

به نام آن که جان را قدرت آموخت

# مداخله مختصر برای مصرف مخاطره‌آمیز و آسیب‌رسان مواد: راهنمای کاربرد در مراقبت اولیه

اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

شناسنامه سند مداخله مختصر برای مصرف مخاطره آمیز و آسیب رسان مواد ویژه کارشناسان سلامت روان  
 راهنمای کاربرد در مراقبت اولیه

نام سند	مداخله مختصر برای مصرف مخاطره آمیز و آسیب رسان مواد ویژه کارشناسان سلامت روان راهنمای کاربرد در مراقبت اولیه
نگارش	انتشارات وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، اداره پیشگیری ودرمان سوء مصرف مواد دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت
تاریخ صدور	۱۳۹۵
نام کامل فایل	مداخله مختصر برای مصرف مخاطره آمیز و آسیب رسان مواد ویژه کارشناسان سلامت روان راهنمای کاربرد در مراقبت اولیه
شرح سند	مداخله مختصر برای مصرف مخاطره آمیز و آسیب رسان مواد ویژه کارشناسان سلامت روان راهنمای کاربرد در مراقبت اولیه
نویسنده/مترجم	انتشارات وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی اداره پیشگیری ودرمان سوء مصرف مواد دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت

## فهرست مطالب

۱- مداخله مختصر چیست؟

۲- هدف از این دستورالعمل

۳- توجیه مداخله مختصر در مراقبت اولیه

۴- مدل تغییر رفتار

مرحله ۱ واقعاً به تغییر فکر نمی‌کند (پیش‌تامل)

مرحله ۲ تفکر درباره کاهش یا قطع مصرف مواد (تامل)

مرحله ۳ انجام کاری برای تغییر رفتار (اقدام)

مرحله ۴ تداوم در رفتار جدید (نگهداری)

لغزش

آمادگی، تمایل و توانایی

۵- اجزاء مداخله مختصر موثر

### FRAMES

۶- مصاحبه انگیزشی

اصول مصاحبه انگیزشی

مهارت‌های اختصاصی

۷- غربالگری و مداخله مختصر

غربالگری

پیوند غربالگری با مداخلات متناسب

## بازخورد نتایج ASSIST

بازخورد و اطلاعات برای مصرف‌کنندگان کم خطر

مداخله مختصر برای مصرف‌کنندگان با خطر متوسط

۸- مثال مداخله مختصر کوتاه برای حشیش (جعبه ۳)

۹- مثال مداخله مختصر کتاه برای حشیش (جعبه ۴)

۱۰- کتاب‌شناسی منتخب

پیوست- فهرست منابع در دسترس درباره اطلاعات مواد

## ۱- مداخله مختصر چیست؟

هدف از غربالگری و مداخله مختصر شناسایی مشکلات فعلی یا بالقوه مصرف مواد و ایجاد انگیزه در افراد در معرض خطر برای تغییر رفتار مصرف مواد است.<sup>۱</sup> مداخلات مختصر در مراقبت اولیه می‌تواند از ۵ دقیقه توصیه مختصر تا ۳۰-۱۵ دقیقه مشاوره مختصر باشد.<sup>۲</sup> عموماً مداخلات مختصر به قصد درمان افراد با وابستگی جدی به مواد نیست، گرچه ابزاری ارزشمند برای درمان مصرف مشکل‌آفرین یا پرخطر مواد محسوب می‌گردد. مداخلات مختصر می‌تواند همچنین برای تشویق افراد دارای وابستگی جدی‌تر به درمان در جایگاه‌های مراقبت اولیه یا ارجاع به خدمات تخصصی مواد به کار رود. هدف از مداخله کمک به بیماران است تا درک نمایند که مصرف مواد آن‌ها را در معرض خطر قرار می‌دهد و آن‌ها را تشویق نماید مصرف مواد خود را کاهش داده یا قطع نمایند. مداخلات مختصر باید شخصی‌شده و به نحوی حمایت‌کننده و به دور از داوری عرضه شود.

شواهد قوی وجود دارد که اثربخشی مداخلات مختصر در جایگاه‌های مراقبت اولیه را برای تنباکو و الکل نشان می‌دهد و شواهد رشدیابنده‌ای در مورد سایر مواد وجود دارد. مداخلات مختصر کم هزینه هستند و در تمام سطوح مصرف مواد خطرناک و آسیب‌رسان مؤثرند و به صورت ایده‌آل به عنوان یک روش ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری در بیماران مراقبت اولیه استفاده می‌شود.

## ۲- هدف از این دستورالعمل

این دستورالعمل مکمل دستورالعمل «آزمون غربالگری تنباکو، مواد و الکل: راهنمای استفاده در مراقبت اولیه» است. هدف از این راهنما توضیح مبانی نظری و شواهد برای مداخله مختصر و کمک به کارکنان مراقبت اولیه سلامت برای یک مداخله مختصر ساده درخصوص مصرف مواد پرخطر و آسیب‌رسان است. همراه با راهنماهای ASSIST این راهنما یک رویکرد جامع برای غربالگری و مداخله مختصر عرضه می‌نماید که با وضعیت‌های اختصاصی مراقبت اولیه متناسب شده و برای ارتقاء سلامت جمعیت‌ها و گروه‌های بیماران و همچنین افراد طراحی شده است. این دستورالعمل نکات زیر را توصیف می‌کند:

- توجیه مداخله مختصر در مراقبت اولیه
- مدل تغییر رفتار
- اجزاء مؤثر مداخله مختصر
- اصول مصاحبه انگیزشی و مهارت‌های اساسی

- چگونه غربالگری و مداخله مختصر را پیوند دهیم

- ارائه بازخورد

- چگونه برای افراد با خطر متوسط مداخله مختصر انجام دهیم

- اطلاعات و منابع خودیاری برای بیماران

گرچه این دستورالعمل اختصاصاً برای کارکنان مراقبت اولیه است، اما می‌تواند سایر کسانی مثل پزشکان بیمارستان، پرستاران، مددکاران اجتماعی یا افسران آزادی مشروط که با افراد درگیر در مصرف پرخطر مواد نیز مفید باشد.

### ۳- توجیه مداخله مختصر در مراقبت اولیه

تنباکو، الکل، مواد غیرقانونی در میان ۲۰ عامل خطرزای بیماری شناسایی شده توسط سازمان جهانی بهداشت هستند<sup>۲۶</sup>. تخمین زده می‌شود که تنباکو مسدول ۹٪ تمام مرگ‌ها و ۴,۱٪ از بار جهانی تمام بیماری‌ها باشد که به صورت تعداد سال‌های سپری شده با بیماری (سال‌های عمر سازگار شده سپری شده با ناتوانی) محاسبه می‌شود، در حالی که الکل مسدول ۳,۲٪ از مرگ‌ها، ۴,۰٪ دالی (Disability Adjusted Life Years DALY) است. مصرف بیش از حد الکل و سایر مواد همچنین عوامل خطرزا برای انواع گوناگون مشکلات اجتماعی، مالی، قانونی برای افراد و خانواده‌هایشان است. در جهان یک روند رو به رشد در مصرف چندانگانه مواد به صورت همزمان یا غیرهمزمان دیده می‌شود که به میزان بیشتری خطرات را افزایش می‌دهد.

کارکنان مراقبت اولیه موقعیت منحصر به فردی برای شناسایی و مداخله در بیماران با مصرف خطرآفرین یا آسیب‌رسان مواد برای سلامت یا تندرستی دارند. نقش مراقبت اولیه تا حد زیادی ارتقاء سلامت و پیشگیری است و کارکنان مراقبت اولیه در فعالیت‌های متعدد پیشگیرانه شامل ایمن‌سازی، غربالگری و مداخله زودرس برای فشار خون، چاقی، سیگار و سایر عوامل خطرزای سبک زندگی درگیر هستند. مراقبت اولیه از دید بیماران یک مرجع مهم برای توصیه درباره خطرات سلامت شامل مصرف مواد است.

در کشورهای توسعه یافته، ۸۵ درصد جمعیت حداقل یک بار در سال توسط بالینگران مراقبت سلامت اولیه ویزیت می‌شوند. بیمارانی که مصرف خطرآفرین یا آسیب‌رسان مواد دارند، مشاوره‌های مکررتری دارند. این موضوع به این معنا است که کارکنان مراقبت اولیه فرصت دارند در مراحل زودرس و پیش از شروع مشکلات جدی مرتبط با مواد و ایجاد وابستگی مداخله نمایند. بسیاری از وضعیت‌های شایع بازتاب یافته در جایگاه‌های مراقبت اولیه سلامت ممکن است با مصرف تنباکو، الکل یا مواد مرتبط باشد و کارکنان مراقبت اولیه می‌توانند این ارتباط را برای شروع غربالگری و مداخلات مختصر استفاده کنند. به این ترتیب مداخله بخشی از مدیریت شکایت حاضر بیمار خواهد بود.

کارکنان مراقبت اولیه اغلب با بیماران در ارتباط مداوم هستند که آن‌ها را برای ایجاد ارتباط و نشان دادن نگرانی واقعی برای تندرستی بیماران توانمند می‌سازد. بیماران انتظار دارند که بالینگر مراقبت اولیه در تمام جنبه‌های سلامت آنها مداخله کند و احتمالاً برای آن‌ها بحث درباره مصرف مواد با کسانی که آنها را می‌شناسند و اعتماد دارند آسان‌تر است. طبیعت مداوم ارتباط همچنین به این معنی است که مداخلات می‌تواند در طول زمان گسترش یافته و بخشی از جلسات مشاوره را تشکیل دهد یا آن که بیماران می‌توانند برای ویزیت‌های اختصاصی برای بحث درباره سوءمصرف مواد دعوت شوند.

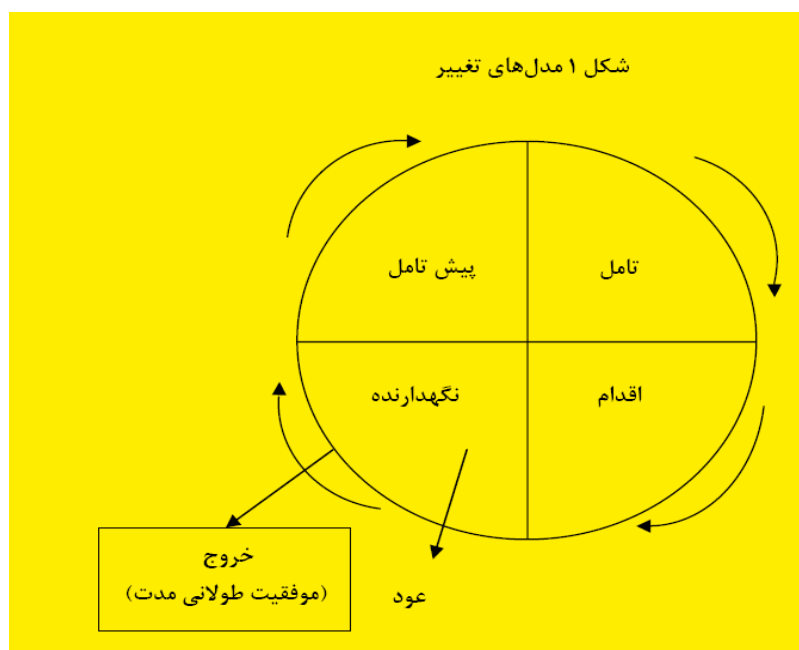
شواهد قابل توجهی وجود دارد که فواید غربالگری و مداخله مختصر را برای مشکلات الکل در جایگاه‌های مراقبت سلامت اولیه<sup>۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵</sup> نشان می‌دهد. سینفت و همکاران (Senft et al) نشان دادند که مصرف الکل در مصرف‌کنندگان خطرآفرین که ۱۵ دقیقه مداخله مختصر و مطالب خودیاری در جایگاه مراقبت اولیه دریافت کرده‌اند در پیگیری ۶ و ۱۲ ماهه کاهش نشان می‌دهد.

گروه مطالعه مداخله مختصر سازمان جهانی بهداشت<sup>۲۴</sup> دریافتند که ۵ دقیقه توصیه ساده به اندازه ۲۰ دقیقه مشاوره موثر است. علاوه بر این نشان داده شده است که مداخله مختصر یک راه هزینه-اثربخش برای کاهش مصرف الکل و مشکلات همراه است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مداخله مختصر در جایگاه‌های مراقبت اولیه می‌تواند همچنین در مصرف مواد دیگر موثر باشد، اگر رویه‌های مداخله از نظر فرهنگی متناسب تدوین شود. شواهد تا امروز پیشنهاد می‌نماید که مداخلات مختصر می‌تواند برای حشیش<sup>۶۹، ۷۱</sup>، بنزودیازپین‌ها<sup>۲</sup>، آمفتامین<sup>۳</sup>، ترکیبات افیونی<sup>۱۹</sup> و کوکائین<sup>۲۲</sup> موثر است.

## ۴- مدل تغییر رفتار

مدل مراحل تغییر رفتار تدوین شده توسط پروچاسکا و دیکلمنته<sup>۱۱</sup> یک چارچوب مفید برای درک نحوه تغییر رفتار افراد و در نظر گرفتن میزان آمادگی افراد برای تغییر مصرف مواد یا سبک زندگی فراهم می‌کند. مراحل و فرآیندهایی که در طی آن افراد با یا بدون درمان تغییر می‌کنند، مشابه به نظر می‌رسد و مدل تغییر رفتار این فرآیندهای طبیعی را توصیف می‌کند<sup>۱۲</sup>. مراحل تغییر می‌تواند برای تطبیق مداخلات با آمادگی فرد برای دریافت اطلاعات و تغییر مصرف مواد استفاده شود.

این مدل حاوی ۴ مرحله است که در شکل ۱ نشان داده شده است.



## مرحله ۱- آمادگی برای فکر کردن به تغییر وجود ندارد (پیش تامل)

بسیاری افراد مراجعه‌کننده به مراقبت اولیه که امتیاز بالا در ASSIST نشان می‌دهند، ممکن است در این مرحله باشند.

- آن‌ها «مصرف‌کنندگان راضی» (happy users) هستند.
- نگرانی خاصی از مصرف مواد سایکوآکتیو ندارند و نمی‌خواهند تغییر نمایند.

غیرمحمتم است که افرادی در این مرحله به توصیه برای تغییر رفتار پاسخ دهند، اما ممکن است برای دریافت اطلاعات درباره خطرات همراه با سطح و الگوی مصرف مواد پذیرا باشند. تامین اطلاعات می‌تواند آنها را برای شناسایی خطرات مصرف مواد و فکر کردن درباره کاهش یا قطع مصرف آن تشویق شوند.

## مرحله ۲- تفکر درباره کاهش یا قطع مصرف مواد (تامل)

افرادی که در این مرحله هستند، احتمال دارد:

- درباره مصرف مواد دودل باشند. آن‌ها می‌توانند جنبه‌های خوب و جنبه‌های نه چندان خوب مصرف مواد را ببینند.
- از برخی مشکلات همراه با مصرف مواد آگاه هستند و ممکن است حسن و عیب مصرف مواد خود را سبک سنگین کرده باشند.

سایرین ممکن است بخواهند تغییر کنند اما:

- نمی‌دانند چگونه تغییر نمایند.



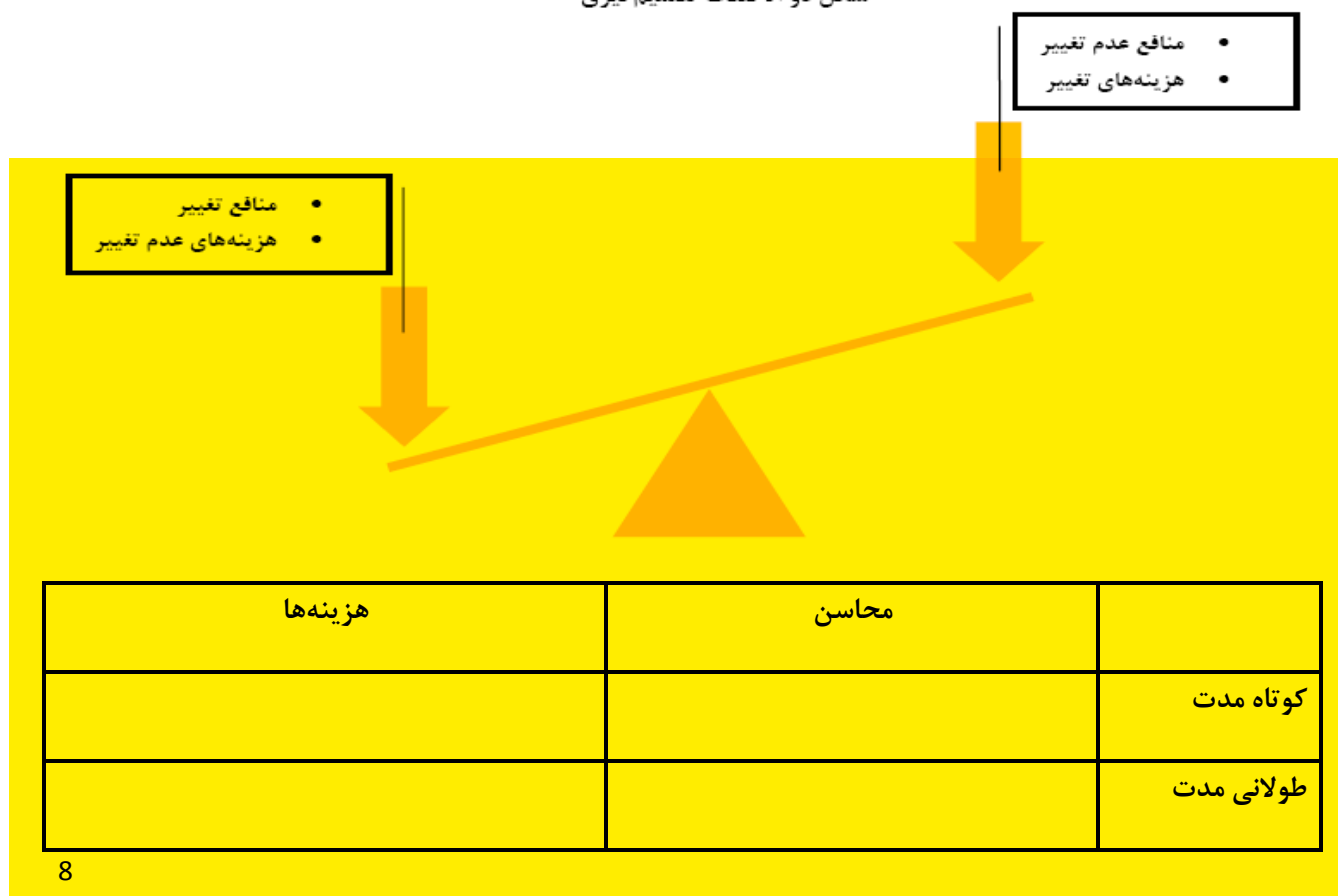
- مطمئن نباشند که می‌توانند تغییر کنند.

مداخلات برای کسانی که در این مرحله هستند بر روی تامین اطلاعات درباره خطرات مرتبط با مواد، توصیه به کاهش یا قطع آن و کمک به آنها برای صحبت درباره چیزها خوب و نه چندان خوب مصرف مواد متمرکز است. هدف تشویق آنها به یافتن و صحبت درباره دلایل خود برای کاهش یا قطع مصرف مواد است.

یک ابزار کمک‌کننده در این مرحله در نظر گرفتن دوسوگرایی درباره مصرف به صورت یک الاکلنگ است. در یک طرف آن محاسن مصرف مواد و هزینه‌های تغییر این رفتار (دلایل عدم تغییر) قرار دارد و در سر دیگر هزینه‌های تداوم مصرف مواد و فواید تغییر (دلایل تغییر) است. وقوع تغییر تا زمانی که دلایل تغییر از دلایل عدم تغییر بیشتر نباشد غیرمحمتم خواهد بود (شکل ۲ را ببینید).

یک راه دیگر تشویق بیمار در نظر گرفتن هزینه‌ها و منافع مصرف فعلی مواد، کمک به آنها برای ترسیم جدول مشابه جدول صفحه بعد است. این جدول می‌تواند هنگام درخواست از بیمار برای صحبت درباره جنبه‌های خوب و نه چندان خوب مصرف مواد کمک کننده باشد.

شکل دو الاکلنگ تصمیم‌گیری



مداخلات برای این مرحله می‌تواند شامل موارد زیر نیز باشد:

- کمک به بیمار برای شناسایی نقاط قوت و توانایی‌هایش برای تغییر
- پیشنهاد مجموعه‌ای از راهبردها که بیمار می‌تواند برای کمک به کاهش یا قطع مصرف مواد انتخاب نماید (فهرست گزینه‌ها، صفحات ۱۱-۱۰ را ببینید).

### مرحله ۳- انجام کاری برای تغییر رفتار (اقدام)

افرادی که در مرحله اقدام هستند:

- تصمیم به تغییر در رفتار مصرف مواد گرفته‌اند.
- ممکن است در مرحله پرهیز یا کاهش باشند یا تصمیم به تغییر رفتار خود گرفته باشند.

احتمال دارد بیماران در این مرحله همچنان احساس دودلی در مورد مصرف مواد داشته باشند و برای حفظ تصمیم‌شان به تشویق و حمایت نیاز داشته باشند. مداخلات برای این مرحله شامل موارد زیر است:

- بحث درباره اهداف تغییر رفتارهای پرخطر مصرف مواد
- پیشنهاد مجموعه‌ای از راهبردها که به بیمار برای کاهش یا توقف مصرف مواد کمک می‌کند (فهرست گزینه‌ها، صفحات ۱۱-۱۰ را ببینید).
- کمک به بیماران برای شناسایی موقعیت‌هایی که احتمال لغزش وجود دارد
- بحث با بیمار درباره برنامه‌اش برای اقدام به کاهش یا قطع مصرف مواد

### مرحله ۴- تداوم رفتار جدید (نگهداری)

- فرد اقدام به نگهداری تغییرات رفتاری ایجاد شده می‌نماید.
- موفقیت طولانی مدت به معنای ماندن در این مرحله است.

افرادی که سعی می‌کنند تغییرات رفتاری خود را حفظ کنند نیاز به تایید به خاطر انجام این کار خوب و تشویق برای ادامه دادن دارند. کارکنان مراقبت اولیه سلامت می‌توانند برای موفقیت و تقویت راهبردهای بیمار برای اجتناب از موقعیت‌های پرخطر از نظر لغزش یا کمک به آنها برای ادامه دادن پس از یک لغزش کوچک کمک کنند.

## لغزش

- اکثر افرادی که سعی می‌کنند رفتارهای مصرف مواد را تغییر دهند حداقل در مواردی دچار لغزش می‌شوند. انتظار این موضوع را باید داشت. سیگاری‌ها به طور مثال به طور میانگین ۶ بار پیش از موفقیت اقدام به ترک می‌نمایند.
- پس از لغزش افراد به یکی از مراحل قبل‌تر باز می‌گردند: پیش‌تامل، تامل یا اقدام
- برای بسیاری از افراد هر بار اقدام به ترک تغییر رفتار مصرف مواد را ساده‌تر می‌کند.

## آمادگی، تمایل و توانایی

برای این که افراد عملاً رفتار خود را تغییر دهند لازم است که آماده باشند، بخواهند و بتوانند تغییر نمایند. مراحل مدل تغییر بحث شده در بالا راهی برای درک میزان آمادگی و تمایل بیمار برای تغییر مصرف مواد است. آمادگی و تمایل به کاهش یا قطع مصرف با میزان اهمیتی که بیمار برای تغییر قابل است مرتبط می‌شود. گرچه فکر کردن به تغییر مهم است، اما همیشه برای پیشرفت فرد به طرف مرحله اقدام کافی نیست. گاهی یک فرد تمایل دارد تغییر کند، اما اطمینان ندارد که می‌تواند. هم اهمیت و هم اطمینان باید در مداخلات برای تشویق بیماران به تغییر رفتار در نظر گرفته شود.

## اهمیت

یک راه ساده برای فهم اهمیت کاهش مصرف مواد در نزد بیمار استفاده از «خطکش آمادگی» است<sup>۱۳</sup>. این خطکش صرفاً مقیاسی درجه‌بندی شده از صفر تا ۱۰ است که در آن صفر «اصلاً مهم نیست» و ۱۰ «بسیار زیاد مهم است» را نشان می‌دهد. می‌توان از بیماران خواست که میزان اهمیت تغییر رفتار مصرف مواد را درجه‌بندی نمایند.

### شکل ۳ «خطکش آمادگی»

«چقدر برای شما مهم است مصرف مواد خود را کاهش داده یا قطع نمایید؟»

در مقیاس صفر تا ۱۰ که در آن صفر «اصلاً مهم نیست» و ۱۰ «بسیار زیاد مهم است» را نشان می‌دهد، خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰
اصلاً مهم نیست										
بسیار زیاد مهم است										

خطکش آمادگی می‌تواند در شروع مداخله مختصر برای کمک به انتخاب مداخله متناسب با مرحله تغییر یا در طول مداخله بعنوان راهی برای تشویق بیمار به صحبت درباره دلایل تغییر استفاده شود.

## اطمینان

برای ارزیابی اطمینان بیماران درباره توانایی‌شان برای کاهش یا قطع مصرف مواد نیز می‌توان از مقیاس مشابهی استفاده نمود.<sup>۱۳</sup> خطکش اطمینان را می‌توان در بیمارانی که تغییر را برای خود مهم دانسته‌اند یا به عنوان پرسشی برای تشویق بیماران برای صحبت درباره تغییر به کار برد.

شکل ۴ «خطکش اطمینان»

«چقدر اطمینان دارید که می‌توانید مصرف مواد خود را کاهش داده یا قطع نمایید؟»

در مقیاس صفر تا ۱۰ که در آن صفر «اصلاً اطمینان ندارم» و ۱۰ «بسیار زیاد مطمئنم» را نشان می‌دهد، خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰
بسیار زیاد اطمینان دارم					اصلاً اطمینان ندارم					

ضرورتی ندارد عملاً به بیمار خطکش نشان داده شود، اما این کار می‌تواند خصوصاً در بیماران کم سواد مفید باشد. در برخی بیماران کافی است صرفاً میزان اطمینان با استفاده از جملات بالا پرسیده شود.

## ۵- اجزای مداخله مختصر مفید

پژوهش بر روی مداخله مختصر موثر برای مصرف مواد نشان داده است که این برخی خصوصیات در اثربخشی این مداخلات نقش دارند. این موارد با استفاده از یادواژه FRAMES تخلیص شده است: بازخورد (Feedback)، مسئولیت (Responsibility)، توصیه (Advice)، فهرست گزینه‌ها (Menu of options)، همدلی (Empathy) و خودکارآمدی (Self-efficacy) (اطمینان برای تغییر)<sup>۱۴،۱۵،۱۶</sup>. برخی از این خصوصیات در مصاحبه انگیزشی نیز دیده می‌شود که یک روش مداخله با هدف کمک به بیماران برای عبور از مراحل تغییر است.<sup>۱۳</sup> مثال‌های تکنیک‌های FRAMES در جعبه‌های ۳ و ۴ و در بخش «مداخله مختصر و مصرف-کنندگان با خطر متوسط» در صفحه ۱۹ این دستورالعمل آورده شده است. مصاحبه انگیزشی در بخش‌های بعدی این دستورالعمل مورد بحث قرار می‌گیرد.

## FRAMES

بازخورد (Feedback)

تامین بازخورد شخصی مرتبط یک جزء کلیدی مداخله مختصر است و عموماً متعاقب ارزیابی کامل مصرف مواد و مشکلات مرتبط انجام می‌شود. بازخورد می‌تواند شامل اطلاعات درباره مصرف مواد فرد و مشکلات ناشی از آن با استفاده از یک ابزار غربالگری نظیر ASSIST، اطلاعات درباره خطرات همراه با الگوی فعلی مصرف مواد و اطلاعات درباره خطرات و آسیب‌های مرتبط با مواد است. اگر شکایت بیمار مرتبط با مصرف مواد باشد، مطلع کردن بیمار از وجود این ارتباط مهم است. بازخورد می‌تواند همچنین شامل مقایسه میان مشکلات و الگوهای مصرف مواد بیمار و میانگین الگوها و مشکلات تجربه شده توسط افراد مشابه جمعیت باشد.

### مسئولیت (Responsibility)

یک اصل کلیدی مداخله برای مصرف‌کنندگان مواد این است که آن‌ها را مسئول رفتارشان بدانیم و توجه داشته باشیم که آن‌ها باید درباره رفتار خود تصمیم‌گیری نمایند. این پیام که «تصمیم‌گیری درباره تغییر رفتار مصرف مواد به خود شما بستگی دارد» و این که «هیچ کس نمی‌تواند شما را تغییر دهد یا برایتان تصمیم بگیرد» بیمار را قادر می‌نماید که کنترل شخصی‌اش را بر روی رفتار و پیامدهای آن حفظ نماید. احساس کنترل یک عنصر مهم در انگیزه برای تغییر و کاهش مقاومت است.<sup>۵</sup>

### توصیه (Advice)

جزء مرکزی مداخله مختصر موثر ارائه توصیه روشن درباره آسیب‌های همراه با تداوم مصرف است. بیماران اغلب نمی‌دانند الگوی فعلی مصرف موادشان منجر به مشکلات سلامت یا سایر مشکلات می‌شود یا مشکلات موجود را بدتر می‌کند. تامین توصیه روشن درباره کاهش یا قطع مصرف مواد خطر مشکلات آینده را کاهش و آگاهی از خطر شخصی را افزایش و دلایلی برای فکر کردن به تغییر رفتار تامین می‌نماید.

### منوی گزینه‌های تغییر (Menu of alternative change options)

مداخلات مختصر موثر و منابع خودیاری برای بیمار طیفی از راهبردهای جایگزین برای کاهش یا قطع مصرف مواد تامین می‌نماید. این کار به بیمار مجال می‌دهد راهبردهایی را انتخاب نماید که برای وضعیت او مناسب‌تر است یا احساس می‌کند بیشتر کمک‌کننده است. عرضه انتخاب‌ها احساس کنترل شخصی و مسئولیت برای تغییر را تقویت می‌کند و می‌تواند انگیزه بیمار را برای تغییر افزایش دهد. دادن کتابچه «راهنمای مصرف‌کنندگان مواد برای کاهش یا قطع مصرف مواد» نقطه شروع خوبی است، زیرا در آن راهبردهایی برای کمک به تغییر رفتار آورده شده است و می‌تواند به تنهایی یا در کنار سایر گزینه‌ها استفاده شود. مثال‌های این گزینه‌ها برای انتخاب بیماران عبارتند از:

- ثبت روزانه مصرف مواد (کجا، کی، چقدر، با چه کسی، چرا)
- کمک به بیماران برای آماده کردن راهنمای مصرف مواد برای خودشان
- شناسایی موقعیت‌های پرخطر و راهبردهای اجتناب از آن‌ها

- شناسایی فعالیت‌های جایگزین مصرف مواد- سرگرمی، ورزش، ...
- تشویق بیمار به شناسایی کسانی که می‌توانند برای ایجاد تغییر حمایت و کمک تامین نمایند
- تامین اطلاعات درباره سایر منابع خودیاری و اطلاعات مکتوب
- دعوت از بیمار برای بازگشت برای شرکت در جلسات منظم مرور مصرف مواد و کار بر روی «راهنمای مصرف-کنندگان مواد برای کاهش یا قطع»
- تامین اطلاعات درباره سایر گروه‌ها یا مشاوران که در مشکلات مصرف مواد و الکل متخصص هستند
- کنار گذاشتن پولی که به طور معمول خرج مصرف مواد برای مقاصد دیگر

### همدلی (Empathy)

یک جزء همیشگی مداخله مختصر یک رویکرد گرم، بازتابی، همدلانه و مبتنی بر درک از طرف فرد ارائه‌کننده مداخله است. استفاده از یک رویکرد گرم و همدلانه یک عامل مهم در پاسخ بیمار به مداخله است و منجر به کاهش مصرف مواد در پیگیری می‌شود.<sup>۱۳</sup>

### خودکارآمدی (Self-efficacy)

جزء نهایی مداخله مختصر موثر دادن اطمینان به بیمار است که می‌تواند در رفتار مصرف مواد خود تغییر ایجاد نماید. افرادی که باور دارند ایجاد تغییر امکان‌پذیر است، در مقایسه با افرادی که برای تغییر رفتار احساس فقدان قدرت یا درماندگی می‌کنند با احتمال بالاتری به آن اقدام می‌کنند.<sup>۱۳</sup> مهم است که بیماران به گفتن عبارات حاکی از خودکارآمدی برانگیخته شوند، زیرا آن‌ها چیزی را خود گفته باشند بهتر می‌پذیرند.

## ۶- مصاحبه انگیزشی

مصاحبه انگیزشی یک سبک تعامل هدایت‌گر و مبتنی بر مشتری است که هدف آن کمک به افراد برای کاوش و حل دوسوگرایی درباره مصرف مواد و عبور از مراحل تغییر است. مصاحبه انگیزشی مخصوصاً هنگام کار با بیماران در مراحل پیش‌تامل و تامل مفید است، اما اصول و مهارت‌های آن در تمام مراحل مهم است.<sup>۱۳</sup>

مصاحبه انگیزشی بر اساس درک این موضوع است که:

- درمان موثر به فرآیند طبیعی تغییر کمک می‌کند
- انگیزه برای تغییر در بافتار رابطه میان بیمار و درمانگر ایجاد می‌شود
- سبک و روح مداخله در میزان موفقیت آن اثر دارد. مخصوصاً یک سبک همدلانه با برآیندهای بهتر درمان همراه است.<sup>۱۳</sup>

رویکرد مداخله مختصر به کار گرفته شده در این دستورالعمل مبتنی بر اصول مصاحبه انگیزشی تدوین شده توسط میلر<sup>۱۲</sup> (Miller) و تکامل یافته توسط میلر و رولنیک<sup>۱۳</sup> (Rollnick) است.

## اصول مصاحبه انگیزشی

### ابراز همدلی

در موقعیت بالینی همدلی شامل رویکرد پذیرنده و به دور از داوری است که سعی دارد نقطه نظر بیمار را درک کند و از زدن برچسب‌هایی نظیر «معتاد» یا «الکی» به بیمار اجتناب می‌نماید. این رویکرد برای اجتناب از مواجهه (confrontation)، سرزنش یا انتقاد از بیمار مهم است. گوش دادن بازتابی ماهرانه که تجربه شخصی و منظور بیمار را روشن و تقویت می‌نماید یک بخش اساسی ابراز همدلی است. همدلی کارکنان مراقبت سلامت نقش مهمی در پاسخ بیماران به مداخله دارد.<sup>۱۴</sup>

### مشخص کردن ناهمخوانی‌ها

هنگامی که افراد می‌بینند مصرف مواد با آن چه آن‌ها از زندگی می‌خواهند ناهمخوان است، انگیزه بالاتری برای تغییر رفتار مصرف مواد خواهند داشت. هر چقدر تفاوت میان اهداف و ارزش‌های مهم آن‌ها و رفتار فعلی‌شان بیشتر و اساسی‌تر باشد احتمال تغییر بیشتر است. هدف از مصاحبه انگیزشی ایجاد و تقویت اختلاف میان رفتار فعلی و اهداف و ارزش‌های وسیع‌تر از دیدگاه بیمار است. برای بیمار مهم است که اهداف و ارزش‌های شخصی خود را شناسایی و دلایل شخصی خود را برای تغییر ابراز نماید.

### برخورد با مقاومت

یک اصل کلیدی مصاحبه انگیزشی این است که بپذیریم دوسوگرایی و مقاومت به تغییر طبیعی است و بیمار را برای در نظر گرفتن اطلاعات و دیدگاه‌های جدید درباره مصرف مواد دعوت نماییم. هنگامی که بیمار مقاومت ابراز می‌نماید، کارکنان سلامت باید به جای مخالفت آن را مجدداً قاب‌بندی نموده (reframe) یا بازتاب دهند. اجتناب از مجادله با بیمار برای تغییر بسیار مهم است، زیرا بیمار را در موقعیت مقابله با تغییر قرار می‌دهد.

### حمایت از خودکارآمدی (اطمینان)

همان‌طور که در بالا بحث شد بیماران نیاز دارند که باور نمایند کاهش یا قطع مصرف مواد مهم است و اطمینان یابند که توانایی آن را دارند. بخش مهمی از مصاحبه انگیزشی استفاده از مذاکره (negotiation) و ایجاد اطمینان است تا بیماران قانع شوند که کارهایی وجود دارد که می‌توانند انجام دهند. باور درمان‌گر به توانایی بیمار برای تغییر رفتار نیز مهم است و می‌تواند منجر به تحقق آن (self fulfilling prophecy) شود.

## مهارت‌های اختصاصی

مصاحبه انگیزشی با استفاده از ۵ مهارت ویژه انجام می‌شود. این مهارت‌ها در کنار هم برای تشویق بیمار به صحبت کردن، کاوش دوسوگرایی درباره مصرف مواد و روشن کردن دلایل افراد برای کاهش یا قطع مصرف مواد استفاده می‌شوند. چهار مهارت اول اغلب با استفاده از یادواژه OARS شناخته می‌شوند - پرسش‌های بازپاسخ (open-ended questions)، تایید (affirmation)، گوش دادن بازتابی (reflective listening) و خلاصه کردن (summarizing). مهارت پنجم عبارت است از «برانگیختن مکالمه تغییر» (eliciting change talk) و شامل استفاده از OARS برای هدایت بیمار به منظور بیان مجادلات برای تغییر رفتار مصرف مواد می‌شود.

## OARS

### پرسش‌های بازپاسخ

پرسش‌های بازپاسخ پرسش‌هایی هستند که نیاز به پاسخ طولانی‌تر دارند و دریچه را برای حرف زدن بیمار باز می‌کنند. نمونه‌هایی از پرسش‌های بازپاسخ عبارتند از:

- «مصرف مواد برای شما چه خوبی‌هایی دارد؟»
- «چه چیزهایی در ارتباط با مصرف مواد شما چندان خوب نیست؟»
- «به نظر می‌رسد که نگرانی‌هایی درباره مصرف مواد داشته باشید؛ در باره نگرانی‌هایتان بیشتر حرف بزنید.»
- «چه چیز آن شما را نگران می‌کند؟»
- «چه احساسی درباره ... دارید؟»
- «می‌خواهید برای آن چه کار کنید؟»
- «درباره ... چه می‌دانید؟»

### تایید

شامل عبارت‌هایی حاکی از قدردانی (appreciation) و درک است که به ایجاد فضای حمایت‌گرانه‌تر و تفاهم (rapport) با بیمار کمک می‌کند. تایید نقاط قوت و تلاش‌های بیمار برای تغییر به ایجاد اطمینان کمک می‌کند و به صورت همزمان عبارت‌های تاییدکننده و انگیزه دهنده (یا گفتگوی تغییر) آمادگی برای تغییر را افزایش می‌دهد. مثال‌هایی از تایید عبارتند از:

- «از این که امروز آمدید، متشکرم.»
- «از این که می‌خواهید درباره مصرف مواد خود با من صحبت کنید، از شما ممنونم.»
- «شما به روشنی فردی پرمایه هستید که با این همه مشکلات مقابله کرده‌اید؟»



- «می‌بینم که واقعاً انسان قوی هستید.»
- «فکر خوبی است.»
- «حرف زدن درباره ... دشوار است. واقعاً به خاطر طرح این موضوع از شما ممنونم.»

## گوش دادن بازتابی

یک پاسخ گوش دادن بازتابی عبارت است که منظور بیمار را حدس می‌زند. بازتاب معانی زیرین و احساسات ابرازنشده بیمار و کلماتی که بیمار از استفاده می‌کنند، مهم است. استفاده از گوش دادن بازتابی همچون رفتاری آینه‌گون در برابر فرد است، به این ترتیب فرد می‌تواند آنچه را منتقل کرده از زبان درمان‌گر بشنود.

گوش دادن بازتابی به بیمار نشان می‌دهد که درمان‌گر آنچه گفته شده را درک می‌کند و می‌تواند برای روشن کردن منظور بیمار استفاده شود. گوش دادن بازتابی موثر بیمار را به ادامه حرف زدن تشویق می‌نماید و باید مجال کافی به آن داده شود.

در مصاحبه انگیزشی گوش دادن بازتابی بصورت فعال برای برجسته کردن دوسوگرایی بیمار در مورد مصرف مواد استفاده می‌شود تا بیمار را به شناخت بالاتری از مشکلات و نگرانی‌هایش برساند و عبارتهای نشان دهنده تمایل بیمار به تغییر را تقویت نماید. مثال‌ها شامل:

- «باعث تعجب خواهد بود اگر بدانید امتیاز شما نشان می‌دهد در معرض خطر مشکلات هستید.»
- «واقعاً مهم است که رابطه خود را با نامزدتان حفظ کنید.»
- «شما از این که درباره این موضوع صحبت کنید احساس خوبی ندارید.»
- «شما عصبانی هستید چون همسران به خاطر مصرف مواد به شما قهر می‌زند.»
- «شما دوست دارید مصرف مواد در مهمانی‌ها را کم کنید.»
- «با این که از مصرف مواد لذت می‌برید و دوست ندارید آن را ترک کنید، این موضوع مشکلات مالی و قانونی برای شما ایجاد می‌کند.»

## خلاصه کردن

خلاصه کردن یک راه مهم برای جمع‌بندی آن چه گفته شده و آماده کردن بیمار برای پیش رفتن است. خلاصه کردن قدرت گوش دادن بازتابی را خصوصاً در ارتباط با نگرانی‌ها و صحبت تغییر می‌افزاید. ابتدا بیمار می‌شنوند که خود آن را گفته‌اند، سپس می‌شنوند که درمان‌گر آن بازتاب می‌دهد و بعد دوباره آن را هنگام خلاصه کردن می‌شنوند. درمان‌گر آن چه را که باید در خلاصه وارد شود انتخاب می‌کند و می‌تواند از آن برای تغییر جهت توسط تاکید بر برخی چیزها و نه سایر موارد استفاده نماید. لازم است خلاصه موجز باشد. یک نمونه از خلاصه در زیر آورده شده است:

«بنابراین واقعاً از مصرف اسپید و اکستازی در مهمانی‌ها لذت می‌برید و فکر نمی‌کنید بیشتر از دوستان‌تان مصرف می‌کنید. از سوی دیگر خرج مواد شنا بیش از توان مالی‌تان است و این موضوع واقعاً شما را نگران می‌کند. پرداخت صورت حساب‌ها سخت شده و کارت‌های اعتباری شما منقضی شده‌اند. نامزد شما عصبانی است و شما واقعاً از این موضوع ناراحت هستید. علاوه بر این شما اشاره کردید که خواب‌تان راحت نیست و در به خاطر آوردن چیزها مشکل دارید.»

### برانگیختن گفتگوی تغییر

مهارت پنجم «برانگیختن گفتگوی تغییر» یک راهبرد برای کمک به بیمار برای از بین بردن دوسوگرایی است و هدف آن توانمند کردن بیمار برای ارائه بحث‌هایی برای تغییر است. چهار طبقه اصلی گفتگوی تغییر وجود دارد:

- شناسایی عیب‌های تداوم حالت قبلی
- شناسایی حسن‌های تغییر
- ابراز خوش‌بینی درباره تغییر
- ابراز تمایل به تغییر

راه‌های متعددی برای شروع گفتگوی تغییر با بیمار وجود دارد:

- پرسش‌های باز مستقیم، مثل:

«چه جنبه‌ای از مصرف مواد باعث نگرانی شما می‌شود؟»

«اگر هیچ تغییری در رفتار خود ندهید، چه اتفاقی خواهد افتاد؟»

«دوست دارید زندگی‌تان ۵ سال بهد چگونه باشد؟»

«فکر می‌کنید اگر تصمیم به تغییر بگیرید، چه چیزی موثر خواهد بود؟»

«چقدر اطمینان دارید که می‌توانید این تغییر را ایجاد کنید؟»

«چقدر برای شما مهم است مصرف مواد خود را کاهش دهید؟»

«درباره مصرف مواد چه فکر می‌کنید؟»

- استفاده از خطکشی‌های اهمیت و اطمینان (شکل ۳ و ۴ را ببینید). میلر و رولنیک پیشنهاد می‌کنند از خطکشی برای پرسیدن ارزیابی بیمار استفاده شود و سپس ۲ پرسش زیر پرسیده شود:

«چرا شما در نقطه (مثلاً ۳) هستید و نه در صفر؟» این موضوع بیماران را برای توجیه کلامی یا دفاع از جایگاه‌شان برمی‌انگیزد که می‌تواند به بیمار برای تغییر انگیزه دهد.»

«برای این که از نقطه (مثلاً ۳) به نقطه (مثلاً ۶) (یک عدد بزرگ‌تر) بروید، چه چیزهایی لازم دارید؟» این پرسش بیماران را برای حرف زدن درباره راهبردهای محتمل برای تغییر و فکر کردن بیشتر به تغییر تحریک می‌کند.

- الاکلنگ تصمیم (شکل ۲ را ببینید) را با تشویق بیمار برای حرف زدن درباره محاسن تغییر و هزینه‌های تداوم وضعیت فعلی بررسی کنید.
- از بیمار بخواهید جملاتش را روشن کند یا جزئیات را شرح دهد- برای مثال می‌توان از فردی که می‌گوید یکی از جنبه‌های نه چندان خوب مصرف کوکایی حملات پانیک است پرسید:  
 «آخرین باری که اتفاق افتاد تعریف کنید.»  
 «دیگر چه؟»  
 «یک مثال بزن!»  
 «در این باره بیشتر به من بگو!»
- از بیمار بخواهید بدترین پیامدهای تداوم مصرف یا بهترین پیامدهای تغییر را تصور نماید.
- اهداف و ارزش‌های بیمار را برای شناسایی ناهمخوانی میان ارزش‌های بیمار و مصرف فعلی مواد او را کاوش نمایید.  
 برای مثال پرسید:  
 «مهم‌ترین چیزهای زندگی شما کدامند؟»

## ۷- غربالگری و مداخله مختصر

### غربالگری

غربالگری یک راه ساده برای شناسایی کسانی است که مصرف مواد ممکن است آن‌ها را در معرض خطرات مشکلات سلامت قرار دهد و کسانی که از قبل این مشکلات را تجربه کرده‌اند. غربالگری فواید دیگر دیگری نیز دارد. غربالگری برای کارکنان سلامت اطلاعاتی درباره تدوین برنامه مداخله تامین می‌کند و برای بیماران بازخورد شخصی درباره خطرات و مشکلات مصرف مواد تامین می‌کند که می‌تواند آن‌ها را به تغییر رفتار مصرف مواد برانگیزد.

توصیه می‌شود غربالگری به صورت نظام‌مند با استفاده از ابزارهای غربالگری استاندارد شده اعتباریابی شده همچون آزمون غربالگری درگیری در مصرف تنباکو، الکل و مواد (ASSIST- دستورالعمل همراه «آزمون غربالگری درگیری در مصرف تنباکو، الکل و مواد: راهنمایی برای استفاده در مراقبت اولیه») انجام شود. پرسشنامه ASSIST به منظور شناسایی افرادی که مصرف خطرآفرین یا آسیب‌رسان طیفی از مواد سایکواکتیو شامل تنباکو، الکل، حشیش، کوکائین، محرک‌های آمفتامینی، آرام‌بخش‌ها، توهم‌زاها، مواد استنشاقی، ترکیبات افیونی و «سایر مواد» توسط سازمان جهانی بهداشت تدوین شده است. آزمون ASSIST اولین آزمون غربالگری است که تمام مواد سایکواکتیو شامل تنباکو، الکل و مواد غیرقانونی را پوشش می‌دهد و می‌تواند به پزشکان برای شناسایی بیمارانی که ممکن است مصرف مشکل‌آفرین، آسیب‌رسان یا وابستگی به یک ماده یا بیشتر داشته باشند کمک نماید. این پرسشنامه کوتاه و استفاده از آن آسان است و می‌توان آن را در جایگاه‌های مراقبت اولیه با سرعت به کار برد. این آزمون در در چندین کشور با فرهنگ، زبان‌ها و نظام‌های سلامت مختلف اعتباریابی شده است.

ASSIST از ۸ پرسش تشکیل یافته و اطلاعاتی درباره موارد زیر تامین می‌کند:

- موادی که افراد در طول عمر خود مصرف کرده‌اند
- موادی که در طول ۳ ماه قبل مصرف کرده‌اند
- مشکلات مرتبط با مصرف مواد
- خطر آسیب فعلی یا آینده
- وابستگی
- مصرف تزریقی مواد

### پیوند دادن غربالگری با مداخلات متناسب

ASSIST می‌تواند با مداخله متناسب برای هر بیمار بسته به امتیازهای درگیری با مواد اختصاصی پیوند داده شود (دستورالعمل همراه «آزمون غربالگری درگیری با مصرف تنباکو، الکل و مواد: راهنما برای استفاده در مراقبت اولیه» را برای جزییات بیشتر درباره نحوه محاسبه امتیازهای درگیری با مواد اختصاصی ببینید).

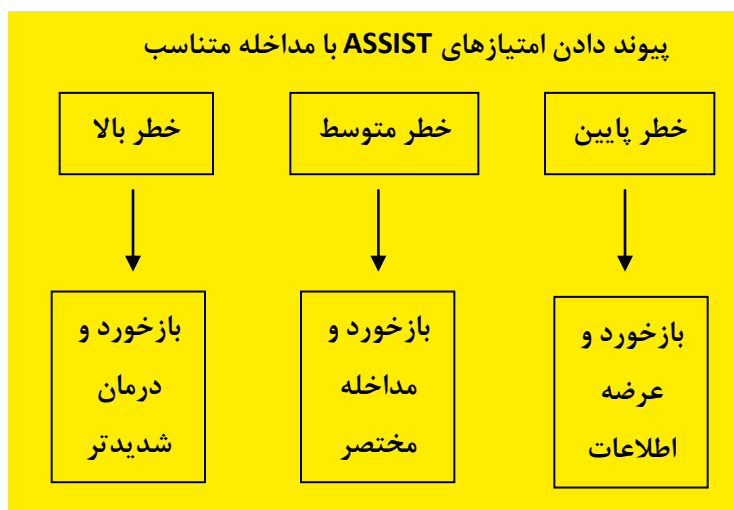
جعبه ۱ سطح خطر آسیب مرتبط با مواد همراه با دامنه‌های متفاوت امتیاز را نشان می‌دهد. کسانی که تزریق هر ماده‌ای را با بسامد بالا در ۳ ماه گذشته گزارش می‌کنند (امتیاز ۲ در پرسش ۸) نیز در معرض خطر بالا در نظر گرفته می‌شوند.

- کسانی که امتیاز ASSIST آن‌ها برای تمام مواد در دامنه خطر پایین قرار دارد باید بازخورد کوتاه درباره نتایج آزمون دریافت کنند و از آن‌ها پرسیده شود آیا به اطلاعات بیشتری درباره مواد نیاز دارند.
- افرادی که امتیازهای آن‌ها برای هر ماده در دامنه متوسط قرار دارد، باید بازخورد درباره نتایج و مداخله مختصر دریافت کنند که حداقل شامل بازخورد، مسئولیت و توصیه است. خطر برای کسانی که تاریخچه قبلی مشکلات یا وابستگی مواد دارند بالاتر است.

جعبه ۱: امتیازهای درگیری با مواد اختصاصی چه معنایی دارد؟			
سایر مواد		الکل	
خطر اندک	۰-۲	خطر اندک	۰-۱۰
خطر متوسط	۴-۲۶	خطر متوسط	۱۱-۲۶
خطر بالا	+۲۷	خطر بالا	+۲۷

- کسانی که امتیاز در دامنه **خطر بالا** قرار دارد (شامل تزریق‌کنندگان مکرر) باید درمان شدیدتری دریافت کنند که می‌تواند با بازخورد نتایج و مداخله مختصر شروع شود. درمان شدیدتر می‌تواند کارکنان مراقبت اولیه سلامت یا در صورت دسترس بودن خدمات تخصصی درمان تامین شود.
- پرسش ۸ ASSIST سئوالاتی درباره تزریق اخیر مواد می‌پرسد. در حالی که امتیاز پرسش ۸ در محاسبه امتیاز درگیری اختصاصی ASSIST وارد نشده است، بیمارانی که بیش از یک بار در هفته یا ۳ روز متوالی یا بیشتر تزریق کرده‌اند در معرض خطر بالای آسیب‌ها شامل وابستگی، عفونت و ابتلا به ویروس‌های منتقل‌شونده از راه خون هستند و نیاز به درمان شدیدتر دارند. بیمارانی که با بسامد کمتر از این تزریق می‌کنند در معرض خطر کاهش یافته هستند و ممکن است یک مداخله مختصر دریافت کنند.

راهنمایی برای متناسب‌ترین درمان بر اساس خطر و مبتنی بر الگوهای مصرف تزریقی وجود دارد که حرکت به سمت وابستگی را در مصرف‌کنندگان هروئین (بیش از یک بار در هفته) و مصرف‌کنندگان آمفتامین/کوکائین (بیش از ۳ روز متوالی) بازتاب می‌دهد. گرچه کارکنان سلامت مجبور خواهند بود درباره بهترین سیر اقدامات بر اساس اطلاعات در دسترس آن‌ها از قضاوت بالینی خود استفاده نمایند.



### کارت گزارش بازخورد ASSIST

کارت گزارش بازخورد ASSIST در پایان مصاحبه ASSIST تکمیل می‌شود و برای ارائه بازخورد به بیمار درباره سطح خطر مرتبط با مواد استفاده می‌شود. کارت گزارش یک پوشه ۴ صفحه‌ای است که محل‌هایی برای درج امتیازها (صفحه اول) و اطلاعات مرتبط با سطح خطر و مشکلات بالقوه برای هر ماده (سایر صفحات) دارد. اطلاعات بیشتر درباره کارت گزارش ASSIST و یک نسخه فرمت شده از آن در دستورالعمل همراه «آزمون غربالگری درگیری با مصرف تنباکو، الکل و مواد: راهنما»

برای استفاده در مراقبت اولیه» آورده شده است. کارت «خطرات تزریق» می‌تواند همراه با مداخله مختصر برای ارائه بازخورد به افرادی که سابقه تزریق مواد دارند استفاده شود.

## بازخورد نتایج ASSIST

تمام بیماران غربالگری شده با استفاده از ASSIST باید درباره امتیازشان و سطح خطر مرتبط با آن بازخورد دریافت کنند و درباره موادی که مصرف می‌کنند اطلاعات و توصیه دریافت نمایند. این میزان مداخله، حداقل مداخله لازم برای تمام بیماران است.

کارت گزارش بازخورد ASSIST چارچوب مفیدی برای ارائه بازخورد تامین می‌کند و همچنین به عنوان مقدمه ارائه توصیه به کار می‌رود. امتیازهای درگیری با مواد اختصاصی برای هر ماده در جعبه‌های در نظر گرفته شده بر روی کارت درج می‌شود. سایر صفحات حاوی اطلاعات درباره خطرات اختصاصی همراه با هر یک از مواد پرسشنامه ASSIST است. روی کارت محلی در نظر گرفته شده که درمان‌گر یا بیمار می‌توانند با تیک زدن آن خطر تجربه این آسیب‌ها را با هر ماده مشخص نمایند.

نحوه ارائه بازخورد بر شنیده شدن و پذیرفته شدن آن تاثیر زیادی دارد. بازخورد باید با در نظر گرفتن میزان آمادگی بیمار برای شنیدن آن و دانش قبلی او داده شود. استفاده از سبک همدلانه و مهارت‌های اختصاصی قبل‌تر توصیف شده در این دستورالعمل می‌توان تاثیر زیادی بر روی احساس بیمار درباره ادراکشان از بازخورد داشته باشد.

یک راه ساده و موثر دادن بازخورد که دانش فعلی و علاقه بیمار را در نظر می‌گیرد و به حق او درباره نحوه استفاده از اطلاعات احترام می‌گذارد از سه مرحله تشکیل یافته است: برانگیختن- تامین- برانگیختن (Elicit-Provide- Elicit).

- **آمادگی/علاقه فرد را برای اطلاعات برانگیزید.** برای مثال: از بیماران بپرسید در این باره از قبل چه می‌دانند و علاقمند هستند چه چیزی بدانند؟ یادآوری این نکته که مسئولیت استفاده از اطلاعات برعهده خود فرد است، همچنین کمک کننده خواهد بود.

«آیا می‌خواهید نتایج پرسشنامه‌ای را که تکمیل کردید ببینید؟ آن چه با این اطلاعات خواهید کرد به خود شما بستگی دارد؟»

«درباره اثرات آمفتامین بر روی خلق چه می‌دانید؟»

- به نحوی خنثی و به دور از داروی بازخورد تامین نمایید.

«امتیاز شما برای ترکیبات افیونی ۶ است، که به این معنی است که با مصرف ترکیبات افیونی در سطح فعلی در معرض خطر تجربه مشکلات سلامت و سایر مشکلات مرتبط قرار دارید.»

«آمفتامین‌ها مواد شیمیایی درون مغز شما را که خلق را تنظیم می‌کنند متاثر نموده و مصرف منظم آن‌ها می‌تواند باعث ایجاد افسردگی، اضطراب و در برخی افراد خشم و خشونت شود.»

- تفسیر شخصی را برانگیزید. برای مثال: از بیمار بپرسید درباره اطلاعات چه فکر می‌کند و می‌خواهند با آن چه بکنند.
- شما می‌توانید این کار را با پرسیدن یکی از پرسش‌های کلیدی زیر انجام دهید:
  - «در این باره چه احساسی دارید؟»
  - «می‌خواهید درباره آن چه کار کنید؟»
  - «چقدر این موضوع شما را نگران می‌کند؟»
  - «چه چیزی بیش از هر چیز شما را نگران می‌کند؟»

## باز خورد و اطلاعات برای مصرف‌کنندگان با خطر پایین

اکثر بیماران غربال شده با ASSIST امتیازهایی در دامنه خطر پایین برای تمام مواد خواهند داشت (در جعبه ۱ امتیاز برش برای هر ماده آورده شده است). این افراد نیاز به هیچ مداخله‌ای برای تغییر رفتار مصرف مواد خود ندارند. گرچه تامین اطلاعات عمومی درباره الکل و سایر مواد برای مصرف‌کنندگان با خطر پایین به دلایل متعدد مناسب خواهد بود:

- افزایش سطح آگاهی اجتماع درباره خطرات مصرف مواد و الکل
- این کار می‌تواند یک مداخله پیشگیرانه برای تشویق مصرف‌کنندگان کم خطر به تداوم رفتار خود باشد.
- این کار می‌تواند به بیماران با تاریخچه قبلی مصرف پرخطر مواد خطرات بازگشت به مصرف خطرآفرین مواد را یادآوری کند.

با بیمارانی که امتیازهای ASSIST آن‌ها در دامنه خطر پایین است، چه باید کرد؟

- در مورد امتیاز ASSIST و سطح خطر مرتبط با آن بازخورد تامین نمایید.

### جعبه ۲- مثال باز خورد امتیاز ASSIST در دامنه خطر پایین

«این کارت نتایج پرسشنامه ASSIST را که چند دقیقه قبل تکمیل کردید نشان می‌دهد. از شما سئوالاتی درباره مصرف مواد و مشکلات همراه با آن پرسیده شد (به بیمار صفحه اول کارت گزارش ASSIST را نشان دهید) می‌بینید که امتیاز شما در دامنه خطر پایین برای تمام مواد قرار دارد. (صفحه کارت گزارش را برگردانید تا به بیمار فهرست مشکلات مرتبط با مواد را نشان دهید) یعنی این که اگر به رفتار فعلی خود ادامه دهید، احتمال کمی دارد که دچار این مشکلات شوید.»

- از آن‌ها بپرسید آیا تمایل دارند اطلاعات بیشتری درباره مصرف مواد برای خود یا خانواده‌شان دریافت کنند. کارت گزارش را همراه با منابع اطلاعاتی دیگر بدهید.
- به آن‌ها بگویید که رفتار فعلی‌شان مسئولانه است و آن‌ها را برای تداوم این رفتار تشویق نمایید.

## مداخله مختصر برای مصرف‌کنندگان با خطر متوسط

باید به افرادی که امتیاز ASSIST آن‌ها برای هر ماده خطر متوسط مشکلات مرتبط با مواد را نشان می‌دهد مداخله مختصر عرضه شود (امتیازهای برش اختصاصی برای هر ماده در جعبه یک آورده شده است). مداخلات مختصر باید منعطف باشند و سطح خطر، مشکلات اختصاصی و آمادگی برای تغییر را به همراه زمان در دسترس در نظر بگیرد. اگر مناسب باشد شما می‌توانید از بیمار بخواهید یک جلسه دیگر برای بحث بیشتر درباره مواد مراجعه نماید. این کار در موارد محدودیت زمانی، وجود نگرانی‌های خاص درباره مصرف مواد یا مشکلات بیمار یا در صورتی که بخواهد کاری برای مصرف مواد خود نماید می‌تواند انجام شود. در صورت ضرورت مداخله می‌تواند در طول چند جلسه مشاوره ارائه شود.

اجزاء اصلی مداخله مختصر عبارتند از:

- ارائه بازخورد (FRAME) نتایج ASSIST و سطح خطر (صفحه ۱ کارت گزارش ASSIST). معنی نتایج را با بیمار بحث کنید و آن‌ها را با مشکلات اختصاصی فهرست شده در صفحات ۴-۲ کارت گزارش پیوند دهید.
- توصیه (FRAME) روشن نمایید و بگویید بهترین راه کاهش خطر مشکلات مرتبط با مواد کاهش یا قطع مصرف آن است. هم زمان بر مسئولیت بیمار (FRAME) برای تغییر رفتارشان تأکید نمایید.
- «بهترین راه برای کاهش خطر تجربه این مشکلات کاهش یا توقف مصرف مواد است، اما شما باید خودتان تصمیم به کاهش یا قطع مصرف آن بگیرید. تصمیم با شماست. اگر برای شما اشکالی ندارد، می‌خواهم در این باره با شما صحبت کنم.»
- شرح حال مختصر مصرف مواد در طول هفته گذشته را بگیرید.
- درباره محاسن مصرف مواد از دید بیمار بحث کنید.
- «چه چیزهای خوبی در مصرف ... وجود دارد؟»
- درباره پیامدهای منفی مصرف مواد بحث کنید.
- «می‌توانی برخی از جنبه‌های کمتر خوب مصرف ... را بگویی؟» بیمار را تشویق کنید پیامدهای کوتاه مدت و طولانی مدت را در نظر بگیرد. به مشکلات فهرست شده در صفحات ۴-۲ کارت گزارش رجوع دهید. اگر شکایت حاضر یا مشکلی در شرح حال بیمار با مصرف مواد مرتبط است، درباره آن با بیمار بحث کنید.
- بیمار را تشویق کنید وزن جنبه‌های مثبت و منفی را مصرف مواد را مقایسه نماید. برای کمک به بیمار برای فکر کردن در این باره می‌توانید از الکلنگ تصمیم‌گیری یا جدول محاسن و هزینه‌های صفحه ۷ استفاده کنید.
- با بیمار درباره میزان نگرانی‌اش درباره مصرف مواد بحث کنید. می‌توانید از خط‌کش اهمیت در صفحه ۹ برای کمک به بیمار استفاده نمایید تا به شما نشان دهد چقدر تغییر رفتار مصرف مواد برایش مهم است.
- اگر بیمار نگران مصرف مواد خود نیست یا برای فکر کردن به تغییر آماده نیست (پیش‌تامل):
- کارت گزارش ASSIST را به بیمار بدهید تا به منزل ببرد.



- اطلاعات مکتوب بیشتر درباره مواد اختصاصی که استفاده می‌کنند و خدمات در دسترس در منطقه ارائه نمایید.
- به بیمار بگویید هر زمان در آینده نگران مصرف مواد خود بود، مراجعه نماید.
- جلسه فعلی را خاتمه دهید. مصرف مواد را هر گاه بیمار به دلیل دیگری مراجعه می‌نماید مرور نمایید.

## ۸- مثال یک مداخله مختصر کوتاه برای حشیش (جعبه ۳)

### جعبه ۳- فقط باز خورد و توصیه- سه دقیقه

بعد از تکمیل پرسشنامه ASSIST با دکتر ب، آقای الف یک مرد ۳۳ ساله که با همسر و فرزند کوچک خود زندگی می‌کند، در تمام مواد امتیاز در دامنه خطر پایین داشت به جز حشیش که امتیاز ۲۰ دریافت کرده بود و او را در طبقه خطر متوسط قرار می‌داد.

تکنیک‌های FRAMES و راهبردهای مصاحبه انگیزشی استفاده شده در پرانتزها مشخص شده‌اند.

دکتر ب: بسیار خوب. از شما به خاطر شرکت در تکمیل پرسشنامه تشکر می‌کنم (تایید). درست است که بگوییم در حال حاضر بیشترین ماده‌ای که شما مصرف می‌کنید حشیش است؟

آقای الف: بله، کاملاً درست.

دکتر ب: در یک روز معمول بعد از کار چقدر حشیش استفاده می‌کنید؟ (گرفتن شرح حال مختصر)

آقای الف: ام، معمولاً ۳ یا ۴ عدد. شاید آخر هفته یک کم بیشتر.

دکتر ب: دوست داری نتایج پرسشنامه‌ای را که پر کردی ببینی؟ (برانگیختن)

آقای الف: بله

دکتر ب: اگر یادتان باشد، سئوالاتی درباره مصرف الکل و مواد و تجربه مشکلات مرتبط با مصرف آن‌ها پرسیده شد (صفحه اول کارت گزارش ASSIST را نشان دهید). این که با این اطلاعات می‌خواهید چه کار بکنید، کاملاً به خود شما بستگی دارد (مسئولیت). پاسخ‌های شما نشان می‌دهد امتیاز شما برای بیشتر مواد پرسیده شده در دامنه پایین است، بنابراین در صورت تداوم این الگو برای آن مواد، احتمال تجربه مشکلات مرتبط غیرمحمتمل است. گر چه امتیاز شما برای ماری‌جوانا ۲۰ بود، که به این معنا است که اگر به مصرف آن در این حد ادامه دهید، شما در معرض خطر تجربه مشکلات سلامت و سایر مشکلات مرتبط با مصرف آن خواهید بود. (تامین بازخورد)

(به بیمار صفحات ۴-۲ کارت گزارش ASSIST را نشان دهید). این جعبه برخی مشکلاتی که در اثر مصرف پرخطر حشیش ایجاد می‌شود، نشان می‌دهد- مشکل در توجه، انگیزش، اضطراب، کج خلقی، پانیک، بدبینی، کاهش حافظه و توانایی حل مساله، فشار

دکتر الف: چقدر درباره اثرات حشیش بر روی خود نگران هستید؟ (پرسش بازپاسخ، برانگیختن عبارات خودانگیزشی)

آقای ب: خوب ... نمی‌دانم، من هیچ وقت درباره آن فکر نکردم ... منظورم اینه که ... فکر می‌کنم یک مقدار نگران کننده است که می‌تواند تمام این مشکلات را ایجاد کند. نمی‌دانم (ناهماهنگی) (dissonance)

دکتر الف: به شما چند پمفلت درباره عوارض مصرف حشیش می‌دهم. این پمفلت‌ها درباره اثرات ماری‌جوآنا بیشتر توضیح می‌دهند و اطلاعاتی درباره نحوه کاهش مصرف آن در صورت تمایل می‌دهند (پمفلت‌ها را به آقای الف می‌دهد). آن‌ها را بخوانید و اگر خواستید درباره آن بیشتر صحبت کنید در ویزیت بعدی این کار را انجام می‌دهیم (منو، توصیه مکتوب)

اگر بیمار نگران است یا برای تغییر آماده است (تامل) آن گاه مداخله بیشتر باید عرضه شود. اجزاء کلیدی این مداخله عبارت است از:

- بازخورد بیشتر پیوند دهنده مصرف ماده با مشکلات فعلی و بالقوه سلامت
- بحث بیشتر معطوف به برانگیختن تغییر (گفتگوی تغییر) (صفحه ۲۲)
- سطح اطمینان بیمار را درباره توانایی تغییر مصرف موادشان به بحث بگذارید. از خطکش اطمینان صفحه ۹ برای کمک به بیمار برای تعیین اطمینان او از توانایی‌اش برای تغییر استفاده نمایید. اگر اطمینان پایین باشد، بیماران را تشویق کنید تا درباره سایر تغییراتی که انجام داده‌اند یا کیفیت‌های شخصی که به آن‌ها برای ایجاد تغییر کمک می‌کند صحبت کنند.
- گزینه‌های اختصاصی برای کمک به تغییر (منوی گزینه‌ها) را به بحث بگذارید. مثال‌ها عبارتند از:

تهیه یادداشت روزانه مصرف مواد شامل:

- زمان و محل مصرف
- افراد حاضر هنگام مصرف
- چه موادی مصرف می‌شود، به چه میزان
- چقدر پول صرف آن می‌کنید

به منظور کاهش مصرف مواد در وضعیت‌های پرخطر، این وضعیت‌ها و راهبردهای اجتناب از آن‌ها را شناسایی کنید.

فعالیت‌های جایگزین مصرف مواد را شناسایی کنید.

- به بیمار برای تصمیم‌گیری درباره اهداف‌اش کمک کنید.
- بیمار را تشویق کنید افرادی را که می‌توانند برای تغییر کمک و حمایت کنند، شناسایی کند.
- برای تقویت مطالب بحث شده در جلسه منابع خودیاری و اطلاعات کتبی تامین نمایید.

- از بیمار دعوت نمایید در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر دوباره مراجعه نمایند. هر بار فرد برای دریافت سایر خدمات مراجعه می‌کند وضعیت بیمار را برای تغییر رفتار بررسی نمایید.

بیی

## ۹- مثال یک مداخله مختصر کوتاه برای حشیش (جعبه ۴)

### جعبه ۴- باز خورد و کاوش نیش و نوش مصرف - پنج دقیقه

پس از تکمیل پرسشنامه ASSIST توسط دکتر ب، آقای الف مرد ۳۳ ساله‌ای که با همسر و فرزند کوچک‌اش زندگی می‌کند، برای تمام مواد به استثنای حشیش امتیاز پایین داشت. امتیاز آقای الف برای حشیش ۲۰ بود که او را در طبقه خطر متوسط قرار می‌داد.

تکنیک‌ها و راهبردهای مصاحبه انگیزشی در پایان هر جمله داخل پرانتز آورده شده است.

دکتر ب: بسیار خوب. از شما به خاطر تکمیل این پرسشنامه متشکرم. درست است اگر بگوییم در حال حاضر بیشتر ماری‌جوانا مصرف می‌کنید (تایید).

آقای الف: بله، کاملاً درست.

دکتر ب: از چه چیز مصرف حشیش لذت می‌برید؟ منظورم این است برای شما مصرف حشیش چه جنبه‌های خوبی دارد؟

آقای الف: خوب، مصرف آن مرا مخصوصاً بعد از برگشت از کار به خانه آرام می‌کند. واقعاً به من کمک می‌کند فشارهای طول روز را فراموش کنم. همچنین مواقعی که با دوستان بیرون یا در مهمانی هستم یا آخر هفته‌ها مصرف آن برایم لذت‌بخش است.

دکتر ب: در یک روز معمول بعد از کار چقدر مواد مصرف می‌کنید (گرفتن شرح حال مختصر)

آقای الف: ام‌م ... معمولاً ۴-۳ عدد، شب‌ها

دکتر ب: آخر هفته‌ها همین قدر مصرف می‌کنید؟ (گرفتن شرح حال مختصر)

آقای الف: بله ... در واقع شاید کمی بیشتر ... شاید ۶-۵ عدد، نمی‌دانم، گاهی تعدادش از دستم درمی‌رود (می‌خندد).

دکتر ب: چه جنبه‌های نه چندان خوبی در مصرف مواد وجود دارد؟ (سؤال بازپاسخ - کاوش نیش و نوش)

آقای الف: از همسرم باید بپرسید. او همیشه در این مورد به من یق می‌زند (می‌خندد). حدس می‌زنم شاید بدترین چیز برای من این باشد که به نظر می‌رسد مصرف مواد بر روی حافظه و تمرکز من در کار اثر گذاشته. بعد از یک نوبت مصرف زیاد در شب،

گاه روز بعد گیج هستم و واقعاً احساس خستگی می‌کنم. گاهی واقعاً حالم بد می‌شود و سر کار نمی‌روم.

دکتر ب: بنابراین تدخین حشیش به شما کمک می‌کند بعد از کار آرام شوید، اما باعث فراموشکاری و خستگی شما نیز می‌شود و گاهی به خاطر آن از کار خود غیبت می‌کنید. شما همچنین گفتید که همسران این رفتارتان را دوست ندارد. فکر می‌کنید علت آن چیست؟ (گوش دادن بازتابی، تمرکز مجدد، پرسش بازپاسخ)

آقای الف: همسر من دوست ندارد که من همیشه بی‌حرکت باشم زیرا می‌گوید من هیچ کاری جز نشستن روبروی تلویزیون نمی‌کنم و همیشه فراموش می‌کنم کارها را انجام دهم. می‌گویم به اندازه کافی در کارهای منزل کمک نمی‌کنم و همه کارهای خانه و نگهداری از بچه برعهده اوست. اما من می‌گویم من تمام هفته کار می‌کنم و حقوقم را به خانه می‌آورم ...

دکتر ب: این موضوع برای شما سخت است چون کشیدن حشیش به شما کمک می‌کند آرام شوید اما همزمان نمی‌توانید در کارهای منزل کمک کنید چون بی‌حرکت می‌شوید و گاه فراموش می‌کنید کارهایی را که ازتان خواسته شده انجام دهید. (خلاصه، همدلی)

آقای الف: بله

دکتر ب: دوست دارید نتایج پرسشنامه‌ای را که تکمیل کردید ببینید. (برانگیختن)

آقای الف: بله

دکتر ب: اگر یادتان باشد، سئوالاتی درباره مصرف الکل و مواد و تجربه مشکلات مرتبط با مصرف آن‌ها پرسیده شد (صفحه اول کارت گزارش ASSIST را نشان دهید). این که با این اطلاعات می‌خواهید چه کار بکنید، کاملاً به خود شما بستگی دارد (مسئولیت). پاسخ‌های شما نشان می‌دهد امتیاز شما برای بیشتر مواد پرسیده شده در دامنه پایین است، بنابراین در صورت تداوم این الگو برای آن مواد، احتمال تجربه مشکلات مرتبط غیرمحمتمل است. گر چه امتیاز شما برای ماری‌جوانا ۲۰ بود، که به این معنا است که اگر به مصرف آن در این حد ادامه دهید، شما در معرض خطر تجربه مشکلات سلامت و سایر مشکلات مرتبط با مصرف آن خواهید بود. (تامین بازخورد)

(به بیمار صفحات ۴-۲ کارت گزارش ASSIST را نشان دهید). این جعبه برخی مشکلاتی که در اثر مصرف پرخطر حشیش ایجاد می‌شود، نشان می‌دهد- مشکل در توجه، انگیزش، اضطراب، کج خلقی، پانیک، بدبینی، کاهش حافظه و توانایی حل مساله، فشار خون بالا، آسم و برونشیت، بیماری قلبی و ریوی (تامین توصیه)

گفتید که برخی از این مشکلات مثل اختلال حافظه، تمرکز و انگیزش را تجربه کرده‌اید ...

آقای الف: (صحبت پزشک را قطع می‌کند) بله، اما علت این موضوع شاید این باشد که من همیشه خسته‌ام چون شب‌ها از گریه

بچه خواب ندارم. (مقاومت)

دکتر ب: بنابراین تنها علتی که باعث شده فراموشکار شوید و تمرکز و کمک به همسر برایتان دشوار شود، کم‌خوابی است؟  
(دور زدن مقاومت، بازتاب تقویت شده)

آقای الف: خوب، بخشی به این خاطر است. فکر می‌کنم بخشی هم به خاطر حشیش باشد. (دوسوگرایی)

دکتر ب: چقدر از اثرات حشیش بر روی خود نگران هستید؟ (پرسش بازپاسخ، برانگیختن عبارات خودانگیزی درباره نگرانی)

آقای ب: بله ... می‌دانم ... منظورم این است که ... فکر می‌کنم اگر مصرف مواد این اثرات را روی مغز من دارد تا حدی نگران کننده است ... نمی‌دانم (ناهماهنگی) (dissonance)

دکتر ب: گوش کنید آقای الف، گزینه‌های متعددی در دسترس شما است و به شما بستگی دارد که بهترین گزینه را برای خود انتخاب نمایید. چند پمفلت درباره تاثیرات مصرف حشیش می‌خواهید؟ آن‌ها توضیحات بیشتر درباره اثرات حشیش و اطلاعاتی درباره نحوه کاهش مصرف آن ارائه می‌کنند (پمفلت‌ها را به آقای الف می‌دهد). اگر بخواهید می‌توانیم درباره گزینه‌های در دسترس یک جلسه دیگر بیشتر صحبت کنیم (توصیه مکتوب، منو، تاکید بر انتخاب شخصی و کنترل)

آقای الف: آه ... بسیار خوب ... ممنونم ... درباره آن فکر می‌کنم.

(جلسه طولانی‌تر می‌تواند بر روی اهمیت روابط میان آقای الف و همسر و فرزندش متمرکز شود.)

### انتخاب ماده‌ای که بیشترین نگرانی را ایجاد کرده است

امتیازهای ASSIST برخی بیماران درگیری اختصاصی در سطح خطرآفرین یا آسیب‌رسان بیش از یک ماده را نشان خواهد داد. یک زیرگروه از این بیماران ممکن است یک یا چند ماده را به صورت تزریقی استفاده کنند. برای این گروه انتخاب یک ماده بعنوان تمرکز مداخله ممکن است ضرورت داشته باشد. تلاش برای تغییر چندین رفتار به صورت همزمان می‌تواند دشوار باشد و ممکن است منجر به ایجاد احساس شکست و ناامیدی در بیمار شود. بهتر است در هر نوبت بر روی یک رفتار تمرکز شود. بیماران با احتمال بالاتری به یک مداخله پاسخ می‌دهند، اگر در انتخاب ماده‌ای که بیشترین نگرانی را برای آن‌ها ایجاد کرده است دخیل باشند. می‌توان ماده‌ای که بصورت تزریقی مصرف می‌شود یا ماده‌ای که به خاطر آن فرد بالاترین امتیاز درگیری ماده اختصاصی را دریافت کرده است بعنوان ماده‌ای که بیشترین نگرانی را ایجاد کرده در نظر گرفت. گرچه برخی بیماران ممکن است نسبت به ماده‌ای با امتیاز کمتر نگرانی بیشتری داشته باشند. در این صورت مداخله باید:

- روی ماده با بالاترین امتیاز درگیری ماده اختصاصی ASSIST متمرکز شود؛ یا

- روی ماده‌ای که بیشترین نگرانی را برای بیمار ایجاد کرده متمرکز شود؛ یا
- روی ماده‌ای که به صورت تزریقی مصرف می‌شود متمرکز شود.

## با مصرف‌کنندگان پرخطر یا تزریق‌کنندگان مکرر چه کنیم

بیمارانی که مواد را بصورت منظم در ۳ ماه گذشته تزریق کرده‌اند و/یا امتیازهای ASSIST آن‌ها برای هر ماده در دامنه پرخطر قرار دارد، ممکن است نیاز به درمان بیشتر داشته باشند. این می‌تواند به صورت درمان‌هایی مثل دارودرمانی یا مشاوره در مرکز مراقبت اولیه یا در صورت در دسترس بودن ارجاع به مراکز تخصصی درمان الکل و مواد باشد.

برخی بیماران که در معرض خطر بالا هستند ممکن است درباره مصرف مواد خود نگران نباشند و تمایلی به پذیرش درمان شدیدتر نشان ندهند. مداخله مختصر می‌تواند برای دادن انگیزه برای پذیرش درمان شدیدتر استفاده شود.

- درباره نتایج ASSIST و سطح خزر بازخورد دهید (صفحه ۱ کارت گزارش بازخورد ASSIST). معنای نتایج را به بحث بگذارید و آن‌ها را با مشکلات اختصاصی فهرست شده در صفحات ۴-۲ کارت گزارش (و کارت «خطرات تزریق» در صورت نیاز) ارتباط دهید.

- به بیمار توصیه کنید که بهترین راه کاهش خطر مشکلات مرتبط با مصرف مواد و مدیریت مشکلات موجود کاهش یا قطع مصرف مواد است. اگر بیمار در گذشته اقدام ناموفق به کاهش یا قطع مصرف مواد داشته، درباره این اقدامات قبلی بحث کنید. این کار می‌تواند به بیمار برای درک این موضوع کمک کند که برای تغییر رفتارشان نیاز به درمان دارند.

- نتایج را با مشکلات اختصاصی قبلی بیمار ارتباط دهید.
- شرح حال مختصر مصرف مواد در هفته گذشته را بگیرید.
- بیمار را تشویق کنید جنبه‌های مثبت و منفی مصرف مواد را مقایسه کند. برای کمک به بیماران برای فکر کردن در این باره می‌توانید از الکلنگ تصمیم‌گیری یا جدول محاسن و هزینه‌های صفحه ۷ استفاده نمایید. یک تکنیک موثر دیگر استفاده از پرسش‌های بازپاسخ است؛

- «در مورد جنبه‌های خوب مصرف ماده ... برایم حرف بزن.»
- «چه جنبه‌های مصرف ماده ... چندان خوب نیست.»

- بیمار را تشویق کنید پیامدهای کوتاه مدت و طولانی مدت مصرف مواد را در نظر بگیرید. به مشکلات فهرست شده در صفحات ۴-۲ کارت گزارش ASSIST مراجعه کنید.

- در مورد سطح نگرانی بیمار درباره مصرف مواد بحث نمایید. برای کمک به بیمار در نشان دادن میزان اهمیت تغییر رفتار می‌توانید از خطکش اهمیت در صفحه ۹ استفاده نمایید.
- درباره درمان‌های موجود و نحوه دسترسی به آن‌ها اطلاعات تأمین نمایید.
- در مورد موثر بودن درمان به بیمار اطمینان دهید و او را برای درمان تشویق نمایید.
- درباره مشکلات مصرف مواد و راهبردهای کاهش مصرف اطلاعات مکتوب در اختیار بیمار قرار دهید.

چه بیمار درمان بیشتر را بپذیرد یا خیر، هر بار به خاطر سایر مشکلات سلامت دوباره به شما مراجعه نمود او را مرور و پایش کنید. آن‌ها را دعوت کنید هر زمان تمایل دارند برای صحبت بیشتر درباره مصرف مواد مجدداً مراجعه نمایند.

## ۱۰- کتاب‌شناسی منتخب

1. Babor, T.F. & Higgins-Biddle, J.C. (2001) *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for use in Primary Care*. World Health Organisation, Document No. WHO/MSD/MSB/01.6b
2. Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G (2001) *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Guidelines for use in Primary Care*. World Health Organisation, Second Edition, Document No. WHO/MSD/MSB/01.6a
3. Baker, A., Boggs, T.G. & Lewin, T.J. (2001) Randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction*, 96, 1279-1287.
4. Bashir, K., King, M. & Ashworth, M (1994) Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *British Journal of General Practice*, 44, 408-412.
5. Bien, T.H., Miller, W.R. & Tonigan, S. (1993). Brief intervention for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88, 315-336.
6. Copeland, J., Swift, W., Roffman, R. & Stephens, R. (2001) A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 55-64.
7. Cordoba, R., Delgado, M.T., Pico, V., Altisent, R., Fores, D., Monreal, A., Frisas, O. & Lopez del Val, A. (1998). Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Family Practice*, 15 (6), 562-588.
8. Heather, N (1996) The Public Health and Brief Intervention for excessive alcohol consumption: the British experience. *Addictive Behaviours* 21, 857-868.
9. Lang, E., Englander, M. & Brook, T. (2000) Report of an integrated brief intervention with self-defined problem cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 111-116.
10. Maisto, S.E., Conigliaro, J., McNeil, M., Kraemer, K., Conigliaro, R.L. & Kelley, M.E (2001) Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(5), 605-614.
11. Miller, W.R. & Wilbourne, P.L. (2002) Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders (review). *Addiction*, 97 (3), 265-277.
12. Miller W. (1983) Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*. 11:147-172
13. Miller W, Rollnick S (2002) *Motivational Interviewing*. 2nd Edition. Guilford Press New York and London.

14. Miller W & Sanchez V (1993) Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In Howard G (Ed) *Issues in alcohol use and misuse by young adults*. Notre Dame IN. University of Notre Dame Press.
15. Miller W, Zweben A, Di Clemente C, Rychtarik R (1992) *Motivational enhancement therapy manual: A clinical resource guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. (Project MATCH Monograph Series Vol 2). Rockville Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
16. Prochaska, J.A., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992) In search of how people change. Applications to addictive behaviour. *Am. Psych.* 47:1102-1114.
17. Royal Australian College of General Practitioners. (1998) *Putting prevention into practice. A guide for the implementation of prevention in the general practice setting*. 1st Edition. RACGP Melbourne
18. Royal Australian College of General Practitioners. (2002) *Guidelines for preventive activities in general practice*. 2nd Edition. RACGP Melbourne
19. Saunders, B., Wilkinson, C. & Phillips, M. (1995) The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 90, 415-424.
20. Senft, R.A., Polen, M.R., Freeborn, D.K. & Hollis, J.F. (1997) Brief Intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *American Journal of Preventive Medicine*, 13 (6), 464-470.
21. Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Curtin L. (2000) Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68 (5), 898-908.
22. Stotts, A.L., Schmitz, J. M., Rhoades, H.M. & Grabowski, J. (2001) Motivational Interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69 (5), 858-862.
23. Territory Health Services (2000) *The Public Health Bush Book*. Northern Territory Health Services, Darwin. [http://www.nt.gov.au/health/healthdev/health\\_promotion/bushbook\\_toc.shtml](http://www.nt.gov.au/health/healthdev/health_promotion/bushbook_toc.shtml)
24. WHO Brief Intervention Study Group. (1996). A randomised cross-national clinical trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, 86 (7), 948-955.
25. WHO ASSIST Working Group (2002) the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, reliability and Feasibility. *Addiction*, 97, 1183-1194.
26. World Health Organisation (2002) *The World Health Report 2002. Reducing Risks, promoting healthy life*. WHO. Geneva
27. Wutzke, S.E., Shiell, A., Gomei, M.K., Conigrave, K.M. (2001) Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Social Science & Medicine*, 52 (6), 863-870.



## **پیوست – فهرست منابع در دسترس درباره اطلاعات مواد**