

TEST MOTYWACJI DO RZUCENIA PALENIA

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

Przewaga
odpowiedzi TAK



silna motywacja i większa szansa
na samodzielne porzucenie nałogu

Przewaga
odpowiedzi NIE



konieczne zwiększenie
motywacji