

16 YAŞ ANKETİ

Lütfen bize kendinizden bahsedin.

1. Lütfen cinsiyetinizi belirtin

- Kız
 Erkek

2. Yaşınız nedir? yaşındayım.

3. Devam etmekte olduğunuz okulun adı

4. Hiç sınıfta kaldınız mı?

- Hayır
 Evet → Kaç defa?

4.1 Nerede yaşıyorsunuz? (Yaşadığınız ilçe/köyün adı nedir)

5.1 Aileniz (Anne ve babanızın medeni durumu):

- Evli
 Boşanmış
 Ayrı yaşıyor
 Evlenmemiş
 Dul (annenin ya da babanın ölmesi)
 Cevap vermek istemiyorum
 Bilmiyorum Diğer: _____

5.2 Ailenizin eğitim durumu:

Annem

- Hiç okula gitmedi
 İlkokula birkaç yıl gitti (kaç yıl? ____)
 İlkokul
 Ortaokul
 Lise
 Teknik okul/Meslek okulu
 Üniversite
 Lisansüstü eğitim
 Bilmiyorum

Babam

- Hiç okula gitmedi
 İlkokula birkaç yıl gitti (kaç yıl? ____)
 İlkokul
 Ortaokul
 Lise
 Teknik okul/Meslek okulu
 Üniversite
 Lisansüstü eğitim
 Bilmiyorum

5.6. Kimlerle yaşıyorsunuz? (İki sütunda da evde sizinle yaşayan kişileri işaretleyiniz.)

- Baba Anne
 Üvey baba (annemin eşi) Üvey anne (Babamın eşi)
 Bakıcı (koruyucu) baba Bakıcı (koruyucu) anne
 Annenin erkek arkadaşı Babanın kız arkadaşı
 Dede Anneanne Babaanne
 Erkek kardeş/Ağabeyler (Kaç yaşında(lar): __ __ __) Kız kardeş/Ablalar (Kaç yaşında(lar)?: __ __ __)
 Diğer Akraba(lar) Kimler? _____
 Akraba olmayan diğer kişi(ler) Kim? _____

9.1. Lütfen aşağıdaki her bir maddenin “Doğru” ya da “Yanlış” olduğunu işaretleyin:

		Doğru	Yanlış
a.	Asla üzülmem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Her zaman eşyalarımı başkalarıyla paylaşırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Hiç kimseyi sevmemezlik etmem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Asla yalan söylemem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Annem babam beni asla eleştirmez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bölüm A: Çocukların Evdeki Deneyimleri

Bu anketle, **evde, yani aile içinde** çocukların yaşadıklarını öğrenmek istiyoruz. Bu anket, dünyanın birçok bölgesinde çocuklara başlarına gelmiş olabilecek deneyimleri hakkında soru sormak için kullanılmaktadır. Böylelikle, insanlar çocukların güvenliğini korumak için nelere dikkat etmeleri gerektiğini bilebilirler.

Yetişkinlerin bazen çocuklara ve genç kişilere karşı yapmış oldukları; onları **ailelerinde (evlerinde)** kendilerini zarar görmüş, rahatsız, üzgün veya korkmuş hissettirebilecekleri şeyleri öğrenmek istiyoruz. Aşağıdaki anket size **geçen yıl (yani, geçtiğimiz 12 ay boyunca) ya da siz daha küçükken** başınıza gelmiş olaylarla ilgili sorular sormaktadır. Lütfen, bütün soruları belirtilen açıklamaları takip ederek cevaplayınız.

Bu sorular tuhaf ya da cevaplanması zor görünebilir. Fakat lütfen bu sorulara, geçen yılı ve/veya daha öncesini düşünerek en iyi cevabı vermeye çalışın. Bu bir test değil. Burada doğru veya yanlış cevaplar yok, sadece başınıza gelen şeylerle ilgili hatırladıklarınızı söyleyin. Kendinizi rahatsız hissettiğiniz anda, devam etmeyebilirsiniz.

Sorduğumuz herhangi bir şey hakkında yardım almak istiyorsanız, size bu anketi veren kişiyle görüşün. Konuşmak istediğinizi bize söylemediğiniz sürece, verdiğiniz yanıtların sizinle ilgili olduğunu asla kimse bilmeyecektir.

10.1 Ailenizde kendinizi güvende hissediyor musunuz?

Her zaman	Çoğunlukla	Bazen	Asla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.2 Ailenizle birlikte olmaktan hoşlanırsınız mı?

Her zaman	Çoğunlukla	Bazen	Asla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.3 Aşağıdakilerden hangisini aileniz yaparsa, sizi davranışınızı değiştirmeye ikna eder?

(Size uyan bütün seçenekleri işaretleyin)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Benimle karşılıklı konuşursa/tartışsın | <input type="checkbox"/> Yemek içmekten keserse ya da eve kilitlese |
| <input type="checkbox"/> Bana bir şeyin niye doğru ya da yanlış olduğunu açıklarsa | <input type="checkbox"/> Fiziksel olarak cezalandırırsa (ör. vurma/dayak atma, tokatlama) |
| <input type="checkbox"/> Beni bir şeyden mahrum bırakırsa (ör. Bilgisayar kullanımı, televizyon, alışveriş, spor, cep harçlı, cep telefonu) | <input type="checkbox"/> Eylemlerimin muhtemel sonuçları hakkında uyarırsa |
| <input type="checkbox"/> Beni sözlü ödüllendirirse / överse | <input type="checkbox"/> Bana bağırırsa/azarlarsa |
| <input type="checkbox"/> Ödül için söz verirse (ör. hediyeler alırsa) | <input type="checkbox"/> Kuralları benimle birlikte koyarsa |
| <input type="checkbox"/> Beni diğer çocuklarla karşılaştırırsa | <input type="checkbox"/> Bana katı kurallar koyarsa |
| <input type="checkbox"/> Beni bir şey yapmaya ikna etmeye çalışırsa | <input type="checkbox"/> Bana belirli/tutarlı kurallar koyarsa |
| <input type="checkbox"/> Bana öğüt verirse | <input type="checkbox"/> Ailem benim davranmamı istedikleri gibi davranırsa (Bana iyi örnek olurlar) |
| <input type="checkbox"/> İstenmeyen bir şey yaptığımda benimle konuşmayı keserse | <input type="checkbox"/> Diğer (ne olduğunu yazınız): _____ |
| <input type="checkbox"/> Hatalarımdan ders çıkarmam için acı veren sonuçlara katlanmama izin verirse | |
| <input type="checkbox"/> Davranışımın açıklaması konusunda beni dinlerse | |

Kimi zaman, çocuklar ve gençler (ergenler) büyürken, kişilerin (anne-baba/ üvey anne-baba/ evlat edinen anne-baba/ bakıcı/ ağabey/ teyze ve amca ya da kız kardeş/ kuzen) onlara, kendilerini rahatsız hissettirecek hatta korkutacak şekilde davrandıklarını görürler. Geçtiğimiz yıl (ya da siz daha küçükken):

11. Evinizden bir kişi alkol ya da benzeri maddeleri kullanıp sonrasında sizi tedirgin edecek şekilde davrandı mı?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eklemek istediğiniz bir şey var mı?

12. Evinizde sizin korkmanıza neden olacak şekilde bağırın ve birbirleri ile tartışan yetişkinler gördünüz mü?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eklemek istediğiniz bir şey var mı?

13a. Evinizde fiziksel olarak birbirine zarar veren yetişkinler gördünüz mü (vurmak, tokat atmak, yumruklamak gibi)?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eklemek istediğiniz bir şey var mı?

14. Evinizde, evin içindeki başka birini yaralayacak ya da korkutacak şekilde bıçak, silah, sopa, taş kullanan birini gördünüz mü?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eklemek istediğiniz bir şey var mı?

15a. Herhangi bir yakınınızın (bir aile üyesi, arkadaş ya da komşu gibi) yaşamına başkası tarafından son verildi mi?

Evet	Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hayır	Emin Değilim
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

16. İnsanların kavga ettiği, dövüştüğü ve kargaşanın olduğu bir yerde yaşadınız mı?

Evet	Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hayır	Emin Değilim
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

17. Evinize biri girip, bir şey çaldı mı?

Evet	Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hayır	Emin Değilim
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

Kimi zaman, çocuklar ve gençler (ergenler) büyürken, kişiler onları sıkıntıya sokacak, utandıracak şeyler yapar ya da söylerler. Geçtiğimiz yıl, ailenizden biri ya da sizin evinizde yaşayan biri;

18a. Size yüksek sesle ve saldırganca bağırıp çağırdı mı?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

18A². Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19A. Biri size aptal, tembel ya da benzeri kötü sözler söyleyerek aşağıladı mı?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19A². Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19B. Size beddua eden oldu mu (Beddua: birinin kötü duruma düşmesini istemek)?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19B². Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.1. Sözlerinizi dinlemeyerek sizi görmezden geldi mi?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.1². Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.2. Kendini kötü hissetmesi yüzünden sizi suçladı mı?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.2². Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.3. Bir şeyi yapmanızı istedi mi ya da yaptığınız şeyi bırakmanızı söyledi mi? (ödeve başlamak ya da televizyon izlemeyi bırakmak gibi)

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.3². Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19. 4. Size yaptığımız bir şeyin neden yanlış olduğunu açıkladı mı?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.4². Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.5. Size güzel bir davranışınız için ödül verdi mi?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.5². Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.6. Dikkatinizi dağıtmak için sizi oyalamaya çalışacak başka şeylere yönlendirdi mi? (ör: televizyon izlemenizi bırakmak için size bir şey anlatmak gibi)

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.6². Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.7. Cep harçlığını aldı mı ya da sevdiğiniz şeylerden mahrum bıraktı mı?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.7². Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.8. Sizin sevdiğiniz bir şeyi yasakladı mı?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.8². Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.9. Evden dışarı çıkmanızı yasakladı mı?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.9². Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.10. Sizin izniniz olmadan, günlüğünüzü, mesajlarınızı ya da e-postalarınızı okuduğu oldu mu?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.10². Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.11. Sizin izniniz olmadan çantanızı, çekmecelerinizi, ceplerinizi karıştırdığı oldu mu?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.11^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.12. Kendinizi küçük düşürülmüş hissedecek şekilde diğer çocuklarla karşılaştırıldınız mı?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

19.12^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

20A. Sizi diğer insanların önünde kasıtlı olarak çok kötü ya da aşağılanmış hissettirecek şekilde utandırdı ya da mahcup etti mi?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

20.A². Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

21. Keşke hiç yaşamasaydın ya da dünyaya gelmeseydin dedikleri oldu mu?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

21^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

22. Sizi bırakmak ya da terk etmekle tehdit ettiler mi?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

22^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

22.1. Sizi evden atmak ya da evden uzaklaştırmakla tehdit ettiler mi?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

22^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

23A. Sizi eve almadığı oldu mu?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eklemek istediğiniz bir şey var mı?

23A^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eklemek istediğiniz bir şey var mı?

24.A Sizi hayalet, öcü ya da benzeri varlıkları çağırarak tehdit etti mi?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eklemek istediğiniz bir şey var mı?

24A^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eklemek istediğiniz bir şey var mı?

24B. Size zarar vermek ya da yaşamınıza son vermekle tehdit etti mi?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eklemek istediğiniz bir şey var mı?

24B^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eklemek istediğiniz bir şey var mı?

Kimi zaman, sizinle aynı evde yaşayan sizin yaşınızdaki çocuklar ve gençler bile oldukça kaba olabiliyor ve sizi utandırıp, mahcup edebiliyorlar ve genellikle kendinizi kötü hissettirebiliyorlar. Geçtiğimiz yıl:

25. Evdeki başka bir çocuk tarafından itilip kakılıp (dalga geçilme, utandırılma) bu yüzden kendinizi mutsuz ya da kötü hissettiniz mi?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

Kimi zaman, çocuklar büyürken, onların bakımından sorumlu kişiler (örneğin anne-baba/ üvey anne-baba/ evlat edinen anne-baba/ bakıcılar/ teyzeler ve amcalar) çocuklarla tam olarak nasıl ilgileneneceğini bilmiyorlar ve çocuklar sağlıklı büyümek için ihtiyaçları olduğu şeyi almıyor. Geçtiğimiz yıl hiç böyle bir şey başınıza geldi mi?

26A. Herkese yetecek kadar olduğu halde, cezalandırılmak amacıyla yeteri kadar yemek yemediğinizi (aç kaldığınızı) ve/veya su içmediğinizi (susadığınızı) hissettiniz mi?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

27A. Cezalandırılmak amacıyla kirli, yırtık ya da mevsime uygun olmayan giysiler giydiğiniz oldu mu?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

28. Hastalandığınızda ya yaralandığınızda birinin sizinle ilgilenmediği oldu mu? Mesela, ağrınız olduğunda doktora götürülmeme ya da ihtiyacınız olan ilaçların verilmemesi gibi.

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

28.1. Bir yetişkinin sizinle ilgilenmemesi sebebiyle bir yerinizi incittiğiniz ya da yara aldığınız oldu mu?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

29. İlgilenilmediğinizi hissettiğiniz oldu mu?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

30. Kendinizi önemsiz hissettiğiniz oldu mu?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

31. En çok ihtiyacınız olduğu anda, birinin size yardım etmediğini, desteklemediğini, sizinle ilgilenmediğini hissettiniz mi?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

Kimi zaman, insanlar çocuklara ve gençlere fiziksel olarak zarar verebilirler. Kendinizi düşündüğünüzde, geçen sene içerisinde, ailenizden herhangi birisi size şu şekilde davrandı mı:

32A. Sizi itti ya da tekmeledi mi?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

32A^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

32.1. Elbiselerinizin ya da vücudunuzun bir kısmını zorla çekti ve sizi sarstı mı?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

32.1^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

33A. Size tokat attı mı?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

33A^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

33B. Kafanıza ya da ensenize elle vurdu mu?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

33B^a. Eğer olduysa, kimin tarafından: (lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

33C. Çıplak elle popunuza şaplak attı mı?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

33C^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

34A. Size arkamızdan sopa, süpürge, baston ya da kemer gibi şeyle vurdu mu?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

34A^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

34B. Sizin herhangi bir yerinize (arkanız hariç) sopa, süpürge, baston ya da kemer gibi şeyle vurdu mu?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

34B^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

34.1. Bir nesne ya da yumrukla siz arka arkaya vurdu mu? (dövmek, hırpalamak vb)

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

34.1^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

35A. Sizi yastıkla ya da elle boğazınızı sıkarak boğdu mu ya da suda boğmayı denedi mi?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

35A^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

36A. Sizi yaktı mı (sıcak su gibi sıvılarla) ya da haşladı mı?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

36A^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

36B. Acı çekmeniz için ağızınıza acı biber sürdü mü?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

36B^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

37A. Sizi küçük bir yere ya da karanlık bir odaya kilitledi mi?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

37A^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

37B. Sizi bir yere bağladı ya da zincirledi mi?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

37B^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

38A. Kulağınızı çekti mi?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

38A^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

38B. Saçınızı çekti mi?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

38B^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

38C. Sizi çimdiklemedi mi?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

38C^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

39A. Ağır bir yük tutma pozisyonunda sizi bekletti mi ya da ceza olarak size bir egzersiz (hareket) yaptırdı mı?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

39A^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

40. Bıçakla ya da silahla tehdit edildiniz mi?

Geçen yıl içinde (önceki 12 ay)					Geçen yıl olmadı, fakat bu daha önce olmuştu	Hiçbir zaman	Cevap vermek istemiyorum
1-2	3-5	6-12	13-50	50'den fazla			
Yılda 1-2 defa	Yılın bazı zamanları	Ayda ya da iki ayda bir	Ayda birkaç kez	Haftada bir ya da daha sık			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

40^a. Eğer olduysa, kimin tarafından:

(lütfen size uyan her seçeneği işaretleyin)

Yetişkin Erkek	Yetişkin Kadın	Çocuk/Genç Erkek	Çocuk/Genç Kız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

47. Evde incitilmek, kırılmak, canınızın yanması ile ilgili size sormadığımız başka anlatacaklarınız var mı?

48. Çocuklara karşı uygulanan şiddeti önlemek için önerileriniz var mı?

49. Bu cevaplanması güç bir anket miydi?

Evet

Hayır → 50. soruya geçin

49a. Eğer evetse, cevaplanmasını zor bulduğunuz konu hangisiydi?

50. Anlamadığımız bir şey oldu mu?

Evet

Hayır → 51. soruya geçin

50a. Eğer evetse, bu neydi?

51. Yaşadıklarımızla ilgili olarak tamamen açık olmak zor muydu?

Evet

Hayır → 52. soruya geçin

51a. Evetse, neden?

52. Yaşadıklarımızla veya ankette doldurduğunuz şeylerle ilgili söylemek istediğiniz başka bir şey var mı?

Yardımlarınız için teşekkür ederiz.