

**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, ໂຮກໄບໂພລາສ, PTSD, ຫຼື ໂຮກວິຕິກກັງວົນ)	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງເຄີຍໝົນປະໝາດ, ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍ ຫຼື ດູຖຸກລູກຂອງທ່ານຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ພໍ່ແມ່ຄິງຂອງເດັກ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງເຄີຍມີ ຫຼື ໃນປະຈຸບັນມີບັນຫາກ່ຽວກັບການຕື່ມເຫຼົ້າ, 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, ປ້ອຍດ່າ, 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, ຮູທະວານ, ຫຼື ຊ່ອງຄອດກັບລູກຂອງທ່ານຢ່າງແທ້ຈິງແລ້ວຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ເຄີຍມີການປ່ຽນແປງທີ່ສໍາຄັນໃນສະຖານະຄວາມສໍາພັນຂອງຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງເດັກນັ້ນຫຼືບໍ່? 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 ການຂົ່ມຂູ່ຈາກຄູ່ຮັກ (ຕົວຢ່າງ: ແຟນໝຸ່ມ ຫຼື ແຟນສາວ) ຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>

ທ່ານໄດ້ຕອບຈັກຄໍາຖາມວ່າ "ແມ່ນ" ໃສ່ພາກທີ 2?

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified