

## Bilaga 5 Frågeformulär om tobaksvanor

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

### 1. Aktuell tobakskonsumtion

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

b. Använder du tobak i någon annan form? Ja  Nej

Om ja, vad och hur mycket? \_\_\_\_\_

Om du enbart använder snus gå till fråga nr 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 rökare i din nära omgivning?

I ditt hem Ja  Nej

På arbetet Ja  Nej

På fritiden Ja  Nej

6. Röker den som står dig närmast? Ja  Nej

7. Har du försökt sluta röka tidigare? Nej

Ja, enstaka gånger

Ja, många gånger

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

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 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? Sätt ett kryss.

\_\_\_\_\_

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

11. Aktuell snuskonsumtion

a. 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 snusare i din nära omgivning?

I ditt hem Ja  Nej

På arbetet Ja  Nej

På fritiden Ja  Nej

16. Snusar den som står dig närmast? Ja  Nej

17. Har du försökt sluta snusa tidigare?

Nej

Ja, enstaka gånger

Ja, många gånger

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

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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? Sätt ett kryss.

\_\_\_\_\_

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10