



## Levnadssätt, livskvalitet och hälsa

---

Vi ber Er besvara formulärets alla frågor genom att antingen kryssa för rätt svarsalternativ eller genom att skriva svaret med egna ord på de därtill avsedda raderna.

Om frågan gäller antal eller tidpunkt skrivs siffrorna in i de för svaret avsedda "lådorna" .

Om Ni av misstag kryssar i fel ruta, markera då rätt ruta genom att både kryssa i och ringa in den.

Om Ni behöver mera utrymme för svaret, kan Ni fortsätta på sista sidan. Där kan Ni också skriva andra kommentarer om Ni så önskar.

Fyll i formuläret med kulspetspenna. **Använd inte röd penna!**

**Efter att Ni har besvarat alla frågor är det bra att kontrollera att Ni har kommit ihåg att fylla i formuläret för samtycke.**

Returnera det ifyllda formuläret och det undertecknade formuläret för samtycke i svarskuvertet som bifogas. Portot är betalat, så det behövs inget frimärke.

**Tack för Era svar!**



## Till en början frågar vi efter bakgrundsuppgifter för undersökningen:

T1. Datum för ifyllandet    .    . 2 0

T2. Hur många biologiska syskon har Ni (samma far eller mor)?

syster/systrar,   bror/bröder

T3. Vilken var Er födelsevikt och födelselängd?

Cirka     g      Cirka   cm

jag kommer inte ihåg eller vet inte     jag kommer inte ihåg eller vet inte

T4. Om ni jämför Er vikt och längd vid 7 års och 15 års ålder, vad anser Ni om dem?

vid 7 års ålder:

Vikt	Längd	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	klart över genomsnittsnivån
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	något över genomsnittsnivån
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	på genomsnittsnivån
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	något under genomsnittsnivån
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	klart under genomsnittsnivån
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vet inte eller kan inte säga

vid 15 års ålder:

Vikt	Längd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T5. Hur mycket vägde Ni vid 20 års, 30 års och 40 års ålder?

Kryssa för den lämpligaste viktkolumnen för de olika åldersfaserna.

	30 – 39 kg	40 – 49 kg	50 – 59 kg	60 – 69 kg	70 – 79 kg	80 – 89 kg	Över 89 kg
20 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**T6. Hur ofta utövade Ni motion, t.ex. cykling, skidning, jogging, simning, bollspel eller aerobic, under de olika åldersfaserna?**

Kryssa för det lämpligaste alternativet.

	Jag kunde inte motionera på grund av sjukdom eller skada	Några gånger om året eller mera sällan	1–3 gånger i månaden	1 gång i veckan	2–3 gånger i veckan	4–5 gånger i veckan	Mer än 5 gånger i veckan
< 10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10–19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20–29 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30–39 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40–49 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**T7. När fick Ni menstruation?**

Cirka   års ålder

jag kommer inte ihåg

**T8. Har Ni någonsin fått hormonbehandling på grund av barnlöshet?**

nej

ja, sammanlagt   gånger under åren     –

**T9. Har Ni någonsin varit gravid?**

nej (fortsätt till punkt L1)

ja, sammanlagt   gånger, varav   gånger 6 mån. eller längre

**T10. Hur många gånger har Ni fött?**

gånger

**T11. Hur många månader ammade Ni (den sammanräknade tiden för alla barn, cirka):**

på så sätt att barnet inte fick någon annan näring än bröstmjök? Cirka    mån.

på så sätt att barnet fick både bröstmjök och annan näring? Cirka    mån.





**Följande frågor gäller det senaste året (12 mån.), om inte annat nämns:**

**L1. Datum för ifyllandet**      .   . 2 0

**L2. Vilket är Ert civilstånd?**

- ogift
- gift, registrerat partnerskap
- sambo
- frånskild eller särbo
- änka

**L3. Vilken är Er utbildningsnivå?**

Kryssa för **högsta** slutförda utbildning/avlagda examen.

- folkskola
- medborgarskola, mellanskola eller grundskola
- yrkesskola
- gymnasium eller studentexamen
- examen på institutnivå
- yrkeshögskoleexamen
- akademisk examen

**L4. Hur många år sammanlagt har Ni gått i skola eller studerat på heltid?**

Folkskola eller grundskola skall räknas med.

år

**L5. Är Ni för närvarande:**

Ni kan kryssa för flera alternativ

- i dagsarbete
- i skiftarbete
- studerande
- permitterad
- arbetslös
- deltidspensionär
- pensionär
- borta från arbetslivet av annan orsak





■ ■ ■ ■ ■ L6. Vad är eller var Ert huvudsakliga yrke?

---

■ ■ ■ ■ ■ L7. Vilken ställning har eller hade Ni på Er senaste arbetsplats?

- arbetsgivare, privatföretagare
- jordbrukare, husmor (på en lantgård)
- chef, ledande ställning
- högre tjänsteinnehavare
- lägre tjänsteinnehavare
- yrkesutbildad arbetstagare
- arbetstagare utan yrkesutbildning
- annan, vilken? \_\_\_\_\_
- jag har inte varit i arbetslivet

## Motion och idrott

■ ■ ■ ■ ■ L8. Har Ni någon gång varit tävlingsidrottare?

- nej (fortsätt till fråga L10)
- ja, vid cirka   –   års ålder

■ ■ ■ ■ ■ L9. I vilka grenar har Ni tävlat?

---

■ ■ ■ ■ ■ L10. Hur belastande är Ert arbete fysiskt sett?

- Mitt arbete är i regel sittarbete.
- Jag går rätt så mycket i mitt arbete, men jag behöver inte lyfta eller bära tunga föremål.
- Jag är tvungen att gå och lyfta mycket i mitt arbete eller gå uppför trappor eller uppförsbackar.
- Mitt arbete är tungt fysiskt arbete.
- Jag är inte i arbetslivet.





## L11. Hur mycket motionerar Ni per vecka?

Tänk efter året som har gått (12 mån.). Beakta sådan fysisk ansträngning som förekommer regelbundet varje vecka och som pågår minst tio minuter per gång.

Ange i alternativen 2–6 i vilken omfattning Ni utövar motionsverksamheten i fråga (dagar per vecka, timmar och minuter sammanlagt per vecka).

**Om Ni inte alls utövar någon motionsverksamhet regelbundet varje vecka, skall Ni kryssa för alternativ 1 och lämna de övriga punkterna tomma.**

1.  nästan ingen regelbunden motion alls varje vecka
2. uthållighetsmotion i långsamt och lugnt tempo (= svettas inte och inte heller snabbare andning, t.ex. lugn promenad)  
 dagar/vecka, sammanlagt     timmar och     minuter/vecka
3. energisk och rask uthållighetsmotion (= svettas något och/eller något snabbare andning, t.ex. rask promenad)  
 dagar/vecka, sammanlagt     timmar och     minuter/vecka
4. hård och ansträngande uthållighetsmotion (= svettas kraftigt och/eller snabbare andning, t.ex. joggning eller löpning)  
 dagar/vecka, sammanlagt     timmar och     minuter/vecka
5. muskelkonditionsträning (= t.ex. motionscirkel eller gymträning där rörelser som engagerar olika muskelgrupper görs minst 8–12 gånger)  
 dagar/vecka, sammanlagt     timmar och     minuter/vecka
6. balansträning (= t.ex. tai chi, dans, motionsspel, balansträningar på ett ben, på ojämnt underlag eller i krypställning)  
 dagar/vecka, sammanlagt     timmar och     minuter/vecka

## Tobaksrökning

### L12. Har Ni någonsin rökt?

nej (fortsätt till fråga L17)                       ja

### L13. Har Ni någonsin rökt regelbundet (nästan varje dag under minst ett år)?

nej                       ja, sammanlagt i cirka  års tid, jag började som cirka  -åring

### L14. Har Ni rökt under det senaste året (12 mån.)?

nej (fortsätt till fråga L17)                       ja, sporadiskt                       ja, regelbundet





■ ■ ■ ■ ■ **L15. När rökte Ni senast?**

- i dag eller i går
- 2 dagar – 1 månad sedan
- 1 månad – ett halvt år sedan
- ett halvt år – 1 år sedan

■ ■ ■ ■ ■ **L16. Hur många cigaretter eller cigarrer röker Ni i allmänhet under ett dygn?**

Cirka   cigaretter eller cigarrer

■ ■ ■ ■ ■ **L17. Röker någon regelbundet inne i Er bostad?**

- ja
- nej

## Användning av alkohol

■ ■ ■ ■ ■ **L18. Har Ni någonsin använt alkohol?**

- nej (fortsätt till fråga L23)
- ja

■ ■ ■ ■ ■ **L19. Hur gammal var Ni när Ni började använda alkohol?**

Cirka   år

■ ■ ■ ■ ■ **L20. Har Ni använt alkohol under det senaste året (12 mån.)?**

- nej, men jag använde tidigare alkohol dagligen under cirka   år och slutade att använda alkohol helt och hållet för cirka   år sedan (fortsätt till fråga L23)
- nej, men jag använde tidigare alkohol sporadiskt och slutade att använda alkohol helt och hållet för cirka   år sedan (fortsätt till fråga L23)
- ja





**L21. Hur ofta använder Ni alkohol?**

- varje dag
- 5 – 6 gånger i veckan
- 2 – 4 gånger i veckan
- en gång i veckan
- 1 – 3 gånger i månaden
- mera sällan

**L22. Hur ofta dricker Ni under ett dygn sex eller fler portioner av alkohol?**

Sex portioner = sex mindre flaskor öl, cider eller long drink, en flaska vin eller en halv (halv liters) flaska starksprit

- varje dag
- 5 – 6 gånger i veckan
- 2 – 4 gånger i veckan
- en gång i veckan
- 1 – 3 gånger i månaden
- mera sällan
- aldrig

## Näring

**L23. Har Ni under det senaste året (12 mån.) följt någon särskild kost (specialdiet)?**

Ni kan kryssa för flera alternativ.

- nej
- ja, laktosfattig eller laktosfri kost
- ja, glutenfri kost (jag undviker inhemska sädeslag)
- ja, diabeteskost
- ja, vegetarisk kost
- ja, fettfattig kost
- ja, kolhydratfattig kost (t.ex. lågkolhydratkost, LCHF)
- ja, jag har matallergi, vilken? \_\_\_\_\_
- ja, någon annan kost, vilken? \_\_\_\_\_





**L24. Har Ni under det senaste året (12 mån.) använt D-vitaminpreparat?**

Till exempel tabletter eller droppar, eller kalcium-, mångvitamin- eller fiskolja-preparat med D-vitamin?

- nej
- ja, sporadiskt
- ja, regelbundet

**L25. Hur många portioner av följande drycker drack Ni under den senaste veckan?**Anteckna antalet portioner i dag- eller veckokolumnen eller i båda kolumnerna. Om det är så att Ni inte alls har druckit av respektive dryck, anteckna då **0** i båda kolumnerna.Om Ni t.ex. drack två koppar kaffe om dagen fem dagar i veckan, så kan Ni i fråga om kaffe skriva siffran **2** i dagskolumnen och siffran **10** i veckokolumnen.

	Portion	Portion per dag	Portion per vecka
kaffe (exempel)	1 kaffekopp	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="10"/>
kaffe	kaffekopp	<input type="text"/>	<input type="text"/>
te	1 tekopp	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ettans eller fettfri mjölk	1 glas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
hel- eller lättmjölk	1 glas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
surmjölk	1 glas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
juice (naturjuice utan sockertillsats)	1 glas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
sockerfri läskedryck eller saft	1 glas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
sockerhaltig läskedryck eller saft	1 glas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
energidryck	1 liten burk	<input type="text"/>	<input type="text"/>
mineralvatten (vichy)	1 glas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
vatten	1 glas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
lättöl	1 liten flaska	<input type="text"/>	<input type="text"/>
mellan- eller A-öl	1 liten flaska	<input type="text"/>	<input type="text"/>
cider, long drink	1 liten flaska	<input type="text"/>	<input type="text"/>
vin, champagne	1 glas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
starksprit	1 snapsglas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
övrig dryck, vilken? _____	1 glas	<input type="text"/>	<input type="text"/>



**L26. Hur ofta har Ni under det senaste året (12 mån.) använt följande livsmedel?**Kryssa för **ett** lämpligt alternativ på varje rad.

	Inte alls eller sällan	1-3 gångar i månaden	1-4 gångar i veckan	Dagligen eller nästan dagligen	Flera gångar om dagen
<b>Spannmålsprodukter</b>					
gröt, välling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ljus bröd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blandbröd, jästbröd, grahambröd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rågbröd, knäckebröd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
söta bakverk (bulle, wienerbröd, kaka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
salta bakverk (paj, pirog)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pasta, ris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mjölksprodukter</b>					
fettfri yoghurt, fil (fett under 2 %)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
övrig yoghurt- och filsorser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fettfattiga ostar (fett under 18 %)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
övriga ostar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
glass, pudding, bär- och fruktkvarg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Potatis, grönsaker, frukter, bär</b>					
kokt potatis, mos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stekt potatis, pommes frites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tillagade grönsaker, rotfrukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
färska grönsaker, vegetabilier, rotfrukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frukter, bär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**L26. Hur ofta har Ni under det senaste året (12 mån.) använt följande livsmedel?**Kryssa för **ett** lämpligt alternativ på varje rad.

	Inte alls eller sällan	1-3 gånger i månaden	1-4 gånger i veckan	Dagligen eller nästan dagligen	Flera gånger om dagen
<b>Fisk, kött, korv, ägg</b>					
fisk, fiskrätter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kyckling, höns, övriga fågelrätter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
griskött, nötkött, övriga köträtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
länkkorv, övriga korvrätter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skinka, medvurst, övrigt pålägg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ägg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fettprodukter</b>					
smör, blandning av smör och vegetabilisk olja (t.ex. Oivariini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vegetabilisk olja (olivolja, rypsolja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
margarin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benecol- eller Becel pro.activ-produkter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Övriga produkter</b>					
choklad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
övriga sötsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
salta tilltugg (chips, popcorn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pizza, hamburgare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
färdigmat från affären	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**L34. Är Ni av samma åsikt eller av annan åsikt i fråga om följande påståenden?**

Kryssa vid respektive påstående för det alternativ av siffrorna 1–7 som är mest lämpligt för Er.

	Helt av annan åsikt	Av annan åsikt	Delvis av annan åsikt	Varken av samma eller annan åsikt	Delvis av samma åsikt	Av samma åsikt	Helt av samma åsikt
Mitt liv stämmer i huvudsak överens med mina förhoppningar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina levnadsförhållanden är utmärkta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är nöjd med mitt liv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hittills har jag fått de saker som jag anser är viktiga i livet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om jag kunde leva mitt liv på nytt, skulle jag ändra nästan ingenting.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**L35. Hur ofta har Ni under det senaste året (12 mån.):**

	Inte alls	Några gånger	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan dagligen
deltagit i klubb- eller föreningsverksamhet eller innehaft samhälleliga förtroendeuppdrag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gått på konstutställning, bio, konsert, idrottstävling eller motsvarande evenemang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gått i kyrkan eller på andra religiösa tillställningar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läst, pysslat, handarbetat eller hållit på med t.ex. målning, fotografering eller trädgårdsskötsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lyssnat på musik, spelat eller sjungit (i t.ex. kör)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
träffat vänner eller släktingar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**L36. Anser Ni att påståendet "Det går att lita på de flesta människor" stämmer?**

- ja, helt och hållet
- ja, rätt så bra
- nej, knappast alls
- nej, inte alls
- jag vet inte





**L37. Fundera över hur Ni har mått under de senaste dagarna och kryssa vid varje påstående för det alternativ som passar Er bäst.**

	Ja, absolut	Ja, ibland	Nej, nästan inte alls	Nej, inte alls
1. Jag vaknar på efternatten och sover dåligt resten av natten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag har svåra rädslo- och panikattacker utan klara orsaker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jag känner mig olycklig och ledsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Då jag går ut ensam känner jag ångest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag är inte längre intresserad av olika saker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jag har hjärtklappning eller "fjärilar i magen".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jag njuter av samma saker som förr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag upplever att livet inte är värt att leva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jag känner mig spänd och nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jag har bra aptit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jag har huvudvärk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jag är tröttare än vanligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jag har svindel ibland.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jag lider av ryggont eller värk i extremiteterna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jag har blodvallningar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jag är klumpigare än vanligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jag känner mig sjuk och mår illa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Jag har förlorat den sexuella lusten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Jag känner mig välmående.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Jag lider av nattliga svettningar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Jag har svårt att somna in.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Jag är nöjd med mitt könsliv. (den som inte är sexuellt aktiv kan lämna frågan obesvarad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Jag känner mig fysiskt attraktiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Jag har koncentrationssvårigheter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Samlag är obehagligt på grund av torr slida. (den som inte är sexuellt aktiv kan lämna frågan obesvarad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Jag har dåligt minne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## Hormonella faktorer

### L38. Har Ni fått livmodern bortopererad?

- nej
- ja, livmodern bortopererades då jag var cirka   år
- ja, livmodern och ena äggstocken bortopererades då jag var cirka   år
- ja, livmodern och båda äggstockarna bortopererades då jag var cirka   år

### L39. Har menstruationen upphört?

- ja, då jag var cirka   år
- nej, men den kommer inte lika regelbundet som förr
- nej, menstruationscykeln är likadan som förr
- jag vet inte eftersom jag får substitutionsbehandling (hormonersättning)

### L40. Använder Ni för närvarande p-piller?

- ja, jag använder för närvarande och har använt i cirka   års tid
- nej, men jag har tidigare använt i cirka   års tid
- nej, jag har aldrig använt

### L41. Använder Ni för närvarande vanlig spiral?

- ja, jag använder för närvarande och har använt i cirka   års tid
- nej, men jag har tidigare använt i cirka   års tid
- nej, jag har aldrig använt

### L42. Använder Ni för närvarande hormonspiral?

- ja, jag använder för närvarande och har använt i cirka   års tid
- nej, men jag har tidigare använt i cirka   års tid
- nej, jag har aldrig använt





**L43. Har Ni använt eller använder Ni för närvarande substitutionsbehandlingspreparat (preparat för hormonersättning)?** = östrogen- eller östrogen- och progestinpreparat (via munnen eller som gel eller plåster eller tabletter som ställs in i slidan)

jag har aldrig använt (fortsätt till fråga L46)

jag använde tidigare

under åren - . Preparatnamn: \_\_\_\_\_

under åren - . Preparatnamn: \_\_\_\_\_

jag använder för närvarande

Behandlingen inleddes år  . Preparatnamn: \_\_\_\_\_

Behandlingen inleddes år  . Preparatnamn: \_\_\_\_\_

**L44. Vad var orsaken till att Ni började använda substitutionsbehandlingspreparat (preparat för hormonersättning)?** Ni kan kryssa för flera alternativ.

svettning, blodsvällningar

sömnstörningar

torrhet, klåda och sveda i slidan

smärta vid samlag

täta urinträngningar, urininkontinens, urinvägsinfektioner

en läkare uppmanade mig att börja använda ett preparat

mina bekanta började använda och jag följde deras exempel

annan orsak, vilken? \_\_\_\_\_

**L45. Om Ni har använt substitutionsbehandlingspreparat (preparat för hormonersättning) men inte längre, varför slutade Ni?** Ni kan kryssa för flera alternativ.

blodtrycket steg, högt blodtryck

förändringar i livmoderslemlinjan

svår huvudvärk eller migrän

bröstcancermissstanke eller bröstcancer hos mig själv eller släktingar

en läkare uppmanade mig att sluta

mina bekanta slutade och jag följde deras exempel

annan orsak, vilken? \_\_\_\_\_

**L46. Om Ni aldrig har använt substitutionsbehandlingspreparat (preparat för hormonersättning), vad är orsaken till det?** Ni kan kryssa för flera alternativ.

jag har inte haft lust eller behov att använda preparaten

jag eller mina släktingar har bröstcancermissstanke eller lider av bröstcancer

en läkare har förbjudit användningen av preparaten

annan orsak, vilken? \_\_\_\_\_







**L47. Bekymrar Ni Er för bröstcancer?**

- inte alls
- en aning
- i viss mån
- mycket
- väldigt mycket

**L48. Sannolikheten för att den som insjuknar i bröstcancer tillfrisknar helt är enligt Er uppfattning:**

- mycket stor
- stor
- måttlig
- liten
- mycket liten

**L49. Hurdan behandling av bröstcancer anser Ni är önskvärd?**

Ni kan kryssa för flera alternativ.

- skonsam operation (cancertumören och den närliggande vävnaden bortopereras, inte hela bröstet)
- radikal operation (t.ex. ena bröstet eller båda brösten bortopereras)
- cellgiftsbehandling (cytostatikabehandling, kemoterapi)
- strålbehandling
- den enklaste och mest skonsamma behandlingskombinationen genom vilken man får bort cancertumören
- vilken behandlingskombination som helst med vilken man med säkerhet får bort cancertumören
- annan behandling, vilken? \_\_\_\_\_
- jag vet inte

**L50. Har någon av Era släktingar fått diagnosen bröstcancer?**

- nej
- ja, min mor vid cirka [ ] [ ] [ ] års ålder
- ja, min syster eller mina systrar vid cirka [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ] års ålder
- ja, andra släktingar, t.ex. moster eller dotter

Skriv släktskap och uppskattad ålder vid diagnostiseringen nedan:

\_\_\_\_\_ cirka [ ] [ ] [ ] års ålder

\_\_\_\_\_ cirka [ ] [ ] [ ] års ålder





**L51. Har Ni någon gång uppsökt en vårdenhet för att bli undersökt på grund av en förändring i bröstet (t.ex. knöl) eller något annat symptom (t.ex. smärta eller vätska)?**

nej

ja, åren

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**L52. Hur stor upplever Ni att Er egen risk att insjukna i bröstcancer under livstiden är**

mycket stor

stor

måttlig

liten

mycket liten

jag fick diagnosen bröstcancer

\_\_\_\_\_

## Mammografi

**Sållningsmammografi** = en avgiftsfri röntgenundersökning av bröstet till vilken man får en skriftlig kallelse

**Privat mammografi** = en ofta avgiftsbelagd röntgenundersökning av bröstet för vilken behövs en läkarremiss

**L53. Har Ni någon gång deltagit i en sållningsmammografi eller genomgått en privat mammografi?**  
Ni kan kryssa för flera alternativ.

ja, jag har deltagit i en sållningsmammografi cirka \_\_\_\_\_ gånger,  
senaste gången år \_\_\_\_\_

ja, jag har genomgått en privat mammografi cirka \_\_\_\_\_ gånger,  
senaste gången år \_\_\_\_\_

nej

jag kommer inte ihåg

**L54. Om Ni har deltagit i en sållningsmammografi eller genomgått en privat mammografi, vad var orsaken?**

Ni kan kryssa för flera alternativ.

jag fick kallelse till en sållningsmammografi

en läkare uppmanade mig att genomgå en privat mammografiundersökning

jag använder substitutionsbehandlingspreparat (preparat för hormonersättning)

jag bekymrar mig för bröstcancer

knöl, smärta eller stickande känsla eller någon annan förändring eller något annat symptom i bröstet

annan orsak, vilken? \_\_\_\_\_





**L55. Om Ni aldrig har deltagit i en sållningsmammografi eller genomgått en privat mammografi, vad är orsaken?**

Ni kan kryssa för flera alternativ.

- jag har inte fått någon kallelse till en sållningsmammografi
- jag har varken lust eller behov av att genomgå en privat mammografi
- jag vill inte delta i en sållningsmammografi, varför? \_\_\_\_\_
- annan orsak, vilken? \_\_\_\_\_

**L56. Har Ni någon gång hänvisats till fortsatta undersökningar efter en mammografiundersökning**

Ni kan kryssa för flera alternativ.

- nej
- ja, till en ny mammografi (nya bilder av bröstet)
- ja, till ultraljudsundersökning
- ja, till finnåls- eller grovnålsbiopsi
- ja, till andra undersökningar, vilka? \_\_\_\_\_
- jag kommer inte ihåg

**L57. Har Ni någon gång hänvisats till bröstoperation efter en mammografiundersökning?**

- nej
- ja, en gång/flera gånger år  ,  ,
- jag kommer inte ihåg

**L58. Ämnar Ni framöver:**

	Ja	Nej	Jag vet inte
delta i en sållningsmammografi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
genomgå en privat mammografiundersökning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



