

AD SOYAD:

TARİH:

Nikotin kullanımıyla ilgili deneyimleriniz hakkında sizin kendi düşüncelerinizle ilgileniyoruz. Başkalarının neye inandığı ya da sizin neye inanmanızı istedikleri ile İLGİLENMİYORUZ.

Nikotin kullanımı sırasında veya arasında aşağıdaki deneyimlerden herhangi birini hiç yaşayıp yaşamadığınızı, soruları okuyarak Evet ya da Hayır seçeneğini  işaretleyip belirtiniz.

	Evet	Hayır
A) Huzursuzluk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Gerginlik veya kaygı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Sinirlilik veya ruh hali değişimleri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) İştahta değişiklikler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Konsantrasyon problemleri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Yorgunluk veya uyuşukluk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Depresif ruh hali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Uykusuzluk veya uyku bozuklukları?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) Aşırı terleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Grip benzeri semptomlar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) Yoğun nikotin isteği?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) Mide bulantısı veya baş dönmesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) Mide ağrısı veya karın krampları?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) Baş ağrısı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) Ellerde ve ayaklarda karıncalanma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P) Kusma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q) Titreme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R) Sık sık öksürme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S) Hızlı nefes alma, çarpıntı veya yüksek kan basıncı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T) Diğer: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yukarıdakilerin HEPSİNE 'HAYIR' diyorsanız, lütfen bir sonraki sayfaya geçiniz.

Yukarıdakilerden herhangi birine 'EVET' diyorsanız, deneyimlerinizi göz önünde bulundurarak, aşağıdaki ifadelere şu anki zamanda ne ölçüde katıldığınızı veya katılmadığınızı uygun rakamı daire içine alarak belirtiniz.

1. Deneyimlerim nikotin kullanımından kaynaklanıyor.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle  
katılmıyorum

Orta derecede  
katılmıyorum

Az derecede  
katılmıyorum

Kararsızım

Az derecede  
katılıyorum

Orta derecede  
katılıyorum

Kesinlikle  
katılıyorum

Lütfen aşağıdaki ifadelerin her birine şu anki zamanda ne ölçüde katıldığınızı veya katılmadığınızı uygun rakamı daire içine alarak belirtiniz

2. Nikotin kullanma sorunum var.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum Orta derecede katılmıyorum Az derecede katılmıyorum Kararsızım Az derecede katılıyorum Orta derecede katılıyorum Kesinlikle katılıyorum

3. Nikotin bağımlılığım için yardıma İHTİYACIM var.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum Orta derecede katılmıyorum Az derecede katılmıyorum Kararsızım Az derecede katılıyorum Orta derecede katılıyorum Kesinlikle katılıyorum

4. Nikotini her zaman bilinçli bir şekilde kullanırım.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum Orta derecede katılmıyorum Az derecede katılmıyorum Kararsızım Az derecede katılıyorum Orta derecede katılıyorum Kesinlikle katılıyorum

5. Mevcut nikotin alışkanlıklarıma güvenle devam edebilirim.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum Orta derecede katılmıyorum Az derecede katılmıyorum Kararsızım Az derecede katılıyorum Orta derecede katılıyorum Kesinlikle katılıyorum

6. Nikotin kullanımım hayatımda olumsuz sonuçlara yol açtı veya açabilir (örn. bağımlılık, kalp veya akciğer hastalığı, kanser, erken yaşta ölüm).

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum Orta derecede katılmıyorum Az derecede katılmıyorum Kararsızım Az derecede katılıyorum Orta derecede katılıyorum Kesinlikle katılıyorum

7. Nikotin kullanımım için tedaviye İHTİYACIM var.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum Orta derecede katılmıyorum Az derecede katılmıyorum Kararsızım Az derecede katılıyorum Orta derecede katılıyorum Kesinlikle katılıyorum

**BİTTİ**