



Frågeformulär – tidig spädbarnsålder

Innehåller frågor om
livsstil, hälsa och bostad

Var vänlig och sänd in den ifyllda enkäten i bifogat frankerat svarskuvert!

Kontaktpersoner:

Carl-Gustaf Bornehag
Docent, projektledare
carl-gustaf.bornehag@kau.se
054-700 25 40

Malin Larsson
Doktorand
malin.larsson@kau.se
054-700 25 34

Staffan Janson
Professor, barnläkare
staffan.janson@kau.se
054- 700 25 17



www.selmastudien.se



Familjen och livsstil

Kan Ni inte svara på en fråga så hoppar Ni över den.

1. **I vilken graviditetsvecka föddes barnet?**

Vecka _____

2. **Vad var barnets födelsevikt?**

_____ gram

3. **Vad var barnets födelselängd?**

_____ cm

4. **Vilken typ av blöjor används mest?**

Allt-i-ett blöja (t ex Pampers, Libero).....

Tygblöjor.....

Annan typ.....

5. **Hur många barn, som inte fyllt 7 år, bor stadigvarande i bostaden?** (inklusive det nyfödda barnet)

Antal _____

6. **Hur många barn/ungdomar, 7 till 18 år, bor stadigvarande i bostaden?**

Antal _____

7. **Hur många personer över 18 år bor stadigvarande i bostaden?**

Antal _____

8. **Vad har Ni för familjesituation?**

Sammanboende.....

Ensamstående.....

Annan familjesituation.....

Tobak

9a. **Röker någon i familjen?**

Nej, ingen.....

Ja, mamma

Dagligen

Ibland

Ja, pappa

Ja, annan

b. **Om Ja, var förekommer tobaksrökning i bostaden?** (flera alternativ möjliga)

Ute på balkong/uteplats.....

Under köksfläkt.....

I de flesta rum.....

10. **Snusar någon i familjen?**

Nej.....

Ja, mamman.....

Ja, pappan.....

Husdjur

11a. **Har Ni husdjur i Er nuvarande bostad?**

Nej.....

Ja.....

Om Nej, gå till fråga 12.

b. **Om Ja, vad?**

Katt.....

Hund.....

Gnagare (kanin, hamster, marsvin m.fl.).....

Annat pälsdjur.....

Fågel.....

Akvariefiskar, reptiler m.fl.....

12. **Har Ni gjort Er av med pälsdjur på grund av allergi?**

Nej.....

Ja.....

13. **Har Ni avstått från att skaffa pälsdjur på grund av allergi?**

Nej.....

Ja.....

Barnets hälsa

14a. Har Ditt barn varit inlagd på sjukhus (förutom BB-vård)?

- Nej.....
 Ja, i anslutning till födseln.....
 Ja, men inte i samband med födseln.....

b. Om Ja, fick Ditt barn antibiotika under vårdtiden?

- Nej.....
 Ja.....

15. Har Ditt barn torr hud över stora delar av kroppen?

- Nej.....
 Ja.....

16a. Har eller har Ditt barn haft ett rodnat utslag /eksem som kommit och gått?

- Nej.....
 Ja.....

Om Nej, gå till fråga 17a.

b. Om Ja, har det orsakat klåda eller rivningar?

- Nej.....
 Ja.....

c. Har detta rodnade utslag /eksem förekommit på något av följande ställen?

	Under sista veckan	Tidigare
Hårbotten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Runt ögon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Runt öron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bröst, mage eller rygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armhåla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armveck eller knäveck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utsidan av armar eller ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand- eller fotleder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underlivet/stjärten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annat ställe, ange vilket:.....

17a. Har Ditt barn återkommande episoder av magknip/skrik?

- Nej.....
 Ja.....

b. Om ja, har Ditt barn fått Minifom eller annan behandling mot detta?

- Nej.....
 Ja.....

Amning/Kost

18. Ammar Du Ditt barn?

- Ja, enbart
 Ja, delvis
 Nej, men pumpar ur
 Nej

19. Om Du ger Ditt barn modersmjölkersättning, vad heter den?

Mammans hälsa

20. Hur bedömer Du Din allmänna hälsa?

(1=mycket dålig, 2=ganska dålig, 3=varken bra eller dålig, 4=ganska bra, 5=mycket bra)

	1	2	3	4	5
för närvarande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i slutet av graviditeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i mitten av graviditeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i början av graviditeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Hur bedömer Du Din sömnkvalitet?

(1=mycket dålig, 2=ganska dålig, 3=varken bra eller dålig, 4=ganska bra, 5=mycket bra)

	1	2	3	4	5
för närvarande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i slutet av graviditeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i mitten av graviditeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i början av graviditeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer: _____

22. Har Du eller har Du haft besvär med något av följande? (flera alternativ möjliga)
- | | Nej | Ja, under graviditeten | Ja, för närvarande |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Värk i nacke, axlar, skuldror | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Huvudvärk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Koncentrations- och/eller minnessvårigheter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ängslan, oro, ångest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nedstämdhet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Barnets bostad

- 23a. Har golvbeläggningen bytts ut i något av följande rum under graviditeten?

	Nej	Ja
Föräldrarnas sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- b. Om Ja, vilket golvmaterial lades in? (endast ett alternativ möjligt)

Linoleum.....	<input type="checkbox"/>
Plastmatta/PVC.....	<input type="checkbox"/>
Trä/parkett.....	<input type="checkbox"/>
Laminat.....	<input type="checkbox"/>
Klinker/sten/kakel.....	<input type="checkbox"/>
Heltäckningsmatta.....	<input type="checkbox"/>
Kork-o-plast.....	<input type="checkbox"/>
Annat/vet ej.....	<input type="checkbox"/>

- 24a. Har något av följande rum målats om under graviditeten?

	Nej	Ja
Föräldrarnas sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vardagsrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om Nej, gå till fråga 25.

- b. Om ja, vad målade Ni om och med vilken typ av färg?

	Vatten-baserad färg	Lösnings-medels-baserad färg
Väggar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnsäng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra möbler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- c. Om Ja, deltog mamman i målningsarbetet?

	Nej	Delvis	Ja
Deltagit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vistats i rummet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Hur ofta dammsuger eller sopar Ni golvet i det rum som barnet sover i?

Varje dag.....	<input type="checkbox"/>
Ca 2 gånger/vecka.....	<input type="checkbox"/>
1 gång/vecka.....	<input type="checkbox"/>
Varannan vecka.....	<input type="checkbox"/>
1 gång/månad.....	<input type="checkbox"/>
Mer sällan.....	<input type="checkbox"/>

26. Hur ofta våttorkar Ni golvet i det rum som barnet sover i?

Varje dag.....	<input type="checkbox"/>
Ca 2 gånger/vecka.....	<input type="checkbox"/>
1 gång/vecka.....	<input type="checkbox"/>
Varannan vecka.....	<input type="checkbox"/>
1 gång/månad.....	<input type="checkbox"/>
Mer sällan.....	<input type="checkbox"/>

27. Har Ni ändrat Era städvanor på grund av allergi i familjen?

Nej.....	<input type="checkbox"/>
Ja.....	<input type="checkbox"/>

28. Vem har fyllt i enkäten?

Mamma.....	<input type="checkbox"/>
Pappa.....	<input type="checkbox"/>
Båda.....	<input type="checkbox"/>

29. Egna kommentarer:
