



Frågeformulär – Barnet **6** år

Innehåller frågor om
hälsa, bostad och livsstil

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

Kontaktpersoner:

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

Anna Bodin
Barnsjuksköterska
anna.bodin@liv.se
054-61 67 91

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



www.selmastudien.se



Landstinget
i Värmland

Familj och livsstil

1. **Vad har Ni för familjesituation?**
 Sammanboende/gifta
 Ensamstående
 Annan familjesituation
2. **Bor barnet alltid i samma huvudbostad?**
 Ja
 Nej, mer än 10 dagar/månad i annan bostad....
 Nej, kortare tid än 10 dagar i annan bostad.....
3. **Hur många yngre syskon (hel- och halvsyskon) bor i huvudbostaden?**.....
4. **Hur många äldre syskon (hel- och halvsyskon) bor i huvudbostaden?**.....
- 5a. **Var vistas barnet dagtid?**

	>15 tim/v	<15 tim/v	Aldrig
I förskola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hos dagbarnvårdare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I skola.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På fritids.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 5b. **Om barnet går eller har gått på förskola, vid vilken ålder började barnet där?**
 Före ett års ålder
 1-2 års ålder.....
 Efter 2 års ålder.....
6. **Vilken är Er högsta utbildning?**

	Mamma	Pappa
Grundskola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högskola/Universitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan utbildning, ange vilken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		

7. **Vilken är Er aktuella sysselsättning?**
 (flera alternativ möjliga)
- | | Mamma | Pappa |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Arbetar utanför hemmet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hemarbetande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Föräldraledig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Studerande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbetsökande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sjukskriven sedan mer än 3 mån | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uppbär sjuk- eller aktivitetsersättning (förtidspensionerad) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Frågor om kost och tobak

8. **Hur ofta äter Ditt barn följande...:**
- | | Varje dag | 4-6 ggr /vecka | 1-3 ggr /vecka | Mer sällan än varje vecka | Aldrig |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Frukt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grönsaker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fisk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Godis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fika (saft, kakor m.m.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 9a. **Äter Ditt barn någon speciell kost?**
 Nej.....
 Ja.....
- 9b. **Om Ja, vilken/vilka (flera alternativ möjliga)?**
 Glutenfri.....
 Komjölksfri.....
 Laktosreducerad.....
 Vegetarisk.....
 Annat
10. **Röker någon i familjen?**
 Nej, ingen.....
- | | Dagligen | Ibland |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja, mamma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, pappa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, annan..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Husdjur

- 11a. **Har Ni husdjur inne i Er nuvarande bostad?**
 Nej.....
 Ja.....
- 11b. **Om Ja, vad?**
 Katt
 Hund.....
 Gnagare (kanin, hamster, råtta, marsvin m fl). .
 Fågel.....
 Akvariefiskar, reptiler etc.....
 Annat pälsdjur.....

Tandhälsa

- 12a. Har ditt barn fått någon tand lagad?
 Nej
 Ja
 Vet ej
- 12b. Har ditt barn fått plastförsegling på sina sexårständer?
 Nej
 Ja
 Vet ej

Barnets hälsa

Med barnet menar vi den 6-åring som är med i SELMA-studien.

Allergiska besvär

13. Har Ditt barn någonsin haft besvär av pipande eller väsande andning?
 Nej
 Ja
- 14a. Har eller har Ditt barn haft besvär av pipande eller väsande andning under de senaste 12 månaderna?
 Nej
 Ja
- 14b. **Om Ja, vid vilka tillfällen?**
 (flera alternativ möjliga)
 Vid förkylning.....
 Vid skratt eller gråt.....
 Vid intensiv lek/ansträngning.....
 Vid kontakt med pälsdjur.....
 Annat.....
15. Har Ditt barn någonsin haft besvär av natthosta mer än två veckor utan att vara förkyld?
 Nej
 Ja
16. Har Ditt barn fått diagnosen astma av läkare?
 Nej
 Ja
17. Har Ditt barn fått diagnosen allergisk snuva ställd av läkare?
 Nej
 Ja

18. Har Ditt barn torr hud?
 Nej.....
 Ja.....

- 19a. Har eller har Ditt barn haft ett rodnat utslag/eksem som kan ha kommit och gått under de senaste 12 månaderna?
 Nej.....
 Ja.....

Om nej, gå till fråga 20.

- 19b. **Om Ja, hur ofta har Ditt barn vaknat på natten på grund av detta rodnade utslag/eksem?**
 Aldrig.....
 Högst en natt per vecka.....
 Flera nätter per vecka.....

- 19c. **Om Ja, har det orsakat klåda eller rivningar?**
 Nej.....
 Ja.....

- 19d. **Om Ja, har detta rodnade utslag/eksem förekommit på något av följande ställen?**
 (flera alternativ möjliga)

	Under senaste veckan	Tidigare
Härbotten	<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"/>
Hals	<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, nämligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		

- 19e. **Om Ja, hur ofta brukar ni behandla eksemet när barnet har besvär?**
 1 gång/vecka
 2 gånger/vecka
 Varannan dag.....
 Dagligen
 Flera gånger dagligen.....

Infektionssjukdomar

20. Hur många förkylningar har Ditt barn haft under de senaste 12 månaderna?

- Färre än 6 förkylningar.....
 6-10 förkylningar.....
 Mer än 10 förkylningar.....

22. Har Ditt barn haft lunginflammation under det senaste året?

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

21. Har Ditt barn under de senaste 12 månaderna haft krupp?

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

Andra sjukdomar och tillstånd

23. Har barnet en eller flera av följande sjukdomar eller besvär? Markera bara de alternativ som stämmer för ditt barn i nedanstående lista.

- | | Ja | Medicinerar |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leukemi eller annan cancersjukdom..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hörselskada som är permanent och icke beror på tillfällig inflammation..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjärtfel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Synskada som ej kan korrigeras med glasögon..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ja Medicinerar

Sjukdom i nervsystemet

(t ex. cerebral pares, hydrocephalus, neuromuskulär sjukdom)

.....

Om ja, vilken?.....

Sjukdom i leder, muskler och skelett

(t ex. barnreumatism, skolios)

.....

Om ja, vilken?.....

Sjukdom i matsmältningsorganen

(t ex. glutenintolerans, Chrons sjukdom)

.....

Om ja, vilken?.....

Annan sjukdom/hälsoproblem.....

Om ja, vilken?.....

24. Har Ditt barn något neuropsykiatriskt tillstånd såsom ADHD, ADD, DAMP, autism, atypisk autism, autismliknande tillstånd, Aspergers syndrom, Tourettes syndrom eller liknande?

Nej.....

Barnet har inte fått diagnos men står på väntelista eller är under utredning.....

Ja.....

Om ja, markera de alternativ som stämmer för Ditt barn i nedanstående lista

Neuropsykiatriska tillstånd

Diagnos fastställd av läkare eller psykolog

ADHD/ADD/DAMP.....

Autism.....

Aspergers syndrom.....

Autismliknande tillstånd/atypisk autism.....

Tourettes syndrom.....

Utvecklingsstörning.....

Annan sjukdom/hälsoproblem

Om ja, vilken?

- 25a. Har någon annan i familjen något diagnostiserat neuropsykiatriskt tillstånd som ovan? (se fråga 26)
- Nej
- Ja

- 25b. Om ja, vem:
- Mamma.....
- Pappa
- Syskon.....

Oro under barnets uppväxt

26. Har du eller någon annan under barnets uppväxt varit oroad en längre tid än några månader för barnets:

	Nej	Kanske/lite	Ja
Allmänna utveckling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorik/motoriska utveckling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reaktioner vad gäller beröring, ljud, ljus, lukt, smak, värme, kyla, smärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation/Språk/joller.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitet (överaktivitet/passivitet eller impulsivitet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppmärksamhet/koncentration/förmåga att lyssna/lystra.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociala förmåga/intresse för andra barn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beteende (t ex ständiga upprepningar, krav på rutiner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humör (deprimerad, uppjagad, extremt irriterad, gråtattacker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konstiga beteenden/frånvaroattacker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familjens hälsa

27. Fyll i aktuell vikt och längd:

	<u>Vikt</u>	<u>Längd</u>
Mamma:	_____ kg	_____ cm
Pappa:	_____ kg	_____ cm
Barnet:	_____ kg	_____ cm

29. Om barnet är en pojke, har han haft några genitila avvikelser eller problem så som: (flera alternativ möjliga)

	Nej	Ja
Icke nedvandrad testikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missbildning av urinrörsmynningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frågor om sexuell och reproduktiv hälsa

28. Har SELMA-barnet kommit till genom assisterad befruktning?

Nej

Ja

30. Har eller har barnets biologiska pappa haft några genitila avvikelser eller problem så som:(flera alternativ möjliga)

	Nej	Ja	Vet ej
Icke nedvandrad testikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missbildning av urinrörsmynningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➔ Vänd och fyll i sista sidan

Ålder vid barnafödande inom släkten

31. Barnets biologiska pappas födelseår och månad

--	--	--	--

 -

--	--
32. Barnets farmors födelseår

--	--	--	--
33. Barnets farfars födelseår

--	--	--	--
34. Barnets mormors födelseår

--	--	--	--
35. Barnets morfars födelseår

--	--	--	--
36. Hur många hel- och halvsyskon har mamma.....
37. Hur många hel- och halvsyskon har barnets biologiska pappa.....

Barnets bostad

38. Med barnets bostad menas den bostad där barnets huvudsakligen bor nu
- I vilken typ av bostad bor barnet?**
- Fristående villa (småhus).....
- Radhus eller kedjehus
- Lägenhet i flerbostadshus
- Annat.....

39. **Var är barnets bostad belägen?**
- Innerstadsområde/stadskärna.....
- Annat tätbebyggt område
- Landsbygd nära trafikerad väg
- Landsbygd långt ifrån trafikerad väg.....

40. **Vilken typ av golvbeläggning finns i bostaden?**
(sätt ett kryss i lämplig ruta)

	Föräldrarnas sovrums	Barnets rum	Kök	Badrum
Linoleum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plastmatta /PVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trä/parkett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laminat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinker/sten/kakel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heltäckningsmatta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat/vet ej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. **Vem har fyllt i enkäten?**

Mamma.....

Pappa.....

Båda.....

- 41a. **Har något av följande rum målats sedan barnet var 4 år?**

	Nej	Ja
Barnets rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrarnas sovrums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vardagsrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Större del av bostad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat rum.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 41b. **Om Ja, vad målade Ni om (flera alternativ möjliga)?**

	Barnets sovrums	Föräldrarnas sovrums	Vardags- rum	Större del av bostaden	Annat rum
Väggar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tak.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möbler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om annat, ange vad:.....

42. **Har något av följande rum tapetsrats om sedan barnet var 4 år?**

	Nej	Ja
Barnets rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrarnas sovrums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vardagsrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Större del av bostad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat rum.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Egna kommentarer:**

Tack för Er medverkan!