

اختبار تجارب معاناة الطفولة

هذه الأسئلة متعلقة بفترة نموك خلال الثمانية عشر عاماً الأولى من العمر:

1. هل قام أحد والديك أو البالغين في محيطك بشكل مستمر بـ:
الحلف (إقسام اليمين) بمعاقتك أو بإهانتك أو بالتقليل من شأنك ؟
أو تصرف بطريقة تجعلك تشعر بالخوف من إمكانية أن يقوم بضربك؟
إذا كانت إجابتك بنعم فضع رقم 1 : _____
2. هل قام أحد والديك أو البالغين في محيطك بشكل مستمر بـ:
دفعك أو الإمساك بك أو ضربك على وجهك أو رمي الأشياء عليك ؟
أو ضربك بشكل أدى لتكون آثار جسدية أو إصابات احتاجت لمعالجة طبية ؟
إذا كانت إجابتك بنعم فضع رقم 1 : _____
3. هل قام أحد البالغين أو من يكبرك بخمس سنوات على الأقل ولو لمرة واحدة...
بمداعبتك أو ملامسة جسدك بطريقة جنسية ؟
أو حاول فعلياً ممارسة الجنس عن طريق الفم أو فتحة الشرج أو المهبل ؟
إذا كانت إجابتك بنعم فضع رقم 1 : _____
4. هل غلب عليك الاعتقاد بأنه لا يوجد أحد من بين أفراد أسرتك يكن لك حياً أو يرى فيك شيئاً مميزاً أو مهماً؟
أو هل غاب عن طبيعة أسرتك الحرص على أفرادها أو التقارب بينهم أو دعم بعضهم البعض؟
إذا كانت إجابتك بنعم فضع رقم 1 : _____
5. هل غلب عليك الاعتقاد بأنك لا تحصل على طعام كاف أو أنك مضطر لللبس ملابس متسخة أو أنك تعيش بدون حماية؟
أو أن والديك كانوا في حالة سكر أو غياب عن الوعي تمنعهم من الاهتمام بشؤونك أو رعايتك طبيياً عند الحاجة؟
إذا كانت إجابتك بنعم فضع رقم 1 : _____
6. هل سبق لأبويك الانفصال أو الطلاق ؟
إذا كانت إجابتك بنعم فضع رقم 1 : _____
7. هل غلب على أمك أو زوجة أبيك أن تعرضت للضرب أو الدفع أو تلقي أشياء ترمى عليها؟
أو أنها تعرضت بشكل مستمر للركل أو الضرب بالقبضة أو ضربت بأداة ما؟
أو ضربت لمرات متكررة أو هددت بمسدس أو سكين ؟
إذا كانت إجابتك بنعم فضع رقم 1 : _____
8. هل عشت مع أحد يعاني من إدمان الكحول أو المخدرات؟
إذا كانت إجابتك بنعم فضع رقم 1 : _____
9. هل عشت مع شخص يعاني من الاكتئاب المرضي أو مع من حاول الانتحار ؟
إذا كانت إجابتك بنعم فضع رقم 1 : _____
10. هل أدخل أحد من أفراد عائلتك السجن؟
إذا كانت إجابتك بنعم فضع رقم 1 : _____

قم الآن بجمع جميع الإجابات بنعم هنا: _____ هذه هي نتيجتك.

While you were growing up, during your first 18 years of life:

1. Did a parent or other adult in the household **often or very often**...

Swear at you, insult you, put you down, or humiliate you? **or**

Act in a way that made you afraid that you might be physically hurt? Yes No If yes enter 1 _____

2. Did a parent or other adult in the household **often or very often**...Push, grab, slap, or throw something at you? **Or Ever** hit you so hard that you had marks or were injured? Yes No If yes enter 1 _____

3. Did an adult or person at least 5 years older than you **ever**...

Touch or fondle you or have you touch their body in a sexual way? **or**

Attempt or actually have oral, anal, or vaginal intercourse with you? Yes No If yes enter 1 _____

4. Did you **often or very often** feel that ...

No one in your family loved you or thought you were important or special? **or**

Your family didn't look out for each other, feel close to each other, or support each other?

Yes No If yes enter 1 _____

5. Did you **often or very often** feel that ...

You didn't have enough to eat, had to wear dirty clothes, and had no one to protect you? **or**

Your parents were too drunk or high to take care of you or take you to the doctor if you needed it? Yes No If yes enter 1 _____

6. Were your parents **ever** separated or divorced? Yes No If yes enter 1 _____

7. Was your mother or stepmother:

Often or very often pushed, grabbed, slapped, or had something thrown at her? **or**

Sometimes, often, or very often kicked, bitten, hit with a fist, or hit with something hard? **or**

Ever repeatedly hit at least a few minutes or threatened with a gun or knife?

Yes No If yes enter 1 _____

8. Did you live with anyone who was a problem drinker or alcoholic or who used street drugs?

Yes No If yes enter 1 _____

9. Was a household member depressed or mentally ill, or did a household member attempt suicide? Yes No If yes enter 1 _____

10. Did a household member go to prison? Yes No If yes enter 1 _____

Now add up your "Yes" answers: _____ This is your ACE Score.