

**ਬੱਚਿਆਂ ਨਾਲ ਪ੍ਰਤੀਕੂਲ ਬਾਲਪਨ ਦੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੰਬੰਧਿਤ ਜੀਵਨ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸਕ੍ਰੀਨਰ  
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – ਨੌਜਵਾਨ (ਸਵੈਂ ਰਿਪੋਰਟ) (Teen (Self Report))**

**ਮਰੀਜ਼ ਦੁਆਰਾ ਪੂਰੇ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ**

ਅੱਜ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_ ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_

ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

**ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਪਰਿਵਾਰ ਤਣਾਉਪੂਰਨ ਜੀਵਨ ਦੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ ਦਾ ਤਜਰਬਾ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਇਹ ਅਨੁਭਵ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਤੰਦਰੁਸਤੀ 'ਤੇ ਅਸਰ ਪਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਿੰਨਾ ਸੰਭਵ ਹੋ ਸਕੇ ਤੰਦਰੁਸਤ ਰਹਿਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕੀਏ। ਤੁਹਾਡੇ ਜਨਮ ਦੇ ਵੇਲੇ ਤੋਂ ਲੈਕੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਤੇ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹੇਠਲੇ ਤਜਰਬੇ ਹੁੰਦੇ ਹੋਏ ਵੇਖੇ ਹਨ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਹੋਣ ਵੇਲੇ ਉੱਥੇ ਮੌਜੂਦ ਰਹੇ ਹੋ? ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਤੀਤ ਵਿੱਚ ਹੋਏ ਅਤੇ ਮੌਜੂਦਾ ਤਜਰਬਿਆਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ, ਕੁਝ ਸਵਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹਿੱਸੇ "ਜਾਂ" ਨਾਲ ਵੱਖ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ। ਜੇ ਉਸ ਸਵਾਲ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਜਵਾਬ "ਹਾਂ" ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਪੂਰੇ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ "ਹਾਂ" ਹੈ।**

| ਭਾਗ 1  | ਜਿੱਥੇ ਲਾਗੂ ਹੋਏ ਉੱਥੇ "ਹਾਂ" ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ।                     |
|--|--|
| ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੀ ਵੀ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਮਾਂ-ਪਿਉ/ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਨਾਲ ਰਹੇ ਹੋ ਜੋ ਜੇਲ੍ਹ / ਕੈਦ ਵਿੱਚ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹੈ?  | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੀ ਵੀ ਅਸਮਰੱਥ, ਬਿਨ੍ਹਾਂ ਪਿਆਰ ਦੇ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਅਸੁਰੱਖਿਅਤ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ ਹੈ?  | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੀ ਵੀ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਮਾਂ-ਪਿਉ/ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਨਾਲ ਰਹੇ ਹੋ ਜਿਸਨੂੰ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਸਨ? (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ ਡਿਪਰੈਸ਼ਨ, ਸਕਿਜ਼ੋਫ਼੍ਰੀਨੀਆ, ਬਾਈਪੋਲਰ ਡਿਸਆਰਡਰ, PTSD, ਜਾਂ ਕੋਈ ਬੇਚੈਨੀ ਵਾਲਾ ਵਿਕਾਰ)   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਕੀ ਕਦੀ ਕਿਸੇ ਮਾਂ-ਪਿਉ/ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੇਜ਼ੋਰ, ਅਪਮਾਨਿਤ ਕੀਤਾ, ਜਾਂ ਨੀਚਾ ਵਿਖਾਇਆ ਹੈ?  | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਜਨਮ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਮਾਪਿਆਂ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਨੂੰ ਕਦੇ ਵੀ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀਣ, ਸੜਕਾਂ ਤੇ ਮਿਲਣ ਵਾਲੇ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥ ਲੈਣ ਜਾਂ ਤਜਵੀਜ਼ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਸੀ ਜਾਂ ਇਸ ਵੇਲੇ ਹੈ?  | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਕਦੀ ਵੀ ਕਿਸੇ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਉੱਚਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਅਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਥਿਤੀਆਂ ਤੋਂ ਰੱਖਿਆ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਜਾਂ ਬਿਮਾਰ ਹੋਣ ਜਾਂ ਸੱਟ ਲਗਣ ਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਤਾਂ ਵੀ ਜਦੋਂ ਕਿ ਸੰਸਾਧਨ ਮੌਜੂਦ ਸਨ)?  | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਵੀ ਕਿਸੇ ਮਾਂ-ਪਿਉ/ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਨੂੰ ਵੇਖਿਆ ਜਾਂ ਸੁਣਿਆ ਹੈ, ਜਿਸ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਬਾਲਗ ਦੁਆਰਾ ਚਿਚਲਾਇਆ ਗਿਆ, ਗਾਲੀ-ਗਲੋੜ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਅਪਮਾਨਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂ ਬੇਇੱਜ਼ਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੋਵੇ? ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਵੀ ਮਾਂ-ਪਿਉ/ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਨੂੰ ਵੇਖਿਆ ਜਾਂ ਸੁਣਿਆ ਹੈ, ਜਿਸਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਬਾਲਗ ਦੁਆਰਾ ਥੱਪੜ ਮਾਰਿਆ, ਮੁੱਕੇਬਾਜ਼ੀ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਮਾਰ-ਪੀਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਂ ਹਥਿਆਰ ਦੁਆਰਾ ਹਮਲਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੋਵੇ?  | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਾਲਗ ਨੇ ਅਕਸਰ ਜਾਂ ਬਹੁਤ ਵਾਰੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਧੱਕਾ ਦਿੱਤਾ, ਝਪਟ ਕੇ ਪਕੜਿਆ, ਥੱਪੜ ਮਾਰਿਆ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਕੁਝ ਸੱਟਿਆ ਹੈ? ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਬਾਲਗ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੰਨੀ ਜ਼ੋਰ ਦੀ ਮਾਰਿਆ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਪੈ ਗਏ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੱਟ ਲਗੀ ਸੀ? ਜਾਂ ਕੀ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਾਲਗ ਨੇ ਕਦੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਧਮਕਾਇਆ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਅਜਿਹਾ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਮਨ ਵਿੱਚ ਇਹ ਡਰ ਬੈਠ ਗਿਆ ਹੋਵੇ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੱਟ ਲਗ ਸਕਦੀ ਹੈ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਜਿਨਸੀ ਸ਼ੋਸ਼ਣ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਕੀਤਾ ਹੈ? ਮਿਸਾਲ ਵਜੋਂ, ਕਿਸੇ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਛੋਹਿਆ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹਾ ਕਿ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਅਜਿਹੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਛੂਹੇ ਜੋ ਅਣਚਾਹਿਆ ਸੀ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੇਆਰਾਮੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਨੇ ਕਦੇ ਵੀ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਮੌਖਿਕ, ਐਨਲ, ਜਾਂ ਯੋਨੀ ਵਿੱਚ ਸੈਕਸ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਸੈਕਸ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇ?   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਕੀ ਕਦੀ ਵੀ ਤੁਹਾਡੇ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ(ਵਾਂ) ਦੇ ਰਿਸ਼ਤੇ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਹਨ? ਮਿਸਾਲ ਵਜੋਂ ਇੱਕ ਮਾਂ-ਪਿਉ/ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਨੇ ਤਲਾਕ ਲੈ ਲਿਆ ਜਾਂ ਵੱਖ ਹੋ ਗਏ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਰੋਮਾਂਟਿਕ ਸਾਥੀ ਨਾਲ ਰਹਿਣ ਲਈ ਆ ਗਿਆ/ਗਈ ਜਾਂ ਵੱਖ ਹੋ ਗਿਆ/ਗਈ?  | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |

**ਤੁਸੀਂ ਭਾਗ 1 ਵਿੱਚ ਕਿੰਨੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ "ਹਾਂ" ਵਿੱਚ ਦਿੱਤਾ ਸੀ?**

ਬਾਕੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਨਾਵਲੀ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ।

Teen (Self Report) – Identified

ਭਾਗ 2

ਜਿੱਥੇ ਲਾਗੂ ਹੋਏ ਉੱਥੇ "ਹਾਂ" ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ।

|   |  |
|---|--|
| ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁਆਂਢ, ਸਮੁਦਾਇ ਜਾਂ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਹਿੰਸਾ ਦਾ ਸ਼ਿਕਾਰ ਹੁੰਦੇ ਹੋਏ ਵੇਖਿਆ, ਸੁਣਿਆ, ਜਾਂ ਉਸ ਦਾ ਸ਼ਿਕਾਰ ਹੋਏ ਹੋ? (ਮਿਸਾਲ ਵਜੋਂ, ਡਰਾਉਣਾ-ਧਮਕਾਉਣਾ, ਹਮਲਾ ਕਰਨਾ ਜਾਂ ਹੋਰ ਹਿੰਸਕ ਕਾਰਵਾਈਆਂ, ਯੁੱਧ ਜਾਂ ਅੱਤਵਾਦ)   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਭੇਦਭਾਵ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ (ਮਿਸਾਲ ਵਜੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤ, ਪ੍ਰਜਾਤੀ, ਲਿੰਗ ਪਛਾਣ, ਜਿਨਸੀ ਰੁਝਾਣ, ਧਰਮ, ਸਿੱਖਣ ਦੇ ਮਤਭੇਦਾਂ, ਜਾਂ ਅਪਾਹਜ ਹੋਣ ਕਾਰਨ ਭੇਦਭਾਵ ਕੀਤੀ ਗਿਆ ਜਾਂ ਨੀਚਾ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਜਾਂ ਬਾਹਰ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਹੋਵੇ)?  | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹੋਈਆਂ ਹਨ (ਮਿਸਾਲ ਵਜੋਂ ਬੇਘਰ ਹੋਣ, ਰਹਿਣ ਲਈ ਸਥਾਈ ਜਗ੍ਹਾ ਨਾ ਹੋਣੀ, ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀ ਮਿਆਦ ਵਿੱਚ ਦੋ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਾਰ ਘਰ ਬਦਲਣਾ, ਬੇਦਖਲੀ ਜਾਂ ਫੋਰਕਲੋਜ਼ਰ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕੀਤਾ, ਜਾਂ ਕਈ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਨਾਲ ਰਹਿਣਾ ਪਿਆ)? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੀ ਚਿੰਤਾ ਹੋਈ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਖਾਣ ਲਈ ਬਥੇਰੀ ਮਾਤਰਾ ਵਿੱਚ ਭੋਜਨ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਖਾਣਾ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਏਗਾ ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਮਾਂ-ਪਿਉ/ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਹੋਰ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦ ਸਕਣ?  | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਫੋਸਟਰ ਕੇਅਰ, ਜਾਂ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮਾਂ-ਪਿਉ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਤੋਂ ਕਦੇ ਵੀ ਵੱਖ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ?  | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਵੀ ਅਜਿਹੇ ਮਾਂ-ਪਿਉ/ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਨਾਲ ਰਹੇ ਹੋ ਜਿਸਨੂੰ ਗੰਭੀਰ ਸਰੀਰਕ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਵਿਕਲਾਂਗਤਾ ਸੀ?   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਵੀ ਕਿਸੇ ਮਾਂ-ਪਿਉ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਨਾਲ ਰਹੇ ਹੋ ਜਿਸਦੀ ਮੌਤ ਹੋ ਗਈ ਸੀ?  | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੀ ਵੀ ਹਿਰਾਸਤ ਵਿੱਚ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ, ਗਿਰਫ਼ਤਾਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਜਾਂ ਕੈਦ ਵਿੱਚ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ?   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਵੀ ਕਿਸੇ ਰੋਮਾਂਟਿਕ ਸਾਥੀ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੁਆਏਫ੍ਰੈਂਡ ਜਾਂ ਪ੍ਰੇਮਿਕਾ) ਦੁਆਰਾ ਮੌਖਿਕ ਜਾਂ ਸਰੀਰਕ ਸ਼ੋਸ਼ਣ ਜਾਂ ਧਮਕਿਆਂ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਕੀਤਾ ਹੈ?   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |

ਤੁਸੀਂ ਭਾਗ 2 ਵਿੱਚ ਕਿੰਨੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ “ਹਾਂ” ਵਿੱਚ ਦਿੱਤਾ ਸੀ?

Teen (Self Report) – Identified