

**ENSP**European Network
for Smoking and Tobacco Prevention

Fletë ekzaminimi për përdorimin e duhanit

Emri:..... Moshë:.....

Ju lutemi tregoni nëse jeni duhanpirës një duhanpirës i rastit jo duhanpirës ish-duhanpirës **Nëse jeni jo-duhanpirës**, ne dëshirojmë t'ju falënderojmë për kohën tuaj dhe t'ju përgëzojmë që nuk pini duhan! Ju lutemi tani që ta ktheni këtë fletë shqyrtimi te personeli shëndetësor i klinikës! **Nëse jeni duhanpirës ose një duhanpirës i rastit**, ju lutemi për t'u përgjigjur pyetjeve 1-7 **Nëse jeni një ish-duhanpirës**, ju lutemi për t'u përgjigjur pyetjeve 8-14**1. Çfarë lloj produkti të duhanit përdorni?** Cigare Cigare të holla Lullë Të dredhur Shisha **2. Sa vite pini duhan?****3. A përdorni produkte të reja të duhanit?** Po Jo **4. Cilin tip?** Cigaret elektronike IQUOS Juul Tjetër Ju lutemi specifikoni**5. Fagerstrom Test për varësinë ndaj nikotinës (FTND)**

| (Ju lutemi vendosni X në përgjigjen që ju përshtatet më së miri) | Pikët |
|--|-------|
| 1. Sa shpejt pasi zgjoheni në mëngjes, pini cigaren e parë? Më pak se 5 minuta (3)..... <input type="radio"/> 6-30 minuta (2)..... <input type="radio"/> 31-60 minuta (1)..... <input type="radio"/> Më shumë se 60 minuta (0)..... <input type="radio"/> | |
| 2. A është e vështirë për ju të abstenoni nga pirja e duhanit në vendet ku ndalohet pirja (p.sh. kisha, kinema, trena, restorante, etj.)? Po (1)..... <input type="radio"/> Jo (0)..... <input type="radio"/> | |
| 3. Nga cila cigare do të ishte më e vështira për ju të hiqni dorë? Cigaren e parë në mëngjes (1)..... <input type="radio"/> Të gjithë të tjerat (0)..... <input type="radio"/> | |
| 4. Sa cigare / duhan pini në ditë? 10 ose më pak (0)..... <input type="radio"/> 11-20 (1)..... <input type="radio"/> 21-30 (2)..... <input type="radio"/> 31 ose më shumë (3)..... <input type="radio"/> | |
| 5. A pini duhan më shpesh në orët e para pasi të zgjoheni sesa në pjesën tjetër të ditës? Po (1)..... <input type="radio"/> Jo (0)..... <input type="radio"/> | |
| 6. A pi duhan nëse je aq i sëmurë sa je i mobilizuar në shtrat shumicën e ditës? Po (1)..... <input type="radio"/> Jo (0)..... <input type="radio"/> | |
| Totali | |

**6. Prania e ankthit ose depresionit**

| Gjatë 2 javëve të fundit, sa shpesh ju janë shfaqur problemet e mëposhtme? | Fare (0) | Disa ditë (1) | Më shumë se gjysmën e ditëve (2) | Pothuajse cdo ditë (3) | Pikët |
|--|----------|---------------|----------------------------------|------------------------|-------|
| 1. Ndjeheni nervoz, në ankth ose që keni arritur limitet | | | | | |
| 2. Të mos jeni në gjendje të ndaloni ose kontrolloni shqetësimin | | | | | |
| 3. Ndihehesh keq, gjendje depressive (mërzitje) ose pa shpresë | | | | | |
| 4. Pak interes ose pakënaqsi për të bërë gjëra | | | | | |

Pyetësi i Shëndetit të Pacientëve (PHQ-4) për ankthin dhe depresionin**7. Rëndësia dhe gatishmëria**

1. Në një shkallë nga 1 deri në 10, sa është e rëndësishme për ju që të hiqni dorë nga duhani? (aspak e rëndësishme) 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10 ○ (shumë e rëndësishme)
2. Në një shkallë nga 1 deri në 10, a jeni gati të hiqni dorë nga pirja e duhanit tani? (aspak gati) 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10 ○ (gati)

Ju lutemi tani që t'ia ktheni këtë fletë shqyrtimi personelit shëndetësor të klinikës!

Nëse jeni një ish-duhanpirës, ju lutemi të kushtoni disa minuta për t'u përgjigjur pyetjeve në vijim:

8. Sa cigare pinit para se ta ndërprisnit?

9. Sa shpejt pasi zgjoheshit në mëngjes, pinit cingaren e parë?

- Më pak se 5 minuta ○
 6-30 minuta ○
 31-60 minuta ○
 Më shumë se 60 minuta ○

10. Sa cigare / duhan pinit në ditë?

- 10 ose më pak ○
 11-20 (1) ○
 21-30 (2) ○
 31 ose më shumë (3) ○

11. Prej sa kohësh e keni ndërprerë?

12. A keni ndonjë simptomë tërheqjeje? Po ○ Jo ○

13. Morrët ndonjë ilaç/medikament për të lënë duhanin? Po ○ Jo ○

Nëse po,

Çfarë trajtimi keni përdorur?

NRT ○

Ju lutemi specifikoni llojin-et e NRT-ve që keni përdorur

Vareniklinë ○

Bupropion ○

Tjetër ○

Ju lutemi specifikoni

A keni përjetuar ndonjë efekt anësor nga mjekimi/medikamenti?

Po ○ Jo ○ Nëse po, Ju lutemi specifikoni

14. Keni ndonjë mendim për tju rikthyer pirjes së duhanit? Po ○ Jo ○

Ju lutemi tani që t'ia ktheni këtë fletë shqyrtimi personelit shëndetësor të klinikës!