

**Упитник о изложености дјецe и младих насиљу и њиховим односима са вршњацима**

Дјеца и млади су, у разним дијеловима свијета, изложени насиљу или лошим поступцима чланова њихове породице, у школи, у заједници или на радном мјесту. Ово је важан проблем за дјецу и младе у цијелом свијету. Жељели бисмо те питати о твојим искуствима са одгојним поступцима у твојој породици, те о искуствима насиља које си можда доживио/доживјела. Молимо те да на постављена питања одговориш тако што ћеш ставити знак  у квадратић који је у складу са твојим одговором.

**Молимо те да нам одговориш на неколико питања о себи.**

**1. Молимо те, означи којег си пола**

- Женско  
 Мушко

**2. Колико имаш година? \_\_\_\_\_ година****3. Како се зове школа коју похађаш? \_\_\_\_\_****4. Јеси ли икад понављао/повнављала разред у школи?**

- Не  
 Да → Колико пута?

**4.1. Како се зове град/село у којем живиш? \_\_\_\_\_****5.1. Твоји родитељи су:**

- У браку  
 Разведени/растављени  
 Никад се нису вјенчали  
 Један од родитеља више није жив  
 Оба родитеља више нису жива  
 Не желим одговорити  
 Не знам

**5.2. Коју су школу завршили твоји родитељи:****Мајка**

- Није ишла у школу  
 Неколико разреда основне школе (колико? \_\_\_\_)  
 Основна школа  
 Средња школа  
 Факултет  
 Постдипломски студиј (магистериј, докторат)  
 Не знам

**Отац**

- Није ишао у школу  
 Неколико разреда основне школе (колико? \_\_\_\_)  
 Основна школа  
 Средња школа  
 Факултет  
 Постдипломски студиј (магистериј, докторат)  
 Не знам

**5\_6. С ким све живиш? (означи у оба ступца све особе које живе с тобом у истом домаћинству)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Отац  | <input type="checkbox"/> Мајка                                      |
| <input type="checkbox"/> Очух (мајчин супруг)                        | <input type="checkbox"/> Маћеха (очева супруга)                     |
| <input type="checkbox"/> Старатељ                                    | <input type="checkbox"/> Старатељица                                |
| <input type="checkbox"/> Партнер / момак моје мајке                  | <input type="checkbox"/> Партнерица / дјевојка мога оца             |
| <input type="checkbox"/> Дјед  | <input type="checkbox"/> Бака/Нана                                  |
| <input type="checkbox"/> Брат/браћа (колико има/имају година: _____) | <input type="checkbox"/> Сестра/сестре (колико имају година: _____) |
| <input type="checkbox"/> Остала родбина. Ко? _____                   |   |
| <input type="checkbox"/> Људи који ми нису родбина. Ко? _____        |   |

**7.8. Припадаш ли некој религији/религијској заједници?**

- Не
- Исламској
- Православној
- Католичкој
- Друго: \_\_\_\_\_
- Не желим одговорити
- Не знам

**9. Које си народности/националне припадности?**

- Бошњачке
- Српске
- Хрватске
- Ромске
- Јеврејске
- Друго: \_\_\_\_\_
- Не желим одговорити
- Не знам

**9.1. Молимо те да нам кажеш да ли су следеће тврдње о теби „Тачне“ или „Нетачне“ (означи квадратић са )**

		Тачно	Нетачно
а.	Никад нисам тужан/тужна.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
б.	Увијек дијелим своје ствари са другима.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ц.	Волим све људе.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
д.	Никада не лажем.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
е.	Моји ме родитељи никада не руже/критикују.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**А дио: Искуства дјеце и младих у породици**

Овим упитником желимо сазнати каква искуства дјеца и млади доживљавају у својим породицама како би и другима било јасније на шта све треба обратити пажњу у заштити дјеце и младих.

Занимају нас они поступци које одрасли понекад чине дјеци и младима, а који их могу повриједити или због којих се у својој породици (у кући) могу осјећати неугодно, узнемирено или уплашено. У питањима која слиједу, питамо те о стварима које су ти се можда догодиле у прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци) или док си био млађи/била млађа. Молимо те, одговарај на питања након што прочиташ упуте, тамо гдје се оне наводе.

Можда ћеш наићи на питања која ће ти се чинити чудна или на која ће ти бити тешко одговорити. Молимо те да покушаш на њих одговорити најбоље што можеш, присјећајући се прошле године и/или ранијих искустава. Ово није контролни рад и нема тачних и нетачних одговора. Напиши само оно чега се сјећаш да ти се догодило. Ако ти у било којем тренутку буде превише неугодно наставити, слободно престани испуњавати упитник.

Ако желиш помоћ у вези са било којим искуством о којем те питамо, разговарај са особом која ти је дала овај упитник. Одговоре које си дао/дала у овом упитнику о себи, нико никада неће сазнати, осим уколико нам ти не кажеш да о њима желиш разговарати.

На питања одговарај тако да ставиш знак  у квадратић испод одговора који најбоље описује твоје искуство.

**10.1. Осјећаш ли се сигурно у својој породици?**

Увијек	Често	Ријетко	Никад
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10.2. Волиш ли бити са својом породицом?**

Увијек	Често	Ријетко	Никад
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10.3. Када би твоји родитељи користили неки од доље наведених поступака, који би те од њих увјерио да промијениш своје понашање?**

**(означи из оба ступца СВЕ поступке који би те увјерили да промијениш своје понашање)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Разговор са мном   | <input type="checkbox"/> Да ми ускрате храну, воду или ме закључају код куће                 |
| <input type="checkbox"/> Да ми објасне зашто је нешто добро или лоше  | <input type="checkbox"/> Да ме физички казне (нпр. да ме туку, ударају, шамарају)            |
| <input type="checkbox"/> Да ми нешто ускрате (нпр. кориштење компјутера, гледање ТВ-а, куповање, спортске активности, цепарац, мобител) | <input type="checkbox"/> Да ме упозоре на могуће посљедице које би моји поступци могли имати |
| <input type="checkbox"/> Да ме похвале  | <input type="checkbox"/> Да галаме на мене/да ме грде  |
| <input type="checkbox"/> Да ми обећају награде (нпр. куповање поклона)  | <input type="checkbox"/> Да договарају правила понашања заједно са мном                      |
| <input type="checkbox"/> Да ме успоређују с другом дјецом   | <input type="checkbox"/> Да ми поставе строга правила  |
| <input type="checkbox"/> Да ме увјеравају/убјеђују да нешто урадим  | <input type="checkbox"/> Да ми поставе чврста/досљедна правила                               |
| <input type="checkbox"/> Да ми дају савјете   | <input type="checkbox"/> Да се понашају онако како мени савјетују (дајући ми добар примјер)  |
| <input type="checkbox"/> Да престану разговарати са мном када радим нешто што не треба  | <input type="checkbox"/> Нешто друго (наведи шта): _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Да ме пуне да сносим посљедице како бих научио/научила из својих грешака                                       | <input type="checkbox"/> Нешто друго (наведи шта): _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Да саслушају моје објашњење за моје понашање   | _____  |

**Понекад, док одрастају, дјеца и млади виде чланове своје породице (на примјер родитеље / очуха или маћеху / посвојитеље / старатеље / старијег брата/сестре / другу родбину) како се у кући или у близини ње понашају на начине који код дјече и младих стварају осјећај нелагоде, па чак и изазивају страх.**

**У прошлој години (или док си био млађи /била млађа):**

**11. Је ли неко у твојој кући пио алкохол и/или се дрогирао и затим се понашао тако да те то уплашило?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се то догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**12. Јеси ли видио/видјела одрасле у својој кући како галаме једно на друго (свађају се) на начин који те уплашио?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**13а. Јеси ли видио/видјела одрасле у својој кући да су физички насилни једни према другима (нпр. ударају се, шамарају или туку)?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

14. Јеси ли видио/видјела некога у својој кући да користи нож, пиштољ, палицу, камење или друге ствари како би озлиједио или уплашио некога?

У прошлој години (последњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

Друге узнемирујуће ствари које се такођер могу догодити у близини твоје куће:

15а. Је ли неко ко ти је близак (члан породице, пријатељ или комшија/сусјед) био убијен?

Да	Не у прошлој години, али се догађало раније	Не	Нисам сигуран/сигурна
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

16. Јеси ли живио/живјела у мјесту гдје си видио/видјела експлозије бомби, људе на које се пуца, људе који се боре или праве неред?

Да	Не у прошлој години, али се догађало раније	Не	Нисам сигуран/сигурна
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

16а. Ако јеси, је ли то зато што си живио/живјела у подручју гдје се водио рат?

Да	Не	Желиш ли рећи више о томе?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

17. Је ли неко ушао у твоју кућу и украо нешто?

Да	Не у прошлој години, али се догађало раније	Не	Нисам сигуран/сигурна
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

Док одрастају, дјеца и млади понекад доживе да чланови породице кажу или ураде нешто због чега би се могли осјећати лоше, неугодно или постиђено. У прошлој години, је ли неко из твоје породице и/или неко ко живи с тобом:

18А. Галамио, дерао се или врло гласно и агресивно врштао на тебе?

У прошлој години (у последњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18А<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молим те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**19А. Вријеђао те називајући те глупим/глупом, лијеним/лијеном или другим сличним именима?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19А<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**19Б. Проклињао те?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19Б<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**19.1. Одбио причати с тобом (правио се као да те нема/игнорисао те)?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.1<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**19.2. Оптуживао тебе за своје лоше расположење?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.2<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**19.3. Рекао ти да почнеш или престанеш нешто радити (нпр. да почнеш писати своју задаћу или да престанеш гледати ТВ)?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.3<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**19.4. Објаснио ти зашто је нешто што си урадио/урадила било погрешно?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.4<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**19.5. Наградио те и/или похвалио за добро понашање?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.5<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**19.6. Дао ти да радиш нешто друго како би ти одвратио пажњу (нпр. рекао ти да радиш нешто како би ти престао/престала гледати ТВ)?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.6<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**19.7. Одузео ти цепарац или неке друге повластице?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.7<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**19.8. Забранио ти нешто што ти волиш?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.8<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**19.9. Забранио ти да излазиш вани?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.9<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**19.10. Без твог допуштења читао твој дневник, твоје СМС или е-маил поруке?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.10<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**19.11. Без твог допуштења прегледавао твоју торбу, ладице, цепове и слично?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.11<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**19.12. Успоређивао те с другом дјецом тако да си се ти осјећао/осјећала понижено?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.12<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**20A. Намјерно те постидио или осрамотио пред другим људима тако да си се осјећао/осјећала врло лоше или понижено?**

У прошлој години (посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20A<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**21. Рекао ти како би желио да си мртав/мртва или да се никада ниси родио/родила?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?



**22. Пријетио ти да ће те оставити или напустити?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила:

(молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**22.1. Пријетио ти да ће те избацити из куће или отјерати?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22.1<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила:

(молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**23А. Није те пустио у кућу?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23А<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила:

(молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**24А. Пријетио ти да ће позвати бабарогу, зле духове или људе који ти могу наудити?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24А<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила:

(молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**24Б. Пријетио да ће те озлиједити или убити?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24Б<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила:

(молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

Понекад чак и дјеца или млади људи који живе с тобом, могу бити врло нељубазни према теби тако да се осјећаш неугодно, посрамљено или опћенито лоше. У прошлој години или раније:

25. Је ли те неко дијете које живи с тобом у кући, малтретирано (задиркивало, понижавало) тако да си се осјећао/осјећала тужно или лоше?

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

Док дјеца и млади одрастају, особе које су одговорне за њих (нпр. родитељи/ очух/ маћеха/ посвојитељи/ други скрбници/ родбина) понекад не знају добро бринути о дјеци, па не добивају све што им је потребно за здраво одрастање. Јеси ли имао/имала неко од сљедећих искустава у прошлој години или раније?

26А. За казну ниси добио/добила довољно за јело (био си гладан/била си гладна) и/или за пиће (био си жедан/била си жедна) иако је било довољно хране и пића за све?

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

27А. За казну си морао/морала носити прљаву, подерану или за то годишње доба неприкладну одјећу?

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

28. Нису се бринули за тебе када си био/ла болестан/а или повријеђен/а – на примјер, нико те није одвео доктору када си био/ла озлијеђен/а или ниси добио/ла лијекове који су ти требали?

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

28.1. Озлиједио/озлиједила си се због тога што одрасли нису пазили на тебе?

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

29. Осјећао/осјећала си се као да никоме није стало до тебе?

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

30. Осјећао/осјећала си се као да ниси важан/важна?

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

31. Осјећао/осјећала си да никада нико не брине о теби, не подржава те и не помаже ти када то највише требаш?

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

Понекад друге особе могу тјелесно озлиједити дијете или младу особу. Размишљајући о својим искуствима у протеклој години или раније, наведи је ли се неко из твоје породице понашао на следећи начин:

**32А. Гурнуо те или ударио ногом?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32А<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**32.1. Зграбио те за одјећу или неки дио твог тијела и тресао те?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32.1<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**33А. Ошамарио те?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33А<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**33Б. Ударио те шаком или руком по глави?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33Б<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**33Ц. Ударно те руком по стражњици?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33Ц<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**34А. Ударио те по стражњици предметом као што су штап, метла, шибa или каиш?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34А<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**34Б. Ударио те по неком другом дијелу тијела (не по стражњици) предметом као што су штап, метла, шибa или каиш?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34Б<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**34.1. Изударо те предметом или шаком („претукао те“)?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34.1<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

35A. Давио те или гушио (спрјечавао ти дисање руком или јастуком) или стискао твој врат рукама (или нечим другим)?

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	Више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35A<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

36A. Намјерно те опржио или опекао?

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	Више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36A<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

36B. Ставио ти љуту папричицу (феферон), бибер или јако зачињену храну у уста (како би те бољело)?

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	Више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36B<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

37A. Затворио те у мали простор или у мрачну собу?

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	Више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37A<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**37Б. Завезао те или везао за нешто користећи конопцац/шпагу или ланац?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	Више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37Б<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**38А. Грубо ти заврнуо ухо?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	Више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38А<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**38Б. Почупао те за косу?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	Више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38Б<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**38Ц. Грубо те уштинао?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	Више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38Ц<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**39A. Присилио те да за казну будеш у положају који изазива бол или те понижава?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	Више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39A<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила:

(молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

**40. Пријетио ти ножем или пиштољем?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догодило раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	Више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила:

(молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа	Одрасла женска особа	Дјечак/младић	Дјевојчица/дјевојка
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?

Понекад се догађа да људи дјечи и младима раде или показују ствари сексуалне природе. Размишљајући о својим искуствима, је ли ти икада неко кога познајеш (члан породице или неко други) или неко кога не познајеш учинио неку од следећих ствари у прошлој години или раније, тако да си се осјећао/ла лоше или неугодно?

**41. Је ли те неко узнемирио тако што ти је говорио сексуалне ствари или писао поруке сексуалног садржаја о теби?**

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догађало раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	Више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила:

(молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа			Одрасла женска особа			Дјечак/младић			Дјевојчица/дјевојка		
<input type="radio"/>			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>		
б. Он је био?			Она је била:			Он је био:			Она је била:		
Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина	Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина	Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина	Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Желиш ли рећи више о томе?



42. Је ли те неко натјерао, када ти то ниси желио/жељела, да гледаш снимку/филм сексуалног садржаја или такве фотографије у новинама или на компјутору?

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догађало раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа			Одрасла женска особа			Дјечак/младић			Дјевојчица/дјевојка		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
б. Он је био:			Она је била:			Он је био:			Она је била:		
Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина	Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина	Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина	Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

43. Је ли те неко натјерао да гледаш његове интимне дијелове тијела или тражио да гледа твоје?

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догађало раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа			Одрасла женска особа			Дјечак/младић			Дјевојчица/дјевојка		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
б. Он је био:			Она је била:			Он је био:			Она је била:		
Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина	Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина	Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина	Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

44. Је ли неко додиривао твоје интимне дијелове тијела на сексуалан начин или те тјерао да дираш његове?

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догађало раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44<sup>а</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила: (молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа			Одрасла женска особа			Дјечак/младић			Дјевојчица/дјевојка		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
б. Он је био:			Она је била:			Он је био:			Она је била:		
Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина	Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина	Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина	Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

45A. Је ли неко снимио видео или фотографије, на којима си ти сам/сама или с другим људима, како радиш/радите сексуалне ствари?

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догађало раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45A<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила:

(молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа			Одрасла женска особа			Дјечак/младић			Дјевојчица/дјевојка		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
б. Он је био:			Она је била:			Он је био:			Она је била:		
Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина	Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина	Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина	Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

46. Је ли неко покушао имати сексуални однос с тобом када то ниси желио/жељела?

У прошлој години (у посљедњих 12 мјесеци)					Не у прошлој години, али ми се догађало раније	Никад у животу	Не желим одговорити
1-2	3-5	6-12	13-50	више од 50			
Једном или два пута у години	Неколико пута у години	Мјесечно или сваки други мјесец	Неколико пута у мјесецу	Једном седмично или чешће			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46<sup>a</sup>. Ако се то догодило, је ли то учинио/учинила:

(молимо те, означи све особе које су то учиниле)

Одрасла мушка особа			Одрасла женска особа			Дјечак/младић			Дјевојчица/дјевојка		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
б. Он је био:			Она је била:			Он је био:			Она је била:		
Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина	Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина	Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина	Непозната особа	Особа коју познајем	Родбина
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Желиш ли рећи више о томе?

47. Је ли те неко на неки другачији начин повриједио код куће, а да те ми већ нисмо питали о томе?

48. Имаш ли неких приједлога како спријечити насиље над дјецом?

49. Је ли ти било тешко одговарати на ова питања?

Јесте  Није → иди на питање 50

49a. Ако јесте, на шта ти је било тешко одговорити?

**50. Јеси ли се у овоме упитнику сусрео/сусрела с нечим што ниси разумио/разумјела?**

Јесам       Нисам → [иди на питање 51](#)

50а. Ако јеси, шта је то било?

**51. Је ли ти било тешко сасвим отворено говорити о ономе што ти си догодило?**

Јесте       Није → [иди на питање 52](#)

51а. Ако јесте, можеш ли нам рећи због чега?

**52. Желиш ли још нешто рећи о томе што ти се можда догодило или о самом упитнику?**

**Хвала ти на помоћи!**