

OCENA OBJAWÓW ABSTYNENCJI

Proszę odpowiedzieć na następujące pytania, opierając się na tym jak się Pan(i) czuł(a) lub co Pan(i) zauważył(a) w ciągu ostatnich 24 godzin. Proszę odpowiadać bazując na tym jak czuł(a) się Pan(i) w przeciągu tego czasu ogólnie. Proszę zakreślić jedną cyferkę dla każdego pytania.

	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Neutralne odczucia	Zgadzam się	Zdecydowanie się zgadzam
1. Jedzenie nie było szczególnie atrakcyjne dla mnie	0	1	2	3	4
2. Odpoczywałem(am) podczas snu	0	1	2	3	4
3. Byłem(am) napięty(a) lub niespokojny(a)	0	1	2	3	4
4. Mój poziom koncentracji był świetny	0	1	2	3	4
5. W nocy często budziłem(am) się ze snu	0	1	2	3	4
6. Czulem(am) się niecierpliw(a)	0	1	2	3	4
7. Czulem(am) się pełny(a) życia i optymistyczny(a)	0	1	2	3	4
8. Zauważyłem(am), że martwię się swoimi problemami	0	1	2	3	4
9. Często miałem(am) silne pragnienie, aby zapalić	0	1	2	3	4
10. Ostatnio czulem(am) się spokojny(a)	0	1	2	3	4
11. Przeszkadzało mi pragnienie zapalenia papierosa	0	1	2	3	4
12. Czulem się smutny(a) lub przygnębiony(a)	0	1	2	3	4
13. Byłem(am) drażliwy(a), łatwo się denerwowałem(am)	0	1	2	3	4
14. Chciałem(am) gryźć przekąski lub coś słodkiego	0	1	2	3	4
15. Dokuczały mi negatywne nastroje takie jak gniew, frustracja i drażliwość	0	1	2	3	4
16. Jadłem(am) bardzo dużo	0	1	2	3	4
17. Byłem(am) zadowolony(a) ze swojego snu	0	1	2	3	4
18. Czulem(am) się sfrustrowany(a)	0	1	2	3	4
19. Czulem(am) się beznadziejnie lub byłem(am) zniechęcony(a)	0	1	2	3	4
20. Bardzo dużo myślałem(am) o paleniu	0	1	2	3	4
21. Czulem(am) się głodny(a)	0	1	2	3	4
22. Czulem(am), że zaczynam się wysypiać	0	1	2	3	4
23. Trudno mi było przykładać do czegoś wagę	0	1	2	3	4
24. Czulem(am) się szczęśliwy i zadowolony(a)	0	1	2	3	4
25. Miałem(am) kłopoty ze snem	0	1	2	3	4
26. Trudno mi było myśleć o papierosach	0	1	2	3	4
27. Trudno mi było jasno myśleć	0	1	2	3	4
28. Bardzo dużo myślałem(am)	0	1	2	3	4