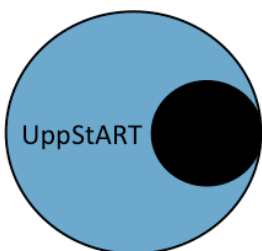


## UppStART:

### Uppsala-Stockholm Assisted Reproductive Technique study



Det tar några minuter och kan ge forskningen enorma möjligheter till att förbättra förutsättningarna för IVF-behandling.

[www.ki.se/meb/upstart](http://www.ki.se/meb/upstart)

Ett samarbete mellan



**Karolinska  
Institutet**



UPPSALA  
UNIVERSITET

Fertilitetsenheten,  
Huddinge sjukhus

**KAROLINSKA**  
*Universitetssjukhuset*



IVF-kliniken®



Finansierat utav:

EU- FP7-HEALTH-2010 collaborative project on Integrated research on Developmental determinants of Aging and Longevity

Strategiska forskningsprogrammet I Epidemiologi (Young Scholar Awards)

Vetenskapsrådet

Axel and Signe Lagermans Stiftelse

Tack för att du valt att medverka i UppStART-studien! I denna enkät kommer vi att ställa några frågor om dina och din partners infertilitetsproblem, din hälsa och dina levnadsvanor. I slutet av enkäten har du möjlighet att ge egna kommentarer. Det tar ungefär 30-45 minuter att besvara enkäten.

Om ca 4-6 veckor kommer du att få ett meddelande om att det är dags att fylla i enkät nr 2. Denna enkät går snabbare att fylla i, då den bara tar upp livsstilsfrågor och frågor om du förändrat något under den senaste månaden eller sedan IVF-behandlingen inleddes.

Du är välkommen att ringa till vår forskningssköterska Radja Dawoud på 08-524 82324 om det är något du undrar över.

Så här fyller du i enkäten: Du svarar genom att kryssa för det svarsalternativ du tycker stämmer bäst, alternativt skriver ditt svar i angivna rutor. Du kanske behöver bläddra vidare ibland för att se hela frågan. När du är färdig med alla frågor ber vi dig att skicka in dina svar med det medföljande frankerade kuvertet.

Förnamn: \_\_\_\_\_

Efternamn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

ÅÅÅÅMMDDXXXX

Adress: \_\_\_\_\_

Telefon och / eller mobil nummer (VIKTIGT för att kunna nå dig): \_\_\_\_\_

E-post (VIKTIGT för att kunna nå dig): \_\_\_\_\_

Partners för- och efternamn: \_\_\_\_\_

Partners personnummer: \_\_\_\_\_

ÅÅÅÅMMDDXXXX

**Du är:**

- Man
- Kvinna

**Kryssa för vilken klinik du besöker just nu:**

- Fertilitetsenheten, Huddinge
- IVF-kliniken, St.Göran
- Fertilitetscentrum
- Carl von Linnés klinik
- Reproduktionscentrum, Akademiska sjukhuset

**Q1 Bor du tillsammans med någon?**

- Ja
- Nej (gå till fråga Q3)
- Vill ej svara

**Q1a Med vem? (Fler alternativ kan kryssas)**

- Man, fru, fästman, partner, sambo
- Barn
- Syskon
- Föräldrar
- Vänner
- Andra

**Q1b Ange antal**

Barn \_\_\_\_\_

Syskon \_\_\_\_\_

**Q3 Vilket är ditt nuvarande civilstånd?**

- Singel
- Gift/Partnerskap
- Sambo
- Särbo
- Separerad/skild
- Vill ej svara

**Q4 Har du biologiska barn?**

- Ja
- Nej (gå till fråga Q5)

**Q4a Hur många biologiska barn har du?**

Ange antal \_\_\_\_\_

**Q5 Har du adopterade barn?**

- Ja
- Nej (gå till fråga Q6)

**Q5a Hur många adopterade barn har du?**

Ange antal \_\_\_\_\_

**Q6 Vilken är den högsta utbildningsnivå du har uppnått?**

- Nioårig grundskola
- 1-2 årig gymnasieutbildning el motsv
- 3-4 årig gymnasieutbildning el motsv
- 1-3 årig postgymnasial utbildning
- Universitetsutbildning eller högre
- Annan

**Q7 Ange ditt nuvarande yrke eller det du senast jobbat som:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Q8 Vilket av följande alternativ beskriver din nuvarande situation bäst?**

- Anställd
- Arbetslös
- Driver eget företag/arbetar som delägare i företag
- Föräldraledig
- Studerande
- Tjänstledig
- Hemmafru/-man
- Aktivitets- eller sjukersättning (förtidspension) p.g.a sjukdom/funktionshinder
- Sjukskriven
- Annat

**Q9 Har du någonsin arbetat skift (dvs på oregelbundna tider)?**

- Ja, jag gör det för närvarande
- Ja, jag har gjort det tidigare
- Nej (gå till Q10)
- Vet ej
- Vill ej svara

**Q9a Vilket år arbetade du skift senast?**

Ange årtal \_\_\_\_\_

**Q11 Har du någonsin arbetat natt (dvs. arbete mellan kl. 24.00-05.00)?**

- Ja, jag gör det för närvarande
- Ja, jag har gjort det tidigare
- Nej (gå till Q12)
- Vet ej
- Vill ej svara

**Q11a Vilket år arbetade du natt senast?**

Ange årtal \_\_\_\_\_

**Q12 Har du under senaste året under en längre tid haft besvär beroende på något av följande på jobbet?**

*(Fler alternativ kan kryssas)*

- arbete med datorn
- obekväm arbetsställning
- tungt kroppsarbete
- värme, kyla, drag
- buller
- kemikalier
- vibrationer
- annat \_\_\_\_\_
- nej (gå till Q13)

**Q12a Hur ofta har du besvärats av (det du kryssat i Q12) på arbetet under senaste året?**

- Dagligen
- Minst 1 gång per vecka
- Mindre än 1 gång per vecka
- Vet ej
- Vill ej svara

**Q13 Har du haft sömnsvårigheter under de senaste 12 månaderna?**

- Ja
- Nej (gå till Q14)
- Vet ej
- Vill ej svara

**Q13a Hur ofta har du haft sömnsvårigheter i genomsnitt under de senaste 12 månaderna?**

- Några nätter per månad
- En natt per vecka
- Några nätter per vecka
- Varje eller nästan varje natt

**Q14 Om du tänker på relationen mellan ditt arbetsliv och ditt privatliv:**

	Sällan/ aldrig	Ibland	Ofta	Vet ej	Vill ej svara
Påverkar kraven på arbetet ditt privatliv negativt?					
Påverkar ditt privatliv ditt arbete på ett negativt sätt?					
Har du problem med att få tiden att räcka till för både arbete och privatliv?					

### INF3 Känner du till vilket infertilitetsproblem din partner har?

(Fler alternativ kan kryssas)

- Defekt eller blockering i det reproduktiva systemet eller förminskad utlösning (till exempel på grund av att testiklarna inte sjunkit ner i pungen eller att en eller båda testiklarna saknas eller annan orsak)
- Kroppslig sjukdom (till exempel hög feber, njursjukdom)
- Infektion (till exempel inflammation i prostata, bitestikel eller testikel)
- Skada (till exempel testikeltrauma)
- Testikelcancer
- Infertilitet orsakad av cellgiftsbehandling
- Rubbningar i ämnesomsättningen som hemokromatos
- Hormondefekt (testosteronbrist)
- Pungåderbråck
- Kromosomrubbning
- Oförklarlig orsak
- Annan orsak, var god ange \_\_\_\_\_
- Vet ej
- Vill ej svara

### Nedan följer frågor om din behandling på IVF-kliniken

#### INF1 Är det på grund av din, din partners eller bådass infertilitet?

- Min (gå till fråga INF2 om kvinna, INF4 om man)
  - Partners (gå till INF3 om kvinna, INF5 om man)
  - Bådas (Svara INF2 och 3 om kvinna, INF4 och 5 om man)
  - Vet ej
  - Vill ej svara
- } Gå till fråga INF6

### Denna fråga besvaras endast av kvinnan. Mannen hänvisas till fråga INF4

#### INF2 Vilket infertilitetsproblem har du?

(Fler alternativ kan kryssas)

- Stopp i äggledaren (Äggledarobstruktion)
- Endometriosis
- PCO (Polycystiska ovarier)
- Ägglossningsrubbningar
- Kromosomdefekt
- Oförklarlig orsak
- Annan orsak, var god ange \_\_\_\_\_
- Vet ej
- Vill ej svara

### INF4 och INF5 frågorna besvara endast av mannen.

#### INF4 Vilket infertilitetsproblem har du?

(Fler alternativ kan kryssas)

- Defekt eller blockering i det reproduktiva systemet eller förminskad utlösning (till exempel på grund av att testiklarna inte sjunkit ner i pungen eller att en eller båda testiklarna saknas eller annan orsak)
- Infektion (till exempel inflammation i prostata, bitestikel eller testikel)
- Skada (till exempel testikeltrauma)
- Testikelcancer
- Infertilitet orsakad av cellgiftsbehandling
- Rubbningar i ämnesomsättningen som hemokromatos
- Hormondefekt (testosteronbrist)
- Sexuella problem (till exempel impotens)
- Kromosomrubbning
- Oförklarlig orsak
- Annan orsak, var god ange \_\_\_\_\_
- Vet ej
- Vill ej svara

**INF5 Känner du till vilket infertilitetsproblem din partner har?**

*(Fler alternativ kan kryssas)*

- Stopp i äggledaren (Äggledarobstruktion)
- Endometriosis
- PCO (Polycystiska ovarier)
- Ägglossningsrubbingar
- Kromosomdefekt
- Oförklarliga orsak
- Annan orsak, var god ange \_\_\_\_\_
- Vet ej
- Vill ej svara

**Frågorna nedan besvaras av båda**

**INF6 Är det första gången du/ni söker behandling för infertilitet?**

- Ja (gå till INF7)
- Nej
- Vill ej svara

**INF6a Hur många gånger har du behandlats tidigare för infertilitet?**

*Med antal menas hur många behandlingar du fått tidigare vare sig det var insemination, hormonstimuleringar med färska eller frysta embryo eller annat)*

Ange antal \_\_\_\_\_

**INF6b Vilken behandling utfördes vid den senaste infertilitetsbehandlingen?**

*(Fler alternativ kan kryssas)*

- Insemination med spermier
- Provrörsbefruktning som också kallas in vitro fertilisering, IVF
- Provrörsbefruktning som kallas ICSI, intracytoplasmisk spermiejektion
- Provrörsbefruktning med äggdonation
- Med hjälp av enbart hormonbehandling (Stimulerad ägglossning med hormontabletter eller hormonsprutor som framkallar ägglossning)
- Annat, vänligen ange vilket preparat eller behandling \_\_\_\_\_
- Vet ej
- Vill ej svara } Gå till fråga INF7

**INF6c och 6d besvaras av kvinnan:**

**INF6c Användes din partners eller en donators spermier?**

- Partners
- Donators

**INF6d Användes dina eller en donators ägg?**

- Mina egna
- Donators

**INF6e och 6f besvaras av mannen:**

**INF6e Användes dina eller en donators spermier?**

- Mina egna
- Donators

**INF6f Användes din partners eller en donators ägg?**

- Partners
- Donators

**INF7 Hur ofta har/hade ni samlag per månad under de senaste 3 månaderna när du och din partner försökte att bli med barn?**

- 1 till 4 gånger per månad
- 5 till 8 gånger per månad
- 9 till 12 gånger per månad
- Mer än 12 gånger
- Vet ej
- Vill ej svara

**INF8 Hur lång tid har ni försökt att bli med barn?**

- 1 till 3 månader
- 4 till 12 månader
- Mer än 1 år. Ange i så fall antal år och antal månader \_\_\_\_\_
- Vet ej
- Vill ej svara

**INF9 Vilken behandling kommer du och din partner att få vid denna klinik?**

(Fler alternativ kan kryssas)

- Insemination med spermier
- Provrörsbefruktning som också kallas in vitro fertilisering, IVF
- Provrörsbefruktning som kallas ICSI, intracytoplasmisk spermainjektion
- Provrörsbefruktning med äggdonation
- Med hjälp av enbart hormonbehandling (stimulerad ägglossning med hormontabletter eller hormonsprutor som framkallar ägglossning)
- Annat, vänligen ange vilket preparat eller behandling \_\_\_\_\_
- Vet ej
- Vill ej svara

**INF9a och 9b besvaras av kvinnan:**

**INF9a Kommer din partner eller en donators spermier att användas?**

- Partners
- Donators

**INF9b Kommer dina ägg eller en donators ägg att användas?**

- Mina egna
- Donators

**INF9c och 9d besvaras av mannen:**

**INF9c Kommer dina eller en donators spermier att användas?**

- Mina egna
- Donators

**INF9d Kommer din partners ägg eller en donators ägg att användas?**

- Partners
- Donator

**Dessa frågor besvaras endast av kvinnan.  
Mannen hänvisas till fråga INF14**

**INF10 Har du någonsin varit gravid?**

- Ja
- Nej (gå till fråga INF12)
- Vet ej
- Vill ej svara

**INF10a Hur lång tid tog det för dig att bli gravid senast?**

- 1 till 3 månader
- 4 till 12 månader
- Mer än 1 år (ange antal år) \_\_\_\_\_
- Jag försökte inte bli gravid
- Vet ej
- Vill ej svara

**INF10b På vilket sätt blev du gravid senaste?**

- Vid samlag (utan behandling) (Gå till fråga INF11)
- Insemination med spermier
- Provrörsbefruktning som också kallas in vitro fertilisering, IVF
- Provrörsbefruktning som kallas ICSI intracytoplasmisk spermainjektion
- Provrörsbefruktning med äggdonation
- Enbart hormonbehandling (stimulerad ägglossning med hormontabletter eller hormonsprutor som framkallade ägglossning)
- Annat preparat eller behandling (vänligen ange vilken) \_\_\_\_\_
- Vet ej
- Vill ej svara

Gå till fråga INF10c

**INF10c Användes din partners eller en donators spermier?**

- Partners
- Donators

**INF10d Användes dina eller en donators ägg?**

- Mina egna
- Donators



**INF11 Hur många gånger har du varit gravid?**

Ange antal \_\_\_\_\_

**INF11a Hur många gånger har du fött barn?**

Ange antal \_\_\_\_\_

**INF11c Har du någonsin fått missfall?**

- Ja
- Nej (gå till fråga INF12)

**INF11d Hur många gånger har du fått missfall?**

Ange antal \_\_\_\_\_

**INF11e Ange i den mån du kommer ihåg om du fick missfall före eller efter vecka 12:**

Missfall nr	Före/ Vid v. 12	Efter v.12

**INF12 Har du någonsin gjort abort?**

- Ja
- Nej (gå till fråga INF13)

**INF12a Hur många gånger har du gjort abort?**

Ange antal \_\_\_\_\_

**INF13 Har du haft utomkvedshavandeskap?**

- Ja
- Nej (gå till fråga INF14)

**INF13a När senast hade du utomkvedshavandeskap ?**

Ange årtal \_\_\_\_\_

**INF14 Har någon i din närmaste familj/släkt haft infertilitetsproblem?**

- Ja
- Nej
- Vet ej
- Vill ej svara

**INF14a Vem/vilka i din närmaste familj/släkt har haft infertilitetsproblem?**

- Mamma
- Pappa
- System
- Bror
- Halvsyster (mammans sida)
- Halvsyster(pappas sida)
- Halvbror (mammans sida)
- Halvbror (pappas sida)
- Moster
- Faster
- Annan \_\_\_\_\_

**Besvaras endast av kvinnan.  
Mannen hänvisas till fråga H1.**

**K1 Hur gammal var du när du fick din första mens?**

Ange ålder \_\_\_\_\_

**K2 Har du haft mens under det senaste året?**

- Ja (gå till fråga K3)
- Nej

**K2a Vad är orsaken till att du inte har haft mens?**

- Hormonrubbnig (till exempel utebliven ägglossning)
- Mediciner
- Preventivmedel
- Gynekologisk operation
- Intensiv träning
- Anorexi/ätstörning
- Graviditet
- Annan ange \_\_\_\_\_
- Vet ej
- Vill ej svara

**K3 Har du regelbundna menstruationer?**

*Med regelbundna menstruationer menas att man har mens varje månad och att man kan förutsäga menstruationens första dag med minst 5 dagars säkerhet.*

- Ja
- Nej (gå till fråga K5)
- Vet ej
- Vill ej svara

**K4 Hur många dagar brukar gå mellan menstruationerna?**

*En cykel är antal dagar från första dagen på en menstruation till första dagen på nästa månads menstruation. Exempel: om din menstruation brukar börja samma veckodag och det är fyra veckors intervall, så är cykelns längd 28 dagar.*

Menstruationscykelns längd i antal dagar

\_\_\_\_\_

**K5 Du har angett att du har oregelbundna menstruationer. Hur många dagar brukar gå**

**mellan en menstruation och den påföljande menstruationen, som mest och som minst?**

*En cykel är antal dagar från första dagen på en menstruation till första dagen på nästa månads menstruation. Exempel: Om din menstruation brukar börja samma veckodag och det är fyra veckors intervall, så är cykelns längd 28 dagar.*

Ange den kortaste cykelns antal dagar

\_\_\_\_\_

Ange den längsta cykelns antal dagar

\_\_\_\_\_

**K6 Har du någonsin använt något av följande preventivmedel?**

*(Fler alternativ kan kryssas)*

- Minipiller
- Kombinationspiller (vanliga p-piller)
- P-spruta
- Hormonspiral
- Kopparspiral
- P-stav
- Annat, ange \_\_\_\_\_
- Nej
- Vet ej
- Vill ej svara

**K6a Hur lång tid sammantaget har du tagit de preventivmedel du har kryssat för? Om du har kryssat för fler fyll i antal år för varje sort i rutan nedan**

- Antal år \_\_\_\_\_
- Mindre än 1 år

**K7 Har du någonsin genomgått något av följande gynekologisk-kirurgiska ingrepp (förutom kejsarsnitt)?**

*(Fler alternativ kan kryssas)*

- Opererat livmoderhalsen
- Opererat bort äggstock
- Laparoskopi (av andra skäl än ovanstående)
- Kirurgisk abort
- Kemisk abort
- Komplikationer under graviditet
- Skrapning (av livmodern)
- Blindtarmsoperation
- Annan operation
- Nej
- Vet ej
- Vill ej svara

} Gå till fråga K8

**K7a Hur gammal var du när du genomgick denna operation?**

Ange ålder \_\_\_\_\_

**K8 Har du fått diagnosen myom (dvs. muskelknutor på livmodern)?**

- Ja
- Nej (gå till fråga K9)

**K8a Har du fått behandling för myom?**

- Ja, kirurgisk
- Ja, annan behandling
- Nej
- Vet ej
- Vill ej svara

**K9 Har du fått diagnosen endometrios?**

- Ja
- Nej
- Vet ej
- Vill ej svara

**K10 Har du fått diagnosen polycystiskt ovariesyndrom (PCO/PCOS)?**

- Ja
- Nej
- Vet ej
- Vill ej svara

**K11 Tycker du att du har haft onormal hårväxt på olika kroppsdelar, t.ex. på överläppen, hakan, magen eller på låren?**

- Ja
- Nej
- Vet ej
- Vill ej svara

**K12 Lider du av allvarliga menssmärtor?**

- Ja
- Nej
- Vet ej
- Vill ej svara

} Gå till fråga K13

**K12a Gör du regelbundet något av följande saker på grund av smärtan?**

*(Fler alternativ kan kryssas)*

- Jag tar ledigt från jobbet
- Jag tar värktabletter
- Jag tar p-piller
- Nej
- Vet ej
- Vill ej svara

**K13 Känner du smärta vid samlag?**

- Ja
- Nej

**K14 Lider du av smärtor i bäckenet under tiden mellan två menscykler?**

- Ja
- Nej
- Vet ej
- Vill ej svara

**K15 Har du fått vaccin mot livmoderhalscancer?**

- Gardasil
- Cervarix
- Kommer inte ihåg namnet
- Nej
- Vet ej
- Vill ej svara

} Gå til fråga H1

**K15a Hur gammal var du när du fick vaccinet för livmoderhalscancer?**

Ange ålder \_\_\_\_\_

- Kommer inte ihåg

**K15b Har du genomgått en fullständig vaccinationsbehandling mot livmoderhalscancer, med tre sprutor?**

- Fullständig behandling
- Pågående behandling
- Avslutad, ej fullständig behandling (färre än tre sprutor)
- Nej

**Dessa frågor berör din hälsa.**

**H1 Ange din längd och vikt i heltal, avrunda uppåt till närmaste centimeter/kilo.**

Längd i centimeter: \_\_\_\_\_

Vikt i kilo: \_\_\_\_\_

**H2 Hur mycket vägde du när du föddes?**

- Ange i gram \_\_\_\_\_
- Vet ej
- Vill ej svara

**H3 I vilken graviditetsvecka föddes du?**

- Vecka \_\_\_\_\_
- Vet ej
- Vill ej svara

**H4 Vet du om du föddes prematurt, det vill säga före graviditetsvecka 37?**

- Ja
- Nej
- Vet ej
- Vill ej svara

**H5 Kryssa för om du har eller har haft något av följande hälsoproblem och vilket år det började och om du tar någon medicin för det:**

*(Fler alternativ kan kryssas)*

	Ja	Nej	Årtal	Mediciner
Diabetes typ 1				
Diabetes typ 2				
Graviditets diabetes				
Hjärtsjukdom				
Cancer (gå till fråga H7 för kvinna, H8 för man)				
Högt blodtryck/hypertoni				
Depression				
Hyperthyreos (överaktiv sköldkörtelfunktion)				
Hypothyreos (nedsatt sköldkörtelfunktion)				
Allergier				
Astma (gå till fråga H9)				
Systemisk lupus erythematosus, SLE				
Inflammatoriska tarmsjukdomar (tex ulcerös kolit, Crohns sjukdom, IBD)				
Cystisk fibros				
Kronisk bronkit				
Njursjukdom				
Leversjukdom				
Anemi				
Lunginflammation				
Blodtransfusion				
Anfall (t ex epileptisk)				
Kronisk muskelsmärta/ smärta i leder				
Reflux, Halsbränna				
Besvär i gallblåsan				
Huvudvärk (t ex migrän)				
Svettningar under natten och värmevallningar				
Blindtarmsbesvär				
Annat hälsoproblem, vänligen ange				
Inget hälsoproblem				

För följande frågor, om du har kryssat i fler sjukdomar/besvär fyll i svaren i rutan som anges

**H5a Är du frisk från dina besvär nu?**

- Ja
- Nej
- Vet ej
- Vill ej svara

**H5b Hur länge hade du din sjukdom/besvär?**

- Mindre än 1 år
- 1-2 år
- 2-4 år
- mer än 4 år
- vet ej
- vill ej svara

## Cancer: Kvinna

**H7 Ange vilket organ eller vilken cancertyp och ange årtal då det började bredvid cancertypen:**

(Fler alternativ kan kryssas) Årtal

- äggstocken/arna \_\_\_\_\_
- livmoderhals \_\_\_\_\_
- livmoder \_\_\_\_\_
- luftvägar, lungorna \_\_\_\_\_
- bröstet/en \_\_\_\_\_
- magen \_\_\_\_\_
- gallblåsan \_\_\_\_\_
- levern \_\_\_\_\_
- matstrupen \_\_\_\_\_
- huden \_\_\_\_\_
- urinblåsan \_\_\_\_\_
- munhålan, svalget \_\_\_\_\_
- njurcancer (Wilm's tumor) \_\_\_\_\_
- cancer i nervsystemet (t ex hjärncancer) \_\_\_\_\_
- leukemi \_\_\_\_\_
- lymfom och multipelt myelom \_\_\_\_\_
- Annan, ange \_\_\_\_\_

**H7a Tar du någon medicin eller får du för närvarande någon behandling för din cancer?**

- Ja
- Nej

**H7b Vilken/vilka mediciner du tar gällande din cancer?**

## Cancer Man

### H8 Ange vilket organ eller vilken cancertyp och ange årtal då det började bredvid cancertypen:

(Fler alternativ kan kryssas)

Årtal

- testikeln/arna \_\_\_\_\_
- penis \_\_\_\_\_
- prostatan \_\_\_\_\_
- luftvägarna, lungorna \_\_\_\_\_
- magen \_\_\_\_\_
- tjocktarmen, ändtarmen \_\_\_\_\_
- munhålan, svalget \_\_\_\_\_
- urinblåsan \_\_\_\_\_
- gallblåsan \_\_\_\_\_
- matstruppen \_\_\_\_\_
- levern \_\_\_\_\_
- hudcancer (melanom och andra typer) \_\_\_
- njurcancer (Wilm's tumor) \_\_\_\_\_
- cancer i nervsystemet (tex hjärncancer) \_\_\_
- leukemi \_\_\_\_\_
- Lymfom och multipelt myelom \_\_\_\_\_
- annan, ange \_\_\_\_\_

### H8a Tar du någon medicin eller får du för närvarande behandling för din cancer

- Ja
- Nej

### H8b Vilken/vilka mediciner du tar gällande din cancer?

### H9 Har en läkare diagnosticerat dig med astma?

- Ja
- Nej
- Vet ej
- Vill ej svara

### H9a Vid vilken ålder fick du diagnosen astma?

Ange ålder \_\_\_\_\_

- Vet ej
- Vill ej svara

### H9b Har du hösnuva eller någon annan allergisk snuva?

- Ja
- Nej
- Vet ej
- Vill ej svara

### H8c Har en läkare ställt diagnosen hösnuva eller annan allergisk snuva?

- Ja
- Nej
- Vet ej
- Vill ej svara

### H9d Upplever du att du har någon av följande allergier?

(Fler alternativ kan kryssas)

- Pollenallergi
- Pälsdjursallergi
- Kvalsterallergi
- Bi- eller getingallergi
- Kontaktallergi
- Nej, inget av ovanstående
- Vet ej
- Vill ej svara

### H10 Har du regelbundet tagit några värktabletter de senaste 3 månaderna?

- Alvedon, panodil
- Ipren, ibuprofen
- Voltaren, diclofenac
- Naproxen
- Citodon
- Treo, acetylsalisyra, trombyl
- Annat, vänligen ange \_\_\_\_\_

### H11 Tar du annan medicin/läkemedel för närvarande?

\_\_\_\_\_



Följande frågor handlar om dina upplevelser, känslor eller tankar under de senaste 3 månaderna. För varje fråga får Du ange hur ofta du har upplevt, känt eller tyckt på ett speciellt sätt. Vissa frågor kan verka likartade men försök ändå att behandla varje fråga för sig. Besvara därför varje fråga utan någon längre betänketid. Försök inte räkna ut hur ofta du har känt dig på ett visst sätt, försök i stället uppskatta det som verkar vara det rimligaste för dig enligt svarsalternativen.

**H12 Har du under det senaste året känt någon oro/nedstämdhet**

- Jag är inte orolig eller nedstämd
- Jag är eller har varit orolig eller nedstämd i viss utsträckning
- Jag är, eller har i högsta grad varit orolig eller nedstämd
- Vet ej
- Vill ej svara

**H13 Hur ofta har du:**

	Aldrig	Sällan	Ganska ofta	Mycket ofta	Vet ej/vill ej svara
Blivit upprörd över något som skett helt oväntat?					
Känt att du inte haft kontroll över de viktiga faktorerna i ditt liv?					
Känt dig nervös och stressad?					
Känt att du inte kunde hantera allt som måste göras?					
Blivit arg över saker som har hänt och som låg utanför din kontroll?					
Känt dig säker på din förmåga att hantera dina personliga problem?					
Tyckt att saker och ting har utvecklats som du velat?					
Känt att du haft kontroll över irriterande moment i ditt liv?					
Känt att du har haft kontroll över saker och ting?					
Känt att problemen blivit så många att du inte kunnat bemästra dem?					

**Följande frågor handlar om stress relaterat till din/er infertilitet och barnlöshet**

Markera ett alternativ på varje rad.

1= Instämmer inte alls 5= Instämmer helt

**COMP1 Konsekvenserna av den ofrivilliga barnlösheten och behandlingen**

	1	2	3	4	5
Mitt liv har påverkats avsevärt på grund av infertiliteten.					
Mitt liv har komplicerats på grund av fertilitetsproblemet.					
Infertiliteten innebär för mig en stor källa till oro och stress.					

**Vilka konsekvenser har barnlösheten för ditt äktenskap/parförhållande?**

Barnlösheten har

	1	2	3	4	5
fört oss närmare varandra					
stärkt vårt förhållande					
orsakat en kris i vårt förhållande					
väckt frågor om skilsmässa					

**COMP2 I hur hög grad har fertilitetsproblemet negativt påverkat följande aspekter i ditt liv?**

	Mycket	Ganska mycket	Ganska lite	Inte alls
ditt äktenskap/parförhållande?				
ditt sexualliv?				
dina relationer till dina närmaste familjemedlemmar?				
dina relationer till din partners familj?				
dina relationer till dina vänner?				
dina relationer till arbetskamrater?				
dina relationer till andra människor med barn?				
dina relationer till gravida kvinnor?				
din fysiska hälsa?				
din psykiska hälsa?				
din ekonomiska situation?				

**Förväntningar på fertilitetsbehandlingar**

**COMP3 Jag har genomgått infertilitetsundersökningar och behandlingar . . .**

	Mycket viktigt	Mindre viktigt	Inte viktigt alls
för att finna orsaken till vår barnlöshet			
för att bli gravid			
för att få ett barn till			
som en sista utväg för att få barn av egna skäl			
på grund av min makes/partners skäl			
för att fertilitetsbehandling har fungerat tidigare			
av annan orsak, ange:			

**COMP4 Jag önskar att personalen på fertilitetskliniken . . .**

	Mycket viktigt	Mindre viktigt	Inte viktigt alls
informerar oss om resultatet av undersökningarna			
informerar oss om behandlingsalternativ som kan vara relevanta för oss			
informerar oss om möjligheter till adoption			
uppmärksammar hur vi mår känslomässigt			
bemöter oss med förståelse			
ger oss skriftlig information om vår behandling			
ger oss en broschyr om de känslomässiga konsekvenserna av barnlöshet			
hänvisar oss till föreningar för ofrivilligt barnlösa			
övrigt, ange:			

En del barnlösa par önskar att fertilitetskliniken erbjud kurser eller stödgrupper för ofrivilligt barnlösa. En del par skulle vilja bli erbjudna samtal med psykolog eller sexolog.

COMP5 Hur viktigt är det för dig att . . .

	Mycket viktigt	Mindre viktigt	Inte viktigt alls
a. delta i en kurs om ofrivillig barnlöshet			
b. delta i en stödgrupp för ofrivilligt barnlösa			
c. samtala med en psykolog			
d. samtala med en sexolog			
e. övrigt, ange:			

COMP6 Om jag blev erbjuden något av alternativen ovan, skulle jag . . .

	Ja	Kanske	Nej	Vet ej
a. delta i en kurs om ofrivillig barnlöshet				
b. delta i en stödgrupp för ofrivilligt barnlösa				
c. samtala med en psykolog				
d. samtala med en sexolog				
e. övrigt, ange:				

Förmågan att hantera problemet med ofrivilligt barnlöshet är individuell. Vad gör du för att hantera problemet?

COMP7 Jag . . .

	Gör aldrig	Gör ibland	Gör ofta	Gör väldigt ofta
undviker kontakt med gravida kvinnor och barn				
går undan i situationer då det pratas om graviditet och barn				
håller mina känslor för mig själv				
fokuserar på mitt arbete eller någon annan aktivitet för att skingra mina tankar				
tänker på olika alternativ att bli förälder (till exempel olika behandlingsalternativ adoption, fosterbarn)				
har en nära relation till barn i min närhet				
tar en paus med försöken att få ett barn				
ger utlopp för mina känslor på något sätt				
välkomnar sympati och förståelse från någon i min omgivning				
söker stöd hos andra ofrivilligt barnlösa				
söker stöd hos släkting eller vän				
läser eller ser på TV-program om barnlöshet				
lever ett hälsosamt liv				
ser min humor som en tillgång				

**COMP8 Jag . . .**

	Gör aldrig	Gör ibland	Gör ofta	Gör väldigt ofta
hoppas på ett mirakel				
känner att det enda jag kan göra är att vänta				
försöker glömma allt om barnlösheten				
har fantasier och önskningar om hur det skulle kunna bli				
undviker att läsa eller lyssna på frågor om barnlöshet				
har på ett bra sätt utvecklats som person				
försöker analysera problemet för att förstå det bättre				
tänker på fertilitetsproblematiken på ett positivt sätt				
ser mitt äktenskap/förhållande som än mer värdefullt				
finner andra mål i livet				
ber (till exempel till Gud)				
tror att det finns en mening med att vi har svårt att få barn				

**Infertilitetsproblematiken – hur öppen är du?**  
**Följande frågor handlar om hur du samtalar med din partner och andra personer om barnlösheten samt om de infertilitetsundersökningar och behandlingar som du genomgår.**

**COMP9 Upplever du att det är svårt att prata om barnlösheten med din partner?**

- ja, alltid
- ja, ibland
- Nej, aldrig

**COMP10 Pratar du med andra människor om . . .**

	Nej, inte med någon alls	Ja, men endast med personer som står mig nära	Ja, med de flesta jag känner
att du inte kan få barn?			
orsaken till din barnlöshet?			
dina fertilitetsundersökningar?			
vilken typ av behandling du genomgår?			
dina känslor kring barnlösheten?			
hur testerna och behandlingarna påverkar dig känslomässigt?			

**S1 Hur gammal var du när du hade sexuellt umgänge för första gången?**

Ange ålder \_\_\_\_\_

**S2 Har du någon gång blivit informerad om att du har någon av följande sexuellt överförbara sjukdomar?**

*(Fler alternativ kan kryssas)*

- Klamydia
- Herpes
- Gonnoré
- Kondylom
- Candida (svampinfektion)
- Trichomonas
- Annan sjukdom, ange: \_\_\_\_\_
- Nej
- Vet ej
- Vill ej svara

**DESSA FRÅGOR BERÖR DINA MATVANOR DE SENASTE 3 MÅNADERNA**

**M1 Hur ofta brukar du äta eller dricka något vid följande måltider?**

Frukost

- Varje dag
- Flera gånger per vecka
- Någon gång per vecka
- Mer sällan eller aldrig

Lunch

- Varje dag
- Flera gånger per vecka
- Någon gång per vecka
- Mer sällan eller aldrig

Middag eller kvällsmat

- Varje dag
- Flera gånger per vecka
- Någon gång per vecka
- Mer sällan eller aldrig

**M2 Hur ofta brukar du äta mellanmål (eller fikabröd)?**

- 4 gånger per dag eller mer
- 3 gånger per dag
- 1-2 gånger per dag
- Några gånger per vecka
- Mer sällan eller aldrig
- Vet ej
- Vill ej svara

**M3 Är du**

- Vegetarian
- Vegan
- Vegetarian och äter enbart fisk
- Vegetarian och äter enbart vitt kött (t ex fisk och kyckling)
- har inga speciella matvanor
- Vet ej
- Vill ej svara

**M4 Ange mängd och hur ofta du druckit följande drycker (kaffe, te och chokladdryck) i genomsnitt under de senaste 3 månaderna.**

Markera den kopp som motsvarar den mängd du vanligtvis dricker

**Kaffe**

- ca 1 dl
- ca 2 dl
- ca 3 dl
- dricker aldrig kaffe (gå till M7)

**Te**

- ca 1 dl
- ca 2 dl
- ca 3 dl
- dricker aldrig te (gå till M7)

**Chokladdryck**

- ca 1 dl
- ca 2 dl
- ca 3 dl
- dricker aldrig chokladdryck (gå till M7)

**M4a Fyll i antingen "gånger per dag" eller "gånger per vecka", det som bäst motsvarar ditt intag.**

	Gånger per dag	Gånger per vecka
Kaffe	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6
Te	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6
Chokladdryck	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6

**KAFFE**

**M5 Om du har angett att du dricker kaffe. Vilken typ av kaffe dricker du oftast?**

*(Fler alternativ kan kryssas)*

- Brygg
- Automat
- Espresso (inklusive kaffe latte, cappuccino, nespresso)
- Pulver (Nescafé)
- Kok, perkulator, presso
- Koffeinfritt
- Annat kaffe
- Vet ej
- Vill ej svara

**M5a Vad brukar du ha i ditt kaffe?**

*(Fler alternative kan kryssas)*

- En skvätt mjölk eller grädde
- Mycket mjölk eller grädde (t ex latte, café au lait)
- Socker, sirap
- Sötningemedel
- Inget
- Vet ej
- Vill ej svara

**TE**

**M6 Om du har angett att du dricker te. Vilken typ av te dricker du oftast?**

*(Fler alternativ kan kryssas)*

- Svart te (t ex Earl Grey, Sun Tea, Yellow label)
- Grönt te
- Rött te (rooibos)
- Örtte (till exempel kamomill)
- Annat te
- Vet ej
- Vill ej svara

**M6a Vad brukar du ha i ditt te?**

*(Fler alternative kan kryssas)*

- Mjölk, grädde
- Socker, honung
- Sötningemedel
- Inget
- Vet ej
- Vill ej svara

**M7 För läsk, cider, måltidsdryck eller saft, markera den storlek som motsvarar den mängd du vanligtvis dricker**

- 33cl  
 50cl  
 1,5l  
 Dricker aldrig läsk (Gå till fråga M8)

**M7a Fyll i antingen "gånger per dag" eller "gånger per vecka", det som bäst motsvarar ditt intag av läsk (ej cola-drycker), cider, måltidsdryck eller saft.**

*I genomsnitt under de senaste 3 månaderna*

	Gånger per dag	Gånger per vecka
Läsk, cider, måltidsdryck, saft	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6

Ange annat \_\_\_\_\_

**M8 Om du dricker cola-drycker (tex Coca-Cola, Pepsi osv) fyll i antingen "gånger per dag" eller "gånger per vecka", det som bäst motsvarar ditt intag av coladrycker (tex Coca-cola, Pepsi, osv).**

*I genomsnitt under de senaste 3 månaderna*

	Gånger per dag	Gånger per vecka
Cola-drycker	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6

Ange annat \_\_\_\_\_

Dricker inte cola-drycker(Gå till fråga M9)

**M9 Sportdrycker: Markera den storlek som motsvarar den mängd du vanligtvis dricker**

- ca 250 ml  
 ca 60 ml  
 ange annan mängd \_\_\_\_\_  
 Dricker aldrig sportdryck (Gå till fråga M10)

**M9a Fyll i antingen "gånger per dag" eller "gånger per vecka", det som bäst motsvarar ditt intag.**

*I genomsnitt under de senaste 3 månaderna*

	Gånger per dag	Gånger per vecka
Läsk, cider, måltidsdryck, saft	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6

Ange annat \_\_\_\_\_

**M10 Om du dricker energidrycker markera den storlek som motsvarar den mängd du vanligtvis dricker**

- ca 25 cl  
 ca 50 cl  
 ange annan mängd \_\_\_\_\_  
 Dricker aldrig energidryck (Gå till fråga M11)

**M10a Fyll i antingen "gånger per dag" eller "gånger per vecka", det som bäst motsvarar ditt intag.**

*I genomsnitt under de senaste 3 månaderna*

	Gånger per dag	Gånger per vecka
Energidrycker	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6

Ange annat \_\_\_\_\_

**M11 Hur ofta äter du choklad?**

Fyll i antingen "gånger per dag" eller "gånger per vecka", det som bäst motsvarar ditt intag.

*I genomsnitt under de senaste 3 månaderna*

	Gånger per dag	Gånger per vecka
Choklad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6

Ange annat \_\_\_\_\_

Jag äter inte choklad (gå till fråga M12)

**M11a Hur mycket choklad äter du vanligtvis per gång?**

1 stor chokladkaka motsvarar 200 g. 1 snickers eller daim motsvarar 50 g. 1 pralin motsvarar 10 g.

- Mindre än 25 g
- 25-49 g
- 50-99 g
- 100-199 g
- 200g eller mer
- Vet ej
- vill ej svara

**M11b Vilka av följande chokladsorter äter du vanligtvis?**

(Fler alternativ kan kryssas)

- Snickers, Daim, Japp och liknande
- Mjölchoklad
- Mörk choklad (ca 70%)
- Mörk choklad (mer än 70%)
- Vit choklad
- Vet ej/vill ej svara

**TILLSKOTT****M12 Brukar du äta vitaminer, mineraler eller andra tillskott?**

- Ja, regelbundet
- Ja, ibland
- Nej (Gå till fråga M13)
- Vet ej
- Vill ej svara

**M12a För de kosttillskott du ätit under de senaste 3 månaderna, välj i listan hur ofta du brukar äta dessa.**

I genomsnitt under de senaste 3 månaderna

Multivitamin eller mineraler	<input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan <input type="checkbox"/> Några gånger i månaden <input type="checkbox"/> I perioder
Folsyra	<input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan <input type="checkbox"/> Några gånger i månaden <input type="checkbox"/> I perioder
Järn	<input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan <input type="checkbox"/> Några gånger i månaden <input type="checkbox"/> I perioder
A-vitamin	<input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan <input type="checkbox"/> Några gånger i månaden <input type="checkbox"/> I perioder
B-vitamin	<input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan <input type="checkbox"/> Några gånger i månaden <input type="checkbox"/> I perioder
C-vitamin	<input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan <input type="checkbox"/> Några gånger i månaden <input type="checkbox"/> I perioder
D-vitamin	<input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan <input type="checkbox"/> Några gånger i månaden <input type="checkbox"/> I perioder
E-vitamin	<input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan <input type="checkbox"/> Några gånger i månaden <input type="checkbox"/> I perioder
Kalcium	<input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan <input type="checkbox"/> Några gånger i månaden <input type="checkbox"/> I perioder
Zink	<input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan <input type="checkbox"/> Några gånger i månaden <input type="checkbox"/> I perioder
Magnesium	<input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan <input type="checkbox"/> Några gånger i månaden <input type="checkbox"/> I perioder
Vitamin B-komplex	<input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan <input type="checkbox"/> Några gånger i månaden <input type="checkbox"/> I perioder
Betakaroten	<input type="checkbox"/> Varje dag



	<input type="checkbox"/> Några gånger i veckan <input type="checkbox"/> Några gånger i månaden <input type="checkbox"/> I perioder
Q10	<input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan <input type="checkbox"/> Några gånger i månaden <input type="checkbox"/> I perioder
Antioxidanter (t.ex. Bio-Anti-oxidant eller Antioxidant Plus)	<input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan <input type="checkbox"/> Några gånger i månaden <input type="checkbox"/> I perioder
Selen	<input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan <input type="checkbox"/> Några gånger i månaden <input type="checkbox"/> I perioder
Andra tillskott. Var vänlig ange:	<input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan <input type="checkbox"/> Några gånger i månaden <input type="checkbox"/> I perioder

### Om du har kryssat för järn

#### M12b järn

Ange daglig mängd järn i gram

\_\_\_\_\_

**ELLER** ange veckomängd järn i gram

- Vet ej  
 Vill ej svara

### Om du har kryssat för forlsyra

#### M12c folsyra

Ange daglig mängd folsyra i gram

\_\_\_\_\_

**ELLER** ange daglig mängd folsyra i gram

- Vet ej  
 Vill ej svara

### Om du har kryssat för zink

#### M12d zink

Ange veckomängd zink i gram

\_\_\_\_\_

**ELLER** ange veckomängd zink i gram

- Vet ej  
 Vill ej svara

**M13 Har du använt någon av följande produkter någon gång i veckan under de senaste 3 månaderna?**

*(Fler alternativ kan kryssas)*

- Kinesiska örter
- Peruanska "ginseng" kapslar (till exempel Maca, Lepidium meyenii)
- Bidrottninggelékapslar
- Omega-3 (till exempel ACO Omega 3, Omega Max, Friggs Eskimo 3, Pikasol)
- Ginkgo Biloba (till exempel Bio-Biloba, Ginkomax, Gink-Yo, Proginko, Seredrin)
- Echinacea (till exempel Echinagard, Echinaforce, Esberitox)
- Ginseng (till exempel Gericomplex, Ginsana)
- Kan Jang
- Chi San
- Rosenrot
- Valeriana (till exempel Valeriana forte, Valeriana)
- Johannesört (till exempel Esbericum, Movina, Neurokan)
- Laktobaciller
- Vitlöksprodukter (till exempel Kwai, Kyolic)
- Andra produkter, ange \_\_\_\_\_
- Nej, ingen av ovanstående (Gå till fråga M14)
- Vet ej
- Vill ej svara

**M13a Hur ofta brukar du äta de produkter du har kryssat för i fråga M13?**

- Varje dag
- Flera gånger i vecka
- Någon gång i månaden
- I perioder

Om du har kryssat i fler produkter ange för varje sort hur ofta du tar den:

**M14 Har du fått någon av nedanstående behandlingar under de senaste 3 månaderna?**

*(Fler alternativ kan kryssas)*

- sjukgymnastik
- vattengymnastik
- professionell massage
- kiropraktisk behandling
- naprapati
- akupunktur
- zonterapi, reflexologi,
- homeopati, kinesiologi
- antroposofisk medicin
- healing, kristallterapi
- nej, ingen av ovanstående
- annan behandling, var vänlig ange \_\_\_\_\_

**M14a Hur ofta har du fått den behandling du kryssat för i fråga M14 under de senaste 3 månaderna?**

- Några gånger i veckan
- Några gånger i månaden
- Några gånger om året

Om du har kryssat i fler behandlingar ange för varje sort hur ofta du får den:

## FYSISK AKTIVITET

**FS1 Markera din dagliga fysiska aktivitet på arbetet/dagtid i genomsnitt de senaste 14 dagarna?**

- sitta/ligga
- sitta/stå
- sitta/stå/gå en del
- stå/gå mestadels
- hårt kroppsarbete
- vill ej svara

**FS2 Markera din dagliga fysiska aktivitet på fritiden/kvällstid i genomsnitt de senaste 14 dagarna?**

- sitta/stå
- lätt aktivitet (promenad 30 min per dag)
- måttlig aktivitet (cykla, städa mer än 30 minuter per dag)
- sporta/cykla/kroppsarbete mer än 60 min per dag
- vill ej svara

**FS3 Hur mycket tid (i timmar) i genomsnitt per vecka har du under de senaste 3 månaderna ägnat åt sport/motion/ idrott/ friluftsliv?**

	0	0-1	2	3	4	5 eller mer timmar
Vardagsmotion (t ex bädda sängen, diska, spela musik instrument, sticka/virka)						
Lättare motion (t ex måla/tapetsera väggar, lätt promenad, ridning, golf, simning, ping-pong, paddla)						
Ansträngande motion (tex joggning, dansa, tennis, åka vattenskidor, dyka med dykutrustning, åka skridskor, åka skidor)						
Hård träning eller tävling (t ex springa snabbt mer än 10 min, kampsport, orientering, squash, bergsklättring)						

## SÖMN

**FS4 När brukar du vanligen gå upp respektive gå till sängs**

**vardag/arbetsdag**

Lägger mig (släcker lampan) kl. \_\_\_\_\_  
och stiger upp kl. \_\_\_\_\_

**helgdag/arbetsfri dag**

Lägger mig (släcker lampan) kl. \_\_\_\_\_  
och stiger upp kl. \_\_\_\_\_

## MOBILANVÄNDNING

**MOB1 Använder du mobiltelefon minst 1 gång per vecka?**

- Ja
- Nej (Gå till fråga R1)
- Vet ej
- Vill ej svara

**MOB2 Hur många år har du använt mobiltelefon minst en gång i veckan?**

- Mindre än 2 år
- 2 till 5 år
- Mer än 5 år
- Jag har aldrig använt mobiltelefon minst en gång i veckan

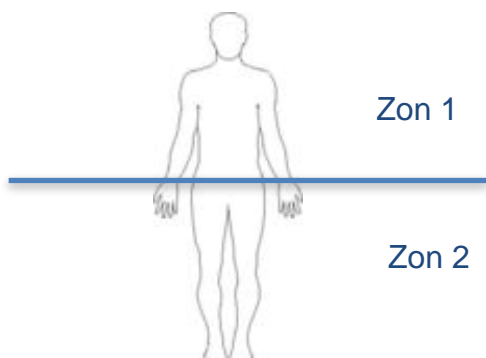
**MOB3 Hur lång tid per vecka använder du din mobiltelefon för att ringa med för närvarande?**

- Mindre än 5 minuter
- 5 till 29 minuter
- 30 till 59 minuter
- 1 till 3 timmar
- 4 till 6 timmar
- 6 timmar eller mer

**MOB4 Om du bär mobilen nära kroppen markera i vilken zon du förvarar den närmast. Om du vanligtvis bär mobilen i en handväska, markera vilken del av kroppen som är närmast.**

*Koppen är uppdelad i zon 1 ovanför naveln och zon 2 under naveln.*

- Zon 1
- Zon 2
- Jag bär inte telefonen nära kroppen



## RÖKNING

**R1 Har du rökt regelbundet under längre tid än 1 år eller sammanlagt mer än 100 cigaretter under din livstid?**

- Ja
- Nej (Gå till SN1)
- Vet ej
- Vill ej svara

**R2 Hur gammal var du när du började röka?**

Ange ålder \_\_\_\_\_

**R3 Uppskatta hur mycket du rökt i genomsnitt per dag från det att du började röka?**

- Mindre än 1 cigarett per dag
- 1-5 cigaretter per dag
- 6-10 cigaretter per dag
- 11-20 cigaretter per dag
- Mer än 20 cigaretter per dag
- Vet ej
- Vill ej svara

**R4 Uppskatta hur länge du rökt sammanlagt under din livstid. Om du slutat och börjat igen lägger du samman tiden.**

- Sammanlagt mindre än 1 år
- Sammanlagt 1-2 år
- Sammanlagt 3-5 år
- Sammanlagt 5-10 år
- Sammanlagt mer än 10 år
- Vet ej
- Vill ej svara

**R5 Röker du dagligen nu?**

- Ja (Gå till fråga R6)
- Nej
- Vill ej svara

**R5a När slutade du röka?**

- Mindre än 1 månad sedan
- 1-3 månader sedan
- 4-12 månader sedan
- För mer än 1 år sedan
- Vet ej
- Vill ej svara

**R6 Hur mycket röker du i genomsnitt per dag nu?**

- Mindre än 1 cigarett per dag
- 1-5 cigaretter per dag
- 6-10 cigaretter per dag
- 11-20 cigaretter per dag
- Mer än 20 cigaretter per dag
- Vet ej
- Vill ej svara

## SNUS

**SN1 Snusar du i dag?**

- Ja
- Nej (Gå till fråga ALK1)
- Vill ej svara

**SN2 Hur många dosor per vecka?**

Ange antal dosor \_\_\_\_\_

**SN3 Hur länge har du snusat?**

Ange antal år \_\_\_\_\_

Antal månader \_\_\_\_\_

## ALKOHOL

**ALK1 Markera de alkoholhaltiga drycker du druckit minst 1 gång i månaden de senaste 3 månaderna:**

*(Fler alternativ kan kryssas)*

- Folköl (Klass II, 2,25 – 3,5%)
- Starköl (Klass III, mer än 3,6%)
- Vin (rött och vitt)
- Starkvin (tex sherry, portvin, madeira, vermouth, campari etc)
- Starksprit
- Dricker alkoholhaltiga drycker mer sällan än 1 gång i månaden
- Dricker inte alls (Gå till fråga HAR1)
- Vet ej
- Vill ej svara

**ALK2 Hur mycket av varje sort brukar du dricka? Ange antingen antal glas per vecka eller per månad.**

	Per vecka	Per månad	Vet ej	Vill ej svara
Folköl (Klass II, 2,25 – 3,5%)				
Starköl (Klass III, mer än 3,6%)				
Vin (rött och vitt)				
Starkvin (tex sherry, portvin, madeira, vermouth, campari etc)				
Starksprit				
Dricker alkoholhaltiga drycker mer sällan än 1 gång i månaden eller inte alls				

## HÅRFÄRG

**HAR1 Färgar eller slingar du ditt hår?**

- Ja, jag färgar håret

- Ja, jag slingar håret
- Jag både färgar och slingar
- Nej, ingetdera (Gå till fråga BAD1)
- Vet ej/ Vill ej svara

**HAR2 Använder du (markera ett eller flera alternativ):**

*(Fler alternativ kan kryssas)*

- Permanent färg
- Toning
- Henna
- Annat \_\_\_\_\_

**HAR3 Om du färgar håret, hur ofta färgar du ditt hår?**

- 1-2 gånger i månaden eller oftare
- 1 gång varannan månad
- 1-2 gånger i halvåret
- 1-3 gånger om året eller mer sällan

**HAR4 Om du slingar håret, hur ofta slingar du ditt hår?**

- 1-2 gånger i månaden eller oftare
- 1 gång varannan månad
- 1-2 gånger i halvåret
- 1-3 gånger om året eller mer sällan

**HAR5 Vilka färgprodukter använder du?**

*(Fler alternativ kan kryssas)*

- L'Oréal (till exempel Casting, Excellence Creme)
- Schwarzkopf (till exempel Soyance, Brilliance, Essential colors, Country colors)
- Garnier (till exempel Nutrisse, Herba shine, Nordic essentials)
- Wella (till exempel Viva)
- Poly Palette
- Jane Mood
- Scandinavian Care
- Syoss
- Henna
- Frisörens val
- Annan (var god ange om du vet)

### HAR6 När färgade du håret senast?

- 1 månad sedan eller mindre
- 2-4 månader sedan
- 5-12 månader sedan
- Mer än ett år sedan
- Vet ej
- Vill ej svara

### BAD

#### BAD1 Hur ofta har du badat bastu under de senaste tre månaderna?

- 1-7 gånger per vecka
- 2-3 ggr per månad
- 1 gång per månad
- Mer sällan
- Aldrig
- Vet ej
- Vill ej svara

#### BAD2 Hur ofta har du tagit ett varmt bad under de senaste tre månaderna?

- 1 gång per vecka
- 2-3 ggr per månad
- 1 gång per månad
- Mer sällan
- Aldrig
- Vet ej
- Vill ej svara

### SOLVANOR

#### SOL1 Under det senaste året hur ofta har du solat per **vecka** (inklusive sommar och/eller vintersemester)?

- 1-5 ggr
- 6-15 ggr
- 16-30 ggr
- Mer än 30 ggr
- Jag solar inte (Gå till avslutande frågorna)
- Vet ej
- Vill ej svara

#### SOL2 Hur länge solar du per gång?

- 5-15 minuter
- 16-30 minuter
- 30 min- 1 timme
- 1-3 timmar
- Mer än 3 timmar

## AVSLUTANDE FRÅGOR

### AVS1 Vi önskar nu ställa några frågor om hur du upplevde att fylla i enkäten.

Markera det alternativ som stämmer bäst överens med hur du upplevde enkäten.

	Stämmer inte alls	Stämmer mindre bra	Varken eller	Stämmer bra	Stämmer mycket bra
Enkäten var lätt att fylla i					
Frågorna var relevanta					

### AVS2 Om du skulle sätta ett övergripande betyg på hela enkäten med tanke på användarvänlighet, instruktioner och hur frågorna ställdes, vilket användarbetyg skulle enkäten få?

Ange ditt betyg på en skala från 1 till 5 där 1 är sämst och 5 är bäst.

	1	2	3	4	5
Användarbetyg					

### AVS3 Har du fått hjälp med att fylla i enkäten?

- Ja  
 Nej

Om du har fått hjälp med att svara enkäten ange vem som har hjälpt dig!

### AVS4 Om du har några övriga kommentarer kring enkäten, vänligen skriv dessa i rutan nedan.

TACK SÅ MYCKET FÖR DIN MEDVERKAN!

