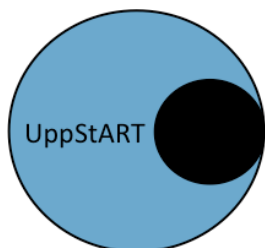


## UppStART:

Uppsala-Stockholm Assisted Reproductive Technique study

Enkät 2



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

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

Ett samarbete mellan



**Karolinska  
Institutet**



UPPSALA  
UNIVERSITET

Fertilitetsenheten,  
Huddinge sjukhus

**KAROLINSKA**  
*Universitetssjukhuset*



IVF-kliniken®



**AKADEMISKA  
SJUKHUSET**

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 medverkar i UppStART studien och för att du har fyllt i den första webbenkäten. Syftet med denna webbenkät är att studera om, och i så fall hur, dina livsstilsvanor har förändrats sedan du och/eller din partner inledde behandlingen för infertilitet. I slutet av enkäten har du möjlighet att ge egna kommentarer. Det tar ungefär 10-30 minuter att besvara enkäten (beroende på dina svar).

Du svarar genom att kryssa för det svarsalternativ du tycker stämmer bäst, alternativt skriver ditt svar i angivna rutor. När du är färdig med alla frågor ber vi dig skicka in dina svar i det medföljande svarskuvertet.

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

**Ange ditt personnummer:**

---

( ÅÅÅÅMMDDXXXX )

**Du är:**

- Man
- Kvinna

**H5 Kryssa för om du har fått något av följande hälsoproblem sedan din IVF behandling inleddes:**

*(Fler alternativ kan kryssas)*

	Ja	Nej	Mediciner
Diabetes typ 1			
Diabetes typ 2			
Graviditets diabetes			
Hjärtsjukdom			
Cancer (gå till fråga H7 för kvinna, H8 för man)			
Högt blodtryck/hypertoni			
Depression			
Hyperthyroidit (överaktiv sköldkörtelfunktion)			
Hypothyroidit (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, ange			
Inget hälsoproblem			

## Cancer: Kvinna

**H7 Ange vilket organ eller vilken cancertyp:**  
(Fler alternativ kan kryssas)

- äggstocken/arna
- livmoderhals
- livmoder
- luftvägar, lungorna
- bröstet/en
- magen
- gallblåsan
- levern
- matstruken
- 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?**

## Cancer Man

**H8 Ange vilket organ eller vilken cancertyp:**  
(Fler alternativ kan kryssas)

- testikeln/arna
- penis
- prostatan
- luftvägarna, lungorna
- magentjocktarmen, ändtarmen
- munhålan, svalget
- urinblåsan
- gallblåsan
- matstruken
- 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?**

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

- Ja
- Nej
- 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 hörsnuva 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
- Ipre, ibuprofen
- Voltaren, diclofenac
- Naproxen
- Citodon
- Treo, acetylsalisyra, trombyl
- Annat, vänligen ange \_\_\_\_\_

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

---

**H12 Har du sedan IVF-behandlingen inleddes 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
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes

**Q13 Har du haft sömnsvärigheter?**

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

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

	Ingen förändring sedan IVF-behandlingen inleddes	Sällan eller 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?						

Följande frågor handlar om dina upplevelser, känslor eller tankar sedan IVF behandlingen inleddes. 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.

### H11 Hur ofta har du:

	Ingen förändring sen sist	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?						

Tänk efter hur du sedan IVF-behandlingen inleddes har känt angående frågorna nedan som berör tankar och känslor kring din och din partners 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:			

Mycket viktigt  
Mindre viktigt  
Inte viktigt alls

En del barnlösa par önskar att fertilitetskliniken erbjuder 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 ofrivillig 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 infertilitets-undersökningar 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?			

**DESSA FRÅGOR BERÖR DINA MATVANOR SEDAN IVF BEHANDLINGEN INLEDDES**

**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
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes

Lunch

- Varje dag
- Flera gånger per vecka
- Någon gång per vecka
- Mer sällan eller aldrig
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes

Middag eller kvällsmat

- Varje dag
- Flera gånger per vecka
- Någon gång per vecka
- Mer sällan eller aldrig
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes

**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
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes
- Vet ej
- Vill ej svara

**M4 Ange mängd och hur ofta du druckit följande drycker (kaffe, te och chokladdryck) i genomsnitt sedan IVF behandlingen inleddes.**

Markera den kopp som motsvarar den mängd du vanligtvis dricker

**Kaffe**

- ca 1 dl
- ca 2 dl
- ca 3 dl
- dricker inte kaffe

**Te**

- ca 1 dl
- ca 2 dl
- ca 3 dl
- dricker inte te

**Chokladdryck**

- ca 1 dl
- ca 2 dl
- ca 3 dl
- dricker inte chokladdryck

Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes ([Gå till fråga M7](#))

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

	Gångar per dag	Gångar 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

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

*(Fler alternativ kan kryssas)*

- Brygg
- Automat
- Espresso (inklusive caffe 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

**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
- Ange annan mängd \_\_\_\_\_
- Dricker aldrig läsk (Gå till fråga M8)
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes (Gå till fråga M8)

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

*I genomsnitt under de senaste 3 månaderna*

	Gångar per dag	Gångar 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

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

*I genomsnitt under de senaste 3 månaderna*

	Gångar per dag	Gångar 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

- Dricker inte cola-drycker (Gå till fråga M9)
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes (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)
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes (Gå till fråga M10)

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

*I genomsnitt under de senaste 3 månaderna*

	Gångar per dag	Gångar per vecka
sportdrycker	<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

**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)
- Ingen förändring sen sist jag svarade på enkäten (Gå till fråga M11)

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

*I genomsnitt under de senaste 3 månaderna*

	Gångar per dag	Gångar 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

### 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](#))
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes ([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
- Mjökchoklad
- Mörk choklad (ca 70%)
- Mörk choklad (mer än 70%)
- Vit choklad
- Vet ej/vill ej svar

### M12 Brukar du äta vitaminer, mineraler eller andra tillskott?

- Ja, regelbundet
- Ja, ibland
- Nej ([Gå till fråga M13](#))
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes ([Gå till fråga M13](#))

### 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-Antioxidant 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

Ange daglig mängd järn i gram

---

**ELLER** ange veckomängd järn i gram

---

Vet ej/Vill ej svara

Ange daglig mängd folsyra i gram

---

**ELLER** ange daglig mängd folsyra i gram

---

Vet ej/Vill ej svara

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 sedan din IVF behandling inleddes?

(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)
- Annan produkt, ange \_\_\_\_\_
- Nej, ingen av ovanstående ([Gå till fråga M14](#))
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes ([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 sedan din IVF behandling inleddes?**

(Fler alternativ kan kryssas)

- sjukgymnastik
- vattengymnastik
- professionell massage
- kiropraktisk behandling
- naprapati
- akupunktur
- zonterapi, reflexologi,
- homeopati, kinesiologi
- antroposofisk medicin
- healing, kristallterapi
- nej, ingen av ovanstående (Gå till fråga FS1)
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes (Gå till fråga FS1)
- annan behandling, var vänlig ange \_\_\_\_\_

**M14a Hur ofta har du fått den behandling du kryssat för i fråga M14 sedan din IVF behandling inleddes?**

- 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:

**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
- Ingen förändring sen sist jag svarade på enkäten
- 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
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes
- 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	Ingen förändring
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. \_\_\_\_\_

### FS4 Hur länge sover du på natten på en vardag/arbetsdag?

- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes
- Ange antal timmar \_\_\_\_\_

### FS5 Hur länge sover du på natten på en helgdag/arbetsfri dag?

- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes
- Ange antal timmar \_\_\_\_\_

### MOB1 Använder du mobiltelefon minst 1 gång per vecka sedan din IVF behandling inleddes?

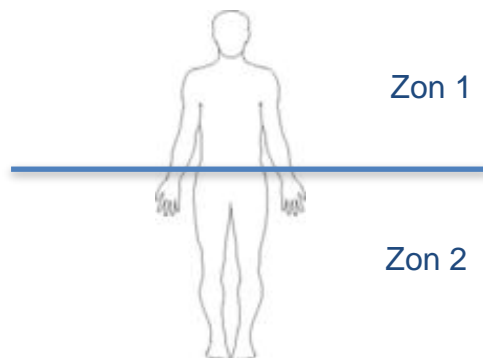
- Ja
- Nej (Gå till fråga R1)
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes (Gå till fråga R1)
- Vet ej
- Vill ej svara

### 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.

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





**R1 Har du rökt sedan din IVF behandling inleddes?**

- Ja
- Nej (Gå till SN1)
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes (Gå till SN1)
- Vet ej
- Vill ej svara

**R3 Uppskatta hur mycket du rökt i genomsnitt per dag sedan din IVF behandling inleddes?**

- 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

**SN1 Har du snusat sedan din IVF behandling inleddes?**

- Ja
- Nej (Gå till fråga ALK1)
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes (Gå till fråga ALK1)
- Vill ej svara

**SN2 Hur många dosor per vecka?**

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

**Följande avsnitt gäller dina alkohol- och tobaksvanor sedan din IVF-behandling inleddes. Om dina tobaksvanor inte har förändrats sedan du senast svarade på enkäten kryssa nedan "ingen förändring sen sist".**

**ALK1 Markera de alkoholhaltiga drycker du druckit minst 1 gång per veckan eller per månaden sedan din IVF behandling inleddes:**

*(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)
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes (Gå till fråga HAR1)
- Vet ej
- Vill ej svara

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

	Per vecka	Per månad	Vet ej	Vill ej svara	Ingen förändring sen sist
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					

**HAR1 Har du färgat eller slingat håret sedan din IVF-behandling inleddes??**

- Ja, jag färgar håret
- Ja, jag slingar håret
- Jag både färgar och slingar
- Nej, ingetdera ([Gå till fråga BAD1](#))
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes ([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 \_\_\_\_\_

**HAR5 Vilka färgprodukter använder du?**

*(Fler alternativ kan kryssas)*

- Loreal (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)  
\_\_\_\_\_

**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

**BAD1 Hur ofta har du badat bastu sedan din IVF behandling inleddes?**

- 1 gång per vecka
- 2-3 ggr per månad
- 1 gång per månad
- Mer sällan
- Aldrig
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes
- Vet ej
- Vill ej svara

**BAD2 Hur ofta har du tagit ett varmt bad sedan din IVF behandling inleddes?**

- 1 gång per vecka
- 2-3 ggr per månad
- 1 gång per månad
- Mer sällan
- Aldrig
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes
- Vet ej
- Vill ej svara

**SOL1 Hur många gånger har du solat per vecka sedan din IVF behandling inleddes?**

- 1-5 ggr
- 6-15 ggr
- 16-30 ggr
- Mer än 30 ggr
- Jag solar inte ([Gå till avslutande frågorna](#))
- Ingen förändring sen IVF behandlingen inleddes ([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

**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					

**AVS5 Motivera gärna ditt betyg:**

**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!