

Den norske Mor og Barn undersøkelsen

Spørreskjema til far

Sivilstand, utdanning og yrke

1. Når er du født?

dag		mnd		år	

2. Hvilken sivilstand har du nå?

- ☐ Gift
☐ Samboer
☐ Enslig
☐ Skilt/separert
☐ Enke
☐ Annet

3. Har du et annet morsmål enn norsk?

- ☐ Nei
☐ Ja

4. Hvis ja, hvilket morsmål?

- ☐ Samisk
☐ Urdu
☐ Engelsk
☐ Annet _____

5. Hvilken utdanning har du? (Sett ett kryss for den høyeste utdanningen du har fullført og for den utdanningen du eventuelt holder på med.)

Utdanning	Fullført	Holder på med
9-årig grunnskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2-årig videregående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videregående yrkesfaglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-årig videregående allmennfaglig, gymnas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrikthøyskole, universitet inntil 4 år (cand. mag., sykepleier, lærer, ingeniør)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universitet, høyskole, mer enn 4 år (hovedfag, embetseksamen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen utdanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hva er din arbeidssituasjonen nå? (Sett eventuelt flere kryss.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Skoleelev/student | <input type="checkbox"/> Ansatt i offentlig virksomhet |
| <input type="checkbox"/> Hjemmевærende | <input type="checkbox"/> Ansatt i privat virksomhet |
| <input type="checkbox"/> Yrkespraksis/lærling | <input type="checkbox"/> Selvstendig næringsdrivende |
| <input type="checkbox"/> Militærtjeneste | <input type="checkbox"/> Familienmedlem uten fast lønn i familiebedrift (f.eks. gårdsbruk, forretning) |
| <input type="checkbox"/> Arbeidssøkende/permittert | <input type="checkbox"/> Annet _____ |
| <input type="checkbox"/> Attføring/ufør | |

7. Beskriv virksomheten på nåværende arbeidsplass eller tjenestested så nøyaktig som mulig.

(Skriv f.eks. landbruk med korn og svin, karosseriavdeling på verksted for dieselmotorer, forsikringsselskap, videregående skole)

8. Yrke/tittel på dette arbeidssstedet?

(Skriv f.eks. biloppretter, formann, adjunkt, elev, spesialarbeider, renholdsassistent, bonde, hjemmевærende.)

9. Har du vært i kontakt med noe av det følgende i løpet av det siste halve året før din partner ble gravid? (Dette gjelder både arbeid og fritid)

Kjemikaller, gasser, osv.	Nei	Ja	Hvis ja, antall dager (daglig = 180 dager)	Kryss av hvis du har brukt avtrekk eller åndedrettsvern	Kryss av om du har brukt haneker
Blydunster, blystøv, blypartikler eller blylegeringer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krom, arsenikk, kadmium eller sammensetninger av disse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bensin eller eksos (gjelder ikke fylling av bensin til egen bil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvikksølv damp, kvikksølv eller arbeid med amalgam-fyllinger (ta ikke med behandling som pasient)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desinfeksjonsmidler, midler mot skadedyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantevernmidler (ugressmidler, insektmidler, soppmidler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oljebasert maling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vannbasert eller latex maling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malingtynnere, maling-, lakk- eller limfjerner eller andre løsemidler (f.eks lynol, white spirit, toluen, karbontetraklorid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fargestoffer eller trykksverte i industri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorolje, smøreolje eller andre typer olje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotokjemikalier (fiks eller fremkaller)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffer i forbindelse med sveising	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffer i forbindelse med lodding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formalin/formaldehyd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjemoterapeutiske stoffer/cellegiftbehandling (ta ikke med behandling som pasient)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lystgass eller andre narkosegasser (ta ikke med behandling som pasient)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre stoffer og forhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis ja, beskriv: _____

10. Hvor mye arbeidet du ved radiosender eller radar i det siste halvåret før din partner ble gravid

- ☐ Sjelden/aldri
☐ Noen ganger i uken
☐ Daglig
☐ I gjennomsnitt mer enn 1 time daglig

11. Hvor mye snakket du i mobiltelefon det siste halvåret før din partner ble gravid?

- ☐ Sjelden/aldri
☐ Noen ganger i uken
☐ Daglig
☐ I gjennomsnitt til sammen mer enn 1 time daglig

12. Hvor mye arbeidet du ved røntgenapparat det siste 1/2 året (mindre enn 2 meters avstand) før din partner ble gravid? (Ta ikke med behandling som pasient)

- ☐ Sjelden/aldri
☐ Noen ganger i uken
☐ Daglig
☐ I gjennomsnitt mer enn 1 time daglig

13. Hvor mye arbeidet du ved dataskjerm, laserprinter eller kopieringsmaskin (mindre enn 2 meter avstand) i det siste halvåret før din partner ble gravid?

	Dataskjerm	Laserprinter	Kopieringsmaskin
Sjelden/aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noen ganger i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I gjennomsnitt mer enn 1 time daglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sykdommer og helseplager

14. Har du, eller har du hatt noen av følgende sykdommer eller helseproblem?

	Hvis ja, kryss av	Hvis ja, husker du hvor gammel du var ved første tegn på sykdom eller plager?	Hvis du ble frisk eller kvitt plagene, ved hvilken alder skjedde det?
Høysnue	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
Elveblest	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
Barne/atopisk eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
Annen eksem/hudlidelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
Migrene	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
Annen hyppig hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
Stadig verking eller svie øverst i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
Tykktaarmskatarr (diare, treg mage, takvisse smerter ..	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
Søvnproblemer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
Gjentatte nakke- og skuldersmerter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
Smerter i korsryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
Langvarige muskelsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
Bekhterevs sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
Andre langvarige sykdommer eller helseproblemer ..	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år

Hvis ja, beskriv:

15. Brukte du medisiner det siste halvåret før din partner ble gravid? Hvis ja, oppgi navn på medisin.

Navn på medisin	Hvor lenge brukte du medisinen?		
	Mindre enn 1 uke	1 uke – 1 måned	Mer enn 1 måned
	<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"/>

Livstil og levevaner

16. Har du noen gang røykt?

- ☐ Ja
☐ Nei (Gå til spørsmål 19)

17. Røykte du det siste halve året før din partner ble gravid?

- ☐ Nei
☐ Ja, av og til Antall sigaretter
☐ Ja, daglig Antall sigaretter

18. Røyker du nå etter at din partner ble gravid?

- ☐ Nei
☐ Ja, av og til Antall sigaretter
☐ Ja, daglig Antall sigaretter

19. Har du noen gang brukt noen av de følgende stoffene?

	Aldri	Tidligere	Det siste halve året før din partner ble gravid	Nå for tiden
Hasj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Har du noen gang drukket alkohol?

- ☐ Ja
☐ Nei (Gå til spørsmål 24.)

21. Har du drukket alkohol det siste halve året før din partner ble gravid eller nå etter at din partner ble gravid?

	Det siste halve året før din partner ble gravid	Nå for tiden
Omtrent 6-7 ganger pr uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 4-5 ganger pr uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 2-3 ganger pr uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1 gang pr uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1-3 ganger pr mnd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn 1 gang pr mnd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enheter alkohol

For å sammenligne ulike typer alkohol, spør vi etter det vi kaller alkoholenheter (= 1,5cl ren alkohol). I praksis betyr dette følgende:

1 glass (1/3 liter) øl	= 1 enhet
1 vinglass rødvin eller hvitvin	= 1 enhet
1 hetvinsglass, sherry eller annen hetvin	= 1 enhet
1 drammeglass brennevin eller likør	= 1 enhet
1 flaske rusbrus/cider	= 1 enhet

22. Hvor mange enheter alkohol drikker du vanligvis når du nyter alkohol?

- ☐ 10 eller flere
☐ 7-9
☐ 5-6
☐ 3-4
☐ 1-2
☐ Færre enn 1

23. Hvor ofte driver du mosjon (f.eks. går tur, går på ski, sykler eller driver trening/ldrett)?

- ☐ Aldri
☐ Sjeldnere enn 1 gang per uke
☐ 1 - 2 ganger per uke
☐ 3 ganger per uke eller mer

24. Hvis du driver mosjon, hvor hardt mosjonerer du?

- ☐ Blir ikke andpusten og svett
☐ Blir andpusten og svett
☐ Tar meg nesten helt ut

25. I tilfelle, hvor lenge holder du på hver gang?

- ☐ Mindre enn 15 minutter
☐ 15 minutter - ½ time
☐ ½ - 1 time
☐ Mer enn 1 time

26. Har du i løpet av de 2 siste ukene vært plaget med noe av det følgende?

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Stadig redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet, indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mye bekymret eller urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Hva slags oppfatning har du av deg selv? (Kryss av for hver linje)

	Svært enig	Enig	Uenig	Svært uenig
Jeg har en positiv holdning til meg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg virkelig ubrukkelig til tider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg er en verdifull person i alle fall på lik linje med alle andre ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Hvor enig er du i disse beskrivelsene for deg og ditt parforhold? (Besvares bare dersom du er i et parforhold)

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
Det er et nært samhold mellom meg og min ektefelle/samboer/partner..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min partner og jeg har problemer i parforholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er svært lykkelig i mitt parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min partner er generelt forståelsesfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tenker ofte på å avslutte vårt parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med forholdet til min partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi er ofte uenige om viktige avgjørelser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har vært heldig med valg av partner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi er enige om hvordan barn bør oppdras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror min partner er fornøyd med forholdet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tusen takk for hjelpen!

Vennligst legg det utfylte spørreskjemaet i den frankerte svarkonvolutt og sende det til:

Den norske mor og barn undersøkelsen
 Medisinsk fødselsregister
 Armauer Hansenshus
 5839 Bergen

