

# استبيان CRAFFT 2.1+N

يتم إكماله بواسطة المريض

يُرْجى الإجابة على جميع الأسئلة بصدق؛ وستتمتع إجاباتك بسرية كاملة.

لال الاثني عشر (12) شهرًا الماضية، كم عدد الأيام التي قمت فيها بما يلي:

عدد الأيام

1. شرب أكثر من بضع رشقات من البيرة أو النبيذ أو أي مشروب يحتوي على الكحول؟ ضع "0" إذا لم تفعل ذلك نهائيًا.

عدد الأيام

2. تعاطي أي من أنواع الماريجوانا (القنب أو البانجو أو الزيت أو الشمع أو الحشيش من خلال التدخين أو "أو "سبايس")؟ K2 السجائر الإلكترونية أو الاستنشاق أو داخل الطعام) أو "الماريجوانا الاصطناعية" (مثل "ضع "0" إذا لم تفعل ذلك نهائيًا.

عدد الأيام

3. تعاطي أي شيء آخر للانتشاء به (مثل غيره من المخدرات المحظورة قانونيًا أو الأدوية الموصوفة أو التي تصرف بدون وصفة طبية، وكذلك الأشياء التي تستنشقها أو تنفخها أو تدخنها باستخدام جهاز إلكتروني أو تحقنها في الجسم)؟ ضع "0" إذا لم تفعل ذلك نهائيًا.

عدد الأيام

4. استخدام جهاز تدخين إلكتروني\* يحتوي على النيكوتين أو نكهات أو كليهما، أو تعاطي أي من منتجات التبغ†؟ ضع "0" إذا لم تفعل ذلك نهائيًا.

(أو أجهزة JUUL)، مثل Pod\* مثل السجائر الإلكترونية أو السجائر الإلكترونية المرنة القابلة للتعديل أو أجهزة التدخين الإلكترونية (أو أقلام التدخين الإلكترونية، أو الشيشة الإلكترونية. السجائر Puff Bar التدخين الإلكتروني المخصصة للاستخدام مرة واحدة، مثل أو السيجار أو السجائر الصغيرة أو الشيشة أو مضغ التبغ

اطلع على هذه التعليمات قبل المتابعة:

- إذا وضعت "0" في جميع المربعات الموجودة أعلاه، فأجب عن السؤال رقم (5) أدناه، ثم توقف.
- إذا وضعت "1" أو عددًا أكبر في السؤال رقم (1) أو (2) أو (3) أعلاه، فأجب عن الأسئلة من 5 إلى 10 أدناه.
- إذا وضعت "1" أو عددًا أكبر في السؤال رقم (4) أعلاه، فأجب عن جميع الأسئلة الواردة بالصفحة الخلفية.

ضع دائرة حول أحدهما

- |     |   |    |     |
|-----|---|----|-----|
| 5.  | هل سبق لك الركوب في سيارة يقودها شخص (سواء كنت أنت هذا الشخص) كان في حالة "انتشاء" تحت تأثير مخدر أو كان يتعاطى الكحول أو المخدرات؟ | لا | نعم |
| 6.  | هل سبق لك أن تعاطيت الكحول أو المخدرات من أجل الاسترخاء أو للشعور بإحساس أفضل تجاه نفسك أو من أجل الانسجام؟                         | لا | نعم |
| 7.  | هل سبق لك تعاطي الكحول أو المخدرات أثناء وجودك بمفردك أو وحيدًا؟  | لا | نعم |
| 8.  | هل سبق لك أن نسيت الأشياء التي فعلتها أثناء تعاطيك للكحول أو المخدرات؟  | لا | نعم |
| 9.  | هل سبق أن أخبرك أفراد أسرته أو أصدقاؤك بأنه ينبغي لك التقليل من الشرب أو تعاطي المخدرات؟  | لا | نعم |
| 10. | هل سبق لك أن تعرضت لمشاكل أثناء تعاطي الكحول أو المخدرات؟   | لا | نعم |

إشعار لموظفي العيادات والسجلات الطبية:

إن المعلومات الواردة في هذه الصفحة محمية بموجب قواعد السرية الفيدرالية الخاصة (42 CFR Part 2)، والتي تحظر الإفصاح عن هذه المعلومات إلا بتصريح بذلك بموجب موافقة كتابية محددة.

© John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2020

أعيد إصدار هذه الوثيقة من مركز أبحاث الصحة السلوكية للمراهقين (CABHRe)، لدى مستشفى Boston Children's Hospital للمزيد من المعلومات والاطلاع على الإصدارات بلغات أخرى، يُرجى زيارة [www.crafft.org](http://www.crafft.org)

تسألُك الأسئلة التالية عن استخدامك لأي أجهزة تدخين إلكتروني تحتوي على النيكوتين أو الكهات أو كليهما، أو تعاطيك لأي من منتجات التبغ\*. ضع دائرة حول إجابتك لكل سؤال.

ضع دائرة حول أحدهما

1. هل سبق لك أن حاولت الإقلاع عن التعاطي ولكنك لم تستطع الإقلاع عنه؟  
نعم لا
2. هل تدخن السجائر الإلكترونية أو التبغ في الوقت الحالي بسبب صعوبة الإقلاع عنه؟  
نعم لا
3. هل سبق لك أن شعرت بأنك مدمن للتدخين الإلكتروني أو التبغ؟  
نعم لا
4. هل سبق لك أن شعرت برغبة شديدة في تدخين السجائر الإلكترونية أو التبغ؟  
نعم لا
5. هل سبق لك أن شعرت باحتياج شديد إلى تدخين السجائر الإلكترونية أو التبغ؟  
نعم لا
6. هل من الصعب عليك الامتناع عن التدخين الإلكتروني أو تعاطي منتجات التبغ في الأماكن التي لا يفترض أن تقوم فيها بذلك، مثل المدرسة؟  
نعم لا
7. حين تمتنع عن تدخين السجائر الإلكترونية أو التبغ لفترة (أو كنت تحاول التوقع عن تدخينها/تعاطيها)...
  - a. هل وجدت صعوبة في التركيز لأنك لا تستطيع تدخين السجائر الإلكترونية أو التبغ؟  
نعم لا
  - b. هل شعرت بمزيد من الانفعال أو تعكر المزاج بسبب عدم قدرتك على تدخين السجائر الإلكترونية أو التبغ؟  
نعم لا
  - c. هل شعرت بحاجة أو رغبة شديدة في تدخين السجائر الإلكترونية أو التبغ؟  
نعم لا
  - d. هل شعرت بالعصبية أو الانزعاج أو التوتر بسبب عدم قدرتك على تدخين السجائر الإلكترونية أو التبغ؟  
نعم لا

\*مراجع:

Screening adolescents for Wheeler, K. C., Fletcher, K. E., Wellman, R. J., & DiFranza, J. R. (2004).  
;J Adolesc Health, 35(3), 225–230. nicotine dependence: the Hooked On Nicotine Checklist  
Adolescents' and Young Adults' Use and McKelvey, K., Baiocchi, M., & Halpern-Felsher, B. (2018).  
.JAMA Network Open, 1(6), e183535. Perceptions of Pod-Based Electronic Cigarettes

إشعار لموظفي العيادات والسجلات الطبية:

إن المعلومات الواردة في هذه الصفحة محمية بموجب قواعد السرية الفيدرالية الخاصة (42 CFR Part 2)، والتي تحظر الإفصاح عن هذه المعلومات إلا بتصريح بذلك بموجب موافقة كتابية محددة.

© John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2020

أعيد إصدار هذه الوثيقة من مركز أبحاث الصحة السلوكية للمراهقين (CABHRe)، لدى مستشفى Boston Children's Hospital للمزيد من المعلومات والاطلاع على الإصدارات بلغات أخرى، يُرجى زيارة [www.crafft.org](http://www.crafft.org)