

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 โดยแต่ละส่วนจะถูกค้นด้วยคำว่า  
"หรือ" หากท่านตอบส่วนใดส่วนหนึ่งว่า "ใช่" นั่นก็หมายความว่าท่านตอบว่า "ใช่" สำหรับทุกส่วน

ตอนที่ 1

ลูกของท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแล ที่เคยจำคุกหรือไม่

ท่านคิดว่าลูกของท่านเคยรู้สึกว้าวนอกใจหรือไม่ ได้รับความรัก 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 ต่อย ทบตีหรือทำร้ายด้วยอาวุธหรือไม่

มีผู้ใหญ่คนใดในครัวเรือนที่ผลึก 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 ได้ยิน 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