

İSİM/KİMLİK:

TARİH:

ALKOL KULLANIM FARKINDALIĞI VE İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ

Alkol tüketimiyle ilgili kendi inançlarınızla ilgileniyoruz. Başkalarının neye inandığıyla ilgilenmiyoruz.

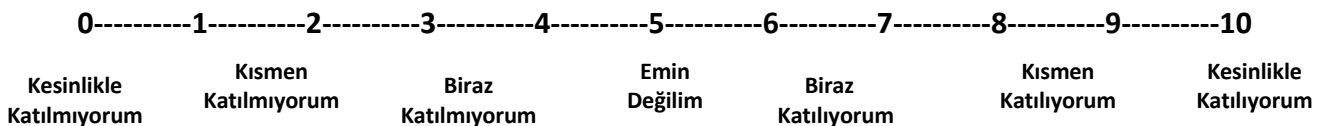
Alkol kullanımı sırasında veya arasında aşağıdaki deneyimlerden herhangi birini hiç yaşayıp yaşamadığınızı, soruları okuyup Evet veya Hayır olarak işaretleyerek belirtin.

	Evete	Hayır
A) Huzursuzluk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Gerginlik veya kaygı problemi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Sinirlilik, ruh hali değişkenliği, ajitasyon veya saldırganlık?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) İştah değişiklikleri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Konsantrasyon veya unutkanlık sorunları?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Uyku bozuklukları (örn. çok fazla veya çok az uyumak)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Yorgunluk veya halsizlik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Depresif ruh hali, umutsuzluk veya çaresizlik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) İntihar düşünceleri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Konuşma güçlüğü veya geveleyerek konuşma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) Koordinasyon eksikliği, dengesizlik veya hareketleri kontrol etmede zorluk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) Titreme, sarsaklık veya diğer anormal hareketler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) Aşırı terleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) Alkol kullanımına yönelik yoğun istekler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) Alkol kullanımı hakkında inatçı düşünceler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P) Kalp atış hızı veya kan basıncı artışı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q) Mide bulantısı, kusma veya ishal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R) Nöbet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S) Geçici hafıza kaybı (yani, bir gece alkol kullanımı sırasında meydana gelen olaylara dair hafıza kaybı gibi)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T) Yoğun kafa karışıklığı, sesler duymaveya görsel halüsinasyonlar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U) Diğer: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eğer yukarıda yer alan maddelerin HEPSİNE 'Hayır' cevabını verdiyseniz, bir sonraki sayfaya geçebilirsiniz.

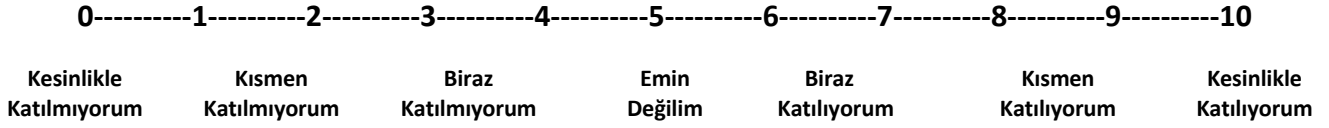
Eğer yukarıda yer alan maddelerden herhangi birine 'Evete' cevabını verdiyseniz, aşağıdaki ifadeye deneyimlerinizi aklınızda tutarak şu anda ne ölçüde katılıp katılmadığınızı size en uygun olan sayıyı daire içine alarak belirtiniz.

1) Deneyimlerim içki içmemden kaynaklanıyor.

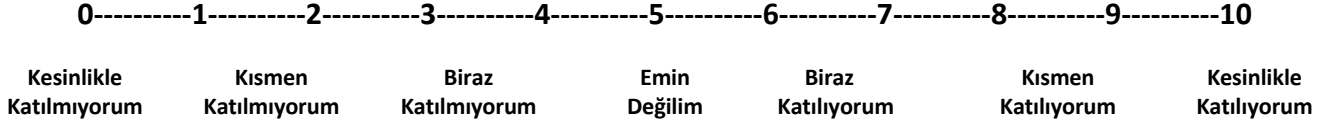


Lütfen aşağıdaki ifadelerin her birine şu anda ne ölçüde katılıp katılmadığınızı uygun sayıyı daire içine alarak belirtiniz.

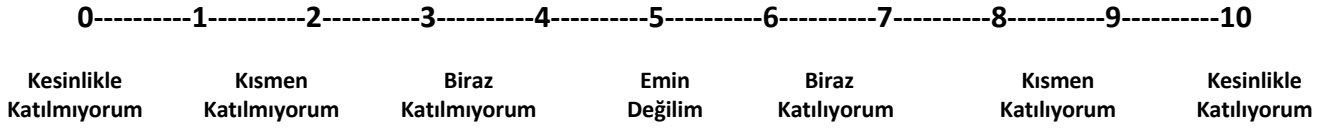
2) İçki içme sorunu yaşıyorum.



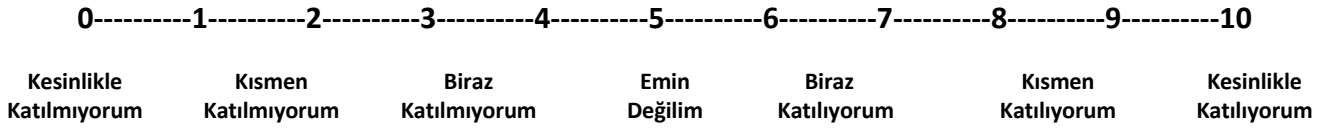
3) İçki içme problemim konusunda yardıma İHTİYACIM var.



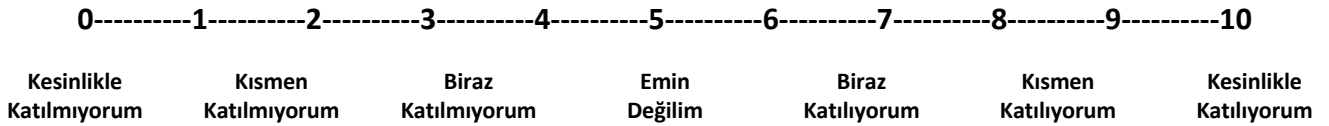
4) Her zaman sorumlu bir şekilde içerim.



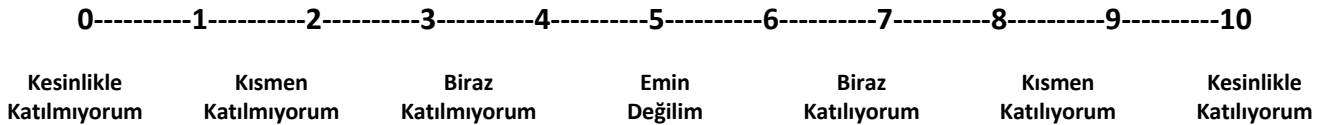
5) Mevcut içme alışkanlıklarımı güvenle sürdürebilirim.



6) İçki içmem hayatımda olumsuz sonuçlara (örn. bağımlılık, sağlık, iş, aile, sosyal, mali veya yasal sorunlar) yol açtı veya açabilir.



7) İçki içtiğim için tedaviye İHTİYACIM var.



SON