

**ເຫດການໄວເດັກທີ່ບໍ່ດີ ແລະ ການກວດຄັດເຫດການຊີວິດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – ເດັກນ້ອຍ (Child)**

ຕ້ອງປະກອບຂໍ້ມູນໂດຍຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງ

ວັນທີຂອງມື້ນີ້: _____

ຊື່ເດັກ: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ຊື່ຂອງທ່ານ: _____ ຄວາມສໍາພັນກັບເດັກ: _____

ຫຼາຍໆຄອບຄົວປະສົບກັບເຫດການຊີວິດທີ່ເຮັດໃຫ້ຄຽດ. ເມື່ອເວລາຜ່ານໄປ ປະສົບການເຫຼົ່ານີ້ສາມາດສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ສຸຂະພາບ ແລະ ຊີວິດການເປັນຢູ່ຂອງລູກຂອງທ່ານໄດ້. ພວກເຮົາຢາກຖາມທ່ານກ່ຽວກັບລູກຂອງທ່ານ ເພື່ອວ່າພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າມີສຸຂະພາບທີ່ດີເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້. ໃນຊ່ວງເວລາໃດກໍຕາມນັບຕັ້ງແຕ່ລູກຂອງທ່ານເກີດມາ, ລູກຂອງທ່ານໄດ້ເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຢູ່ນຳໃນເວລາທີ່ປະສົບການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເກີດຂຶ້ນຫຼືບໍ່? ກະລຸນາລວມເອົາປະສົບການທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ປະຈຸບັນ. ກະລຸນາສັງເກດ, ບາງຄຳຖາມມີຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງສ່ວນທີ່ແຍກດ້ວຍ “ຫຼື.” ຖ້າສ່ວນໃດໆກໍຕາມຂອງຄຳຖາມຖືກຕອບວ່າ “ແມ່ນ,” ແລ້ວຄຳຕອບສໍາລັບຄຳຖາມທັງໝົດແມ່ນ “ແມ່ນ.”

ພາກທີ 1

- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ເຂົ້າຄຸກຫຼືບໍ່?
- ທ່ານຄິດວ່າລູກຂອງທ່ານເຄີຍຮູ້ສຶກວ່າບໍ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນ, ບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມຮັກ ແລະ/ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຫຼືບໍ່?
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ມີບັນຫາສຸຂະພາບຈິດຫຼືບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ໂຮກຊິມເສົ້າ, ໂຮກຈິດ, ໂຮກໄບໂພລາສ, PTSD, ຫຼື ໂຮກວິຕິກກັງວົນ)
- ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງເຄີຍໝົ່ນປະໝາດ, ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍ ຫຼື ດູຖຸກລູກຂອງທ່ານຫຼືບໍ່?
- ພໍ່ແມ່ຄົງຂອງເດັກ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງເຄີຍມີ ຫຼື ໃນປະຈຸບັນມີບັນຫາກ່ຽວກັບການດຶມເຫຼົ້າ, ການໃຊ້ຢາເສບຕິດ ຫຼື ຢາປິ່ນປົວຕາມໃບສັ່ງແພດຫຼາຍເກີນໄປຫຼືບໍ່?
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍຂາດການດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເໝາະສົມໂດຍຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງ (ຍົກຕົວຢ່າງ: ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຈາກສະຖານະການທີ່ບໍ່ປອດໄພ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລເບິ່ງແຍງໃນເວລາທີ່ເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບເຖິງແມ່ນໃນເວລາທີ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ກໍຕາມ) ຫຼືບໍ່?
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຜູ້ໃຫຍ່ຄົນອື່ນຮ້ອງໃສ່, ປ້ອຍດ່າ, ໝົ່ນປະໝາດ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍຫຼືບໍ່? ຫຼື ລູກຂອງທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຕົບຕີ, ເຕະ, ຊົກ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ບາດເຈັບດ້ວຍອາວຸດຫຼືບໍ່?
- ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນ ຍູ່, ຍາດ, ຕົບຕີ ຫຼື ແກວງບາງສິ່ງບາງຢ່າງໃສ່ລູກຂອງທ່ານຢູ່ເລື້ອຍໆບໍ່? ຫຼື ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນເຄີຍຕີລູກຂອງທ່ານຢ່າງຮຸນແຮງຈົນວ່າລູກຂອງທ່ານມີແປ້ວ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບບໍ່? ຫຼື ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວເຄີຍຂົ່ມຂູ່ລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ກະທຳໃນວິທີການທີ່ເຮັດໃຫ້ລູກຂອງທ່ານຢ້ານກົວວ່າເຂົາເຈົ້າອາດຈະຖືກເຮັດໃຫ້ເຈັບບໍ່?
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການລ່ວງລະເມີດທາງເພດບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໄດ້ຈັບບາຍລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ຂໍໃຫ້ລູກຂອງທ່ານຈັບບາຍບຸກຄົນໃນຮູບແບບທີ່ບໍ່ຕ້ອງການ, ຫຼື ເຮັດໃຫ້ລູກຂອງທ່ານຮູ້ສຶກບໍ່ສະບາຍໃຈ, ຫຼື ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງເຄີຍພະຍາຍາມ ຫຼື ໄດ້ມີເພດສໍາພັນທາງປາກ, ຮູທະວານ, ຫຼື ຊ່ອງຄອດກັບລູກຂອງທ່ານຢ່າງແທ້ຈິງແລ້ວຫຼືບໍ່?
- ເຄີຍມີການປ່ຽນແປງທີ່ສໍາຄັນໃນສະຖານະຄວາມສໍາພັນຂອງຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງເດັກນ້ອຍຫຼືບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໄດ້ມີການຫຼາຍຮ້າງ ຫຼື ແຍກທາງກັນ, ຫຼື ຄູ່ຮັກໄດ້ຍ້າຍເຂົ້າ ຫຼື ຍ້າຍອອກບໍ່?

ລວມຄຳຕອບ "ແມ່ນ" ສໍາລັບສ່ວນທຳອິດນີ້:
 ກະລຸນາສືບຕໍ່ໜ້າຕໍ່ໄປສໍາລັບຄຳຖາມທີ່ຍັງເຫຼືອ.
 Child (Parent/Caregiver Report) – Deidentified



ພາກທີ 2

- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍເຫັນ, ໄດ້ຍິນ ຫຼື ຕົກເປັນຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍຈາກຄວາມຮຸນແຮງໃນເຂດບ້ານ, ຊຸມຊົນ ຫຼື ໂຮງຮຽນຂອງທ່ານບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ການຂົ່ມເຫັງໂດຍມີເປົ້າໝາຍ, ການທຳຮ້າຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ການກະທຳທີ່ຮຸນແຮງອື່ນໆ, ສົງຄາມ ຫຼື ການກໍ່ການຮ້າຍ)
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການເລືອກປະຕິບັດ (ຕົວຢ່າງ: ການຖືກກໍ່ກວນ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ຮູ້ສຶກຕໍ່າຕ້ອຍກວ່າຜູ້ອື່ນ ຫຼື ຖືກກົດກັ້ນເນື່ອງຈາກເຊື້ອຊາດ, ຊົນຊາດ, ລັກສະນະເພດ, ຄວາມນິຍົມທາງເພດ, ສາດສະໜາ, ຄວາມແຕກຕ່າງໃນການຮຽນຮູ້ ຫຼື ຄວາມພິການ) ຫຼືບໍ່?
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍມີບັນຫາກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ (ຕົວຢ່າງ: ບໍ່ມີເຮືອນຢູ່, ບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສທີ່ໝັ້ນຄົງ, ຍ້າຍຫຼາຍກວ່າສອງຄັ້ງໃນໄລຍະເວລາຫົກເດືອນ, ພະເຊີນໜ້າກັບການຖືກຂັບໄລ່ ຫຼື ການຍຶດເອົາຊັບສິນ ຫຼື ຈຳເປັນຕ້ອງອາໄສຢູ່ກັບຫຼາຍໆຄອບຄົວ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຫຼາຍ ໆຄົນຫຼືບໍ່?
- ທ່ານເຄີຍມີຄວາມກັງວົນວ່າລູກຂອງທ່ານຈະບໍ່ມີອາຫານພຽງພໍທີ່ຈະກິນ ຫຼື ວ່າອາຫານສຳລັບລູກຂອງທ່ານຈະໝົດໄປກ່ອນທີ່ທ່ານຈະສາມາດຊື້ເພີ່ມໄດ້ອີກຫຼືບໍ່?
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍຖືກແຍກອອກຈາກພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຍ້ອນການດູແລເດັກແບບອຸປະຖຳ ຫຼື ການອົບພະຍົບຫຼືບໍ່?
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ມີການເຈັບປ່ວຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ຄວາມພິການຮ້າຍແຮງຫຼືບໍ່?
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເສຍຊີວິດໄປແລ້ວຫຼືບໍ່?

ລວມຄຳຕອບ "ແມ່ນ" ສຳລັບສ່ວນທຳອິດນີ້:

Child (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

**ເຫດການໄວເດັກທີ່ບໍ່ດີ ແລະ ການກວດຄັດເຫດການຊີວິດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – ເດັກນ້ອຍ (Child)**

ຕ້ອງປະກອບຂໍ້ມູນໂດຍຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງ

ວັນທີຂອງມື້ນີ້: _____

ຊື່ເດັກ: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ຊື່ຂອງທ່ານ: _____ ຄວາມສໍາພັນກັບເດັກ: _____

ຫຼາຍໆຄອບຄົວປະສົບກັບເຫດການຊີວິດທີ່ເຮັດໃຫ້ຄຽດ. ເມື່ອເວລາຜ່ານໄປ ປະສົບການເຫຼົ່ານີ້ສາມາດສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ສຸຂະພາບ ແລະ ຊີວິດການເປັນຢູ່ຂອງລູກຂອງທ່ານໄດ້. ພວກເຮົາຢາກຖາມທ່ານກ່ຽວກັບລູກຂອງທ່ານ ເພື່ອວ່າພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າມີສຸຂະພາບທີ່ດີເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້. ໃນຊ່ວງເວລາໃດກໍຕາມນັບຕັ້ງແຕ່ລູກຂອງທ່ານເກີດມາ, ລູກຂອງທ່ານໄດ້ເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຢູ່ນຳໃນເວລາທີ່ປະສົບການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເກີດຂຶ້ນຫຼືບໍ່? ກະລຸນາລວມເອົາປະສົບການທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ປະຈຸບັນ. ກະລຸນາສັງເກດ, ບາງຄໍາຖາມມີຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງສ່ວນທີ່ແຍກດ້ວຍ “ຫຼື.” ຖ້າສ່ວນໃດໆກໍຕາມຂອງຄໍາຖາມຖືກຕອບວ່າ “ແມ່ນ,” ແລ້ວຄໍາຕອບສໍາລັບຄໍາຖາມທັງໝົດແມ່ນ “ແມ່ນ.”

ພາກທີ 1

ກະລຸນາຂີດໃສ່ "ແມ່ນ" ກໍລະດີຖືກຕ້ອງ.

- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ເຂົ້າຄຸກຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
- ທ່ານຄິດວ່າລູກຂອງທ່ານເຄີຍຮູ້ສຶກວ່າບໍ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນ, ບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມຮັກ ແລະ/ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ມີບັນຫາສຸຂະພາບຈິດຫຼືບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ໂຮກຊິມເສົ້າ, ໂຮກຈິດ, ໂຮກໄບໂພລາຣ, PTSD, ຫຼື ໂຮກວິຕິກກັງວົນ) ແມ່ນ ບໍ່
- ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງເຄີຍໝົ່ນປະໝາດ, ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍ ຫຼື ດູກລູກຂອງທ່ານຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
- ພໍ່ແມ່ຄົງຂອງເດັກ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງເຄີຍມີ ຫຼື ໃນປະຈຸບັນມີບັນຫາກ່ຽວກັບການຕື່ມເຫຼົ້າ, ການໃຊ້ຢາເສບຕິດ ຫຼື ຢາປິ່ນປົວຕາມໃບສັ່ງແພດຫຼາຍເກີນໄປຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍຂາດການດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເໝາະສົມໂດຍຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງ (ຍົກຕົວຢ່າງ: ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຈາກສະຖານະການທີ່ບໍ່ປອດໄພ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລເບິ່ງແຍງໃນເວລາທີ່ເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບເຖິງແມ່ນໃນເວລາທີ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ກໍຕາມ) ຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຜູ້ໃຫຍ່ຄົນອື່ນຮ້ອງໃສ່, ປ້ອຍດ່າ, ໝົ່ນປະໝາດ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍຫຼືບໍ່? ຫຼື ລູກຂອງທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຕີບຕີ, ຕະ, ຊິກ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ບາດເຈັບດ້ວຍອາວຸດຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
- ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນ ຍູ່, ຍາດ, ຕົບຕີ ຫຼື ແກວ່ງບາງສິ່ງບາງຢ່າງໃສ່ລູກຂອງທ່ານຢູ່ເລື້ອຍໆບໍ່? ຫຼື ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນເຄີຍຕີລູກຂອງທ່ານຢ່າງຮຸນແຮງຈົນວ່າລູກຂອງທ່ານມີແປວ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບບໍ່? ຫຼື ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວເຄີຍຂົ່ມຂູ່ລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ກະທຳໃນວິທີການທີ່ເຮັດໃຫ້ລູກຂອງທ່ານຢ້ານກົວວ່າເຂົາເຈົ້າອາດຈະຖືກເຮັດໃຫ້ເຈັບບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການລ່ວງລະເມີດທາງເພດບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໄດ້ຈັບບາຍລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ຂໍໃຫ້ລູກຂອງທ່ານຈັບບາຍບຸກຄົນໃນຮູບແບບທີ່ບໍ່ຕ້ອງການ, ຫຼື ເຮັດໃຫ້ລູກຂອງທ່ານຮູ້ສຶກບໍ່ສະບາຍໃຈ, ຫຼື ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງເຄີຍພະຍາຍາມ ຫຼື ໄດ້ມີເພດສໍາພັນທາງປາກ, ຮູທະວານ, ຫຼື ຊ່ອງຄອດກັບລູກຂອງທ່ານຢ່າງແທ້ຈິງແລ້ວຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
- ເຄີຍມີການປ່ຽນແປງທີ່ສໍາຄັນໃນສະຖານະຄວາມສໍາພັນຂອງຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງເດັກນ້ອຍຫຼືບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໄດ້ມີການຫຼາຍຮ້າງ ຫຼື ແຍກທາງກັນ, ຫຼື ຄູ່ຮັກໄດ້ຍ້າຍເຂົ້າ ຫຼື ຍ້າຍອອກບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່

ທ່ານໄດ້ຕອບຈັກຄໍາຖາມວ່າ "ແມ່ນ" ໃສ່ພາກທີ 1?

ກະລຸນາສືບຕໍ່ໜ້າຕໍ່ໄປສໍາລັບຄໍາຖາມທີ່ຍັງເຫຼືອ.

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified

ພາກທີ 2

ກະລຸນາຂີດໃສ່ "ແມ່ນ" ກໍລະດີຖືກຕ້ອງ.

- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍເຫັນ, ໄດ້ຍິນ ຫຼື ຕົກເປັນຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍຈາກຄວາມຮຸນແຮງໃນເຂດບ້ານ, ຊຸມຊົນ ຫຼື ໂຮງຮຽນຂອງທ່ານບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ການຂົ່ມເຫັງໂດຍມີເປົ້າໝາຍ, ການທ້າຮ້າຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ການກະທຳທີ່ຮຸນແຮງອື່ນໆ, ສົງຄາມ ຫຼື ການກໍ່ການຮ້າຍ) ແມ່ນ ບໍ່
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການເລືອກປະຕິບັດ (ຕົວຢ່າງ: ການຖືກກໍ່ກວນ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ຮູ້ສຶກຕໍ່າຕ້ອຍກວ່າຜູ້ອື່ນ ຫຼື ຖືກກົດກັ້ນເນື່ອງຈາກເຊື້ອຊາດ, ຊົນຊາດ, ລັກສະນະເພດ, ຄວາມນິຍົມທາງເພດ, ສາດສະໜາ, ຄວາມແຕກຕ່າງໃນການຮຽນຮູ້ ຫຼື ຄວາມພິການ) ຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍມີບັນຫາກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ (ຕົວຢ່າງ: ບໍ່ມີເຮືອນຢູ່, ບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສທີ່ໝັ້ນຄົງ, ຍ້າຍຫຼາຍກວ່າສອງຄັ້ງໃນໄລຍະເວລາຫົກເດືອນ, ພະເຊີນໜ້າກັບການຖືກຂັບໄລ່ ຫຼື ການຍຶດເອົາຊັບສິນ ຫຼື ຈຳເປັນຕ້ອງອາໄສຢູ່ກັບຫຼາຍໆຄອບຄົວ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຫຼາຍ ໆຄົນຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
- ທ່ານເຄີຍມີຄວາມກັງວົນວ່າລູກຂອງທ່ານຈະບໍ່ມີອາຫານພຽງພໍທີ່ຈະກິນ ຫຼື ວ່າອາຫານສຳລັບລູກຂອງທ່ານຈະໝົດໄປກ່ອນທີ່ທ່ານຈະສາມາດຊື້ເພີ່ມໄດ້ອີກຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍຖືກແຍກອອກຈາກພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຍ້ອນການດູແລເດັກແບບອຸປະຖໍາ ຫຼື ການອົບພະຍົບຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ມີການເຈັບປ່ວຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ຄວາມພິການຮ້າຍແຮງຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເສຍຊີວິດໄປແລ້ວຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່

ທ່ານໄດ້ຕອບຈັກຄຳຖາມວ່າ "ແມ່ນ" ໃສ່ພາກທີ 2?

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified

**ເຫດການໄວເດັກທີ່ບໍ່ດີ ແລະ ການກວດຄັດເຫດການຊີວິດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – ບົດລາຍງານຂອງຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໄວໜຸ່ມ
(Teen Caregiver Report)**

ຕ້ອງປະກອບຂໍ້ມູນໂດຍຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງ

ວັນທີຂອງມື້ນີ້: _____

ຊື່ເດັກ: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ຊື່ຂອງທ່ານ: _____ ຄວາມສໍາພັນກັບເດັກ: _____

ຫຼາຍໆຄອບຄົວປະສົບກັບເຫດການຊີວິດທີ່ເຮັດໃຫ້ຄຽດ. ເມື່ອເວລາຜ່ານໄປ ປະສົບການເຫຼົ່ານີ້ສາມາດສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ສຸຂະພາບ ແລະ ຊີວິດການເປັນຢູ່ຂອງລູກຂອງທ່ານໄດ້. ພວກເຮົາຢາກຖາມທ່ານກ່ຽວກັບລູກຂອງທ່ານ ເພື່ອວ່າພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າມີສຸຂະພາບທີ່ດີເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້.

ໃນຊ່ວງເວລາໃດກໍຕາມນັບຕັ້ງແຕ່ລູກຂອງທ່ານເກີດມາ, ລູກຂອງທ່ານໄດ້ເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຢູ່ນໍາໃນເວລາທີ່ປະສົບການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເກີດຂຶ້ນຫຼືບໍ່? ກະລຸນາລວມເອົາປະສົບການທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ປະຈຸບັນ. ກະລຸນາສັງເກດ, ບາງຄໍາຖາມມີຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງສ່ວນທີ່ແຍກດ້ວຍ “ຫຼື.”
ຖ້າສ່ວນໃດໆກໍຕາມຂອງຄໍາຖາມຖືກຕອບວ່າ “ແມ່ນ,” ແລ້ວຄໍາຕອບສໍາລັບຄໍາຖາມທັງໝົດແມ່ນ “ແມ່ນ.”

ພາກທີ 1

ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ເຂົ້າຄຸກຫຼືບໍ່?

ທ່ານຄິດວ່າລູກຂອງທ່ານເຄີຍຮູ້ສຶກວ່າບໍ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນ, ບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມຮັກ ແລະ/ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຫຼືບໍ່?

ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ມີບັນຫາສຸຂະພາບຈິດຫຼືບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ໂຮກຊິມເສົ້າ, ໂຮກຈິດ, ໂຮກໄບໂພລາສ, PTSD, ຫຼື ໂຮກວິຕິກກັງວົນ)

ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງເຄີຍໝົ່ນປະໝາດ, ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍ ຫຼື ດຸກລູກຂອງທ່ານຫຼືບໍ່?

ພໍ່ແມ່ຄົງຂອງເດັກ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງເຄີຍມີ ຫຼື ໃນປະຈຸບັນມີບັນຫາກ່ຽວກັບການດື່ມເຫຼົ້າ, ການໃຊ້ຢາເສບຕິດ ຫຼື ຢາປິ່ນປົວຕາມໃບສັ່ງແພດຫຼາຍເກີນໄປຫຼືບໍ່?

ລູກຂອງທ່ານເຄີຍຂາດການດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເໝາະສົມໂດຍຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງ (ຍົກຕົວຢ່າງ: ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຈາກສະຖານະການທີ່ບໍ່ປອດໄພ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລເບິ່ງແຍງໃນເວລາທີ່ເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບເຖິງແມ່ນໃນເວລາທີ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ກໍຕາມ) ຫຼືບໍ່?

ລູກຂອງທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຜູ້ໃຫຍ່ຄົນອື່ນຮ້ອງໃສ່, ປ້ອຍດໍາ, ໝົ່ນປະໝາດ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍຫຼືບໍ່? **ຫຼື** ລູກຂອງທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຕີຕີ, ເຕະ, ຊີກ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ບາດເຈັບດ້ວຍອາວຸດຫຼືບໍ່?

ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນ ຍູ່, ຍາດ, ຕົບຕີ ຫຼື ແກວ່ງບາງສິ່ງບາງຢ່າງໃສ່ລູກຂອງທ່ານຢູ່ເລື້ອຍໆບໍ່? **ຫຼື**
ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນເຄີຍຕີລູກຂອງທ່ານຢ່າງຮຸນແຮງຈົນວ່າລູກຂອງທ່ານມີແປ້ວ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບບໍ່? **ຫຼື**
ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວເຄີຍຂົ່ມຂູ່ລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ກະທໍາໃນວິທີການທີ່ເຮັດໃຫ້ລູກຂອງທ່ານຢ້ານກົວວ່າເຂົາເຈົ້າອາດຈະຖືກເຮັດໃຫ້ເຈັບບໍ່?

ລູກຂອງທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການລ່ວງລະເມີດທາງເພດບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໄດ້ຈັບບາຍລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ຂໍໃຫ້ລູກຂອງທ່ານຈັບບາຍບຸກຄົນໃນຮູບແບບທີ່ບໍ່ຕ້ອງການ, ຫຼື ເຮັດໃຫ້ລູກຂອງທ່ານຮູ້ສຶກບໍ່ສະບາຍໃຈ, ຫຼື ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງເຄີຍພະຍາຍາມ ຫຼື ໄດ້ມີເພດສໍາພັນທາງປາກ, ຮຸທະວານ, ຫຼື ຊ່ອງຄອດກັບລູກຂອງທ່ານຢ່າງແທ້ຈິງແລ້ວຫຼືບໍ່?

ເຄີຍມີການປ່ຽນແປງທີ່ສໍາຄັນໃນສະຖານະຄວາມສໍາພັນຂອງຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງເດັກນັ້ນຫຼືບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໄດ້ມີການຫຼາຍຮ້າງ ຫຼື ແຍກທາງກັນ, ຫຼື ຄູ່ຮັກໄດ້ຍ້າຍເຂົ້າ ຫຼື ຍ້າຍອອກບໍ່?

ລວມຄໍາຕອບ "ແມ່ນ" ສໍາລັບສ່ວນທໍາອິດນີ້:

ກະລຸນາສືບຕໍ່ໜ້າຕໍ່ໄປສໍາລັບຄໍາຖາມທີ່ຍັງເຫຼືອ.



Teen (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

ພາກທີ 2

ລູກຂອງທ່ານເຄີຍເຫັນ, ໄດ້ຍິນ ຫຼື ຕົກເປັນຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍຈາກຄວາມຮຸນແຮງໃນເຂດບ້ານ, ຊຸມຊົນ ຫຼື ໂຮງຮຽນຂອງທ່ານບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ການຂົ່ມເຫັງໂດຍມີເປົ້າໝາຍ, ການທໍາຮ້າຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ການກະທໍາທີ່ຮຸນແຮງອື່ນໆ, ສົງຄາມ ຫຼື ການກໍ່ການຮ້າຍ)

ລູກຂອງທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການເລືອກປະຕິບັດ (ຕົວຢ່າງ: ການຖືກກໍ່ກວນ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ຮູ້ສຶກຕໍ່າຕ້ອຍກວ່າຜູ້ອື່ນ ຫຼື ຖືກກົດກັ້ນເນື່ອງຈາກເຊື້ອຊາດ, ຊົນຊາດ, ລັກສະນະເພດ, ຄວາມນິຍົມທາງເພດ, ສາດສະໜາ, ຄວາມແຕກຕ່າງໃນການຮຽນຮູ້ ຫຼື ຄວາມພິການ) ຫຼືບໍ່?

ລູກຂອງທ່ານເຄີຍມີບັນຫາກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ (ຕົວຢ່າງ: ບໍ່ມີເຮືອນຢູ່, ບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສທີ່ໝັ້ນຄົງ, ຍ້າຍຫຼາຍກວ່າສອງຄັ້ງໃນໄລຍະເວລາຫົກເດືອນ, ພະເຊີນໜ້າກັບການຖືກຂັບໄລ່ ຫຼື ການຍຶດເອົາຊັບສິນ ຫຼື ຈໍາເປັນຕ້ອງອາໄສຢູ່ກັບຫຼາຍໆຄອບຄົວ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຫຼາຍ ໆຄົນຫຼືບໍ່?

ທ່ານເຄີຍມີຄວາມກັງວົນວ່າລູກຂອງທ່ານຈະບໍ່ມີອາຫານພຽງພໍທີ່ຈະກິນ ຫຼື ວ່າອາຫານສໍາລັບລູກຂອງທ່ານຈະໝົດໄປກ່ອນທີ່ທ່ານຈະສາມາດຊື້ເພີ່ມໄດ້ອີກຫຼືບໍ່?

ລູກຂອງທ່ານເຄີຍຖືກແຍກອອກຈາກພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຍ້ອນການດູແລເດັກແບບອຸປະຖໍາ ຫຼື ການອົບພະຍົບຫຼືບໍ່?

ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ມີການເຈັບປ່ວຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ຄວາມພິການຮ້າຍແຮງຫຼືບໍ່?

ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເສຍຊີວິດໄປແລ້ວຫຼືບໍ່?

ລູກຂອງທ່ານເຄີຍຖືກກັກຂັງ, ຖືກຈັບກຸມ ຫຼື ຖືກຂັງຄຸກຫຼືບໍ່?

ລູກຂອງທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການທໍາຮ້າຍທາງວາຈາ ຫຼື ທາງຮ່າງກາຍ ຫຼື ການຂົ່ມຊໍຈາກຄູ່ຮັກ (ຕົວຢ່າງ: ແຟນໝຸ່ມ ຫຼື ແຟນສາວ) ຫຼືບໍ່?

ລວມຄໍາຕອບ "ແມ່ນ" ສໍາລັບສ່ວນທໍາອິດນີ້:

Teen (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

**ເຫດການໄວເດັກທີ່ບໍ່ດີ ແລະ ການກວດຄັດເຫດການຊີວິດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – ບົດລາຍງານຂອງຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໄວໜຸ່ມ
(Teen Caregiver Report)**

ຕ້ອງປະກອບຂໍ້ມູນໂດຍຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງ

ວັນທີຂອງມື້ນີ້: _____

ຊື່ເດັກ: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ຊື່ຂອງທ່ານ: _____ ຄວາມສໍາພັນກັບເດັກ: _____

ຫຼາຍໆຄອບຄົວປະສົບກັບເຫດການຊີວິດທີ່ເຮັດໃຫ້ຄຽດ. ເມື່ອເວລາຜ່ານໄປ ປະສົບການເຫຼົ່ານີ້ສາມາດສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ສຸຂະພາບ ແລະ ຊີວິດການເປັນຢູ່ຂອງລູກຂອງທ່ານໄດ້. ພວກເຮົາຢາກຖາມທ່ານກ່ຽວກັບລູກຂອງທ່ານ ເພື່ອວ່າພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າມີສຸຂະພາບທີ່ດີເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້.

ໃນຊ່ວງເວລາໃດກໍຕາມນັບຕັ້ງແຕ່ລູກຂອງທ່ານເກີດມາ, ລູກຂອງທ່ານໄດ້ເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຢູ່ນໍາໃນເວລາທີ່ປະສົບການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເກີດຂຶ້ນຫຼືບໍ່? ກະລຸນາລວມເອົາປະສົບການທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ປະຈຸບັນ. ກະລຸນາສັງເກດ, ບາງຄໍາຖາມມີຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງສ່ວນທີ່ແຍກດ້ວຍ “ຫຼື.” ຖ້າສ່ວນໃດໆກໍຕາມຂອງຄໍາຖາມຖືກຕອບວ່າ “ແມ່ນ,” ແລ້ວຄໍາຕອບສໍາລັບຄໍາຖາມທັງໝົດແມ່ນ “ແມ່ນ.”

ພາກທີ 1	ກະລຸນາຂີດໃສ່ "ແມ່ນ" ກໍລະດີຖືກຕ້ອງ.
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ເຂົ້າຄຸກຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານຄິດວ່າລູກຂອງທ່ານເຄີຍຮູ້ສຶກວ່າບໍ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນ, ບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມຮັກ ແລະ/ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ມີບັນຫາສຸຂະພາບຈິດຫຼືບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ໂຮກຊິມເສົ້າ, ໂຮກຈິດ, ໂຮກໄບໂພລາຣ, PTSD, ຫຼື ໂຮກວິຕິກກັງວົນ)	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງເຄີຍໝົນປະໝາດ, ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍ ຫຼື ດູກຸກລູກຂອງທ່ານຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ພໍ່ແມ່ຄົງຂອງເດັກ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງເຄີຍມີ ຫຼື ໃນປະຈຸບັນມີບັນຫາກ່ຽວກັບການດື່ມເຫຼົ້າ, ການໃຊ້ຢາເສບຕິດ ຫຼື ຢາປິ່ນປົວຕາມໃບສັ່ງແພດຫຼາຍເກີນໄປຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍຂາດການດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເໝາະສົມໂດຍຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງ (ຍົກຕົວຢ່າງ: ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຈາກສະຖານະການທີ່ບໍ່ປອດໄພ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລເບິ່ງແຍງໃນເວລາທີ່ເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບເຖິງແມ່ນໃນເວລາທີ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ກໍຕາມ) ຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຜູ້ໃຫຍ່ຄົນອື່ນຮ້ອງໃສ່, ປ້ອຍດໍາ, ໝົນປະໝາດ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍຫຼືບໍ່? ຫຼື ລູກຂອງທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຕີບຕີ, ເຕະ, ຊົກ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ບາດເຈັບດ້ວຍອາວຸດຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນ ຍູ່, ຍາດ, ຕີບຕີ ຫຼື ແກວ່ງບາງສິ່ງບາງຢ່າງໃສ່ລູກຂອງທ່ານຢູ່ເລື້ອຍໆບໍ່? ຫຼື ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນເຄີຍຕີລູກຂອງທ່ານຢ່າງຮຸນແຮງຈົນວ່າລູກຂອງທ່ານມີແປ້ວ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບບໍ່? ຫຼື ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວເຄີຍຂົ່ມຂູ່ລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ກະທໍາໃນວິທີການທີ່ເຮັດໃຫ້ລູກຂອງທ່ານຢ້ານກົວວ່າເຂົາເຈົ້າອາດຈະຖືກເຮັດໃຫ້ເຈັບບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການລ່ວງລະເມີດທາງເພດບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ມີຜູ້ໃດໜຶ່ງໄດ້ຈັບບາຍລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ຂໍໃຫ້ລູກຂອງທ່ານຈັບບາຍບຸກຄົນໃນຮູບແບບທີ່ບໍ່ຕ້ອງການ, ຫຼື ເຮັດໃຫ້ລູກຂອງທ່ານຮູ້ສຶກບໍ່ສະບາຍໃຈ, ຫຼື ມີຜູ້ໃດໜຶ່ງເຄີຍພະຍາຍາມ ຫຼື ໄດ້ມີເພດສໍາພັນທາງປາກ, ຮຸທະວານ, ຫຼື ຊ່ອງຄອດກັບລູກຂອງທ່ານຢ່າງແທ້ຈິງແລ້ວຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ເຄີຍມີການປ່ຽນແປງທີ່ສໍາຄັນໃນສະຖານະຄວາມສໍາພັນຂອງຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງເດັກນ້ອຍຫຼືບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໄດ້ມີການຫຍ້າຮ້າງ ຫຼື ແຍກທາງກັນ, ຫຼື ຄູ່ຮັກໄດ້ຍ້າຍເຂົ້າ ຫຼື ຍ້າຍອອກບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>

ທ່ານໄດ້ຕອບຈັກຄໍາຖາມວ່າ "ແມ່ນ" ໃສ່ພາກທີ 1?

ກະລຸນາສືບຕໍ່ໜ້າຕໍ່ໄປສໍາລັບຄໍາຖາມທີ່ຍັງເຫຼືອ.

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified

ພາກທີ 2

ກະລຸນາຂີດໃສ່ "ແມ່ນ" ກໍລະດີຖືກຕ້ອງ.

ລູກຂອງທ່ານເຄີຍເຫັນ, ໄດ້ຍິນ ຫຼື ຕົກເປັນຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍຈາກຄວາມຮຸນແຮງໃນເຂດບ້ານ, ຊຸມຊົນ ຫຼື ໂຮງຮຽນຂອງທ່ານບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ການຂົ່ມເຫັງໂດຍມີເປົ້າໝາຍ, ການທໍາຮ້າຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ການກະທໍາທີ່ຮຸນແຮງອື່ນໆ, ສົງຄາມ ຫຼື ການກໍ່ການຮ້າຍ)	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການເລືອກປະຕິບັດ (ຕົວຢ່າງ: ການຖືກກໍ່ກວນ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ຮູ້ສຶກຕໍ່າຕ້ອຍກວ່າຜູ້ອື່ນ ຫຼື ຖືກກົດກັ້ນເນື່ອງຈາກເຊື້ອຊາດ, ຊົນຊາດ, ລັກສະນະເພດ, ຄວາມນິຍົມທາງເພດ, ສາດສະໜາ, ຄວາມແຕກຕ່າງໃນການຮຽນຮູ້ ຫຼື ຄວາມພິການ) ຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍມີບັນຫາກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ (ຕົວຢ່າງ: ບໍ່ມີເຮືອນຢູ່, ບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສທີ່ໝັ້ນຄົງ, ຍ້າຍຫຼາຍກວ່າສອງຄັ້ງໃນໄລຍະເວລາຫົກເດືອນ, ພະເຊີນໜ້າກັບການຖືກຂັບໄລ່ ຫຼື ການຍຶດເອົາຊັບສິນ ຫຼື ຈໍາເປັນຕ້ອງອາໄສຢູ່ກັບຫຼາຍໆຄອບຄົວ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຫຼາຍ ໆຄົນຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍມີຄວາມກັງວົນວ່າລູກຂອງທ່ານຈະບໍ່ມີອາຫານພຽງພໍທີ່ຈະກິນ ຫຼື ວ່າອາຫານສໍາລັບລູກຂອງທ່ານຈະໝົດໄປກ່ອນທີ່ທ່ານຈະສາມາດຊື້ເພີ່ມໄດ້ອີກຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍຖືກແຍກອອກຈາກພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຍ້ອນການດູແລເດັກແບບອຸປະຖໍາ ຫຼື ການອົບພະຍົບຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ມີການເຈັບປ່ວຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ຄວາມພິການຮ້າຍແຮງຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເສຍຊີວິດໄປແລ້ວຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍຖືກກັກຂັງ, ຖືກຈັບກຸມ ຫຼື ຖືກຂັງຄຸກຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການທໍາຮ້າຍທາງວາຈາ ຫຼື ທາງຮ່າງກາຍ ຫຼື ການຂົ່ມຊໍ່ຈາກຄູ່ຮັກ (ຕົວຢ່າງ: ແຟນໝຸ່ມ ຫຼື ແຟນສາວ) ຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>

ທ່ານໄດ້ຕອບຈັກຄໍາຖາມວ່າ "ແມ່ນ" ໃສ່ພາກທີ 2?

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified

ເຫດການໄວເດັກທີ່ບໍ່ດີ ແລະ ການກວດຄັດເຫດການຊີວິດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – ໄວໜຸ່ມ (ບົດລາຍງານຕົວເອງ) (Teen (Self Report))

ຕ້ອງປະກອບຂໍ້ມູນໂດຍຄົນເຈັບ

ວັນທີຂອງມື້ນີ້: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ຊື່ຂອງທ່ານ: _____

ຫຼາຍໆຄອບຄົວປະສົບກັບເຫດການຊີວິດທີ່ເຮັດໃຫ້ຄຽດ. ເມື່ອເວລາຜ່ານໄປ ປະສົບການເຫຼົ່ານີ້ສາມາດສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ສຸຂະພາບ ແລະ ຊີວິດການເປັນຢູ່ຂອງທ່ານໄດ້. ພວກເຮົາຢາກຖາມທ່ານ ເພື່ອວ່າພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານມີສຸຂະພາບທີ່ດີເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້.

ໃນຊ່ວງເວລາໃດກໍຕາມນັບຕັ້ງແຕ່ທ່ານເກີດມາ, ທ່ານໄດ້ເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຢູ່ນຳໃນເວລາທີ່ປະສົບການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເກີດຂຶ້ນຫຼືບໍ່?

ກະລຸນາລວມເອົາປະສົບການທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ປະຈຸບັນ. ກະລຸນາສັງເກດ, ບາງຄຳຖາມມີຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງສ່ວນທີ່ແຍກດ້ວຍ “ຫຼື.”

ຖ້າສ່ວນໃດໆກໍຕາມຂອງຄຳຖາມຖືກຕອບວ່າ “ແມ່ນ,” ແລ້ວຄຳຕອບສຳລັບຄຳຖາມທັງໝົດແມ່ນ “ແມ່ນ.”

ພາກທີ 1

ທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ເຂົ້າຖືກຫຼືບໍ່?

ທ່ານເຄີຍຮູ້ສຶກວ່າບໍ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນ, ບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມຮັກ ແລະ/ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຫຼືບໍ່?

ທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ມີບັນຫາສຸຂະພາບຈິດຫຼືບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ໂຮກຊົມເສົ້າ, ໂຮກຈິດ, ໂຮກໄບໂພລາຣ, PTSD, ຫຼື ໂຮກວິຕິກກັງວົນ)

ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງເຄີຍໝົນປະໝາດ, ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍ ຫຼື ດູຖຸກທ່ານຫຼືບໍ່?

ພໍ່ແມ່ຄຶງຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງເຄີຍມີ ຫຼື ໃນປະຈຸບັນມີບັນຫາກ່ຽວກັບການດື່ມເຫຼົ້າ, ການໃຊ້ຢາເສບຕິດ ຫຼື ຢາປິ່ນປົວຕາມໃບສັ່ງແພດຫຼາຍເກີນໄປຫຼືບໍ່?

ທ່ານເຄີຍຂາດການດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເໝາະສົມໂດຍຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງ (ຍົກຕົວຢ່າງ: ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຈາກສະຖານະການທີ່ບໍ່ປອດໄພ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລເບິ່ງແຍງໃນເວລາທີ່ເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບເຖິງແມ່ນໃນເວລາທີ່ສາມາດດູແລໄດ້ກໍຕາມ) ຫຼືບໍ່?

ທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຜູ້ໃຫຍ່ຄົນອື່ນຮ້ອງໃສ່, ປ້ອຍດ່າ, ໝົນປະໝາດ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍຫຼືບໍ່? ຫຼື ທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຕົບຕີ, ຕະ, ຊົກ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ບາດເຈັບດ້ວຍອາວຸດຫຼືບໍ່?

ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນ ຍິ່ງ, ຍາດ, ຕົບຕີ ຫຼື ແກວ່ງບາງສິ່ງບາງຢ່າງໃສ່ທ່ານຢູ່ເລື້ອຍໆບໍ່? ຫຼື ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນເຄີຍຕີທ່ານຢ່າງຮຸນແຮງຈົນວ່າທ່ານມີແປ້ວ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບບໍ່? ຫຼື ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວເຄີຍຂົ່ມຂູ່ທ່ານ ຫຼື ກະທຳໃນວິທີການທີ່ເຮັດໃຫ້ທ່ານຢ້ານກົວວ່າທ່ານອາດຈະຖືກເຮັດໃຫ້ເຈັບບໍ່?

ທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການລ່ວງລະເມີດທາງເພດບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໄດ້ຈັບບາຍທ່ານ ຫຼື ຂໍໃຫ້ທ່ານຈັບບາຍບຸກຄົນໃນຮູບແບບທີ່ບໍ່ຕ້ອງການ, ຫຼື ເຮັດໃຫ້ທ່ານຮູ້ສຶກບໍ່ສະບາຍໃຈ, ຫຼື ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງເຄີຍພະຍາຍາມ ຫຼື ໄດ້ມີເພດສຳພັນທາງປາກ, ຮຸທະວານ, ຫຼື ຊ່ອງຄອດກັບທ່ານຢ່າງແທ້ຈິງແລ້ວຫຼືບໍ່?

ເຄີຍມີການປ່ຽນແປງທີ່ສຳຄັນໃນສະຖານະຄວາມສຳພັນຂອງຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານຫຼືບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໄດ້ມີການຢ່າຮ້າງ ຫຼື ແຍກທາງກັນ, ຫຼື ຄູ່ຮັກໄດ້ຍ້າຍເຂົ້າ ຫຼື ຍ້າຍອອກບໍ່?

ລວມຄຳຕອບ "ແມ່ນ" ສຳລັບສ່ວນທຳອິດນີ້:

ກະລຸນາສືບຕໍ່ໜ້າຕໍ່ໄປສຳລັບຄຳຖາມທີ່ຍັງເຫຼືອ.



Teen (Self Report) – Deidentified

ພາກທີ 2

ທ່ານເຄີຍເຫັນ, ໄດ້ຍິນ ຫຼື ຕົກເປັນຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍຈາກຄວາມຮຸນແຮງໃນເຂດບ້ານ, ຊຸມຊົນ ຫຼື ໂຮງຮຽນຂອງທ່ານບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ການຂົ່ມເຫັງໂດຍມີເປົ້າໝາຍ, ການທ້າຮ້າຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ການກະທຳທີ່ຮຸນແຮງອື່ນໆ, ສົງຄາມ ຫຼື ການກໍ່ການຮ້າຍ)

ທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການເລືອກປະຕິບັດ (ຕົວຢ່າງ: ການຖືກກໍ່ກວນ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ຮູ້ສຶກຕໍ່າຕ້ອຍກວ່າຜູ້ອື່ນ ຫຼື ຖືກກົດກັ້ນເນື່ອງຈາກເຊື້ອຊາດ, ຊົນຊາດ, ລັກສະນະເພດ, ຄວາມນິຍົມທາງເພດ, ສາດສະໜາ, ຄວາມແຕກຕ່າງໃນການຮຽນຮູ້ ຫຼື ຄວາມພິການ) ຫຼືບໍ່?

ທ່ານເຄີຍມີບັນຫາກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ (ຕົວຢ່າງ: ບໍ່ມີເຮືອນຢູ່, ບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສທີ່ໜັ້ນຄົງ, ຍ້າຍຫຼາຍກວ່າສອງຄັ້ງໃນໄລຍະເວລາຫົກເດືອນ, ພະເຊີນໜ້າກັບການຖືກຂັບໄລ່ ຫຼື ການຍຶດເອົາຊັບສິນ ຫຼື ຈຳເປັນຕ້ອງອາໄສຢູ່ກັບຫຼາຍໆຄອບຄົວ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຫຼາຍໆຄົນ) ຫຼືບໍ່?

ທ່ານເຄີຍມີຄວາມກັງວົນວ່າທ່ານຈະບໍ່ມີອາຫານພຽງພໍທີ່ຈະກິນ ຫຼື ວ່າອາຫານຈະໝົດໄປກ່ອນທີ່ທ່ານ ຫຼື ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານຈະສາມາດຊື້ເພີ່ມໄດ້ອີກຫຼືບໍ່?

ທ່ານເຄີຍຖືກແຍກອອກຈາກພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຍ້ອນການດູແລເດັກແບບອຸປະຖໍາ ຫຼື ການເຂົ້າເມືອງຫຼືບໍ່?

ທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ມີການເຈັບປ່ວຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ຄວາມພິການຮ້າຍແຮງຫຼືບໍ່?

ທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເສຍຊີວິດໄປແລ້ວຫຼືບໍ່?

ທ່ານເຄີຍຖືກກັກຂັງ, ຖືກຈັບກຸມ ຫຼື ຖືກຂັງຄຸກຫຼືບໍ່?

ທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການລ່ວງລະເມີດທາງວາຈາ ຫຼື ທາງຮ່າງກາຍ ຫຼື ການຂົ່ມຂູ່ຈາກຄູ່ຮັກ (ຕົວຢ່າງ: ແຟນໝຸ່ມ ຫຼື ແຟນສາວ) ຫຼືບໍ່?

ລວມຄຳຕອບ "ແມ່ນ" ສຳລັບສ່ວນທຳອິດນີ້:

Teen (Self Report) – Deidentified

**ເຫດການໄວເດັກທີ່ບໍ່ດີ ແລະ ການກວດຄັດເຫດການຊີວິດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – ໄວໜຸ່ມ (ບົດລາຍງານຕົວເອງ) (Teen (Self Report))**

ຕ້ອງປະກອບຂໍ້ມູນໂດຍຄົນເຈັບ

ວັນທີຂອງມື້ນີ້: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ຊື່ຂອງທ່ານ: _____

ຫຼາຍໆຄອບຄົວປະສົບກັບເຫດການຊີວິດທີ່ເຮັດໃຫ້ຄຽດ. ເມື່ອເວລາຜ່ານໄປ ປະສົບການເຫຼົ່ານີ້ສາມາດສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ສຸຂະພາບ ແລະ ຊີວິດການເປັນຢູ່ຂອງທ່ານໄດ້. ພວກເຮົາຢາກຖາມທ່ານ ເພື່ອວ່າພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານມີສຸຂະພາບທີ່ດີເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້. ໃນຊ່ວງເວລາໃດກໍຕາມນັບຕັ້ງແຕ່ທ່ານເກີດມາ, ທ່ານໄດ້ເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຢູ່ນຳໃນເວລາທີ່ປະສົບການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເກີດຂຶ້ນຫຼືບໍ່? ກະລຸນາລວມເອົາປະສົບການທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ປະຈຸບັນ. ກະລຸນາສັງເກດ, ບາງຄຳຖາມມີຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງສ່ວນທີ່ແຍກດ້ວຍ “ຫຼື.” ຖ້າສ່ວນໃດໆກໍຕາມຂອງຄຳຖາມຖືກຕອບວ່າ “ແມ່ນ,” ແລ້ວຄຳຕອບສຳລັບຄຳຖາມທັງໝົດແມ່ນ “ແມ່ນ.”

ພາກທີ 1

ກະລຸນາຂີດໃສ່ "ແມ່ນ" ກໍລະດີຖືກຕ້ອງ.

ທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ເຂົ້າຖາມຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍຮູ້ສຶກວ່າບໍ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນ, ບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມຮັກ ແລະ/ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ມີບັນຫາສຸຂະພາບຈິດຫຼືບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ໂຮກຊິມເສົ້າ, ໂຮກຈິດ, ໂຮກໄບໂພລາຣ, PTSD, ຫຼື ໂຮກວິຕິກກັງວົນ)	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງເຄີຍໝົນປະໝາດ, ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍ ຫຼື ດູກຖາມທ່ານຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ພໍ່ແມ່ຄືຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງເຄີຍມີ ຫຼື ໃນປະຈຸບັນມີບັນຫາກ່ຽວກັບການດື່ມເຫຼົ້າ, ການໃຊ້ຢາເສບຕິດ ຫຼື ຢາປິ່ນປົວຕາມໃບສັ່ງແພດຫຼາຍເກີນໄປຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍຂາດການດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເໝາະສົມໂດຍຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງ (ຍົກຕົວຢ່າງ: ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຈາກສະຖານະການທີ່ບໍ່ປອດໄພ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລເບິ່ງແຍງໃນເວລາທີ່ເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບເຖິງແມ່ນໃນເວລາທີ່ສາມາດດູແລໄດ້ກໍຕາມ) ຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຜູ້ໃຫຍ່ຄົນອື່ນຮ້ອງໃສ່, ປ້ອຍດ່າ, ໝົນປະໝາດ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍຫຼືບໍ່? ຫຼື ທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຕີບຕີ, ຕະ, ຊິກ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ບາດເຈັບດ້ວຍອາວຸດຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນ ຍູ່, ຍາດ, ຕົບຕີ ຫຼື ແກວ່ງບາງສິ່ງບາງຢ່າງໃສ່ທ່ານຢູ່ເລື້ອຍໆບໍ່? ຫຼື ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນເຄີຍຕີທ່ານຢ່າງຮຸນແຮງຈົນວ່າທ່ານມີແປວ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບບໍ່? ຫຼື ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວເຄີຍຂົ່ມຂູ່ທ່ານ ຫຼື ກະທຳໃນວິທີການທີ່ເຮັດໃຫ້ທ່ານຢ້ານກົວວ່າທ່ານອາດຈະຖືກເຮັດໃຫ້ເຈັບບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການລ່ວງລະເມີດທາງເພດບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໄດ້ຈັບບາຍທ່ານ ຫຼື ຂໍໃຫ້ທ່ານຈັບບາຍບຸກຄົນໃນຮູບແບບທີ່ບໍ່ຕ້ອງການ, ຫຼື ເຮັດໃຫ້ທ່ານຮູ້ສຶກບໍ່ສະບາຍໃຈ, ຫຼື ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງເຄີຍພະຍາຍາມ ຫຼື ໄດ້ມີເພດສຳພັນທາງປາກ, ຮູທະວານ, ຫຼື ຊ່ອງຄອດກັບທ່ານຢ່າງແທ້ຈິງແລ້ວຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ເຄີຍມີການປ່ຽນແປງທີ່ສຳຄັນໃນສະຖານະຄວາມສຳພັນຂອງຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານຫຼືບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໄດ້ມີການຢ່າຮ້າງ ຫຼື ແຍກທາງກັນ, ຫຼື ຄູ່ຮັກໄດ້ຍ້າຍເຂົ້າ ຫຼື ຍ້າຍອອກບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>

ທ່ານໄດ້ຕອບຈັກຄຳຖາມວ່າ "ແມ່ນ" ໃສ່ພາກທີ 1?

ກະລຸນາສືບຕໍ່ໜ້າຕໍ່ໄປສຳລັບຄຳຖາມທີ່ຍັງເຫຼືອ.

Teen (Self Report) – Identified

ພາກທີ 2

ກະລຸນາຂີດໃສ່ "ແມ່ນ" ກໍລະດີຖືກຕ້ອງ.

ທ່ານເຄີຍເຫັນ, ໄດ້ຍິນ ຫຼື ຕົກເປັນຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍຈາກຄວາມຮຸນແຮງໃນເຂດບ້ານ, ຊຸມຊົນ ຫຼື ໂຮງຮຽນຂອງທ່ານບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ການຂົ່ມເຫັງໂດຍມີເປົ້າໝາຍ, ການທໍາຮ້າຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ການກະທໍາທີ່ຮຸນແຮງອື່ນໆ, ສົງຄາມ ຫຼື ການກໍ່ການຮ້າຍ)	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການເລືອກປະຕິບັດ (ຕົວຢ່າງ: ການຖືກກໍ່ກວນ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ຮູ້ສຶກຕໍ່າຕ້ອຍກວ່າຜູ້ອື່ນ ຫຼື ຖືກກົດກັ້ນເນື່ອງຈາກເຊື້ອຊາດ, ຊົນຊາດ, ລັກສະນະເພດ, ຄວາມນິຍົມທາງເພດ, ສາດສະໜາ, ຄວາມແຕກຕ່າງໃນການຮຽນຮູ້ ຫຼື ຄວາມພິການ) ຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍມີບັນຫາກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ (ຕົວຢ່າງ: ບໍ່ມີເຮືອນຢູ່, ບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສທີ່ໝັ້ນຄົງ, ຍ້າຍຫຼາຍກວ່າສອງຄັ້ງໃນໄລຍະເວລາຫົກເດືອນ, ພະເຊີນໜ້າກັບການຖືກຂັບໄລ່ ຫຼື ການຍຶດເອົາຊັບສິນ ຫຼື ຈໍາເປັນຕ້ອງອາໄສຢູ່ກັບຫຼາຍໆຄອບຄົວ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຫຼາຍໆຄົນ) ຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍມີຄວາມກັງວົນວ່າທ່ານຈະບໍ່ມີອາຫານພຽງພໍທີ່ຈະກິນ ຫຼື ວ່າອາຫານຈະໝົດໄປກ່ອນທີ່ທ່ານ ຫຼື ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານຈະສາມາດຊື້ເພີ່ມໄດ້ອີກຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍຖືກແຍກອອກຈາກພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຍ້ອນການດູແລເດັກແບບອຸປະຖໍາ ຫຼື ການເຂົ້າເມືອງຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ມີການເຈັບປ່ວຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ຄວາມພິການຮ້າຍແຮງຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເສຍຊີວິດໄປແລ້ວຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍຖືກກັກຂັງ, ຖືກຈັບກຸມ ຫຼື ຖືກຂັງຄຸກຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການລ່ວງລະເມີດທາງວາຈາ ຫຼື ທາງຮ່າງກາຍ ຫຼື ການຂົ່ມຊໍຈາກຄູຮັກ (ຕົວຢ່າງ: ແຟນໝຸ່ມ ຫຼື ແຟນສາວ) ຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>

ທ່ານໄດ້ຕອບຈັກຄໍາຖາມວ່າ "ແມ່ນ" ໃສ່ພາກທີ 2?

Teen (Self Report) – Identified

**ເຫດການໄວເດັກທີ່ບໍ່ດີ ແລະ ການກວດຄັດເຫດການຊີວິດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – ເດັກນ້ອຍ (Child)**

ຕ້ອງປະກອບຂໍ້ມູນໂດຍຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງ

ວັນທີຂອງມື້ນີ້: _____

ຊື່ເດັກ: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ຊື່ຂອງທ່ານ: _____ ຄວາມສໍາພັນກັບເດັກ: _____

ຫຼາຍໆຄອບຄົວປະສົບກັບເຫດການຊີວິດທີ່ເຮັດໃຫ້ຄຽດ. ເມື່ອເວລາຜ່ານໄປ ປະສົບການເຫຼົ່ານີ້ສາມາດສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ສຸຂະພາບ ແລະ ຊີວິດການເປັນຢູ່ຂອງລູກຂອງທ່ານໄດ້. ພວກເຮົາຢາກຖາມທ່ານກ່ຽວກັບລູກຂອງທ່ານ ເພື່ອວ່າພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າມີສຸຂະພາບທີ່ດີເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້. ໃນຊ່ວງເວລາໃດກໍຕາມນັບຕັ້ງແຕ່ລູກຂອງທ່ານເກີດມາ, ລູກຂອງທ່ານໄດ້ເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຢູ່ນຳໃນເວລາທີ່ປະສົບການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເກີດຂຶ້ນຫຼືບໍ່? ກະລຸນາລວມເອົາປະສົບການທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ປະຈຸບັນ. ກະລຸນາສັງເກດ, ບາງຄຳຖາມມີຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງສ່ວນທີ່ແຍກດ້ວຍ “ຫຼື.” ຖ້າສ່ວນໃດໆກໍຕາມຂອງຄຳຖາມຖືກຕອບວ່າ “ແມ່ນ,” ແລ້ວຄຳຕອບສໍາລັບຄຳຖາມທັງໝົດແມ່ນ “ແມ່ນ.”

ພາກທີ 1	
<input type="checkbox"/>	ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ເຂົ້າຄຸກຫຼືບໍ່?
<input type="checkbox"/>	ທ່ານຄິດວ່າລູກຂອງທ່ານເຄີຍຮູ້ສຶກວ່າບໍ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນ, ບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມຮັກ ແລະ/ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຫຼືບໍ່?
<input type="checkbox"/>	ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ມີບັນຫາສຸຂະພາບຈິດຫຼືບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ໂຮກຊິມເສົ້າ, ໂຮກຈິດ, ໂຮກໄບໂພລາສ, PTSD, ຫຼື ໂຮກວິຕິກກັງວົນ)
<input type="checkbox"/>	ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງເຄີຍໝັ່ນປະໝາດ, ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍ ຫຼື ດູຖຸກລູກຂອງທ່ານຫຼືບໍ່?
<input type="checkbox"/>	ພໍ່ແມ່ຄົງຂອງເດັກ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງເຄີຍມີ ຫຼື ໃນປະຈຸບັນມີບັນຫາກ່ຽວກັບການດື່ມເຫຼົ້າ, ການໃຊ້ຢາເສບຕິດ ຫຼື ຢາປິ່ນປົວຕາມໃບສັ່ງແພດຫຼາຍເກີນໄປຫຼືບໍ່?
<input type="checkbox"/>	ລູກຂອງທ່ານເຄີຍຂາດການດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເໝາະສົມໂດຍຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງ (ຍົກຕົວຢ່າງ: ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຈາກສະຖານະການທີ່ບໍ່ປອດໄພ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລເບິ່ງແຍງໃນເວລາທີ່ເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບເຖິງແມ່ນໃນເວລາທີ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ກໍຕາມ) ຫຼືບໍ່?
<input type="checkbox"/>	ລູກຂອງທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຜູ້ໃຫຍ່ຄົນອື່ນຮ້ອງໃສ່, ປ້ອຍດ່າ, ໝັ່ນປະໝາດ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍຫຼືບໍ່? ຫຼື ລູກຂອງທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຕົບຕີ, ເຕະ, ຊົກ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ບາດເຈັບດ້ວຍອາວຸດຫຼືບໍ່?
<input type="checkbox"/>	ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນ ຍູ່, ຍາດ, ຕົບຕີ ຫຼື ແກວງບາງສິ່ງບາງຢ່າງໃສ່ລູກຂອງທ່ານຢູ່ເລື້ອຍໆບໍ່? ຫຼື ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນເຄີຍຕີລູກຂອງທ່ານຢ່າງຮຸນແຮງຈົນວ່າລູກຂອງທ່ານມີແປ້ວ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບບໍ່? ຫຼື ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວເຄີຍຂົ່ມຂູ່ລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ກະທຳໃນວິທີການທີ່ເຮັດໃຫ້ລູກຂອງທ່ານຢ້ານກົວວ່າເຂົາເຈົ້າອາດຈະຖືກເຮັດໃຫ້ເຈັບບໍ່?
<input type="checkbox"/>	ລູກຂອງທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການລ່ວງລະເມີດທາງເພດບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໄດ້ຈັບບາຍລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ຂໍໃຫ້ລູກຂອງທ່ານຈັບບາຍບຸກຄົນໃນຮູບແບບທີ່ບໍ່ຕ້ອງການ, ຫຼື ເຮັດໃຫ້ລູກຂອງທ່ານຮູ້ສຶກບໍ່ສະບາຍໃຈ, ຫຼື ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງເຄີຍພະຍາຍາມ ຫຼື ໄດ້ມີເພດສໍາພັນທາງປາກ, ຮູທະວານ, ຫຼື ຊ່ອງຄອດກັບລູກຂອງທ່ານຢ່າງແທ້ຈິງແລ້ວຫຼືບໍ່?
<input type="checkbox"/>	ເຄີຍມີການປ່ຽນແປງທີ່ສໍາຄັນໃນສະຖານະຄວາມສໍາພັນຂອງຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງເດັກນ້ອຍຫຼືບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໄດ້ມີການຫຍ້າຮ້າງ ຫຼື ແຍກທາງກັນ, ຫຼື ຄູ່ຮັກໄດ້ຍ້າຍເຂົ້າ ຫຼື ຍ້າຍອອກບໍ່?

ລວມຄຳຕອບ "ແມ່ນ" ສໍາລັບສ່ວນທຳອິດນີ້:
 ກະລຸນາສືບຕໍ່ໜ້າຕໍ່ໄປສໍາລັບຄຳຖາມທີ່ຍັງເຫຼືອ.
 Child (Parent/Caregiver Report) – Deidentified



ພາກທີ 2

ກະລຸນາຂີດໃສ່ "ແມ່ນ" ກໍລະດີຖືກຕ້ອງ.

- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍເຫັນ, ໄດ້ຍິນ ຫຼື ຕົກເປັນຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍຈາກຄວາມຮຸນແຮງໃນເຂດບ້ານ, ຊຸມຊົນ ຫຼື ໂຮງຮຽນຂອງທ່ານບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ການຂົ່ມເຫັງໂດຍມີເປົ້າໝາຍ, ການທໍາຮ້າຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ການກະທໍາທີ່ຮຸນແຮງອື່ນໆ, ສົງຄາມ ຫຼື ການກໍ່ການຮ້າຍ) ແມ່ນ ບໍ່
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການເລືອກປະຕິບັດ (ຕົວຢ່າງ: ການຖືກກໍ່ກວນ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ຮູ້ສຶກຕໍ່າຕ້ອຍກວ່າຜູ້ອື່ນ ຫຼື ຖືກກົດກັນເນື່ອງຈາກເຊື້ອຊາດ, ຊົນຊາດ, ລັກສະນະເພດ, ຄວາມນິຍົມທາງເພດ, ສາດສະໜາ, ຄວາມແຕກຕ່າງໃນການຮຽນຮູ້ ຫຼື ຄວາມພິການ) ຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍມີບັນຫາກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ (ຕົວຢ່າງ: ບໍ່ມີເຮືອນຢູ່, ບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສທີ່ໝັ້ນຄົງ, ຍ້າຍຫຼາຍກວ່າສອງຄັ້ງໃນໄລຍະເວລາຫົກເດືອນ, ພະເຊີນໜ້າກັບການຖືກຂັບໄລ່ ຫຼື ການຍຶດເອົາຊັບສິນ ຫຼື ຈໍາເປັນຕ້ອງອາໄສຢູ່ກັບຫຼາຍໆຄອບຄົວ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຫຼາຍ ໆຄົນຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
- ທ່ານເຄີຍມີຄວາມກັງວົນວ່າລູກຂອງທ່ານຈະບໍ່ມີອາຫານພຽງພໍທີ່ຈະກິນ ຫຼື ວ່າອາຫານສໍາລັບລູກຂອງທ່ານຈະໝົດໄປກ່ອນທີ່ທ່ານຈະສາມາດຊື້ເພີ່ມໄດ້ອີກຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍຖືກແຍກອອກຈາກພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຍ້ອນການດູແລເດັກແບບອຸປະຖໍາ ຫຼື ການອົບພະຍົບຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ມີການເຈັບປ່ວຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ຄວາມພິການຮ້າຍແຮງຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເສຍຊີວິດໄປແລ້ວຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່

ລວມຄໍາຕອບ "ແມ່ນ" ສໍາລັບສ່ວນທໍາອິດນີ້:

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified

**ເຫດການໄວເດັກທີ່ບໍ່ດີ ແລະ ການກວດຄັດເຫດການຊີວິດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – ບົດລາຍງານຂອງຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໄວໜຸ່ມ
(Teen Caregiver Report)**

ຕ້ອງປະກອບຂໍ້ມູນໂດຍຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງ

ວັນທີຂອງມື້ນີ້: _____

ຊື່ເດັກ: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ຊື່ຂອງທ່ານ: _____ ຄວາມສໍາພັນກັບເດັກ: _____

ຫຼາຍໆຄອບຄົວປະສົບກັບເຫດການຊີວິດທີ່ເຮັດໃຫ້ຄຽດ. ເມື່ອເວລາຜ່ານໄປ ປະສົບການເຫຼົ່ານີ້ສາມາດສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ສຸຂະພາບ ແລະ ຊີວິດການເປັນຢູ່ຂອງລູກຂອງທ່ານໄດ້. ພວກເຮົາຢາກຖາມທ່ານກ່ຽວກັບລູກຂອງທ່ານ ເພື່ອວ່າພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າມີສຸຂະພາບທີ່ດີເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້.

ໃນຊ່ວງເວລາໃດກໍຕາມນັບຕັ້ງແຕ່ລູກຂອງທ່ານເກີດມາ, ລູກຂອງທ່ານໄດ້ເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຢູ່ນຳໃນເວລາທີ່ປະສົບການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເກີດຂຶ້ນຫຼືບໍ່? ກະລຸນາລວມເອົາປະສົບການທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ປະຈຸບັນ. ກະລຸນາສັງເກດ, ບາງຄຳຖາມມີຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງສ່ວນທີ່ແຍກດ້ວຍ “ຫຼື.” ຖ້າສ່ວນໃດໆກໍຕາມຂອງຄຳຖາມຖືກຕອບວ່າ “ແມ່ນ,” ແລ້ວຄຳຕອບສໍາລັບຄຳຖາມທຸກໆໝົດແມ່ນ “ແມ່ນ.”

ພາກທີ 1

- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ເຂົ້າຄຸກຫຼືບໍ່?
- ທ່ານຄິດວ່າລູກຂອງທ່ານເຄີຍຮູ້ສຶກວ່າບໍ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນ, ບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມຮັກ ແລະ/ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຫຼືບໍ່?
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ມີບັນຫາສຸຂະພາບຈິດຫຼືບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ໂຮກຊິມເສົ້າ, ໂຮກຈິດ, ໂຮກໄບໂພລາຣ, PTSD, ຫຼື ໂຮກວິຕົກກັງວົນ)
- ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງເຄີຍໝົນປະໝາດ, ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍ ຫຼື ດູຖຸກລູກຂອງທ່ານຫຼືບໍ່?
- ພໍ່ແມ່ຄົງຂອງເດັກ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງເຄີຍມີ ຫຼື ໃນປະຈຸບັນມີບັນຫາກ່ຽວກັບການຕື່ມເຫຼົ້າ, ການໃຊ້ຢາເສບຕິດ ຫຼື ຢາປິ່ນປົວຕາມໃບສັ່ງແພດຫຼາຍເກີນໄປຫຼືບໍ່?
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍຂາດການດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເໝາະສົມໂດຍຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງ (ຍົກຕົວຢ່າງ: ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຈາກສະຖານະການທີ່ບໍ່ປອດໄພ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລເບິ່ງແຍງໃນເວລາທີ່ເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບເຖິງແມ່ນໃນເວລາທີ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ກໍຕາມ) ຫຼືບໍ່?
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຜູ້ໃຫຍ່ຄົນອື່ນຮ້ອງໃສ່, ປ້ອຍດ່າ, ໝົນປະໝາດ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍຫຼືບໍ່? ຫຼື ລູກຂອງທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຕີຕີ, ຕະ, ຊົກ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ບາດເຈັບດ້ວຍອາວຸດຫຼືບໍ່?
- ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນ ຍູ່, ຍາດ, ຕົບຕີ ຫຼື ແກວ່ງບາງສິ່ງບາງຢ່າງໃສ່ລູກຂອງທ່ານຢູ່ເລື້ອຍໆບໍ່? ຫຼື
- ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນເຄີຍຕີລູກຂອງທ່ານຢ່າງຮຸນແຮງຈົນວ່າລູກຂອງທ່ານມີແປ້ວ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບບໍ່? ຫຼື
- ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວເຄີຍຂົ່ມຂູ່ລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ກະທຳໃນວິທີການທີ່ເຮັດໃຫ້ລູກຂອງທ່ານຢ້ານກົວວ່າເຂົາເຈົ້າອາດຈະຖືກເຮັດໃຫ້ເຈັບບໍ່?
- ລູກຂອງທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການລ່ວງລະເມີດທາງເພດບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໄດ້ຈັບບາຍລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ຂໍໃຫ້ລູກຂອງທ່ານຈັບບາຍບຸກຄົນໃນຮູບແບບທີ່ບໍ່ຕ້ອງການ, ຫຼື ເຮັດໃຫ້ລູກຂອງທ່ານຮູ້ສຶກບໍ່ສະບາຍໃຈ, ຫຼື ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງເຄີຍພະຍາຍາມ ຫຼື ໄດ້ມີເພດສໍາພັນທາງປາກ, ຮູທະວານ, ຫຼື ຊ່ອງຄອດກັບລູກຂອງທ່ານຢ່າງແທ້ຈິງແລ້ວຫຼືບໍ່?
- ເຄີຍມີການປ່ຽນແປງທີ່ສໍາຄັນໃນສະຖານະຄວາມສໍາພັນຂອງຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງເດັກນ້ອຍຫຼືບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໄດ້ມີການຫຍ້າຮ້າງ ຫຼື ແຍກທາງກັນ, ຫຼື ຄູ່ຮັກໄດ້ຍ້າຍເຂົ້າ ຫຼື ຍ້າຍອອກບໍ່?

ທ່ານໄດ້ຕອບຈັກຄຳຖາມວ່າ "ແມ່ນ" ໃສ່ພາກທີ 1?

ກະລຸນາສືບຕໍ່ໜ້າຕໍ່ໄປສໍາລັບຄຳຖາມທີ່ຍັງເຫຼືອ.

Teen (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

ພາກທີ 2

ກະລຸນາຂີດໃສ່ "ແມ່ນ" ກໍລະດີຖືກຕ້ອງ.

ລູກຂອງທ່ານເຄີຍເຫັນ, ໄດ້ຍິນ ຫຼື ຕົກເປັນຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍຈາກຄວາມຮຸນແຮງໃນເຂດບ້ານ, ຊຸມຊົນ ຫຼື ໂຮງຮຽນຂອງທ່ານບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ການຂົ່ມເຫັງໂດຍມີເປົ້າໝາຍ, ການທຳຮ້າຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ການກະທຳທີ່ຮຸນແຮງອື່ນໆ, ສົງຄາມ ຫຼື ການກໍ່ການຮ້າຍ)	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການເລືອກປະຕິບັດ (ຕົວຢ່າງ: ການຖືກກໍ່ກວນ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ຮູ້ສຶກຕໍ່າຕ້ອຍກວ່າຜູ້ອື່ນ ຫຼື ຖືກກົດກັ້ນເນື່ອງຈາກເຊື້ອຊາດ, ຊົນຊາດ, ລັກສະນະເພດ, ຄວາມນິຍົມທາງເພດ, ສາດສະໜາ, ຄວາມແຕກຕ່າງໃນການຮຽນຮູ້ ຫຼື ຄວາມພິການ) ຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍມີບັນຫາກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ (ຕົວຢ່າງ: ບໍ່ມີເຮືອນຢູ່, ບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສທີ່ໝັ້ນຄົງ, ຍ້າຍຫຼາຍກວ່າສອງຄັ້ງໃນໄລຍະເວລາຫົກເດືອນ, ພະເຊີນໜ້າກັບການຖືກຂັບໄລ່ ຫຼື ການຍຶດເອົາຊັບສິນ ຫຼື ຈຳເປັນຕ້ອງອາໄສຢູ່ກັບຫຼາຍໆຄອບຄົວ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຫຼາຍ ໆຄົນຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍມີຄວາມກັງວົນວ່າລູກຂອງທ່ານຈະບໍ່ມີອາຫານພຽງພໍທີ່ຈະກິນ ຫຼື ວ່າອາຫານສຳລັບລູກຂອງທ່ານຈະໝົດໄປກ່ອນທີ່ທ່ານຈະສາມາດຊື້ເພີ່ມໄດ້ອີກຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍຖືກແຍກອອກຈາກພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຍ້ອນການດູແລເດັກແບບອຸປະຖຳ ຫຼື ການອົບພະຍົບຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ມີການເຈັບປ່ວຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ຄວາມພິການຮ້າຍແຮງຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເສຍຊີວິດໄປແລ້ວຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍຖືກກັກຂັງ, ຖືກຈັບກຸມ ຫຼື ຖືກຂັງຄຸກຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການທຳຮ້າຍທາງວາຈາ ຫຼື ທາງຮ່າງກາຍ ຫຼື ການຂົ່ມຊໍ່ຈາກຄູ່ຮັກ (ຕົວຢ່າງ: ແຟນໝຸ່ມ ຫຼື ແຟນສາວ) ຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>

ທ່ານໄດ້ຕອບຈັກຄຳຖາມວ່າ "ແມ່ນ" ໃສ່ພາກທີ 2?

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified

ເຫດການໄວເດັກທີ່ບໍ່ດີ ແລະ ການກວດຄັດເຫດການຊີວິດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – ໄວໜຸ່ມ (ບົດລາຍງານຕົວເອງ) (Teen (Self Report))

ຕ້ອງປະກອບຂໍ້ມູນໂດຍຄົນເຈັບ

ວັນທີຂອງມື້ນີ້: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ຊື່ຂອງທ່ານ: _____

ຫຼາຍໆຄອບຄົວປະສົບກັບເຫດການຊີວິດທີ່ເຮັດໃຫ້ຄຽດ. ເມື່ອເວລາຜ່ານໄປ ປະສົບການເຫຼົ່ານີ້ສາມາດສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ສຸຂະພາບ ແລະ ຊີວິດການເປັນຢູ່ຂອງທ່ານໄດ້. ພວກເຮົາຢາກຖາມທ່ານ ເພື່ອວ່າພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານມີສຸຂະພາບທີ່ດີເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້.

ໃນຊ່ວງເວລາໃດກໍຕາມນັບຕັ້ງແຕ່ທ່ານເກີດມາ, ທ່ານໄດ້ເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຢູ່ນຳໃນເວລາທີ່ປະສົບການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເກີດຂຶ້ນຫຼືບໍ່?

ກະລຸນາລວມເອົາປະສົບການທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ປະຈຸບັນ. ກະລຸນາສັງເກດ, ບາງຄຳຖາມມີຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງສ່ວນທີ່ແຍກດ້ວຍ “ຫຼື.”

ຖ້າສ່ວນໃດໆກໍຕາມຂອງຄຳຖາມຖືກຕອບວ່າ “ແມ່ນ,” ແລ້ວຄຳຕອບສຳລັບຄຳຖາມທັງໝົດແມ່ນ “ແມ່ນ.”

ພາກທີ 1

ທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ເຂົ້າຖືກຫຼືບໍ່?

ທ່ານເຄີຍຮູ້ສຶກວ່າບໍ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນ, ບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມຮັກ ແລະ/ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຫຼືບໍ່?

ທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ມີບັນຫາສຸຂະພາບຈິດຫຼືບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ໂຮກຊົມເສົ້າ, ໂຮກຈິດ, ໂຮກໄບໂພລາຣ, PTSD, ຫຼື ໂຮກວິຕິກກັງວົນ)

ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງເຄີຍໝົນປະໝາດ, ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍ ຫຼື ດູຖຸກທ່ານຫຼືບໍ່?

ພໍ່ແມ່ຄຶງຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງເຄີຍມີ ຫຼື ໃນປະຈຸບັນມີບັນຫາກ່ຽວກັບການດື່ມເຫຼົ້າ, ການໃຊ້ຢາເສບຕິດ ຫຼື ຢາປິ່ນປົວຕາມໃບສັ່ງແພດຫຼາຍເກີນໄປຫຼືບໍ່?

ທ່ານເຄີຍຂາດການດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເໝາະສົມໂດຍຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງ (ຍົກຕົວຢ່າງ: ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຈາກສະຖານະການທີ່ບໍ່ປອດໄພ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລເບິ່ງແຍງໃນເວລາທີ່ເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບເຖິງແມ່ນໃນເວລາທີ່ສາມາດດູແລໄດ້ກໍຕາມ) ຫຼືບໍ່?

ທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຜູ້ໃຫຍ່ຄົນອື່ນຮ້ອງໃສ່, ປ້ອຍດ່າ, ໝົນປະໝາດ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍຫຼືບໍ່? ຫຼື ທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຕົບຕີ, ຕະ, ຊົກ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ບາດເຈັບດ້ວຍອາວຸດຫຼືບໍ່?

ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນ ຍູ່, ຍາດ, ຕົບຕີ ຫຼື ແກວ່ງບາງສິ່ງບາງຢ່າງໃສ່ທ່ານຢູ່ເລື້ອຍໆບໍ່? ຫຼື ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນເຄີຍຕີທ່ານຢ່າງຮຸນແຮງຈົນວ່າທ່ານມີແປ້ວ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບບໍ່? ຫຼື ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວເຄີຍຂົ່ມຂູ່ທ່ານ ຫຼື ກະທຳໃນວິທີການທີ່ເຮັດໃຫ້ທ່ານຢ້ານກົວວ່າທ່ານອາດຈະຖືກເຮັດໃຫ້ເຈັບບໍ່?

ທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການລ່ວງລະເມີດທາງເພດບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໄດ້ຈັບບາຍທ່ານ ຫຼື ຂໍໃຫ້ທ່ານຈັບບາຍບຸກຄົນໃນຮູບແບບທີ່ບໍ່ຕ້ອງການ, ຫຼື ເຮັດໃຫ້ທ່ານຮູ້ສຶກບໍ່ສະບາຍໃຈ, ຫຼື ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງເຄີຍພະຍາຍາມ ຫຼື ໄດ້ມີເພດສຳພັນທາງປາກ, ຮຸທະວານ, ຫຼື ຊ່ອງຄອດກັບທ່ານຢ່າງແທ້ຈິງແລ້ວຫຼືບໍ່?

ເຄີຍມີການປ່ຽນແປງທີ່ສຳຄັນໃນສະຖານະຄວາມສຳພັນຂອງຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານຫຼືບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໄດ້ມີການຢ່າຮ້າງ ຫຼື ແຍກທາງກັນ, ຫຼື ຄູ່ຮັກໄດ້ຍ້າຍເຂົ້າ ຫຼື ຍ້າຍອອກບໍ່?

ທ່ານໄດ້ຕອບຈັກຄຳຖາມວ່າ "ແມ່ນ" ໃສ່ພາກທີ 1?

ກະລຸນາສືບຕໍ່ໜ້າຕໍ່ໄປສຳລັບຄຳຖາມທີ່ຍັງເຫຼືອ.

Teen (Self Report) – Deidentified

ພາກທີ 2

ກະລຸນາຂີດໃສ່ "ແມ່ນ" ກໍລະດີຖືກຕ້ອງ.

ທ່ານເຄີຍເຫັນ, ໄດ້ຍິນ ຫຼື ຕົກເປັນຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍຈາກຄວາມຮຸນແຮງໃນເຂດບ້ານ, ຊຸມຊົນ ຫຼື ໂຮງຮຽນຂອງທ່ານບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ການຂົ່ມເຫັງໂດຍມີເປົ້າໝາຍ, ການທ້າຮ້າຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ການກະທຳທີ່ຮຸນແຮງອື່ນໆ, ສົງຄາມ ຫຼື ການກໍ່ການຮ້າຍ)	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການເລືອກປະຕິບັດ (ຕົວຢ່າງ: ການຖືກກໍ່ກວນ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ຮູ້ສຶກຕໍ່າຕ້ອຍກວ່າຜູ້ອື່ນ ຫຼື ຖືກກົດກັ້ນເນື່ອງຈາກເຊື້ອຊາດ, ຊົນຊາດ, ລັກສະນະເພດ, ຄວາມນິຍົມທາງເພດ, ສາດສະໜາ, ຄວາມແຕກຕ່າງໃນການຮຽນຮູ້ ຫຼື ຄວາມພິການ) ຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍມີບັນຫາກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ (ຕົວຢ່າງ: ບໍ່ມີເຮືອນຢູ່, ບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສທີ່ໝັ້ນຄົງ, ຍ້າຍຫຼາຍກວ່າສອງຄັ້ງໃນໄລຍະເວລາຫົກເດືອນ, ພະເຊີນໜ້າກັບການຖືກຂັບໄລ່ ຫຼື ການຍຶດເອົາຊັບສິນ ຫຼື ຈຳເປັນຕ້ອງອາໄສຢູ່ກັບຫຼາຍໆຄອບຄົວ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຫຼາຍໆຄົນ) ຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍມີຄວາມກັງວົນວ່າທ່ານຈະບໍ່ມີອາຫານພຽງພໍທີ່ຈະກິນ ຫຼື ວ່າອາຫານຈະໝົດໄປກ່ອນທີ່ທ່ານ ຫຼື ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານຈະສາມາດຊື້ເພີ່ມໄດ້ອີກຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍຖືກແຍກອອກຈາກພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຍ້ອນການດູແລເດັກແບບອຸປະຖຳ ຫຼື ການເຂົ້າເມືອງຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ມີການເຈັບປ່ວຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ຄວາມພິການຮ້າຍແຮງຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເສຍຊີວິດໄປແລ້ວຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍຖືກກັກຂັງ, ຖືກຈັບກຸມ ຫຼື ຖືກຂັງຄຸກຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການລ່ວງລະເມີດທາງວາຈາ ຫຼື ທາງຮ່າງກາຍ ຫຼື ການຂົ່ມຊໍຈາກຄູຮັກ (ຕົວຢ່າງ: ແຟນໝຸ່ມ ຫຼື ແຟນສາວ) ຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>

ທ່ານໄດ້ຕອບຈັກຄຳຖາມວ່າ "ແມ່ນ" ໃສ່ພາກທີ 2?

Teen (Self Report) – Identified