

NARAŻENIE OSÓB STARSZYCH W CIĄGU ŻYCIA

Dość powszechnie zdarza się, że w ciągu życia zostaje się narażonym na negatywne czyny ze strony bliskich, personelu medycznego lub opiekuńczego albo innych osób. Takie przeżycia mogą negatywnie wpływać na zdrowie, nawet jeśli miały miejsce dawno temu.

Dlatego prosimy Cię o odpowiedź na następujące pytania:

	TAK	NIE
1. Czy zdarzyło Ci się czuć się nieswojo lub bać się jakiejś osoby bliskiej albo personelu medycznego lub opiekuńczego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy ktoś wielokrotnie zwracał się do Ciebie w poniżający sposób lub próbował Cię upokorzyć, upodlić albo poniżyć?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy ktoś próbował Cię kontrolować, ograniczać Twoje kontakty z innymi ludźmi lub decydować o tym, co Tobie wolno, a czego nie wolno robić?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy ktoś groził, że zrobi krzywdę Tobie lub komuś/czemuś, na czym Tobie zależy, np. innym osobom, zwierzętom domowym, albo zniszczy jakąś ważną dla Ciebie rzecz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy ktoś bliski albo ktoś z personelu medycznego lub opiekuńczego wykorzystał Cię ekonomicznie, np. coś Ci ukradł, przejął kontrolę nad Twoimi pieniędzmi lub oszukał Cię albo wyłudził od Ciebie pieniądze lub rzeczy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy ktoś stosował w stosunku do Ciebie przemoc fizyczną w jakiejś formie, np. popchnął Cię, uszczypnął, przytrzymał, bił lub kopał?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy ktoś wykorzystywał Cię seksualnie w jakiejś formie, np. dotykając Twojego ciała wbrew Twojej woli lub zmuszając Cię do aktów seksualnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy zdarzyło się, że nie otrzymałeś(-łaś) potrzebnej pomocy, np. przy zażyciu lekarstw, wizycie w toalecie, wstaniu z łóżka, ubraniu się lub jedzeniu/piciu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Czy zdarzyło się, że osoba bliska albo personel medyczny lub opiekuńczy, który miał Ci pomóc, potraktował Cię źle, np. zwracając się do Ciebie w poniżający sposób lub powodując ból fizyczny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. W jakim stopniu odczuwasz obecnie cierpienie z powodu zaszłych zdarzeń? (postaw krzyżyk na skali)

