

T

Appendiks til Malin Eberhard-Gran, Lena Yri Engelsen, Iqbal Al-Zirqi, Siri Vangen.
Depressive symptomer og fødselsopplevelse hos spedbarnsmødre under covid-19-
pandemien. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0450.

T

Dette appendikset er et tillegg til artikkelen og er ikke bearbeidet redaksjonelt.



AHUS- STUDIEN

- DEL III -



FAVN OM FØDSELEN

T

T

SLIK FYLLER DU UT SKJEMAET

Skjemaet vil bli lest maskinelt, det er derfor viktig at du krysser av riktig:

Riktig

Galt

Galt

Om du krysser feil, retter du ved å fylle boksen slik

Skriv tydelige tall 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Riktig

Galt

Bruk kun sort eller blå penn, bruk ikke blyant eller tusj

1 Dato for utfylling

 (dag)

 (mnd)

 (år)

LITT OM SVANGERSKAP, FØDSEL OG BARSELTID

2 Hvordan var din opplevelse av svangerskapet i det store og det hele?

Veldig god God Sånn passe Dårlig Veldig dårlig

3 I løpet av de 10 siste ukene av svangerskapet, hva brukte du av medisiner:

	Nei	Ja	Navn på medisiner du brukte	Daglig (fast)	Antall dager brukt
Medisin mot hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Migrenemedisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Smertestillende for annet enn hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sove- eller innsovningstabletter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Beroligende medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Medisin mot depresjon/angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Annen nervemedisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Naturmedisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

4 I hvilken grad avlastet familie eller andre deg i daglige gjøremål, i løpet av svangerskapet?

Overhodet ikke 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Veldig mye

5 I hvilken grad avlastet familie eller andre deg i daglige gjøremål, i dagene rundt fødselen?

Overhodet ikke 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Veldig mye

6 For noen kan en fødsel oppleves som en påkjenning i lang tid etterpå. Les hver påstand under og sett kryss i ruten som best beskriver dine følelser siste uke knyttet til fødselen.

	Ikke i det hele tatt	Sjelden	Av og til	Ofte
Jeg har hatt vonde følelser knyttet til fødselen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har hatt vanskelig for å sove p.g.a. vonde tanker og bilder om fødselen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ting jeg har sett og hørt minnet meg om fødselen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ikke tillatt meg å bli følelsesmessig berørt når jeg tenker på fødselen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tanker om fødselen har trengt seg på også når jeg ikke har villet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har opplevd det uvirkelig, som om fødselen ikke har hendt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har holdt meg unna ting eller situasjoner som minner meg om fødselen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilder fra fødselen har plutselig dukket opp i tankene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ikke tillatt meg selv å ha tanker om fødselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg vet at mange uforløste følelser rundt fødselen er der, men har skjøvet dem bort.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mine følelser rundt fødselen er nærmest lammet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har hatt perioder med sterke følelser om fødselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ønsket å bli kvitt minner fra fødselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har hatt vonde drømmer om fødselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har forsøkt å la være å snakke om fødselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Hvor sterke smerter hadde du under fødselen?

Ingen smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Den sterkeste smerte du kan forestille deg*

8 Hvor redd var du under fødselen?

Overhodet ikke redd 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Ekstremt redd*

9 Hvor sliten var du rett etter fødselen?

Overhodet ikke sliten 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Ekstremt sliten*

10 Hvordan var din opplevelse av fødselen i det store og det hele?

Veldig god *God* *Sånn passe* *Dårlig* *Veldig dårlig*

11 Hvis du ble gravid igjen, hvor redd ville du være for å føde?

Overhodet ikke redd 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Ekstremt redd*

12 Hvor ivaretatt følte du deg?

Svært godt *Godt* *Dårlig* *Svært dårlig*
 Under fødselen
 På barselavdelingen

13 Hvor lenge var du på sykehuset? (antall overnattinger)**14 Hvis du kunne velge, hvor mange døgn ville du vært på sykehuset?** (antall overnattinger)**15 Hvor mye søvn fikk du på sykehuset?**

Ingen søvn 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Mer enn nok søvn*

16 Hvor mye søvn får du nå?

Ingen søvn 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Mer enn nok søvn*

17 Ammer du nå?

- Ja, barnet får bare morsmelk
 Ja, barnet får morsmelk + morsmelkerstatning
 Nei, jeg har sluttet å amme
 Nei, jeg har ikke ammet i det hele tatt

18 Hvis du ikke ammer, hva er årsaken? (sett ett eller flere kryss)

- Jeg ønsker ikke /det passer ikke Barnet sugde dårlig /ville ikke ta brystet
 Såre brystknopper Er brystoperert
 Brystbetennelse Har for lite melk

Bruker medisiner ... (oppgi hvilke)

Annen årsak

LITT OM BARNET

19 Hvordan var barnets helse straks etter fødselen?

- Barnet var friskt
- Barnet ble innlagt på barneavdeling (antall dager) (årsak)

20 Hvordan er barnets helse nå?

- Barnet er friskt
- Barnet er sykt.... (type sykdom)
- Barnet døde

21 Kryss av om du er enig eller uenig i følgende påstander om barnets humør og temperament. Tenk på hvordan barnet vanligvis er. (sett ett kryss for hver linje)

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Helt enig
Barnet sutrer og gråter mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet er vanligvis lett å roe når hun/han gråter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet føyer seg mykt inn mot kroppen min når jeg holder det tett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det skal lite til før barnet blir oppskaket og begynner å gråte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når barnet gråter, skriker hun/han vanligvis hissig og kraftig...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hun/han er grei og lett å ha med å gjøre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet krever svært mye oppmerksomhet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når barnet ser på meg kan det følge hodebevegelsene mine med blikket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet er så krevende at de fleste foreldre ville hatt betydelige problemer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet smiler ofte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet er lett å legge og sovner fort.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22 Hvor mye veier barnet nå? (gram)

23 Strever barnet med å spise?

- Nei, ikke i det hele tatt Ganske ofte
- Noen ganger Alltid

24 Er det noe ved barnet som uroer deg?

- Nei
- Ja. Hva da? ...

HELSEPLAGER, LEVESETT OG SØVN

25 Er du plaget av noe av det følgende?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Magesmerter | <input type="checkbox"/> Besvimelsesanfall |
| <input type="checkbox"/> Ryggsmerter | <input type="checkbox"/> Hjertebank |
| <input type="checkbox"/> Smerter i armer, ben/ledd | <input type="checkbox"/> Pustebesvær |
| <input type="checkbox"/> Smerter eller problemer under samleie | <input type="checkbox"/> Forstoppelse, løs mage/fordøyelsesbesvær |
| <input type="checkbox"/> Hodepine | <input type="checkbox"/> Følelse av tretthet/manglende energi |
| <input type="checkbox"/> Brystsmerter | <input type="checkbox"/> Søvnproblemer |
| <input type="checkbox"/> Svimmelhet | <input type="checkbox"/> Underlivsplager |
| <input type="checkbox"/> Jeg har ikke hatt noen av disse plagene | |

26 Hvor mye veier du nå? (antall kilo)

27 Har du vært plaget av langvarige eller stadig tilbakevendende smerter de siste to ukene?
(ett eller flere steder i kroppen, uansett hvor)

Nei Ja

28 Hvis ja, hvor sterke er smertene vanligvis?

Ingen smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Den sterkeste smerte du kan forestille deg

29 Er du plaget av bekkenløsning nå?

Nei Ja

30 Dersom du har bekkenløsning nå, hvor er det vondt? (sett ett eller flere kryss)

- Foran i bekkenet (ved kjønnsbenet/symfysen)
 På venstre side bak i bekkenet
 På høyre side bak i bekkenet

31 Dersom du har bekkenløsning, hvor sterke er bekkensmertene på det verste?

Ingen smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Den sterkeste smerte du kan forestille deg

32 Hvor mange dager har du hatt hodepine i løpet av den siste måneden?

Ingen 1 dag 2-6 dager 7-14 dager Mer enn 14 dager

33 Hvor mange dager har du hatt migrene siste måneden?

Ingen 1 dag 2-6 dager 7-14 dager Mer enn 14 dager

34 Hvis du har hatt hodepine, hvor sterk har den vært?

Ingen smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Den sterkeste smerte du kan forestille deg

35 Hvor mange dager har du tatt medisin mot hodepine den siste måneden?

Ingen 1 dag 2-9 dager 10-14 dager Mer enn 14 dager

En alkoholenhet = 1 flaske rusbrus/ cider **eller**
 1 glass (1/3 liter) øl **eller**
 1 vinglass rød eller hvitvin (1.2 dl) **eller**
 1 hetvinsglass, sherry eller annen hetvin **eller**
 1 dramme glass brennevin eller likør

36 Hvor ofte drakk /driker du alkohol:

	4 ganger i uken eller mer	2-3 ganger i uken	2-4 ganger i mnd	Månedlig/ sjeldnere	Aldri
i de midterste 3 mnd av svangerskapet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i de siste 3 mnd av svangerskapet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etter fødselen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37 Hvor mange enheter (glass) drakk/ driker du vanligvis (en "typisk" dag) når du nyter alkohol:

	10 eller flere	7-9	5-6	3-4	1-2	0
i de midterste 3 mnd av svangerskapet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i de siste 3 mnd av svangerskapet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etter fødselen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38 Har du noen gang brukt noen av de følgende stoffene:

	Aldri	I svangerskapet	Før siste svangerskap
Hasj.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metadon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39 Røyker du nå?

Nei Ja, av og til (sigaretter/dag) Ja, daglig (sigaretter/dag)

40 Hvordan har ditt søvnmønster vært i løpet av den siste måneden?

Vanlig leggetid: (klokkeslett- eks. 22:30)

Vanlig tid å stå opp: (klokkeslett- eks. 07:30)

Omtrent antall timer med søvn per natt (timer) (minutter)
(kan være forskjellig fra hvor mange timer du har oppholdt deg i sengen)

41 I løpet av den siste måneden, hvor ofte (antall dager per uke) har du opplevd noe av det følgende?

(sett ett kryss for hver linje)

	Ingen dager	1	2	3	4	5	6	Hver dag
Brukt mer enn 30 minutter for å sovne inn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært våken mer enn 30 minutter innimellom søvnen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våknet mer enn 30 minutter tidligere enn du ønsket uten å få sove igjen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg lite uthvilt etter å ha sovet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært så søvnnig at det har gått ut over skole/jobb eller privatlivet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært misfornøyd med søvnen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42 Hvor ofte våkner barnet om natten? (mellom 22.00-8.00)

3 eller flere ganger hver natt Noen netter i uken
 1-2 ganger hver natt Sjeldnere

43 Hvor raskt roer seg barnet etter matning om natten?

Umiddelbart I løpet av 15-30 minutter
 I løpet av 15 minutter Etter mer enn 30 minutter

44 Hvor lenge er du våken/per natt på grunn av barnet? (antall timer)

PSYKISK VELVÆRE

De følgende spørsmålene har du svart på i tidligere skjemaer.
Vi stiller disse på nytt for å kunne studere stabilitet og endringer.

45 Har du i løpet av siste måneden vært engstelig nesten daglig, uten at bekymringen har vært knyttet til bestemte situasjoner?

Nei Ja

46 Hvis ja, stemmer noe av det følgende? (sett et eller flere kryss)

- Bekymringene er av og til overdrevne eller urimelige
 Det er vanskelig å skyve disse bekymringene unna
 Bekymringene skaper problemer slik at jeg ikke får konsentrert meg om det jeg holder på med

47 Hvis du har vært bekymret eller engstelig, har du da hatt noen av følgende følelser? (sett ett eller flere kryss)

- Rastløs, oppskrudd Irritabel
 Utslitt, svak eller utmattet Anspent, øm i musklene
 Konsentrasjonsvansker Søvnvansker

48 Føler du deg engstelig på steder eller i situasjoner hvor det å kunne trekke seg tilbake er vanskelig?
(eks. i en stor menneskemengde, i en kø eller alene borte fra hjemmet)

- Nei Ja

49 Hvis ja, frykter du disse situasjonene så mye at du prøver å unngå dem, eller trenger en ledsager for å kunne utsette deg for dem?

- Nei Ja

50 Har du i løpet av den siste måneden hatt anfall hvor du plutselig følte frykt eller panikk?

- Nei Ja

51 Hvis ja, hadde du da noen av følgende symptomer? (sett ett eller flere kryss)

- Hjertebank, hurtig puls eller brystsmerte Kvalme, mageproblemer
 Svettetokter Svimmelhet
 Skjelving eller risting i kroppen Prikking, nummenhet
 Åndenød eller pustevansker Hete- eller kuldetokter
 Frykt for å miste kontrollen eller forstanden Frykt for å dø

52 Hvis du har hatt slike anfall siste måneden:

Utviklet anfall seg til et toppnivå i løpet av 10 minutter?

Nei Ja

Kommer anfallene noen ganger uten forvarsel? (i situasjoner hvor du ikke forventer å være nervøs eller føle ubehag)

Har du vært bekymret for å få nye anfall, eller for at det skulle være noe i veien med deg?

53 Utløser noen av følgende gjenstander eller situasjoner frykt eller panikk hos deg? (sett ett eller flere kryss)

- Flyreiser Skarpe gjenstander (sprøyter, kniver)
 Småkryp (eks. insekter, edderkopper, mus) Lukkede eller trange rom
 Høyder Sykdom eller død
 Underslivsundersøkelse Blod eller skader
 Undersøkelse hos tannlege Mørke
 Værfenomener (eks. tordenvær) Annet.....

54 Hvis ja, stemmer noe av det følgende? (sett ett eller flere kryss)

- Redselen er av og til overdreven eller urimelig
 Jeg prøver å unngå slike situasjoner
 Redselen kan forstyrre meg i arbeid eller sosiale aktiviteter

55 Har du i løpet av den siste måneden vært redd eller flau for å være iaktatt, i sentrum av oppmerksomheten eller redd for å bli ydmyket? (eks. å snakke overfor mange eller å være i sosiale situasjoner)

- Nei Ja

56 Hvis ja, stemmer noe av det følgende:

- Redselen er av og til overdreven eller urimelig
 Jeg prøver å unngå slike situasjoner
 Redselen kan forstyrre meg i arbeid eller sosiale aktiviteter

57 Har du i løpet av den siste måneden vært plaget av tilbakevendende tanker eller fantasier som er uønskede eller urovekkende? (eks. frykt for smitte/sykdom, overdreven grubbling eller aggressive og seksuelle tanker)

- Nei Ja

58 Hvis ja på siste spørsmål, stemmer noe av det følgende:

- Disse tankene kommer tilbake selv om jeg prøver å la være å tenke på dem
 Disse tankene oppstår i mitt eget hode

59 Har du i løpet av den siste måneden gjort noe om og om igjen uten å kunne la det være?

(eks. rengjøring eller vasking, telle eller kontrollere ting om og om igjen)

- Nei Ja

60 Hvis ja, stemmer noe av det følgende:

- Disse handlingene er av og til overdrevne eller urimelige
 Disse handlingene kan forstyrre mine vanlige aktiviteter eller oppta mer enn 1 time i løpet av en dag

61 Har du noen gang opplevd eller selv vært involvert i en dramatisk og skremmende hendelse?

(eks. ulykke, vold/overgrep mot deg selv eller andre)

- Nei
 Ja, og jeg reagerte med intens frykt, hjelpeløshet eller forferdelse
 Ja, men jeg lot det ikke gå inn på meg

62 Hvis du har opplevd en dramatisk hendelse, stemmer noe av det følgende? (sett et eller flere kryss)

I løpet av siste måneden har jeg:

- gjenopplevd hendelsen (eks. i drømmer, mareritt, intense erindringer, "flashbacks")
 unngått å tenke eller snakke om hendelsen
 hatt problemer med å huske hendelsen
 følt meg fjern eller distansert
 hatt problemer med å sove
 hatt konsentrasjonsproblemer
 vært skvetten
 i betydelig grad vært forstyrret av hendelsen i mitt arbeid og sosiale aktiviteter

63 Har du hatt psykiske helseplager som krevde behandling, før du ble gravid?

- Nei
 Ja
 Ja, har kjent på utfordringer men fikk ikke tilbud om behandling

Følgende spørsmål gjelder de siste 7 dagene.

64 Har du siste 7 dager kunnet le og se det komiske i en situasjon?

- Like mye som vanlig
 Ikke riktig så mye som jeg pleier
 Klart mindre enn jeg pleier
 Ikke i det hele tatt

65 Har du siste 7 dager gledet deg til ting som skulle skje?

- Like mye som vanlig
 Noe mindre enn jeg pleier
 Klart mindre enn jeg pleier
 Nesten ikke i det hele tatt

66 Har du siste 7 dager bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt?

- Ja, nesten hele tiden
 Ja, av og til
 Ikke særlig ofte
 Nei aldri

67 Har du siste 7 dager vært nervøs eller bekymret uten grunn?

- Nei, slett ikke
 Nesten aldri
 Ja, iblant
 Ja, veldig ofte

68 Har du siste 7 dager vært redd eller fått panikk uten grunn?

- Ja, svært ofte
 Ja, noen ganger
 Sjelden
 Nei, aldri

69 Har du siste 7 dager følt at det har blitt for mye for deg?

- Ja, jeg har stort sett ikke fungert i det hele tatt
 Ja, i blant har jeg ikke klart å fungere som jeg pleier
 Nei, for det meste har jeg klart meg bra
 Nei, jeg har klart meg like bra som vanlig

70 Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove?

- Ja, for det meste
 Ja, i blant
 Ikke særlig ofte
 Nei, ikke i det hele tatt

71 Har du siste 7 dager følt deg nedfor eller ulykkelig?

- Ja, det meste av tiden
 Ja, ganske ofte
 Ikke særlig ofte
 Nei, ikke i det hele tatt

72 Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har grått?

- Ja, nesten hele tiden
 Ja, veldig ofte
 Ja, det har skjedd iblant
 Nei, aldri

73 Har tanken på å skade deg selv streift deg, de siste 7 dagene?

- Ja, nokså ofte
 Ja, av og til
 Ja, såvidt
 Aldri

74 Nedenfor er det en liste over problemer folk av og til har. Vurder hvor mye hvert problem var til plage eller ulempe for deg de siste 7 dagene.

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadig redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matthet eller svimmelhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet, indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertebank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skjelving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg anspent eller oppjaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfall av angst eller panikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Så rastløs at det er vanskelig å sitte stille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LIVSHENDELSER OG STØTTE FRA ANDRE

75 Har du som voksen, etter fylte 18 år, opplevd at noen har gitt deg en ørefik, slått eller sparket deg eller plaget deg fysisk på annen måte?

- Nei Husker ikke
 Ja, (antall ganger)

76 Har noen siste 12 mnd gitt deg en ørefik, slått eller sparket deg eller plaget deg fysisk på annen måte?

- Nei Husker ikke
 Ja (antall ganger)

77 Har du i løpet av de siste 3 månedene opplevd noe av det følgende? I så fall, hvor vondt eller vanskelig var det for deg? (hvis følgende ikke passer på deg setter du ikke noe kryss)

	Ikke så ille	Vondt/vanskelig	Veldig vondt/ vanskelig
Ble skilt, separert eller avbrøt samlivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har hatt alvorlige samlivsproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har hatt problemer eller konflikter med familie, venner eller naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har hatt økonomiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En av dine nærmeste har vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har vært utsatt for trafikkulykke, brann eller tyveri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mistet en nær pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78 Har du noen gang opplevd at du ble presset eller tvunget til samleie? (sett eventuelt flere kryss)

- Nei, aldri Ja, utøvd makt
 Ja, presset Ja, voldtatt

79 Har dette skjedd siste 12 måneder?

- Nei Ja

80 Har dette skjedd under oppveksten, før du fylte 18 år?

- Nei Ja

81 Hvor mange mennesker står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer?

- Ingen
 1-2
 3-5
 6 eller mer

82 Hvor stor interesse viser folk for det du gjør?

- Ingen deltakelse og interesse Noe deltakelse og interesse
 Lite deltakelse og interesse Stor deltakelse og interesse
 Usikker

83 Hvor lett er det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det?

- Meget vanskelig
 Vanskelig
 Mulig
 Lett
 Meget lett

84 I hvilken grad avlaster familie eller andre deg i daglige gjøremål nå?

- Overhodet ikke 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Veldig mye

85 Hvor enig er du i disse beskrivelsene av ditt parforhold?

(besvares bare dersom du er i et parforhold)

- | | Svært enig | Enig | Uenig | Svært uenig |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Det er et nært samhold mellom meg og min ektefelle/samboer/partner..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Min partner og jeg har problemer i parforholdet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg er svært lykkelig i mitt parforhold..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Min partner er generelt forståelsesfull..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg tenker ofte på å avslutte vårt parforhold..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg er fornøyd med forholdet til min partner..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vi er ofte uenige om viktige avgjørelser..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg har vært heldig med partner..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vi er enige om hvordan barn bør oppdras..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg tror min partner er fornøyd med forholdet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Er ikke i et parforhold | | | | |

86 Hvordan vil du beskrive barnet ditt med egne ord? (skriv noen setninger hvis du har lyst)

87 Kan vi få kontakte deg for en oppfølging innen 2 år?

- Ja Nei

Tusen takk!