

## STRESSFUL LIFE EVENTS SCREENING QUESTIONNAIRE – REVISED (short version). Arabic

The items listed below refer to events that may have taken place at any point in your entire life, including early childhood. Kindly answer by setting a mark in the relevant check box. If you, for any reason, prefer to not answer a question, just leave it blank.

### استبيان مسح أحداث الحياة المسببة للكرب – مراجع (نسخة مختصرة)

تشير الأسئلة التالية إلى أحداث قد تكون حدثت في أي وقت خلال حياتك بأكملها، بما في ذلك أثناء الطفولة المبكرة. الرجاء الإجابة بوضع علامة على مربع الاختيار المقابل. أما إذا كنت تفضل عدم الإجابة، لأي سبب كان، فما عليك إلا ترك المربع فارغاً.

لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. هل أصبت في أي وقت مضى بمرض يهدد الحياة؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. هل تعرضت في أي وقت مضى لحادث يهدد الحياة؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. هل تعرضت في أي وقت مضى لمحاولة سرقة أو محاولة سرقة بالإكراه استخدمت فيها القوة البدنية أو استخدم فيها السلاح ضدك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. هل حدث أن مات أحد أفراد أسرتك المباشرة أو شريك حياتك أو صديق حميم نتيجة حادث أو جريمة قتل أو انتحار؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. هل أجبرك أي شخص (أحد الوالدين أو فرد آخر من أسرتك أو شريك حياتك أو شخص غريب أو أي شخص آخر) في أي وقت مضى باستخدام القوة البدنية على الجماع أو ممارسة الجنس القموي أو اللواط رغماً عنك، أو أثناء عجزك عن الاعتراض أو المقاومة، كما في أثناء النوم أو تحت تأثير مخدر؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. بخلاف التجارب المذكورة في الأسئلة السابقة، هل قام أي شخص في أي وقت مضى بلمس مناطق حساسة من جسمك، أو جعلك تلمس جسمه، أو حاول أن يجعلك تمارس الجنس معه رغماً عنك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. حين كنت طفلاً، هل قام أحد الوالدين أو أحد مقدمي الرعاية أو شخص آخر بصفعك بشكل متكرر أو ضربك أو التهجم عليك أو إيذائك بأي شكل آخر؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. وأنت بالغ، هل تعرضت في أي وقت مضى للركل أو الضرب أو الصفع المتكرر أو لأي شكل من الإيذاء البدني من شريك حياتك أو صديق أو أحد أفراد أسرتك أو شخص غريب أو أي شخص آخر؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. هل سخر منك أحد والديك أو شريك حياتك أو أحد أفراد أسرتك أو قتل من شأنك أو تجاهلك أو قال لك أنك لا تساوي شيئاً، وذلك بشكل متكرر؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. بخلاف التجارب المذكورة أعلاه، هل هددك أي شخص في أي وقت من قبل بسلاح مثل سكين أو مسدس؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. هل كنت حاضراً في أي وقت مضى أثناء تعرض شخص آخر للقتل؟ أو لإصابة شديدة؟ أو لاعتداء جنسي أو بدني؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. هل تعرضت في أي وقت مضى لأي موقف آخر أدى إلى إصابتك بإصابة خطيرة أو كانت حياتك فيه مهددة (مثل الاشتراك في معركة عسكرية أو السكن في منطقة حرب)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. هل تعرضت في أي وقت مضى لأي موقف آخر لم تذكره وكان موقفاً مخيفاً أو مرعباً للغاية أو كنت فيه مغلوباً تماماً على أمرك؟ اشرح من فضلك:
ينبغي على المحاور تحديد ما إذا كان المجيب يذكر نفس الواقعة في أسئلة متعددة، وعليه أن يسجل هذه الواقعة في الفئة المناسبة.		

Stressful Life Events Screening Questionnaire – Revised (SLESQ). Goodman, Corcoran, Turner, Yuan, & Green (1998).

استبيان مسح أحداث الحياة المسببة للكرب – مراجعة

الأسئلة من 1 إلى 13: إذا كنت أجبت بـ "نعم" على أكثر من سؤال واحد في هذه المجموعة، فيرجى الدلالة على أكثر حدث أثر عليك اليوم بوضع علامة (\*).

**Questions 1-13:** If you have answered "yes" to more than one question, please indicate with an asterisk (\*) the event that impacts you the most today.

للاستفسارات الخاصة بالترجمة العربية، يُرجى الاتصال بـ Janita Flem Tomren، [janita@tomren.net](mailto:janita@tomren.net)، النرويج.

For inquiries about the Arabic translation, please contact Janita Flem Tomren, [janita@tomren.net](mailto:janita@tomren.net), Norway.

## STRESSFUL LIFE EVENTS SCREENING QUESTIONNAIRE – REVISED (short version). Arabic