

ZMIENŃ MYŚLENIE, RZUĆ PALENIE

Opieka Farmaceutyczna
w zakresie rzucania palenia

Dr.Max⁺



TEST MOTYWUJĄCY DO ZAPRZESTANIA PALENIA WG SCHNEIDER

1. Czy chcesz zaprzestać palenia tytoniu? **TAK** **NIE**
2. Czy decydujesz się na to ze względu na siebie, czy na inne osoby?
(tak – dla siebie, nie – dla innych) **TAK** **NIE**
3. Czy podejmowałeś/podejmowałaś wcześniej próby
zaprzestania palenia? **TAK** **NIE**
4. Czy orientujesz się, w jakich sytuacjach palisz najczęściej
i dlaczego to robisz? **TAK** **NIE**
5. Czy wiesz, dlaczego palisz tytoń? **TAK** **NIE**
6. Czy możesz liczyć na pomoc rodziny, przyjaciół, partnera, gdybyś
chciał/chciała zaprzestać palenia? **TAK** **NIE**
7. Czy członkowie Twojej rodziny są osobami niepalącymi? **TAK** **NIE**
8. Czy w miejscu, w którym pracujesz, nie pali się tytoniu? **TAK** **NIE**
9. Czy jesteś zadowolony/zadowolona ze swojej pracy i trybu życia,
jaki prowadzisz? **TAK** **NIE**
10. Czy wiesz, gdzie i w jaki sposób szukać pomocy w razie trudności
z utrzymaniem abstynencji? **TAK** **NIE**
11. Czy wiesz, na jakie trudności będziesz narażony/narażona
w czasie abstynencji (pokusy, zachcianki, słabości)? **TAK** **NIE**
12. Czy wiesz, w jaki sposób radzić sobie w sytuacjach kryzysowych? **TAK** **NIE**

Wynik testu liczba odpowiedzi tak... nie...

Suma odpowiedzi „tak” ≥ 7 – silna motywacja i większa szansa na samodzielne porzucenie nałogu; przeważa odpowiedzi negatywnych – konieczne zwiększenie motywacji.