

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

- ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแล ที่เคยจำคุกหรือไม่
- ท่านคิดว่าลูกของท่านเคยรู้สึกว่าการสนับสุน ไม่ได้ได้รับความรัก และ/หรือไม่ได้รับการปกป้องหรือไม่
- ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เคยมีปัญหาด้านจิตใจหรือไม่ (ยกตัวอย่างเช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ภาวะมีอารมณ์สองขั้ว PTSD หรือโรควิตกกังวล)
- พ่อแม่/ผู้ดูแลเคยดูหมิ่น เหยียดหยาม หรือดูถูกลูกของท่านหรือไม่
- พ่อแม่โดยสายเลือดของเด็กหรือผู้ดูแลเคย หรือในปัจจุบันนี้มีปัญหาติ่มอัลกอฮอล์ ไข้ยาเสพติดผิดกฎหมาย หรือ ยาตามใบสั่งแพทย์เกินขนาดหรือไม่
- ลูกของท่านเคยขาดการดูแลที่เหมาะสมโดยผู้ดูแล (ตัวอย่างเช่น ไม่ได้รับการปกป้องจากสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือไม่ได้รับการดูแลในเวลาป่วยไข้หรือได้รับบาดเจ็บต่างๆที่สามารถจัดหาให้ได้)หรือไม่
- ลูกของท่านเคยได้เห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแล ถูกกรีดร้องใส่ คำทอ ดูหมิ่น หรือถูกเหยียดหยามโดยผู้ใหญ่คนอื่นหรือไม่ หรือ ลูกของท่านเคยเห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแลถูกตบ เตะ ต่อย ทบตีหรือทำร้ายด้วยอาวุธหรือไม่
- มีผู้ใหญ่คนใดในครัวเรือนที่พลัก จับแรงๆ ตบ หรือโยนของใส่ลูกของท่านบ่อยหรือบ่อยมากหรือไม่ หรือ มีผู้ใหญ่คนใดในครัวเรือนที่เคยตีลูกของท่านแรงๆจนทำให้เกิดรอยหรือบาดเจ็บหรือไม่ หรือ เคยมีผู้ใหญ่คนใดในครัวเรือนข่มขู่ลูกของท่านหรือกระทำการในทางที่ทำให้ลูกของท่านกลัวว่าจะถูกทำร้ายหรือไม่
- ลูกของท่านเคยถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือไม่ ตัวอย่างเช่น มีคนจับลูกของท่านหรือขอให้ลูกของท่านจับบุคคลนั้นโดยไม่เต็มใจ หรือทำให้ลูกของท่านรู้สึกลำบากใจ หรือเคยมีใครพยายามหรือเคยมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ทวารหนัก หรืออวัยวะเพศกับลูกของท่านหรือไม่
- เคยมีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเกี่ยวกับสถานะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลเด็กหรือไม่ ตัวอย่างเช่น พ่อแม่/ผู้ดูแลหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ หรือคนรักย้ายเข้าหรือย้ายออก

รวมคำตอบ "ใช่" ของส่วนแรกนี้:

โปรดไปยังด้านอื่น ๆ สำหรับแบบสอบถามที่เหลือ

Child (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

## ตอนที่ 2

- ลูกของท่านเคยเห็น ใต้ยีน หรือเป็นเหยื่อความรุนแรงในละแวกบ้านของท่าน ชุมชน หรือโรงเรียนหรือไม่ (ตัวอย่างเช่น การกลั่นแกล้งแบบเจาะจง การทำร้าย หรือการกระทำรุนแรงอื่นๆ สงครามหรือการก่อการร้าย)
- ลูกของท่านเคยประสบกับการเลือกปฏิบัติ (ตัวอย่างเช่น ถูกกีดกันหรือถูกทำให้รู้สึกว่าเป็นรองผู้อื่นหรือถูกกีดกันเนื่องจากเชื้อชาติ เชื้อสาย อุดมลักษณ์ทางเพศ รสนิยมทางเพศ ศาสนา ความแตกต่างในการเรียนรู้ หรือความพิการ) หรือไม่
- ลูกของท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย (ตัวอย่างเช่น เป็นคนไร้บ้าน ไม่มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง ย้ายบ้านเกินสองครั้งในช่วงเวลาหกเดือน ถูกบังคับให้ย้ายออกหรือถูกยึดบ้าน หรือต้องอาศัยอยู่กับหลายๆครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวหลายๆคน)หรือไม่
- ท่านเคยกังวลว่าลูกของท่านจะไม่ได้ทานอาหารเพียงพอ หรืออาหารของลูกจะหมดก่อนที่จะสามารถซื้อมาเพิ่มได้หรือไม่
- ลูกของท่านเคยได้ถูกแยกออกจากพ่อแม่หรือผู้ดูแลเนื่องจากการอุปการะชั่วคราวหรือการอพยพหรือไม่
- ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เจ็บป่วยทางร่างกายหรือทุพพลภาพอย่างรุนแรงหรือไม่
- ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือผู้ดูแลที่เสียชีวิตหรือไม่

### รวมคะแนนคำตอบ “ใช่” ของส่วนที่สอง:

Child (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

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

สำหรับผู้ดูแลรอก

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 โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล ภาวะมีอารมณ์สองขั้ว PTSD หรือโรคจิตเภท)	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" เท่าใดในตอนที่ 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

คำถามทางกุมารเวชเพื่อคัดกรองประสบการณ์ที่เป็นอันตรายต่อวัยเด็กและเหตุการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้อง  
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – รายงานผู้ดูแลเด็กวัยรุ่น (Teen Caregiver Report)

สำหรับผู้ดูแลกรอก

วันที่: \_\_\_\_\_

ชื่อเด็ก: \_\_\_\_\_ วันเกิด: \_\_\_\_\_

ชื่อของท่าน: \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์กับเด็ก: \_\_\_\_\_

หลายๆครอบครัวประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ดังเคียด เมื่อเวลาผ่านไป  
เหตุการณ์เหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของลูกของท่านได้  
เราอยากถามคำถามเกี่ยวกับลูกของท่านเพื่อที่เราจะได้ช่วยพวกเขาให้มีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ตั้งแต่ลูกของท่านเกิดมา ลูกของท่านเคยได้เห็นหรือเป็นผู้ประสบเหตุการณ์เหล่านี้หรือไม่ ไม่ว่าจะเวลาใดก็ตาม  
โปรดรวมถึงเหตุการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบัน โปรดทราบ คำถามบางคำถามมีมากกว่าหนึ่งส่วน โดยแต่ละส่วนจะถูกคั่นด้วยคำว่า  
"หรือ" หากท่านตอบส่วนใดส่วนหนึ่งว่า "ใช่" นั่นก็หมายความว่าท่านตอบว่า "ใช่" สำหรับทุกส่วน

ตอนที่ 1

ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแล ที่เคยจำคุกหรือไม่

ท่านคิดว่าลูกของท่านเคยรู้สึกว้าวดการสนับสนุน ไม่ได้ได้รับความรัก และ/หรือไม่ได้รับการปกป้องหรือไม่

ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เคยมีปัญหาด้านจิตใจหรือไม่ (ยกตัวอย่างเช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ภาวะมีอารมณ์สองขั้ว PTSD หรือโรควิตกกังวล)

พ่อแม่/ผู้ดูแลเคยดูหมิ่น เหยียดหยาม หรือดูถูกลูกของท่านหรือไม่

พ่อแม่โดยสายเลือดของเด็กหรือผู้ดูแลเคย หรือในปัจจุบันนี้มีปัญหาติ่มอัลกอฮอล์ ไข้ยาเสพติดผิดกฎหมาย หรือ ยาตามใบสั่งแพทย์เกินขนาดหรือไม่

ลูกของท่านเคยขาดการดูแลที่เหมาะสมโดยผู้ดูแล (ตัวอย่างเช่น ไม่ได้ได้รับการปกป้องจากสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย  
หรือไม่ได้รับการดูแลในเวลาป่วยไข้หรือได้รับบาดเจ็บต่างๆที่สามารถจัดหาให้ได้)หรือไม่

ลูกของท่านเคยได้เห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแล ถูกกรีดร้องใส่ ตำรวจ ดูหมิ่น หรือถูกเหยียดหยามโดยผู้ใหญ่คนอื่นหรือไม่ หรือ  
ลูกของท่านเคยเห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแลถูกตบ เตะ ต่อย ทบตีหรือทำร้ายด้วยอาวุธหรือไม่

มีผู้ใหญ่คนใดในครัวเรือนที่ผลัก จับแรงๆ ตบ หรือโยนของใส่ลูกของท่านบ่อยหรือบ่อยมากหรือไม่ หรือ  
มีผู้ใหญ่คนใดในครัวเรือนที่เคยตีลูกของท่านแรงๆจนทำให้เกิดรอยหรือบาดเจ็บหรือไม่ หรือ  
เคยมีผู้ใหญ่คนใดในครัวเรือนข่มขู่ลูกของท่านหรือกระทำการในทางที่ทำให้ลูกของท่านกลัวว่าจะถูกทำร้ายหรือไม่

ลูกของท่านเคยถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือไม่ ตัวอย่างเช่น มีคนจับลูกของท่านหรือขอให้ลูกของท่านจับบุคคลนั้นโดยไม่เต็มใจ  
หรือทำให้ลูกของท่านรู้สึกลำบากใจ หรือเคยมีใครพยายามหรือเคยมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ทวารหนัก หรืออวัยวะเพศกับลูกของท่านหรือไม่

เคยมีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเกี่ยวกับสถานะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลเด็กหรือไม่ ตัวอย่างเช่น พ่อแม่/ผู้ดูแลหย่าร้างหรือแยกกันอยู่  
หรือคนรักย้ายเข้าหรือย้ายออก

รวมคำตอบ "ใช่" ของส่วนแรกนี้:

โปรดไปยังด้านอื่น ๆ สำหรับแบบสอบถามที่เหลือ

Teen (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

## ตอนที่ 2

ลูกของท่านเคยเห็น ไตยีน หรือเป็นเหยื่อความรุนแรงในละแวกบ้านของท่าน ชุมชน หรือโรงเรียนหรือไม่ (ตัวอย่างเช่น การกลั่นแกล้งแบบเจาะจง การทำร้าย หรือการกระทำรุนแรงอื่นๆ สงครามหรือการก่อการร้าย)

ลูกของท่านเคยประสบกับการเลือกปฏิบัติ (ตัวอย่างเช่น ถูกกีดกันหรือถูกทำให้รู้สึกว่าเป็นรองผู้อื่นหรือถูกกีดกันเนื่องมาจากเชื้อชาติ เชื้อสาย วัฒนธรรมทางเพศ รสนิยมทางเพศ ศาสนา ความแตกต่างในการเรียนรู้ หรือความพิการ) หรือไม่

ลูกของท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย (ตัวอย่างเช่น เป็นคนไร้บ้าน ไม่มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง ย้ายบ้านเกินสองครั้งในช่วงเวลาหกเดือน ถูกบังคับให้ย้ายออกหรือถูกยึดบ้าน หรือต้องอาศัยอยู่กับหลายๆครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวหลายๆคน)หรือไม่

ท่านเคยกังวลว่าลูกของท่านจะไม่ได้ทานอาหารเพียงพอ หรืออาหารของลูกจะหมดก่อนที่จะสามารถซื้อเพิ่มได้หรือไม่

ลูกของท่านเคยได้ถูกแยกออกจากพ่อแม่หรือผู้ดูแลเนื่องจากการอุปการะชั่วคราวหรือการอพยพหรือไม่

ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เจ็บป่วยทางร่างกายหรือสุขภาพอย่างรุนแรงหรือไม่

ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือผู้ดูแลที่เสียชีวิตหรือไม่

ลูกของท่านเคยถูกกักขัง จับกุม หรือ จำคุกหรือไม่

ลูกของท่านเคยถูกทำร้ายทางวาจาหรือทางร่างกายหรือข่มขู่จากคนรัก (ตัวอย่างเช่น แฟนหนุ่มหรือแฟนสาว)หรือไม่

**รวมคะแนนคำตอบ "ใช่" ของส่วนที่สอง:**

Teen (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

**คำถามทางกุมารเวชเพื่อคัดกรองประสบการณ์ที่เป็นอันตรายต่อวัยเด็กและเหตุการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้อง  
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – รายงานผู้ดูแลเด็กวัยรุ่น (Teen Caregiver Report)**

**สำหรับผู้ดูแลกรอก**

วันที่: \_\_\_\_\_

ชื่อเด็ก: \_\_\_\_\_ วันเกิด: \_\_\_\_\_

ชื่อของท่าน: \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์กับเด็ก: \_\_\_\_\_

**หลายๆครอบครัวประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ดังต่อไปนี้ เมื่อเวลาผ่านไป**

**เหตุการณ์เหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของลูกของท่านได้**

**เราอยากถามคำถามเกี่ยวกับลูกของท่านเพื่อที่เราจะได้ช่วยพวกเขาให้มีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้**

**ตั้งแต่ลูกของท่านเกิดมา ลูกของท่านเคยได้เห็นหรือเป็นผู้ประสบเหตุการณ์เหล่านี้หรือไม่ ไม่ว่าจะเวลาใดก็ตาม**

**โปรดรวมถึงเหตุการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบัน โปรดทราบ คำถามบางคำถามมีมากกว่าหนึ่งส่วน โดยแต่ละส่วนจะถูกค้นด้วยคำว่า "หรือ" หากท่านตอบส่วนใดส่วนหนึ่งว่า "ใช่" นั่นก็หมายความว่าท่านตอบว่า "ใช่" สำหรับทุกส่วน**

ตอนที่ 1	กรณณา "ใช่" ในข้อที่ถูก
ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแล ที่เคยจำคุกหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านคิดว่าลูกของท่านเคยรู้สึกว้าวน่ากลัว การสนับสนุน ไม่ได้ได้รับความรัก และ/หรือไม่ได้รับการปกป้องหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เคยมีปัญหาด้านจิตใจหรือไม่ (ยกตัวอย่างเช่น โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล ภาวะมีอารมณ์สองขั้ว PTSD หรือโรคจิตเภท)	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
พ่อแม่/ผู้ดูแลเคยดูหมิ่น เหยียดหยาม หรือดูถูกลูกของท่านหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
พ่อแม่โดยสายเลือดของเด็กหรือผู้ดูแลเคย หรือในปัจจุบันนี้มีปัญหาดื่มแอลกอฮอล์ ใช้ยาเสพติดผิดกฎหมาย หรือ ยาตามใบสั่งแพทย์เกินขนาดหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ลูกของท่านเคยขาดการดูแลที่เหมาะสมโดยผู้ดูแล (ตัวอย่างเช่น ไม่ได้รับการปกป้องจากสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือไม่ได้รับการดูแลในเวลาป่วยไข้หรือได้รับบาดเจ็บต่างๆที่สามารถจัดหาให้ได้)หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ลูกของท่านเคยได้เห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแล ถูกกรีดร้องใส่ คำทอ ดูหมิ่น หรือถูกเหยียดหยามโดยผู้ใหญ่คนอื่นหรือไม่ หรือ ลูกของท่านเคยเห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแลถูกตบ เตะ ต่อย ทบตีหรือทำร้ายด้วยอาวุธหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
มีผู้ใหญ่คนใดในครัวเรือนที่ผลัก 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" เท่าใดในตอนที่ 1**

โปรดไปยังด้านอื่น ๆ สำหรับแบบสอบถามที่เหลือ

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified

ตอนที่ 2

กรณานา "ใช่" ในข้อที่ถูก

ลูกของท่านเคยเห็น ใต้ยีน หรือเป็นเหยื่อความรุนแรงในละแวกบ้านของท่าน ชุมชน หรือโรงเรียนหรือไม่ (ตัวอย่างเช่น การกลั่นแกล้งแบบเจาะจง การทำร้าย หรือการกระทำรุนแรงอื่นๆ สงครามหรือการก่อการร้าย)	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ลูกของท่านเคยประสบกับการเลือกปฏิบัติ (ตัวอย่างเช่น ถูกกีดกันหรือถูกทำให้รู้สึกว่าเป็นรองผู้อื่นหรือถูกกีดกันเนื่องจากเชื้อชาติ เชื้อสาย อุดมคติทางเพศ รสนิยมทางเพศ ศาสนา ความแตกต่างในการเรียนรู้ หรือความพิการ) หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ลูกของท่านเคยมีปัญหากับที่อยู่อาศัย (ตัวอย่างเช่น เป็นคนไร้บ้าน ไม่มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง ย้ายบ้านเกินสองครั้งในช่วงเวลาหกเดือน ถูกบังคับให้ย้ายออกหรือถูกยึดบ้าน หรือต้องอาศัยอยู่กับหลายๆครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวหลายๆคน)หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยกังวลว่าลูกของท่านจะไม่ได้ทานอาหารเพียงพอ หรืออาหารของลูกจะหมดก่อนที่จะสามารถซื้อเพิ่มเติมได้หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ลูกของท่านเคยได้ถูกแยกออกจากพ่อแม่หรือผู้ดูแลเนื่องจากการอุปการะชั่วคราวหรือการอพยพหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เจ็บป่วยทางร่างกายหรือทุพพลภาพอย่างรุนแรงหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือผู้ดูแลที่เสียชีวิตหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ลูกของท่านเคยถูกกักขัง จับกุม หรือ จำคุกหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ลูกของท่านเคยถูกทำร้ายทางวาจาหรือทางร่างกายหรือข่มขู่จากคนรัก (ตัวอย่างเช่น แฟนหนุ่มหรือแฟนสาว)หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>

มีคำตอบที่ "ใช่" เท่าใดในตอนที่ 2

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified



คำถามทางกุมารเวชเพื่อคัดกรองประสบการณ์ที่เป็นอันตรายต่อวัยเด็กและเหตุการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้อง  
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events วัยรุ่น (รายงานด้วยตัวเอง) (Teen (Self Report))

สำหรับคนไข้กรอก

วันที่: \_\_\_\_\_ วันเกิด: \_\_\_\_\_

ชื่อของท่าน: \_\_\_\_\_

หลายครอบครัวประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ตึงเครียด เมื่อเวลาผ่านไป  
เหตุการณ์เหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของท่านได้  
เราอยากถามคำถามท่านเพื่อที่เราจะได้ช่วยให้ท่านมีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้  
ตั้งแต่ท่านเกิดมา ท่านเคยได้เห็นหรือเป็นผู้ประสบเหตุการณ์เหล่านี้หรือไม่ ไม่ว่าจะเวลาใดก็ตาม  
โปรดรวมถึงเหตุการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบัน โปรดทราบ คำถามบางคำถามมีมากกว่าหนึ่งส่วน โดยแต่ละส่วนจะถูกค้นด้วยคำว่า "หรือ"  
หากท่านตอบส่วนใดส่วนหนึ่งว่า "ใช่" นั่นก็หมายความว่าท่านตอบว่า "ใช่" สำหรับทุกส่วน

ตอนที่ 1

ท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เคยติดคุกหรือไม่

ท่านเคยรู้สึกว่าจะไม่ได้รับการสนับสนุน ไม่ได้รับความรัก และ/หรือ ไม่ได้รับการปกป้องหรือไม่

ท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เคยมีปัญหาด้านจิตใจหรือไม่ (ยกตัวอย่างเช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ภาวะมีอารมณ์สองขั้ว PTSD หรือโรควิตกกังวล)

เคยมีพ่อแม่/ผู้ดูแลดูหมิ่น เหยียดหยาม หรือดูถูกท่านหรือไม่

พ่อแม่โดยสายเลือดหรือผู้ดูแลของท่านเคย หรือในปัจจุบันนี้มีปัญหาติ่มอัลกอฮอล์ ไข้ยาเสพติดผิดกฎหมาย หรือ ยาตามใบสั่งแพทย์เกินขนาดหรือไม่

ท่านเคยขาดการดูแลที่เหมาะสมโดยผู้ดูแล (ตัวอย่างเช่น ไม่ได้รับการปกป้องจากสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย  
หรือไม่ได้รับการดูแลในเวลาป่วยไข้หรือได้รับบาดเจ็บต่างๆที่สามารถจัดหาให้ได้)หรือไม่

ท่านเคยได้เห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแล ถูกกรีดร้องใส่ ด่าทอ ดูหมิ่น หรือถูกเหยียดหยามโดยผู้ใหญ่คนอื่นหรือไม่ หรือ  
ท่านเคยเห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแลถูกตบ ตี ต่อย ทบตีหรือทำร้ายด้วยอาวุธหรือไม่

เคยมีผู้ใหญ่ในครัวเรือนผลึก จับแรงๆ ตบ หรือโยนของใส่ท่านบ่อยหรือบ่อยมากหรือไม่ หรือ  
เคยมีผู้ใหญ่ในครัวเรือนที่เคยตีท่านแรงๆจนเกิดรอยหรือบาดเจ็บหรือไม่ หรือ  
เคยมีผู้ใหญ่ในครัวเรือนข่มขู่ท่านหรือกระทำการในทางที่ทำให้ท่านกลัวว่าจะถูกทำร้ายหรือไม่

ท่านเคยถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือไม่ ตัวอย่างเช่น เคยมีคนจับท่านหรือขอให้ท่านจับบุคคลนั้นโดยไม่เต็มใจ หรือทำให้ท่านรู้สึกลำบากใจ  
หรือเคยมีใครพยายามหรือเคยมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ทวารหนัก หรืออวัยวะเพศกับท่านหรือไม่

เคยมีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเกี่ยวกับสถานะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลของท่านหรือไม่ ตัวอย่างเช่น พ่อแม่/ผู้ดูแลหย่าร้างหรือแยกกันอยู่  
หรือคนรักย้ายเข้าหรือย้ายออก

รวมคำตอบ "ใช่" ของส่วนแรกนี้:

โปรดไปยังด้านอื่น ๆ สำหรับแบบสอบถามที่เหลือ

Teen (Self Report) – Deidentified

## ตอนที่ 2

ท่านเคยเห็น ใต้ดิน หรือเป็นเหยื่อความรุนแรงในละแวกบ้านของท่าน ชุมชน หรือโรงเรียนหรือไม่ (ตัวอย่างเช่น การกลั่นแกล้งแบบเจาะจง การทำร้าย หรือการกระทำรุนแรงอื่นๆ สงครามหรือการก่อการร้าย)

ท่านเคยประสบกับการเลือกปฏิบัติ (ตัวอย่างเช่น ถูกกีดกันหรือถูกทำให้รู้สึกว่าเป็นรองผู้อื่นหรือถูกกีดกันเนื่องมาจากเชื้อชาติ เชื้อสาย ทัศนคติทางเพศ รสนิยมทางเพศ ศาสนา ความแตกต่างในการเรียนรู้ หรือความพิการ) หรือไม่

ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย (ตัวอย่างเช่น เป็นคนไร้บ้าน ไม่มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง ย้ายบ้านเกินสองครั้งในช่วงเวลาหกเดือน ถูกบังคับให้ย้ายออกหรือถูกยึดบ้าน หรือต้องอาศัยอยู่กับหลายๆครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวหลายๆคน)หรือไม่

ท่านเคยกังวลหรือไม่ว่าท่านจะไม่ได้ทานอาหารเพียงพอ หรืออาหารจะหมดก่อนที่พ่อแม่/ผู้ดูแลจะสามารถซื้อเพิ่มเติมได้

ท่านเคยได้ถูกแยกออกจากพ่อแม่หรือผู้ดูแลเนื่องจากการอุปการะชั่วคราวหรือการอพยพหรือไม่

ท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เจ็บป่วยทางร่างกายหรือสุขภาพอย่างรุนแรงหรือไม่

ท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือผู้ดูแลที่เสียชีวิตหรือไม่

ท่านเคยถูกกักขัง จับกุม หรือ จำคุกหรือไม่

ท่านเคยถูกทำร้ายทางวาจาหรือทางร่างกายหรือข่มขู่จากคนรัก (ตัวอย่างเช่น แฟนหนุ่มหรือแฟนสาว)หรือไม่

**รวมคะแนนคำตอบ “ใช่” ของส่วนที่สอง:**

Teen (Self Report) – Deidentified

คำถามทางกุมารเวชเพื่อคัดกรองประสบการณ์ที่เป็นอันตรายต่อวัยเด็กและเหตุการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้อง  
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events วัยรุ่น (รายงานด้วยตัวเอง) (Teen (Self Report))

สำหรับคนไข้กรอก

วันที่: \_\_\_\_\_ วันเกิด: \_\_\_\_\_

ชื่อของท่าน: \_\_\_\_\_

หลายครอบครัวประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ตึงเครียด เมื่อเวลาผ่านไป  
เหตุการณ์เหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของท่านได้  
เราอยากถามคำถามท่านเพื่อที่เราจะได้ช่วยให้อ่านมีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้  
ตั้งแต่ท่านเกิดมา ท่านเคยได้เห็นหรือเป็นผู้ประสบเหตุการณ์เหล่านี้หรือไม่ ไม่ว่าจะเวลาใดก็ตาม  
โปรดรวมถึงเหตุการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบัน โปรดทราบ คำถามบางคำถามมีมากกว่าหนึ่งส่วน โดยแต่ละส่วนจะถูกคั่นด้วยคำว่า "หรือ"  
หากท่านตอบส่วนใดส่วนหนึ่งว่า "ใช่" นั่นก็หมายความว่าท่านตอบว่า "ใช่" สำหรับทุกส่วน

ตอนที่ 1

กรุณา "ใช่" ในข้อที่ถูก

ท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เคยติดคุกหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยรู้สึกว่าจะไม่ได้รับการสนับสนุน ไม่ได้ความรัก และ/หรือ ไม่ได้การปกป้องหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เคยมีปัญหาด้านจิตใจหรือไม่ (ยกตัวอย่างเช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล PTSD หรือโรคจิตเภท)	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
เคยมีพ่อแม่/ผู้ดูแลดุดมึน เหยียดหยาม หรือดูถูกท่านหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
พ่อแม่โดยสายเลือดหรือผู้ดูแลของท่านเคย หรือในปัจจุบันนี้มีปัญหาติ่มแอลกอฮอล์ ใช้ยาเสพติดผิดกฎหมาย หรือ ยาตามใบสั่งแพทย์เกินขนาดหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยขาดการดูแลที่เหมาะสมโดยผู้ดูแล (ตัวอย่างเช่น ไม่ได้การปกป้องจากสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือไม่ได้การดูแลในเวลาป่วยไข้หรือได้รับบาดเจ็บต่างๆที่สามารถจัดหาให้)หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยได้เห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแล ถูกกรีดร้องใส่ ด่าทอ ดุดมึน หรือถูกเหยียดหยามโดยผู้ใหญ่คนอื่นหรือไม่ หรือ ท่านเคยเห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแลถูกดบ เตะ ดอย ทบตีหรือทำร้ายด้วยอาวุธหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
เคยมีผู้ใหญ่ในครัวเรือนผลัก จับแรงๆ ดบ หรือโยนของใส่ท่านบ่อยหรือบ่อยมากหรือไม่ หรือ เคยมีผู้ใหญ่ในครัวเรือนที่เคยตีท่านแรงๆจนเกิดรอยหรือบาดเจ็บหรือไม่ หรือ เคยมีผู้ใหญ่ในครัวเรือนข่มขู่ท่านหรือกระทำการในทางที่ทำให้ท่านกลัวว่าจะถูกทำร้ายหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือไม่ ตัวอย่างเช่น เคยมีคนจับท่านหรือขอให้ท่านจับบุคคลนั้นโดยไม่เต็มใจ หรือทำให้ท่านรู้สึกลำบากใจ หรือเคยมีใครพยายามหรือเคยมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ทวารหนัก หรืออวัยวะเพศกับท่านหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
เคยมีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเกี่ยวกับสถานะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลของท่านหรือไม่ ตัวอย่างเช่น พ่อแม่/ผู้ดูแลหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ หรือคนรักย้ายเข้าหรือย้ายออก	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>

มีคำตอบที่ "ใช่" เท่าใดในตอนที่ 1

โปรดไปยังด้านอื่น ๆ สำหรับแบบสอบถามที่เหลือ

Teen (Self Report) – Identified

ตอนที่ 2

กรณาคา "ใช่" ในข้อที่ถูก

ท่านเคยเห็น ใต้ดิน หรือเป็นเหยื่อความรุนแรงในละแวกบ้านของท่าน ชุมชน หรือโรงเรียนหรือไม่ (ตัวอย่างเช่น การกลั่นแกล้งแบบเจาะจง การทำร้าย หรือการกระทำรุนแรงอื่นๆ สงครามหรือการก่อการร้าย)	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยประสบกับการเลือกปฏิบัติ (ตัวอย่างเช่น ถูกกีดกันหรือถูกทำให้รู้สึกว่าเป็นรองผู้อื่นหรือถูกกีดกันเนื่องมาจากเชื้อชาติ เชื้อสาย ทัศนคติทางเพศ รสนิยมทางเพศ ศาสนา ความแตกต่างในการเรียนรู้ หรือความพิการ) หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยมีปัญหากับที่อยู่อาศัย (ตัวอย่างเช่น เป็นคนไร้บ้าน ไม่มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง ย้ายบ้านเกินสองครั้งในช่วงเวลาหกเดือน ถูกบังคับให้ย้ายออกหรือถูกยึดบ้าน หรือต้องอาศัยอยู่กับหลายๆครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวหลายๆคน)หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยกังวลหรือไม่ว่าท่านจะไม่ได้ทานอาหารเพียงพอ หรืออาหารจะหมดก่อนที่พ่อแม่/ผู้ดูแลจะสามารถซื้อเพิ่มได้	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยได้ถูกแยกออกจากพ่อแม่หรือผู้ดูแลเนื่องจากการอุปการะชั่วคราวหรือการอพยพหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เจ็บป่วยทางร่างกายหรือสุขภาพอย่างรุนแรงหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือผู้ดูแลที่เสียชีวิตหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยถูกกักขัง จับกุม หรือ จำคุกหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยถูกทำร้ายทางวาจาหรือทางร่างกายหรือข่มขู่จากคนรัก (ตัวอย่างเช่น แฟนหนุ่มหรือแฟนสาว)หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>

มีคำตอบที่ "ใช่" เท่าใดในตอนที่ 2

Teen (Self Report) – Identified

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

- ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแล ที่เคยจำคุกหรือไม่
- ท่านคิดว่าลูกของท่านเคยรู้สึกว่าการสนับสุน ไม่ได้ได้รับความรัก และ/หรือไม่ได้รับการปกป้องหรือไม่
- ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เคยมีปัญหาด้านจิตใจหรือไม่ (ยกตัวอย่างเช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ภาวะมีอารมณ์สองขั้ว PTSD หรือโรควิตกกังวล)
- พ่อแม่/ผู้ดูแลเคยดูหมิ่น เหยียดหยาม หรือดูถูกลูกของท่านหรือไม่
- พ่อแม่โดยสายเลือดของเด็กหรือผู้ดูแลเคย หรือในปัจจุบันนี้มีปัญหาติ่มอัลกอฮอล์ ไข้ยาเสพติดผิดกฎหมาย หรือ ยาตามใบสั่งแพทย์เกินขนาดหรือไม่
- ลูกของท่านเคยขาดการดูแลที่เหมาะสมโดยผู้ดูแล (ตัวอย่างเช่น ไม่ได้รับการปกป้องจากสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือไม่ได้รับการดูแลในเวลาป่วยไข้หรือได้รับบาดเจ็บต่างๆที่สามารถจัดหาให้ได้)หรือไม่
- ลูกของท่านเคยได้เห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแล ถูกกรีดร้องใส่ คำทอ ดูหมิ่น หรือถูกเหยียดหยามโดยผู้ใหญ่คนอื่นหรือไม่ หรือ ลูกของท่านเคยเห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแลถูกตบ เตะ ต่อย ทบตีหรือทำร้ายด้วยอาวุธหรือไม่
- มีผู้ใหญ่คนใดในครัวเรือนที่พลัก จับแรงๆ ตบ หรือโยนของใส่ลูกของท่านบ่อยหรือบ่อยมากหรือไม่ หรือ มีผู้ใหญ่คนใดในครัวเรือนที่เคยตีลูกของท่านแรงๆจนทำให้เกิดรอยหรือบาดเจ็บหรือไม่ หรือ เคยมีผู้ใหญ่คนใดในครัวเรือนข่มขู่ลูกของท่านหรือกระทำการในทางที่ทำให้ลูกของท่านกลัวว่าจะถูกทำร้ายหรือไม่
- ลูกของท่านเคยถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือไม่ ตัวอย่างเช่น มีคนจับลูกของท่านหรือขอให้ลูกของท่านจับบุคคลนั้นโดยไม่เต็มใจ หรือทำให้ลูกของท่านรู้สึกลำบากใจ หรือเคยมีใครพยายามหรือเคยมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ทวารหนัก หรืออวัยวะเพศกับลูกของท่านหรือไม่
- เคยมีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเกี่ยวกับสถานะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลเด็กหรือไม่ ตัวอย่างเช่น พ่อแม่/ผู้ดูแลหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ หรือคนรักย้ายเข้าหรือย้ายออก

รวมคำตอบ "ใช่" ของส่วนแรกนี้:

โปรดไปยังด้านอื่น ๆ สำหรับแบบสอบถามที่เหลือ

Child (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

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

รวมคะแนนคำตอบ "ใช่" ของส่วนที่สอง:

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified

คำถามทางกุมารเวชเพื่อคัดกรองประสบการณ์ที่เป็นอันตรายต่อวัยเด็กและเหตุการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้อง  
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – รายงานผู้ดูแลเด็กวัยรุ่น (Teen Caregiver Report)

สำหรับผู้ดูแลกรอก

วันที่: \_\_\_\_\_

ชื่อเด็ก: \_\_\_\_\_ วันเกิด: \_\_\_\_\_

ชื่อของท่าน: \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์กับเด็ก: \_\_\_\_\_

หลายๆครอบครัวประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ดังเคียด เมื่อเวลาผ่านไป  
เหตุการณ์เหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของลูกของท่านได้  
เราอยากถามคำถามเกี่ยวกับลูกของท่านเพื่อที่เราจะได้ช่วยพวกเขาให้มีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ตั้งแต่ลูกของท่านเกิดมา ลูกของท่านเคยได้เห็นหรือเป็นผู้ประสบเหตุการณ์เหล่านี้หรือไม่ ไม่ว่าจะเวลาใดก็ตาม  
โปรดรวมถึงเหตุการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบัน โปรดทราบ คำถามบางคำถามมีมากกว่าหนึ่งส่วน โดยแต่ละส่วนจะถูกคั่นด้วยคำว่า  
"หรือ" หากท่านตอบส่วนใดส่วนหนึ่งว่า "ใช่" นั่นก็หมายความว่าท่านตอบว่า "ใช่" สำหรับทุกส่วน

ตอนที่ 1

ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแล ที่เคยจำคุกหรือไม่

ท่านคิดว่าลูกของท่านเคยรู้สึกว้าวดการสนับสนุน ไม่ได้ได้รับความรัก และ/หรือไม่ได้รับการปกป้องหรือไม่

ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เคยมีปัญหาด้านจิตใจหรือไม่ (ยกตัวอย่างเช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ภาวะมีอารมณ์สองขั้ว PTSD หรือโรควิตกกังวล)

พ่อแม่/ผู้ดูแลเคยดูหมิ่น เหยียดหยาม หรือดูถูกลูกของท่านหรือไม่

พ่อแม่โดยสายเลือดของเด็กหรือผู้ดูแลเคย หรือในปัจจุบันนี้มีปัญหาติ่มอัลกอฮอล์ ไข้ยาเสพติดผิดกฎหมาย หรือ ยาตามใบสั่งแพทย์เกินขนาดหรือไม่

ลูกของท่านเคยขาดการดูแลที่เหมาะสมโดยผู้ดูแล (ตัวอย่างเช่น ไม่ได้รับการปกป้องจากสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือไม่ได้รับการดูแลในเวลาป่วยไข้หรือได้รับบาดเจ็บต่างๆที่สามารถจัดหาให้ได้)หรือไม่

ลูกของท่านเคยได้เห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแล ถูกกรีดร้องใส่ ตำรวจ ดูหมิ่น หรือถูกเหยียดหยามโดยผู้ใหญ่คนอื่นหรือไม่ หรือ  
ลูกของท่านเคยเห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแลถูกตบ เตะ ต่อย ทบตีหรือทำร้ายด้วยอาวุธหรือไม่

มีผู้ใหญ่คนใดในครัวเรือนที่ผลัก จับแรงๆ ตบ หรือโยนของใส่ลูกของท่านบ่อยหรือบ่อยมากหรือไม่ หรือ  
มีผู้ใหญ่คนใดในครัวเรือนที่เคยตีลูกของท่านแรงๆจนทำให้เกิดรอยหรือบาดเจ็บหรือไม่ หรือ  
เคยมีผู้ใหญ่คนใดในครัวเรือนข่มขู่ลูกของท่านหรือกระทำการในทางที่ทำให้ลูกของท่านกลัวว่าจะถูกทำร้ายหรือไม่

ลูกของท่านเคยถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือไม่ ตัวอย่างเช่น มีคนจับลูกของท่านหรือขอให้ลูกของท่านจับบุคคลนั้นโดยไม่เต็มใจ  
หรือทำให้ลูกของท่านรู้สึกลำบากใจ หรือเคยมีใครพยายามหรือเคยมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ทวารหนัก หรืออวัยวะเพศกับลูกของท่านหรือไม่

เคยมีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเกี่ยวกับสถานะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลเด็กหรือไม่ ตัวอย่างเช่น พ่อแม่/ผู้ดูแลหย่าร้างหรือแยกกันอยู่  
หรือคนรักย้ายเข้าหรือย้ายออก

มีคำตอบที่ "ใช่" เท่าใดในตอนที่ 1

โปรดไปยังด้านอื่น ๆ สำหรับแบบสอบถามที่เหลือ

Teen (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

ตอนที่ 2

กรณานา "ใช่" ในข้อที่ถูก

ลูกของท่านเคยเห็น ใต้ยีน หรือเป็นเหยื่อความรุนแรงในละแวกบ้านของท่าน ชุมชน หรือโรงเรียนหรือไม่ (ตัวอย่างเช่น การกลั่นแกล้งแบบเจาะจง การทำร้าย หรือการกระทำรุนแรงอื่นๆ สงครามหรือการก่อการร้าย)	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ลูกของท่านเคยประสบกับการเลือกปฏิบัติ (ตัวอย่างเช่น ถูกกีดกันหรือถูกทำให้รู้สึกว่าเป็นรองผู้อื่นหรือถูกกีดกันเนื่องจากเชื้อชาติ เชื้อสาย อุดมคติทางเพศ รสนิยมทางเพศ ศาสนา ความแตกต่างในการเรียนรู้ หรือความพิการ) หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ลูกของท่านเคยมีปัญหากับที่อยู่อาศัย (ตัวอย่างเช่น เป็นคนไร้บ้าน ไม่มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง ย้ายบ้านเกินสองครั้งในช่วงเวลาหกเดือน ถูกบังคับให้ย้ายออกหรือถูกยึดบ้าน หรือต้องอาศัยอยู่กับหลายๆครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวหลายๆคน)หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยกังวลว่าลูกของท่านจะไม่ได้ทานอาหารเพียงพอ หรืออาหารของลูกจะหมดก่อนที่จะสามารถซื้อเพิ่มเติมได้หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ลูกของท่านเคยได้ถูกแยกออกจากพ่อแม่หรือผู้ดูแลเนื่องจากการอุปการะชั่วคราวหรือการอพยพหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เจ็บป่วยทางร่างกายหรือสุขภาพอย่างรุนแรงหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือผู้ดูแลที่เสียชีวิตหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ลูกของท่านเคยถูกกักขัง จับกุม หรือ จำคุกหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ลูกของท่านเคยถูกทำร้ายทางวาจาหรือทางร่างกายหรือข่มขู่จากคนรัก (ตัวอย่างเช่น แฟนหนุ่มหรือแฟนสาว)หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>

มีคำตอบที่ "ใช่" เท่าใดในตอนที่ 2

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified



คำถามทางกุมารเวชเพื่อคัดกรองประสบการณ์ที่เป็นอันตรายต่อวัยเด็กและเหตุการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้อง  
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events วัยรุ่น (รายงานด้วยตัวเอง) (Teen (Self Report))

สำหรับคนไข้กรอก

วันที่: \_\_\_\_\_ วันเกิด: \_\_\_\_\_

ชื่อของท่าน: \_\_\_\_\_

หลายครอบครัวประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ตึงเครียด เมื่อเวลาผ่านไป  
เหตุการณ์เหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของท่านได้  
เราอยากถามคำถามท่านเพื่อที่เราจะได้ช่วยให้ท่านมีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้  
ตั้งแต่ท่านเกิดมา ท่านเคยได้เห็นหรือเป็นผู้ประสบเหตุการณ์เหล่านี้หรือไม่ ไม่ว่าจะเวลาใดก็ตาม  
โปรดรวมถึงเหตุการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบัน โปรดทราบ คำถามบางคำถามมีมากกว่าหนึ่งส่วน โดยแต่ละส่วนจะถูกค้นด้วยคำว่า "หรือ"  
หากท่านตอบส่วนใดส่วนหนึ่งว่า "ใช่" นั่นก็หมายความว่าท่านตอบว่า "ใช่" สำหรับทุกส่วน

ตอนที่ 1

ท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เคยติดคุกหรือไม่

ท่านเคยรู้สึกว่าจะไม่ได้รับการสนับสนุน ไม่ได้รับความรัก และ/หรือ ไม่ได้รับการปกป้องหรือไม่

ท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เคยมีปัญหาด้านจิตใจหรือไม่ (ยกตัวอย่างเช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ภาวะมีอารมณ์สองขั้ว PTSD หรือโรควิตกกังวล)

เคยมีพ่อแม่/ผู้ดูแลดูหมิ่น เหยียดหยาม หรือดูถูกท่านหรือไม่

พ่อแม่โดยสายเลือดหรือผู้ดูแลของท่านเคย หรือในปัจจุบันนี้มีปัญหาดื่มแอลกอฮอล์ ใช้ยาเสพติดผิดกฎหมาย หรือ ยาตามใบสั่งแพทย์เกินขนาดหรือไม่

ท่านเคยขาดการดูแลที่เหมาะสมโดยผู้ดูแล (ตัวอย่างเช่น ไม่ได้รับการปกป้องจากสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย  
หรือไม่ได้รับการดูแลในเวลาป่วยไข้หรือได้รับบาดเจ็บต่างๆที่สามารถจัดหาให้ได้)หรือไม่

ท่านเคยได้เห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแล ถูกกรีดร้องใส่ ด่าทอ ดูหมิ่น หรือถูกเหยียดหยามโดยผู้ใหญ่คนอื่นหรือไม่ หรือ  
ท่านเคยเห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแลถูกตบ เตะ ต่อย ทุบตีหรือทำร้ายด้วยอาวุธหรือไม่

เคยมีผู้ใหญ่ในครัวเรือนผลัก จับแรงๆ ดบ หรือโยนของใส่ท่านบ่อยหรือบ่อยมากหรือไม่ หรือ  
เคยมีผู้ใหญ่ในครัวเรือนที่เคยตีท่านแรงๆจนเกิดรอยหรือบาดเจ็บหรือไม่ หรือ  
เคยมีผู้ใหญ่ในครัวเรือนข่มขู่ท่านหรือกระทำการในทางที่ทำให้ท่านกลัวว่าจะถูกทำร้ายหรือไม่

ท่านเคยถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือไม่ ตัวอย่างเช่น เคยมีคนจับท่านหรือขอให้ท่านจับบุคคลนั้นโดยไม่เต็มใจ หรือทำให้ท่านรู้สึกลำบากใจ  
หรือเคยมีใครพยายามหรือเคยมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ทวารหนัก หรืออวัยวะเพศกับท่านหรือไม่

เคยมีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเกี่ยวกับสถานะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลของท่านหรือไม่ ตัวอย่างเช่น พ่อแม่/ผู้ดูแลหย่าร้างหรือแยกกันอยู่  
หรือคนรักย้ายเข้าหรือย้ายออก

มีคำตอบที่ "ใช่" เท่าใดในตอนที่ 1

โปรดไปยังด้านอื่น ๆ สำหรับแบบสอบถามที่เหลือ

Teen (Self Report) – Deidentified

ตอนที่ 2

กรณานา "ใช่" ในข้อที่ถูก

ท่านเคยเห็น ใต้ยีน หรือเป็นเหยื่อความรุนแรงในละแวกบ้านของท่าน ชุมชน หรือโรงเรียนหรือไม่ (ตัวอย่างเช่น การกลั่นแกล้งแบบเจาะจง การทำร้าย หรือการกระทำรุนแรงอื่นๆ สงครามหรือการก่อการร้าย)	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยประสบกับการเลือกปฏิบัติ (ตัวอย่างเช่น ถูกกีดกันหรือถูกทำให้รู้สึกว่าเป็นรองผู้อื่นหรือถูกกีดกันเนื่องจากเชื้อชาติ เชื้อสาย อัตลักษณ์ทางเพศ รสนิยมทางเพศ ศาสนา ความแตกต่างในการเรียนรู้ หรือความพิการ) หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย (ตัวอย่างเช่น เป็นคนไร้บ้าน ไม่มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง ย้ายบ้านเกินสองครั้งในช่วงเวลาหกเดือน ถูกบังคับให้ย้ายออกหรือถูกยึดบ้าน หรือต้องอาศัยอยู่กับหลายๆครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวหลายๆคน)หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยกังวลหรือไม่ว่าท่านจะไม่ได้ทานอาหารเพียงพอ หรืออาหารจะหมดก่อนที่พ่อแม่/ผู้ดูแลจะสามารถซื้อเพิ่มเติมได้	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยได้ถูกแยกออกจากพ่อแม่หรือผู้ดูแลเนื่องจากการอุปการะชั่วคราวหรือการอพยพหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เจ็บป่วยทางร่างกายหรือทุพพลภาพอย่างรุนแรงหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือผู้ดูแลที่เสียชีวิตหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยถูกกักขัง จับกุม หรือ จำคุกหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยถูกทำร้ายทางวาจาหรือทางร่างกายหรือชมชู้จากคนรัก (ตัวอย่างเช่น แฟนหนุ่มหรือแฟนสาว)หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>

มีคำตอบที่ "ใช่" เท่าใดในตอนที่ 2

Teen (Self Report) – Identified