

den norske *Mor & barn undersøkelsen*

+

Spørreskjema FAR

+

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:
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det.
- I de store, grønne boksene skriver du *tall* eller *store blokkbokstaver*.

Det er viktig at du bare skriver i det hvite felte!

**Dette skjemaet skal ikke brukes til utfylling.
Ta kontakt med oss på morbarn@fhi.no eller
tlf 53 20 40 40 hvis du trenger skjema.**

Tall: **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9**

- Datobokser 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:

06 05 2005
dag måned år

- Tallboksene har to eller flere ruter. Når du skriver et ett-sifret tall bruker du den høyre ruten. *Eksempel: 5 skrives slik*
- Spesielle opplysninger som *f.eks. medikamenter* skriver du fritt inne i boksene eller på de åpne linjene.
Vennligst skriv tydelig med **STORE BOKSTAVER**.

0 5

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

På forhånd tusen takk!

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

dag

måned

år

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2005)

1. Når er du født?

dag

måned

år

+

2. Hvilken sivilstand har du nå?

- Gift Skilt/separert
 Samboer Enkemann
 Enslig Annet

3. Hvor høy er du?

cm

4. Hvor mye veier du nå?

kg

5. Hva er det meste du har veid siden du var 18 år?

kg

6. Hva er det minste du har veid siden du var 18 år?

kg

7. Har du noen gang gått på diett eller begrenset mengden av mat?

Nei Ja

8. Hvis ja, hvor gammel var du første gang du gikk på diett eller begrenset mengden av mat?

år

9. Er du den type person som kan spise så mye du vil uten å gå opp i vekt?

Nei Ja

+

+

Utdannelse og arbeid

10. Hvilken utdanning har du?

(Sett kun ett kryss for den høyeste utdanningen du har fullført og eventuelt ett kryss for den utdanningen du 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"/>
Distriktshøyskole, 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"/>

+

11. Hva er din arbeidssituasjon nå? (Sett eventuelt flere kryss.)

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Skoleelev/student | 7. <input type="checkbox"/> Ansatt i offentlig virksomhet |
| 2. <input type="checkbox"/> Hjemmевærende | 8. <input type="checkbox"/> Ansatt i privat virksomhet |
| 3. <input type="checkbox"/> Yrkespraksis/lærling | 9. <input type="checkbox"/> Selvstendig næringsdrivende |
| 4. <input type="checkbox"/> Militærtjeneste | 10. <input type="checkbox"/> Familienmedlem uten fast lønn i familiebedrift (f.eks. gårdsbruk, forretning) |
| 5. <input type="checkbox"/> Arbeidssøkende/permittert | 11. <input type="checkbox"/> Annet _____ |
| 6. <input type="checkbox"/> Attføring/ufør | |

12. 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.)

13. Yrke/tittel på dette arbeidsstedet?

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

14. Hvor mange timer lønnet arbeid har du i uken?

 ,

timer

+

15. Hva var din brutto årsinntekt (før skatt) det siste året?

(Inkl. barnebidrag, arbeidsledighetstrygd, kontantstøtte osv.)

- Ingen inntekt
- Under 150.000 kr.
- 150.000–199.999 kr.
- 200.000–299.999 kr.
- 300.000–399.999 kr.
- 400.000–499.999 kr.
- Over 500.000 kr

16. Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt sykefravær?

	Nei	Ja
Med egenmelding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med sykemelding fra lege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Hvis ja, hvor lenge tilsammen?

Mindre enn 1 uke	1-2 uker	2-8 uker	Mer enn 8 uker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

18. Mottar du for tiden noen av følgende offentlige ytelser?

Hvis ja, fra når?

	Nei	Ja	Måned	År
Sykepenger/sykelønn/ rehabiliteringspenger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ytelser under yrkesrettet attføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uførepensjon/tidsbe- grenset uførepensjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sosialstøtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeidsløshetstrygd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andre ytelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

19. Har du/husholdningen mulighet til å klare en uforutsett utgift på 10.000 kroner i løpet av en måned, uten å måtte ta opp ekstra lån eller motta hjelp fra andre?

(Inkluderer bruk av oppsparte midler.)

- Nei
 Ja
 Vet ikke

+

20. Har du vært i kontakt med noe av det følgende i løpet av det siste halve året før din partner ble gravid?

(Kryss av for hver linje.) (Dette gjelder både arbeid og fritid.)

+

Kjemikalier, gasser, osv.			Hvis ja, antall dager (daglig = 180 dager)	Kryss av hvis du har brukt avtrekk eller åndedrettsvern	Kryss av om du har brukt hansker
	+				
	Nei	Ja			
1. Blydunster, blystøv, blypartikler eller blylegeringer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Krom, arsenikk, kadmium eller sammensetninger av disse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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"/>
4. 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"/>
5. Desinfeksjonsmidler, midler mot skadedyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Plantevernmidler (ugressmidler, insektmidler, soppmidler og midler mot skadedyr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Oljebasert maling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vannbasert eller latex maling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 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"/>
10. Fargestoffer eller trykksverte i industri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Motorolje, smørelje eller andre typer olje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Fotokjemikalier (fiks eller fremkaller)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Stoffer i forbindelse med sveising	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Stoffer i forbindelse med lodding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Formalin/formaldehyd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Kjemoterapeutiske stoffer/cellegiftbehandling (ta ikke med behandling som pasient)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Kjemoterapeutiske stoffer/cellegiftbehandling (i behandling som pasient)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 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"/>
19. Andre stoffer og forhold, beskriv:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Hvor ofte 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

+

22. Hvor ofte arbeidet du ved røntgenapparat det siste halve 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

+

23. Bruker du mobiltelefon? Nei Ja

24. Hvis ja, hvor gammel var du da du fikk din første mobiltelefon?

 år

25. Bruker du "handsfree"?

- Sjelden/aldri
 Kun ved lengre samtaler
 Som regel

+

26. Hvis/når du bruker "handsfree", hvor har du for det meste telefonen under samtalen?

- I bukselomma foran
 I belte foran på kroppen
 Andre steder på kroppen
 Vekk fra kroppen

27. Hvor ofte snakket du i mobiltelefon det siste halvåret før din partner ble gravid?

- Mindre enn 1 gang i uken
 1-2 ganger i uken
 3-6 ganger i uken
 1-4 ganger pr. dag
 Mer enn 5 ganger pr. dag

+

28. Hvor lenge snakker du i gjennomsnitt til sammen på dager du snakker i mobiltelefonen?

- Mindre enn 1 minutt
 1-10 minutter
 11-30 minutter
 31-60 minutter
 mer enn 60 minutter

29. Hvor ofte arbeidet du ved dataskjerm, laserprinter eller kopieringsmaskin (mindre enn 2 meter avstand) i det siste halvåret før din partner ble gravid? (Kryss av for hver linje.)

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

Sykdommer og helseplager

30. Har du, eller har du hatt noen av følgende sykdommer eller helseproblemer?

	+	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?	
1. Høysnue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> år	<input type="text"/> <input type="text"/> år	
2. Elveblest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> år	<input type="text"/> <input type="text"/> år	
3. Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> år	<input type="text"/> <input type="text"/> år	
4. Barne/atopisk eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> år	<input type="text"/> <input type="text"/> år	
5. Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> år	<input type="text"/> <input type="text"/> år	
6. Annen eksem/hudlidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> år	<input type="text"/> <input type="text"/> år	
7. Klamydia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> år	<input type="text"/> <input type="text"/> år	
8. Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> år	+	<input type="text"/> <input type="text"/> år

+

Spørsmål forts. neste side

+	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?
9. Kjønnsvorter/kondylomer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	+ <input type="text"/> år
10. Gonoré	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
11. Migrene	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
12. Annen hyppig hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
13. Stadig verking eller svie øverst i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
14. Tykktarmskatarr (diare, treg mage, takvise smerter)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
15. Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
16. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
17. Kreft	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
18. Hjerne-/karsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
19. Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
20. Gjentatte nakke- og skuldersmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	+ <input type="text"/> år
21. Smerter i korsryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
22. Langvarige muskelsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
23. Bechterews sykdom/reumatoid artritt	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
24. Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
25. ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
26. Anoreksi/bulimi/spiseforstyrrelser	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
27. Manisk depressiv lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
28. Schizofreni	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
29. Andre langvarige psykiske sykdommer eller helseproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år
30. Andre langvarige fysiske sykdommer eller helseproblemer	<input type="checkbox"/>	+ <input type="text"/> år	+ <input type="text"/> år
Hvis andre langvarige sykdommer, beskriv:			

31. Har du en medfødt misdannelse? +

Nei Ja

+

32. Hvis ja, hvilken? _____

33. Brukte du medisiner det siste halvåret før din partner ble gravid?

Nei Ja

34. Hvis ja, oppgi navn på medisin.

Navn på medisin (f.eks Valium, Rohypnol, Paracet.)

Hvor lenge brukte du medisinen?

Mindre enn 1 uke 1 uke – 1 måned Mer enn 1 måned

Navn på medisin	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"/>

35. Ble det tatt røntgenbilder av deg det siste halve året før din partner ble gravid?

Nei Ja

36. Hvis ja, oppgi hva det ble tatt bilder av og hvor mange ganger det ble tatt bilder.

1. Tenner ganger 3. Bekken/mage/rygg ganger 5. Annet ganger
2. Lunger ganger 4. Armer og ben ganger

37. Hvor mange barn har du fra før?

38. Hvor mange av disse har dere felles?

+

Kosthold

BRØD / KNEKKEBRØD / KJEKS

39. Hvor mange skiver brød spiser du vanligvis i gjennomsnitt hver dag? (Legg sammen alle måltider.)

1. Hvitt brød/loff (inkl. fine rundstykker, baguette, pita, ciabatta og lignende)
2. Mellomgrovt brød (inkl. grove rundstykker)
3. Grovt brød
4. Knekkebrød/kjeks

40. Bruker du smør, margarin eller olje på brødet?

- Nei, omtrent aldri
- Ja, av og til
- Ja, daglig

+

+

41. Hvor ofte pleier du å bruke disse påleggene på/til brødet? (Sett ett kryss pr. linje.)

+

+	Sjelden/ aldri	1-2 ganger pr. uke	3-4 ganger pr. uke	5-7 ganger pr. uke	Flere ganger pr. dag
1. Lett/mager ost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vanlig ost (gul/brun)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Reke/Italiensk salat ol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Magert kjøttpålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Servedat, salami ol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Leverpostei ol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fiskepålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Syltetøy, annet søtt pålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Egg (kokt, stekt, røre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

DRIKKE
42. Hvor ofte drikker du følgende? (Sett ett kryss pr. linje.)

	Sjelden/ aldri	1-6 glass pr. uke	1 glass pr. dag	2-3 glass pr. dag	4 glass eller mer pr. dag
1. Helmelk, kerfir, yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lett- og skummetmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fruktjuice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Coca Cola/Pepsi med sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Coca Cola/Pepsi light	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Annen light brus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Energidrikk, Battery ol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Filter- og pulverkaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Koke/presskaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Annen kaffe, espresso ol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Te	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MIDDAG
43. Hvor ofte pleier du å spise disse rettene? (Sett ett kryss pr. linje.)

	Sjelden/ aldri	1-2 ganger pr. mnd.	3-4 ganger pr. mnd.	2-3 ganger pr. uke	4 ganger eller flere pr. uke
1. Pølser, hamburger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kebab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pizza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Retter med kjøttdeig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Rent kjøtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kylling/kalkun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mager fisk (torsk, sei, hyse o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fet fisk (ørret, laks, makrell, sild)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Fiskeboller/fiskekaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vegetarretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

GRØNNSAKER / FRUKT

+

44. Hvor ofte pleier du å spise grønnsaker og frukt? (Sett ett kryss pr. linje.)

	Sjelden/ aldri	1-3 ganger pr. mnd.	1-2 ganger pr. uke	3-4 ganger pr. uke	5 ganger eller flere pr. uke
1. Rå grønnsker/salater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kokte grønnsaker i gryteretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kokte grønnsaker som tilbehør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SPISEMØNSTER

+

45. Hvor ofte spiser du mat som er kjøpt på disse stedene? (Sett ett kryss pr. linje.)

	Sjelden/ aldri	1-3 ganger pr. mnd.	1-4 ganger pr. uke	5-7 ganger pr. uke	Flere ganger pr. dag
1. Kantine/kafeteria/lunsjbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kiosk/gatekjøkken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bensinstasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. McDonalds, Burger King o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Hvordan vil du beskrive ditt kosthold?

1. Jeg har et variert kosthold
2. Jeg spiser ikke fisk
3. Jeg spiser ikke kjøtt
4. Jeg er vegetarianer

47. Bruker du noen form for kosttilskudd?

 Nei Ja

48. Hvis ja, hvilken type? (Du kan sette flere kryss.)

1. Multivitamin-/mineraltilskudd
2. Tran/fiskeolje
3. Proteintilskudd

Livsstil og levevaner

49. Har du noen gang røykt?

- Nei (gå til spørsmål 53.)
- Ja

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

- Nei
- Ja, av og til Antall sigaretter/uke
- Ja, daglig Antall sigaretter/dag

+

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

- Nei
- Ja, av og til Antall sigaretter/uke
- Ja, daglig Antall sigaretter/dag

52. Hvis ja, hvor røyker du?

- Bare utendørs
- Utendørs og innendørs
- Bare innendørs

+

53. Har du noen gang brukt snus?

- Nei (gå til spørsmål 57.)
 Ja

+

54. Hvis ja, brukte du snus det siste halve året før din partner ble gravid?

- Nei
 Ja, daglig
 Ja, flere ganger i uken, men ikke hver dag
 Sjeldnere enn ukentlig

55. Hva slag snus brukte du hovedsakelig?

- Vanlig (løs) snus
 Porsjonssnus
 Mini-porsjonssnus
 Omtrent like mye av hvert

+

56. Hvor mye snus brukte du pr. uke?

- Hel boks Antall bokser
 Halv boks
 Kvart boks
 Mindre enn en kvart boks

57. Har du noen gang brukt noen av de følgende narkotiske stoffene? (Kryss av for hver linje.)

	Det siste halve året før din partner ble gravid			
	Aldri	Tidligere	Nå for tiden	Nå for tiden
Hasj	<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"/>
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, hva: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Har du noen gang drukket alkohol?

- Nei (gå til spørsmål 62.)
 Ja

59. Hvor ofte drakk du alkohol det siste halve året før din partner ble gravid og hvor ofte drikker du nå etter at din partner ble gravid?

	Før	Nå
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. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn 1 gang pr. måned	<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 (= 1,5 cl ren alkohol).
 En alkoholenhet tilsvarer:

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

+

60. Hvor mange alkoholenheter drakk du vanligvis det siste halvåret før din partner ble gravid og hvor mange alkoholenheter drikker du nå etter at din partner ble gravid?

(Kryss av for både i helgen og hverdager, totalt 4 kryss.)
 (Se forklaring om enheter alkohol nede på denne siden.)

	Før		Nå	
	I helgen	Hverdager	I helgen	Hverdager
10 eller flere	<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"/>
5-6	<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"/>
1-2	<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"/>

61. Har du drukket 5 alkoholenheter eller mer ved minst en anledning det siste halve året før din partner ble gravid eller nå etter at din partner ble gravid?

	Før	Nå
Flere ganger i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 gang i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3 ganger i måneden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindre enn 1 gang pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

62. Hvor ofte er du så fysisk aktiv at du blir andpusten eller svett nå for tiden? (Sett ett kryss for fritid og ett for 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"/>

63. Hvordan har din fysiske aktivitet i fritiden vært det siste året? (Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året. Arbeidsvei regnes som fritid. Besvar begge spørsmålene.)

	Timer pr. uke			
	Ingen	Mindre enn 1	1-2	3 eller mer
1. Lett fysisk aktivitet (ikke svett/andpusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hard fysisk aktivitet (svett/andpusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. Angi bevegelse og kroppslig anstrengelse i din fritid. Hvis aktiviteten varierer mye for eksempel mellom sommer og vinter, så ta et gjennomsnitt. Spørsmålet gjelder bare det siste året. (Sett kryss i den ruten som passer best.)

Leser, ser på TV eller annen stillesittende beskjeftigelse?

Spaserer, sykler eller beveger deg på annen måte minst 4 timer i uken? (Her skal du også regne med gange/sykling til arbeid, søndagsturer m.m.)

Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid ol., minst 4 timer i uken? (Merk at aktiviteten skal vare minst 4 timer i uken.)

Trener hardt eller driver konkurranseidrett regelmessig og flere ganger i uken.

65. Har du noen gang brukt noen av de følgende stoffene? (Kryss av for hver linje.)

	Aldri	Tidligere	Det siste halve året før din partner ble gravid	Nå for tiden
1. Anabole steroider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Testosteronpreparater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Veksthormon (eks. Genotropin/Somatropin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Litt om hvordan du har det nå

66. Har du i løpet av de 2 siste ukene vært plaget med noe av det følgende? (Kryss av for hver linje.)

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
1. Stadig redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nervøsitet, indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mye bekymret eller urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Følelse av at alt er et slit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Føler deg anspent eller oppjaget.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Plutselig frykt uten grunn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Har du noen gang tidligere i livet i en sammenhengende periode på 2 uker eller mer: (Kryss av for hver linje.)

	Nei	Ja
1. Følt deg deprimert, trist nedfor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hatt problemer med matlysten eller spist for mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vært plaget av kraftløshet eller mangel på overskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Virkelig bebreidet deg selv og følt deg verdiløs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hatt problemer med å konsentrerer deg eller hatt vanskeligheter for å ta beslutninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hatt minst 3 av de problemene som er nevnt ovenfor samtidig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Hvis du har hatt 3 eller flere av disse problemene samtidig:

+

Hvor mange ganger har dette forekommet?

ganger

Hvor lenge varte den lengste perioden?

uker

+

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

	Svært enig	Enig	Uenig	Svært uenig
1. Jeg har en positiv holdning til meg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg føler meg virkelig ubrukelig til tider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 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"/>

+

70. Beskriv deg selv slik du generelt er: (Kryss av for hver linje.)

	Svært uenig	Nokså uenig	Verken eller	Nokså enig	Svært enig
1. Liver opp i et selskap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bryr meg lite om hvordan andre har det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Er alltid godt forberedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Blir lett stresset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har et rikt ordforråd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Snakker ikke mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Er interessert i andre mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Legger igjen ting rundt omkring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Er avslappet mesteparten av tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Har problemer med å forstå abstrakte idéer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Føler meg vel sammen med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Fornærmer folk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Er oppmerksom på detaljer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bekymrer meg for mange ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Har en livlig fantasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Holder meg i bakgrunnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Har medfølelse med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Roter ofte til ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Føler meg sjelden nedfor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Er ikke interessert i abstrakte idéer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tar initiativ til samtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Er ikke interessert i andres problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Får oppgaver unnagjort med en gang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Lar meg lett forstyrre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Har utmerkede idéer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Har lite å si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Er godhjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Glemmer ofte å sette ting tilbake på plass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Blir lett opprørt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Har ikke god forestillingsevne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

forts. neste side

+	+	Svært uenig	Nokså uenig	Verken eller	Nokså enig	Svært enig
31. Snakker med mange mennesker i selskaper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Er egentlig ikke interessert i andre mennesker		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Liker orden og ryddighet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Skifter mye i humør		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Er rask til å forstå ting		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Liker ikke å tiltrekke meg oppmerksomhet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Tar meg tid å stille opp for andre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Skulker unna plikter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Har ofte humørsvingninger		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Bruker ofte vanskelige ord		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Har ingenting imot å være midtpunkt for oppmerksomhet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Er oppmerksom på andres følelser		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Gjør ting etter planen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Blir lett irritert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Bruker tid til å tenke over ting		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Er stille sammen med fremmede		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Får andre til å føle seg vel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Er grundig i mitt arbeid		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Føler meg ofte nedstemt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Er full av idéer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

71. Kryss av om du er enig eller uenig i de følgende påstandene. (Kryss av for hver linje.)

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken eller	Litt enig	Enig	Helt enig
1. 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"/>
2. Livsbetingelsene 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"/>
3. 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"/>
4. 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"/>
5. 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"/>

72. Følelse av uro og rastløshet det siste halvåret. (Kryss av for hver linje.)

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Veldig ofte
1. Hvor ofte har du vansker med å få gjort ferdig de siste detaljer av en oppgave, når den utfordrende delen er gjennomført?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hvor ofte har du vanskelig for å få plassert saker i riktig rekkefølge når du arbeider med oppgaver som krever organisering?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Når du har en oppgave som trenger mye gjennomtenkning, hvor ofte unngår eller utsetter du å begynne med den?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hvor ofte har du vanskeligheter med å huske avtaler eller forpliktelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Når du må sitte stille over lengre tid, hvor ofte beveger du hender og føtter på en urolig og rastløs måte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hvor ofte føler du deg overaktiv og tvunget til å gjøre ting som om du er drevet av en motor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

73. Har du i løpet av de siste 12 månedene opplevd noe av det følgende? (Kryss av for hver linje.)

	Nei	Ja	
1. Problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+
2. Økonomiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Ble skilt, separert eller avbrøt samliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Problemer eller konflikter med familie, venner eller naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Alvorlig bekymring for om det er noe galt med barnet vi venter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Alvorlig sykdom eller skade (deg selv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. En av dine nærmeste har vært alvorlig syke eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Alvorlig trafikkulykke, boligbrann eller grovt tyveri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Mistet en som står deg nær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Blitt presset til seksuelle handlinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Har vært utsatt for fysisk vold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Annet, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

+

74. Hvor enig er du i disse beskrivelsene av ditt forhold til ektefelle/samboer/partner? (Kryss av for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
1. 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"/>
2. Jeg er lykkelig i mitt parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Min partner er generelt forståelsesfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 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"/>
5. 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"/>

75. Har du noen utenom ektefelle/samboer/partner som du kan søke råd hos i vanskelige situasjoner?

- Nei
 Ja, 1-2 personer
 Ja, flere enn 2 personer

76. Hvor ofte treffer du, eller snakker i telefonen med familie (utenom husholdningen) eller nære venner?

- En gang i måneden eller sjeldnere
 2-8 ganger i måneden
 Mer enn 2 ganger i uken

77. Føler du deg ofte ensom?

- Nesten aldri
 Sjelden
 Av og til
 Som regel
 Nesten alltid

+

78. I ditt daglige liv, hvor ofte opplever du følgende? (Kryss av for hver linje.)

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Veldig ofte
1. Føler deg glad for noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Føler deg lykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Føler deg oppstemt som om alt går din vei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Føler at du vil skrike til noen eller slå løs på noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Føler deg sint, irritert eller ergrer deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Føler deg rasende på noen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

Er det noe du gjerne vil fortelle oss, setter vi stor pris på om du noterer det på neste side.

+

