**Dzienniczek rzucającego palenie**

Odstawiłeś/łaś już papierosy lub wprowadzasz ograniczenia. Pomóż sobie prowadząc własne obserwacje swoich zachowań i odczuć! Pod koniec dnia przejrzyj zapiski i sprawdź co pomagało Ci w tym żeby nie palić, a co sprawiało trudność! W następnych dniach wykorzystaj tę wiedzę!

(W pierwszym wierszu wpisana jest przykładowa obserwacja)

**Data: ………………… Dzień rzucania palenia …………………** (wpisz który to dzień)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Godzina, w której odczuwałeś/łaś chęć palenia** | **Sytuacja****Co robiłeś/łaś?** | **Jak silna była potrzeba/chęć palenia?****(w skali od 1 do 10-ciu)** | **Czy zapaliłeś/łaś?** | **Jeśli nie, co Ci pomogło najbardziej w nie zapaleniu?** | **Co wtedy czułeś/łaś?****(wypełnij nawet jeśli zapaliłeś)** |
| 8.00 | Piłam kawę | 6 | nie | Szybkie wypicie kawy i wyjście z domu | Ulgę, dumę |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |