

# CRAFFT 2.1+N Anketi

Hasta tarafından doldurulmak üzere

Lütfen bütün sorulara dürüstçe cevap veriniz. Cevaplarınız gizli tutulacaktır.

## Geçtiğimiz 12 AY İÇİNDE, kaç gün:

1. Bir kaç yudumdan fazla bira, şarap veya **alkol** içeren herhangi bir içecek içtiniz? Hiç içmediyseniz, sıfır diyebilirsiniz.

gün sayısı

2. Hiç **marihuana** (kenevir, yağ, vaks; içerek, vape, dabe aletleriyle veya yenilebilir formda alarak) veya sentetik marihuana (örneğin "K2" veya "Baharat") kullandın mı? Hiç kullanmadıysanız, sıfır diyebilirsiniz.

gün sayısı

3. **Kafayı bulmak için başka birşey** kullandın mı (örneğin, diğer yasadışı uyuşturucular, reçetesiz ilaçlar ve kokladığın, üflediğin vape veya enjeksiyon)? Hiç kullanmadıysanız, sıfır diyebilirsiniz.

gün sayısı

4. Nikotin ve/veya aroma ihtiva eden bir **vape cihazı**\* kullanıyor musunuz, veya herhangi bir tütün ürünü kullanıyor **musunuz**†? \*elektronik sigara, mod, JUUL gibi pod cihazları, Puff Bar gibi dispozabl vape cihazları, vape kalemleri veya elektrikli nargileler gibi. †Sigara, puro, sigarillo, nargile, çiğneme tütünü, enfiye, tütün tozu, eriyen maddeler veya nikotin keseleri.

gün sayısı

### DEVAM ETMEDEN ÖNCE ŞU TALİMATLARI OKUYUN:

- Yukarıdaki kutuların **HEPSİNE** cevabınız "0" ise, **ALTTAKİ 5. SORUYU CEVAPLAYIN VE ARDINDAN DURUN.**
- Yukarıdaki **1., 2., veya 3. sorulara** cevabınız "1" veya üzeri ise, **ALTTAKİ 5-10 ARASI SORULARI CEVAPLAYIN.**
- Yukarıdaki **4. soruya** cevabınız "1" veya üzeri ise, **ARKA SAYFADAKİ TÜM SORULARI CEVAPLAYIN.**

### Birini daire içine alın

5. Kafası iyi olan veya alkol/uyuşturucu etkisinde olan biri tarafından (kendiniz dahil) sürülen bir **TAŞITTA** bulundunuz mu?

Hayır Evet

6. Kendinizi **RAHATLATMAK**, daha iyi hissetmek ya da ortama/yanınızdakilere uyum sağlamak için alkol/uyuşturucu kullanır mısınız?

Hayır Evet

7. **YALNIZ** olduğunuz zaman alkol/uyuşturucu kullanır mısınız?

Hayır Evet

8. Alkol/uyuşturucu kullanırken yaptığınız şeyleri **UNUTTUĞUNUZ** olur mu?

Hayır Evet

9. **AİLE** ya da **ARKADAŞLARINIZDAN** alkol/uyuşturucu kullanımınızı azaltmanız gerektiğini söyleyen oldu mu?

Hayır Evet

10. Alkol/uyuşturucu kullanırken hiç başınız **BELAYA** girdi mi?

Hayır Evet

### KLİNİK ÇALIŞANLARINA VE TIBBİ KAYITLAR OFİSİNE YÖNELİK DUYURU

Bu sayfadaki bilgiler özel federal gizlilik yasalarıyla (Federal Düzenlemeler Kanunu/CFR 42, Bölüm 2) korunur. Bu yasa, bilgilerin özel yazılı izin adıkça paylaşımına izin vermez. Tıbbi kayıtların/bilgilerin paylaşılması için verilen genel izin belgesi, bu bilgilerin paylaşılması için yeterli DEĞİLDİR.

Aşağıdaki sorular, nikotin ve/veya aroma ihtiva eden herhangi bir vape cihazı kullanımınızla, veya herhangi bir tütün ürünü\* kullanımınızla ilgilidir.

### Birini daire içine alın

- |    |   |      |       |
|----|---|------|-------|
| 1. | BIRAKMAYA çalışıp da bırakmadığınız hiç oldu mu?  | Evet | Hayır |
| 2. | Bırakması gerçekten de zor olduğu için mi ŞU AN tütün içiyorsunuz veya kullanıyorsunuz?             | Evet | Hayır |
| 3. | Kendinizi hiç esrar veya tütün MÜPTELASI gibi hissettiniz mi?                                       | Evet | Hayır |
| 4. | Tütün içmeye veya kullanmaya yönelik hiç güçlü ARZULARINIZ oluyor mu?                               | Evet | Hayır |
| 5. | Kendinizi hiç tütün içmeye veya kullanmaya gerçekten MUHTAÇ gibi hissettiniz mi?                    | Evet | Hayır |
| 6. | Okul gibi yasak YERLERDE tütün içmekten veya kullanmaktan geri durma noktasında zorlanıyor musunuz? | Evet | Hayır |
| 7. | Bir süre tütün içmediğinizde veya kullanmadığınızda (ya da bırakmaya çalıştığınızda)...             |      |       |
| a. | tütün içmediğiniz veya kullanmadığınız için KONSANTRASYON gücünüzü yaşadınız mı?                    | Evet | Hayır |
| b. | tütün içmediğiniz veya kullanmadığınız için kendinizi daha ASABI hissettiniz mi?                    | Evet | Hayır |
| c. | tütün içmeye veya kullanmaya yönelik güçlü bir İHTİYAÇ veya dürtü hissettiniz mi?                   | Evet | Hayır |
| d. | tütün içmediğiniz veya kullanmadığınız için kendinizi GERGİN, huzursuz veya kaygılı hissettiniz mi? | Evet | Hayır |

#### \*Referanslar

Wheeler, K. C., Fletcher, K. E., Wellman, R. J., & DiFranza, J. R. (2004). Screening adolescents for nicotine dependence: the Hooked On Nicotine Checklist. *J Adolesc Health, 35*(3), 225–230;

McKelvey, K., Baiocchi, M., & Halpern-Felsher, B. (2018). Adolescents' and Young Adults' Use and Perceptions of Pod-Based Electronic Cigarettes. *JAMA Network Open, 1*(6), e183535.

#### KLİNİK ÇALIŞANLARINA VE TIBBİ KAYITLAR OFİSİNE YÖNELİK DUYURU

Bu sayfadaki bilgiler özel federal gizlilik yasalarıyla (Federal Düzenlemeler Kanunu/CFR 42, Bölüm 2) korunur. Bu yasa, bilgilerin özel yazılı izin adıkça paylaşımına izin vermez. Tıbbi kayıtların/bilgilerin paylaşılması için verilen genel izin belgesi, bu bilgilerin paylaşılması için yeterli DEĞİLDİR.

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

Reproduced with permission from the Center for Adolescent Behavioral Health Research (CABHRe), Boston Children's Hospital.

For more information and versions in other languages, see [www.crafft.org](http://www.crafft.org).

[crafft@childrens.harvard.edu](mailto:crafft@childrens.harvard.edu)