

ABIS (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär B. 1-årsuppföljning

Barnets födelsenummer -

Använd STORA BOKSTÄVER i text. Sätt X i rutor vid flervalsfrågor. Använd kulspets (svart eller blå) och ändra inte!

Ask for help if you do not understand Swedish

1 Barnets nuvarande ålder i månader mån

2 Barnets nuvarande vikt och längd?
, vikt i hg längd i cm

MALL FÖR NUMRERING AV VARIABLERNA I SPSS b-

3 Förekom några komplikationer i nyföddhetsperioden (första månaden av livet)?

- | | Ja | Nej | Vet ej |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a infektioner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b andningsproblem/ lungsjukdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c gulsot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d ljusbehandling mot gulsot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e blodtransfusion/ blodbyte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f Rh-immunisering | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g annan blodgrupps-immunisering | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6 När fick barnet tillägg/modersmjölksersättning/välling för första gången?

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 8 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 9 eller mer |

7 Fick barnet något tillägg/välling som inte innehöll komjölk?

- Ja Nej Vet ej

Om ja, när för första gången?

- 7b Månad
- | | | |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 8 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 9 eller mer |

4 Har barnet haft några av följande sjukdomar i åldern 1-12 månader?

- | | Ja | Nej | Vet ej |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a övre luftvägssjukdomar/ förkylning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b öroninflammation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c sjukdom i nedre luftvägarna (lunginflammation, luftrörskatarr) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d maginfluensa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e någon annan infektion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f annan sjukdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om ja, vad? 4 text

Barnets uppfödning

5 Hur länge ammadades barnet helt (fick enbart bröstmjölks?). Antal månader

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 8 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 9 eller mer |

10 Vid vilken ålder slutade barnet att ammas?

- Månad
- | | | |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 8 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 9 eller mer |

ABIS (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär B. 1-årsuppföljning

11 Barnets vaccinationer

- | | Ja | Nej | Vet ej |
|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a BCG/Calmette | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| b polio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c stelkramp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d difteri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e mässling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f påssjuka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g röda hund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h hepatit B/gulsot via blodsmitta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i kikhosta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j HIB (hemophilus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k annan vaccination | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vad? 11 text

12 Har barnet haft några infektions-sjukdomar?

- | | Ja | Nej | Vet ej |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| mässling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| röda hund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| påssjuka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vattenkoppor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kikhosta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| annan infektion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vad? _____

13 Har barnet opererats?

- | | Ja | Nej | Vet ej |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a tagit bort halsmandlarna /tonsiller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b någon annan operation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14 Har barnet glucos 6 fosfatbrist/anemi?

- Ja Nej Vet ej

15 Har barnet Talassemi (anemi)

- Ja Nej Vet ej

16 Har barnet fått diabetes

- Ja Nej

16a Om ja, när ställdes diagnosen? (dag, månad, år)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

17 Har barnet fått någon lillebror eller lillasyster

- Ja Nej

Om ja, 2 helsyskon4 halvsyskon 3 adoptivsyskon

 Kanske kan bostadsförhållanden spela roll för hälsan, så därför ställer vi en del frågor:

18 Var har barnet bott under sitt första levnadsår?

- 1 ensligt på landet? 2 i by med upp till 500 inv
 3 i samhälle med 500 - 4 i större samhälle/stad 3000 inv

Gatuadress: ej medPostnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--

Postadress: ej med

19 Vilken typ av bostad har barnet bott i större delen av sitt första levnadsår?

- 1 villa 2 lägenhet/flerbostadshus
 3 annat

20 Hur många har ni bott i samma bostad (barnet inräknat)?

- 4 2 4 5 7 8
 2 3 5 6 8 9
 3 4 6 7

21 Hur många rum har den bostaden (utöver kök)?

- 1 4 7
 2 5 8
 3 6 9

22 Var den bostaden byggd av blå eller grå lättbetong

- Ja Nej Vet inte

ABIS (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär B. 1-årsuppföljn

forts fråga 22

22a tegel eller stenmaterial
 Ja Nej Vet inte

22b trä
 Ja Nej Vet inte

23 Fanns radonproblem i den bostaden?
 Ja Nej Vet inte

24 Förekom fukt eller mögelangrepp i bostaden?

24a Ja Nej Vet inte

24b Om ja, i vilken utsträckning?
 i hög grad måttligt obetydligt

25 Fanns det någon kraftledning i närheten av bostaden?

25a Ja Nej Vet inte

Om ja, inom vilket avstånd?

25b inom 150 m 150-300 m 300-500 m

26 Fanns det någon industri i närheten av den bostaden?

26a Ja Nej Vet inte

Om ja, vilken? (namn eller vilken sort)

26 text

På vilket avstånd låg den från bostaden?

26b inom 150 m 150-300 m 300-500 m

 31 Vistas/vistades barnet hos dagmamma?

31a Ja Nej

31b Om ja, hur många barn (detta barn inräknat) vistas/vistades där?

1 4 7
 2 5 8
 3 6 9 eller fler

31c Om ja, under vilka månader hittills av livet?

Månad
 1-2 7-8
 3-4 9-10
 5-6 11-12

32 Vistas/vistades barnet på daghem?

32a Ja Nej

27 Fanns det någon avfallsanläggning/tipp för avfall i närheten av den bostaden?

27a Ja Nej Vet inte

Om ja, på vilket avstånd?

27b inom 150 m 150-300 m 300-500

28 Varifrån kom det vatten som barnet mestadels druckit?

egen brunn kommunalt vatten vet

29 Har ni haft några inomhusdjur under gångåret?

1 nej, inga 5 marsvin
 2 hund 6 hamster
 3 katt 7 exotiska djur
 4 fågel 8 andra, nämligen ;

SAKNAS

30 Har någon rökt i hemmet

Ja Nej

30a Om ja, vilket antal cigaretter (eller motsvarande) i genomsnitt

1 sporadiskt 2 1-5 cig/d 3 6-10 cig/d
 4 11-15 cig/d 5 16-20 cig/d 6 21-40 cig/d
 7 mer än 40 cig/d

32b Om ja, under vilka månader hittills av livet?

Månad
 1-2 7-8
 3-4 9-10
 5-6 11-12

Om barnet vistats hos dagmamma eller på daghem?

33 Vilken typ av hus är detta?

1 villa 2 lägenhet/flerbostadshus

3 annat

33 text

34 Var det huset byggt av blå eller grå lättbetong?

34a Ja Nej Vet inte

ABIS (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär B. 1-årsuppföljning

forts. fråga 34

34b tegel eller stenmaterial

 Ja Nej Vet inte

34c trä

 Ja Nej Vet inte

35 Fanns radonproblem i det huset?

 Ja Nej Vet inte

36 Förekom fukt eller mögelangrepp i det huset?

a Ja Nej Vet inte

Om ja, i vilken utsträckning?

b i hög grad måttligt obetydligt

37 Fanns det någon kraftledning i närheten av det huset?

a Ja Nej Vet inte

b Om ja, inom vilket avstånd?

 inom 150 m 150-300 m
 300-500 m

38 Fanns det någon industri i närheten av det huset?

a Ja Nej Vet inte

Om ja, vilken? (namn eller vilken sort)

38 text

39 Fanns det någon avfallsanläggning/tipp för avfall i närheten av det huset?

a Ja Nej Vet inte

b Om ja, inom vilket avstånd?

 inom 150 m 150-300 m
 300-500 m

40 Har man haft några inomhusdjur där (hos dagmamman el på daghemmet) under gångna året?

- 1 nej, inga 5 marsvin
2 hund 6 hamster
3 katt 7 exotiska djur
4 fågel 8 andra, nämligen ?

41 Har det förekommit någon epidemisk/smittsam sjukdom, med flera insjuknade i omgivningen, under barnets första levnadsår?

 Ja Nej Vet inte

Om ja, vad/vilken sjukdom

41 text

41b Under vilken/a av barnets levnadsår?

Månad

- 1-2 7-8
 3-4 9-10
 5-6 11-12

42 Har barnet haft någon av följande sjukdomar under sitt första levnadsår?

aldrig 1-2 ggr 3-5 ggr 6 ggr el fler

- a vanlig förkylning
b maginfluensa
c infektion som krävt antibiotika ("penicillin")
d influensa
e komjölksallergi
f eksem
g astma/bronkit (luftvägssjukdom)
h Annan sjukdom? Vad? 42 text

43 Har barnet ätit några mediciner?

 Ja Nej Vet inte

Om ja, vad/vilka

43 text

43b Under vilken månad av livet?

Månad

- 1-2 7-8
 3-4 9-10
 5-6 11-12

44 Har barnet varit med om någon allvarlig eller dramatisk händelse (ex dödsfall, skilsmässa, ny vårdnadshavare el dyl)?

 Ja Nej Vet inte

Om ja, vad/vilka

44 text

44b under vilken månad av livet?

Månad

- 1-2 7-8
 3-4 9-10
 5-6 11-12

ABIS (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär B. 1-årsuppföljning

Kanske kan andra levnadsvanor spela roll för hälsan, så därför ställer vi en del frågor:

45 Har barnet fått AD-droppar?

Ja Nej Vet inte

46 Har barnet ätit någon annan form av vitamin eller mineraltillskott?

Ja Nej Vet inte

Om ja, vad? 46 text

47 Har barnet ätit någon form av järntabletter?

Ja Nej Vet inte

Om ja, vad? 47 text

48 Har barnet börjat äta vanlig mat som övriga familjen äter?

Ja Nej

49 Hur många gånger per dag äter barnet bröd?

0 1-2 3-5 6-10 oftare

50 Hur många gånger per dag dricker/äter barnet mjölk, fil, yoghurt?

0 1-2 3-5 6-10 oftare

51 Vilket fett använder du till barnets mat?

1 smör 3vanligt margarin

2 olja 4flytande margarin

52 Vilket fett använder du till barnets smörgåsar?

smör, bregott, margarin

lättmargarin (ex Lätta, Lätt & Lagom)

inget matfett

53 Hur ofta äter barnet frukt eller bär?

dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

54 Hur ofta äter barnet grönsaker?

dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

55 Hur ofta äter barnet potatis eller rotfrukter?

dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

56 Hur ofta äter barnet insjöfisk?

dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

57 Hur ofta äter barnet Östersjöfisk?

dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

58 Hur ofta äter barnet annan fisk?

dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

59 Hur ofta äter barnet ägg?

dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

60 Hur ofta äter barnet viltkött(ex älg, rådjur)?

dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

61 Hur ofta äter barnet nötkött?

dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

62 Hur ofta äter barnet griskött, fläsk, korv?

dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

63 Hur ofta äter barnet svamp (förutom köpta champinjoner)?

dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

64 Hur ofta äter barnet vispgrädde el creme fraiche?

dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

65 Hur ofta äter barnet choklad?

dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

66 Hur ofta äter barnet annat godis?

dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

67 Hur ofta äter barnet chips eller ostbågar?

dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

68 Hur ofta äter barnet kaffebröd, kakor, tårta?

dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

69 Hur ofta äter barnet stekt potatis eller pommes frites?

dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

ABIS (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär B. 1-årsuppföljning

Risken att ett barn får en kronisk eller allvarlig sjukdom är inte stor men finns.

70 Hur brukar du känna dig inför
möjligheten att ditt barn trots allt skulle
kunna få en kronisk eller allvarlig
sjukdom i framtiden?

mycket lugn

mycket orolig

71 Hur påverkas du av att delta i en
sådan här omfattande uppföljning av
ditt barn?

Jag blir

mycket lugnare

mycket oroligare

Ev kommentärer:

TACK FÖR HJÄLPEN!

Plats för etikett

--	--	--	--	--	--	--	--

ABIS (Alla Barn i Sydöstra Sverige) – Frågeformulär B. 1-årsuppföljning

Barnets födelsennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Använd STORA BOKSTÄVER i text. Sätt X i rutor vid flervalsfrågor. Använd kulspets (svart eller blå) och ändra inte!
Ask for help if you do not understand Swedish

forts fråga 78

72 Vid vilken ålder (månad) fick Ditt barn välling för första gången?

- Månad
 1 4 7
 2 5 8
 3 6 9 eller mer

Vilken sorts välling var det?

72 text

73 Hur ofta äter Ditt barn välling numera?

- dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

74 Om ja, vilken sort?

- 1 Välling, fr 6 mån 5 Välling 2, fr 6 mån
2 Havreväll., fr 6m 6 Majsväll., fr 6 mån
3 Plusväll., fr 6 m 7 Risväll., fr 6 mån
4 Välling 3, fr 8 m 8 Extra mild fullkornsvälling fr.8 mån
9 Mild fullkornsvälling fr 8-10 mån
10 Fullkornsvälling fr 12mån
11 Fullkornsvälling fr 12-18 mån

12 Annan sort? 74 text

75 Hur serveras i så fall vällingen?

- 1 i kopp eller mugg
2 i tallrik 3 i nappflaska

76 Vid vilken ålder fick Ditt barn gröt för första gången?

- Månad
 1 4 7
 2 5 8
 3 6 9 eller mer

77 Hur var denna gröt tillagad?

- hemlagad färdig barngröt

78 Vilken sorts gröt var det?

- Hemlagad
1 Havregrynsgröt 4 Mannagrynsgröt
2 Risgrynsgröt 5 Polentagröt
3 Bovetegröt

Annan.Vad? 78 text

78b Färdig barngröt

- 1 Mild Majs-Havreg Mild Havregröt
2 Risgröt 7 Risgröt m päronsmak
3 Havreg m.äpple 8 Äppel-pärongröt
4 Lättgröt Äpple/Banan/Ananas
5 Fruktgröt 9 Mild fullkornsgröt

10 Annan.Vad? 78b text

79 Hur ofta äter Ditt barn gröt numera ?

- dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

80 Hur är denna gröt tillagad?

- hemlagad färdig barngröt

81 Vilken sort äter barnet oftast?

- Hemlagad
1 Havregrynsgröt 4 Mannagrynsgröt
2 Risgrynsgröt 5 Polentagröt
3 Bovetegröt
6 Annan.Vad? 81a text

Färdig barngröt

- 81b
1 Mild Majs-Havreg Mild Havregröt
2 Risgröt 7 Risgröt m päronsmak
3 Havreg m.äpple 8 Äppel-pärongröt
4 Lättgröt Äpple/Banan/Ananas
5 Fruktgröt 9 Mild fullkornsgröt

10 Annan.Vad? 81b text

82 Serveras mjölk till gröten?

- a Ja Nej

82b Om Ja,
 standard mellan lätt

83 Serveras mjölkersättningsprodukt till gröten?

- Ja Nej

84 Om ja, vilken sort?

- 1 Soja Semp 3 Nutramigen
2 Pro Sobee 4 Profylac

5 Annan.Vad? 84 text

85 Hur serveras i så fall mjölken eller mjölkersättningsprodukten till gröten?

- i kopp eller mugg på tallrik



ABIS (Alla Barn i Sydöstra Sverige) - Frågeformulär B. 1-årsuppföljning

86 Vid vilken ålder (månad) fick Ditt barn smakportion av mat för första gången?

Månad

1 2 4 5 7 8

2 3 5 6 8 9

3 4 6 7 9 10 eller mer

Vad fick barnet smaka?

86 text

87 Har ditt barn fått äta burkbarnmat?

Ja Nej

87b Om Ja, vid vilken ålder (månad) fick Ditt barn burkmat för första gången?

Månad

2 5 8

3 6 9

4 7 10 eller mer

88 Vad fick barnet då äta?

1 maträtt

2 grönsakspuré 3 fruktpuré

89 Hur ofta äter Ditt barn burkbarnmat (alla sorter) numera?

1 aldrig 2 1-3 ggr/mån 3 1-3ggr/v

4 4-6 ggr/v 5 7-10 ggr/v

6 10-14ggr/v 7 15ggr/v eller fler

90 Vilken sorts burkbarnmat äter Ditt barn oftast?

1 Maträtt 5 Maträtt 250g/260g

2 Duo-rätt, maträtt 6 Grönsakspuré

3 Fruktpuré 7 Nästan färdig middag

4 Duo-rätt (frukt-yoghurt) 8 = flera svar

91 Har ditt barn fått drickfärdig barndryck?

Ja Nej

92 Om Ja, vid vilken ålder (månad) fick Ditt barn drickfärdig barndryck första gången?

Månad

1 2 4 5 7 8

2 3 5 6 8 9

3 4 6 7 9 10 eller mer

93 Vilken sorts barndryck fick Ditt barn ?

1 Morotsdryck 4 Äppledryck

2 Pärondryck 5 Fruktdryck

3 Vindruvsdryck 6 Katrinplommondryck

7 Annan. Vad?

93 text

94 Hur ofta dricker Ditt barn drickfärdig barndryck numera?

1 aldrig 2 1-3 ggr/mån 3 1-3ggr/v

4 4-6 ggr/v 5 7-10 ggr/v

6 10-14ggr/v 7 15ggr/v eller fler

95 Vilken sorts barndryck dricker Ditt barn i så fall oftast?

1 Morotsdryck 4 Äppledryck

2 Pärondryck 5 Fruktdryck

3 Vindruvsdryck 6 Katrinplommondryck

7 Annan. Vad?

95 text
8 = flera svar

96 Vid vilken ålder (månad) fick Ditt barn mjölk för första gången?

Månad

1 4 7

2 5 8

3 6 9 eller mer

97 Hur ofta dricker Ditt barn mjölk numera?

1 aldrig 2 1-3 ggr/v 3 4-6ggr/v

4 1 gång/dag 5 2 ggr/dag

6 3 ggr/d 7 4 ggr/d eller fler

98 Om Ditt barn aldrig dricker mjölk, beror det på?

1 fick ont i magen 4 laktosintolerans

2 fick hudutslag 5 blivit avrättad

3 komjölksallergi 6 tror mjölk är skadligt

98b Vid vilken ålder (månad) fick Ditt barn yoghurt/filmjölk för första gången?

Månad

1 4 7

2 5 8

3 6 9 eller mer

99 Hur ofta dricker/äter Ditt barn yoghurt/filmjölk numera?

1 aldrig 2 1-3 ggr/v 3 4-6ggr/v

1 gång/dag 2 ggr/dag

3 ggr/d 4 ggr/d eller fler

100 Serveras något till yoghurt/filmjölken?

flingor müsli knäckebröd

Om ja, vilken sort?

100 text

101 Hur ofta äter barnet ost?

dagl 3-5 ggr/v 1-2 ggr/v mera sällan

--	--	--	--	--	--

ABIS (Alla Barn i Sydöstra Sverige) – Frågeformulär B. 1-årsuppföljning

102 Ungefär när på kvällen brukar Du lägga Ditt barn för att sova för natten?
Klockan

- 1 16 2 17 3 18
 19 20 21
 22 23 24 eller senare

103 Ungefär när på morgonen brukar Du/ ta upp Ditt barn?
Klockan

- 1 04 2 05 3 06
 07 08 09
 10 11 12 eller senare

104 Hur många gånger brukar ditt barn vakna på natten?

- 1 aldrig 2 1 gång 3 2 ggr
 3 ggr 4 ggr
 5 ggr 6 ggr eller fler

105 Om Ditt barn brukar vakna på natten vad tror Du det oftast beror på?

- 1 hungrig verkar ha ont
2 orolig väcks av syskon
3 väcks av förälder höga ljud, buller

106 Hur ofta äter barnet på natten?

- 1 aldrig 2 1 gång 3 2 ggr
 3 ggr 4 ggr
 5 ggr 6 ggr eller fler

107 Om Ditt barn inte längre äter nattmål, vid vilken ålder slutade det?

Månad

- 1 1-2 2 3 3 4
 5 6 7
 8 9-10 11 eller mer

108 Hur upplever du att Ditt barn sover om natten?

mycket bra

mycket dåligt

109 Yrkesarbetar Du för närvarande?

- Ja Nej

110 Om Du inte yrkesarbetar, vad är orsaken?

- 1 mammaledig sjukskriven
2 arbetslös utbildning pågår
3 vill inte Annat skäl

111 Om Du yrkesarbetar, vilka arbetstider har du?

- 1 dagtidsarbete tvåskiftsarbete
2 treskiftsarbete annan typ av skift
3 ständigt natt schemalagt oregelb.
7 Annat oregelbundet

112 Yrkesarbetar Din man för närvarande?

- Ja Nej

113 Om han inte yrkesarbetar, vad är orsaken?

- 1 pappaledig sjukskriven
2 arbetslös utbildning pågår
3 vill inte Annat skäl

114 Om Din man yrkesarbetar, vilka arbetstider har han?

- 1 dagtidsarbete tvåskiftsarbete
2 treskiftsarbete annan typ av skift
3 ständigt natt Annat oregelbundet

115 Med tanke på Ditt barns tillväxt undrar vi om Dig och Barnets far?

a Din vikt nu kg

b Din längd nu cm

c Pappans vikt. kg

d Pappans längd cm

116 Har Ditt barn haft mask i magen?

- 3-5 ggr 2 ggr 1 gång aldrig

b Om ja, vet du vilken/a sort/er?

- 1 springmask 2 spolmask
3 Annan sort 4 Vet ej

--	--	--	--	--	--

ABIS (Alla Barn i Sydöstra Sverige) – Frågeformulär B. 1-årsuppföljning

140 Under det senaste halvåret har jag känt mig tröttare än vanligt

stämmer inte alls stämmer mycket bra

141 Efter att ha fått barn kan jag nästan aldrig längre göra de saker som jag själv tycker om

stämmer inte alls stämmer mycket bra

142 Efter att ha fått barn tillbringar vi mycket mindre tid tillsammans som familj, än vad jag hade väntat mig

stämmer inte alls stämmer mycket bra

143 Att vara förälder är lättare än vad jag trodde

stämmer inte alls stämmer mycket bra

144 Nu för tiden har jag en positiv syn på livet

stämmer inte alls stämmer mycket bra

145 Jag känner mig ensam och utan vänner

stämmer inte alls stämmer mycket bra

146 Jag ger upp mer än vad jag tidigare hade trott var nödvändigt av mitt eget liv, för att kunna möta barnets/ns behov

stämmer inte alls stämmer mycket bra

147 Jag och min make/sambo försöker att också få tid över för varandra

stämmer inte alls stämmer mycket bra

148 Jag känner ofta att jag inte kan klara av saker och ting så bra

stämmer inte alls stämmer mycket bra

149 Sätt kryss för det alternativ som stämmer bäst för dig! Jag tycker att jag

- är en mycket bra förälder
- är en bra förälder
- är en medelbra förälder
- har vissa problem med att vara förälder
- inte är en speciellt bra förälder

150 Sätt kryss för det alternativ som stämmer bäst för dig! Efter att ha fått barn har jag

- varit sjuk mycket oftare än tidigare
- varit sjuk något oftare än tidigare
- varit sjuk i ungefär samma utsträckning som tidigare
- varit friskare än tidigare
- varit mycket friskare än tidigare

 Är det något som Du, mamma, varit upprörd över eller orolig för under barnets första tre månader? Det kan vara vad som helst t.ex sjukdom, handikapp, övergrepp, fördröjd utveckling, något som inte berörs i frågeformuläret. Skriv fritt!

Under barnets 3:e - 6:e månad

--	--	--	--	--	--

ABIS (Alla Barn i Sydöstra Sverige) – Frågeformulär B. 1-årsuppföljning

Är det något som Du, mamma, varit upprörd över eller orolig för under barnets senaste halvår? Det kan vara vad som helst t.ex sjukdom, handikapp, övergrepp, fördröjd utveckling, något som inte berörs i frågeformuläret. Skriv fritt!

Barnets 6:e - 12:e månad?

151 Hur trivdes Du med att vara förälder under barnets första tre månader?

mycket bra mycket dåligt

153 Hur trivdes Du med att vara förälder då barnet var 6-12 månader gammalt?

mycket bra mycket dåligt

152 Hur trivdes Du med att vara förälder då barnet var 3-6 månader gammalt?

mycket bra mycket dåligt

Är det något som Barnets pappa varit upprörd över eller orolig för under barnets första 3 månader, eller 3-6 mån eller 6-12 månader?

Ev. kommentarer:

Tack för hjälpen!