

Aşağıdaki soruları okuyunuz ve sizin için doğru olan seçenekleri daire içine alarak; açıklama istenen sorularda ise yazarak yanıt veriniz.

Adı-Soyadı : _____

Tarih: ____ / ____ / ____

1) Doğum tarihiniz : ____ / ____ / ____

2) Doğum yeriniz : _____

3) Yaşadığınız semt ve il : _____

4) Cinsiyetiniz : ☐ Erkek ☐ Kadın

5) Medeni durum : ☐ Bekar ☐ Evli ☐ Nişanlı/sözlü

6) Öğrenim durumu: kaçınıcı sınıfa devam ediyorsunuz:

- 1. Okur-yazar değil ☐
- 2. İlkokul ☐
- 3. Ortaokul ☐
- 4. Lise ☐

7) Anne ve Babanız

- 1. Birlikteler ☐
- 2. Boşandılar ☐
- 3. Boşanmadılar ancak ayrı yaşıyorlar ☐
- 4. Annem vefat etti ☐
- 5. Babam vefat etti ☐
- 6. Annem ve babam vefat etti ☐

8) Annenizin yaşı: _____

9) Babanızın yaşı: _____

10) Babanızın öğrenim durumu:

- ☐ Hiçbir okul mezunu değil ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu
- ☐ Lise mezunu ☐ Yüksek okul mezunu ☐ Üniversite mezunu ☐ İleri eğitim görmüş(mastır, doktora)

11) Annenizin öğrenim durumu:

- ☐ Hiçbir okul mezunu değil ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu
- ☐ Lise mezunu ☐ Yüksek okul mezunu ☐ Üniversite mezunu ☐ İleri eğitim görmüş(mastır, doktora)

12) Babanızın mesleği:

- ☐ İşçi ☐ Esnaf/Tüccar ☐ Memur ☐ Çiftçi ☐ Serbest meslek (doktor, avukat vb)

13) Annenizin mesleği:

- ☐ İşçi ☐ Esnaf/Tüccar ☐ Memur ☐ Çiftçi ☐ Serbest meslek (doktor, avukat vb)
- ☐ Ev hanım

14) Kardeş sayısı (toplam):

1. ☐ tek çocuk
2. ☐ 2
3. ☐ 2-5
4. ☐ 5'ten fazla

15) Kimlerle yaşıyorsunuz?

☐ Anne-Baba ☐ Kardeş ☐ Akraba ☐ Arkadaş ☐ Diğer:

16) Okul başarınız size göre nasıl?

☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok kötü

17) Bulunduğunuz yere başka bir yerden göç ederek mi geldiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

18) Şimdiye kadar herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

19) Bilinen herhangi bir hastalığınız var mı?

☐ Evet _____ ☐ Hayır

Not: Yanıt evet ise hastalığı belirtiniz.

20) Son 1 ay içerisinde herhangi bir ilaç kullandınız mı?

☐ Evet _____ ☐ Hayır

Yanıtınız evetse kullandığınız ilacın adını ve süresini belirtiniz:

21) son 1 ay içerisinde gribal enfeksiyon, ateş benzeri herhangi bir enfeksiyöz rahatsızlık geçirdiniz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

22) Herhangi bir alışkanlığınız var mı?

☐ Sigara ☐ Alkol ☐ Madde

23) Alkol ya da madde kullanıyorsanız en son ne zaman aldınız?

24) Ailenizde ruhsal/psikolojik rahatsızlığı olan var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Evetse kimin/kimlerin ne rahatsızlığı var?

(Açıklayınız) _____

25) Ailenizde önemli tıbbi rahatsızlığı olan var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Evetse kimin/kimlerin ne rahatsızlığı var?

(Açıklayınız) _____

26) Hiç intihar girişiminiz oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise, kaç defa: _____

Hangi şekilde: _____

Hangi tarihlerde: ____/____/____

27) Hiç intihar planı yaptığınız oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

28) Daha önce ailenizde/ akrabalarınızda/ arkadaşlarınızda intihar girişiminde bulunan oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise, Kim: _____

Ne Şekilde: _____

Ölen Varmı:

29) Şu anda intihar düşünceniz var mı?

☐ Var ☐ Yok

İNTİHAR GİRİŞİMİ OLANLAR İÇİN

30) Girişimin türü:

☐ Fazla miktarda ilaç içme ☐ Kesici silahla ☐ Ası
☐ Tarım ilacı içme ☐ Yüksekten atlama ☐ Ateşli silahla ☐ Diğer:

31) Girişim öncesi plan yaptınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

32) Girişim öncesi bir günden uzun süre boyunca intihar düşünceniz oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

33) Girişim öncesinde herhangi bir tehdit davranışında bulundunuz mu?

☐ Evet ☐ Hayır

34) Girişim öncesinde bilinen herhangi bir fiziksel hastalığınız var mıydı?

☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise : _____

Hastalığın adı : _____

Kullandığınız ilaçlar : _____

35) Girişim öncesi son bir hafta içinde herhangi bir psikiyatri kliniğine başvurduğunuz mu?

☐ Evet ☐ Hayır

36) Girişim sırasında alkol ya da madde etkisi altında mıydınız?

☐ Evet ☐ Hayır

37) Girişimin hemen öncesinde size sıkıntı veren herhangi bir stresli olayla karşılaştınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

38) Girişimden sonraki dönemde size hala sıkıntı verebilecek bir yaşantınız olacak mı?

☐ Var ☐ Yok

39) Size destek olan kişiler var mı?

☐

Var

☐

Yok

40) Girişim sonrası yardım arama davranışında bulundunuz mu? (haber verme, hastaneye başvurma gibi)

☐

Evet

☐

Hayır

Major Depresif Bozukluk grupları için (Görüşmeciler tarafından doldurulacaktır.)

1. Hastanın geçmiş/şimdiki tanısı/tanıları/MDB süresi/epizod sayısı (DSM-IV) (K-SADS GÖRÜŞMESİ İLE)

A).....

B).....

2. Hastalığın başlangıç yaşı :..... Toplam hastalık süresi :(yıl, ay)

3. Şimdiki tedavi: Tedavi almıyor ☒ Tedavi alıyor ☐

4. Kullanmakta olduğu ilaç isimleri ve dozları/ (varsa):

_____ mg/g almakta olduğu süre: _____/hafta-ay-yıl

_____ mg/g almakta olduğu süre: _____/hafta-ay-yıl