

ALKUKARTOITUS

Etunimi: _____ Syntymävuosi: _____

Sukupuoli: mies nainen en halua määritellä

Ryhmän paikkakunta: _____ Päivämäärä: _____

1. Kuinka paljon käytät seuraavia tuotteita nykyisin keskimäärin päivässä? Vastaa joka kohtaan. Merkitse 0, jos et käytä ollenkaan.

- a) tehdasvalmisteisia savukkeita _____ kpl päivässä
b) itsekäärittyjä savukkeita _____ kpl päivässä
c) piippua _____ piipullista päivässä
d) sikareita _____ kpl päivässä
e) nuuskaa _____ kpl päivässä
f) sähkösavukkeita _____ kertaa päivässä
g) vesipiippua _____ kertaa päivässä

2. Minkä ikäisenä aloitit tupakoinnin: _____

3. Oletko aiemmin yrittänyt lopettaa tupakointia (tupakoimatta 24 tuntia tai enemmän): _____ kertaa

4. Oletko ollut pitempään tupakoimatta (yli kuukauden): _____ kuukautta

5. Oletko aiemmin kokeillut nikotiinikorvaustuotteita tupakoinnin lopettamisen tukena? ei kyllä

6. Oletko aiemmin kokeillut reseptilääkkeitä (esim. Champix®, Zyban®) tupakoinnin lopettamisen tukena?

ei kyllä

7. Missä tupakoit eniten (rastita kaikki sopivat)?

- kotona työssä tai muussa vastaavassa toiminnassa
 ravintolassa tai baarissa muualla, missä _____

8. Milloin tupakoit eniten (rastita kaikki sopivat)?

- aamulla illalla viikonloppuna
 lomalla muulloin, milloin _____

9. Liittyykö tupakointisi kahvinjuontiin? ei kyllä

10. Liittyykö tupakointisi alkoholinkäyttöön? ei kyllä

11. Polttaako joku lähipiirissäsi? ei kyllä

12. Oletko aiemmin ollut vertaistukiryhmässä (esim. liikunta, painonhallinta)? ei kyllä

13. Miten vahvasti haluat lopettaa tupakoinnin? (1=heikosti, 10=vahvasti) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Miten vahvasti uskot, että pystyt lopettamaan tupakoinnin? (1=heikosti, 10=vahvasti) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10