម្តងរីប៊ីផ្លូវចិត្ត PTSD ឬជម្ងឺប៊ីប៊ីភ័យបារម្ភ)	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំធ្លាប់ប្រមាថ មើលងាយ ឬបង្គាប់ក្មេងរបស់អ្នកឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើឪពុកម្តាយបង្កើតរបស់ក្មេងអ្នក ឬអ្នកមើលថែទាំណាម្នាក់ធ្លាប់ ឬបច្ចុប្បន្នមានបញ្ហាជាមួយការដឹកសុវារ ឬប្រើថ្នាំញៀនខុសច្បាប់ ឬថ្នាំដួបញ្ជាច្រើនពេកឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ខ្វះខាតការថែទាំសមស្រប ដោយអ្នកមើលថែទាំណាម្នាក់ (ឧទាហរណ៍ មិនត្រូវបានការពារពីស្ថានភាពដែលមិនមានសុវត្ថិភាព ឬមិនបានទទួលការថែទាំ នៅពេលឈឺ ឬមានរបួស ទោះជាពេលនោះមានធនធានផ្តល់ជូនក៏ដោយ)?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំត្រូវបានគេស្រែកដាក់ ជេ ប្រមាថ មើលងាយដោយបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់ផ្សេងទៀតឬទេ? ឬ តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំត្រូវបានគេទះកំផ្លៀង ទាត់ ដាល់ ឬវាយ ឬធ្វើបាបដោយអារម្ភឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារធ្លាប់ ឬជាញឹកញាប់បានរុញ កញ្ជក់ ទះកំផ្លៀង ឬបោះបោកអ្វីមួយដាក់ក្មេងរបស់អ្នកឬទេ? ឬ តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារធ្លាប់វាយក្មេងរបស់អ្នកខ្លាំងពេក ដល់ធ្វើអោយក្មេងរបស់អ្នកមាន ស្លាកស្នាម ឬត្រូវប្តូសឬទេ? ឬ តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារធ្លាប់គម្រាមក្មេងរបស់អ្នក ឬប្រព្រឹត្តដាក់ ដែលបានធ្វើអោយក្មេងរបស់អ្នកខ្លាចថា ពួកគេអាចត្រូវបានធ្វើបាបឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ត្រូវបានគេរំលោភបំពានខាងផ្លូវភេទឬទេ? ឧទាហរណ៍ អ្នកណាម្នាក់បានប៉ះក្មេងរបស់អ្នក ឬសុំ អោយក្មេងរបស់អ្នកប៉ះបុគ្គលនោះ តាមរបៀបដែលពុំចង់បាន ឬធ្វើអោយក្មេងរបស់អ្នកមានអារម្មណ៍មិនស្រួល ឬអ្នកណាម្នាក់ធ្លាប់ប៉ះបង់ ឬធ្លាប់បានរួមភេទតាមមាត់ តាមរន្ធក្នុង ឬតាមរន្ធយោនី ជាមួយក្មេងរបស់អ្នកឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើធ្លាប់មានការផ្លាស់ប្តូរផ្ទះ នៅក្នុងស្ថានភាពទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកមើលថែទាំរបស់ក្មេងអ្នកឬទេ? ឧទាហរណ៍ ឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំបានលែងលះ ឬបែកគ្នា ឬដៃគូស្នេហាបានរើចូលមកនៅ ឬបើចេញទៅឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>

តើមាន "បាទ/ចាស" ប៉ុន្មាន ដែលអ្នកបានឆ្លើយនៅក្នុងផ្នែកទី 1?

សូមបន្តទៅម្ខាងទៀត សម្រាប់សំណួរដែលនៅសល់។

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified

ផ្នែកទី 2

សូមគូស "បាទ/ចាស" ដែលត្រូវនឹងសំណួរ។

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ លឺ ឬធ្លាប់ជាអ្នករងគ្រោះនៃអំពើហិង្សានៅក្នុងភូមិឋាន សហគមន៍ ឬសាលារបស់អ្នកឬទេ? (ឧទាហរណ៍ត្រូវបានគេសម្តុតធ្វើបាប បំពាន ឬសកម្មភាពហិង្សាផ្សេងៗទៀត សង្គ្រាម ឬការរកម្ម)	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើក្មេងរបស់អ្នកមានបទពិសោធន៍នូវការរើសអើង (ឧទាហរណ៍ត្រូវបានគេរំខាន ឬធ្វើអោយមានអារម្មណ៍អាប់អោន ឬមិនរាប់បញ្ចូល ដោយសារតែពូជសាសន៍ ជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណភេទ ទំនោរផ្លូវភេទ សាសនា ភាពខុសគ្នានៃការរៀនសូត្រ ឬពិការភាព) ឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់មានបញ្ហា ជាមួយការស្នាក់នៅ (ឧទាហរណ៍ ការមិនមានផ្ទះនៅ ការមិនមានកន្លែងបិទបិទដើម្បីស្នាក់នៅ បានប្តូរកន្លែងច្រើនជាងពីរដងនៅក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែ បានប្រឈមមុខនឹងការបណ្តេញចេញ ឬការរឹបអូស ឬត្រូវតែរស់នៅជាមួយក្រុមគ្រួសារជាច្រើន ឬសមាជិកគ្រួសារជាច្រើននាក់) ឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើអ្នកធ្លាប់បារម្ភថា ក្មេងរបស់អ្នកមិនមានម្ហូបគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីញ៉ាំ ឬថាម្ហូបសម្រាប់ក្មេងរបស់អ្នកនឹងអស់មុនពេលអ្នកអាចទិញថែមទៀត?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានបែកពីឪពុកម្តាយ ឬអ្នកមើលថែទាំ ដោយសារតែការចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្ន ឬចំណូលស្រុក?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលមានជម្ងឺរាងកាយធ្ងន់ធ្ងរ ឬពិការភាព?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើកូនរបស់អ្នកធ្លាប់រស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ ឬអ្នកមើលថែទាំដែលបានស្លាប់ទៅហើយឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ត្រូវបានឃុំទុក ចាប់ខ្លួន ឬជាប់គុកឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ត្រូវបានគេបំពានខាងរាងកាយ ឬពាក្យសម្តី ឬការគំរាមពី ដៃគូស្នេហា (ឧទាហរណ៍ មិត្តប្រុស មិត្តស្រី) ឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>

តើមាន "បាទ/ចាស" ប៉ុន្មាន ដែលអ្នកបានឆ្លើយនៅក្នុងផ្នែកទី 2?

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified

**របាយការណ៍ពិនិត្យមើលបទពិសោធន៍អវិជ្ជមាននៃកុមារភាព និងព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតដែលមានពាក់ព័ន្ធ
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS)--ក្មេង (របាយការណ៍សម្រាប់ខ្លួនឯង)
(Teen (Self Report))**

សម្រាប់បំពេញដោយអ្នកជម្ងឺ

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____

ឈ្មោះរបស់អ្នក៖ _____

គ្រួសារជាច្រើនបានឆ្លងកាត់ព្រឹត្តិការណ៍ដ៏តានតឹង។ អស់រយៈពេលយូរទៅ បទពិសោធន៍ទាំងឡាយ អាចប៉ះពាល់សុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់អ្នក។ យើងសូមសួរអ្នកនូវសំណួរទាំងឡាយអំពីកូនរបស់អ្នក ដើម្បីយើងអាចជួយអ្នក អោយមានសុខភាពល្អ តាមតែអាចធ្វើបាន។

តើមានពេលណាមួយក៏ដោយ ចាប់តាំងពីអ្នកកើតមក តើអ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬមានវត្តមាន នៅពេលបទពិសោធន៍ដូចតទៅនេះបានកើតឡើង? សូមរួមបញ្ចូលបទពិសោធន៍ពីអតីតកាល និងបច្ចុប្បន្ន។ សូមសំគាល់ថា សំណួរខ្លះមានច្រើនជាងមួយផ្នែក ដែលត្រូវបានបែងចែកដោយ “ឬ” បើផ្នែកណាមួយនៃសំណួរត្រូវបានឆ្លើយថា “បាទ/ចាស” អញ្ចឹងចម្លើយចំពោះសំណួរទាំងស្រុងគឺ “បាទ/ចាស។”

ផ្នែកទី 1

តើអ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលធ្លាប់បាននៅក្នុងកន្លែងឃុំឃាំង/គុកឬទេ?

តើអ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍ថា មិនត្រូវបានគាំទ្រ មិនបានទទួលកិត្តិយសលាញ់ និង/ឬមិនត្រូវបានការពារឬទេ?

តើអ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត? (ឧទាហរណ៍ ជម្ងឺប្រតិបត្តិផ្លូវចិត្ត ជម្ងឺរីកលចរិត ជម្ងឺប្រតិបត្តិការមុខងាររីកលចរិត ម្តងវិបត្តិផ្លូវចិត្ត PTSD ឬជម្ងឺប្រតិបត្តិការផ្សេងៗ)

តើឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំធ្លាប់ប្រមាថ មើលងាយ ឬបង្គាប់អ្នកឬទេ?

តើឪពុកម្តាយបង្កើតរបស់អ្នក ឬអ្នកមើលថែទាំណាម្នាក់ធ្លាប់ ឬបច្ចុប្បន្នមានបញ្ហាជាមួយការដឹកស្តារ ឬប្រើថ្នាំញៀនខុសច្បាប់ ឬប្រើថ្នាំផ្សេងៗច្រើនពេកឬទេ?

តើអ្នកធ្លាប់ខ្វះខាតការថែទាំសមស្រប ដោយអ្នកមើលថែទាំណាម្នាក់ (ឧទាហរណ៍ មិនត្រូវបានការពារពីស្ថានភាពដែលមិនមានសុវត្ថិភាព ឬមិនបានទទួលការថែទាំ នៅពេលឈឺ ឬមានរបួស ទោះជាពេលនោះមានធនធានផ្តល់ជូនក៏ដោយ)?

តើអ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬឮឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំត្រូវបានគេស្រែកដាក់ ជេ ប្រមាថ មើលងាយដោយបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់ផ្សេងទៀតឬទេ? ឬ តើអ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬឮឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំត្រូវបានគេកំផ្លៀង ទាត់ ដាល់ ឬវាយ ឬធ្វើបាបដោយអារុវឬទេ?

តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់ ឬជាញឹកញាប់បានរុញ កញ្ជក់ ទះកំផ្លៀង ឬបោះបោកអ្វីមួយដាក់អ្នកឬទេ? ឬ តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់វាយអ្នកខ្លាំងពេក ដល់ធ្វើអោយអ្នកមានស្លាកស្នាម ឬត្រូវរបួសឬទេ? ឬ តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់បានគម្រាមកំហែងអ្នក ឬបានប្រព្រឹត្តិដាក់ ដែលបានធ្វើអោយអ្នកខ្លាចថា គេអាចធ្វើបាបអ្នកឬទេ?

តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានគេរំលោភបំពានខាងផ្លូវភេទឬទេ? ឧទាហរណ៍ អ្នកណាម្នាក់បានប៉ះអ្នក ឬសុំអោយអ្នកប៉ះបុគ្គលនោះ តាមរបៀបដែលពុំចង់បាន ឬធ្វើអោយអ្នកមានអារម្មណ៍មិនស្រួល ឬអ្នកណាម្នាក់ធ្លាប់ប៉ុនប៉ង ឬធ្លាប់បានរួមភេទតាមមាត់ តាមន្ទគូថ ឬតាមន្ទយោនី ជាមួយអ្នកឬទេ?

តើធ្លាប់មានការផ្លាស់ប្តូរផ្ទះ នៅក្នុងស្ថានភាពទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកមើលថែទាំរបស់អ្នកឬទេ? ឧទាហរណ៍ ឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំបានលែងលះ ឬបែកគ្នា ឬដៃគូស្នេហាបានបិទចូលមកនៅ ឬបិទចេញទៅឬទេ?

បូកចម្លើយ “បាទ/ចាស” ទាំងឡាយ សម្រាប់ផ្នែកទីមួយ៖
សូមបន្តទៅម្ខាងទៀត សម្រាប់សំណួរដែលនៅសល់។
 Teen (Self Report) – Deidentified



ផ្នែកទី 2

តើអ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬ ធ្លាប់ជាអ្នករងគ្រោះនៃអំពើហិង្សានៅក្នុងភូមិឋាន សហគមន៍ ឬសាលារបស់អ្នកឬទេ? (ឧទាហរណ៍ត្រូវបានគេសម្អាតធ្វើបាប បំពាន ឬសកម្មភាពហិង្សាផ្សេងៗទៀត សង្គ្រាម ឬការរកម្ម)

តើអ្នកមានបទពិសោធន៍នូវការរើសអើង (ឧទាហរណ៍ត្រូវបានគេរំខាន ឬធ្វើអោយមានអារម្មណ៍អាប់អោន ឬមិនរាប់បញ្ចូល ដោយសារតែពូជសាសន៍ ជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណភេទ ទំនោរផ្លូវភេទ សាសនា ភាពខុសគ្នានៃការរៀនសូត្រ ឬពិការភាព) ឬទេ?

តើអ្នកធ្លាប់មានបញ្ហា ជាមួយការស្នាក់នៅ (ឧទាហរណ៍ ការមិនមានផ្ទះនៅ ការមិនមានកន្លែងបិទថែរដើម្បីស្នាក់នៅ បានជីកន្លែងច្រើនជាងពីរដងនៅក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែ បានប្រឈមមុខនឹងការបណ្តេញចេញ ឬការរឹបអូស ឬត្រូវរស់នៅជាមួយក្រុមគ្រួសារជាច្រើន ឬសមាជិកគ្រួសារជាច្រើននាក់) ឬទេ?

តើអ្នកធ្លាប់បានម្តេចម្តង អ្នកមិនមានម្ហូបគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីញ៉ាំ ឬម្ហូបមិនអស់មុនពេលអ្នក ឬឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំរបស់អ្នកអាចទិញថែមទៀត?

តើអ្នកធ្លាប់បានបែកពីឪពុកម្តាយរបស់អ្នក ឬអ្នកមើលថែទាំ ដោយសារតែការចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្ន ឬចំណូលស្រុក?

តើអ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលមានជម្ងឺរាងកាយធ្ងន់ធ្ងរ ឬពិការភាពឬទេ?

តើអ្នកធ្លាប់រស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ ឬអ្នកមើលថែទាំដែលបានស្លាប់ទៅហើយឬទេ?

តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានឃុំទុក ចាប់ខ្លួន ឬជាប់គុកឬទេ?

តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានគេបំពានខាងរាងកាយ ឬពាក្យសំដី ឬការគំរាមពីដៃគូស្នេហា (ឧទាហរណ៍ មិត្តប្រុស មិត្តស្រី) ឬទេ?

បូកចម្លើយ “បាន/ចាស” សម្រាប់ផ្នែកទីពីរ៖

Teen (Self Report) – Deidentified



**របាយការណ៍ពិនិត្យមើលបទពិសោធន៍អវិជ្ជមាននៃកុមារភាព និងព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតដែលមានពាក់ព័ន្ធ
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS)–ក្មេង (របាយការណ៍សម្រាប់ខ្លួនឯង)
(Teen (Self Report))**

សម្រាប់បំពេញដោយអ្នកជម្ងឺ

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____

ឈ្មោះរបស់អ្នក៖ _____

គ្រួសារជាច្រើនបានឆ្លងកាត់ព្រឹត្តិការណ៍ដ៏តានតឹង។ អស់រយៈពេលយូរទៅ បទពិសោធន៍ទាំងឡាយ អាចប៉ះពាល់សុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់អ្នក។ យើងសូមសួរអ្នកនូវសំណួរទាំងឡាយ ដើម្បីយើងអាចជួយអ្នក អោយមានសុខភាពល្អ តាមតែអាចធ្វើបាន។ តើមានពេលណាមួយក៏ដោយ ចាប់តាំងពីអ្នកកើតមក តើអ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬមានវត្តមាន នៅពេលបទពិសោធន៍ដូចតទៅនេះបានកើតឡើង? សូមរួមបញ្ចូលបទពិសោធន៍ពីអតីតកាល និងបច្ចុប្បន្ន។ សូមសំគាល់ថា សំណួរខ្លះមានច្រើនជាងមួយផ្នែក ដែលត្រូវបានបែងចែកដោយ “ឬ” បើផ្នែកណាមួយនៃសំណួរត្រូវបានឆ្លើយថា “បាទ/ចាស” អញ្ជឹងចម្លើយចំពោះសំណួរទាំងស្រុងគឺ “បាទ/ចាស។”

ផ្នែកទី 1	សូមគូស "បាទ/ចាស" ដែលត្រូវនឹងសំណួរ។
តើអ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលធ្លាប់បាននៅក្នុងកន្លែងឃុំឃាំង/គុកឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើអ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍ថា មិនត្រូវបានគាំទ្រ មិនបានទទួលក្តីស្រឡាញ់ និង/ឬមិនត្រូវបានការពារឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើអ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត? (ឧទាហរណ៍ ជម្ងឺវិបត្តិផ្លូវចិត្ត ជម្ងឺរីកលចរិត ជម្ងឺវិបត្តិពីរមុខម្តងរីកលចរិត ម្តងវិបត្តិផ្លូវចិត្ត PTSD ឬជម្ងឺវិបត្តិភ័យបារម្ភ)	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំធ្លាប់ប្រមាថ មើលងាយ ឬបង្គាប់អ្នកឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើឪពុកម្តាយបង្កើតរបស់អ្នក ឬអ្នកមើលថែទាំណាម្នាក់ធ្លាប់ ឬបច្ចុប្បន្នមានបញ្ហាជាមួយការដឹកសុវា ឬប្រើថ្នាំញៀនខុសច្បាប់ ឬប្រើថ្នាំផ្ទះបញ្ជាច្រើនពេកឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើអ្នកធ្លាប់ខ្វះខាតការថែទាំសមស្រប ដោយអ្នកមើលថែទាំណាម្នាក់ (ឧទាហរណ៍ មិនត្រូវបានការពារពីស្ថានភាពដែលមិនមានសុវត្ថិភាព ឬមិនបានទទួលការថែទាំ នៅពេលឈឺ ឬមានរបួស ទោះជាពេលនោះមានធនធានផ្តល់ជូនក៏ដោយ)?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើអ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬឮឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំត្រូវបានគេស្រែកដាក់ ជេ ប្រមាថ មើលងាយដោយបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់ ផ្សេងទៀតឬទេ? ឬ តើអ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬឮឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំត្រូវបានគេទះកំផ្លៀង ទាត់ ដាស់ ឬវាយ ឬធ្វើបាបដោយអារុប្បទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់ ឬជាញឹកញាប់បានរុញ កញ្ជក់ ទះកំផ្លៀង ឬបោះបោកអ្វីមួយដាក់អ្នកឬទេ? ឬ តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់វាយអ្នកខ្លាំងពេក ដល់ធ្វើអោយអ្នកមានស្លាកស្នាម ឬត្រូវបួសឬទេ? ឬ តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់បានគម្រាមកំហែងអ្នក ឬបានប្រព្រឹត្តិដាក់ ដែលបានធ្វើអោយអ្នកខ្លាចថា គេអាចធ្វើបាបអ្នកឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានគេរំលោភបំពានខាងផ្លូវភេទឬទេ? ឧទាហរណ៍ អ្នកណាម្នាក់បានប៉ះអ្នក ឬសុំអោយអ្នកប៉ះបុគ្គលនោះ តាមរបៀបដែលពុំចង់បាន ឬធ្វើអោយអ្នកមានអារម្មណ៍មិនស្រួល ឬអ្នកណាម្នាក់ធ្លាប់ប៉ុនប៉ង ឬធ្លាប់បានរួមភេទតាមមាត់ តាមរន្ធតូច ឬតាមរន្ធយោនី ជាមួយអ្នកឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើធ្លាប់មានការផ្លាស់ប្តូរផ្ទះ ឬនៅក្នុងស្ថានភាពទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកមើលថែទាំរបស់អ្នកឬទេ? ឧទាហរណ៍ ឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំបានលែងលះ ឬបែកគ្នា ឬដៃគូស្នេហាបានរើចូលមកនៅ ឬរើចេញទៅឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>

តើមាន "បាទ/ចាស" ប៉ុន្មាន ដែលអ្នកបានឆ្លើយនៅក្នុងផ្នែកទី 1?

សូមបន្តទៅម្ខាងទៀត សម្រាប់សំណួរដែលនៅសល់។

Teen (Self Report) – Identified

តើអ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬ ធ្លាប់ជាអ្នករងគ្រោះនៃអំពើហិង្សានៅក្នុងភូមិឋាន សហគមន៍ ឬសាលារបស់អ្នកឬទេ? (ឧទាហរណ៍ត្រូវបានគេសម្តែងធ្វើបាប បំពាន ឬសកម្មភាពហិង្សាផ្សេងៗទៀត សង្គ្រាម ឬការរកម្ម) បាទ/ចាស ទេ

តើអ្នកមានបទពិសោធន៍នូវការរើសអើង (ឧទាហរណ៍ត្រូវបានគេរំខាន ឬធ្វើអោយមានអារម្មណ៍អាប់អោន ឬមិនរាប់បញ្ចូល ដោយសារតែពូជអម្បូរ ជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណភេទ ទំនោរផ្លូវភេទ សាសនា ភាពខុសគ្នានៃការរៀនសូត្រ ឬពិការភាព) ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើអ្នកធ្លាប់មានបញ្ហា ជាមួយការស្នាក់នៅ (ឧទាហរណ៍ ការមិនមានផ្ទះនៅ ការមិនមានកន្លែងបិទបិទដើម្បីស្នាក់នៅ បានកន្លែងច្រើនជាងពីរដងនៅក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែ បានប្រយមមុខនឹងការបណ្តេញចេញ ឬការរឹបអូស ឬត្រូវតែរស់នៅជាមួយក្រុមគ្រួសារជាច្រើន ឬសមាជិកគ្រួសារជាច្រើននាក់) ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើអ្នកធ្លាប់បារម្ភថា អ្នកមិនមានម្ហូបគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីញ៉ាំ ឬថាម្ហូបនឹងអស់មុនពេលអ្នក ឬឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំរបស់អ្នកអាចទិញថែមទៀត? បាទ/ចាស ទេ

តើអ្នកធ្លាប់បានបែកពីឪពុកម្តាយរបស់អ្នក ឬអ្នកមើលថែទាំ ដោយសារតែការចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្ន ឬចំណូលស្រុក? បាទ/ចាស ទេ

តើអ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលមានជម្ងឺរាងកាយធ្ងន់ធ្ងរ ឬពិការភាពឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើអ្នកធ្លាប់រស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ ឬអ្នកមើលថែទាំដែលបានស្លាប់ទៅហើយឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានឃុំទុក ចាប់ខ្លួន ឬជាប់គុកឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានគេបំពានខាងរាងកាយ ឬពាក្យសំដី ឬការគំរាមពីដៃគូស្នេហា (ឧទាហរណ៍ មិត្តប្រុស មិត្តស្រី) ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើមាន "បាទ/ចាស" ប៉ុន្មាន ដែលអ្នកបានឆ្លើយនៅក្នុងផ្នែកទី 2?
Teen (Self Report) – Identified

**របាយការណ៍ពិនិត្យមើលបទពិសោធន៍អវិជ្ជមាននៃកុមារភាព និងព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតដែលមានពាក់ព័ន្ធ
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS)--ក្មេង (Child)**

សម្រាប់បំពេញដោយអ្នកមើលថែទាំ

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖ _____

ឈ្មោះរបស់ក្មេង៖ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____

ឈ្មោះរបស់អ្នក៖ _____ ការទាក់ទងជាសាច់ញាតិ និងក្មេង៖ _____

គ្រួសារជាច្រើនបានឆ្លងកាត់ព្រឹត្តិការណ៍ដ៏តានតឹង។ អស់រយៈពេលយូរទៅ បទពិសោធន៍ទាំងឡាយ អាចប៉ះពាល់សុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ក្មេងអ្នក។ យើងសូមសួរអ្នកនូវសំណួរទាំងឡាយ អំពីក្មេងរបស់អ្នក ដើម្បីយើងអាចជួយពួកគេ អោយមានសុខភាពល្អ តាមតែអាចធ្វើបាន។ តើមានពេលណាមួយក៏ដោយ ចាប់តាំងពីក្មេងរបស់អ្នកកើតមក តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬមានវត្តមាន នៅពេលបទពិសោធន៍ដូចតទៅនេះបានកើតឡើង? សូមរួមបញ្ចូលបទពិសោធន៍ពីអតីតកាល និងបច្ចុប្បន្ន។ សូមសំគាល់ថា សំណួរខ្លះមានច្រើនជាងមួយផ្នែក ដែលត្រូវបានបែងចែកដោយ “ឬ” បើផ្នែកណាមួយនៃសំណួរត្រូវបានឆ្លើយថា “បាទ/ចាស” អញ្ជឹងចម្លើយចំពោះសំណួរទាំងស្រុងនោះគឺ “បាទ/ចាស។”

ផ្នែកទី 1

- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលធ្លាប់បាននៅក្នុងកន្លែងឃុំឃាំង/គុកឬទេ?
- តើអ្នកគិតថា ក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍ថា មិនត្រូវបានគាំទ្រ មិនបានទទួលកិត្តិយសលាញ់ និង/ឬមិនត្រូវបានការពារឬទេ?
- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត? (ឧទាហរណ៍ ជម្ងឺវិបត្តិផ្លូវចិត្ត ជម្ងឺរីកលចរិត ជម្ងឺវិបត្តិពីរមុខម្តង រីកលចរិត ម្តងវិបត្តិផ្លូវចិត្ត PTSD ឬជម្ងឺវិបត្តិភ័យបារម្ភ)
- តើឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំធ្លាប់ប្រមាថ មើលងាយ ឬបង្គាប់ក្មេងរបស់អ្នកឬទេ?
- តើឪពុកម្តាយបង្កើតរបស់ក្មេងអ្នក ឬអ្នកមើលថែទាំណាម្នាក់ធ្លាប់ ឬបច្ចុប្បន្នមានបញ្ហាជាមួយការដឹកស្តុក ឬប្រើថ្នាំញៀនខុសច្បាប់ ឬថ្នាំផ្សេងៗច្រើនពេកឬទេ?
- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ខ្លះខាតការថែទាំសមស្រប ដោយអ្នកមើលថែទាំណាម្នាក់ (ឧទាហរណ៍ មិនត្រូវបានការពារពីស្ថានភាពដែលមិនមានសុវត្ថិភាព ឬមិនបានទទួលការថែទាំ នៅពេលឈឺ ឬមានរបួស ទោះជាពេលនោះមានធនធានផ្តល់ជូនក៏ដោយ)?
- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំត្រូវបានគេស្រែកដាក់ ជេ ប្រមាថ មើលងាយដោយបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់ផ្សេងទៀតឬទេ? **ឬ** តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំត្រូវបានគេទះកំដៅ ទាត់ ដាល់ ឬវាយ ឬធ្វើបាបដោយអារុធឬទេ?
- តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់ ឬជាញឹកញាប់បានរុញ កញ្ជក់ ទះកំដៅ ឬបោះបោកអ្វីមួយដាក់ក្មេងរបស់អ្នកឬទេ? **ឬ** តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់វាយក្មេងរបស់អ្នកខ្លាំងពេក ដល់ធ្វើអោយក្មេងរបស់អ្នកមាន ស្លាកស្នាម ឬត្រូវរបួសឬទេ? **ឬ** តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់គម្រាមក្មេងរបស់អ្នក ឬប្រព្រឹត្តិដាក់ ដែលបានធ្វើអោយក្មេងរបស់អ្នកខ្លាចថា ពួកគេអាចត្រូវបានធ្វើបាបឬទេ?
- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ត្រូវបានគេរំលោភបំពានខាងផ្លូវភេទឬទេ? ឧទាហរណ៍ អ្នកណាម្នាក់បានប៉ះក្មេងរបស់អ្នក ឬសុំ អោយក្មេងរបស់អ្នកប៉ះបុគ្គលនោះ តាមរបៀបដែលពុំចង់បាន ឬធ្វើអោយក្មេងរបស់អ្នកមានអារម្មណ៍មិនស្រួល ឬអ្នកណាម្នាក់ធ្លាប់ប៉ុនប៉ង ឬធ្លាប់បានរួមភេទតាមមាត់ តាមរន្ធក្នក ឬតាមរន្ធយោនី ជាមួយក្មេងរបស់អ្នកឬទេ?
- តើធ្លាប់មានការផ្លាស់ប្តូរផ្ទះ នៅក្នុងស្ថានភាពទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកមើលថែទាំរបស់ក្មេងអ្នកឬទេ? ឧទាហរណ៍ ឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំបានលែងលះ ឬបែកគ្នា ឬដៃគូស្នេហាបានបែកគ្នាមកនៅ ឬផ្ទេរទៅឬទេ?

បូកចម្លើយ “បាទ/ចាស” ទាំងឡាយ សម្រាប់ផ្នែកទីមួយ៖
សូមបន្តទៅម្ខាងទៀត សម្រាប់សំណួរដែលនៅសល់។
 Child (Parent/Caregiver Report) – Deidentified



ផ្នែកទី 2

សូមគូស "បាទ/ចាស" ដែលត្រូវនឹងសំណួរ។

- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬ ធ្លាប់ជាអ្នករងគ្រោះនៃអំពើហិង្សានៅក្នុងភូមិឋាន សហគមន៍ ឬសាលារបស់អ្នកឬទេ? (ឧទាហរណ៍ត្រូវបានគេសម្តែងធ្វើបាប បំពាន ឬសកម្មភាពហិង្សាផ្សេងៗទៀត សង្គ្រាម ឬការរកម្ម)

បាទ/ចាស ទេ
- តើក្មេងរបស់អ្នកមានបទពិសោធន៍នូវការរើសអើង (ឧទាហរណ៍ត្រូវបានគេរំខាន ឬធ្វើអោយមានអារម្មណ៍អាប់អោន ឬមិនរាប់បញ្ចូល ដោយសារតែពូជអម្បូរ ជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណភេទ ទំនោរផ្លូវភេទ សាសនា ភាពខុសគ្នានៃការរៀនសូត្រ ឬពិការភាព) ឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ
- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់មានបញ្ហា ជាមួយការស្នាក់នៅ (ឧទាហរណ៍ ការមិនមានផ្ទះនៅ ការមិនមានកន្លែងបិតចេរដើម្បីស្នាក់នៅ បានបីកន្លែងច្រើនជាងពីរដងនៅក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែ បានប្រឈមមុខនឹងការបណ្តេញចេញ ឬការរឹបអូស ឬត្រូវតែរស់នៅជាមួយក្រុមគ្រួសារជាច្រើន ឬសមាជិកគ្រួសារជាច្រើននាក់) ឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ
- តើអ្នកធ្លាប់បារម្ភថា ក្មេងរបស់អ្នកមិនមានម្ហូបគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីញ៉ាំ ឬថាម្ហូបសម្រាប់ក្មេងរបស់អ្នកនឹងអស់មុនពេលអ្នកអាចទិញថែមទៀត?

បាទ/ចាស ទេ
- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានបែកពីឪពុកម្តាយ ឬអ្នកមើលថែទាំ ដោយសារតែការចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្ន ឬចំណូលស្រុក?

បាទ/ចាស ទេ
- តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលមានជម្ងឺរាងកាយធ្ងន់ធ្ងរ ឬពិការភាព?

បាទ/ចាស ទេ
- តើកូនរបស់អ្នកធ្លាប់រស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ ឬអ្នកមើលថែទាំដែលបានស្លាប់ទៅហើយឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

បូកចម្លើយ “បាទ/ចាស” សម្រាប់ផ្នែកទីពីរ៖

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified

**របាយការណ៍ពិនិត្យមើលបទពិសោធន៍អវិជ្ជមាននៃកុមារភាព និងព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតដែលមានពាក់ព័ន្ធ
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS)--របាយការណ៍សម្រាប់អ្នកមើលថែទាំក្មេង
(Teen Caregiver Report)**

សម្រាប់បំពេញដោយអ្នកមើលថែទាំ

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖ _____

ឈ្មោះរបស់ក្មេង៖ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____

ឈ្មោះរបស់អ្នក៖ _____ ការទាក់ទងជាសាច់ញាតិ និងក្មេង៖ _____

គ្រួសារជាច្រើនបានឆ្លងកាត់ព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតតឹងរ៉ឹង។ អស់រយៈពេលយូរទៅ បទពិសោធន៍ទាំងឡាយ អាចប៉ះពាល់សុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ក្មេងអ្នក។ យើងសូមសួរអ្នកនូវសំណួរទាំងឡាយ អំពីក្មេងរបស់អ្នក ដើម្បីយើងអាចជួយពួកគេ អោយមានសុខភាពល្អ តាមតែអាចធ្វើបាន។

តើមានពេលណាមួយក៏ដោយ ចាប់តាំងពីក្មេងរបស់អ្នកកើតមក តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬមានវត្តមាន នៅពេលបទពិសោធន៍ដូចតទៅនេះបានកើតឡើង? សូមរួមបញ្ចូលបទពិសោធន៍ពីអតីតកាល និងបច្ចុប្បន្ន។ សូមសំគាល់ថា សំណួរខ្លះមានច្រើនជាងមួយផ្នែក ដែលត្រូវបានបែងចែកដោយ “ឬ” បើផ្នែកណាមួយនៃសំណួរត្រូវបានឆ្លើយថា “បាទ/ចាស” អញ្ជើងចម្លើយចំពោះសំណួរទាំងស្រុងនោះគឺ “បាទ/ចាស។”

ផ្នែកទី 1

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលធ្លាប់បាននៅក្នុងកន្លែងឃុំឃាំង/គុកឬទេ?

តើអ្នកគិតថា ក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍ថា មិនត្រូវបានគាំទ្រ មិនបានទទួលកិត្តិយសលាញ់ និង/ឬមិនត្រូវបានការពារឬទេ?

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត? (ឧទាហរណ៍ ជម្ងឺវិបត្តិផ្លូវចិត្ត ជម្ងឺរីកលចរិត ជម្ងឺវិបត្តិពីរមុខម្តងរីកលចរិត ម្តងវិបត្តិផ្លូវចិត្ត PTSD ឬជម្ងឺវិបត្តិភ័យបារម្ភ)

តើឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំធ្លាប់ប្រមាថ មើលងាយ ឬបង្គាប់ក្មេងរបស់អ្នកឬទេ?

តើឪពុកម្តាយបង្កើតរបស់ក្មេងអ្នក ឬអ្នកមើលថែទាំណាម្នាក់ធ្លាប់ ឬបច្ចុប្បន្នមានបញ្ហាជាមួយការដឹកស្តុក ឬប្រើប្រាស់គ្រឿងខុសច្បាប់ ឬប្រើប្រាស់បញ្ហាច្រើនពេកឬទេ?

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ខ្វះខាតការថែទាំសមស្រប ដោយអ្នកមើលថែទាំណាម្នាក់ (ឧទាហរណ៍ មិនត្រូវបានការពារពីស្ថានភាពដែលមិនមានសុវត្ថិភាព ឬមិនបានទទួលការថែទាំនៅពេលឈឺ ឬមានរបួស ទោះជាពេលនោះមានធនធានផ្តល់ជូនក៏ដោយ)?

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬឈឺឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំត្រូវបានគេស្រែកដាក់ ជេ ប្រមាថ មើលងាយដោយបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់ផ្សេងទៀតឬទេ? ឬ តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬឈឺឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំត្រូវបានគេទះកំផ្លៀង ទាត់ ដាល់ ឬវាយ ឬធ្វើបាបដោយអារុដឬទេ?

តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់ ឬជាញឹកញាប់បានរុញ កញ្ជក់ ទះកំផ្លៀង ឬបោះបោកអ្វីមួយដាក់ក្មេងរបស់អ្នកឬទេ? ឬ តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់វាយក្មេងរបស់អ្នកខ្លាំងពេក ដល់ធ្វើអោយក្មេងរបស់អ្នកមាន ស្លាកស្នាម ឬត្រូវរបួសឬទេ? ឬ តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់គំរាមក្មេងរបស់អ្នក ឬប្រព្រឹត្តិដាក់ ដែលបានធ្វើអោយក្មេងរបស់អ្នកខ្លាចថា ពួកគេអាចត្រូវបានធ្វើបាបឬទេ?

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ត្រូវបានគេរំលោភបំពានខាងផ្លូវភេទឬទេ? ឧទាហរណ៍ អ្នកណាម្នាក់បានប៉ះក្មេងរបស់អ្នក ឬសុំ អោយក្មេងរបស់អ្នកប៉ះបុគ្គលនោះ តាមរបៀបដែលពុំចង់បាន ឬធ្វើអោយក្មេងរបស់អ្នកមានអារម្មណ៍មិនស្រួល ឬអ្នកណាម្នាក់ធ្លាប់ប៉ុនប៉ង ឬធ្លាប់បានរួមភេទតាមមាត់ តាមរន្ធកូថ ឬតាមរន្ធយោនី ជាមួយក្មេងរបស់អ្នកឬទេ?

តើធ្លាប់មានការផ្លាស់ប្តូរផ្ទះ នៅក្នុងស្ថានភាពទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកមើលថែទាំរបស់ក្មេងអ្នកឬទេ? ឧទាហរណ៍ ឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំបានលែងលះ ឬបែកគ្នា ឬដៃគូស្នេហាបានរើចូលមកនៅ ឬប្តីចេញទៅឬទេ?

តើមាន "បាទ/ចាស" ប៉ុន្មាន ដែលអ្នកបានឆ្លើយនៅក្នុងផ្នែកទី 1?

សូមបន្តទៅម្ខាងទៀត សម្រាប់សំណួរដែលនៅសល់។

Teen (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ឃើញ លឺ ឬធ្លាប់ជាអ្នករងគ្រោះនៃអំពើហិង្សានៅក្នុងភូមិឋាន សហគមន៍ ឬសាលារបស់អ្នកឬទេ? (ឧទាហរណ៍ត្រូវបានគេសម្តុតធ្វើបាប បំពាន ឬសកម្មភាពហិង្សាផ្សេងៗទៀត សង្គ្រាម ឬការរកម្ម) បាទ/ចាស ទេ

តើក្មេងរបស់អ្នកមានបទពិសោធន៍នូវការរើសអើង (ឧទាហរណ៍ត្រូវបានគេរំខាន ឬធ្វើអោយមានអារម្មណ៍អាប់អោន ឬមិនរាប់បញ្ចូល ដោយសារតែពូជសាសន៍ ជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណភេទ ទំនោរផ្លូវភេទ សាសនា ភាពខុសគ្នានៃការរៀនសូត្រ ឬពិការភាព) ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់មានបញ្ហា ជាមួយការស្នាក់នៅ (ឧទាហរណ៍ ការមិនមានផ្ទះនៅ ការមិនមានកន្លែងបិទបិទដើម្បីស្នាក់នៅ បានកន្លែងច្រើនជាងពីរដងនៅក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែ បានប្រឈមមុខនឹងការបណ្តេញចេញ ឬការរឹបអូស ឬត្រូវតែរស់នៅជាមួយក្រុមគ្រួសារជាច្រើន ឬសមាជិកគ្រួសារជាច្រើននាក់) ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើអ្នកធ្លាប់បារម្ភថា ក្មេងរបស់អ្នកមិនមានម្ហូបគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីញ៉ាំ ឬថាម្ហូបសម្រាប់ក្មេងរបស់អ្នកនឹងអស់មុនពេលអ្នកអាចទិញថែមទៀត? បាទ/ចាស ទេ

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានបែកពីឪពុកម្តាយ ឬអ្នកមើលថែទាំ ដោយសារតែការចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្ន ឬចំណូលស្រុក? បាទ/ចាស ទេ

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលមានជម្ងឺរាងកាយធ្ងន់ធ្ងរ ឬពិការភាព? បាទ/ចាស ទេ

តើកូនរបស់អ្នកធ្លាប់រស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ ឬអ្នកមើលថែទាំដែលបានស្លាប់ទៅហើយឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ត្រូវបានឃុំទុក ចាប់ខ្លួន ឬជាប់គុកឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើក្មេងរបស់អ្នកធ្លាប់ត្រូវបានគេបំពានខាងរាងកាយ ឬពាក្យសំដី ឬការគម្រាមពី ដៃគូស្នេហា (ឧទាហរណ៍ មិត្តប្រុស មិត្តស្រី) ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើមាន "បាទ/ចាស" ប៉ុន្មាន ដែលអ្នកបានឆ្លើយនៅក្នុងផ្នែកទី 2?

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified

**របាយការណ៍ពិនិត្យមើលបទពិសោធន៍អវិជ្ជមាននៃកុមារភាព និងព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតដែលមានពាក់ព័ន្ធ
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS)--ក្មេង (របាយការណ៍សម្រាប់ខ្លួនឯង)
(Teen (Self Report))**

សម្រាប់បំពេញដោយអ្នកជម្ងឺ

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____

ឈ្មោះរបស់អ្នក៖ _____

គ្រួសារជាច្រើនបានឆ្លងកាត់ព្រឹត្តិការណ៍ដ៏តានតឹង។ អស់រយៈពេលយូរទៅ បទពិសោធន៍ទាំងឡាយ អាចប៉ះពាល់សុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់អ្នក។ យើងសូមសួរអ្នកនូវសំណួរទាំងឡាយអំពីកូនរបស់អ្នក ដើម្បីយើងអាចជួយអ្នក អោយមានសុខភាពល្អ តាមតែអាចធ្វើបាន។

តើមានពេលណាមួយក៏ដោយ ចាប់តាំងពីអ្នកកើតមក តើអ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬមានវត្តមាន នៅពេលបទពិសោធន៍ដូចតទៅនេះបានកើតឡើង? សូមរួមបញ្ចូលបទពិសោធន៍ពីអតីតកាល និងបច្ចុប្បន្ន។ សូមសំគាល់ថា សំណួរខ្លះមានច្រើនជាងមួយផ្នែក ដែលត្រូវបានបែងចែកដោយ “ឬ” បើផ្នែកណាមួយនៃសំណួរត្រូវបានឆ្លើយថា “បាទ/ចាស” អញ្ចឹងចម្លើយចំពោះសំណួរទាំងស្រុងគឺ “បាទ/ចាស។”

ផ្នែកទី 1

តើអ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលធ្លាប់បាននៅក្នុងកន្លែងឃុំឃាំង/គុកឬទេ?

តើអ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍ថា មិនត្រូវបានគាំទ្រ មិនបានទទួលកិត្តិយសលាញ់ និង/ឬមិនត្រូវបានការពារឬទេ?

តើអ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត? (ឧទាហរណ៍ ជម្ងឺប្រតិបត្តិផ្លូវចិត្ត ជម្ងឺរីកលចរិត ជម្ងឺប្រតិបត្តិការមុខងាររីកលចរិត ម្តងវិបត្តិផ្លូវចិត្ត PTSD ឬជម្ងឺប្រតិបត្តិការអ្នក)

តើឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំធ្លាប់ប្រមាថ មើលងាយ ឬបង្គាប់អ្នកឬទេ?

តើឪពុកម្តាយបង្កើតរបស់អ្នក ឬអ្នកមើលថែទាំណាម្នាក់ធ្លាប់ ឬបច្ចុប្បន្នមានបញ្ហាជាមួយការដឹកស្ការ ឬប្រើថ្នាំញៀនខុសច្បាប់ ឬប្រើថ្នាំផ្សេងៗច្រើនពេកឬទេ?

តើអ្នកធ្លាប់ខ្វះខាតការថែទាំសមស្រប ដោយអ្នកមើលថែទាំណាម្នាក់ (ឧទាហរណ៍ មិនត្រូវបានការពារពីស្ថានភាពដែលមិនមានសុវត្ថិភាព ឬមិនបានទទួលការថែទាំ នៅពេលឈឺ ឬមានរបួស ទោះជាពេលនោះមានធនធានផ្តល់ជូនក៏ដោយ)?

តើអ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬឮឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំត្រូវបានគេស្រែកដាក់ ជេ ប្រមាថ មើលងាយដោយបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់ផ្សេងទៀតឬទេ? ឬ តើអ្នកធ្លាប់ឃើញ ឬឮឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំត្រូវបានគេកំផ្លៀង ទាត់ ដាល់ ឬវាយ ឬធ្វើបាបដោយអារុវឬទេ?

តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់ ឬជាញឹកញាប់បានរុញ កញ្ជក់ ទះកំផ្លៀង ឬបោះបោកអ្វីមួយដាក់អ្នកឬទេ? ឬ តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់វាយអ្នកខ្លាំងពេក ដល់ធ្វើអោយអ្នកមានស្លាកស្នាម ឬត្រូវរបួសឬទេ? ឬ តើមានបុគ្គលពេញវ័យណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារធ្លាប់បានគម្រាមកំហែងអ្នក ឬបានប្រព្រឹត្តិដាក់ ដែលបានធ្វើអោយអ្នកខ្លាចថា គេអាចធ្វើបាបអ្នកឬទេ?

តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានគេរំលោភបំពានខាងផ្លូវភេទឬទេ? ឧទាហរណ៍ អ្នកណាម្នាក់បានប៉ះអ្នក ឬសុំអោយអ្នកប៉ះបុគ្គលនោះ តាមរបៀបដែលពុំចង់បាន ឬធ្វើអោយអ្នកមានអារម្មណ៍មិនស្រួល ឬអ្នកណាម្នាក់ធ្លាប់ប៉ុនប៉ង ឬធ្លាប់បានរួមភេទតាមមាត់ តាមន្ទគូថ ឬតាមន្ទយោនី ជាមួយអ្នកឬទេ?

តើធ្លាប់មានការផ្លាស់ប្តូរផ្ទះ នៅក្នុងស្ថានភាពទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកមើលថែទាំរបស់អ្នកឬទេ? ឧទាហរណ៍ ឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំបានលែងលះ ឬបែកគ្នា ឬដៃគូស្នេហាបានបិទលមកនៅ ឬបិទញ្ជូនទៅឬទេ?

តើមាន "បាទ/ចាស" ប៉ុន្មាន ដែលអ្នកបានឆ្លើយនៅក្នុងផ្នែកទី 1?

សូមបន្តទៅម្ខាងទៀត សម្រាប់សំណួរដែលនៅសល់។

Teen (Self Report) – Deidentified

ផ្នែកទី 2

សូមគូស "បាទ/ចាស" ដែលត្រូវនឹងសំណួរ។

តើអ្នកធ្លាប់ឃើញ លី ឬធ្លាប់ជាអ្នករងគ្រោះនៃអំពើហិង្សានៅក្នុងភូមិឋាន សហគមន៍ ឬសាលារបស់អ្នកឬទេ? (ឧទាហរណ៍ត្រូវបានគេសម្តែងធ្វើបាប បំពាន ឬសកម្មភាពហិង្សាផ្សេងៗទៀត សង្គ្រាម ឬការរកម្ម)	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើអ្នកមានបទពិសោធន៍នូវការរើសអើង (ឧទាហរណ៍ត្រូវបានគេរំខាន ឬធ្វើអោយមានអារម្មណ៍អាប់អាន ឬមិនរាប់បញ្ចូល ដោយសារតែពូជអម្បូរ ជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណភេទ ទំនោរផ្លូវភេទ សាសនា ភាពខុសគ្នានៃការរៀនសូត្រ ឬពិការភាព) ឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើអ្នកធ្លាប់មានបញ្ហា ជាមួយការស្នាក់នៅ (ឧទាហរណ៍ ការមិនមានផ្ទះនៅ ការមិនមានកន្លែងបិទថែរដើម្បីស្នាក់នៅ បានជីកន្លែងច្រើនជាងពីរដងនៅក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែ បានប្រឈមមុខនឹងការបណ្តេញចេញ ឬការរឹបអូស ឬត្រូវតែរស់នៅជាមួយក្រុមគ្រួសារជាច្រើន ឬសមាជិកគ្រួសារជាច្រើននាក់) ឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើអ្នកធ្លាប់បារម្ភថា អ្នកមិនមានម្ហូបគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីញ៉ាំ ឬថាម្ហូបនឹងអស់មុនពេលអ្នក ឬឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំរបស់អ្នកអាចទិញថែមទៀត?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើអ្នកធ្លាប់បានបែកពីឪពុកម្តាយរបស់អ្នក ឬអ្នកមើលថែទាំ ដោយសារតែការចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្ន ឬចំណូលស្រុក?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើអ្នកធ្លាប់បានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែទាំ ដែលមានជម្ងឺរាងកាយធ្ងន់ធ្ងរ ឬពិការភាពឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើអ្នកធ្លាប់រស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ ឬអ្នកមើលថែទាំដែលបានស្លាប់ទៅហើយឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានឃុំទុក ចាប់ខ្លួន ឬជាប់គុកឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានគេបំពានខាងរាងកាយ ឬពាក្យសំដី ឬការគំរាមពីដៃគូស្នេហា (ឧទាហរណ៍ មិត្តប្រុស មិត្តស្រី) ឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>

តើមាន "បាទ/ចាស" ប៉ុន្មាន ដែលអ្នកបានឆ្លើយនៅក្នុងផ្នែកទី 2?

Teen (Self Report) – Identified