

Опросник по фактору риска «Курение»

Просим Вас принять участие в изучении отношения к своему здоровью. Нас интересуют **Ваши** правдивые ответы на поставленные в анкете вопросы. Ответы будут использованы в обобщенном виде после компьютерной обработки. Анонимность Вашего мнения гарантируется. Анкета заполняется просто. Каждый вопрос сопровождается перечнем возможных ответов. Внимательно прочитайте вопрос и варианты ответов и **подчеркните наиболее подходящие ответы**. На некоторые вопросы надо дать **развернутый ответ** (для него оставлены специальные места). Не следует сразу просматривать всю анкету, забегая вперед. Очень важно отвечать искренне, и работать самостоятельно.

Пол: муж. жен. **Возраст:** _____

1. **Курю:** да / нет / иногда / пробовал 1 раз / несколько раз /
2. **Кто курит в семье?** отец / мать / бабушка / дедушка / братья / сестры/тети / дяди / муж-1/дочь/никто
3. **Отношение к курению родных и друзей:** отрицательное / безразличное / положительное/ это их проблема
4. **Отношение к курению коллег?** отрицательное / безразличное / положительное/ это их проблема
5. **Впервые попробовал закурить в:** _____
6. **Как себя чувствовал?** понравилось / не понравилось /было очень плохо (головокружение, тошнота, головная боль, бледность кожных покровов)/

другие ощущения, какие?
7. **Периодически курил с** _____ **до** _____ **лет**
8. **Постоянно курю:** с _____ лет
9. **Количество выкуриваемых сигарет в день** _____ **штук**
10. **Что дает курение?** расслабление/успокоение/помогает общаться/отвлечься от неприятных мыслей / почувствовать себя взрослым/ или другое

напиши что
11. **Курю машинально, даже не осознавая этого:** да / нет /иногда/
12. **Считаете ли Вы, что у Вас есть зависимость от курения?** да / нет
13. **Пытались ли Вы самостоятельно прекратить курение табака?** нет / да

сколько раз

14. **Какова продолжительность успешной попытки?** 6 месяцев / 1 год / больше года/

15. Обращались за медицинской помощью? нет / да

сколько раз

16. Хотите прекратить курение табака? да / нет

17. Часто ли Вы болеете? редко / 1 раз в год / 2 раза в год / больше

18. Какие заболевания у Вас есть? хронический бронхит/ хронический тонзиллит/язвенная болезнь желудка ил 12-ти перстной кишки/ гастрит/ другие, если есть _____

19. Хотели бы Вы заниматься со специалистом, чтобы решить свои проблемы? нет / да, предпочитаю: групповые, индивидуальные занятия с психологом

20. Используете ли Вы кальян или электронные средства доставки никотина? нет/ редко/ периодически /постоянно/