

Պետք է լրացվի Հիվանդի կողմից

Այսօրվա ամսաթիվը՝ _____ Ծննդյան ամսաթիվը՝ _____

Ձեր անունը՝ _____

Շատ ընտանիքներում կյանքի սթրեսային իրադարձություններ են տեղի ունենում: Ժամանակի ընթացքում նման դեպքերը կարող են ազդել Ձեր կյանքի և բարօրության վրա: Մենք ցանկանում ենք Ձեզ հարցեր տալ, որպեսզի կարողանանք օգնել Ձեզ հնարավորին չափ առողջ լինել: Ձեր ծնվելուց հետո Դուք երբևէ տեսել էք հետևյալները կամ ներկա եղել էք դրանց ժամանակ: Խնդրում ենք նշել անցյալի և ներկայի դեպքերը: Խնդրում ենք հաշվի առնել, որ որոշ հարցեր բաղկացած են մեկից ավելի մասից, որոնք միմյանցից բաժանված են «ԿԱՍ»-ով: Եթե նման հարցի մասերից որևէ մեկի պատասխանը «Այո» է, ապա ամբողջ հարցի պատասխանը «Այո» է:

1-ին	Խնդրում ենք նշան դնել «Այո» վանդակում, որտեղ
Դուք երբևէ ապրել էք այնպիսի ծնողի/խնամողի հետ, որն ազատագրվել/բանտարկվել է:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Դուք երբևէ Ձեզ աջակցությունից զրկված, չսիրված և/կամ անպաշտպան զգացել էք:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Դուք երբևէ ապրել էք այնպիսի ծնողի/խնամողի հետ, որը հոգեկան առողջության հետ կապված խնդիրներ է ունեցել (օրինակ՝ ընկճախտ, շիզոֆրենիա, երկբևեռ խանգարում, PTSD կամ տագնապային խանգարում):	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Պատահել է, որ ծնողը/խնամողը երբևէ վիրավորի, նվաստացնի կամ ճնշի՞ Ձեզ:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Ձեր կենսաբանական ծնողը կամ որևէ խնամող երբևէ ոգելից խմիչքների, թմրադեղերի կամ դեղատոմսով տրվող դեղերի չարաշահման հետ կապված խնդիրներ ունեցել է կամ այժմ ունի՞:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Երբևէ եղել է, որ Դուք Ձեր որևէ խնամողի կողմից պատշաճ խնամք չստանաք (օրինակ՝ վտանգավոր իրավիճակում պաշտպանություն չստանաք կամ հիվանդ կամ վնասված վիճակում խնամք չստանաք՝ նույնիսկ այն դեպքում, երբ դա հնարավոր է եղել ապահովել):	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Դուք երբևէ տեսել կամ լսել էք որ ինչ-որ մեկը բղավի Ձեր ծնողի/խնամողի վրա, հայհոյի, վիրավորի կամ նվաստացնի նրան: ԿԱՍ Դուք երբևէ տեսել կամ լսել էք որ Ձեր ծնողին/խնամողին ապտակեն, ոտքով կամ բռունցքով հարվածեն կամ զենքով վիրավորեն:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Ձեր տանը եղել է այնպիսի մեծահասակ, որը հաճախ կամ շատ հաճախ հրել է, քաշել է, ապտակել է Ձեզ կամ ինչ-որ բան նետել Ձեզ վրա: ԿԱՍ Պատահել է, որ Ձեր տանը որևէ մեծահասակ երբևէ Ձեզ այնքան ուժգին հարվածի, որ հարվածի տեղը մնա կամ Դուք վնասվածք ստանաք: ԿԱՍ Ձեր տանը բնակվող որևէ մեծահասակ երբևէ սպառնացել է Ձեզ կամ այնպիսի բան արել, որ Դուք վախենաք վնասվելուց:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Դուք երբևէ սեռական ոտնձգության ենթարկվել էք: Օրինակ՝ որևէ մեկը ձեռք է տվել Ձեզ կամ Ձեզ ասել, որ իրեն ձեռք տաք անցանկալի ձևով կամ այնպես արել, որ Դուք Ձեզ վատ զգաք կամ երբևէ փորձել է Ձեզ հետ օրալ, անալ կամ վագինալ սեռական հարաբերություն ունենալ:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Ձեր խնամող(ներ)ի հարաբերությունների միջև երբևէ զգալի փոփոխություններ եղել են: Օրինակ՝ ծնողը/խնամողն ամուսնալուծվել կամ բաժանվել է, կամ կենակիցը փոխադրվել է Ձեր տանն ապրելու կամ հեռացել է տնից:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>

Քանի՞ «այո» պատասխան եք տվել 1-ին բաժնում:

Խնդրում ենք շարունակել պատասխանել հարցաթերթիկի հակառակ կողմի հարցերին:

Teen (Self Report) – Identified

2-րդ

Խնդրում ենք նշան դնել «Այո» վանդակում, որտեղ

Դուք երբևէ Ձեր թաղում, համայնքում կամ դպրոցում տեղի ունեցած վայրագություն տեսել եք, լսել եք կամ դրա զոհը եղել եք (օրինակ՝ սպառնալիքներ, հարձակում կամ այլ վայրագություն, պատերազմ կամ ահաբեկչություն):	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Դուք խտրականության ենթարկվել եք (օրինակ՝ ճնշման ենթարկվել, նվաստացվել կամ հեռացվել՝ Ձեր ռասայի, ազգային պատկանելության, սեռական ինքնության, սեռական կողմնորոծման, դավանանքի, ուսման հետ կապված դժվարությունների կամ անկարողությունների պատճառով):	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Դուք երբևէ բնակության հետ կապված խնդիրներ ունեցել եք (օրինակ՝ եղել եք անապաստան, առանց մշտական բնակության վայրի, վեցամսյա ժամանակահատվածում ավելի քան երկու անգամ փոխել եք բնակության վայրը, տնից վտարվել եք, կամ Ձեր տունը բռնագրավվել է պարտքի դիմաց, կամ Դուք ստիպված եղել եք տարբեր ընտանիքների կամ ընտանիքի տարբեր անդամների հետ ապրել):	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Դուք երբևէ մտահոգվել եք, որ բավարար չափով սնունդ չունեք, կամ որ սնունդը կարող է վերջանալ ավելի վաղ, քան Դուք կամ Ձեր ծնողը/խնամողը կհասցնեք սնունդ գնել):	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Ձեզ երբևէ բաժանել են Ձեր ծնողից կամ խնամողից՝ Ձեզ հոգեծնողի խնամքին հանձնելու կամ ներգաղթի պատճառով):	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Դուք երբևէ ապրել եք այնպիսի ծնողի/խնամողի հետ, որը լուրջ ֆիզիկական հիվանդություն կամ հաշմանդամություն է ունեցել):	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Դուք երբևէ ապրել եք այնպիսի ծնողի կամ խնամողի հետ, որը մահացել է):	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Դուք երբևէ կալանվել, ձերբակալվել կամ ազատագրվել եք):	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
Դուք երբևէ որևէ կենակցի (օրինակ՝ ընկերոջ կամ ընկերուհու) կողմից խոսքային կամ ֆիզիկական բռնության ենթարկվել եք):	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>

Քանի՞ «այո» պատասխան եք տվել 2-ին բաժնում:

Teen (Self Report) – Identified