

**ເຫດການໄວເດັກທີ່ບໍ່ດີ ແລະ ການກວດຄັດເຫດການຊີວິດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ  
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – ໄວໜຸ່ມ (ບົດລາຍງານຕົວເອງ) (Teen (Self Report))**

**ຕ້ອງປະກອບຂໍ້ມູນໂດຍຄົນເຈັບ**

ວັນທີຂອງມື້ນີ້: \_\_\_\_\_ ວັນເດືອນປີເກີດ: \_\_\_\_\_

ຊື່ຂອງທ່ານ: \_\_\_\_\_

**ຫຼາຍໆຄອບຄົວປະສົບກັບເຫດການຊີວິດທີ່ເຮັດໃຫ້ຄຽດ. ເມື່ອເວລາຜ່ານໄປ ປະສົບການເຫຼົ່ານີ້ສາມາດສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ສຸຂະພາບ ແລະ ຊີວິດການເປັນຢູ່ຂອງທ່ານໄດ້. ພວກເຮົາຢາກຖາມທ່ານ ເພື່ອວ່າພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານມີສຸຂະພາບທີ່ດີເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້. ໃນຊ່ວງເວລາໃດກໍຕາມນັບຕັ້ງແຕ່ທ່ານເກີດມາ, ທ່ານໄດ້ເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຢູ່ນຳໃນເວລາທີ່ປະສົບການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເກີດຂຶ້ນຫຼືບໍ່? ກະລຸນາລວມເອົາປະສົບການທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ປະຈຸບັນ. ກະລຸນາສັງເກດ, ບາງຄຳຖາມມີຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງສ່ວນທີ່ແຍກດ້ວຍ “ຫຼື.” ຖ້າສ່ວນໃດໆກໍຕາມຂອງຄຳຖາມຖືກຕອບວ່າ “ແມ່ນ,” ແລ້ວຄຳຕອບສຳລັບຄຳຖາມທັງໝົດແມ່ນ “ແມ່ນ.”**

**ພາກທີ 1**

**ກະລຸນາຂີດໃສ່ "ແມ່ນ" ກໍລະດີຖືກຕ້ອງ.**

ທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ເຂົ້າຖາມຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍຮູ້ສຶກວ່າບໍ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນ, ບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມຮັກ ແລະ/ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ມີບັນຫາສຸຂະພາບຈິດຫຼືບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ໂຮກຊິມເສົ້າ, ໂຮກຈິດ, ໂຮກໄບໂພລາຣ, PTSD, ຫຼື ໂຮກວິຕິກກັງວົນ)	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງເຄີຍໝົນປະໝາດ, ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍ ຫຼື ດູກູກທ່ານຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ພໍ່ແມ່ຄືຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງເຄີຍມີ ຫຼື ໃນປະຈຸບັນມີບັນຫາກ່ຽວກັບການດື່ມເຫຼົ້າ, ການໃຊ້ຢາເສບຕິດ ຫຼື ຢາປິ່ນປົວຕາມໃບສັ່ງແພດຫຼາຍເກີນໄປຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍຂາດການດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເໝາະສົມໂດຍຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໃດໜຶ່ງ (ຍົກຕົວຢ່າງ: ບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຈາກສະຖານະການທີ່ບໍ່ປອດໄພ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລເບິ່ງແຍງໃນເວລາທີ່ເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບເຖິງແມ່ນໃນເວລາທີ່ສາມາດດູແລໄດ້ກໍຕາມ) ຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຜູ້ໃຫຍ່ຄົນອື່ນຮ້ອງໃສ່, ປ້ອຍດ່າ, ໝົນປະໝາດ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ອັບອາຍຫຼືບໍ່? ຫຼື ທ່ານເຄີຍເຫັນ ຫຼື ໄດ້ຍິນພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຖືກຕີບຕີ, ຕະ, ຊິກ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ບາດເຈັບດ້ວຍອາວຸດຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນ ຍູ່, ຍາດ, ຕົບຕີ ຫຼື ແກວ່ງບາງສິ່ງບາງຢ່າງໃສ່ທ່ານຢູ່ເລື້ອຍໆບໍ່? ຫຼື ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນເຄີຍຕີທ່ານຢ່າງຮຸນແຮງຈົນວ່າທ່ານມີແປວ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບບໍ່? ຫຼື ມີຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວເຄີຍຂົ່ມຂູ່ທ່ານ ຫຼື ກະທຳໃນວິທີການທີ່ເຮັດໃຫ້ທ່ານຢ້ານກົວວ່າທ່ານອາດຈະຖືກເຮັດໃຫ້ເຈັບບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການລ່ວງລະເມີດທາງເພດບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໄດ້ຈັບບາຍທ່ານ ຫຼື ຂໍໃຫ້ທ່ານຈັບບາຍບຸກຄົນໃນຮູບແບບທີ່ບໍ່ຕ້ອງການ, ຫຼື ເຮັດໃຫ້ທ່ານຮູ້ສຶກບໍ່ສະບາຍໃຈ, ຫຼື ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງເຄີຍພະຍາຍາມ ຫຼື ໄດ້ມີເພດສຳພັນທາງປາກ, ຮູທະວານ, ຫຼື ຊ່ອງຄອດກັບທ່ານຢ່າງແທ້ຈິງແລ້ວຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ເຄີຍມີການປ່ຽນແປງທີ່ສຳຄັນໃນສະຖານະຄວາມສຳພັນຂອງຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານຫຼືບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງໄດ້ມີການຢ່າຮ້າງ ຫຼື ແຍກທາງກັນ, ຫຼື ຄູ່ຮັກໄດ້ຍ້າຍເຂົ້າ ຫຼື ຍ້າຍອອກບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>

**ທ່ານໄດ້ຕອບຈັກຄຳຖາມວ່າ "ແມ່ນ" ໃສ່ພາກທີ 1?**

ກະລຸນາສືບຕໍ່ໜ້າຕໍ່ໄປສຳລັບຄຳຖາມທີ່ຍັງເຫຼືອ.

Teen (Self Report) – Identified

ພາກທີ 2

ກະລຸນາຂີດໃສ່ "ແມ່ນ" ກໍລະດີຖືກຕ້ອງ.

ທ່ານເຄີຍເຫັນ, ໄດ້ຍິນ ຫຼື ຕົກເປັນຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍຈາກຄວາມຮຸນແຮງໃນເຂດບ້ານ, ຊຸມຊົນ ຫຼື ໂຮງຮຽນຂອງທ່ານບໍ່? (ຕົວຢ່າງ: ການຂົ່ມເຫັງໂດຍມີເປົ້າໝາຍ, ການທໍາຮ້າຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ການກະທໍາທີ່ຮຸນແຮງອື່ນໆ, ສົງຄາມ ຫຼື ການກໍ່ການຮ້າຍ)	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການເລືອກປະຕິບັດ (ຕົວຢ່າງ: ການຖືກກໍ່ກວນ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ຮູ້ສຶກຕໍ່າຕ້ອຍກວ່າຜູ້ອື່ນ ຫຼື ຖືກກົດກັ້ນເນື່ອງຈາກເຊື້ອຊາດ, ຊົນຊາດ, ລັກສະນະເພດ, ຄວາມນິຍົມທາງເພດ, ສາດສະໜາ, ຄວາມແຕກຕ່າງໃນການຮຽນຮູ້ ຫຼື ຄວາມພິການ) ຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍມີບັນຫາກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ (ຕົວຢ່າງ: ບໍ່ມີເຮືອນຢູ່, ບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສທີ່ໝັ້ນຄົງ, ຍ້າຍຫຼາຍກວ່າສອງຄັ້ງໃນໄລຍະເວລາຫົກເດືອນ, ພະເຊີນໜ້າກັບການຖືກຂັບໄລ່ ຫຼື ການຍຶດເອົາຊັບສິນ ຫຼື ຈໍາເປັນຕ້ອງອາໄສຢູ່ກັບຫຼາຍໆຄອບຄົວ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຫຼາຍໆຄົນ) ຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍມີຄວາມກັງວົນວ່າທ່ານຈະບໍ່ມີອາຫານພຽງພໍທີ່ຈະກິນ ຫຼື ວ່າອາຫານຈະໝົດໄປກ່ອນທີ່ທ່ານ ຫຼື ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານຈະສາມາດຊື້ເພີ່ມໄດ້ອີກຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍຖືກແຍກອອກຈາກພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງຍ້ອນການດູແລເດັກແບບອຸປະຖໍາ ຫຼື ການເຂົ້າເມືອງຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ມີການເຈັບປ່ວຍຮ່າງກາຍ ຫຼື ຄວາມພິການຮ້າຍແຮງຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ເສຍຊີວິດໄປແລ້ວຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍຖືກກັກຂັງ, ຖືກຈັບກຸມ ຫຼື ຖືກຂັງຄຸກຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>
ທ່ານເຄີຍປະສົບກັບການລ່ວງລະເມີດທາງວາຈາ ຫຼື ທາງຮ່າງກາຍ ຫຼື ການຂົ່ມຊໍຈາກຄູຮັກ (ຕົວຢ່າງ: ແຟນໝຸ່ມ ຫຼື ແຟນສາວ) ຫຼືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/>

ທ່ານໄດ້ຕອບຈັກຄໍາຖາມວ່າ "ແມ່ນ" ໃສ່ພາກທີ 2?

Teen (Self Report) – Identified