

CRAFFT+N: SBIRT an Schulen Skript „Vorstellung des Screenings“

Stellen Sie das Screening vor

Ich möchte dir ein paar Fragen zum Gesundheits-Screening über Alkohol, andere Drogen, Nikotin und Tabakkonsum stellen, die wir allen Schülern deiner Klasse stellen.

Sprechen die Vertraulichkeit an

Es gibt keine schriftlichen Aufzeichnungen über dieses Screening, die Informationen enthalten, die dich speziell identifizieren. Alles, was du mir mitteilst, wird so vertraulich wie möglich behandelt. Diese Informationen werden unter anderem dann nicht vertraulich behandelt, wenn etwas, was du sagst, darauf hindeutet, dass ein unmittelbares Risiko für deine Sicherheit oder die Sicherheit einer anderen Person besteht. Darüber hinaus können du, deine Eltern oder dein Vormund die Informationen anfordern, die wir heute besprochen haben. In jedem Fall würden wir gemeinsam die nächsten Schritte zur Unterstützung festlegen. Hast du alles verstanden?

Holen Sie sich die Erlaubnis ein, Fragen zu stellen

Ist es für dich in Ordnung, dass ich dir diese Fragen stelle?

Das CRAFFT 2.1+N Interview

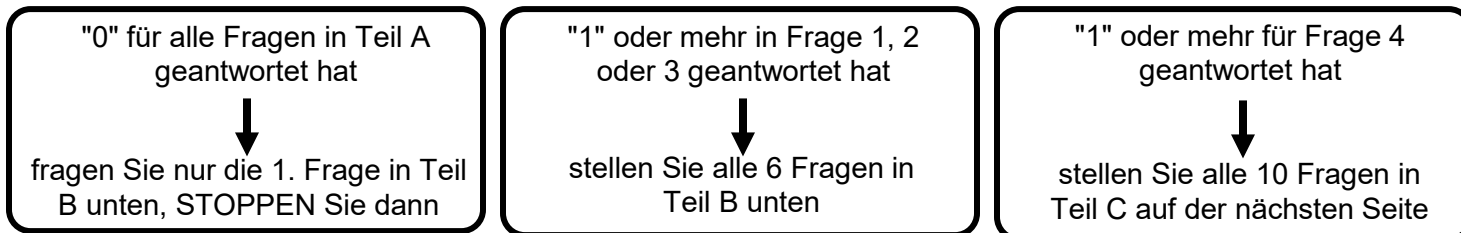
SBIRT in Schulen

Teil A

An wie vielen Tagen hast Du in den vergangenen 12 MONATEN:

- | | | |
|----|--|---|
| 1. | Mehr als einige wenige Schlücke Bier, Wein oder andere alkoholische Getränke getrunken? Trag "0" ein falls keine. | <input type="text"/>
Anzahl der Tage |
| 2. | Benutzt du Marihuana (z.B. Cannabis, Öl, Wachs, durch Rauchen, Dampfen, Betupfen oder in Esswaren) oder " synthetisches Marihuana " (z.B. "K2" oder "Spice")? Trag "0" ein falls keine. | <input type="text"/>
Anzahl der Tage |
| 3. | Benutzt du irgendetwas anderes, um high zu werden (z.B. andere illegale Drogen, Pillen, rezeptfreie Medikamente und Dinge, die man einatmet oder "schnüffelt" oder dampfen oder injizieren oder dampft)? Trag "0" falls keine. | <input type="text"/>
Anzahl der Tage |
| 4. | Verwenden Sie ein Dampfgerät*, das Nikotin und/oder Aromen enthält, oder verwenden Sie irgendwelche Tabakprodukte †? *Zum Beispiel E-Zigaretten, Mods, Pod-Geräte wie JUUL, Einweg-Dampfgeräte wie Puff Bar, Vape Pens oder E-Hookahs. †Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Hookahs, Kautabak, Schnupftabak, Snus, auflösbare Stoffe oder Nikotinbeutel. | <input type="text"/>
Anzahl der Tage |

Wenn der Schüler antwortet...



Teil B

Kreisen Sie eine an

- | | | | |
|----------|--|-------------|-----------|
| C | Bist Du jemals in einem AUTO gefahren, dessen Fahrerin oder Fahrer "high" oder berauscht war (dich selbst eingeschlossen) oder der Alkohol getrunken oder Drogen genommen hatte? | Nein | Ja |
| R | Hast Du jemals Alkohol getrunken oder Drogen genommen, um Dich zu ENTSPANNEN, Dich besser zu fühlen, oder reinzupassen? | Nein | Ja |
| A | Hast Du jemals ALLEIN Alkohol getrunken oder Drogen genommen? | Nein | Ja |
| F | Hast Du schonam etwas VERGESSEN, als Du Alkohol getrunken oder Drogen genommen hast? | Nein | Ja |
| F | Haben Dir schonmal FAMILIENANGEHÖRIGE ODER FREUNDE gesagt, Du solltest weniger Alkohol trinken oder Drogen nehmen? | Nein | Ja |
| T | Bist Du schonmal in SCHWIERIGKEITEN gekommen, als Du Alkohol getrunken oder Drogen genommen hast? | Nein | Ja |



“Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Gebrauch von *Vaping-Geräten*, die *Nikotin und/oder Aromastoffe enthalten*, oder den Gebrauch von *Tabakprodukten*.”
Kreisen Sie Ihre Antwort für jede Frage ein.

Teil C

Kreisen Sie eine an

1.	Haben Sie jemals versucht, mit dem Konsum AUFZUHÖREN, konnten es aber nicht?	Ja	Nein
2.	Dampfen Sie oder benutzen Sie JETZT Tabak, weil es wirklich schwer ist, damit aufzuhören?	Ja	Nein
3.	Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Sie SÜCHTIG nach Vaping- oder Tabakkonsum waren?	Ja	Nein
4.	SEHNEN Sie sich manchmal stark danach, zu dampfen oder Tabak zu verwenden?	Ja	Nein
5.	Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Sie unbedingt zu dampfen oder Tabak zu konsumieren BRAUCHTEN?	Ja	Nein
6.	Ist es schwer, sich vom Tabakkonsum oder vom Dampfen an ORTEN abzuhalten, an denen Sie das nicht tun sollten, wie z.B. in der Schule?	Ja	Nein
7.	Wenn Sie eine Zeit lang NICHT gedampft oder Tabak konsumiert haben (oder wenn Sie versucht haben, mit dem Konsum aufzuhören) ...		
a.	fiel es Ihnen schwer, sich zu KONZENTRIEREN, weil Sie nicht dampfen oder Tabak konsumieren konnten?	Ja	Nein
b.	fühlten Sie sich leichter REIZBAR, weil Sie nicht dampfen oder Tabak konsumieren konnten?	Ja	Nein
c.	hatten Sie ein starkes BEDÜRFNIS oder den Drang, zu dampfen oder Tabak zu konsumieren?	Ja	Nein
d.	fühlten Sie sich NERVÖS, unruhig oder besorgt, weil Sie nicht dampfen oder Tabak konsumieren konnten?	Ja	Nein

***Referenzen**

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.

Quelle und Kontaktinformationen: © 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.

crafft@childrens.harvard.edu www.crafft.org

For more information and versions in other languages, see www.masbirt.org/schools