

+

Den norske Mor og Barn undersøkelsen

Spørreskjema 4

Dette spørreskjemaet er to-delt. Vi stiller spørsmål både om barnet ditt og deg selv. Den første delen dreier seg om barnet, den andre delen handler om deg selv. Det ville være en fordel om du finner frem barnets helsekort før du begynner, slik at du kan benytte opplysningene som står der under utfyllingen av spørreskjemaet. Hvis du synes at et spørsmål er vanskelig å svare på, kan du hoppe over det og gå videre til neste spørsmål.

Hvis du fikk tvillinger eller trillinger vennligst fyll ut et spørreskjema for hvert barn.

+

Skjemaet skal leses av en maskin. Det er derfor viktig at du legger vekt på følgende ved utfyllingen:

- Bruk blå eller sort kulepenn.
- I de små avkrysningsboksene setter du et kryss for det svaret som du mener passer best, slik: ☒
 Skriver du feil, kan du bare ta bort krysset ved å fylle boksen helt, slik: ☐
- I de store, grønne boksene skriver du *tall*.

Det er viktig at du bare skriver i det hvite feltet i boksene, slik:

Tall:

- I tallbokser med flere ruter skriver du et ett-sifret tall i den høyre ruten. *Eksempel: 5 skrives slik* **5**
- Databokser er delt opp i tre deler, den første for dag i måned, den neste for månedstallet og den siste for årstallet slik at datoen skal skrives slik:

<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	0	<input type="text"/>	0	<input type="text"/>	0
	dag		måned			år					

- Spesielle opplysninger som *f.eks. medikamenter* skriver du fritt på de åpne linjene. *Vennligst skriv tydelig!*

Så snart du har fylt ut skjemaet, sender du det tilbake til oss i den vedlagte frankerte svarkonvolutten.

Oppgi dato for utfylling av skjemaet

dag

måned

år

+

Om barnet

+

Ernæring

1. Hva fikk barnet å drikke første leveuke?

(Sett eventuelt flere kryss.)

- ☐ Brystmelk
- ☐ Vann
- ☐ Sukkervann
- ☐ Morsmelkerstatning
- ☐ Annet, beskriv: _____
- ☐ Vet ikke/husker ikke

+

2. Hva slags melk har barnet fått hittil?

(Sett ett eller flere kryss for hver måned.)

Melketype	Barnets alder i måneder					
	0	1	2	3	4	5
Brystmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collett vanlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collett med Omega 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAN vanlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nan HA1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen melk, beskriv:						

 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3. Hvor ofte får barnet følgende drikke nå for tiden?

(Sett ett kryss for hver linje.)

	Aldri/ sjelden	1-3 ganger pr. uke	4-6 ganger pr. uke	Minst 1 gang daglig	+
Brystmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Morsmelktillegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vanlig søt melk, alle typer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Surmelk (yoghurt, kulturmilk osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Økologiske melkeprodukter (melk, yoghurt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kokt vann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vann fra springen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vann fra flaske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnesaft på glass/flaske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annen saft, sukret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Saft, kunstig søtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annet, beskriv:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Hvor ofte spiser barnet følgende mat nå for tiden, og hvor gammelt var barnet da dere startet med denne maten?

	Hvor ofte får barnet dette?				Hvor gammel var barnet da hun/han fikk denne maten første gang?		
+	Aldri/ sjelden	1-3 ganger pr. uke	4-6 ganger pr. uke	Minst 1 gang daglig			
Industrifremstilt grøt (grøtpulver):							
Risgrøt, maisgrøt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	måneder	
Havregrøt, alle typer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	måneder	
Hvetegrøt, alle typer, kavringsgrøt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	måneder	
Hjemmelaget grøt av:							
Hvetemel (grov/fint) kavring, semule, havre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	måneder	
Jernberiket hvetemel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	måneder	
Helios barnemel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	måneder	
Hirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	måneder	
Industrifremstilt middag på glass:							
Grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	måneder	
Grønnsaker og kjøtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	måneder	
Hjemmelaget middag:							
Potet/grønnsakmos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	måneder	
Kjøtt og grønnsaker/potet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	måneder	
Fisk og grønnsaker/potet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	måneder	
Annen hjemmelaget middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	måneder	
Mellommåltid/dessert:							
Hjemmelaget fruktmos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	måneder	
Frukt/bærmos på glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	måneder	
Kavring/kjeks/brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	måneder	
Annet, beskriv:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	måneder	

5. Tror du, eller vet du, at barnet reagerer på melk/melkeprodukter?

- ☐ Nei
☐ Ja

6. Hvis ja, hvilke produkter?

- ☐ Helmelk
☐ Lettmelk/skummet melk
☐ Fløte/krem/iskrem
☐ Yoghurt/surmelk
☐ Morsmelk når mor drikker melk
☐ Annet

+

7. Får barnet tran, vitaminer, jern eller annet kosttilskudd?

- ☐ Nei
☐ Ja

+

8. Hvis ja, kryss av for hvilke(t) preparat og hvor mye barnet får pr. gang og hvor ofte. Hvor gammel var barnet da hun/han fikk preparatet for første gang?

Navn på preparat	Hvor mye pr. gang	Hvor ofte får barnet dette?	Hvor gammelt var barnet da dere startet med preparatet?
Tran	<input type="text"/> teskjeer	<input type="checkbox"/> daglig <input type="checkbox"/> av og til	<input type="text"/> måneder <input type="text"/> uker
Biovit	<input type="text"/> teskjeer	<input type="checkbox"/> daglig <input type="checkbox"/> av og til	<input type="text"/> måneder <input type="text"/> uker
Sanasol	<input type="text"/> teskjeer	<input type="checkbox"/> daglig <input type="checkbox"/> av og til	<input type="text"/> måneder <input type="text"/> uker
Collett spedbarnsvitaminer	<input type="text"/> teskjeer	<input type="checkbox"/> daglig <input type="checkbox"/> av og til	<input type="text"/> måneder <input type="text"/> uker
Fluor	<input type="text"/> teskjeer	<input type="checkbox"/> daglig <input type="checkbox"/> av og til	<input type="text"/> måneder <input type="text"/> uker
Annet kosttilskudd, hvilket:	<input type="text"/> teskjeer	<input type="checkbox"/> daglig <input type="checkbox"/> av og til	<input type="text"/> måneder <input type="text"/> uker

+

Vekst, helse og medisinbruk

9. Hvor mange ganger har du/dere vært på helsestasjonen med barnet?

- ☐ Ingen ganger
☐ 1 til 2 ganger
☐ 3 til 5 ganger
☐ Mer enn 5 ganger
☐ Går til kontroll et annet sted

10. Har barnet fått de vaksine som helsestasjonen anbefaler?

- ☐ Ja
☐ Nei, ønsker ikke vaksine
☐ Nei, barnet har vært mye syk
☐ Nei, vaksine utsatt av praktiske grunner
☐ Vet ikke

11. Ta utgangspunkt i barnets helsekort og fyll inn i skjemaet nedenfor barnets lengde, vekt og hodeomkrets når barnet var omtrent 3 måneder og 6 måneder:

	Dato for undersøkelse						
	dag	måned	år	Vekt		Lengde	Hodeomkrets
Ca. 3 måneder	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ca. 6 måneder	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g	<input type="text"/>	<input type="text"/>

+

+

12. Ta utgangspunkt i barnets helsekort og kryss av for hvilke vaksiner barnet har fått og om det har vært noen bivirkning av vaksinene. (Sett kryss for hver linje.)

+	Har barnet fått vaksinen?		Har det vært bivirkning etter vaksinen?		Har det vært bivirkning som medførte kontakt med lege?		Har det vært bivirkning som medførte sykehusinnleggelse?	
	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
Vaksiner								
Trippel (difteri/tetanus/kikhoste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difteri/tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hib (hjernehinnebetennelse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitt B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen vaksine, hvilken:								
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Har det på helsestasjonen blitt oppdaget noe ved barnet ditt som har medført henvisning til videre undersøkelse?

- ☐ Nei (gå til spørsmål 16)
☐ Ja

14. Hvis ja, var det da problemer med:

- ☐ Vekt
☐ Forsinket utvikling
☐ Hofteproblemer
☐ Medfødt misdannelse, hvilken _____
☐ Hjerte
☐ Hørsel
☐ Syn
☐ Hodeomkrets
☐ Annet, beskriv: _____

15. Hva viste denne undersøkelsen?

- ☐ Alt var i orden
☐ Fortsatt tvil/utredes videre
☐ Vet ikke
☐ Fått følgende diagnose:

16. Har barnet hatt følgende sykdom/helseproblem? Hvis ja, oppsøkte dere lege eller sykehus for det? (Sett kryss for hver linje.)

+	Har barnet hatt helseproblemer?		Oppsøkte dere lege for dette?		Var dere på sykehus (poliklinikk eller innlagt)?	
	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
Sykdom						
Forkjølelse/halsbetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falsk krupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronkiolitt/RS-virus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronkitt/lungebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omgangssyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinveisinfeksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barneeksem/atopisk eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleieutslett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matallergi/intoleranse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øyekatarr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feberkramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre kramper (uten feber)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medfødt misdannelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forsinket utvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skade eller ulykke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Har barnet noen gang fått medisiner?

- ☐ Nei
☐ Ja

+

18. Hvis ja, oppgi navn på medisinen(e) og når de(n) ble brukt. (Ta med alle typer medisiner også naturmedisiner, både faste og ikke-faste.)

Navn på medisinen (f.eks. Apocilin, Paracet)	Hvor gammel var barnet ved medisinbruk?			Antall dager brukt
	1-2 måneder	3-4 måneder	5-6 måneder	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

19. Har barnet vært undersøkt eller innlagt på sykehus (etter at dere kom hjem fra sykehuset etter fødselen)?

- ☐ Nei
☐ Ja, hvilket sykehus: _____

20. Har barnet blitt operert eller har en tilstand som skal opereres?

- ☐ Nei
☐ Ja, hvilken: _____

Utvikling, barnepass og livsstil

21. Her følger noen spørsmål om barnets utvikling. Hvis du ikke har lagt merke til det, bruk litt tid til å se hva barnet faktisk gjør. (Sett et kryss for hvert spørsmål.)

	Ja ofte	Ja, men sjelden	Ikke ennå	Vet ikke
Når barnet ligger på ryggen, leker hun/han ved å gripe rundt føttene sine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når barnet ligger på magen, løfter hun/han overkroppen fra underlaget med strake armer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruller barnet seg over fra rygg til mage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når du "prater" med barnet ditt, prøver hun/han å "prate" tilbake til deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Babler barnet og lager lyder når hun/han ligger for seg selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du høre hvordan barnet har det bare ved å høre på lydene hun/han lager (f.eks. fornøyd, sulten, sint, har smerte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får du et smil fra barnet ditt bare ved at du smiler mot henne/han (uten å røre eller kile barnet og uten at du holder fram en leke)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når du roper på barnet ditt, snur hun/han seg seg mot deg en av de første gangene du sier navnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Griper barnet ditt en leke du gir henne/han for så å putte den i munnen, eller holde den?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når barnet sitter på fanget ditt, strekker hun/han seg etter en leke eller annet som ligger på bordet foran dere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holder barnet ditt i en leke med begge hendene når hun/han undersøker den?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Hvor passes barnet på dagtid?

- ☐ Hjemme med mor/far/annet familiemedlem
☐ Hjemme med dagmamma, praktikant
☐ Hos dagmamma/familiebarnehage
☐ Barnehage

23. Hvor mange barn er barnet ditt vanligvis sammen med på dagtid?

barn

+

24. Deltar barnet i babysvømming?

- ☐ Nei
☐ Ja

+

25. Hvor mye er barnet utendørs?

- ☐ Sjelden
☐ Ofte, men mindre enn en time daglig
☐ Mer enn en time daglig

26. Bruker barnet narresmökk?

- ☐ Sjelden eller aldri
☐ Bare når hun/han skal sove
☐ Ofte
☐ Mesteparten av tiden

+

27. Hvor mange timer sover barnet til sammen pr. døgn?

- ☐ Mindre enn 8 timer
☐ 8 - 10 timer
☐ 11 - 12 timer
☐ 13 - 14 timer
☐ Mer enn 14 timer

28. Hvordan er barnet blitt lagt når det skulle sove?

(Sett ett kryss for hver linje.)

	På rygg	På siden	På magen
Rett etter fødselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved 2 måneders alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved 4 måneders alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved 6 måneders alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Sover barnet (minst halve natten) i samme seng som mor/far? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Nei	Av og til	Ofte
Rett etter fødselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved 2 måneders alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved 4 måneders alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved 6 måneders alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

30. Kryss av om du er enig eller uenig i følgende påstander om barnets humør og temperament. Tenk på hvordan dere vanligvis har det. (Sett ett kryss for hver linje.)

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Helt enig
Barnet sutrer og gråter mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet er vanligvis lett å roe når hun/han gråter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det skal lite til før barnet blir oppskaket og begynner å gråte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når barnet gråter, skriker hun/han vanligvis hissig og kraftig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hun/han er grei og lett å ha med å gjøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet krever svært mye oppmerksomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når barnet overlates til seg selv, leker hun/han vanligvis fint med seg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet er såpass krevende at det ville representere et betydelig problem for de fleste foreldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet smiler og ler ofte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

Om deg selv



Siste gang du fylte ut spørreskjema var ved ca. 30. svangerskapsuke. Spørsmålene vi stiller her handler for det meste om tiden etter dette og frem til barnet ditt var 6 måneder.

31. Hvordan passer følgende beskrivelser av fødselen for deg? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Passer bra	Passer delvis	Passer ikke
Jeg følte meg trygg og i gode hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg hadde store smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg fikk for lite smertestillende medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Var noen av dine nærmeste tilstede under fødselen?

- ☐ Ja, barnets far
☐ Ja, andre
☐ Nei



33. Hvor lenge var du selv på sykehuset i forbindelse med fødselen?

dager

34. Ble du selv overflyttet til annen avdeling eller annet sykehus på grunn av komplikasjoner i forbindelse med fødselen?

- ☐ Nei
☐ Ja



35. Hvis ja, hvor?

Avdeling: _____

Sykehus: _____

36. Oppsøkte du lege/jordmor/helsesøster for egne helseproblemer den første måneden etter fødselen?

- ☐ Nei
☐ Ja, ganger

37. Hvis ja, hva var årsaken?

- ☐ Sår/sting nedentil
☐ Keisersnittsår
☐ Brystbetennelse
☐ Søre brystvorter
☐ Ammeproblemer
☐ Annet, beskriv: _____

38. Når du tenker tilbake på tiden etter fødselen, følte du deg deprimeret i den tiden?

- ☐ Nei
☐ Ja, hvor lenge: uker

Helse og medisinbruk

39. Utenom opphold i forbindelse med fødselen, har du vært innlagt på sykehus etter at du fylte ut forrige spørreskjema?

- ☐ Nei
☐ Ja, hvilket sykehus: _____

40. Har du en kronisk/langvarig sykdom som oppstod etter at du besvarte forrige spørreskjema?

- ☐ Nei
☐ Ja, hvilken: _____

41. Alt i alt, hvordan vil du nå for tiden karakterisere din fysiske helse?

- ☐ Meget god
☐ God
☐ Dårlig
☐ Svært dårlig



42. Har du hatt noen av følgende plager/sykdommer siden du besvarte forrige spørreskjema? Hvis ja, bruker du eller har du brukt medisiner mot disse plagene? (Dette gjelder alle typer medikamenter også naturmedisiner, både faste og ikke-faste). (Sett kryss for hver linje.)

Har du vært plaget?				Hvis du har brukt medisiner						
Sykdom/plage	Nei	Ja, siste del av svangerskapet	Ja, etter fødselen	Navn på medisiner du brukte	Siste del av svangerskapet	Første 3 måneder etter fødselen	Siste 3 måneder	Antall dager brukt		
1. Sukker i urinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Eggehvite (protein) i urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Hevelse i kroppen (ødem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			



spørsmål forts. neste side

Har du vært plaget?				Hvis du har brukt medisiner					
Sykdom/plage	+	Nei	Ja, siste del av svangerskapet	Ja, etter fødselen	Navn på medisiner du brukte	Siste del av svangerskapet	Første 3 måneder etter fødselen	Siste 3 måneder	Antall dager brukt
6. Treg mage/forstoppelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Diaré/oppkast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Halsbrann/sure oppstøt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Forkjølelse/influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hals-/bihule-/ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Lungebetennelse/bronkitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Astma/høysnue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hodepine/andre smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Skjedekatarr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Psykiske vansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Brystbetennelse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Annet, beskriv:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

43. Har du brukt andre medisiner enn nevnt i spørsmål 42? (For eksempel sovemidler, beroligende midler eller smertestillende midler.)

- ☐ Nei
☐ Ja

+

44. Hvis ja, oppgi navn på medisinen(e) og når du har tatt dem. (Ta med alle typer medisiner også naturmedisiner, både faste og ikke-faste.)

Navn på medisinen (f.eks. Valium, Rohypnol, Paracet)	Siste del av svangerskapet		Første 3 måneder etter fødselen		Siste 3 måneder	
	Brukt medisin	Antall dager	Brukt medisin	Antall dager	Brukt medisin	Antall dager
	<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"/>
	<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"/>

45. Bruker du, eller har du brukt, tran, vitaminer eller annet kosttilskudd siden forrige spørreskjema?

- ☐ Nei
☐ Ja

+

+

46. Hvis ja, hvilket preparat, når brukte du det og hvor ofte? (En linje for hvert preparat.)

+

Navn på preparatet	+	Når brukte du preparatet			Hvor ofte?	
		Siste del av svangerskapet	De første 3 måneder etter fødselen	Brukt de siste 3 måneder	Brukt daglig	Brukt av og til
		<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Har du hatt smerter i ryggen eller bekkenet etter at du fylte ut forrige spørreskjema?

- ☐ Nei (gå til spørsmål 51)
☐ Ja

48. Hvis ja, sett kryss for hvor du var plaget, når du var plaget og hvor mye.

Hvor satt smertene?	Siste del av svangerskapet		De første 3 måneder etter fødselen		Siste 3 måneder	
	En del plaget	Sterkt plaget	En del plaget	Sterkt plaget	En del plaget	Sterkt plaget
I korsryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over det ene bekkenleddet bak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over begge bekkenleddene bak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over halebeinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I seteballene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foran i bekkenet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I lysken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre rygg smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Våkner du om natten på grunn av bekkensmerter nå for tiden?

- ☐ Nei, aldri
☐ Ja, en sjelden gang
☐ Ja, ofte

50. Har du så store vansker med å gå på grunn av bekkensmertene at du må bruke stikk eller krykker nå for tiden?

- ☐ Nei, aldri
☐ Ja, men ikke hver dag
☐ Ja, hver dag

51. Har du noen gang fått behandling for bekkensmerter?

- ☐ Nei
☐ Ja

52. Hvis ja, kryss av for hvilken type behandling og når det var.

	Før dette svangerskapet	I dette svangerskapet	Etter denne fødselen
Fysioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiropraktikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Hvor lang tid tok det før du gjenopptok det seksuelle samlivet etter fødselen?

uker

☐ Har ikke hatt samleie

+

54. Har du nå for tiden noen av følgende plager, i så fall hvor ofte og hvor mye? (Sett kryss for hver linje.)

Plager	+	Hvor ofte har du plagene?					Hvor mye om gangen?	
		Aldri	1-4 ganger pr. måned	1-6 ganger pr. uke	1 gang pr. dag	Mer enn 1 gang pr. dag	Dråper	Større mengder
Urinlekkasje ved hosting, nysing eller latter. . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinlekkasje ved fysisk aktivitet (løp/hopp) . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinlekkasje ved sterk trang til vannlating		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med å holde på avføring		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problemer med å holde på luft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

55. Hvor mange ganger var du til ultralydundersøkelse i svangerskapet?

ganger

+

56. Var alt i orden ved ultralydundersøkelsen(e)?

- ☐ Ja (gå til spørsmål 58)
☐ Nei

57. Hvis nei, hva var problemet?

- ☐ Barnet vokste for lite
☐ Mistanke om misdannelse, beskriv:

☐ Annet, beskriv: _____

58. Hvor mye veide du ved slutten av svangerskapet og hvor mye veier du nå?

Ved slutten av svangerskapet kg

Nå kg

+

59. Var du sykemeldt i løpet av svangerskapet?

- ☐ Nei (gå til spørsmål 62)
☐ Ja

60. Hvis ja, hvor lenge var du sykemeldt?

dager

eller

uker

61. I hvilken periode av svangerskapet var du sykemeldt?
(Sett eventuelt flere kryss.)

- ☐ Første 3 måneder
☐ Midterste 3 måneder
☐ Siste 3 måneder

Økonomi - livsstil

62. Er økonomien slik at du/dere vil ha mulighet til å klare en uforutsett regning på kr. 3000,- til f. eks. tannlege eller en reparasjon?

- ☐ Nei
☐ Ja
☐ Vet ikke

63. Har det i løpet av de siste 6 måneder hendt at du/dere har hatt vansker med å klare løpende utgifter til mat, transport, husleie og lignende?

- ☐ Nei, aldri
☐ Ja, en sjelden gang
☐ Ja, av og til
☐ Ja, ofte

64. Er det dyr i barnets hjem?

- ☐ Nei
☐ Ja

+

65. Hvis ja, hvilke(t) dyr? (Sett eventuelt flere kryss.)

- ☐ Hund
☐ Katt
☐ Marsvin, kanin, mus, rotte eller lign.
☐ Undulat, annen fugl
☐ Annet dyr: _____

66. Hvor mange ganger pr. uke gjør du øvelser for disse muskelgruppene (hjemme eller på trening) nå for tiden?

Øvelse for	Aldri	Antall ganger pr. uke	Antall minutter pr. gang
Magemuskler	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Ryggmuskler	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Bekkenbunnsuskler . .	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

+

67. Hvor ofte driver du vanligvis fysisk aktivitet nå for tiden?

Aktivitet	Aldri	1–3 ganger pr. måned	Antall ganger pr. uke	Antall minutter pr. gang
Rolig gange/spasertur . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Rask gange/turgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Løping/jogging/orientering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sykling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Helsestudio/styrketrening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gymnastikk/aerobics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Trening uten løp og hopp .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Trening med løp og hopp .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Folkedans/swing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Rock/diskodans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Skigåing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ballspill/nettballspill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Svømming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Riding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

68. Hvor ofte er du så fysisk aktiv at du blir andpusten eller svett nå for tiden? (Sett kryss for både fritid og arbeid.)

	I fritid	På arbeid
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindre enn 1 gang pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 gang pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – 3 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – 6 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent hver dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

69. Hvordan har dine røykevaner vært mens du var gravid og i tiden etter fødselen? (Sett kryss for hver periode.)

	Mens du var gravid			Etter fødselen	
	Første 3 måneder	Midterste 3 måneder	Siste 3 måneder	Første 3 måneder	De siste 3 måneder
Røykte ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røykte av og til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røykte daglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis daglig, antall sigaretter pr. dag ..	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

+

70. Hvordan har røykevanene til barnets far vært mens du var gravid og i tiden etter fødselen? (Sett kryss for hver periode.)

	Mens du var gravid			Etter fødselen	
	Første 3 måneder	Midterste 3 måneder	Siste 3 måneder	Første 3 måneder	De siste 3 måneder
Røykte ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røykte av og til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røykte daglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis daglig, antall sigaretter pr. dag ..	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

+

71. Oppholder barnet seg i rom hvor noen røyker?

- ☐ Nei
☐ Ja, av og til
☐ Ja flere ganger i uken
☐ Ja, daglig

Hvis ja, antall timer pr. dag

+

72. Har du brukt noen av følgende rusmidler siden fødselen?

	Nei	Ja, siste del av svangerskapet	Ja, etter fødselen
Hasj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre, beskriv:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Hvor ofte drakk du alkohol mens du var gravid og hvor ofte drikker du nå?

	Mens du var gravid			Etter fødselen	
	Første 3 måneder	Midterste 3 måneder	Siste 3 måneder	Første 3 måneder	De siste 3 måneder
Omtrent 6-7 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 4-5 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 2-3 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1 gang pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1-3 ganger pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn 1 gang pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

Alkoholenheter

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

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

+

74. Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol (fyll ut både for tiden mens du var gravid og etterpå)?
(Se forklaring ovenfor om alkoholenheter.)

Antall alkoholenheter	Mens du var gravid			Etter fødselen	
	Første 3 måneder	Midterste 3 måneder	Siste 3 måneder	Første 3 måneder	De siste 3 måneder
10 eller flere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færre enn 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

Litt mer om deg selv og hvordan du har det nå

75. Har du samboer/ektefelle/partner?

- ☐ Ja
☐ Nei

76. Hvis ja, hvor enig er du i disse beskrivelsene? (Sett ett kryss for hver linje.)

	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"/>

+

77. Hvordan føler du deg for tiden? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Ikke riktig	Litt riktig	Nesten riktig	Helt riktig
Jeg føler meg ofte glad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er som regel entusiastisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ofte begeistret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg ofte oppstemt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er som regel munter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

78. Kryss av om du er enig eller uenig i de følgende påstandene.

(Sett ett kryss for hver linje.)

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Helt enig
+							
På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livsbetaingelsene mine er svært gode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hadde jeg kunnet leve livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandret noe .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

79. Har du opplevd noe av det følgende siden forrige spørreskjema?

Hvis ja, hvor vondt eller vanskelig var dette for deg?

(Sett ett kryss for hver linje.)

	Nei	Ja	Hvis ja		
			Ikke så ille	Vondt/ vanskelig	Veldig vondt/ vanskelig
Har hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har hatt økonomiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ble skilt, separert eller avbrøt samlivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har hatt problemer eller konflikter med familie, venner eller naboer. . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har vært alvorlig bekymret for om det er noe galt med barnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En av dine nærmeste har vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har vært utsatt for alvorlig trafikkulykke, boligbrann eller grovt tyveri. . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har mistet en som sto deg nær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har blitt presset til seksuell omgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

80. Har du i løpet av den siste uken hatt noen av disse følelsene?

(Sett ett kryss for hver linje.)

	Ja, nesten hele tiden	Ja, av og til	Ikke særlig ofte	Nei, aldri
Bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært nervøs eller bekymret uten grunn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært redd eller fått panikk uten grunn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg nedfor eller ulykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært så ulykkelig at du har grått.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

81. Hva slags oppfatning har du av deg selv?

(Sett ett kryss 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 andre . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Sett ett kryss for hver linje.)

	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"/>

+

+

Har du kommentarer til spørsmålene?
Er det noe du mener vi burde forandre på?

+

Synes du at det var noen av spørsmålene som var vanskelige å forstå?

☐ Nei

☐ Ja, spørsmålsnummer

Kommentarer: _____

+

Synes du at det var noen av spørsmålene som var for nærgående?

☐ Nei

☐ Ja, spørsmålsnummer:

Kommentarer: _____

Andre kommentarer? _____

Tusen takk for hjelpen!

Legg det utfylte skjemaet i den frankerte svarkonvolutten og send det til:

**Den norske mor og barn undersøkelsen
Medisinsk fødselsregister
Armauer Hansens hus
5839 Bergen**

+

+