



Major (ICD-10) Depresyon Envanteri

Aşağıdaki sorular, son iki hafta süresince kendinizi nasıl hissettiğiniz hakkındadır. Lütfen kendinizi nasıl hissettiğinize en yakın gelen kutucuğu işaretleyin.

| | Son iki hafta boyunca geçen zamanın ne kadarında, ... | | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Her zaman | Çoğu zaman | Geçen zamanın yarısından çoğunda | Geçen zamanın yarısından daha azında | Bazen | Hiçbir zaman |
| 1 | kendinizi kederli veya üzgün hissettiniz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | günlük faaliyetlerinize olan ilginizi kaybettiniz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | enerjinizde ve gücünüzde eksilme hissettiniz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | kendinize olan güveninizin azaldığını hissettiniz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | suçluluk duyduunuz ya da vicdan azabı yaşadınız? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | hayatın yaşamaya değmediğini düşündünüz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | dikkatinizi toplamakta güçlük çektiniz? (örneğin gazete okurken veya televizyon seyredirken) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8a | kendinizi, yerinizde duramayacak kadar huzursuz hissettiniz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8b | hareketlerinizi yavaşlamış hissettiniz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | geceleri uyumakta güçlük çektiniz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10a | iştahınızın azalmasından yakındınız? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10b | iştahınızın artmasından yakındınız? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

İsim: _____

Tarih: _____