

**बच्चों के साथ प्रतिकूल बचपन की घटनाओं एवं संबंधित जीवन घटना स्क्रीनर  
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – किशोर (स्व-सूचित) (Teen (Self Report))**

**रोगी द्वारा पूरा किया जाए**

आज की तारीख: \_\_\_\_\_ जन्म की तारीख: \_\_\_\_\_

आपका नाम: \_\_\_\_\_

**कई परिवार जीवन में तनावपूर्ण घटनाओं का अनुभव करते हैं। समय के साथ ये अनुभव आपके स्वास्थ्य और कल्याण को प्रभावित कर सकते हैं। हम आपसे प्रश्न पूछना चाहते हैं ताकि हम आपको अधिकतम संभव रूप में स्वस्थ बनने में सहायता दे सकें। आपने अपने जन्म से लेकर अब तक क्या निम्नलिखित अनुभव घटित होने पर उसे देखा है या आप उसके घटित होते समय उपस्थित थे? कृपया अतीत के और वर्तमान के अनुभव शामिल करें। कृपया ध्यान दें कि कुछ प्रश्नों के एक से अधिक भाग हैं जो "या" द्वारा अलग किए गए हैं। यदि प्रश्न के किसी भाग का उत्तर "हाँ" में दिया जाता है, तो पूरे प्रश्न का उत्तर "हाँ" होता है।**

**भाग 1**

**कृपया जहां लागू हो "हां" पर X का निशान लगाएं।**

क्या आप कभी ऐसे माता/पिता/देखभालकर्ता के साथ रहे हैं जो जेल/कारावास गया हो?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
क्या आपने कभी असहाय, प्रेमरहित और/या असंरक्षित महसूस किया है?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
क्या आप कभी ऐसे माता/पिता/देखभालकर्ता के साथ रहे हैं जो मानसिक स्वास्थ्य समस्या से पीड़ित रहा हो? (उदाहरण के लिए अवसाद, स्किज़ोफ्रेनिया, बाईपोलर डिसऑर्डर, PTSD, या कोई दुश्चिंता विकार)	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
क्या किसी माता/पिता/देखभालकर्ता ने आपका कभी अपमान किया है, आपको दबाया है या नीचा दिखाया है?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
क्या आपके जन्म देने वाले माता/पिता को या किसी देखभालकर्ता को अत्यधिक एल्कोहल, गैर-कानूनी मादक पदार्थों या चिकित्सक द्वारा लिखी जाने वाली दवाओं के उपयोग के साथ कभी कोई समस्या रही है या वर्तमान में है?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
क्या आपको कभी किसी देखभालकर्ता द्वारा उपयुक्त देखभाल नहीं मिली है (उदाहरण के लिए, असुरक्षित परिस्थितियों से सुरक्षित नहीं रखना, संसाधन उपलब्ध होने के बावजूद बीमार पड़ने या चोटिल होने पर देखभाल नहीं करना)?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
क्या आपने कभी किसी अन्य वयस्क को माता/पिता/देखभालकर्ता पर चिल्लाते हुए, उसका अपमान करते हुए या उसे दबाते हुए देखा या सुना है? <b>या</b> क्या आपने कभी माता/पिता/देखभालकर्ता को थप्पड़, लात, घूंसा मारे जाते हुए, पिटते हुए या किसी हथियार से चोट खाते हुए देखा या सुना है?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
क्या गृहस्थी में किसी वयस्क ने आपको अक्सर या बहुत बार धकेला, दबोचा, थप्पड़ मारा या आप पर कुछ फेंका है? <b>या</b> क्या गृहस्थी में किसी वयस्क ने आपको कभी इतना तेज़ी से मारा है कि उसके निशान पड़ गए हों या आपको चोट लगी हो? <b>या</b> क्या गृहस्थी में किसी वयस्क ने कभी आपको डराया-धमकाया है या इस प्रकार कोई व्यवहार किया है जिससे आपको यह डर लगा हो कि आपको चोट पहुँच सकती है?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
क्या आपने कभी यौन दुर्व्यवहार का अनुभव किया है? उदाहरण के लिए, किसी व्यक्ति ने आपको इस प्रकार छुआ हो या आपको उसे इस प्रकार छूने के लिए कहा हो जो अवांछित हो, या जिससे आपको असहज महसूस हुआ हो, या कभी किसी ने आपके साथ मुखमैथुन, गुदामैथुन, या योनिमैथुन करने का प्रयास किया है या वास्तव में किया है?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
क्या आपके देखभालकर्ता(ओं) की संबंध स्थिति में कभी उल्लेखनीय बदलाव हुए हैं? उदाहरण के लिए माता/पिता/देखभालकर्ता ने तलाक लिया हो या अलग हो गया हो, या कोई रूमानी साथी साथ रहने लगा हो या छोड़कर चला गया हो?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>

**आपने भाग 1 में कितने जवाब "हां" में दिये?**

कृपया शेष प्रश्नावली के लिए दूसरी ओर जारी रखें।

Teen (Self Report) - Identified

**भाग 2****कृपया जहां लागू हो "हां" पर X का निशान लगाएं।**

क्या आपने आपके आस-पड़ोस, मोहल्ले या विद्यालय में कभी हिंसा देखी या सुनी है या उसका शिकार हुए हैं? (उदाहरण के लिए, निशाना बनाकर धोंस देना, हमला या अन्य हिंसक क्रियाएँ, युद्ध या आंतकवाद)	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
क्या आपने भेदभाव का अनुभव किया है (उदाहरण के लिए, आपकी नस्ल, जातीयता, लैंगिक पहचान, यौन झुकाव, धर्म, सीखने संबंधी अंतरों, या अशक्तताओं के कारण आपको सताया जाना, कमतर महसूस कराया जाना या अलग-थलग किया जाना)?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
क्या आपको कभी आवास से संबंधित समस्याएँ हुई हैं (उदाहरण के लिए, बेघर होना, रहने के लिए कोई स्थिर स्थान न होना, छः माह की अवधि में दो से अधिक बार घर बदलना, निष्कासन या ज़ब्ती का सामना करना, या कई परिवारों या परिजनों के साथ रहने के लिए विवश होना)?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
क्या आपको कभी यह चिंता हुई है कि आपके पास खाने को पर्याप्त भोजन नहीं था या यह कि आपके माता/पिता/देखभालकर्ता द्वारा और खरीद पाने से पहले वह भोजन समाप्त हो जाएगा?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
क्या आप पालक देखभाल, या आब्रजन के कारण कभी अपने माता/पिता या देखभालकर्ता से अलग किए गए हैं?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
क्या आप कभी ऐसे माता/पिता/देखभालकर्ता के साथ रहे हैं जिसे कोई गंभीर शारीरिक रोग या अशक्तता थी?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
क्या आप कभी ऐसे माता/पिता या देखभालकर्ता के साथ रहे हैं जिसकी मृत्यु हो गई हो?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
क्या आपको कभी क़ैद में रखा गया, गिरफ़्तार किया गया या जेल में बंद किया गया है?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
क्या आपने रूमानी साथियों (उदाहरण के लिए किसी बॉयफ्रेंड या गर्लफ्रेंड) से मौखिक या शारीरिक दुर्व्यवहार या धमकियों का अनुभव किया है?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>

**आपने भाग 2 में कितने जवाब "हां" में दिये?**

Teen (Self Report) - Identified