

가족 평가 설문지 II

이름(활자체로 기입):

날짜:

1. 다음 중에서 지난 2년 사이에 경험한 항목이 있다면 어느 것입니까? (해당되는 모든 항목에 체크)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 부부(혼인상의) 화해 | <input type="checkbox"/> 이혼 |
| <input type="checkbox"/> 배우자 또는 파트너와의 별거 | <input type="checkbox"/> 직장에서의 해고 |
| <input type="checkbox"/> 가족 구성원의 건강 상태 변화 | <input type="checkbox"/> 자녀, 가족 구성원 또는 가까운 친구의 사망 |
| <input type="checkbox"/> 임신 | <input type="checkbox"/> 재정적 문제 |
| <input type="checkbox"/> 불임 치료 | <input type="checkbox"/> 신체적 외상, 상해 또는 질병 |
| <input type="checkbox"/> 직업 변경 | <input type="checkbox"/> 위의 목록 중에는 없음 |

2. 다음 행위 또는 약물(마약)로 인해 귀하 또는 귀하의 배우자나 파트너를 걱정하게 만든 적이 있습니까?

(해당되는 모든 항목에 체크)

귀하 본인 배우자 또는 파트너

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 없음(배우자 또는 파트너가 없음)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 도박..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 지출/소비..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 음식..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 섹스..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 알코올..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 약물..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 분노 조절..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 흡연..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 직업/일..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 위의 목록 중에는 없음..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. 귀하가 어렸을 때 귀하의 부모님이 알코올 또는 기타 약물 종류를 남용한 사실이 있습니까? (해당되는 모든 항목에 체크)

- 없음 어머니 아버지 계부/계모 나를 양육한 사람(들)

4. 가족 중에 알코올 또는 기타 약물 남용자는 누구입니까? (해당되는 모든 항목에 체크)

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 귀하 본인 | <input type="checkbox"/> 어머니 | <input type="checkbox"/> 남 형제 | <input type="checkbox"/> 이모/고모/숙모 | <input type="checkbox"/> 사촌 |
| <input type="checkbox"/> 배우자 또는 파트너 | <input type="checkbox"/> 아버지 | <input type="checkbox"/> 여 형제 | <input type="checkbox"/> 고모부/이모부/삼촌 | <input type="checkbox"/> 결혼 관계의 인척 |
| <input type="checkbox"/> 아들 | <input type="checkbox"/> 계모 | <input type="checkbox"/> 할머니 | <input type="checkbox"/> 질녀 | <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음 |
| <input type="checkbox"/> 딸 | <input type="checkbox"/> 계부 | <input type="checkbox"/> 할아버지 | <input type="checkbox"/> 조카 | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |

5. 가정 내에 알코올/약물 남용 문제가 있었던 경우, 그 문제를 어떻게 처리했습니까? (해당되는 모든 항목에 체크)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 그것이 가정 문제였던 적이 없다 | <input type="checkbox"/> 별로 신경 쓰지 않았다 |
| <input type="checkbox"/> 남용자와 맞섰다 | <input type="checkbox"/> 믿을 수 있는 친구 또는 배우자나 파트너에게 털어놓았다 |
| <input type="checkbox"/> 그 문제에 대해 교육을 받았다 | <input type="checkbox"/> 상담을 요청했다 |
| <input type="checkbox"/> 해당 가족 구성원은 회복 중이다 | <input type="checkbox"/> 그 문제로 여전히 힘들다 |
| <input type="checkbox"/> 12 단계 프로그램에 참여하고 있다 | <input type="checkbox"/> 그 일에 대해 아무에게도 이야기한 적이 없다 |
| <input type="checkbox"/> 기타: _____ | |

6. 귀하 및 귀하의 배우자나 파트너가 술을 마시는 평균 빈도와 양은 얼마나 됩니까?

귀하 본인 배우자 또는 파트너

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 없음(배우자 또는 파트너가 없음)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 매일, 1~3번..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 매일, 4번 이상..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 일주일에 몇 번, 1~3번..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 일주일에 몇 번, 4번 이상..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 한 달에 몇 번, 1~3번..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 한 달에 몇 번, 4번 이상..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1년에 몇 번, 1~3번..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1년에 몇 번, 4번 이상..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 술을 전혀 마시지 않음..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. 귀하 및/또는 귀하의 배우자나 파트너가 아침에 일어나자마자 음주를 한 적이 있습니까?

- 있음, 귀하 본인 있음, 귀하의 배우자 또는 파트너 없음

8. 귀하 및/또는 귀하의 배우자나 파트너가 지나치게 많은 술을 마신 적이 있었습니까?

- 있음, 귀하 본인 있음, 귀하의 배우자 또는 파트너 없음

9. 다음 중에서 귀하 또는 귀하의 배우자나 파트너가 음주 행위의 직접 또는 간접적인 결과로서 경험한 것이 있습니까?
(해당되는 모든 항목에 체크)

귀하 본인 배우자 또는 파트너

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 없음(배우자 또는 파트너가 없음)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 법적인 문제..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 결근..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 사고..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 실직..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 건강 문제..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 폭력 행위..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 가족 또는 친구와의 싸움..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 독립 알코올 치료 프로그램..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 외래환자 알코올 치료 프로그램..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 위의 목록 중에는 없음..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. 다음 중에서 귀하 또는 귀하의 배우자나 파트너가 사용한 적이 있는 것은 어느 것입니까? (해당되는 모든 항목에 체크)

귀하 본인 배우자 또는 파트너

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 없음(배우자 또는 파트너가 없음)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 바르비투르염/수면제..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 메탐페타민/암페타민/각성제..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 처방전 없이 구입할 수 있는 살 빼는 약/기타 흥분제..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 환각제/LSD/실로사이빈/메스칼린..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 흡입제/본드/휘발성 용제..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 퀘일루드..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 메타돈..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 헤로인/모르핀/아편..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 코카인/크랙..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 마리화나/대마초..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 신경안정제..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 진통제..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PCP..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 클럽 마약/엑스터시/GHB/로힍놀/케타민..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 위의 목록 중에는 없음..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. 다음 중에서 귀하 및/또는 귀하의 배우자나 파트너가 처방약 또는 불법 약물 사용 행위의 직접 또는 간접적인 결과로서 경험한 것이 있습니까? (해당되는 모든 항목에 체크)

귀하 본인 배우자 또는 파트너

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 없음(배우자 또는 파트너가 없음)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 법적인 문제 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 결근 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 사고 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 실직 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 건강 문제 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 폭력 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 가족 또는 친구와의 싸움 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 입원환자 약물(마약) 치료 프로그램..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 외래환자 약물(마약) 치료 프로그램..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 위의 목록 중에는 없음..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. 어린시절에 누군가(성인 또는 미성년자)가 귀하에게 자신과 성적인 접촉을 하도록 속이거나 강요한 적이 있습니까?

- 있음 없음 이러한 일이 내게 있었는지 잘 모르겠음

13. 어린 시절에 누군가가 귀하를 때리거나, 밀거나, 채찍질하거나, 물거나, 주먹으로 치거나, 손으로 때리거나, 화상을 입혀서 귀하의 신체에 상처가 남은 적이 있습니까?

- 있음 없음 이러한 일이 내게 있었는지 잘 모르겠음

14. 성인이 되어 성적 학대를 당하거나 성폭행 또는 성추행을 당한 적이 있습니까?

- 있음 없음

15. 성인이 되어 신체적 학대, 폭행 또는 구타를 당한 적이 있습니까?

- 있음 없음

16. 가족 중에서 성인이 되어 혹은 어린 시절에 성적학대, 성폭행 또는 성추행을 당해온 사람은 누구입니까? (해당되는 모든 항목에 체크)

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음 | <input type="checkbox"/> 어머니 | <input type="checkbox"/> 남 형제 | <input type="checkbox"/> 이모/고모/숙모 | <input type="checkbox"/> 사촌 |
| <input type="checkbox"/> 배우자 또는 파트너 | <input type="checkbox"/> 아버지 | <input type="checkbox"/> 여 형제 | <input type="checkbox"/> 고모부/이모부/삼촌 | <input type="checkbox"/> 결혼 관계의 인척 |
| <input type="checkbox"/> 아들 | <input type="checkbox"/> 계모 | <input type="checkbox"/> 할머니 | <input type="checkbox"/> 질녀 | <input type="checkbox"/> 가족이 아닌 사람 |
| <input type="checkbox"/> 딸 | <input type="checkbox"/> 계부 | <input type="checkbox"/> 할아버지 | <input type="checkbox"/> 조카 | <input type="checkbox"/> 기타:_____ |

17. 가족 중에서 성인이 되어 혹은 어린 시절에 신체적학대, 폭행 또는 구타를 당해온 사람은 누구입니까? (해당되는 모든 항목에 체크)

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음 | <input type="checkbox"/> 어머니 | <input type="checkbox"/> 남 형제 | <input type="checkbox"/> 이모/고모/숙모 | <input type="checkbox"/> 사촌 |
| <input type="checkbox"/> 배우자 또는 파트너 | <input type="checkbox"/> 아버지 | <input type="checkbox"/> 여 형제 | <input type="checkbox"/> 고모부/이모부/삼촌 | <input type="checkbox"/> 결혼 관계의 인척 |
| <input type="checkbox"/> 아들 | <input type="checkbox"/> 계모 | <input type="checkbox"/> 할머니 | <input type="checkbox"/> 질녀 | <input type="checkbox"/> 가족이 아닌 사람 |
| <input type="checkbox"/> 딸 | <input type="checkbox"/> 계부 | <input type="checkbox"/> 할아버지 | <input type="checkbox"/> 조카 | <input type="checkbox"/> 기타:_____ |

18. 귀하 또는 가족 중 누군가가 신체적 또는 성적 학대를 겪었다면, 어떤식으로 그 문제를 대했습니까? (해당되는 모든 항목에 체크)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 없음 | <input type="checkbox"/> 별로 신경 쓰지 않았다 |
| <input type="checkbox"/> 학대자에게 맞았다 | <input type="checkbox"/> 배우자/파트너 또는 친구에게 털어놓았다 |
| <input type="checkbox"/> 그 문제에 대해 교육을 받았다 | <input type="checkbox"/> 상담을 요청했다 |
| <input type="checkbox"/> 아동 보호 서비스에 신고했다 | <input type="checkbox"/> 그 문제로 여전히 힘들다 |
| <input type="checkbox"/> 그 사건을 경찰에 신고했다 | <input type="checkbox"/> 학대에 대해 전혀 이야기한 적이 없다 |
| <input type="checkbox"/> 기타:_____ | |

19. 귀하 또는 가족중 누군가가 아동에 대한 신체적 학대 또는 성적 학대로 혐의를 받거나 조사를 받거나 기소되거나 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? (해당되는 모든 항목에 체크)

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음 | <input type="checkbox"/> 어머니 | <input type="checkbox"/> 남 형제 | <input type="checkbox"/> 이모/고모/숙모 | <input type="checkbox"/> 사촌 |
| <input type="checkbox"/> 배우자 또는 파트너 | <input type="checkbox"/> 아버지 | <input type="checkbox"/> 여 형제 | <input type="checkbox"/> 고모부/이모부/삼촌 | <input type="checkbox"/> 결혼 관계의 인척 |
| <input type="checkbox"/> 아들 | <input type="checkbox"/> 계모 | <input type="checkbox"/> 할머니 | <input type="checkbox"/> 질녀 | <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음 |
| <input type="checkbox"/> 딸 | <input type="checkbox"/> 계부 | <input type="checkbox"/> 할아버지 | <input type="checkbox"/> 조카 | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |

20. 귀하 또는 가족중 누군가가 다른 성인에 대한 신체적 폭행 또는 성폭행으로 혐의를 받거나 조사를 받거나 기소되거나 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? (해당되는 모든 항목에 체크)

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음 | <input type="checkbox"/> 어머니 | <input type="checkbox"/> 남 형제 | <input type="checkbox"/> 이모/고모/숙모 | <input type="checkbox"/> 사촌 |
| <input type="checkbox"/> 배우자 또는 파트너 | <input type="checkbox"/> 아버지 | <input type="checkbox"/> 여 형제 | <input type="checkbox"/> 고모부/이모부/삼촌 | <input type="checkbox"/> 결혼 관계의 인척 |
| <input type="checkbox"/> 아들 | <input type="checkbox"/> 계모 | <input type="checkbox"/> 할머니 | <input type="checkbox"/> 질녀 | <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음 |
| <input type="checkbox"/> 딸 | <input type="checkbox"/> 계부 | <input type="checkbox"/> 할아버지 | <input type="checkbox"/> 조카 | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |

21. 귀하 또는 가족 중에서 함께 살고 있는 누군가에게 한 번이라도 구타 당한 사람이 있습니까?

- 있음 없음

22. 귀하의 배우자나 파트너가 떠밀기, 손으로 때리기, 발로 차기, 주먹으로 치기, 물기, 목 조르기, 물건 던지기, बे기 또는 귀하의 의지에 반하여 성적 접촉을 강요하는 등의 행위로 귀하에게 신체적 손상을 입힌 적이 있습니까?

- 없음 전혀 한번 두 번 여러 번 자주

23. 카운슬러 또는 치료 전문가로부터 도움이 필요했던 경우, 사유는 무엇이었습니까? (해당되는 모든 항목에 체크)

- | | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 카운슬링 또는 치료를 받지 못함 | <input type="checkbox"/> 약물(마약)/알코올 문제 | <input type="checkbox"/> 스트레스 | <input type="checkbox"/> 우울증 |
| <input type="checkbox"/> 관계 문제 | <input type="checkbox"/> 직업 관련 문제 | <input type="checkbox"/> 가족 문제 | <input type="checkbox"/> 외상적 사건 |
| <input type="checkbox"/> 학교 문제 | <input type="checkbox"/> 식이 장애 | <input type="checkbox"/> 양육 문제 | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |

24. 귀하 및/또는 귀하의 배우자나 파트너가 정신 질환 치료 시설에 입원한 적이 있습니까?

- 있음, 귀하 본인 있음, 배우자 또는 파트너 없음

25. 귀하의 가족 중에 정신병력이 있는 사람이 있습니까? (해당되는 모든 항목에 체크)

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음 | <input type="checkbox"/> 어머니 | <input type="checkbox"/> 남 형제 | <input type="checkbox"/> 이모/고모/숙모 | <input type="checkbox"/> 사촌 |
| <input type="checkbox"/> 배우자 또는 파트너 | <input type="checkbox"/> 아버지 | <input type="checkbox"/> 여 형제 | <input type="checkbox"/> 고모부/이모부/삼촌 | <input type="checkbox"/> 결혼 관계의 인척 |
| <input type="checkbox"/> 아들 | <input type="checkbox"/> 계모 | <input type="checkbox"/> 할머니 | <input type="checkbox"/> 질녀 | <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음 |
| <input type="checkbox"/> 딸 | <input type="checkbox"/> 계부 | <input type="checkbox"/> 할아버지 | <input type="checkbox"/> 조카 | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |

본인은 이 설문조사지에 본인이 아는 대로 정확한 정보를 제공했음을 확인합니다.

서명

날짜