

Name _____

KOREAN

Date _____

**약물 남용 진단을 위한 간단한 측정법-수정판 (MSSI-SA)
자가 기입 방식**

작성방법: 다음 질문들은 귀하의 알코올 및 의사의 처방전이 필요한 약들이나 또는 처방전 없이 살수 있는 약을 포함한 기타 약물의 사용에 관한 내용입니다. 귀하의 답변은 비밀이 보장됩니다. 가장 알맞은 답변에 표시해 주십시오. 이 프로그램에서 지난 6 개월 간의 경험을 기준으로 질문에 응답해 주십시오.

이 서식을 작성해 주시면 귀하에게 필요한 내용을 알아내서 적절한 서비스를 제공하는데 도움이 됩니다. 이 서식에 대한 답변 내용으로 인해 귀하께서 서비스나 진료, 또는 치료 과정에서 제외되는 일은 없습니다.

지난 6 개월 동안...

	예	아니오
1a. 알코올이나 기타 약물을 사용한 적이 있습니까? (예: 와인, 맥주, 독한 술, 마리화나, 코카인, 헤로인이나 기타 아편류, 각성제, 진정제, 환각제, 흡입제 등)		
1b. 의사의 처방전이 필요한 약들이나 또는 처방전 없이 살수 있는 약물을 복용한적이 있습니까? (예: 수면제, 진통제, 진정제 또는 Valium, Xanax 나 Ativan 같은 항불안제)		
2. 본인이 알코올이나 기타 약물을 과도하게 사용하고 있다고 생각합니까? (의사의 처방전이 필요한 약 또는 처방전 없이 살수 있는 약을 포함한 기타 약물들을 권장치 보다 많이 복용한 경우도 해당됨)		
3. 알코올이나 기타 약물 복용이나 사용을 줄이거나 중단하려고 시도한 적이 있습니까?		
4. 음주나 약물 사용으로 인해 다른 사람에게 도움을 요청한 적이 있습니까? (예: 알코올중독자협회, 마약중독자협회, 코카인중독자협회, 상담사 또는 치료 프로그램 등.)		

다음 장에 계속 응답해 주십시오 ⇒

약물남용 진단을 위한 간단한 측정법-수정판 (앞장에서 이어짐)

5. 건강상의 문제를 경험한 적이 있습니까? 다음 중 해당 항목에 표시해 주십시오: <input type="checkbox"/> 정신을 잃거나 일정 기간의 기억 상실을 경험했다. <input type="checkbox"/> 음주나 약물 사용 후에 머리를 다친 적이 있다. <input type="checkbox"/> 경련과 진전섬망 증세(“Delirium Tremens”)를 경험했다. <input type="checkbox"/> 간염이나 기타 간 관련 질환을 앓은 적이 있다. <input type="checkbox"/> 사용을 중단하면 몸이 아프거나, 떨리고, 우울해지곤 했다. <input type="checkbox"/> 약물 사용을 중단하자 “금단 현상”을 느끼거나, 벌레가 피부 아래에서 온 몸을 기어다니는 듯한 느낌이 들었다. <input type="checkbox"/> 음주나 약물 사용 후에 다친 적이 있다. <input type="checkbox"/> 투약하기 위해 주사기를 사용한 적이 있다.

예 아니오

6. 본인의 음주나 약물 사용으로 인해 가족이나 친구들 사이에서 문제를 일으킨 적이 있습니까?		
7. 본인의 음주나 약물 사용으로 인해 학교나 직장에서 문제를 일으킨 적이 있습니까?		

예 아니오

8. 체포되거나 기타 법적인 문제를 경험한 적이 있습니까? (예: 발행 수표 지급 거절, 음주 운전, 절도, 약물 소지 등.)		
9. 음주나 기타 약물을 사용하는 중에 흥분했거나, 다투거나 싸운 적이 있습니까?		
10. 원하는 효과를 얻기 위해 점점 더 많은 양의 술을 마시거나 약물을 사용해야 합니까?		
11. 알코올이나 기타 약물에 대해 생각하거나 이를 구하기 위해 많은 시간을 투자하고 있습니까?		
12. 음주나 약물을 사용할 때 평상시에는 하지 않는 행동을 더 하고 싶은 충동을 느끼니까? (예를들면, 규정 위반이나 법률 위반, 본인에게 중요한 물건을 팔거나, 피임용구를 사용하지 않은 채 다른 사람과 성관계를 갖는 등)		
13. 음주나 약물 사용에 대해 기분이 나쁘거나 죄의식을 느끼니까?		

다음 장에 계속 응답해 주십시오 ⇒

Name _____

KOREAN

Date _____

다음 질문들은 현재까지 평생동안의 경험에 대한 내용입니다.

예 아니오

14. 음주나 기타 약물 문제를 경험한 적이 있습니까?		
15. 가족 중에서 음주나 약물 문제를 경험한 사람이 있습니까?		
16. 현재 자신에게 음주나 약물 문제가 있다고 생각합니까?		

본 질문서를 작성해 주셔서 감사합니다.