

استفاده از مشروبات الکلی ، استعمال دخانیات و مواد مخدر

تست غربالگری (ASSIST v3.1)

Persian/Farsi

	درمانگاه		نام درمانگر
	تاریخ		نام یا شماره شناسایی مراجعه کننده

مقدمه (لطفا برای مراجعه کننده بخوانید. می توان مقدمه را با شرایط محلی سازگار نمود)*

سوالات زیر بمنظور کسب اطلاعات در باره تجارب استفاده از مشروبات الکلی ، دخانیات و مواد مخدر دیگر در طول زندگی شما و در مدت سه ماهه گذشته پرسیده می شود. این مواد را می توان دود کرد ، بلعید ، از طریق بینی بالا کشید، استنشاق کرد و یا تزریق نمود (کارت جواب را نشان دهید).

ممکن است برخی از مواد فهرست شده توسط پزشک تجویز شده باشد (مثلا آمفتامین ، داروهای مسکن و آرام بخش). جهت این مصاحبه داروهایی که توسط پزشکتان **تجویز شده است را ثبت نمی کنیم**. اما اگر از این داروها به دلایل دیگری غیر از تجویز پزشک یا بیشتر از دفعات تجویز شده و یا بالاتر از دوز تجویز شده استفاده کرده اید و یا **بنحوی** استفاده کرده اید که **مورد نظر نبوده** است، لطفا به ما اطلاع دهید.

ما همچنین می خواهیم در مورد استفاده شما از مواد مخدر غیر قانونی بدانیم. لطفا اطمینان خاطر داشته باشید که اطلاعات ارائه شده توسط شما در این مورد کاملا محرمانه تلقی خواهد شد.

قبل از پرسش سوالات ، کمک کارت پاسخ را به مراجعه کننده بدهید

پرسش 1 (لطفا جواب را برای هر دسته از مواد علامت بزنید)

بله	خیر	آیا در طول زندگی خود هرگز از یکی از مواد مخدر زیر استفاده کرده اید ؟ (منظور فقط استفاده غیر پزشکی است)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. محصولات دخانیات (سیگار ، تنباکوی جویدنی ، سیگار برگ و غیره)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. نوشیدنیهای الکلی (آبجو، شراب ، مشروبات الکلی و غیره)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. کانابیس (حشیش ، گراس ، پات و غیره)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. کوکابین (کوک، کراک، و غیره)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. محرکهای از نوع آمفتامین (قرصهای اسپید ،مت، اکستزی و غیره)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. مواد استنشاقی (اکسید نیترو ، چسب، بنزین، تینر رنگ و غیره)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. داروهای مسکن یا قرصهای خواب آور(دیازوپام ، آلپرازولام، فلونیتروزپام، میدازولام و غیره)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. مواد توهم زا (ال . اس . دی، اسید، فارچ ،تریپس، کتامین و غیره)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. مخدرات (هروئین ، مورفین ،متادون ، بوپرنورفین ، کودئین و غیره)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z. مواد دیگر - مشخص کنید:

بررسی کنید که آیا همه پاسخها منفی است :
"حتی زمانی که در مدرسه بودید؟"

اگر همه پاسخها "منفی" است مصاحبه را تمام کنید.

اگر پاسخی "مثبت" است پرسش 2 را برای هر کدام از مواد مصرف شده مطرح کنید.

پرسش 2

هرگز	بار	دو یا سه	ماهانه	هفتگی	روز	تقریباً هر روز یا
0	2	3	4	6	در طول سه ماه گذشته چند بار از موادی که در بالا بدانها اشاره کردید استفاده کرده اید (ماده مخدر اول ، ماده مخدر دوم و غیره)؟	
0	2	3	4	6	a. محصولات دخانیات (سیگار، تنباکوی جویدنی، سیگار برگ و غیره)	
0	2	3	4	6	b. نوشیدنیهای الکلی (آبجو، شراب، مشروبات الکلی و غیره)	
0	2	3	4	6	c. کانابیس (حشیش، گراس، پات و غیره)	
0	2	3	4	6	d. کوکاین (کوکاین، کراک، و غیره)	
0	2	3	4	6	e. محرکهای از نوع آمفتامین (قرصهای اسپید، مت، اکستزی و غیره)	
0	2	3	4	6	f. مواد استنشاقی (اکسید نیترو، چسب، بنزین، تینر رنگ و غیره)	
0	2	3	4	6	g. داروهای مسکن یا قرصهای خواب آور (دیازوپام، آلپرازولام، فلونیتروزپام، میدازولام و غیره)	
0	2	3	4	6	h. مواد توهم زا (ال. اس. دی، اسید، قارچ، تریپس، کتامین و غیره)	
0	2	3	4	6	i. مخدرات (هروئین، مورفین، متادون، بوپرنورفین، کودئین و غیره)	
					j. مواد دیگر - مشخص کنید:	

در صورتیکه همه پاسخها به پرسش 2 "هرگز" است به پرسش 6 مراجعه کنید.

در صورت استفاده از هر کدام از مواد ذکر شده در پرسش 2 در طول سه ماه گذشته، به پرسشهای 2، 3 و 4 برای هر کدام از مواد استفاده شده پاسخ دهید.

پرسش 3

هرگز	بار	دو یا سه	ماهانه	هفتگی	روز	تقریباً هر روز یا
0	2	3	4	6	در طول سه ماه گذشته، چند بار نسبت به استفاده از موادی که در بالا اشاره کردید میل یا انگیزه داشته اید (ماده مخدر اول، ماده مخدر دوم و غیره)؟	
0	2	3	4	6	a. محصولات دخانیات (سیگار، تنباکوی جویدنی، سیگار برگ و غیره)	
0	2	3	4	6	b. نوشیدنیهای الکلی (آبجو، شراب، مشروبات الکلی و غیره)	
0	2	3	4	6	c. کانابیس (حشیش، گراس، پات و غیره)	
0	2	3	4	6	d. کوکاین (کوکاین، کراک، و غیره)	
0	2	3	4	6	e. محرکهای از نوع آمفتامین (قرصهای اسپید، مت، اکستزی و غیره)	
0	2	3	4	6	f. مواد استنشاقی (اکسید نیترو، چسب، بنزین، تینر رنگ و غیره)	
0	2	3	4	6	g. داروهای مسکن یا قرصهای خواب آور (دیازوپام، آلپرازولام، فلونیتروزپام، میدازولام و غیره)	
0	2	3	4	6	h. مواد توهم زا (ال. اس. دی، اسید، قارچ، تریپس، کتامین و غیره)	
0	2	3	4	6	i. مخدرات (هروئین، مورفین، متادون، بوپرنورفین، کودئین و غیره)	
0	2	3	4	6	j. مواد دیگر - مشخص کنید:	

پرسش 4

هرگز	باز	دو یا سه بار	ماهانه	هفتگی	تقریباً هر روز یا هر روز	در طول سه ماه گذشته، استفاده شما از (ماده مخدر اول ، ماده مخدر دوم و غیره) چند بار باعث مشکلات سلامتی ، اجتماعی ، قانونی و یا اقتصادی برای شما شده است ؟
0	2	3	4	6	a. محصولات دخانیات (سیگار، تنباکوی جویدنی، سیگار برگ و غیره)	
0	2	3	4	6	b. نوشیدنیهای الکلی (آبجو، شراب، مشروبات الکلی و غیره)	
0	2	3	4	6	c. کانابیس (حشیش ،گراس، پات و غیره	
0	2	3	4	6	d. کوکابین(کوکابین،کراک، و غیره)	
0	2	3	4	6	e. محرکهای از نوع آمفتامین (قرصهای اسپید، مت، اکستزی و غیره)	
0	2	3	4	6	f. مواد استنشاقی(اکسید نیترو، چسب، بنزین، تینرنگ و غیره)	
0	2	3	4	6	g. داروهای مسکن یا قرصهای خواب آور(دیازوپام، آلپرازولام، فلونیتروزپام، میدازولام و غیره)	
0	2	3	4	6	h. مواد توهم زا(ال. اس.دی، اسید، قارچ، تریپس، کتامین و غیره)	
0	2	3	4	6	i. مخدرات (هروئین، مورفین، متادون، بوپرنورفین، کودئین و غیره)	
0	2	3	4	6	j. مواد دیگر - مشخص کنید:	

پرسش 5

هرگز	باز	دو یا سه بار	ماهانه	هفتگی	تقریباً هر روز یا هر روز	در طول سه ماه گذشته، استفاده از(ماده مخدر اول ، ماده مخدر دوم و غیره) چند بار باعث شده است که شما نتوانید کارهای روزمره خود را انجام دهید؟
0	2	3	4	6	a. محصولات دخانیات (سیگار، تنباکوی جویدنی، سیگار برگ و غیره)	
0	2	3	4	6	b. نوشیدنیهای الکلی (آبجو، شراب، مشروبات الکلی و غیره)	
0	2	3	4	6	c. کانابیس (حشیش ،گراس، پات و غیره	
0	2	3	4	6	d. کوکابین (کوکابین،کراک، و غیره)	
0	2	3	4	6	e. محرکهای از نوع امفتامین (قرصهای اسپید، مت، اکستزی و غیره)	
0	2	3	4	6	f. مواد استنشاقی(اکسید نیترو، چسب، بنزین، تینرنگ و غیره)	
0	2	3	4	6	g. داروهای مسکن یا قرصهای خواب آور(دیازوپام، آلپرازولام، فلونیتروزپام، میدازولام و غیره)	
0	2	3	4	6	h. مواد توهم زا(ال. اس.دی، اسید، قارچ، تریپس، کتامین و غیره)	
0	2	3	4	6	i. مخدرات (هروئین، مورفین، متادون، بوپرنورفین، کودئین و غیره)	
0	2	3	4	6	j. مواد دیگر - مشخص کنید:	

پرسش 6

بله ، اما نه در طول سه ماه گذشته	بله، در طول سه ماه گذشته	خیر، هرگز	آیا یکی از دوستان یا وابستگان و یا شخص دیگری هرگز در مورد استفاده شما از (ماده مخدر اول ، ماده مخدر دوم و غیره) اظهار نگرانی کرده است ؟
3	2	0	a. محصولات دخانیات (سیگار ، تنباکوی جویدنی، سیگار برگ و غیره)
3	2	0	b. نوشیدنیهای الکلی (آبجو، شراب، مشروبات الکلی و غیره)
3	2	0	c. کانابیس (حشیش ،گراس، پات و غیره
3	2	0	d. کوکابین (کوکابین،کراک، و غیره)
3	2	0	e. محرکهای از نوع آمفتامین (قرصهای اسپید، مت، اکستزی و غیره)
3	2	0	f. مواد استنشاقی (اکسید نیترو، چسب، بنزین، تینر رنگ و غیره)
3	2	0	g. داروهای مسکن یا قرصهای خواب آور(دیازوپام، آلپرازولام، فلونیتروزپام، میدازولام و غیره)
3	2	0	h. مواد توهم زا(ال. اس.دی، اسید، قارچ ،تریپس، کتامین و غیره)
3	2	0	i. مخدرات (هروئین ، مورفین ،متادون ، بوپرنورفین ، کودئین و غیره)
3	2	0	j. مواد دیگر- مشخص کنید:

پرسش 7

بله ، اما نه در طول سه ماه گذشته	بله، در طول سه ماه گذشته	خیر، هرگز	آیا هرگز برای کاهش مصرف (ماده مخدر اول ، ماده مخدر دوم و غیره) خود تلاش کرده اید اما موفق به انجام اینکار نشده اید؟
3	2	0	a. محصولات دخانیات (سیگار ، تنباکوی جویدنی ،سیگار برگ و غیره)
3	2	0	b. نوشیدنیهای الکلی (آبجو، شراب، مشروبات الکلی و غیره)
3	2	0	c. کانابیس (حشیش ،گراس، پات و غیره
3	2	0	d. کوکابین (کوکابین،کراک، و غیره)
3	2	0	e. محرکهای از نوع امفتامین (قرصهای اسپید ،مت، اکستزی و غیره)
3	2	0	f. مواد استنشاقی (اکسید نیترو، چسب، بنزین، تینر رنگ و غیره)
3	2	0	g. داروهای مسکن یا قرصهای خواب آور(دیازوپام ، آلپرازولام، فلونیتروزپام، میدازولام و غیره)
3	2	0	h. مواد توهم زا(ال. اس.دی، اسید، قارچ ،تریپس، کتامین و غیره)
3	2	0	i. مخدرات (هروئین ، مورفین ،متادون ، بوپرنورفین ، کودئین و غیره)
3	2	0	j. مواد دیگر- مشخص کنید:

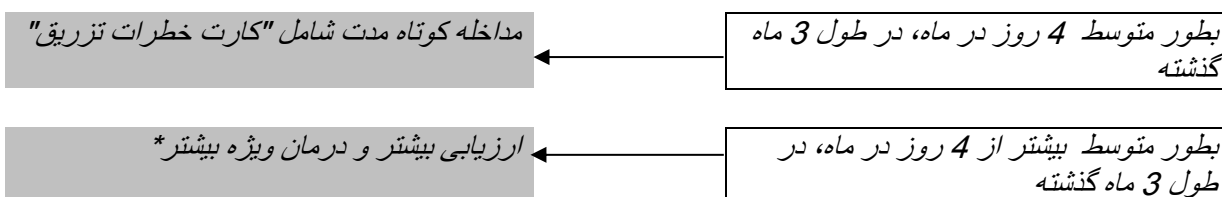
	هرگز	بده، طول سه ماه گذشته	بده، اما نه طول سه ماه گذشته
آیا هرگز از طریق تزریق، مواد مخدر استفاده کرده اید؟ (فقط استفاده غیر پزشکی)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

نکته مهم:

از مراجعه کنندگانی که در طول 3 ماه گذشته مواد مخدر تزریق کرده اند، باید در مورد الگوی تزریقشان در این مدت سوال نمود تا بتوان سطح خطرو بهترین برنامه مداخله را مشخص نمود.

رئوس برنامه مداخله

الگوی تزریق



چگونگی محاسبه نمره میزان وابستگی به یک ماده مخدر خاص

برای هر ماده (مشخص شده از a تا z) نمرات دریافتی برای پرسشهای 2 تا 7 را جمع کنید. نتایج پرسشهای 1 یا 8 را شامل نکنید. برای مثال ، نمره برای کانابیس بر اساس $Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c$ محاسبه خواهد شد. توجه کنید که پرسش 5 برای تنباکوکد گذاری نشده است و نمره تنباکو بر اساس $Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a$ محاسبه خواهد شد.

نوع مداخله بر اساس نمره میزان وابستگی به یک ماده مخدر خاص مشخص می گردد

نمره هر ماده را بنویسید	نیازی به مداخله نیست	نیاز به دریافت مداخله کوتاه مدت	درمان ویژه
a. دخانیات	0 - 3	4 - 26	27+
b. مشروبات الکلی	0 - 10	11 - 26	27+
c. کانابیس	0 - 3	4 - 26	27+
d. کوکائین	0 - 3	4 - 26	27+
e. آمفتامین	0 - 3	4 - 26	27+
f. استنشاق کردنی	0 - 3	4 - 26	27+
g. آرام بخش	0 - 3	4 - 26	27+
h. توهم زاها	0 - 3	4 - 26	27+
i. مواد مخدر	0 - 3	4 - 26	27+
z. مواد دیگر	0 - 3	4 - 26	27+

اکنون جهت ارائه مداخله کوتاه مدت به مراجعه کننده از کمک کارت بازخورد گزارش استفاده کنید.