

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	กรุณาทำ "ใช่" ในข้อที่ถูก
ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแล ที่เคยจำคุกหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านคิดว่าลูกของท่านเคยรู้สึกว่าการสนับสุนน 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 เต่า 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"/>
ลูกของท่านเคยถูกทำร้ายทางวาจาหรือทางร่างกายหรือชมชู้จากคนรัก (ตัวอย่างเช่น แฟนหนุ่มหรือแฟนสาว)หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>

มีคำตอบที่ "ใช่" เท่าใดในตอนที่ 2

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified