

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 javad? _____