

Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)

Sprawdź, czy jesteś uzależniony(-a) od alkoholu. Odpowiedz na poniższe pytania, zaznaczając odpowiednie pola wyboru "Tak", lub "Nie" przy każdym z pytań.

1. Czy uważasz, że pijesz tyle samo lub mniej niż większość ludzi?
TAK – 0 NIE - 2
2. Czy zdarzyło się, że po piciu wieczorem następnego dnia obudziłeś (łaś) się i stwierdziłeś (łaś), że nie pamiętasz wszystkiego, co się wtedy działo?
TAK – 2 NIE - 0
3. Czy Twój małżonek, rodzice lub inni członkowie rodziny martwili się kiedyś lub narzekali z powodu Twojego picia?
TAK – 1 NIE - 0
4. Czy możesz bez trudu zaprzestać picia po jednym lub dwóch kieliszkach?
TAK – 0 NIE - 2
5. Czy kiedykolwiek miałeś (łaś) poczucie winy z powodu swojego picia?
TAK – 1 NIE - 0
6. Czy Twoi przyjaciele lub rodzina uważają, że pijesz tak samo jak większość innych ludzi?
TAK – 0 NIE - 2
7. Czy jesteś w stanie przestać pić kiedy jest to potrzebne, kiedy tego chcesz?
TAK – 0 NIE – 2
8. Czy kiedykolwiek brałeś (łaś) udział w spotkaniu AA?
TAK – 5 NIE – 0
9. Czy wdawałeś (łaś) się w kłótnie, rękoczynny po piciu?
TAK – 1 NIE – 0
10. Czy Twoje picie spowodowało kiedykolwiek problemy między Tobą a Twoją żoną (mężem) lub innymi członkami rodziny?
TAK – 2 NIE – 0
11. Czy Twoja żona (Twój mąż) lub inny członek rodziny kiedykolwiek zwracał się do kogoś o pomoc w związku z Twoim picciem?
TAK – 2 NIE – 0
12. Czy zdarzyło się, że przestałeś (łaś) się widywać z kimś spośród Twoich znajomych, przyjaciół z powodu picia?
TAK – 2 NIE – 0
13. Czy zdarzyło się, że miałeś (łaś) kłopoty w pracy lub w szkole z powodu picia?
TAK – 2 NIE – 0
14. Czy zdarzyło się, że zmieniałeś (łaś) lub straciłeś (łaś) pracę z powodu picia?
TAK – 2 NIE – 0
15. Czy zdarzyło się, że zaniedbałeś (łaś) swoje obowiązki, rodzinę lub pracę przez dwa lub więcej dni pod rząd, ponieważ piłeś (łaś)?
TAK – 2 NIE – 0
16. Czy zdarza się, że pijesz przed południem?
TAK – 1 NIE – 0
17. Czy powiedziano Ci kiedyś, że masz chorą wątrobę na przykład marskość z powodu picia alkoholu?
TAK – 2 NIE – 0

18. Czy cierpiełeś (łaś) na delirium tremens (majaczenia alkoholowe), silne drżenie rąk, słyszałeś (łaś) głosy lub widziałeś (łaś) rzeczy realnie nieistniejące?
TAK – 2 NIE – 0
19. Czy zwracałeś (łaś) się do kogoś o pomoc w związku z Twoim pićm?
TAK – 5 NIE – 0
20. Czy byłeś (łaś) kiedykolwiek w szpitalu w związku z Twoim pićm?
TAK – 5 NIE – 0
21. Czy byłeś (łaś) pacjentem (pacjentką) szpitala (oddziału) psychiatrycznego w sytuacji, której pićm było jednym z powodów hospitalizacji?
TAK – 2 NIE – 0
22. Czy zwracałeś (łaś) się kiedyś do poradni zdrowia psychicznego, lekarza, pracownika socjalnego lub księdza po poradę w problemach psychicznych, które miały choćby częściowy związek z pićm?
TAK – 2 NIE – 0
23. Czy byłeś (łaś) kiedyś zatrzymany (a) za prowadzenie pojazdu po użyciu alkoholu?
TAK – 2 NIE – 0
24. Czy byłeś (łaś) kiedyś zatrzymany (a) w izbie wytrzeźwień lub areszcie choćby na kilka godzin w związku ze swoim zachowaniem po użyciu alkoholu?
TAK – 2 NIE – 0

WYNIK -

PUNKTACJA:

- 3 pkt. i poniżej - brak problemu
4 pkt. - występowanie problemu picia
5 pkt. i powyżej - silne uzależnienie

Inna interpretacja:

- 0 – 3 brak problemu alkoholowego
4 – 10 niski poziom problemu alkoholowego
11 – 18 średni poziom problemu alkoholowego
19 i więcej wysoki poziom problemu alkoholowego