

# Den norske **mor og barn**-undersøkelsen



+

## Spørreskjema 6 – Når barnet er 36 måneder

+

I dette spørreskjemaet stiller vi en del spørsmål som du kanskje vil kjenne igjen fra tidligere spørreskjemaer. Vi gjør dette fordi vi ønsker å følge din og barnets utvikling videre. Det er fint om du finner frem barnets Helsekort, slik at du kan benytte opplysningene som står der.

Hvis du synes at et spørsmål er for ubehagelig eller vanskelig å svare på kan du la være å svare på det spørsmålet og gå videre til det neste.

**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 er riktig.
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det.
- I de store boksene skriver du *tall*.

**Det er viktig at du bare skriver i det hvite feltet**

Tall:

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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.**

- 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 på de åpne linjene.
- *Vennligst skriv tydelig med STORE BOKSTAVER.*
- Husk å fylle ut dato for utfylling av skjemaet

|   |
|---|
| 5 |
|---|

**Så snart du har fylt ut dette skjemaet, ber vi om at du sender det tilbake til oss i den vedlagte frankerte svarkonvolutten.**

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

dag

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

måned

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

år

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2010)

+

## Utvikling, sykdom og helse hos barnet

1. Hva er barnets høyde og vekt (uten klær) nå ved 3 år? Dersom du vet barnets høyde og vekt ved 2 år og 15-18 måneders alder, oppgi disse målingene også. (Hvis ikke du vet disse, gå videre til neste spørsmål.) Oppgi dato for målingene og kryss av om du har foretatt målingene selv.

|                | Dato for måling                                       |       |    | Lengde  |  | Vekt |   | Målt selv |  |  |  |  |   |  |    |  |  |  |   |  |    |                          |
|----------------|---|-------|----|---|--|------|---|-----------|--|--|--|--|---|--|----|--|--|--|---|--|----|--------------------------|
| Ca. 3 år       | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |       |    | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |      | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |           |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>,</td><td></td></tr></table> |  |  | , |  | cm | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>,</td><td></td></tr></table> |  |  | , |  | kg | <input type="checkbox"/> |
|                |   |       |    |   |  |      |   |           |  |  |  |  |   |  |    |  |  |  |   |  |    |                          |
|                |   |       |    |   |  |      |   |           |  |  |  |  |   |  |    |  |  |  |   |  |    |                          |
|                |   |       |    |   |  |      |   |           |  |  |  |  |   |  |    |  |  |  |   |  |    |                          |
|                |   | ,     |    |   |  |      |   |           |  |  |  |  |   |  |    |  |  |  |   |  |    |                          |
|                |   | ,     |    |   |  |      |   |           |  |  |  |  |   |  |    |  |  |  |   |  |    |                          |
| Ca. 2 år       | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |       |    | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |      | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |           |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>,</td><td></td></tr></table> |  |  | , |  | cm | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>,</td><td></td></tr></table> |  |  | , |  | kg | <input type="checkbox"/> |
|                |   |       |    |   |  |      |   |           |  |  |  |  |   |  |    |  |  |  |   |  |    |                          |
|                |   |       |    |   |  |      |   |           |  |  |  |  |   |  |    |  |  |  |   |  |    |                          |
|                |   |       |    |   |  |      |   |           |  |  |  |  |   |  |    |  |  |  |   |  |    |                          |
|                |   | ,     |    |   |  |      |   |           |  |  |  |  |   |  |    |  |  |  |   |  |    |                          |
|                |   | ,     |    |   |  |      |   |           |  |  |  |  |   |  |    |  |  |  |   |  |    |                          |
| Ca. 15-18 mnd. | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |       |    | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |      | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> |           |  | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>,</td><td></td></tr></table> |  |  | , |  | cm | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>,</td><td></td></tr></table> |  |  | , |  | kg | <input type="checkbox"/> |
|                |   |       |    |   |  |      |   |           |  |  |  |  |   |  |    |  |  |  |   |  |    |                          |
|                |   |       |    |   |  |      |   |           |  |  |  |  |   |  |    |  |  |  |   |  |    |                          |
|                |   |       |    |   |  |      |   |           |  |  |  |  |   |  |    |  |  |  |   |  |    |                          |
|                |   | ,     |    |   |  |      |   |           |  |  |  |  |   |  |    |  |  |  |   |  |    |                          |
|                |   | ,     |    |   |  |      |   |           |  |  |  |  |   |  |    |  |  |  |   |  |    |                          |
|                | dag   | måned | år |   |  |      |   |           |  |  |  |  |   |  |    |  |  |  |   |  |    |                          |

2. Hvor mange måneder var barnet da det tok sine første skritt uten støtte?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

mnd

Går ikke ennå uten støtte.

+

+

Nå følger spørsmål om sykdom og helseproblemer hos barnet. Først spør vi om mer langvarige plager, og deretter om sykdommer og plager av mer forbigående type.

+

### 3. Har barnet hatt langvarig sykdom eller helseproblemer siden barnet var 18 måneder?

| Helseproblem   | + | Nei                      | Ja, har nå               | Ja, hadde tidligere      | Hvis ja, er barnet henvist til spesialist |                          |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
|  |   |                          |                          |                          | Nei                                       | Ja                       |
| 1. Nedsatt hørsel  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nedsatt syn   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Forsinket motorisk utvikling (f.eks. sitter/går sent) |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cerebral parese                                       |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Leddproblemer   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 6. Diabetes  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 7. For liten vektøkning                                  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 8. For stor vektøkning                                   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hjertefeil  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 10. Testiklene ikke kommet ned i pungen                  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 11. Astma  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 12. Allergi i øyne eller nese, f.eks høysnue             |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 13. Atopisk eksem (barneeksem)                           |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 14. Annen eksem  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ofte diare   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ofte magesmerter                                     |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 17. Matallergi/intoleranse                               |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 18. Andre mage-/tarm problemer                           |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 19. Forsinket eller avvikende språkutvikling             |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 20. Søvnproblemer  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 21. Kontaktvansker                                       |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 22. Hyperaktivitet                                       |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 23. Autistiske trekk                                     |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 24. Andre atferdsproblemer                               |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| 25. Annen langvarig sykdom/ tilstand                     |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |

Hvilken da? \_\_\_\_\_

+

### 4. Hvis barnet har vært hos spesialist eller på sykehus, hva viste undersøkelsen?

- Alt var i orden  
 Fortsatt tvil/ utredes videre  
 Har ikke vært til undersøkelse ennå

Fikk diagnose I: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fikk diagnose II: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fikk diagnose III: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. Hvis barnet har en alvorlig eller langvarig sykdom, beskriv eventuelt nærmere:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6. Har barnet ditt vært utsatt for eller vært involvert i en alvorlig hendelse?

Nei  Ja

+

### 7. Hvis ja, beskriv:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 8. Synes du det har påvirket barnets væremåte eller utvikling?

Nei  Ja

+

### 9. Har barnet hatt følgende forbigående sykdom/helseproblem siden det var 18 måneder? +

(Oppgi hvor mange ganger, og om barnet har vært innlagt eller til undersøkelse på sykehus for dette helseproblemet.)

| +   |                          |                          |                      | Hvis ja, har barnet vært innlagt eller til undersøkelse på sykehus? |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------|---|--------------------------|
|   | Nei                      | Ja                       | Antall ganger        | Nei   | Ja                       |
| 1. Forkjølelse .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Halsbetennelse med påviste streptokokker ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Annen halsbetennelse .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ørebetennelse .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Falsk krupp .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bronkitt .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 7. Lungebetennelse .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 8. Omgangssyke/diaré .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 9. Urinveisinfeksjon .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 10. Hjerne(hinne)betennelse / meningitt .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 11. Feberkramper .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 12. Andre kramper (uten feber) .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 13. Skade eller ulykke .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 14. Annet _____                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

### 10. Hvis barnet har vært til undersøkelse eller innlagt på sykehus, oppgi navn på sykehus:

Navn på sykehus: \_\_\_\_\_

Navn på sykehus: \_\_\_\_\_

Navn på sykehus: \_\_\_\_\_

### 11. Har barnet vært henvist til følgende instanser siden 18 måneders alder? +

|  | Nei                      | Ja                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Habiliteringstjenesten .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PP-tjenesten .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barnepsykiatrisk poliklinikk/avdeling .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 12. Har barnet brukt noen medisiner de siste 12 måneder? (Dette gjelder alle typer medisiner, også febernedsettende medisin, naturmedisiner og urtepreparater)

Nei  Ja

+

+

**13. Hvis ja, oppgi navn på medisinene, hvor lenge barnet til sammen har brukt disse medisinene og om det bruker dem nå.**

| Navn på medisin: (Skriv med BLOKKBOKSTAVET) | Varighet av bruk         |                          |                          |                          |                          | Brukes medisinene nå?    |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | 0-2 uker                 | 3-4 uker                 | 1-2 mnd                  | 3-6 mnd                  | 7-12 mnd                 | Nei                      | Ja                       |
| _____                                       | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**14. Har barnet fått noen vaksiner siden du fylte ut forrige skjema (ved ca 18 mnd, evt. ca 6 mnd.)?**

Nei  Ja

+

**15. Hvis ja, oppgi hvilken vaksine og når barnet fikk den.**

+

Type vaksine:

Dato gitt:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| dag                  | måned                | år                   |

**16. Får barnet nå for tiden tran, vitaminer eller annet kosttilskudd?**

+

Ja, daglig      Av og til      Nei

|                                      |                          |                          |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Tran .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Fluortabletter .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Vitaminpreparat, hvilke? _____    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Jerntilskudd, hvilket? _____      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Annet kosttilskudd, hvilke? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Utvikling og mestring hos barnet

I denne delen vil du finne noen spørsmål gjentatt i ulik form. Dette gjør vi slik at vi kan sammenlikne barns utvikling med andre liknende undersøkelser, og prøve ut den beste måten å spørre på. Spørsmålene skal dekke barn som har kommet ulikt langt i utviklingen. Vi ber deg svare på alle spørsmålene så godt du kan, selv om ikke alt passer så godt for ditt barn.

**17. Om barnets motoriske utvikling.** (Kryss av for hver linje.)

|  | Ja                       | Noen ganger              | Ikke ennå                |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Uten å holde seg i noe for å få støtte, kan barnet sparke en ball ved å svinge benet framover? .              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kan barnet ta imot en stor ball med begge hender? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Når barnet tegner, holder det blyanten eller fargestiften mellom fingrene og tommelen slik voksne gjør? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Kan barnet knappe opp en eller flere knapper? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**18. Om barnets språkferdigheter.** (Kryss av for det alternativet som best beskriver barnets vanlige bruk av språk.)

- Snakker ikke ennå
- Snakker, men jeg forstår ikke hva han/hun sier
- Snakker i ett-ords setninger, f.eks. «Melk» eller «Ned»
- Snakker i 2 - 3 ords setninger, f.eks. «Jeg få ball» eller «spise mat»
- Snakker i nokså fullstendige setninger, f.eks. «Jeg har en dukke» eller «Kan jeg få gå ut?»
- Snakker i lange og sammensatte setninger, f.eks. «Når jeg var i parken så lekte jeg» eller «Jeg så en gutt som sto på hjørnet»

+

+

**19. Om barnets kroppsspråk.** (Kryss av på hver linje for det svar du synes passer best for barnet.)

|  | Ja, vanligvis            | Svært sjelden            | Ikke ennå                |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Når du oppmuntrende sier «Hvor er bamsen (eller annen leke)?», vil barnet da peke mot leken selv om den er over 1 meter unna? .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Når du ser ut i rommet og oppstemt og forbauset sier «Neimen, hva skjer?» - snur han/hun ansiktet i samme retning som deg med en gang? .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bruker barnet lyder eller ord samtidig med at han/hun bruker gester (f.eks. når han/hun peker eller strekker hånden mot en ting) .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Viser barnet deg en leke ved å se på deg og holde leken opp mot ansiktet ditt? (f.eks. fra avstand løfter leken mot deg slik at du kan se på den) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**20. Om barnets sosiale mestring.**

(Kryss av for hvert utsagn og angi om du synes det stemmer eller ikke.)

|   | Stemmer ikke             | Stemmer delvis           | Stemmer helt             |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Barnet deler gjerne med andre barn (godteri, leker, fargestift og lignende) .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Barnet er hjelpsomt hvis noen har slått seg, er lei seg eller føler seg dårlig ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Barnet er omtenkstomt, tar hensyn til andre menneskers følelser .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Barnet er snill mot yngre barn .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Barnet tilbyr seg ofte å hjelpe andre (foreldre, andre barn, i barnehagen) .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Barnet er svært oppmerksom når du prøver å lære ham/henne noe nytt .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**21. Om å forstå hva andre sier og selv kunne formidle seg.**

(Kryss av på hver linje for det svar du synes passer best for barnet.)

|  | Ja                       | Noen ganger              | Ikke ennå                |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Uten at du først viser, peker barnet på riktig bilde når du sier «Vis meg kattungen» eller spør «Hvor er hunden»? Barnet trenger bare å peke på ett riktig bilde. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Når du ber barnet peke på øye, nese, hår, føtter, ører og så videre, peker det da riktig på minst sju kroppsdeler? (Barnet kan peke enten på seg selv, på deg eller på en dukke.) .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bruker barnet setninger som består av tre eller fire ord? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Uten at du gir hjelp ved å peke eller vise, hvis du ber barnet: «Legg boken på bordet» og «Sett skoene under stolen», gjør barnet begge deler riktig? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Når dere ser i en billedbok, forteller barnet om hva som skjer eller hva noen gjør på bildet? (For eksempel: Sier barnet «bjeffe», «løpe», «spise» og «gråte»?) Du kan godt spørre «Hva er det hunden (gutten) gjør?» ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Kan barnet fortelle deg minst to ting om en kjent gjenstand? Hvis du f.eks sier: «Fortell meg om ballen din», vil da barnet svare noe slikt som «Den er rund, jeg kan kaste den, den er stor»? ...                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**22. Om kroppsspråk og andre måter å formidle seg til andre.** (Vi spør hvordan barnet vanligvis er. Hvis noe skjer sjelden, f.eks. du bare har sett det skje en eller to ganger, kryss av for nei. Kryss av for hver linje.)

|   | Ja                       | Nei                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Reagerer barnet en av de to første gangene du sier navnet hans/hennes? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hender det at barnet kommer bort til deg med ting for å vise deg noe? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hermer barnet etter deg, for eksempel når du gjør grimaser? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hender det noen gang at barnet bruker pekefingeren og peker for å vise sin interesse for noe? .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Er barnet interessert i andre barn? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hvis du peker på en leke på den andre siden av rommet, ser barnet på den? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Er det lett å få øyekontakt med barnet? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Når noen snakker til barnet, reagerer hun/han da med å se opp, lytte, smile, snakke eller bable? .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Virker det noen gang som om barnet er overømfintlig for lyder (f.eks. holder seg for ørene)? .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Velger barnet bare noen svært få, bestemte leker eller ting selv om du prøver å få han/henne interessert i flere ting? .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Vinker barnet til noen for å hilse eller si adjø? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Tåler barnet å slå seg mye uten at det ser ut til at han/hun bryr seg (har en høy smerteterskel)? .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**23. Om bruk av språk sammen med andre.** (Kryss av for hvert spørsmål om du synes det stemmer for barnet eller ikke.) +

|   | Ja                       | Nei                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Snakker barnet ved å kombinere ord eller bruke setninger? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kan du ha en «samtale» med barnet nå som innebærer at dere tar hver deres tur eller barnet sier noe som bygger videre på det du har sagt? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har barnet noen gang brukt merkelige setninger eller sagt det samme om og om igjen på nesten nøyaktig samme måte? (Det vil si bruke setninger barnet har hørt andre bruke eller noe barnet har funnet på selv) .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Har barnet noen gang kommet med spørsmål eller utsagn som var pinlig? F.eks. har barnet stilt personlige spørsmål eller kommet med kommentarer om andre på upassende tidspunkter? .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Forveksler barnet noen gang pronomenene (dvs. sier «du» eller «han/ hun» i stedet for «jeg»)? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bruker barnet noen ord svært mye og som det virker som om det har funnet på selv, eller uttrykker barnet ting på en merkelig, indirekte eller på en billedlig måte? F.eks. det å si «varmt regn» i stedet for «damp» ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Har barnet noen gang sagt samme ting igjen og igjen på nøyaktig samme måte, eller insistert på at du skal si det samme om og om igjen? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Har barnet noen gang hatt ting det virker som om det må gjøres på en helt spesiell måte eller i en bestemt rekkefølge, eller ritualer barnet må få deg til å følge? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**24. Om væremåte og spesielle ting barn kan finne på å gjøre.** (Kryss av for hvert spørsmål om du synes det stemmer for barnet eller ikke.)

|  | Ja                       | Nei                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 9. Virker ansiktsuttrykket til barnet vanligvis som å passe til den enkelte situasjon, så langt du kan bedømme det? ..   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Har barnet noen gang brukt hånden din som et redskap, eller som om den var en del av hans/hennes egen kropp (f.eks. pekt med din finger, lagt hånden din på dørklinken for å få deg til å åpne døren)? .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Har barnet noen gang hatt noen interesser som opptar det og som kan virke merkelige for andre (f.eks. trafikklys, ledninger eller blader med mye tekst i)? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Har barnet noen gang virket mer interessert i enkelte deler av en leke eller en gjenstand heller enn i å bruke gjenstanden slik den er ment å brukes (f.eks. gjentar å snurre hjulene på en bil heller enn å kjøre med bilen)? ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Har barnet noen gang hatt spesielle interesser som har vært uvanlig intense, selv om de forøvrig har passet for hans/hennes alder og gruppe (f.eks. trikker, dinosaurer/ plastdyr)? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Har barnet noen gang virket uvanlig interessert i å se eller føle på, høre på lyden av, smake eller lukte på ting eller andre personer? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Har barnet noen gang hatt særheter eller merkelige måter å bevege hender eller fingre på, slik som å vifte med eller bevege fingrene foran øynene? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Har barnet noen gang gjort kompliserte bevegelser med hele kroppen, slik som å snurre rundt i ring eller stå og hoppe opp og ned? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Skader barnet noen gang seg selv med vilje, slik som å bite seg i armen eller dunke hodet? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Har barnet noen gang gjenstander som det må bære rundt på? (noe annet enn en myk leke eller et koseteppe) ...  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

**25. Om sosial utvikling og interesse for andre.** (Kryss av for hvert spørsmål om du synes det stemmer for barnet eller ikke.)

|   | Ja                       | Nei                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 19. Har barnet en spesiell venn eller en bestevenn? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Snakker barnet noen ganger til deg bare for å fortelle noe hyggelig (snarere enn for å få noe av deg)? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Hender det barnet spontant etterligner deg (eller andre) eller hermer etter noe du holder på med (f.eks. som å prøve å feie, snekre eller herme det å reparere ting)? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Peker barnet noen gang spontant på ting rundt seg bare for å vise deg dem (ikke fordi det vil ha dem)? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Bruker barnet noen gang gester, utenom å peke eller dra deg i hånden, for å la deg få vite hva det vil? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Nikker barnet når det mener «ja»? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Rister barnet på hodet når det mener «nei»? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Ser barnet vanligvis opp i ansiktet ditt når det gjør ting sammen med deg eller snakker med deg? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Smiler barnet tilbake hvis noen smiler til det? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Viser barnet deg noen gang ting som interesserer det for å vekke din oppmerksomhet? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

+

forts. neste side

| +   | + | Ja                       | Nei                      |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| 29. Tilbyr barnet noen gang å dele andre ting enn mat med deg? .....  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Virker det noen gang som om barnet ønsker at du skal dele hans/ hennes glede over noe? .....  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Prøver barnet noen gang å trøste deg hvis du er lei deg eller har slått deg? .....  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Når barnet vil ha noe eller vil ha hjelp, ser det da på deg og bruker gester sammen med lyder eller ord for å få din oppmerksomhet? .....   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Viser barnet normal variasjon av ansiktsuttrykk? .....  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Slutter barnet seg noen gang spontant til sangleker og prøver å etterlikne handlingene i dem - slik som «Så går vi rundt en enerbærbusk» eller «Bjørnen sover»? .....                             |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Leker barnet noen late som eller liksom-leker? .....  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Virker barnet interessert i andre barn på omtrent samme alder som det ikke kjenner? .....   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Reagerer barnet positivt når et annet barn kommer bort til det? .....   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Hvis du kommer inn i et rom og begynner å snakke til barnet uten å bruke navnet for å få oppmerksomheten, ser det da vanligvis opp og retter oppmerksomheten mot deg bare ved at du prater? ..... |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Leker barnet noen gang fantasileker med et annet barn på en slik måte at du skjønner at de har forstått hva hver av dem forestiller? .....  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Leker barnet med andre i aktiviteter som krever en eller annen form for deltakelse i gruppe med andre barn, slik som gjemsel eller ballspill? .....   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**26. Tap av ferdigheter.** (Er det noe barnet kunne tidligere, men har mistet evnen til?)

|   | Nei                      | Ja                       | Ikke sikker              |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har barnet mistet noen språkferdigheter?<br>(F.eks. brukt enkeltord eller setninger en periode og så sluttet å bruke ordene) .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har barnet mistet noen sosiale ferdigheter?<br>(F.eks. kunne vinke ha-det eller si «hei» for å hilse, og så mistet ferdigheten) .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har barnet utviklet seg til å bli mindre sosial?<br>(F.eks. er vanskeligere å få øyekontakt med, er mindre interessert i andre nå) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Har barnet mistet motoriske ferdigheter?<br>(F.eks. kunne løpe og hoppe og samtidig være stødig, men faller mye mer nå) .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

## Temperament og væremåte hos barnet

**27. Hvordan passer de følgende utsagn på barnets væremåte de siste to månedene?** (Sett ett kryss for hver linje.)

|  | Svært typisk             | Ganske typisk            | Både og                  | Lite typisk              | Ikke typisk              |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Det skal lite til før barnet gråter .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Barnet er alltid på farten .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Barnet vil heller leke med andre enn å leke for seg selv .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Barnet er i aktivitet og løper omkring med en gang det våkner om morgenen. .... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Barnet er svært sosialt .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Det tar lang tid før barnet blir vant til fremmede .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Det skal lite til før barnet hisser seg opp eller blir lei seg .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Barnet foretrekker rolige, stillesittende leker framfor mer aktive .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Barnet liker å være sammen med andre mennesker .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Barnet reagerer intenst når det blir opphisset .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Barnet er vennlig og tillitsfull mot fremmede .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Barnet synes andre mennesker er morsommere enn noe annet .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Barnet klager over at noen klær er for trange .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Barnet blir ute av seg av å vaske ansiktet eller vaske håret .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

+

**28. Dette er en liste over barns atferd og væremåte i alderen fra 2-3 år. Noe er forbigående mens noe fortsetter over lengre tid. Hvordan passer de følgende utsagn på barnets væremåte de siste to månedene?**

(Sett ett kryss for hver linje.)

| +   | Passer ikke              | Passer litt/<br>noen ganger | Passer godt/ofte         |
|---|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Redd for å prøve nye ting  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kan ikke konsentrere seg, være oppmerksom lengre tid av gangen               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kan ikke sitte stille, er urolig eller overaktiv                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tåler ikke å vente, vil ha alt med en gang                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 5. Klenger på voksne, eller er for avhengig                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 6. Forstoppelse, treg avføring  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 7. Trassig  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ønsker må oppfylles umiddelbart  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 9. Blir urolig av enhver forandring i rutiner/vaner                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 10. Vil ikke sove alene   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 11. Spiser dårlig   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 12. Det merkes ikke på barnet når hun/han har gjort noe galt                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 13. Spiser eller drikker ting som ikke er mat (se bort fra godteri og søtsaker) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 14. Kommer ofte opp i krangel   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 15. Legger seg bort i alt mulig   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 16. Blir for urolig når adskilt fra foreldrene                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 17. Slår andre  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 18. Er klossete eller har dårlig koordinasjon                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 19. Grensesetting endrer ikke hans/hennes atferd                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 20. Skifter raskt fra en aktivitet til en annen                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 21. Motsetter seg å legge seg om kvelden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 22. Magesmerter (uten medisinsk grunn)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 23. Veksler raskt mellom tristhet og oppstemthet                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 24. For redd eller engstelig  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 25. Kaster opp (uten medisinsk grunn)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 26. Barnet viser ikke glede over å spise mat (se bort fra godteri og søtsaker)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |

+

**29. Her følger flere utsagn om barns adferd og væremåte. Igjen spør vi hvordan du synes utsagnene passer for barnet ditt de siste to månedene? (Sett ett kryss for hver linje.)**

|  | Passer ikke              | Passer litt/<br>noen ganger | Passer godt/ofte         |
|--|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Blir distraheret eller avledet av ytre stimuli (av lyder eller hendelser)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har vanskelig for å vente på sin tur  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har vansker med å holde oppmerksomheten i oppgaver eller aktiviteter  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 4. Er overdrevent pratsom  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 5. Gjør ingen forskjell mellom voksne, oppfører seg likt overfor alle  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 6. Vil vandre etter andre voksne selv om de er fremmede  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ser ikke ut til å høre etter når han/hun blir snakket til   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 8. Har en vane med å rulle med hodet eller lage nynnelyder   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 9. Har en svært variabel dagsform  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 10. Er veldig passiv, trenger hjelp for å komme i gang   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 11. «Tester» ut andre barn for å se om de blir sinte   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 12. Blir aggressiv når han / hun er frustrert  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 13. Har rykninger eller vridning i kroppen som synes å være vanskelig å kontrollere, (f.eks. ved øynene, munnen, nesen eller i bena) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 14. Slår, dytter, sparker og biter andre barn (ikke inkluder søsken)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 15. Er svært engstelig for å bli skitten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 16. Vil at ting skal være rene og ordentlige   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 17. Setter leker eller ting i en bestemt orden/ rekkefølge om og om igjen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 18. Våkner om natten og trenger hjelp for å sovne igjen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 19. Blir fortvilet når du går ut og han/hun skal passes av familie eller en kjent barnepasser  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |

+

+

forts. neste side



+

Passer ikke Passer litt/ noen ganger Passer godt/ofte

|   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. Gjør forbudte ting for å få oppmerksomhet fra voksne .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Synes å ha det mindre moro enn andre barn .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Er svært bråkete. Roper og skriker mye .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Er ulydig eller i opposisjon, (f.eks. nekter å gjøre ting du ber om) .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Kommer bort til deg når noe skjer som gjør han/henne redd eller engstelig ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Stikker av når dere er utendørs .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Synes å ha lite overskudd / energi .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Er svært kresen med hensyn til mat .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Synes å være ulykkelig, trist eller nedstemt .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Våkner flere ganger om natten .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 30. Om barnets spisevaner og matlyst, og hvordan du forholder deg til det.

+

Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig Helt enig

|   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Jeg må forsikre meg om at barnet ikke spiser for mye søtsaker (f.eks. godteri, is eller kake, søt kjeks) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jeg må forsikre meg om at barnet ikke spiser for mye fet mat .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Jeg må forsikre meg om at barnet ikke spiser for mye av hans/ henne favorittmat .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Jeg holder med hensikt noen typer mat unna barnet .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Jeg gir søtsaker (f.eks. godteri, iskrem eller kaker) til barnet som belønning for god oppførsel .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Jeg tilbyr barnet hans/ hennes favorittmat som belønning for god oppførsel .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hvis jeg ikke regulerer barnets spising, ville han/ hun spist alt for mye usunn mat .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hvis jeg ikke regulerer barnets spising, ville han/ hun spist alt for mye av sin favorittmat .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Barnet bør (skal) alltid spise opp all maten på tallerken sin .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Jeg må passe spesielt på for å være sikker på at barnet spiser nok .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Hvis barnet sier «jeg er ikke sulten» prøver jeg likevel å få han/ henne til å spise .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Hvis jeg ikke regulerte barnets spising ville han/ hun spist alt for lite. ....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 31. Om bekymringer.

+

Nei Ja

|   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Er du bekymret fordi barnet er krevende og vanskelig å ha med å gjøre? .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har du noen gang lurt på om barnet har nedsatt hørsel? .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har andre (familie, barnehage, helsesøster) uttrykt bekymring for barnets utvikling? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Er du bekymret fordi barnet er svært lite interessert i å leke med andre barn? .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Har du annen bekymring for barnets helse? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis ja, beskriv .....

## Barnets hverdag og miljø

### 32. Bor du sammen med barnets far?

 Nei  Ja

+

### 33. Hvis nei, hvor mye er barnet sammen med henholdsvis mor og far?

|                                       | Mor                      | Far                      |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mer enn halvparten av tiden .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Omtrent halvparten av tiden .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Minst en gang i uken .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Minst en gang i måneden .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sjeldnere enn en gang i måneden ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aldri .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 34. Hvor ofte børstes barnets tenner?

- 2 ganger per dag eller oftere  
 En gang per dag  
 Av og til  
 Aldri

### 35. Brukes fluortannkrem på børsten?

- Nei  
 Av og til  
 Ja, vanligvis

+



**43. Hvor ofte spiser barnet følgende nå for tiden?** (Velg den hyppighet som i gjennomsnitt passer best.) +  
(Sett ett kryss for hver linje.)

|   | 1 gang<br>i mnd. el.<br>sjeldnere | 2-3<br>ganger<br>per mnd. | 1 gang<br>per uke        | 2 ganger<br>per uke      | 3 ganger<br>per uke      | 4 ganger<br>per uke      | 5 el. flere<br>ganger<br>per uke |
|---|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| 1. Kjøtt, kjøttkaker, pølser ol. ....             | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 2. Fet fisk (Laks, sild ol.) ....                 | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 3. Mager fisk (Torsk, sei ol.) ....               | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 4. Fiskepudding, fiskekaker, fiskeboller ol. .... | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 5. Suppe ....                                     | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 6. Pannekake ....                                 | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 7. Poteter ....                                   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 8. Pasta, spagetti, nudler ....                   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 9. Pizza ....                                     | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 10. Ris ....                                      | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 11. Kokte grønnsaker ....                         | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 12. Rå grønnsaker, salat ....                     | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |

## Spørsmål om deg selv

**44. Hvilken sivilstand har du nå?**

- Gift                       Separert/skilt  
 Samboer                 Enke  
 Enslig                     Annet

**45. Er du i lønnet arbeide nå for tiden?**

- Nei (gå til spørsmål 49)  
 Ja                    Antall timer vanligvis per uke:  ,

**46. Hvilken arbeidsordning har du?** (Sett eventuelt flere kryss.)

- Fast dagarbeid +  
 Skiftarbeid/turnusordning  
 Fast ettermiddags/kveldsarbeid  
 Ingen fast (ekstrahjelp, ekstravakt, vikar ol)  
 Fast nattarbeide

**47. Hvor mange dager har du til sammen vært borte fra arbeidet siste år (se bort fra ferie og avspasering)?**

dager

**48. Hva var årsaken?** (Sett eventuelt flere kryss.)

- Permisjon  
 Egen sykdom, hvilken \_\_\_\_\_  
 Sykt barn  
 Annet

**49. Føler du deg ofte ensom?**

- Nesten aldri  
 Sjelden  
 Av og til  
 Som regel  
 Nesten alltid

**50. Har du noen utenom din ektefelle/samboer/partner som du kan søke råd hos i en vanskelig situasjon?**

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

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

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

**52. Har du noen ganger siden du ble gravid med dette barnet i en sammenhengende periode på to uker eller mer.....**  
(Sett eventuelt flere kryss for hver linje.)

|   | Nei                      | Ja, i<br>svanger-<br>skapet | Ja, første<br>året etter<br>fødselen | Ja,<br>siste<br>2 år     |
|---|--------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| 1. Følt deg deprimert, trist, nedfor? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hatt problemer med matlysten eller spist for mye? .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| 3. Vært plaget av kraftløshet eller mangel på overskudd? .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| 4. Virkelig bebredet deg selv og følt deg verdiløs? .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hatt problemer med å konsentrere deg eller hatt vanskelig med å ta beslutninger? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hatt minst 3 av problemene som er nevnt ovenfor samtidig? .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |

## 53. Er du gravid nå?

- Nei  Ja

+

+

## 54. Har du hatt langvarig sykdom eller helseplage som har oppstått de siste 3 årene?

## Fysisk plage:

- Nei
- Ja, før, beskriv: \_\_\_\_\_
- Ja, nå, beskriv: \_\_\_\_\_

## Psykisk plage:

- Nei
- Ja, før, beskriv: \_\_\_\_\_
- Ja, nå, beskriv: \_\_\_\_\_

## 55. Har du selv vært til undersøkelse på sykehus de siste 3 årene?

- Nei
- Ja, hvilket sykehus? \_\_\_\_\_

## 56a. Har du lekkasje av urin i forbindelse med hosting, nysing, latter eller tunge løft nå for tiden?

- Ja
- Nei

+

## 56c. Hvor ofte har du urinlekkasje nå for tiden?

- Aldri
- Sjeldnere enn en gang pr. måned.
- En eller flere ganger pr. måned
- En eller flere ganger pr. uke
- Hver dag og/eller hver natt

## 56b. Har du lekkasje av urin i forbindelse med plutselig og sterk vannlatingstrang nå for tiden?

- Ja
- Nei

## 56d. Hvor mye urin lekker du vanligvis hver gang nå for tiden?

- Lekker aldri
- Dråper eller lite
- Små skvetter
- Større mengder

57. Hvor fysisk aktiv er du? Her spør vi om ulik varighet av aktiviteter der du blir anpusten eller svett. Hvor ofte hender dette? Ta med aktiviteter både hjemme og på arbeid. (Sett ett kryss for hver linje.)

Hvor ofte

| Varighet av aktivitet der du blir anpusten eller svett | Hvor ofte                |                           |                          |                          |                          |                            |
|--|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  | Aldri                    | Mindre enn 1 gang per uke | 1 gang per uke           | 2 ganger per uke         | 3-4 ganger per uke       | 5 ganger eller mer per uke |
| Mindre enn 30 minutter .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| Mellom 30-60 minutter .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| Mer enn 60 minutter .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

## 58. Alt i alt, hvordan vil du karakterisere din fysiske helse?

- Meget god
- God
- Dårlig
- Svært dårlig

+

## 59. Røyker du nå for tiden?

- Røyker ikke
- Røyker av og til - antall sigaretter per uke:
- Røyker daglig - antall sigaretter daglig:

## 60. Bruker du:

- Skrå/tyggetobakk/ snus
- Nikotintyggegummi
- Nikotinplaster
- Nikotininhalator

## 61. Hvor ofte drikker du alkohol nå for tiden?

- Omtrent 6-7 ganger per uke
- Omtrent 4-5 ganger per uke
- Omtrent 2-3 ganger per uke
- Omtrent 1 gang per uke
- Omtrent 1-3 ganger per måned
- Sjeldnere enn 1 gang per måned
- Aldri

+

**62. Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol?** (Kryss av både for helgen og hverdager)  
(Se forklaring nedenfor om enheter alkohol.)

|                      | I helgen                 |   | Hverdager                |
|----------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| 10 eller flere ..... | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| 7-9 .....            | <input type="checkbox"/> | + | <input type="checkbox"/> |
| 5-6 .....            | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| 3-4 .....            | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| 1-2 .....            | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| Færre enn 1 .....    | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |

**Enheter alkohol**

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

|   |           |
|---|-----------|
| 1 glass (1/3 liter) øl                    | = 1 enhet |
| 1 vinglass rød eller hvit vin             | = 1 enhet |
| 1 hetvinsglass, sherry eller annen hetvin | = 1 enhet |
| 1 dramme glass brennevin eller likør      | = 1 enhet |
| 1 flaske rusbrus/cider                    | = 1 enhet |

**63. Har du i løpet av de siste 3 årene opplevd noe av det følgende:**

|  | Nei                      | Ja                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Å bli utsatt for slag, spark og annet fysisk vold? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Å bli presset til seksuelle handlinger? .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**64. Har det i de siste 18 måneder hendt at:**  
(Sett ett kryss for hver linje.)

|   | Nei                      | Ja                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Du selv synes at du var for tykk? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Du var veldig redd for å legge på deg eller bli for tykk? .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Andre sa du var for tynn, mens du selv synes du var for tykk? .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Du synes det var svært viktig for synet på deg selv at du holdt en bestemt vekt? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**65. Har det de siste 18 måneder - i en periode på minst 3 måneders varighet - hendt at du har opplevd noe av det følgende, og i så fall hvor hyppig var det?** (Sett ett kryss for hver linje.)

|   | + | Minst 2 ganger i uken    | 1-4 ganger i mnd         | Sjelden/aldri            |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Følt at du mistet kontrollen mens du spiste, og ikke klarte å stoppe før du hadde spist alt for mye? ..... |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Brukt oppkast for å kontrollere vekten? .....  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Brukt avføringsmiddel for å kontrollere vekten? .....  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Brukt fastekur for å kontrollere vekten? .....   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Brukt hard fysisk trening for å kontrollere vekten? .....  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**66. Har det de siste 18 måneder hendt at det har gått minst tre måneder uten menstruasjon i tilknytning til en periode med spiseproblemer?** (uten at du har vært gravid)

Nei  Ja

**67. Hvor mye veier du nå?**

    , kg

**Hvor høy er du?**

    cm

**68. Følelse av uro og rastløshet.** (Kryss av for det som passer best for deg de siste 6 månedene.)

|   | Aldri                    | Sjelden                  | Av og til                | Ofte                     | Veldig ofte              |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hvor ofte har du vansker med å få gjort ferdig de siste detaljene 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 vansker med 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 krever 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 en 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"/> |

+

+

**69. Hvis du har en ektefelle/ samboer/ partner, hvor enige er du i disse beskrivelsene?** (Sett ett kryss 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 svært 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"/> |

+

**70. Har du i løpet av de siste 2 ukene vært plaget med noe av det følgende?** (Sett ett kryss 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 framtiden ..... |  | <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"/> |

**71. Har du det siste 18 måneder opplevd noe av det følgende? Hvis ja, hvor vondt og vanskelig var dette for deg?**

(Kryss av for hver linje.)

|   |   | Nei                      | Ja                       | Ikke så ille             | Vondt/ vanskelig         | Veldig vondt/ vanskelig  |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har du hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg ...      | + | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har du hatt økonomiske problemer .....                                     |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ble du skilt, separert eller avbrøt samlivet .....                         |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Har du hatt problemer eller konflikter med familie, venner eller naboer .. |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Har du 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"/> |
| 6. Har du vært alvorlig syk eller skadet .....                                |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Har en av dine nærmeste vært alvorlig syk eller skadet .....               |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Har du vært utsatt for alvorlig ulykke, brann eller grovt tyveri .....     |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Har du mistet en som sto deg nær .....                                     |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Annet .....   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**72. Hvor ofte opplever du følgende i ditt daglige liv?** (Sett ett kryss for hver linje.)

|  |  | Sjelden/ aldri           | Nokså 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 legger seg til rette for deg .. |  | <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 ting .....   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Føler deg sint, irritert eller ergelig .....                  |  | <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"/> |

+

+

**73. Kryss av om du er enig eller uenig i de følgende påstander** (Sett ett kryss for hver linje.)

+

|  | Helt uenig               | Uenig                    | Litt uenig               | Verken enig eller uenig  | 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 kunne levd 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"/> |
| 6. Jeg trives godt i arbeidet mitt . . . . .                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**74. Hva slags oppfatning har du av deg selv?** (Sett ett kryss 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 jeg er en verdifull person, i allefall på lik linje med andre . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

**75. Barneopdragelse** (Kryss av for om du er enig eller uenig i følgende påstander. Sett ett kryss for hver linje.)

|  | Helt uenig               | Delvis uenig             | Både og                  | Delvis enig              | Helt enig                |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Det jeg gjør har liten innvirkning på mitt barns oppførsel . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Barnet mitt pleier å få det som han/hun vil likevel, så det er ingen vits i å prøve å nekte han/henne engang . . . . .    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kos og klem er en viktig måte å vise barnet at jeg er glad i han/henne . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hvis barnet og jeg har en konflikt, er det vanligvis lett å avlede han/henne . . . . .                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mitt liv blir i hovedsak kontrollert av barnet mitt . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Jeg legger stor vekt på at barnet skal lære å takle at han/hun ikke kan få viljen sin i alt . . . . .                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ofte er det lettere å la barnet få viljen sin enn at jeg må oppleve et raserianfall . . . . .                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Noen ganger når jeg er sliten, lar jeg barnet mitt få gjøre ting jeg normalt eller ikke ville tillatt . . . . .           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hvilke oppdragelsesstrategier du bruker spiller ikke så stor rolle; hvis du er glad i barna utvikler de seg bra . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

+

