



Bu anket, alkol ve diğler uyuşturucu (şans oyunlari dahil) tüketiminize ve ayrıca bununla alakalı olan bir dizi diğler konulara ilişkin bir genel görünüm edinme amaçlıdır.

Cevaplarınız vasıtasıyla size uygun bir tedaviye ilişkin danışmanlık yapılabilecektir.


Bu tedavi kapsamında alkol ve diğler uyuşturucu madde tüketimi (şans oyunlari dahil); bunlardan dolayı karşılaştığımız sorunlar, daha önceki tedaviler, çeşitli alanlardaki şikâyetler ve sorunlar ile tedaviye başlamak isteyip istemediğiniz ele alınır.

Yöneltilen soruların birçoğu çok şahsi sorulardır. Size mümkün olduğunca en iyi şekilde yardım edebilmemiz için soruları dürüştçe cevaplamamız önemlidir.

Formu doldurmak yaklaşık olarak 20 – 25 dakika sürer.

Soruların çoğunda sizin için uygun olan cevabı işaretlersiniz.

Bazı sorularda noktalı çizginin üzerine bir rakam

veya çizginin üzerine yazı yazabilirsiniz. 

Başta şu soruları cevaplayınız

1.	... yaşındayım						
2. Cinsiyetim	Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Diğler <input type="checkbox"/>						
3. İşleme alma tarihi	<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td><td>m</td><td>m</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	m	m	y	y
d	d	m	m	y	y		

Modül	p.
0. MATE-S: Sorunlu madde ya da şans oyunlari	2
1a. Hayat boyu madde tüketimi ve şans oyunlari	3
1b. Son 30 günde madde tüketimi ve şans oyunlari	4
2. Madde tüketimi veya şans oyunlarına karşı istek	5
3. Bedensel ve ruhsal şikâyetler	6
4. Depresyon, korku ve stres	7
5. Daha önceki tedavi ve yazılan ilaçlar	8
6. Tedavi motivasyonu	9
7. Sorunlar ve problemler	10
8. Durumlar	11
9. Son sorular	11

oa En çok hangisinin size sorun yaptığını işaretleyin. Size birden fazla seçenek uygun geliyorsa *yalnızca* halihazırda sizin için en çok sorun oluşturanı seçiniz.

1 Alkol	<input type="checkbox"/>	6 Ekstazi/XTC (<i>MDMA ve diğerleri ve ayrıca MDEA, MDA veya 2CB</i>)	<input type="checkbox"/>
2 Tütün (<i>sigara, sarmalık tütün, puro, pipo, enfiye</i>)	<input type="checkbox"/>	7 Halüsinojenler (<i>PCB, ketamin, meskalin, psilosibin, DMT, LSD</i>)	<input type="checkbox"/>
3 Kenevir (<i>haşhaş, marihuana, ot</i>)	<input type="checkbox"/>	8 Diğer uyuşturucular (<i>GHB, inhalant uyuşturucular, nitröz oksit, poppers</i>) İlgili maddeyi/ maddeleri yazın: <i>.....</i>	<input type="checkbox"/>
4 Opioidler (<i>eroïn, metadon, buprenorfin, morfin, kodein, oksikodon, fentanil</i>)	<input type="checkbox"/>	9 Sedatifler (<i>sakinleştiriciler ve uyku ilaçları, benzodiazepin</i>)	<input type="checkbox"/>
5 Stimulanslar (<i>kokain, amfetamin, vs. örn.: metilfenidat, gât</i>)	<input type="checkbox"/>	10 Şans oyunları Ne oynadığınızı yazın: <i>.....</i>	<input type="checkbox"/>

4a Aşağıdaki sorularda size en çok sorun oluşturan uyuşturucu maddeyi düşünün.

«Son 12 ayda...

1 .. uyuşturucu maddeleri almaya yönelik düzenli olarak güçlü bir arzu hissettiniz mi?	Evet	Hayır
2 .. düzenli olarak madde tüketimi bağımlılığınızdan kurtulma isteğiniz oldu mu?	Evet	Hayır
3 .. bu maddeleri temin etmek, bunları almak veya oluşan etkisinin geçmesi için çok zaman harcadınız mı?	Evet	Hayır
4 .. aynı etkiye ulaşmak için bu maddeden hep daha çok almanız gerektiğinin farkına vardınız mı?	Evet	Hayır
5 .. daha az tüketmeye veya tamamen bırakmaya çalıştığınızda kendinizi hasta veya kötü hissettiniz mi?	Evet	Hayır
6 .. sıkça normalde istediğinizden daha çok veya daha uzun süreli tükettiğiniz oldu mu?	Evet	Hayır
7 .. tüketimin sağlık, duygusal veya ruhsal sorunlara neden olduğunuzu bildiğiniz halde tüketime devam ettiğiniz oldu mu?	Evet	Hayır
8 .. tüketimin ailenizle, arkadaşlarınızla, işte veya okulda sorunlara yol açtığını bildiğiniz halde tüketime devam ettiğiniz oldu mu?	Evet	Hayır
9 .. tüketiminiz nedeniyle spor, iş veya arkadaşlarınız ve ailenizle birlikte olmanız gibi önemli etkinliklerinizi sınırlamak ya da tamamen bırakmak durumunda oldunuz mu?	Evet	Hayır
10 .. tüketiminiz nedeniyle okulda, işte veya evdeki yükümlülüklerinizi iyi bir şekilde yerine getiremediğiniz oldu mu?	Evet	Hayır
11 .. birden çok defa yüksek yaralanma tehlikesinin olduğu durumlarda (örn. roller veya taşıt sürerken, ya da bıçak kullanma zorunda olduğunuzda «kafanın iyi olması») uyuşturucu aldınız mı?	Evet	Hayır

4b Şans oyunları sorularınız varsa aşağıdaki soruları cevaplayınız. Yoksa 1a sorusuna gidiniz.

«Son 12 ayda...

1 .. sıkça şans oyunları oynama düşünceleriyle oynamaya aşırı derecede istek duyduunuz mu?	Evet	Hayır
2 .. istenen heyecana ulaşmak için hep daha çok para yatırmak zorunda oldunuz mu?	Evet	Hayır
3 .. şans oyunu oynama eğiliminizi tekrar tekrar başarısız bir şekilde kontrol etmeye, sınırlamaya veya bırakmaya çalıştınız mı?	Evet	Hayır
4 .. şans oyunlarını bırakmaya çalışırken huzursuz veya kolayca tahrik edilir oldunuz mu?	Evet	Hayır
5 .. kendinizi stresli (örn. çaresiz, suçluluk duyguları, korku, depresif hal) hissettiğinizde daha sık oynadınız mı?	Evet	Hayır
6 .. kaybettikten sonra zararınızı çıkartmak için çoğu kez yeniden oynadınız mı?	Evet	Hayır
7 .. ne kadar oynadığınızı gizlemek için yalan söylediniz mi?	Evet	Hayır
8 .. şans oyunları nedeniyle önemli bir ilişkiyi, işinizi veya meslek eğitiminizi ya da mesleğinizde yükselme şansınızı tehlikeye attığınız ya da kaybettiğiniz oldu mu?	Evet	Hayır
9 .. şans oyunlarından kaynaklanan kötü bir maddi durum nedeniyle başkalarının maddi desteğine muhtaç oldunuz mu?	Evet	Hayır

Aşağıdaki sorular, alkol, tütün, uyuşturucu madde ve şans oyunları tüketimine ilişkindir.

Hayatınızda aşağıda belirtilenleri tükettiğiniz bir dönem oldu mu:

1	Alkol	† Aşağıdaki sorularda içeceklerin içildiği bardak sayısı kastedilmiştir. Bunlara standart bardak da denir. † Bir bardak bira standart bardaktan biraz daha büyük olup, 1,2 standart bardak kadardır. Yarım litre bira 2 standart bardak eder.			Şayet düzenli olarak haftalık tüketim yapılan zaman dilimleri olduysa <i>bu düzenli tüketim hayatınızın tamamında</i> ne kadar sürdü?					
		Hiçbir zaman tüketmedim	Evet, ama haftada 28 (erkekler) ya da 21 (kadınlar) kadehten fazla tüketim olmayan bir zaman diliminde.	Evet, haftada 28 (erkekler) ya da 21 (kadınlar) kadehten fazla tüketim olan bir zaman diliminde.	→	1 yıldan daha az	1 ila 5 yıl	6 ila 10 yıl	11 ila 20 yıl	20 yıldan daha fazla
2	Tütün (<i>sigara, sarmalık tütün, puro, pipo, enfiye</i>)	Hiçbir zaman tüketmedim	Evet, ama günlük tüketimin olmadığı bir zaman diliminde.	Evet, günlük tüketimin olduğu zaman dilimlerinde.	→	1 yıldan daha az	1 ila 5 yıl	6 ila 10 yıl	11 ila 20 yıl	20 yıldan daha fazla
3	Kenevir (<i>haşhaş, marihuana, ot</i>)	Hiçbir zaman tüketmedim	Evet, ama haftada en az 1x tüketimin olmadığı zaman dilimlerinde.	Evet, haftada en az 1x tüketimin olduğu zaman dilimlerinde.	→	1 yıldan daha az	1 ila 5 yıl	6 ila 10 yıl	11 ila 20 yıl	20 yıldan daha fazla
4	Opioidler (<i>eroïn, metadon, buprenorfin, morfin, kodein, oksikodon, fentanil</i>)	Hiçbir zaman tüketmedim	Evet, ama haftada en az 1x tüketimin olmadığı zaman dilimlerinde.	Evet, haftada en az 1x tüketimin olduğu zaman dilimlerinde.	→	1 yıldan daha az	1 ila 5 yıl	6 ila 10 yıl	11 ila 20 yıl	20 yıldan daha fazla
5	Stimulanlar (<i>kokain, amfetamin, vs. örn.: metilfenidat, gat</i>)	Hiçbir zaman tüketmedim	Evet, ama haftada en az 1x tüketimin olmadığı zaman dilimlerinde.	Evet, haftada en az 1x tüketimin olduğu zaman dilimlerinde.	→	1 yıldan daha az	1 ila 5 yıl	6 ila 10 yıl	11 ila 20 yıl	20 yıldan daha fazla
6	Ekstazi/XTC (<i>MDMA ve diğerleri ve ayrıca MDEA, MDA veya 2CB</i>)	Hiçbir zaman tüketmedim	Evet, ama haftada en az 1x tüketimin olmadığı zaman dilimlerinde.	Evet, haftada en az 1x tüketimin olduğu zaman dilimlerinde.	→	1 yıldan daha az	1 ila 5 yıl	6 ila 10 yıl	11 ila 20 yıl	20 yıldan daha fazla
7	Halüsinojenler (<i>PCB, ketamin, meskalin, psilosibin, DMT, LSD</i>)	Hiçbir zaman tüketmedim	Evet, ama haftada en az 1x tüketimin olmadığı zaman dilimlerinde.	Evet, haftada en az 1x tüketimin olduğu zaman dilimlerinde.	→	1 yıldan daha az	1 ila 5 yıl	6 ila 10 yıl	11 ila 20 yıl	20 yıldan daha fazla
8	Diğer uyuşturucular (<i>GHB, inhalant uyuşturucular, nitröz oksit, poppers</i>) İlgili maddeyi/ maddeleri yazın: 	Hiçbir zaman tüketmedim	Evet, ama haftada en az 1x tüketimin olmadığı zaman dilimlerinde.	Evet, haftada en az 1x tüketimin olduğu zaman dilimlerinde.	→	1 yıldan daha az	1 ila 5 yıl	6 ila 10 yıl	11 ila 20 yıl	20 yıldan daha fazla
9	Sedatifler (<i>sakinleştiriciler ve uyku ilaçları, benzodiazepin</i>)	Hiçbir zaman tüketmedim	Evet, ama haftada en az 1x tüketimin olmadığı zaman dilimlerinde.	Evet, haftada en az 1x tüketimin olduğu zaman dilimlerinde.	→	1 yıldan daha az	1 ila 5 yıl	6 ila 10 yıl	11 ila 20 yıl	20 yıldan daha fazla
10	Şans oyunları Ne oynadığınızı yazın: 	Şans oyunları oynamıyorum.	Evet, ama her hafta oynanan zaman dilimleri olmaksızın.	Evet, haftalık oynanan zaman dilimleriyle.	→	1 yıldan daha az	1 ila 5 yıl	6 ila 10 yıl	11 ila 20 yıl	20 yıldan daha fazla

Son 30 günde ne kadar sık tükettiniz:

1a	Alkol	Hiç	1 kez	Birkaç kez	Haftada 1 ya da 2 kez	Haftada 3 ya da 4 kez	Haftada 5 ya da 6 kez	Her gün
1b	† Aşağıdaki sorularda içeceklerin içildiği bardak sayısı kastedilmiştir. Bunlara standart bardak da denir.	† Bir bardak bira standart bardaktan biraz daha büyük olup, 1,2 standart bardak kadardır. Yarım litre bira 2 standart bardak eder.						
		Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi	Pazar
	Geçen 30 günde normal bir haftadaki tüm günler için kaç adet bardak içtiğinizi yazınız. Herhangi bir günde hiç içmediyseniz 'o' yazınız.
		Bardak	Bardak	Bardak	Bardak	Bardak	Bardak	Bardak
2a	Tütün (sigara, sarmalık tütün, puro, pipo, enfiye)	Hiç	1 kez	Birkaç kez	Haftada 1 ya da 2 kez	Haftada 3 ya da 4 kez	Haftada 5 ya da 6 kez	Her gün
2b	Bir günde normalde ne kadar içtiğinizi yazınız	Günde ... sigara / kendiniz sardığınız / puro vs.					
3	Kenevir (haşhaş, marihuana, ot)	Hiç	1 kez	Birkaç kez	Haftada 1 ya da 2 kez	Haftada 3 ya da 4 kez	Haftada 5 ya da 6 kez	Her gün
4	Opioidler (eroin, metadon, buprenorfin, morfin, kodein, oksikodon, fentanil)	Hiç	1 kez	Birkaç kez	Haftada 1 ya da 2 kez	Haftada 3 ya da 4 kez	Haftada 5 ya da 6 kez	Her gün
5	Stimulanlar (kokain, amfetamin, vs. örn.: metilfenidat, gat)	Hiç	1 kez	Birkaç kez	Haftada 1 ya da 2 kez	Haftada 3 ya da 4 kez	Haftada 5 ya da 6 kez	Her gün
6	Ekstazi/XTC (MDMA ve diğerleri ve ayrıca MDEA, MDA veya 2CB)	Hiç	1 kez	Birkaç kez	Haftada 1 ya da 2 kez	Haftada 3 ya da 4 kez	Haftada 5 ya da 6 kez	Her gün
7	Halüsinojenler (PCB, ketamin, meskalin, psilosibin, DMT, LSD)	Hiç	1 kez	Birkaç kez	Haftada 1 ya da 2 kez	Haftada 3 ya da 4 kez	Haftada 5 ya da 6 kez	Her gün
8	Diğer uyuşturucular (GHB, inhalant uyuşturucular, nitröz oksit, poppers)	Hiç	1 kez	Birkaç kez	Haftada 1 ya da 2 kez	Haftada 3 ya da 4 kez	Haftada 5 ya da 6 kez	Her gün
9	Sedatifler (sakinleştiriciler ve uyku ilaçları, benzodiazepin)	Hiç	1 kez	Birkaç kez	Haftada 1 ya da 2 kez	Haftada 3 ya da 4 kez	Haftada 5 ya da 6 kez	Her gün
10	Şans oyunları	Hiç	1 kez	Birkaç kez	Haftada 1 ya da 2 kez	Haftada 3 ya da 4 kez	Haftada 5 ya da 6 kez	Her gün

Aşağıdaki sorular alkol veya uyuşturucu madde ve şans oyunları tüketimi hakkındaki düşünce ve duygularınızı konu almaktadır. Bu esnada size en çok sorun oluşturan maddeyi düşününüz. Sizin için en çok sorun oluşturan şeyin şans oyunları olması durumunda «tüketmek» kelimesini « oynamak» olarak okuyunuz. Lütfen her soruda sizin için en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz. Şayet başka bilgi verilmemişse sorular *son yedi günlük* zaman dilimine ilişkindir.

T
7 gün

- 1 *Tüketmediğiniz durumlarda zamanınızın ne kadarı tüketmeye ilişkin hayaller, düşünceler, dürtüler veya resimler ile geçmektedir?*
 - 0 Hiç.
 - 1 Günde bir saatten daha az.
 - 2 Günde 1-3 saat.
 - 3 Günde 4-8 saat.
 - 4 Günde 8 saatten daha çok

- 2 *Bu düşünce ve hayaller ne kadar sıklıkla oluşur?*
 - 0 Hiçbir zaman.
 - 1 Günde sekiz kereden çok değil.
 - 2 Günde sekiz kereden daha çok ancak günün çoğu saatlerinde bunlardan arıyorum.
 - 3 Günde sekiz kereden daha çok ve günün çoğu saatlerinde.
 - 4 Bu düşünceler sayılamayacak kadar çok sıklıkla oluyor ve bu düşüncelerin olmadığı neredeyse hiçbir saat geçmiyor.

- 3 *Tüketmediğinizde bu konudaki hayaller, düşünceler, dürtüler veya zihninizde canlandırdığınız resimlere ne kadar çok maruz kalıyorsunuz ve bunlar sizi ne kadar çok rahatsız ediyor?*
 - 0 Sıkıntı veya rahatsızlık yok.
 - 1 Hafif, nadiren ve pek rahatsız edici değil.
 - 2 Orta sıklıkta ve rahatsız edici; Ama buna dayanabiliyorum.
 - 3 Şiddetli, çok sık ve çok rahatsız edici.
 - 4 Aşırı şiddetli, neredeyse sürekli, diğer her şey olumsuz etkileniyor.

- 4 *Tüketmediğinizde bu düşünceye direnmeye, umursamamaya veya dikkatinizi başka bir şeye yöneltmeye ne kadar çok çabalyorsunuz? (Bu düşüncelere karşı direnme çabanızın ölçüsünü, bunda başarılı olup olmadığınızı göz ardı ederek belirtiniz.)*
 - 0 Bu düşünceler, karşı çaba göstermeye gerek olmayacak nadiren oluyor. Ama geldiklerinde bu düşüncelere karşı her zaman direnmeye çalışırım.
 - 1 Bu düşüncelere karşı çoğu kez direnmeye çalışırım.
 - 2 Bu düşüncelere karşı direnmek için biraz gayret ederim.
 - 3 Bu düşünceleri serbest bırakır ve onları kontrol etmeye çalışmam. Ancak bu esnada kendimi iyi hissetmem.
 - 4 Bu düşünceleri tamamen serbest bırakırım.

- 5 *Maddeyi tüketme arzunuz ne kadar güçlü?*
 - 0 Maddeyi tüketme arzusu hissetmiyorum.
 - 1 Maddeyi tüketmeye karşı az bir arzu hissediyorum.
 - 2 Maddeyi tüketmeye karşı güçlü bir arzu hissediyorum.
 - 3 Maddeyi tüketmeye karşı çok güçlü bir arzu hissediyorum.
 - 4 Maddeyi tüketme arzusu, karşı konulamayacak ve etkileyemeyecek kadar güçlü

3a

Aşağıdaki sorular bedensel şikâyetlere ilişkindir.

Son 30 günde hangi sikayetleriniz oldu:	Hiç	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1 İştahsızlık	0	1	2	3	4
2 Yorgunluk/Bitkinlik	0	1	2	3	4
3 Bulantı	0	1	2	3	4
4 Mide ağrısı	0	1	2	3	4
5 Nefes darlığı	0	1	2	3	4
6 Göğüs ağrıları	0	1	2	3	4
7 Eklem ağrıları/sertliği	0	1	2	3	4
8 Kas ağrıları	0	1	2	3	4
9 Uyuşma/Karınçalanma (kollar ve bacaklarda)	0	1	2	3	4
10 Titreme/Sarsılma	0	1	2	3	4

3b

Hangisinin size uyduğunu belirtiniz.

1 Hamile misiniz?	Evet	Hayır
2 Ciddi ya da bulaşıcı hastalığınız var mı, örn. kalp sorunları, şeker hastalığı, hepatit, HIV? Hastalıklarınızı yazınız	Evet	Hayır
3 Hastalık belirtileriniz var mı, örn. aşırı renk soluklaşması, yüz kuruması, kanamalar, yürümekte zorluk, bacaklarda ödem, aşırı zayıflama ya da karın şişmesi, apse veya aşırı kaşıntı?	Evet	Hayır
4 Zehirlenme veya yoksunluk belirtileri nedeniyle aşağıda belirtilen zorlukları çekiyor musunuz: Titreme, koordinasyon bozuklukları, net konuşamama, dengesiz yürüme, kramp nöbetleri, aşırı terleme, göz bebeğinde anormallikler?	Evet	Hayır
5 Bazen şaşkın veya unutkan oluyor musunuz?	Evet	Hayır
6 Son 30 günde ölmüş olmak istediniz mi, ya da «ölsem daha iyi olurdu» şeklinde düşünceleriniz oldu mu?	Evet	Hayır
7 Son 30 günde somut bir şekilde kendinizi öldürmeyi planladınız mı ya da intihar denemesinde bulundunuz mu?	Evet	Hayır
8 Son 30 günde diğer insanların görmediği veya duymadığı şeyleri gördünüz veya duydunuz mu?	Evet	Hayır
9 Son 30 günde diğer insanların diğer karşı komplo kurduklarını düşündünüz mü?	Evet	Hayır

Aşağıdaki sorular depresiflik, korku ve strese ilişkindir.

Lütfen her ifadeyi okuyunuz ve 0, 1, 2 ya da 3 sayılarından birini işaretleyiniz. Bu sayılar, ilgili ifadenin geçen hafta süresince size ne kadar uygun olduğunu belirtir. Burada doğru ya da yanlış cevap yoktur. Beklemeksizin bir cevapta karar kılmaya çalışınız.

Ölçüt şu şekildedir:

0 = Hiçir zaman

1 = Bazen ve arasıra

2 = Oldukça sık

3 = Her zaman

Hiçir zaman Bazen ve arasıra Oldukça sık Her zaman

	Hiçir zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
1 Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim	0	1	2	3
2 Ağzımda kuruluk olduğunu farkettim	0	1	2	3
3 Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı farkettim	0	1	2	3
4 Soluk almada zorluk çektim (örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi)	0	1	2	3
5 Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım	0	1	2	3
6 Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim	0	1	2	3
7 Vücudumda (örneğin ellerimde) titremeler oldu.	0	1	2	3
8 Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim	0	1	2	3
9 Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
10 Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
11 Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
12 Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
13 Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
14 Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
15 Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
16 Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
17 Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
18 Alıngan olduğumu hissettim	0	1	2	3
19 Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (kalp atışlarının hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim)	0	1	2	3
20 Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
21 Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım	0	1	2	3

5a

Aşağıdaki sorular uygulanan tedavilere ilişkindir.

1 Madde tüketimine bağlı rahatsızlıklar nedeniyle tedavi gördüğünüz oldu mu?

Evet →
Hayır
Son beş yıl içinde mi oldu?

Evet →
Hayır
Kaç tane?

Son beş yıl içinde kaç kez acil tedavi ya da günlük klinik tedavisi gördünüz?
† Dikkat: Bir tedavi birden çok doktor ziyaretinden veya seanslardan oluşur. Doktor ziyaretlerinizin sayısını değil, eksiksiz olarak tamamlanmış tedavilerinizin sayısını yazınız.

Son beş yıl içinde kaç kez hastanede yatarak tedavi gördünüz?

2 Güncel olarak (ya da son 12 ay içinde) psikiyatrik ya da psikolojik tedavi gördünüz mü?

Evet
Hayır

5b

Aşağıdaki sorular doktorların size vermiş oldukları ilaçlara ilişkindir.

1 Bağımlılık nedeniyle size ilaç yazılıyor mu?

Evet →
Hayır
Hangileri?



2 Psikiyatrik/ruhsal sorunlar nedeniyle size ilaç yazılıyor mu?

Evet →
Hayır
Hangileri?



3 Diğer hastalıklar nedeniyle size ilaç yazılıyor mu?

Evet →
Hayır
Hangileri?



6. Tedavi motivasyonu

Aşağıdaki sorular madde tüketiminiz hakkında sizin kendinizin nasıl düşündüğüne ilişkindir. Lütfen aşağıdaki her ifadeyi sizin açınızdan ne kadar uygun olduğuna göre değerlendiriniz.

Benim madde tüketimim . . .	İsabet etmiyor	Az isabet ediyor	Kısmen isabet ediyor	Kabul etmek	Tam isabet ediyor
1 . . . benim için bir problemdir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 . . . bana faydadan çok zarar veriyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 . . . yasalarla uyumsuzluklara yol açıyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 . . . odaklanmam veya işimi yapmam konusunda sorunlara yol açıyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 . . . ailem ve arkadaşlarımla aramda sorunlara neden oluyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 . . . bir iş bulmam ve o işte kalmam konusunda sorunlara yol açıyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 . . . sağlık sorunlarına neden oluyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 . . . yaşam durumumu hep daha kötü ve daha da kötü yapıyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 . . . bırakmazsam yakında beni öldürecek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşağıdaki sorular madde tüketiminiz konusunda yardım ve tedavi almanız hakkında ne düşündüğüne ilişkindir. Şayet halihazırda tedavide bulunmaktaysanız aşağıdaki sorular bu tedavinize ilişkindir.					
	İsabet etmiyor	Az isabet ediyor	Kısmen isabet ediyor	Kabul etmek	Tam isabet ediyor
10 Madde tüketimimi kontrol altına almak için yardıma ihtiyacım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Halihazırda çok sayıda diğer sorumluluklarımdan dolayı tedaviye gidemem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Tedavi benim için çok yorucu olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Madde tüketimim ile başa çıkabilmem için kesinlikle derhal yardıma ihtiyacım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Sorunlarımla başa çıkabilmem için tedavi görmek benim için son çare olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Madde tüketimim nedeniyle karşı karşıya kaldığım sorunlarımdan bıktım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Madde tüketimim ile ilgili sorunlarımı çözmek için mevcut arkadaş ve tanıdık çevremi bırakmam gerek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Tedaviye girmenin bana fazla bir faydası olmaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Uzun süreliğine tedavide kalmayı düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Madde tüketimini herhangi bir yardım olmadan da bırakabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Yalnızca birisi beni zorladığı için tedaviye gidiyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Hayatım kontrolden çıkmış durumda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Tedavi bana gerçekten yardımcı olabilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Hayatımı yeniden kontrol altına almak istiyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Tedavide olmak istiyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aşağıdaki sorular çeşitli yaşam alanlarında karşılaştığınız sorunlara ilişkindir. Sorunların ne kadar sıklıkla ortaya çıktığını veya son 30 günde bunlardan dolayı kendinizi ne kadar sınırlanmış hissettiğinizi belirtiniz.

Ölçüt şu şekildedir:

0 = Sorun yok veya sizin durumunuza uygun değil.

1 = Nadiren sorun var veya hafif sınırlanma

2 = Bazen sorun var veya orta derecede sınırlanma

3 = Sıkça sorun var veya önemli ölçüde sınırlanma

4 = Sürekli sorun var veya tam sınırlanma

Hiç/Yok / geçerli değil Nadiren / Hafif Bazen / Orta ölçüde Sık / şiddetli Daima / Tamamen

30 gün

	Hiç/Yok / geçerli değil	Nadiren / Hafif	Bazen / Orta ölçüde	Sık / şiddetli	Daima / Tamamen
1 Hayat arkadaşınızla sorunlarınız oldu mu? (Ya da hayat arkadaşınızın olmaması zor muydu?)	0	1	2	3	4
2 Çocuğunuz/çocuklarınız ile uğraşırken sorunlarınız oldu mu?	0	1	2	3	4
3 Aileniz veya arkadaşlarınızla sorunlarınız oldu mu?	0	1	2	3	4
4 İşi vereniniz, teknik personel, hizmet sağlayıcılar veya sağlık sektörü personeliyle ilişkilerinizde sorunlarınız oldu mu?	0	1	2	3	4
5 Diğer insanlarla iletişim kurmak veya etkileşim içinde olmak sizin için zor oluyor muydu?	0	1	2	3	4
6 İşiniz veya meslek eğitiminizde sorunlarınız oldu mu?	0	1	2	3	4
7 Paranızı idare etmekte sorunlarınız oldu mu?	0	1	2	3	4
8 Boş zaman etkinlikleri yapmak veya kendinize zaman ayırmak (örn. spor yapmak, rahatlamak) sizin için zor oluyor muydu?	0	1	2	3	4
9 İman ve dini etkinliklerle uğraşmak (örn. dini cemaatler, yaşamın anlamını bulmak için etkinlikler) size zor geliyor muydu?	0	1	2	3	4
10 Evsiz kaldınız mı veya konut durumunuzla ilgili diğer sorunlarla karşılaştınız mı?	0	1	2	3	4
11 Alışveriş, yemek öğünlerini hazırlama veya ev işleri gibi günlük işleri yerinde getirmek sizin için zor oluyor muydu?	0	1	2	3	4
12 Kendi bakımınızı yapmak, yani yıkanmak, vücut bakımı yapmak ve giyinmek sizin için zor oluyor muydu?	0	1	2	3	4
13 Güvenli bir uyuma yeri veya koruyucu giysi bulmak sizin için zor muydu?	0	1	2	3	4
14 Sağlıklı beslenmek ve sağlıklı kalmak sizin için zor oluyor muydu?	0	1	2	3	4
15 Doktor tavsiyelerine uymak veya tedavilerde yardımcı olmak size zor geliyor muydu? Gerekli olduğu halde doktor randevularından kaçındığınız oluyor muydu?	0	1	2	3	4
16 Farklı partnerlerle korumasız cinsel ilişkiye giriyor muydunuz, uyuşturucu madde (veya alkol) etkisi altında taşıt trafiğine çıkıyor muydunuz veya steril olmayan enjeksiyonları kullanıyor muydunuz?	0	1	2	3	4
17 Günlük rutin işlerinizi planlamakta, halletmekte ve bunlarla başa çıkmada zorluk çekiyor muydunuz?	0	1	2	3	4
18 Zor durumlarda stresle başa çıkmada veya yüksek sorumluluk gerektiren işlerde baskı ile başa çıkmada zorlanıyor muydunuz?	0	1	2	3	4
19 Yeni bir şey öğrenmek veya sorunlarınızı çözmek veya karar vermek size zor geliyor muydu?	0	1	2	3	4

8. Durumlar

Aşağıdaki sorular sağlığınıza yeniden kavuşmanız, alkol veya uyuşturucu madde tüketiminiz veya şans oyunları oynama tutumunuzu değiştirmeniz üzerinde olumsuz etkisi olan durumlara ilişkindir. Bu sorular geçen 30 günlük süreyi kapsamaktadır.

Ölçüt şu şekildedir:

0 = Olumsuz etki yok veya mevcut değil

1 = Hafif olumsuz etki

2 = Orta derecede olumsuz etki

3 = Yüksek ölçüde olumsuz etki

4 = Olağan dışı yükseklikte olumsuz etki

Yok /
mevcut
değil

Hafif

Orta
derece

Yüksek
ölçüde

Olağan
dışı

1 Çevrenizde rehabilitasyonunuz üzerinde olumsuz etkisi olan insanlar var mı?

0 1 2 3 4

2 Geçen yıl hayatınızda merkezi bir yeri olan bir insanı kaybettiniz mi, örn. ölüm veya boşanma nedeniyle ve bunun sizin rehabilitasyonunuz üzerinde olumsuz bir etkisi oldu mu?

0 1 2 3 4

3 Toplumun ruhsal bozuklukları olan insanlara karşı sergilediği ve rehabilitasyonunuz üzerinde olumsuz etkileri olan genel tutumla sorunuz var mı?

0 1 2 3 4

4 Hukuki bağlamda irtibatınız var mı veya rehabilitasyonunuz üzerinde olumsuz etkileri olan hukuki tedbirler bulunmakta mıdır?

0 1 2 3 4

5 Rehabilitasyonunuz üzerinde olumsuz etkisi olan başka durumlar var mı? Şayet bu sizin durumunuza uyuyorsa bu olumsuz durumları yazınız. Olumsuz etkinin ne kadar büyük olduğunu işaretleyiniz. Başka olumsuz etkenler yoksa «0» şıkkını işaretleyiniz.

0 1 2 3 4



9. Son sorular

Son sorular anket formunun doldurulmasına ve olası gelecek adımlara ilişkindir.

İsabet
etmiyor

Az isabet
ediyor

Kısmen isabet
ediyor

Kabul etmek

Tam isabet
ediyor

1 Soruları iyi anladım.

2 Formu doldurmak bana kolay geldi.

3 Sorunlarımın açıklanması açısından bu soruları önemli buluyorum.

4 Sorular bana çok fazla geldi.

5 Formu doldurmak için yaklaşık olarak ne kadar zaman harcadınız?

..... dakika

6 Formu doldurmak size zor geldiyse bunlar ne tür zorluklardı?



7 Dile getirmek istediğiniz ve size danışmanlık yapılması açısından önemli olan başka şeyler var mı?

Evet →
Hangileri?
Hayır

