

CRAFFT+N: SBIRT ໃນໂຮງຮຽນ ການແນະນຳກ່ຽວກັບບົດສະຫຼັບໃນການກວດ

ແນະນຳກ່ຽວກັບການກວດ

ຂ້ອຍຍາກຖາມສອງສາມຄຳຖາມໃນການກວດສຸຂະພາບ ກ່ຽວກັບການນຳໃຊ້ທາດເຫຼົ້າ, ຢາເສບຕິດ, ສານນິໂຄຕິນ ແລະ ຢາສູບອື່ນໆ ທີ່ພວກເຮົາຈະຖາມນັກຮຽນທຸກຄົນໃນຊັ້ນຮຽນຂອງເຈົ້າ.

ການຮັກສາຄວາມລັບຂອງທີ່ຢູ່

ຈະບໍ່ມີການບັນທຶກເປັນລາຍລັກອັກສອນ ໃນການກວດຄັ້ງນີ້ ທີ່ມີຂໍ້ມູນທີ່ຈະສາມາດລະບຸຕົວເຈົ້າໄດ້ໂດຍກົງ. ທຸກຢ່າງທີ່ເຈົ້າບອກໃຫ້ແກ່ຂ້ອຍ

ຈະຖືກເກັບໄວ້ເປັນຄວາມລັບໃຫ້ດີເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້.

ເຫດຜົນໜຶ່ງທີ່ຈະບໍ່ມີການເກັບຮັກສາຂໍ້ມູນນີ້ເປັນຄວາມລັບ

ແມ່ນຖ້າບາງສິ່ງບາງຢ່າງທີ່ເຈົ້າເວົ້າ ບົ່ງບອກໃຫ້ເຫັນວ່າມີຄວາມສ່ຽງຕໍ່ຄວາມປອດໄພຂອງເຈົ້າ ຫຼື ຄວາມປອດໄພຂອງບຸກຄົນອື່ນໃນທັນທີທັນໃດ. ນອກຈາກນັ້ນ, ເຈົ້າ, ພໍ່ແມ່ຂອງເຈົ້າ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຂອງເຈົ້າ ກໍສາມາດຂໍຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ສົນທະນາໃນມື້ນີ້ໄດ້ອີກດ້ວຍ.

ບໍ່ວ່າໃນກໍລະນີໃດກໍຕາມ, ພວກເຮົາຈະຊອກຫາບາດກ້າວຕໍ່ໄປ ໃນການໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອຮ່ວມກັນ. ເຈົ້າເຂົ້າໃຈບໍ່?

ການຂໍອະນຸຍາດຖາມຄຳຖາມ

ຄຳຖາມເຫຼົ່ານີ້ ສາມາດທີ່ຈະຖາມເຈົ້າໄດ້ບໍ່?

ການສຳພາດ CRAFFT 2.1+N

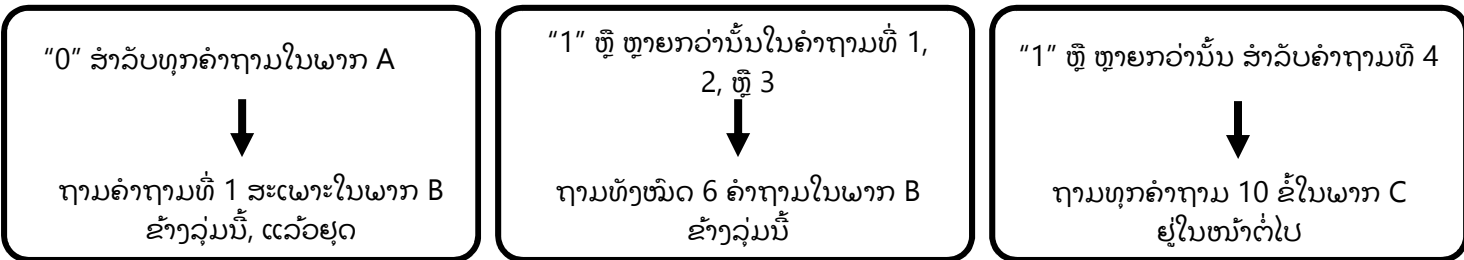
SBIRT ຢູ່ໃນໂຮງຮຽນ

ພາກ A

ໃນລະຫວ່າງ 12 ເດືອນຜ່ານມາ, ມີຈັກມື້ທີ່ທ່ານໄດ້:

- | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 1. | ດື່ມຫຼາຍກວ່າຈີບເທື່ອລະໜ້ອຍສຳລັບເຄື່ອງດື່ມປະເພດບັງ, ໄວນ໌, ຫຼື ເຄື່ອງດື່ມໃດໆ ທີ່ມີອັລກໍຮ໌ ບໍ່? ໃຫ້ຕື່ມ "0" ຖ້າວ່າບໍ່ມີເລີຍ. | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
ຈຳນວນມື້ |
| 2. | ໃຊ້ກັນຊາຕ່າງໆ (ກັນຊາ ນ້ຳມັນ ຂີ້ເຜີ້ງ ໂດຍການສູບຢາ ການສູບຢາ ການສູບກອກ ຫຼື ສິ່ງທີ່ກິນໄດ້) ຫຼື "ກັນຊາສັງເຄາະ" (ຕົວຢ່າງ: "K2" ຫຼື "Spice") ບໍ່? ໃຫ້ຕື່ມ "0" ຖ້າວ່າບໍ່ມີເລີຍ. | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
ຈຳນວນມື້ |
| 3. | ໃຊ້ອັນອື່ນໃດໆກໍຕາມທີ່ເຮັດໃຫ້ຮູ້ສຶກມືນເມົາ (ຕົວຢ່າງ: ຢາທີ່ເຜິດກົດໝາຍອື່ນ, ຢາເມັດ, ຢາຫາຊີ້ໄດ້ທົ່ວໄປ ແລະ ສິ່ງຕ່າງໆທີ່ເຈົ້າສູດດົມ, ສູບຄວັນ ຫຼື ດົມອາຍ ສູບ ຫຼື ສັກ) ບໍ່? ໃຫ້ຕື່ມ "0" ຖ້າວ່າບໍ່ມີເລີຍ. | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
ຈຳນວນມື້ |
| 4. | ໃຊ້ອຸປະກອນສູບຢາ* ທີ່ມີສານນິໂຄຕິນ ແລະ/ຫຼື ວິດຊາດ ຫຼື ໃຊ້ຜະລິດຕະພັນຢາສູບໃດໜຶ່ງ?
* ເຊັ່ນ: e-cigs, mods, pod ເຊັ່ນ: JUUL ເຄື່ອງສູບໃຊ້ແລ້ວຖິ້ມໄດ້ ເຊັ່ນ: Puff Bar, vape pens ຫຼື e-hookahs.
† ຢາສູບ ຢາສູບຊີກາ ຊີກາສິ້ນ ກອກດູດ ຢາສູບຫຍ້າ ຢາສູບດົມ ຢາສູບອົມ ສານລະວາຍ ຫຼື ຖົງນິໂຄຕິນ. | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
ຈຳນວນມື້ |

ຖ້ານັກຮຽນໄດ້ຕອບ...



ພາກ B

ຂີດວົງມົນໃສ່ຂໍ້ຫຼັງ

- | | | | |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
| C | ທ່ານເຄີຍນັ່ງໃນຮົ່ມທີ່ຂັບໂດຍໃຜຜູ້ໜຶ່ງ (ລວມເຖິງໂຕທ່ານເອງ) ຊຶ່ງຢູ່ໃນອາລົມ "ເຄີບເຄີມ" ຫຼື ກຳລັງນຳໃຊ້ເຫຼົ້າ ຫຼື ໃຊ້ຢາເສບຕິດບໍ່? | ບໍ່ແມ່ນ | ແມ່ນ |
| R | ທ່ານເຄີຍໃຊ້ເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາເສບຕິດເພື່ອ ຜ່ອນຄາຍ, ເຮັດໃຫ້ຕົນເອງຮູ້ສຶກດີຂຶ້ນ, ຫຼື ໃຫ້ເຂົ້າກັນໄດ້ ບໍ່? | ບໍ່ແມ່ນ | ແມ່ນ |
| A | ທ່ານເຄີຍໃຊ້ເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາເສບຕິດໃນຂະນະທ່ານຢູ່ຕາມລຳພັງ, ຫຼື ຢູ່ຜູ້ດຽວ ບໍ່? | ບໍ່ແມ່ນ | ແມ່ນ |
| F | ທ່ານເຄີຍລົມສິ່ງຕ່າງໆ ທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດໃນຂະນະນຳໃຊ້ເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາເສບຕິດ ບໍ່? | ບໍ່ແມ່ນ | ແມ່ນ |
| F | ຄອບຄົວ ຫຼື ໜູ່ເພື່ອນຂອງທ່ານເຄີຍບອກທ່ານບໍ່ວ່າ ທ່ານຄວນຫຼຸດຜ່ອນການດື່ມເຫຼົ້າ ຫຼື ໃຊ້ຢາເສບຕິດ? | ບໍ່ແມ່ນ | ແມ່ນ |
| T | ທ່ານເຄີຍມີບັນຫາເດືອດຮ້ອນໃນຂະນະທີ່ທ່ານນຳໃຊ້ເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາເສບຕິດ ບໍ່? | ບໍ່ແມ່ນ | ແມ່ນ |



ຄໍາຖາມຕໍ່ໄປນີ້ຖາມກ່ຽວກັບການໃຊ້ອຸປະກອນສູບຂອງທ່ານ ທີ່ມີສານນິໂຄຕິນ ແລະ/ຫຼືວິດຊາດ, ຫຼື ການນໍາໃຊ້ຜະລິດຕະພັນຢາສູບໃດໜຶ່ງ. ຂີດວົງມົນໃສ່ຄໍາຕອບຂອງທ່ານ ສໍາລັບແຕ່ລະຄໍາຖາມ.

ພາກ C

ຂີດວົງມົນໃສ່ຂໍ້ຫຼັງ

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
| 1. ທ່ານເຄີຍພະຍາຍາມທີ່ຈະເລີກສູບຢາ ແຕ່ບໍ່ສາມາດເຮັດໄດ້ບໍ? | ບໍ່ແມ່ນ | ແມ່ນ |
| 2. ດຽວນີ້ທ່ານສູບຢາ ຫຼື ໃຊ້ຢາສູບບໍ່ ເພາະວ່າມັນຍາກແທ້ໆທີ່ຈະເລີກສູບຢາ? | ບໍ່ແມ່ນ | ແມ່ນ |
| 3. ທ່ານເຄີຍຮູ້ສຶກຄືກັບວ່າທ່ານຕິດກັບການສູບຢາ ຫຼື ຢາສູບບໍ? | ບໍ່ແມ່ນ | ແມ່ນ |
| 4. ທ່ານເຄີຍມີການສູບຢາ ຫຼື ໃຊ້ຢາສູບທີ່ແຮງບໍ? | ບໍ່ແມ່ນ | ແມ່ນ |
| 5. ທ່ານເຄີຍຮູ້ສຶກວ່າທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງການຢາກສູບຢາ ຫຼື ໃຊ້ຢາສູບແທ້ໆບໍ? | ບໍ່ແມ່ນ | ແມ່ນ |
| 6. ມັນຍາກບໍ່ ທີ່ຈະບໍ່ຈາກການສູບຢາ ຫຼື ໃຊ້ຢາສູບຢູ່ໃນສະຖານທີ່ທີ່ທ່ານບໍ່ຄວນສູບ ເຊັ່ນໂຮງຮຽນ? | ບໍ່ແມ່ນ | ແມ່ນ |
| 7. ເມື່ອທ່ານບໍ່ໄດ້ສູບ ຫຼື ໃຊ້ຢາສູບເປັນໄລຍະໜຶ່ງ (ຫຼື ໃນເວລາທີ່ທ່ານພະຍາຍາມຢຸດເຊົາການໃຊ້)...

a. ທ່ານຮູ້ບໍ່ວ່າມັນຍາກທີ່ມີສະມາທິ ເພາະວ່າທ່ານບໍ່ສາມາດສູບຢາ ຫຼື ໃຊ້ຢາສູບບໍ? | ບໍ່ແມ່ນ | ແມ່ນ |
| b. ທ່ານຮູ້ສຶກອຸກອັງຫຼາຍເພາະທ່ານບໍ່ສາມາດສູບຢາ ຫຼື ໃຊ້ຢາສູບໄດ້ບໍ? | ບໍ່ແມ່ນ | ແມ່ນ |
| c. ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າມີຄວາມຕ້ອງການຢ່າງຍິ່ງ ຫຼື ຕ້ອງການຢາກທີ່ຈະສູບຢາ ຫຼື ໃຊ້ຢາສູບບໍ? | ບໍ່ແມ່ນ | ແມ່ນ |
| d. ທ່ານຮູ້ສຶກກັງວົນ, ບໍ່ສະບາຍໃຈ ຫຼື ກັງວົນໃຈບໍ່ເພາະວ່າທ່ານບໍ່ສາມາດສູບຢາ ຫຼື ໃຊ້ຢາສູບບໍ? | ບໍ່ແມ່ນ | ແມ່ນ |

*ເອກະສານອ້າງອີງ

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.

ແຫຼ່ງທີ່ມາ ແລະ ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່

© 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