

تعرض المسنين للخطر على مر الحياة

من الشائع إلى حد ما أن يتعرض الشخص خلال حياته لأفعال سلبية من قبل المقربين وموظفي الرعاية الصحية أو غيرهم. قد تؤثر هذه التجارب بشكل سلبي على الصحة، حتى لو ما قد حدث قد مضى عليه زمن طويل. ولذلك نريد منك الإجابة على الأسئلة التالية:

لا نعم

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١. هل شعرت بعدم الارتياح تجاه أو الخوف من أحد المقربين أو عاملي الرعاية الصحية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٢. هل تحدث إليك شخص ما بشكل متكرر باستخفاف أو حاول أن يضايقك أو يهينك أو يذلّك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٣. هل حاول أحد ما السيطرة عليك أو تحديد علاقاتك مع الآخرين أو التقرير حول ما الذي يسمح لك وما الذي لا يسمح لك فعله؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٤. هل قام أحد ما بتهديك أو إيذائك شخصياً أو أي شيء أنت مهتم به على سبيل المثال، أشخاص آخرين أو حيوان أليف أو أشياء؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٥. هل قام أحد المقربين أو أحد عاملي الرعاية الصحية باستغلالك مادياً على سبيل المثال، قام بسرقتك أو سيطر على أموالك أو خدعك/ضغط عليك من أجل المال أو أشياء أخرى؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٦. هل تعرضت لأحد أنواع العنف الجسدي على سبيل المثال، تعرضت للدفع أو القرص أو الحجز أو تم ضربك أو ركلك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٧. هل تعرضت لأحد أنواع الاعتداءات الجنسية على سبيل المثال، قيام أحد ما بلمس جسدك بخلاف رغبتك أو أجبرك على القيام بأفعال جنسية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٨. هل حدث وأنك لم تحصل على المساعدة عند حاجتك لها على سبيل المثال، في تناول دوائك أو الدخول إلى المرحاض أو النهوض من السرير أو ارتداء الملابس أو تناول الطعام والشراب؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٩. هل قام أحد المقربين أو أحد عاملي الرعاية الصحية أثناء مساعدته لك بالتعامل معك بطريقة سيئة على سبيل المثال، التلطف بكلمات مهينة إليك أو أو كان تعامله قاسياً؟

١٠. ما مدى معاناتك في الوقت الراهن مع ما قد تعرضت إليه؟ (ضع علامة x على المقياس)

