

পরিচর্যাকারী দ্বারা সম্পূর্ণ করতে হবে

আজকের তারিখ: _____

সন্তানের নাম: _____ জন্ম তারিখ: _____

আপনার নাম: _____ সন্তানের সাথে সম্পর্ক: _____

অনেক পরিবার টানাপোড়েনে ভরা জীবনের ঘটনা অনুভব করে। সময়ের সাথে সাথে এই অভিজ্ঞতাগুলি আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য এবং সুস্থতার উপর প্রভাব ফেলতে পারে। আমরা আপনাকে আপনার সন্তান সম্পর্কে প্রশ্ন করতে চাই, যাতে আমরা তাকে যতটা সম্ভব সুস্থ থাকতে সাহায্য করতে পারি। আপনার সন্তানের জন্মের পর থেকে যে কোনো সময়ে, নিম্নলিখিত অভিজ্ঞতাগুলি ঘটার সময়, আপনার সন্তান কি সেগুলি দেখেছে বা সেখানে উপস্থিত ছিল? অতীত এবং বর্তমান অভিজ্ঞতা অন্তর্ভুক্ত করুন। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন, কিছু প্রশ্নে "OR" দ্বারা পৃথক করা একাধিক অংশ থাকে। যদি এই প্রশ্নের কোনো অংশের উত্তর "হ্যাঁ" হয়, তাহলে পুরো প্রশ্নের উত্তর হবে "হ্যাঁ।"

- আপনার সন্তান কি কখনও কোনো পিতামাতা/পরিচর্যাকারীর সাথে থেকেছে যিনি হাজত/জেলে গেছেন?
- আপনি কি মনে করেন যে আপনার সন্তান কখনও সাহায্যহীন, ভালবাসাহীন এবং/অথবা অসুরক্ষিত বোধ করেছে?
- আপনার সন্তান কি কখনও কোনো পিতামাতা/পরিচর্যাকারীর সাথে থেকেছে যার মানসিক স্বাস্থ্য সমস্যা ছিল? (উদাহরণস্বরূপ অবসাদ, সিজোফ্রেনিয়া, বাইপোলার ডিসঅর্ডার, PTSD, বা উদ্বেগজনিত ডিসঅর্ডার)
- পিতামাতা/পরিচর্যাকারীর কেউ কি কখনো আপনার সন্তানকে অপমান, বিদ্রূপ বা খাটো করেছেন?
- সন্তানের জৈবিক পিতামাতা বা কোন পরিচর্যাকারীর কি খুব বেশি অ্যালকোহল, স্ট্রিট ড্রাগ বা প্রেসক্রিপশনের ওষুধ ব্যবহার সংক্রান্ত কোনো সমস্যা কখনও হয়েছে, বা বর্তমানে আছে?
- আপনার সন্তানের কি কখনো কোনো পরিচর্যাকারীর দ্বারা যথাযথ যত্নের অভাব হয়েছিল (উদাহরণস্বরূপ, অনিরাপদ পরিস্থিতি থেকে সুরক্ষিত না করা, বা সুযোগ সত্ত্বেও অসুস্থ বা আহত হলেও যত্ন না নেওয়া)?
- আপনার সন্তান কি কখনো দেখেছে বা শুনেছে যে পিতামাতা/পরিচর্যাকারীদের কারোর উপর অন্য প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি দ্বারা চিৎকার, গালি, অপমান বা বিদ্রূপ করা হয়েছে? অথবা আপনার সন্তান কি কখনও পিতামাতা/পরিচর্যাকারীদের কাউকে চড়, লাথি, ঘুষি বা অস্ত্র দিয়ে আক্রান্ত বা আঘাতপ্রাপ্ত হতে দেখেছে বা শুনেছে?
- কোনো প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি কি মাঝেমধ্যেই বা প্রায়ই আপনার সন্তানকে ধাক্কা, জোরে ধরা, চড় মারা বা কিছু ছুড়ে মেরেছে? অথবা বাড়ির কোন প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি কি কখনও আপনার সন্তানকে এত জোরে আঘাত করেছে যে আপনার সন্তানের গায়ে দাগ পড়ে গেছিল বা সে আহত হয়েছিল? অথবা বাড়ির কোনো প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি কি কখনো আপনার সন্তানকে হুমকি দিয়েছেন বা এমন কিছু করেছেন যাতে আপনার সন্তান ভয় পেয়েছে যে সে আহত হতে পারে?
- আপনার সন্তান কি কখনো যৌন নির্যাতনের সম্মুখীন হয়েছে? উদাহরণস্বরূপ, কেউ আপনার সন্তানকে এমনভাবে স্পর্শ করেছে বা আপনার সন্তানকে সেই ব্যক্তিকে এমনভাবে স্পর্শ করতে বলেছে যা অবাঞ্ছিত, বা আপনার সন্তান তাতে অস্বস্তি বোধ করেছে, বা কেউ কখনও আপনার সন্তানের সাথে মুখ, মলদ্বার বা যোনিপথে যৌন মিলনের চেষ্টা করেছে বা সত্যিই করেছে?
- সন্তানের পরিচর্যাকারী(দের) সম্পর্কের অবস্থার কি কখনও উল্লেখযোগ্য পরিবর্তন হয়েছে? উদাহরণস্বরূপ, পিতামাতা/পরিচর্যাকারীদের কেউ বিবাহবিচ্ছেদ পেয়েছেন বা আলাদা হয়েছেন, অথবা প্রেমের সঙ্গী এসেছেন বা চলে গেছেন?

এই প্রথম বিভাগের জন্য "হ্যাঁ" উত্তরগুলি যোগ করুন:

☐

- আপনার সন্তান কি কখনও আপনার পাড়া, সম্প্রদায় বা স্কুলে হিংসা দেখেছে, শুনেছে, তার শিকার হয়েছে? (উদাহরণস্বরূপ, টার্গেট করা হয়রানি, হামলা বা অন্যান্য হিংসাত্মক কর্ম, যুদ্ধ বা সন্ত্রাস)
- আপনার সন্তান কি বৈষম্যের সম্মুখীন হয়েছে (উদাহরণস্বরূপ তাদের জাতি, জাতি, লিঙ্গ পরিচয়, যৌন অভিমুখীতা, ধর্ম, শেখার পার্থক্য, বা অক্ষমতার কারণে তাকে বিরক্ত করা বা ছোট করা বা বাদ দেওয়া হয়েছে)?
- আপনার সন্তানের কি কখনো বাসস্থান নিয়ে সমস্যা হয়েছে (উদাহরণস্বরূপ গৃহহীন হওয়া, থাকার জন্য স্থিতিশীল জায়গা না থাকা, ছয় মাসের মধ্যে দু'বারের বেশি স্থানান্তর, উচ্ছেদ বা ফোরক্লোজারের মুখোমুখি হওয়া, বা একাধিক পরিবার বা পরিবারের সদস্যদের সাথে থাকতে হয়েছে)?
- আপনি কি কখনও এবিষয়ে চিন্তিত হয়েছেন যে আপনার সন্তানের খাওয়ার মতো পর্যাপ্ত খাবার নেই বা আপনি আরও কিছু কেনার আগেই আপনার সন্তানের জন্য খাবার শেষ হয়ে যাবে?
- ফস্টার কেয়ার, বা অভিবাসনের কারণে আপনার সন্তান কি কখনও তাদের পিতামাতা বা পরিচর্যাকারীর থেকে বিচ্ছিন্ন হয়েছে?
- আপনার সন্তান কি কখনও তার সেরকম পিতামাতা/পরিচর্যাকারীর সাথে বসবাস করেছে, যার গুরুতর শারীরিক অসুস্থতা বা অক্ষমতা ছিল?
- আপনার সন্তান কি কখনও সেরকম পিতামাতা বা পরিচর্যাকারীর সাথে বসবাস করেছে, যিনি মারা গেছেন?

দ্বিতীয় বিভাগের জন্য "হ্যাঁ" উত্তরগুলি যোগ করুন:

☐

পরিচর্যাকারী দ্বারা সম্পূর্ণ করা হবে

আজকের তারিখ: _____

সন্তানের নাম: _____ জন্ম তারিখ: _____

আপনার নাম: _____ সন্তানের সাথে সম্পর্ক: _____

অনেক পরিবার টানাপোড়েনে ভরা জীবনের ঘটনা অনুভব করে। সময়ের সাথে সাথে এই অভিজ্ঞতাগুলি আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য এবং সুস্থতার উপর প্রভাব ফেলতে পারে। আমরা আপনাকে আপনার সন্তান সম্পর্কে প্রশ্ন করতে চাই, যাতে আমরা তাকে যতটা সম্ভব সুস্থ থাকতে সাহায্য করতে পারি। আপনার সন্তানের জন্মের পর থেকে যে কোনো সময়ে, নিম্নলিখিত অভিজ্ঞতাগুলি ঘটার সময়, আপনার সন্তান কি সেগুলি দেখেছে বা সেখানে উপস্থিত ছিল? অতীত এবং বর্তমান অভিজ্ঞতা অন্তর্ভুক্ত করুন। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন, কিছু প্রশ্নে "OR" দ্বারা পৃথক করা একাধিক অংশ থাকে। যদি এই প্রশ্নের কোনো অংশের উত্তর "হ্যাঁ" হয়, তাহলে পুরো প্রশ্নের উত্তর হবে "হ্যাঁ।"

■ আপনার সন্তান কি কখনও কোনো পিতামাতা/পরিচর্যাকারীর সাথে থেকেছে যিনি হাজত/জেলে গেছেন?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
■ আপনি কি মনে করেন যে আপনার সন্তান কখনও সাহায্যহীন, ভালবাসাহীন এবং/অথবা অসুরক্ষিত বোধ করেছে?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
■ আপনার সন্তান কি কখনও কোনো পিতামাতা/পরিচর্যাকারীর সাথে থেকেছে যার মানসিক স্বাস্থ্য সমস্যা ছিল? (উদাহরণস্বরূপ অবসাদ, সিজোফ্রেনিয়া, বাইপোলার ডিসঅর্ডার, PTSD, বা উদ্বেগজনিত ডিসঅর্ডার)	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
■ পিতামাতা/পরিচর্যাকারীর কেউ কি কখনো আপনার সন্তানকে অপমান, বিদ্রূপ বা খাটো করেছেন?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
■ সন্তানের জৈবিক পিতামাতা বা কোন পরিচর্যাকারীর কি খুব বেশি অ্যালকোহল, স্ট্রিট ড্রাগ বা প্রেসক্রিপশনের ওষুধ ব্যবহার সংক্রান্ত কোনো সমস্যা কখনও হয়েছে, বা বর্তমানে আছে?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
■ আপনার সন্তানের কি কখনো কোনো পরিচর্যাকারীর দ্বারা যথাযথ যত্নের অভাব হয়েছিল (উদাহরণস্বরূপ, অনিরাপদ পরিস্থিতি থেকে সুরক্ষিত না করা, বা সুযোগ সত্ত্বেও অসুস্থ বা আহত হলেও যত্ন না নেওয়া)?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
■ আপনার সন্তান কি কখনো দেখেছে বা শুনেছে যে পিতামাতা/পরিচর্যাকারীদের কারোর উপর অন্য প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি দ্বারা চিংকার, গালি, অপমান বা বিদ্রূপ করা হয়েছে? অথবা আপনার সন্তান কি কখনও পিতামাতা/পরিচর্যাকারীদের কাউকে চড়, লাথি, ঘুষি বা অস্ত্র দিয়ে আক্রান্ত বা আঘাতপ্রাপ্ত হতে দেখেছে বা শুনেছে? বা অস্ত্র দিয়ে আঘাত করা হয়েছে?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
■ কোনো প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি কি মাঝেমাঝেই বা প্রায়ই আপনার সন্তানকে ধাক্কা, জোরে ধরা, চড় মারা বা কিছু ছুড়ে মেরেছে? অথবা বাড়ির কোন প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি কি কখনও আপনার সন্তানকে এত জোরে আঘাত করেছে যে আপনার সন্তানের গায়ে দাগ পড়ে গেছিল বা সে আহত হয়েছিল? অথবা বাড়ির কোনো প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি কি কখনো আপনার সন্তানকে হুমকি দিয়েছেন বা এমন কিছু করেছেন যাতে আপনার সন্তান ভয় পেয়েছে যে সে আহত হতে পারে?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
■ আপনার সন্তান কি কখনো যৌন নির্যাতনের সম্মুখীন হয়েছে? উদাহরণস্বরূপ, কেউ আপনার সন্তানকে এমনভাবে স্পর্শ করেছে বা আপনার সন্তানকে সেই ব্যক্তিকে এমনভাবে স্পর্শ করতে বলেছে যা অব্যক্তি, বা আপনার সন্তান তাতে অস্বস্তি বোধ করেছে, বা কেউ কখনও আপনার সন্তানের সাথে মুখ, মলদ্বার বা যোনিপথে যৌন মিলনের চেষ্টা করেছে বা সত্যিই করেছে?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
■ সন্তানের পরিচর্যাকারী(দের) সম্পর্কের অবস্থার কি কখনও উল্লেখযোগ্য পরিবর্তন হয়েছে? উদাহরণস্বরূপ, পিতামাতা/পরিচর্যাকারীদের কেউ বিবাহবিচ্ছেদ পেয়েছেন বা আলাদা হয়েছেন, অথবা প্রেমের সঙ্গী এসেছেন বা চলে গেছেন?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>

এই প্রথম বিভাগের জন্য "হ্যাঁ" উত্তরগুলি যোগ করুন:

■ আপনার সন্তান কি কখনও আপনার পাড়া, সম্প্রদায় বা স্কুলে হিংসা দেখেছে, শুনেছে, তার শিকার হয়েছে? (উদাহরণস্বরূপ, টার্গেট করা হয়রানি, হামলা বা অন্যান্য হিংসাত্মক কর্ম, যুদ্ধ বা সন্ত্রাস)	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
■ আপনার সন্তান কি বৈষম্যের সম্মুখীন হয়েছে (উদাহরণস্বরূপ তাদের জাতি, জাতি, লিঙ্গ পরিচয়, যৌন অভিমুখীতা, ধর্ম, শেখার পার্থক্য, বা অক্ষমতার কারণে তাকে বিরক্ত করা বা ছোট করা বা বাদ দেওয়া হয়েছে)?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
■ আপনার সন্তানের কি কখনো বাসস্থান নিয়ে সমস্যা হয়েছে (উদাহরণস্বরূপ গৃহহীন হওয়া, থাকার জন্য স্থিতিশীল জায়গা না থাকা, ছয় মাসের মধ্যে দু'বারের বেশি স্থানান্তর, উচ্ছেদ বা ফোরক্লোজারের মুখোমুখি হওয়া, বা একাধিক পরিবার বা পরিবারের সদস্যদের সাথে থাকতে হয়েছে)?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
■ আপনি কি কখনও এবিষয়ে চিন্তিত হয়েছেন যে আপনার সন্তানের খাওয়ার মতো পর্যাপ্ত খাবার নেই বা আপনি আরও কিছু কেনার আগেই আপনার সন্তানের জন্য খাবার শেষ হয়ে যাবে?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
■ ফস্টার কেয়ার, বা অভিবাসনের কারণে আপনার সন্তান কি কখনও তাদের পিতামাতা বা পরিচর্যাকারীর থেকে বিচ্ছিন্ন হয়েছে?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
■ আপনার সন্তান কি কখনও তার সেরকম পিতামাতা/পরিচর্যাকারীর সাথে বসবাস করেছে, যার গুরুতর শারীরিক অসুস্থতা বা অক্ষমতা ছিল?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
■ আপনার সন্তান কি কখনও সেরকম পিতামাতা বা পরিচর্যাকারীর সাথে বসবাস করেছে, যিনি মারা গেছেন?	হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>

দ্বিতীয় বিভাগের জন্য "হ্যাঁ" উত্তরগুলি যোগ করুন:

PEARLS টুল - শিশু (পিতামাতা/পরিচর্যাকারী রিপোর্ট) - চিহ্নিত করা হয়েছে

© 2025 জিরো টু থ্রি। সর্বস্বত্ব সংরক্ষিত