

คำถามทางกุมารเวชเพื่อคัดกรองประสบการณ์ที่เป็นอันตรายต่อวัยเด็กและเหตุการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้อง
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events วัยรุ่น (รายงานด้วยตัวเอง) (Teen (Self Report))

สำหรับคนไข้กรอก

วันที่: _____ วันเกิด: _____

ชื่อของท่าน: _____

หลายครอบครัวประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ตึงเครียด เมื่อเวลาผ่านไป
เหตุการณ์เหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของท่านได้
เราอยากถามคำถามท่านเพื่อที่เราจะได้ช่วยให้อ่านมีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
ตั้งแต่ท่านเกิดมา ท่านเคยได้เห็นหรือเป็นผู้ประสบเหตุการณ์เหล่านี้หรือไม่ ไม่ว่าจะเวลาใดก็ตาม
โปรดรวมถึงเหตุการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบัน โปรดทราบ คำถามบางคำถามมีมากกว่าหนึ่งส่วน โดยแต่ละส่วนจะถูกค้นด้วยคำว่า "หรือ"
หากท่านตอบส่วนใดส่วนหนึ่งว่า "ใช่" นั่นก็หมายความว่าท่านตอบว่า "ใช่" สำหรับทุกส่วน

ตอนที่ 1	กรณิกา "ใช่" ในข้อที่ถูก
ท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เคยติดคุกหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยรู้สึกว่าจะไม่ได้รับการสนับสนุน ไม่ได้รับความรัก และ/หรือ ไม่ได้รับการปกป้องหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เคยมีปัญหาด้านจิตใจหรือไม่ (ยกตัวอย่างเช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ภาวะมีอารมณ์สองขั้ว PTSD หรือโรควิตกกังวล)	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
เคยมีพ่อแม่/ผู้ดูแลดุดมึน เหยียดหยาม หรือดูถูกท่านหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
พ่อแม่โดยสายเลือดหรือผู้ดูแลของท่านเคย หรือในปัจจุบันนี้มีปัญหาติ่มอัลกอฮอล์ ใช้ยาเสพติดผิดกฎหมาย หรือ ยาตามใบสั่งแพทย์เกินขนาดหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยขาดการดูแลที่เหมาะสมโดยผู้ดูแล (ตัวอย่างเช่น ไม่ได้รับการปกป้องจากสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือไม่ได้รับการดูแลในเวลาป่วยไข้หรือได้รับบาดเจ็บต่างๆที่สามารถจัดหาให้)หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยได้เห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแล ถูกกรีดร้องใส่ ด่าทอ ดุดมึน หรือถูกเหยียดหยามโดยผู้ใหญ่คนอื่นหรือไม่ หรือ ท่านเคยเห็นหรือได้ยินพ่อแม่/ผู้ดูแลถูกดบ เตะ ดอย ทบตีหรือทำร้ายด้วยอาวุธหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
เคยมีผู้ใหญ่ในครัวเรือนผลัก จับแรงๆ ดบ หรือโยนของใส่ท่านบ่อยหรือบ่อยมากหรือไม่ หรือ เคยมีผู้ใหญ่ในครัวเรือนที่เคยตีท่านแรงๆจนเกิดรอยหรือบาดเจ็บหรือไม่ หรือ เคยมีผู้ใหญ่ในครัวเรือนข่มขู่ท่านหรือกระทำการในทางที่ทำให้ท่านกลัวว่าจะถูกทำร้ายหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือไม่ ตัวอย่างเช่น เคยมีคนจับท่านหรือขอให้ท่านจับบุคคลนั้นโดยไม่เต็มใจ หรือทำให้ท่านรู้สึกลำบากใจ หรือเคยมีใครพยายามหรือเคยมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ทวารหนัก หรืออวัยวะเพศกับท่านหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
เคยมีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเกี่ยวกับสถานะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลของท่านหรือไม่ ตัวอย่างเช่น พ่อแม่/ผู้ดูแลหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ หรือคนรักย้ายเข้าหรือย้ายออก	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>

มีคำตอบที่ "ใช่" เท่าใดในตอนที่ 1

โปรดไปยังด้านอื่น ๆ สำหรับแบบสอบถามที่เหลือ

Teen (Self Report) – Identified

ตอนที่ 2

กรณาคา "ใช่" ในข้อที่ถูก

ท่านเคยเห็น ใต้ดิน หรือเป็นเหยื่อความรุนแรงในละแวกบ้านของท่าน ชุมชน หรือโรงเรียนหรือไม่ (ตัวอย่างเช่น การกลั่นแกล้งแบบเจาะจง การทำร้าย หรือการกระทำรุนแรงอื่นๆ สงครามหรือการก่อการร้าย)	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยประสบกับการเลือกปฏิบัติ (ตัวอย่างเช่น ถูกกีดกันหรือถูกทำให้รู้สึกว่าเป็นรองผู้อื่นหรือถูกกีดกันเนื่องมาจากเชื้อชาติ เชื้อสาย ทัศนคติทางเพศ รสนิยมทางเพศ ศาสนา ความแตกต่างในการเรียนรู้ หรือความพิการ) หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยมีปัญหากับที่อยู่อาศัย (ตัวอย่างเช่น เป็นคนไร้บ้าน ไม่มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง ย้ายบ้านเกินสองครั้งในช่วงเวลาหกเดือน ถูกบังคับให้ย้ายออกหรือถูกยึดบ้าน หรือต้องอาศัยอยู่กับหลายๆครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวหลายๆคน)หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยกังวลหรือไม่ว่าท่านจะไม่ได้ทานอาหารเพียงพอ หรืออาหารจะหมดก่อนที่พ่อแม่/ผู้ดูแลจะสามารถซื้อเพิ่มได้	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยได้ถูกแยกออกจากพ่อแม่หรือผู้ดูแลเนื่องจากการอุปการะชั่วคราวหรือการอพยพหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ดูแลที่เจ็บป่วยทางร่างกายหรือสุขภาพอย่างรุนแรงหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยอาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือผู้ดูแลที่เสียชีวิตหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยถูกกักขัง จับกุม หรือ จำคุกหรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ท่านเคยถูกทำร้ายทางวาจาหรือทางร่างกายหรือข่มขู่จากคนรัก (ตัวอย่างเช่น แฟนหนุ่มหรือแฟนสาว)หรือไม่	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>

มีคำตอบที่ "ใช่" เท่าใดในตอนที่ 2

Teen (Self Report) – Identified