

پرسشنامه الگوی مصرف دخانیات

(برای تمامی افراد در هر گروه سنی توسط فرد یا همراه آن تکمیل گردد)

نام و نام خانوادگی..... کد فردی تاریخ تولد...../...../.....
 نام مرکز بهداشتی درمانی.....

- ارزیابی الگوی مصرف دخانیات

۱. آیا شما در حال حاضر سیگار یا هر گونه دخانیات دیگر مثل قلیان و پیپ مصرف میکنید؟ (در صورت پاسخ خیر به سوال ۴ بروید)
 (۱) بلی (۲) خیر (۳) به یاد ندارم

۲. نوع محصول دخانی مورد مصرف شما در حال حاضر چیست؟

(۱) سیگار (۲) قلیان (۳) پیپ (۴) سایر

۳. آیا شما روزانه دخانیات (سیگار؛ پیپ؛ قلیان و....) مصرف میکنید؟

(۱) بلی (۲) خیر (۳) به یاد ندارم

۴. مصرف شما در روز چه اندازه است؟

(۱) تعداد نخ سیگار در روز (۲) تعداد دفعات مصرف پیپ در هفته (۳) تعداد دفعات مصرف قلیان در هفته

۵. آیا در گذشته بصورت منظم روزانه دخانیات (سیگار؛ پیپ؛ قلیان و ...) مصرف میکردید؟ (در صورت منفی بودن به سوال ۷ به بعد بروید)

(۱) بلی (۲) خیر

۶. اولین بار در چند سالگی شروع به مصرف منظم دخانیات (سیگار؛ پیپ؛ قلیان و....) نمودید؟

(۱) زیر ۵ سال (۲) ۶-۲۰ سال (۳) ۲۱-۲۵ سال

(۴) ۲۶-۳۰ سال (۵) ۳۱-۴۰ سال (۶) بالای ۴۰ سال

۷. آیا میدانید چند سال سابقه مصرف دخانیات (سیگار؛ قلیان؛ پیپ) دارید؟

(۱) مدت بر اساس سال (۲) یا مدت بر اساس ماه (۳) به یاد ندارم

۸. در طی یک هفته گذشته، چند روز در جوار شما در منزل، فرد یا افرادی سیگار کشیده اند؟

(۱) تعداد روز (۲) خیر (۳) به یاد ندارم

۹. در طی یک هفته گذشته، چند روز در محل کار (در فضای بسته)، فرد یا افرادی سیگار کشیده اند؟

(۱) تعداد روز (۲) خیر (۳) به یاد ندارم

۱۰. آیا برای استعمال سیگار در محل کار شما منعی وجود دارد؟

(۱) بلی (۲) خیر (۳) به یاد ندارم

۱۱. آیا از عوارض استعمال سیگار اطلاعی دارید

(۱) بلی (۲) خیر (۳) به یاد ندارم

توضیح دهید.....

۱۲. آیا تا به حال اقدام به ترک داشته اید؟

(۱) بلی (۲) خیر

۱۳. در صورت پاسخ بلی به سوال بعد نیز پاسخ دهید:

(۱) اصلاً <input type="checkbox"/>	(۲) ۱ بار <input type="checkbox"/>	(۳) ۲-۳ بار <input type="checkbox"/>	(۴) بیش از ۳ بار <input type="checkbox"/>
۱-۱۳ تعداد دفعات ترک	۱-۶ ماه <input type="checkbox"/>	۷-۱۲ ماه <input type="checkbox"/>	بیش از یکسال <input type="checkbox"/>
۲-۱۳ حداکثر مدت زمانی که بر ترک بوده اید	۱-۶ ماه قبل <input type="checkbox"/>	۷-۱۲ ماه <input type="checkbox"/>	بیش از یکسال <input type="checkbox"/>
۳-۱۳ آخرین زمان اقدام بر ترک قبلی			

۴-۱۳ مهمترین علت اقدام به ترک یا ترکهای قبلی

ترس از بیمار شدن (۱)	اصرار دوستان و فامیل (۲)	به خاطر فرزندانم (۳)	توصیه پرسنل بهداشتی (۴)
قوانین محیط کار (۵)	خسته شدن از مصرف (۶)	هزینه های مالی (۷)	سایر (۸)
۵-۱۳ روش یا روشهای مورد استفاده در ترکهای قبلی			
هیچ روش (۱)	دارو درمانی (۲)	آموزش (۳)	رفتار درمانی (۴)
۶-۱۳ مهمترین علائم آزار دهنده در ترکهای قبلی			
سردرد (۱)	سرگیجه (۲)	تاری دید (۳)	عصبانیت (۴)
بی حوصلگی (۵)	عدم تمرکز (۶)	اختلال خواب (۷)	افزایش وزن (۸)
بدن درد (۹)	تمایل زیاد به مصرف (۱۰)	سرفه و خلط زیاد (۱۱)	سایر (۱۲)
۷-۱۳ مهمترین علل عدم موفقیت در ترکهای قبلی			
علایم ترک (۱)	نداشتن حمایت (۲)	نداشتن تفریح (۳)	افزایش وزن (۴)
استعمال سیگار در اطرافیان (۵)	مشکلات (۶)	عدم دسترسی به خدمات ترک (۷)	سایر (۸)

- ارزیابی تمایل به ترک

۱۴. یاد در حال حاضر مایل به ترک هستید؟

- (۱) بلی کاملاً آماده هستم (۲) خیر به هیچ وجه تمایل به ترک کردن ندارم (۳) تردید دارم

۱۵. اگر اقدام به ترک نمایید چه کسانی شما را در این فرایند همراهی می کنند؟

افراد همراهی کننده	بسیار زیاد	تا حدی	اصلاً
همسر			
سایر اعضای خانواده			
دوستان			
همکاران			
پرسنل بهداشتی			

۱۶. آیا به بیماری خاصی مبتلا هستید؟

- (۱) بلی (۲) خیر (۳) به یاد ندارم
- نام بیماری مدت بیماری

۱۷. آیا داروی خاصی مصرف میکنید؟

- (۱) بلی (۲) خیر
- نام..... مقدار مصرف روزانه مدت مصرف

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم :

تاریخ تکمیل :

محل امضاء :

ارزیابی میزان وابستگی به نیکوتین: (این پرسش ها توسط پزشک انجام می پذیرد)

تاریخ تولد...../...../.....

کد فردی

نام و نام خانوادگی.....

نام مرکز بهداشتی درمانی.....

۱۸. چند نخ سیگار در روز میکشید؟

- (۱) ۱۰ نخ و کمتر (۲) ۱۱-۲۰ نخ (۳) ۲۱-۳۰ نخ (۴) ۳۱ نخ و بیشتر

۱۹. چه مدت بعد از بیدار شدن از خواب اولین سیگار تان را روشن می کنید؟

- (۱) ۵-۱۰ دقیقه (۲) ۳۰ دقیقه (۳) ۳۱ تا ۶۰ دقیقه (۴) بعد از ۶۰ دقیقه

۲۰. آیا نکشیدن سیگار در محلهایی که استعمال دخانیات ممنوع است شما را ناراحت می کند؟

- (۱) بلی (۲) خیر

۲۱. آیا در اولین ساعات بیدار شدن تان از خواب بیشتر از سایر ساعات در روز سیگار می کشید؟

- (۱) بلی (۲) خیر

۲۲. نکشیدن کدام نخ سیگار در روز برای شما مشکل تر است؟

- (۱) اولین سیگار در صبح (۲) سایر موارد

۲۳. آیا زمانی که بیمار هستید باز هم سیگار می کشید؟

- (۱) بلی (۲) خیر

نتیجه (محرمانه توسط پزشک ارزیابی میشود) :

درجه وابستگی		
<input type="checkbox"/> زیاد (۳)	<input type="checkbox"/> متوسط (۲)	<input type="checkbox"/> کم (۱)

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم :

تاریخ تکمیل :

محل امضاء :

دستورالعمل تکمیل پرسشنامه الگوی مصرف دخانیات

این پرسشنامه برای کلیه مراجعین تکمیل خواهد شد .

در قسمت اول پرسشنامه ، مشخصات فردی بر اساس مندرجات پرونده بیمار تکمیل خواهد شد (اطلاعات بر اساس شماره پرسنلی و کد فردی ذخیره و در فایل اکسل پرسشنامه وارد خواهد شد)

نحوه تکمیل :

۱. اگر پاسخ فرد به سوال اول بلی باشد سوال دوم پرسیده و تکمیل گردد، اگر پاسخ بیمار به سوال اول منفی بود به سوال ۴ پاسخ دهد
۲. پاسخ به سوال دوم بر اساس مصرف روزانه و منظم دخانیات بله یا خیر است (در مواردی که فرد انکار می کند ممکن است از جمله به یاد ندارد استفاده کند در این شرایط سایر سوال ها پرسیده شود)
۳. پاسخ به سوال سوم بر اساس تعداد نخ سیگار مصرفی در روز با یا بدون پاسخ مثبت به دفعات مصرف قلیان یا پیپ در هفته است لذا این سوال میتواند یک یا دو پاسخ مثبت داشته باشد (در مورد قلیان یا پیپ پاسخ شماره ۲ یا پاسخ شماره ۳ باید ذکر گردد)
۴. پاسخ به این سوال برای افرادی است که یا تاکنون سیگار مصرف نمی کرده اند و یا تنها در گذشته مصرف داشته و در حال حاضر مصرف نمی کنند
۵. پاسخ به سوال پنجم بر اساس سنی که فرد برای اولین بار سیگار کشیدن منظم را شروع کرده است
۶. پاسخ به سوال ششم یا بر اساس سنوات بر مبنای سال / یا بر مبنای ماه پاسخ داده شود
۷. و ۸. این دو سوال اهمیت Passive smoker را بیان می کند
۹. وجود قوانین منع مصرف و یا تمهیداتی در رابطه با عدم استعمال دخانیات در محیط کار را بیان می نمایند
۱۰. جهت ارزیابی میزان دانش فرد از عوارض استعمال دخانیات است
۱۱. تا ۱۶ از سوال ۱۱ به بعد جهت ارزیابی دفعات ترک های قبلی، تمایل وی به شرکت در برنامه ترک (محور ترک) و عوامل اثر گذار بر آن است (افرادی که در این ارزیابی نتیجه مثبت کسب نمایند وارد برنامه بعدی محور ترک خواهند شد)

از سوال ۱۸-۲۳ جهت بررسی میزان وابستگی به نیکوتین است که امتیاز به هر سوال بشرح زیر است :

۱۸	۱۰ نخ و کمتر <input type="checkbox"/>	۱۱-۲۰ نخ <input type="checkbox"/>	۲۱-۳۰ نخ <input type="checkbox"/>	۳۱ نخ و بیشتر <input type="checkbox"/>
	صفر امتیاز	۱ امتیاز	۲ امتیاز	۳ امتیاز
۱۹	۱-۵ دقیقه <input type="checkbox"/>	۲-۳۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	۳-۳۱ تا ۶۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	۴-بعد از ۶۰ دقیقه <input type="checkbox"/>
	۳ امتیاز	۲ امتیاز	۱ امتیاز	صفر امتیاز
۲۰	۱ بلی <input type="checkbox"/>	۲ خیر <input type="checkbox"/>		
	۱ امتیاز	صفر امتیاز		
۲۱	۱ بلی <input type="checkbox"/>	۲ خیر <input type="checkbox"/>		
	۱ امتیاز	صفر امتیاز		
۲۲	اولین سیگار در صبح <input type="checkbox"/>	سایر موارد <input type="checkbox"/>		
	۱ امتیاز	صفر امتیاز		
۲۳	۱ بلی <input type="checkbox"/>	۲ خیر <input type="checkbox"/>		
	۱ امتیاز	صفر امتیاز		

ارزیابی و نتیجه بررسی میزان وابستگی به نیکوتین بر اساس امتیازات کسب شده بشرح زیر است :

کسب صفر تا ۳ امتیاز	کسب ۴ تا ۶ امتیاز	کسب ۷ تا ۱۰ امتیاز
۱) کم <input type="checkbox"/>	۲) متوسط <input type="checkbox"/>	۳) زیاد <input type="checkbox"/>

توجه داشته باشید تمام افرادی که به سوال ۱۳ پاسخ داده اند (بدون توجه به نوع پاسخ) بایستی به برنامه NAFASS جهت اجرای برنامه ترک دخانیات و یا آموزش معرفی شوند.