

**BẢNG HỎI ĐÁNH GIÁ GIA ĐÌNH II**

TÊN VIẾT CHỮ IN HOA:

NGÀY:

**1. Quý vị đã từng gặp những trường hợp sau trong vòng hai năm qua chưa? (Đánh dấu tất cả trường hợp quý vị gặp phải)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hoà giải hôn nhân                                 | <input type="checkbox"/> Ly dị   |
| <input type="checkbox"/> Ly thân với vợ/chồng hoặc bạn tình                | <input type="checkbox"/> Bị đuổi việc                                  |
| <input type="checkbox"/> Thành viên trong gia đình có thay đổi về sức khỏe | <input type="checkbox"/> Con, người thân hoặc bạn thân bị chết         |
| <input type="checkbox"/> Có bầu  | <input type="checkbox"/> Vấn đề tài chính                              |
| <input type="checkbox"/> Điều trị bệnh vô sinh                             | <input type="checkbox"/> Bị khủng hoảng tinh thần, bị thương hoặc bệnh |
| <input type="checkbox"/> Thay đổi ngành nghề                               | <input type="checkbox"/> Không gặp trường hợp nào ở trên               |

**2. Có hành vi hay loại chất nào sau đây gây vấn đề cho quý vị hoặc vợ/chồng hay bạn tình của quý vị không? (Đánh dấu tất cả trường hợp quý vị gặp phải)**

	<u>BẢN THÂN</u>	<u>VỢ/CHỒNG HOẶC BẠN TÌNH</u>
Không áp dụng (Không có vợ/chồng hay bạn tình) .....		<input type="checkbox"/>
Đánh bạc .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiêu tiền .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thực phẩm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tình dục .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đồ uống có cồn (rượu, bia, v.v.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chất gây nghiện (ma túy, v.v.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiểm chế tính nóng nảy .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hút thuốc .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Công việc .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Không trường hợp nào ở trên. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Cha mẹ quý vị có lạm dụng đồ uống có cồn hoặc các chất khác khi quý vị còn nhỏ không? (Đánh dấu tất cả trường hợp quý vị gặp phải)**

- Không     Mẹ     Cha     Cha mẹ kế     Người nuôi dưỡng quý vị

**4. Người nào trong gia đình quý vị lạm dụng đồ uống có cồn hoặc các chất khác? (Đánh dấu tất cả trường hợp quý vị gặp phải)**

- |   |                                      |                                     |  |  |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bản thân               | <input type="checkbox"/> Mẹ          | <input type="checkbox"/> Chị em gái | <input type="checkbox"/> Cháu gái      | <input type="checkbox"/> Tôi không biết chắc |
| <input type="checkbox"/> Vợ/chồng hoặc bạn tình | <input type="checkbox"/> Cha         | <input type="checkbox"/> Bà         | <input type="checkbox"/> Cháu trai     | <input type="checkbox"/> (Những người khác:  |
| <input type="checkbox"/> (Các) con trai         | <input type="checkbox"/> Mẹ kế       | <input type="checkbox"/> Ông        | <input type="checkbox"/> Anh chị em họ | _____  |
| <input type="checkbox"/> (Các) con gái          | <input type="checkbox"/> Cha dượng   | <input type="checkbox"/> Cô, dì     | <input type="checkbox"/> Thông gia     |  |
|   | <input type="checkbox"/> Anh em trai | <input type="checkbox"/> Chú, bác   |  |  |

**5. Nếu gia đình quý vị đã gặp vấn đề vì có người thân lạm dụng đồ uống có cồn hoặc các chất khác, quý vị đã giải quyết như thế nào? (Đánh dấu tất cả các câu thích hợp)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gia đình tôi chưa gặp phải vấn đề đó.        | <input type="checkbox"/> Tôi không quan tâm đến điều đó                        |
| <input type="checkbox"/> Tôi nói chuyện thẳng thắn với người lạm dụng | <input type="checkbox"/> Tôi tâm sự với bạn thân hoặc vợ/chồng hoặc bạn tình   |
| <input type="checkbox"/> Tôi tự tìm hiểu thêm về vấn đề đó            | <input type="checkbox"/> Tôi đến gặp chuyên viên tư vấn                        |
| <input type="checkbox"/> Người thân đó đang trong giai đoạn phục hồi  | <input type="checkbox"/> Vấn đề đó vẫn khó khăn đối với tôi                    |
| <input type="checkbox"/> Tôi đang tham gia chương trình 12 giai đoạn  | <input type="checkbox"/> Tôi chưa bao giờ nói với ai về (những) việc đã xảy ra |
| <input type="checkbox"/> Cách khác: _____                             |  |

**6. Số lần và lượng đồ uống có cồn trung bình mà quý vị và vợ/chồng hoặc bạn tình của quý vị uống là bao nhiêu ?**

	<u>BẢN THÂN</u>	<u>VỢ/CHỒNG HOẶC BẠN TÌNH</u>
Không áp dụng (Không có vợ/chồng hay bạn tình) .....		<input type="checkbox"/>
Hàng ngày, một đến ba cốc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hàng ngày, từ bốn cốc trở lên.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vài lần một tuần, một đến ba cốc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vài lần một tuần, bốn cốc trở lên.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vài lần một tháng, một đến ba cốc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vài lần một tháng, bốn cốc trở lên.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vài lần một năm, một đến ba cốc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vài lần một năm, bốn cốc trở lên.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Không bao giờ uống đồ uống có cồn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Quý vị và/hoặc vợ/chồng hay bạn tình của quý vị có bao giờ uống đồ uống có cồn vào buổi sáng trước khi ăn uống những thứ khác không?**

Có, bản thân tôi                       Có, vợ/chồng hoặc bạn tình của tôi                       Không

**8. Có thời đoạn nào trước đây mà quý vị và/hoặc vợ/chồng hay bạn tình của quý vị uống quá nhiều đồ uống có cồn không?**

Có, bản thân tôi                       Có, vợ/chồng hoặc bạn tình của tôi                       Không

**9. Quý vị hoặc vợ/chồng hay bạn tình của quý vị đã bao giờ gặp phải những vấn đề sau do hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của việc sử dụng đồ uống có cồn chưa? (Đánh dấu tất cả các vấn đề mà quý vị gặp phải)**

	<u>BẢN THÂN</u>	<u>VỢ/CHỒNG HOẶC BẠN TÌNH</u>
Không áp dụng (Không có vợ/chồng hay bạn tình) .....		<input type="checkbox"/>
Khó khăn về pháp lý .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nghỉ làm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tai nạn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mất việc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vấn đề về sức khỏe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hành vi bạo lực .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cãi nhau với gia đình hoặc bạn bè.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tham gia chương trình điều trị nghiện rượu nội trú.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tham gia chương trình điều trị nghiện rượu ngoại trú.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Không có vấn đề nào ở trên .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Quý vị hoặc vợ/chồng hay bạn tình của quý vị đã hoặc đang dùng những thứ nào sau đây ? (Đánh dấu tất cả các loại quý vị dùng)**

	<u>BẢN THÂN</u>	<u>VỢ/CHỒNG HOẶC BẠN TÌNH</u>
Không áp dụng (Không có vợ/chồng hay bạn tình) .....		<input type="checkbox"/>
Barbiturates/Thuốc ngủ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methamphetamines/Amphetamines/Speed.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thuốc giảm cân mua không cần toa/các chất kích thích khác .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chất gây ảo giác/LSD/Psilocybin/Mescaline .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thuốc xông/Keo/Dung môi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quaaludes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methadone .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin/Morphine/Thuốc phiện.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaine/Crack.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cần sa/Hashish .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thuốc an thần .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thuốc giảm đau.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCP.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Club Drugs/Thuốc lắc/GHB/Rohypnol/Ketamine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Không loại nào ở trên.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Quý vị hoặc vợ/chồng hay bạn tình của quý vị đã bao giờ gặp phải những vấn đề sau do hậu quả trực tiếp hay gián tiếp của việc sử dụng thuốc theo toa hay bất hợp pháp chưa? (Đánh dấu tất cả các vấn đề mà quý vị gặp phải)**

	<u>BẢN THÂN</u>	<u>VỢ/CHỒNG HOẶC BẠN TÌNH</u>
Không áp dụng (Không có vợ/chồng hay bạn tình).....		<input type="checkbox"/>
Khó khăn về pháp lý.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nghỉ làm.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tai nạn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mất việc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vấn đề về sức khỏe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bạo lực.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cãi nhau với gia đình hoặc bạn bè.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tham gia chương trình điều trị cai nghiện nội trú.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tham gia chương trình điều trị cai nghiện ngoại trú.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Không có vấn đề nào ở trên.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Khi quý vị còn nhỏ, đã bao giờ có người nào (người lớn hoặc trẻ em) ép buộc, lừa hoặc dụ dỗ quý vị có bất kỳ hình thức quan hệ tình dục nào với họ không?**

- Có                       Không                       Tôi không biết việc này đã từng xảy ra với tôi hay không

**13. Khi quý vị còn nhỏ, quý vị đã bao giờ bị đánh, đẩy, quát, cắn, đấm, tát, hay làm bồng mà để lại những tổn thương trên người quý vị chưa?**

- Có                       Không                       Tôi không biết việc này đã từng xảy ra với tôi hay không

**14. Khi đã trưởng thành, quý vị đã từng bị lạm dụng, tấn công hay quấy rối tình dục chưa?**

- Rồi                       Chưa

**15. Khi đã trưởng thành, quý vị đã từng bao giờ bị lạm dụng, tấn công hay hành hạ thân thể chưa?**

- Rồi                       Chưa

**16. Ai trong gia đình quý vị đã từng bị lạm dụng, tấn công hay hành hạ tình dục khi còn nhỏ hay khi đã lớn? (Đánh dấu tất cả những câu thích hợp)**

- |   |  |                                      |  |  |
|---|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tôi không biết         | <input type="checkbox"/> (Các) con gái | <input type="checkbox"/> Anh em trai | <input type="checkbox"/> Chú, bác      | <input type="checkbox"/> Không ai trong gia đình (Những) người khác: _____ |
| <input type="checkbox"/> Chắc                   | <input type="checkbox"/> Mẹ            | <input type="checkbox"/> Chị em gái  | <input type="checkbox"/> Cháu gái      |  |
| <input type="checkbox"/> Vợ/chồng hoặc bạn tình | <input type="checkbox"/> Cha           | <input type="checkbox"/> Bà          | <input type="checkbox"/> Cháu trai     |  |
| <input type="checkbox"/> (Các) con trai         | <input type="checkbox"/> Mẹ kế         | <input type="checkbox"/> Ông         | <input type="checkbox"/> Anh chị em họ |  |
|   | <input type="checkbox"/> Cha dượng     | <input type="checkbox"/> Cô, dì      | <input type="checkbox"/> Thông gia     |  |

**17. Ai trong gia đình quý vị đã từng bị lạm dụng, tấn công hay hành hạ thân thể khi còn nhỏ hay đã lớn? (Đánh dấu tất cả những câu thích hợp)**

- |   |  |                                      |  |  |
|---|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tôi không biết         | <input type="checkbox"/> (Các) con gái | <input type="checkbox"/> Anh em trai | <input type="checkbox"/> Chú, bác      | <input type="checkbox"/> Không ai trong gia đình (Những) người khác: _____ |
| <input type="checkbox"/> Chắc                   | <input type="checkbox"/> Mẹ            | <input type="checkbox"/> Chị em gái  | <input type="checkbox"/> Cháu gái      |  |
| <input type="checkbox"/> Vợ/chồng hoặc bạn tình | <input type="checkbox"/> Cha           | <input type="checkbox"/> Bà          | <input type="checkbox"/> Cháu trai     |  |
| <input type="checkbox"/> (Các) con trai         | <input type="checkbox"/> Mẹ kế         | <input type="checkbox"/> Ông         | <input type="checkbox"/> Anh chị em họ |  |
|   | <input type="checkbox"/> Cha dượng     | <input type="checkbox"/> Cô, dì      | <input type="checkbox"/> Thông gia     |  |

**18. Nếu quý vị hoặc ai đó trong gia đình quý vị đã từng bị quấy rối tình dục hoặc hành hạ thân thể, vấn đề đã được giải quyết như thế nào? (Đánh dấu tất cả những câu thích hợp)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Không gặp phải vấn đề đó                           | <input type="checkbox"/> Tôi không quan tâm đến điều đó                       |
| <input type="checkbox"/> Chúng tôi nói chuyện thẳng thắn với người lạm dụng | <input type="checkbox"/> Tôi tâm sự với vợ/chồng/bạn tình hoặc bạn bè         |
| <input type="checkbox"/> Tôi tự tìm hiểu thêm về vấn đề đó                  | <input type="checkbox"/> Tôi đến gặp chuyên viên tư vấn                       |
| <input type="checkbox"/> Tôi báo cáo việc đó với Cơ Quan Bảo Vệ Trẻ Em      | <input type="checkbox"/> Vấn đề đó vẫn khó khăn đối với tôi.                  |
| <input type="checkbox"/> Tôi báo cáo việc đó với cơ quan hành pháp          | <input type="checkbox"/> Chúng tôi không bao giờ đề cập đến việc lạm dụng đó. |
|   | <input type="checkbox"/> Khác _____   |

**19. Quý vị hoặc ai trong gia đình quý vị đã bao giờ bị nghi ngờ, điều tra, buộc tội hay bị kết án là lạm dụng tình dục hoặc thân thể trẻ em không? (Đánh dấu tất cả những câu thích hợp)**

- |   |                                      |                                     |  |  |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bản thân               | <input type="checkbox"/> Mẹ          | <input type="checkbox"/> Chị em gái | <input type="checkbox"/> Cháu gái      | <input type="checkbox"/> Tôi không biết chắc |
| <input type="checkbox"/> Vợ/chồng hoặc bạn tình | <input type="checkbox"/> Cha         | <input type="checkbox"/> Bà         | <input type="checkbox"/> Cháu trai     | <input type="checkbox"/> (Những) người khác: |
| <input type="checkbox"/> (Các) con trai         | <input type="checkbox"/> Mẹ kế       | <input type="checkbox"/> Ông        | <input type="checkbox"/> Anh chị em họ |  |
| <input type="checkbox"/> (Các) con gái          | <input type="checkbox"/> Cha dượng   | <input type="checkbox"/> Cô, dì     | <input type="checkbox"/> Thông gia     |  |
|   | <input type="checkbox"/> Anh em trai | <input type="checkbox"/> Chú, bác   |  |  |

**20. Quý vị hoặc ai trong gia đình quý vị đã bao giờ bị nghi ngờ, điều tra, buộc tội hay bị kết án là lạm dụng tình dục hoặc thân thể một người trưởng thành khác không? (Đánh dấu tất cả những câu thích hợp)**

- |   |                                      |                                     |  |  |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bản thân               | <input type="checkbox"/> Mẹ          | <input type="checkbox"/> Chị em gái | <input type="checkbox"/> Cháu gái      | <input type="checkbox"/> Tôi không biết chắc |
| <input type="checkbox"/> Vợ/chồng hoặc bạn tình | <input type="checkbox"/> Cha         | <input type="checkbox"/> Bà         | <input type="checkbox"/> Cháu trai     | <input type="checkbox"/> (Những) người khác: |
| <input type="checkbox"/> (Các) con trai         | <input type="checkbox"/> Mẹ kế       | <input type="checkbox"/> Ông        | <input type="checkbox"/> Anh chị em họ |  |
| <input type="checkbox"/> (Các) con gái          | <input type="checkbox"/> Cha dượng   | <input type="checkbox"/> Cô, dì     | <input type="checkbox"/> Thông gia     |  |
|   | <input type="checkbox"/> Anh em trai | <input type="checkbox"/> Chú, bác   |  |  |

**21. Quý vị hoặc ai trong gia đình quý vị đã từng bị đánh bởi ai đó sống trong nhà mình bao giờ chưa?**

- Rồi  Chưa

**22. Vợ/chồng hoặc bạn tình của quý vị đã từng bao giờ làm đau quý vị bằng những hành động như đẩy, tát, đá, đâm, cắn, bóp cổ, ném đồ vật, cắt, hay bắt quý vị có quan hệ tình dục cho dù quý vị không muốn hay không?**

- Không áp dụng  Không bao giờ  Một lần  Hai lần  Vài lần  Thường xuyên

**23. Nếu quý vị đã từng nhờ đến sự giúp đỡ từ nhà tư vấn hay chuyên viên trị liệu tâm lý, lý do của quý vị là gì? (Đánh dấu tất cả những câu thích hợp)**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chưa cần tư vấn hay trị liệu | <input type="checkbox"/> Vấn đề về ma túy/đồ uống có cồn | <input type="checkbox"/> Căng thẳng           | <input type="checkbox"/> Sự kiện gây khủng hoảng |
| <input type="checkbox"/> Vấn đề về quan hệ tình cảm   | <input type="checkbox"/> Vấn đề liên quan đến công việc  | <input type="checkbox"/> Vấn đề về gia đình   | <input type="checkbox"/> Vấn đề khác:            |
| <input type="checkbox"/> Vấn đề về trường học         | <input type="checkbox"/> Rối loạn về ăn uống             | <input type="checkbox"/> Vấn đề về làm cha mẹ |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> Trầm cảm             |  |

**24. Quý vị hoặc vợ/chồng hoặc bạn tình của quý vị đã từng bao giờ phải nằm bệnh viện do vấn đề tâm thần chưa?**

- Có, bản thân tôi  Có, vợ/chồng hoặc bạn tình  Chưa

**25. Có ai trong gia đình quý vị có tiền sử về bệnh tâm thần không? (Đánh dấu tất cả những câu thích hợp)**

- |   |                                      |                                     |  |  |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bản thân               | <input type="checkbox"/> Mẹ          | <input type="checkbox"/> Chị em gái | <input type="checkbox"/> Cháu gái      | <input type="checkbox"/> Tôi không biết chắc |
| <input type="checkbox"/> Vợ/chồng hoặc bạn tình | <input type="checkbox"/> Cha         | <input type="checkbox"/> Bà         | <input type="checkbox"/> Cháu trai     | <input type="checkbox"/> (Những) người khác: |
| <input type="checkbox"/> (Các) con trai         | <input type="checkbox"/> Mẹ kế       | <input type="checkbox"/> Ông        | <input type="checkbox"/> Anh chị em họ |  |
| <input type="checkbox"/> (Các) con gái          | <input type="checkbox"/> Cha dượng   | <input type="checkbox"/> Cô, dì     | <input type="checkbox"/> Thông gia     |  |
|   | <input type="checkbox"/> Anh em trai | <input type="checkbox"/> Chú, bác   |  |  |

Tôi xin xác nhận rằng các thông tin ghi trong bảng hỏi này là chính xác theo sự hiểu biết của tôi.

CHỮ KÝ

NGÀY