

AD SOYAD:

TARİH:

Nikotin kullanımıyla ilgili deneyimleriniz hakkında sizin kendi düşüncelerinizle ilgileniyoruz. Başkalarının neye inandığı ya da sizin neye inanmanızı istedikleri ile İLGİLENMİYORUZ.

Nikotin kullanımı sırasında veya arasında aşağıdaki deneyimlerden herhangi birini hiç yaşayıp yaşamadığınızı, soruları okuyarak Evet ya da Hayır seçeneğini işaretleyip belirtiniz.

	Evet	Hayır
A) Huzursuzluk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Gerginlik veya kaygı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Sinirlilik veya ruh hali değişimleri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) İştahta değişiklikler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Konsantrasyon problemleri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Yorgunluk veya uyuşukluk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Depresif ruh hali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Uykusuzluk veya uyku bozuklukları?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) Aşırı terleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Grip benzeri semptomlar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) Yoğun nikotin isteği?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) Mide bulantısı veya baş dönmesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) Mide ağrısı veya karın krampları?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) Baş ağrısı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) Ellerde ve ayaklarda karıncalanma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P) Kusma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q) Titreme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R) Sık sık öksürme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S) Hızlı nefes alma, çarpıntı veya yüksek kan basıncı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T) Diğer: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yukarıdakilerin HEPSİNE 'HAYIR' diyorsanız, lütfen bir sonraki sayfaya geçiniz.

Yukarıdakilerden herhangi birine 'EVET' diyorsanız, deneyimlerinizi göz önünde bulundurarak, aşağıdaki ifadelere şu anki zamanda ne ölçüde katıldığınızı veya katılmadığınızı uygun rakamı daire içine alarak belirtiniz.

1. Deneyimlerim nikotin kullanımından kaynaklanıyor.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle
katılmıyorum

Orta derecede
katılmıyorum

Az derecede
katılmıyorum

Kararsızım

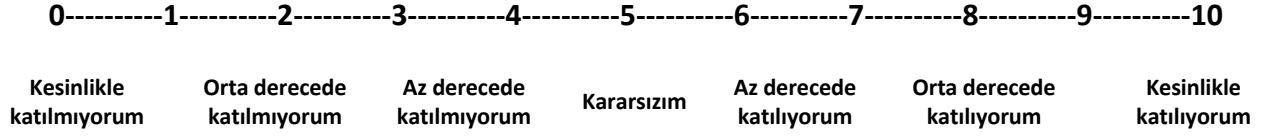
Az derecede
katılıyorum

Orta derecede
katılıyorum

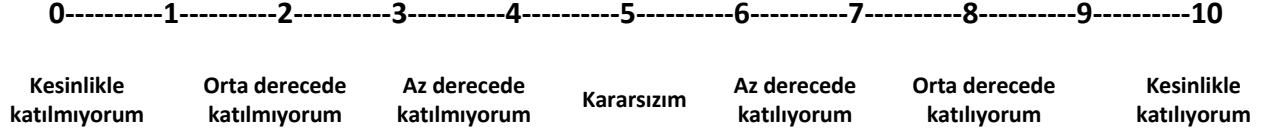
Kesinlikle
katılıyorum

Lütfen aşağıdaki ifadelerin her birine şu anki zamanda ne ölçüde katıldığınızı veya katılmadığınızı uygun rakamı daire içine alarak belirtiniz

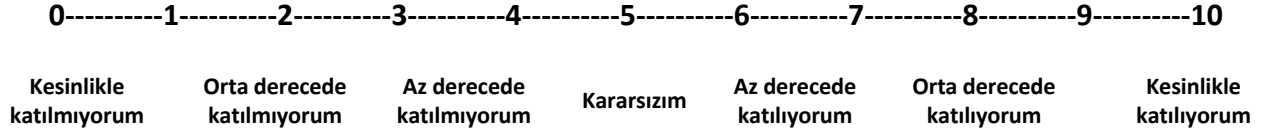
2. Nikotin kullanma sorunum var.



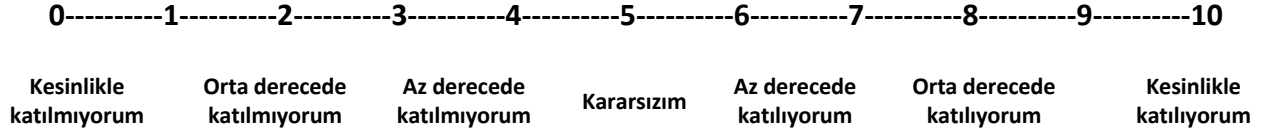
3. Nikotin bağımlılığım için yardıma İHTİYACIM var.



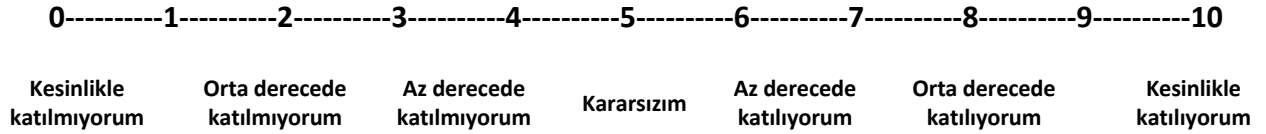
4. Nikotini her zaman bilinçli bir şekilde kullanırım.



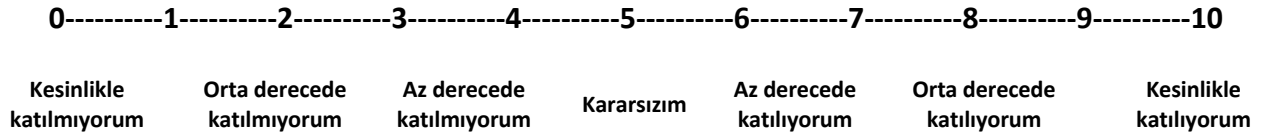
5. Mevcut nikotin alışkanlıklarıma güvenle devam edebilirim.



6. Nikotin kullanımım hayatımda olumsuz sonuçlara yol açtı veya açabilir (örn. bağımlılık, kalp veya akciğer hastalığı, kanser, erken yaşta ölüm).



7. Nikotin kullanımım için tedaviye İHTİYACIM var.



BİTTİ

Farkındalık Kategorisi	Hesaplama	Puan ¹
Hastalık Farkındalığı	$S2_ + (10 - S4_)$ ÷ toplam cevap sayısı__	
Semptom Atfı	S1__ *Uygulanamaz olarak işaretlenen soruları hariç tutunuz.	
Tedavi İhtiyacı Farkındalığı	$S3_ + (10 - S5_) + S7_ $ ÷ toplam cevap sayısı__	
Negatif Sonuçların Farkındalığı	S6__	
	Ara toplam (puanların toplamı)	
NAS Ortalama Toplam Puanı ²	Ara toplam ÷ __	

¹ Farkındalık Kategorisi puanlarının her biri eğer o kategori için HAYIR olarak tanımlandıysa boş bırakılmalıdır.

² Toplam puan ortalaması Ara Toplam ÷ 4 veya puan hesaplanabilen Farkındalık Kategorisi sayısı olmalıdır.