

## Bilaga 5

### Frågeformulär om tobaksvanor

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_ Postnr/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobiltelefon \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

1. Röker du cigaretter? Ja  Nej  Antal cigaretter per dag \_\_\_\_\_

Besvara följande frågor om du röker, annars gå till fråga 11

2. Hur många år har du rökt? \_\_\_\_\_

3. Hur snart efter att du stigit upp röker du din första cigarett? \_\_\_\_\_

4. Hur många timmar kan du hålla upp med din rökning utan att känna obehag?

Antal timmar \_\_\_\_\_

5. Har du försökt sluta röka tidigare? Nej

Ja, enstaka gånger

Ja, många gånger

Hur långt var längsta uppehållet? \_\_\_\_\_

Hur många år sedan var det? \_\_\_\_\_

6. Har du rökare i din nära omgivning?

I ditt hem Ja  Nej

På arbetet Ingen

Enstaka

Hälften

Nästan alla

Frågan ej aktuell

På fritiden Ingen

Enstaka

Hälften

Nästan alla

7. Röker den som står dig närmast? Ja  Nej

8. Varför vill du sluta röka? Ange de viktigaste skälen.

\_\_\_\_\_

9. Har du problem med hälsan som du tror beror på att du röker? Ja  Nej

Om Ja, vad? \_\_\_\_\_

10. a) Hur viktigt är det för dig att sluta röka på en skala från 0 till 10 där 0 betyder inte alls viktigt och 10 maximalt viktigt?  
Sätt ett kryss på skalan.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. b) Hur säker är du på din förmåga att klara av att sluta om du bestämmer dig, på en skala från 0 till 10 där 0 betyder inte alls säker och 10 helt säker?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Besvara följande frågor om du snusar, annars gå till fråga 21

11. Använder du snus? Ja  Nej  Hur många dagar räcker en dosa? \_\_\_\_\_

12. Hur många år har du snusat? \_\_\_\_\_

13. Hur snart efter att du stigit upp lägger du in snus? \_\_\_\_\_

14. Hur många timmar kan du hålla upp med att snusa utan att känna obehag?

Antal timmar \_\_\_\_\_

15. Har du försökt sluta snusa tidigare? Nej

Ja, enstaka gånger

Ja, många gånger

Hur långt var längsta uppehållet? \_\_\_\_\_

Hur många år sedan var det? \_\_\_\_\_

16. Har du snusare i din nära omgivning?

I ditt hem Ja  Nej

På arbetet Ingen

Enstaka

Hälften

Nästan alla

Frågan ej aktuell

På fritiden Ingen

Enstaka

Hälften

Nästan alla

17. Snusar den som står dig närmast? Ja  Nej

18. Varför vill du sluta snusa? Ange de viktigaste skälen.

\_\_\_\_\_

19. Har du problem med hälsan som du tror beror på att du snusar? Ja  Nej

Om ja, vad? \_\_\_\_\_

20. a) Hur viktigt är det för dig att sluta snusa på en skala från 0 till 10 där 0 betyder inte alls viktigt och 10 maximalt viktigt? Sätt ett kryss på skalan.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. b) Hur säker är du på din förmåga att klara av att sluta om du bestämmer dig, på en skala från 0 till 10 där 0 betyder inte alls säker och 10 helt säker?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Röker du vattenpipa Ja  Nej

22. Använder du e-cigarett Ja  Nej

23. Använder du någon annan tobaksprodukt Ja  Nej

Om ja vad? \_\_\_\_\_