

**Ujian Saringan Alkohol, Merokok dan Penggunaan Bahan
ASSIST-Lite**

Arahan

Soalan-soalan ini bertanyakan tentang penggunaan bahan psikoaktif dalam TEMPOH 3 BULAN YANG LALU SAHAJA.

Soal tentang setiap bahan mengikut turutan dan hanya teruskan ke soalan tambahan sekiranya individu itu menggunakan bahan tersebut.

Setelah selesai semua soalan, kira bilangan respons “ya” untuk mendapatkan skor untuk setiap bahan, dan tandakan kategori risiko.

Berikan intervensi ringkas bersesuaian dengan kategori risiko.

Dalam tempoh 3 bulan yang lalu	YA	TIDAK
1. Adakah anda menghisap rokok mengandungi tembakau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1a. Adakah anda selalunya menghisap lebih dari 10 batang rokok sehari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b. Adakah anda selalunya menghisap rokok dalam 30 minit selepas bangun dari tidur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skor untuk tembakau (kira jawapan “ya”)	<input type="checkbox"/>	
Kategori risiko:	<input type="checkbox"/> Rendah (0)	<input type="checkbox"/> Sederhana (1-2) <input type="checkbox"/> Tinggi (3)
2. Adakah anda minum minuman beralkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a. Di mana-mana majlis, adakah anda minum lebih dari 4 cawan piawai alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b. Pernahkah anda cuba dan gagal untuk mengawal, mengurangkan atau berhenti minum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2c. Pernahkah sesiapa mewujudkan kebimbangan terhadap aktiviti minum anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skor untuk alkohol (kira jawapan “ya”)	<input type="checkbox"/>	
Kategori risiko:	<input type="checkbox"/> Rendah (0-1)	<input type="checkbox"/> Sederhana (2) <input type="checkbox"/> Tinggi (3-4)
3. Adakah anda menggunakan kanabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3a. Pernahkah anda mempunyai keinginan yang kuat untuk menggunakan kanabis sekurang-kurangnya sekali seminggu atau lebih kerap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b. Pernahkah sesiapa menunjukkan kerisauan terhadap penggunaan kanabis anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skor untuk kanabis (kira jawapan “ya”)	<input type="checkbox"/>	
Kategori risiko:	<input type="checkbox"/> Rendah (0)	<input type="checkbox"/> Sederhana (1-2) <input type="checkbox"/> Tinggi (3)
4. Adakah anda menggunakan jenis peransang amfetamin, atau kokain, atau ubat stimulasi tidak mengikut dos yang disarankan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a. Adakah anda menggunakan ubat stimulasi sekurang-kurangnya seminggu sekali atau lebih kerap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b. Pernahkah sesiapa menunjukkan kerisauan terhadap penggunaan ubat stimulasi anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skor untuk ubat stimulasi (kira jawapan “ya”)	<input type="checkbox"/>	
Kategori risiko:	<input type="checkbox"/> Rendah (0)	<input type="checkbox"/> Sederhana (1-2) <input type="checkbox"/> Tinggi (3)
5. Adakah anda menggunakan ubat pelali atau ubatan untuk tidur tidak mengikut dos yang disarankan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5a. Pernahkah anda mempunyai keinginan yang kuat untuk menggunakan ubat penenang atau ubat tidur sekurang-kurangnya sekali seminggu atau lebih kerap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b. Pernahkah sesiapa menunjukkan kerisauan terhadap penggunaan ubat penenang atau ubat tidur anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skor untuk ubat penenang atau ubat tidur (kira jawapan “ya”)	<input type="checkbox"/>	
Kategori risiko:	<input type="checkbox"/> Rendah (0)	<input type="checkbox"/> Sederhana (1-2) <input type="checkbox"/> Tinggi (3)
6. Adakah anda menggunakan opioid jalanan (heroin) atau ubatan yang mengandungi opioid tidak mengikut dos yang disarankan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6a. Pernahkah anda pernah cuba dan gagal untuk mengawal, mengurangkan atau berhenti penggunaan opioid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b. Pernahkah sesiapa menunjukkan kerisauan terhadap penggunaan opioid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skor untuk opioid (kira jawapan “ya”)	<input type="checkbox"/>	
Kategori risiko:	<input type="checkbox"/> Rendah (0)	<input type="checkbox"/> Sederhana (1-2) <input type="checkbox"/> Tinggi (3)
7. Adakah anda menggunakan sebarang bahan psikoaktif yang lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika ya, bahan apa yang anda ambil?	<input type="text"/>	
<i>(Tidak diberi skor, tapi perlu penilaian lanjut)</i>		

Panduan Segera kepada Intervensi Ringkas

Risiko rendah : Nasihat tentang kesihatan umum dan tidak menggalakkan peningkatan pengambilan.

Risiko sederhana : Memberikan intervensi ringkas menggunakan Model FRAMES dan menawarkan informasi yang boleh dibawa pulang.

Risiko tinggi : Memberikan intervensi ringkas menggunakan Model FRAMES dan menggalakkan penilaian selanjutnya oleh pakar dalam bidang dadah dan alkohol. Membantu memulakan rujukan dan menawarkan informasi yang boleh dibawa pulang.

Nota: FRAMES – Maklumbalas (**F**eedback), Tanggungjawab (**R**esponsibility), Nasihat (**A**dvice), Senarai pilihan (**M**enu of options), Empati (**E**mpathy), Keberkesanan diri (**S**elf-efficacy).