

**ENSP**European Network  
for Smoking and Tobacco Prevention

# Tobačni vprašalnik

Ime:..... Starost:.....

**Prosim, da s križcem označite ali ste** kadilec  občasni kadilec  nekadilec  bivši kadilec  **Če ste nekadilec**, bi se vam na tem mestu zahvalili za vaš čas in vam čestitali, da ne kadite!  
Prijazno vas prosimo, da sedaj vrnete ta vprašalnik zdravniku ali zdravstvenemu osebju! **Če ste kadilec ali občasni kadilec**, vas prosimo, da si vzamete nekaj minut in odgovorite na vprašanja 1-7 **Če ste bivši kadilec**, vas prosimo, da odgovorite na vprašanja 8-14**1. Katero vrsto tobaka uporabljate?** Cigarete  Cigare  Pipo  Tobak za žvečenje  Vodno pipo **2. Koliko let kadite?** .....**3. Uporabljate kakšne nove tobačne izdelke?** Da  Ne **4. Katero vrsto?** Elektronske cigarete  IQUOS  Juul  drugo 

Če ste označili drugo, obrazložite .....

**5. Fragerstromov vprašalnik za zasvojenost z nikotinom (FTND)**

<b>(Prosim označite z X odgovor, ki najbolj ustreza vam)</b>	<b>rezultat</b>
<b>1. Kako hitro, ko se zbudite, pokadite prvo cigareto?</b> Pod 5 minutami (3) ..... <input type="radio"/> Po 6-30 minutah (2) ..... <input type="radio"/> Po 31-60 minutah (1) ..... <input type="radio"/> Po več kot 60 minutah (0) ..... <input type="radio"/>	
<b>2. Ali se težko odpoveste cigareti v prostorih, kjer je kajenje prepovedano? (restavracija, cerkev, kino, vlak itd.)?</b> Da (1) ..... <input type="radio"/> Ne (0) ..... <input type="radio"/>	
<b>3. Katero cigareto bi vam bilo najtežje opustiti?</b> Prvo cigareto zjutraj (1) ..... <input type="radio"/> Vse druge (0) ..... <input type="radio"/>	
<b>4. Koliko cigaret na dan pokadite?</b> 10 ali manj (0) ..... <input type="radio"/> 11-20 (1) ..... <input type="radio"/> 21-30 (2) ..... <input type="radio"/> 31 ali več (3) ..... <input type="radio"/>	
<b>5. Kadite prve ure po spanju pogosteje kot preostali del dneva?</b> Da (1) ..... <input type="radio"/> Ne (0) ..... <input type="radio"/>	
<b>6. Ali kadite, ko ste tako bolani, da se ne premaknete od postelje večino dneva</b> Da (1) ..... <input type="radio"/> Ne (0) ..... <input type="radio"/>	
<b>Skupaj</b>	.....



## 6. Prisotnost utesnenosti in depresije

Kako pogosto so vas v zadnjih dveh tednih bremenili naslednji problemi?	Niti malo (0)	Nekaj dni(1)	Več kot polovica vseh dni (2)	Skoraj vsak dan (3)	rezultat
1. Živčnost, tesnoba (anksioznost)					
2. Nezmožnost uravnavanja ali nadziranja zaskrbljenosti					
3. Občutek potrtosti, depresije, obupa					
4. Malo interesa in zadovoljstva pri vsakodnevnih opravilih					

### Vprašalnik o zdravstvenem stanju za bolnike s štirimi elementi (PHQ-4), za utesnenost in depresijo

## 7. Pomembnost in pripravljenost

1. Na lestvici od 1 do 10, označite, kako pomembno je za vas, da prenehate kaditi?  
(sploh ni pomembno) 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  (zelo pomembno)
2. Na lestvici od 1 do 10, označite, če ste pripravljeni odnehati kaditi v tem trenutku?  
(sploh nisem pripravljen) 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  (pripravljen)

**Vljudno vas prosimo, da oddate ta vprašalnik zdravniku oz. zdravstvenemu osebju!**

**Če ste bivši kadilec**, si prosim vzemite nekaj minut, da odgovorite na spodnja vprašanja:

**8. Koliko cigaret ste navadno pokadili, preden ste se odločili prenehati? .....**

**9. Koliko časa po tem, ko ste se zbudili, ste prižgali prvo cigareto?**

- Pod 5 minut.....
- 6-30 minut.....
- 31-60 minut.....
- Več kot 60 minut.....

**10. Koliko cigaret ste dnevno pokadili?**

- 10 ali manj.....
- 11-20 (1).....
- 21-30 (2).....
- 31 ali več (3).....

**11. Kako dolgo že ne kadite? .....**

**12. Ali doživljate kakšne odtegnitvene simptome (npr. nemir, nespečnost...) po prenehanju kajenja? .....** Da  Ne

**13. Ste uporabljali kakšna zdravila za prenehanje kajenja? .....** Da  Ne

- Če ste odgovorili z "Da",  
Kakšno zdravljenje ste uporabljali?  
Nadomestno zdravljenje z nikotinom (NNT).....
- Prosim opišite vrsto zdravila, ki ste ga uporabljali .....
- Vareniklin.....
- Bupropion.....
- Drugo.....
- Če drugo, prosim opišite.....
- Ste doživljali kakšne stranske učinke pri zdravljenju?  
Da  Ne  Če "Da", prosim opišite.....

**14. Ste imeli oz. imate kakšne pomisleke da bi začeli ponovno kaditi? ..** Da  Ne

**Vljudno vas prosimo, da oddate ta vprašalnik zdravniku oz. zdravstvenemu osebju!**