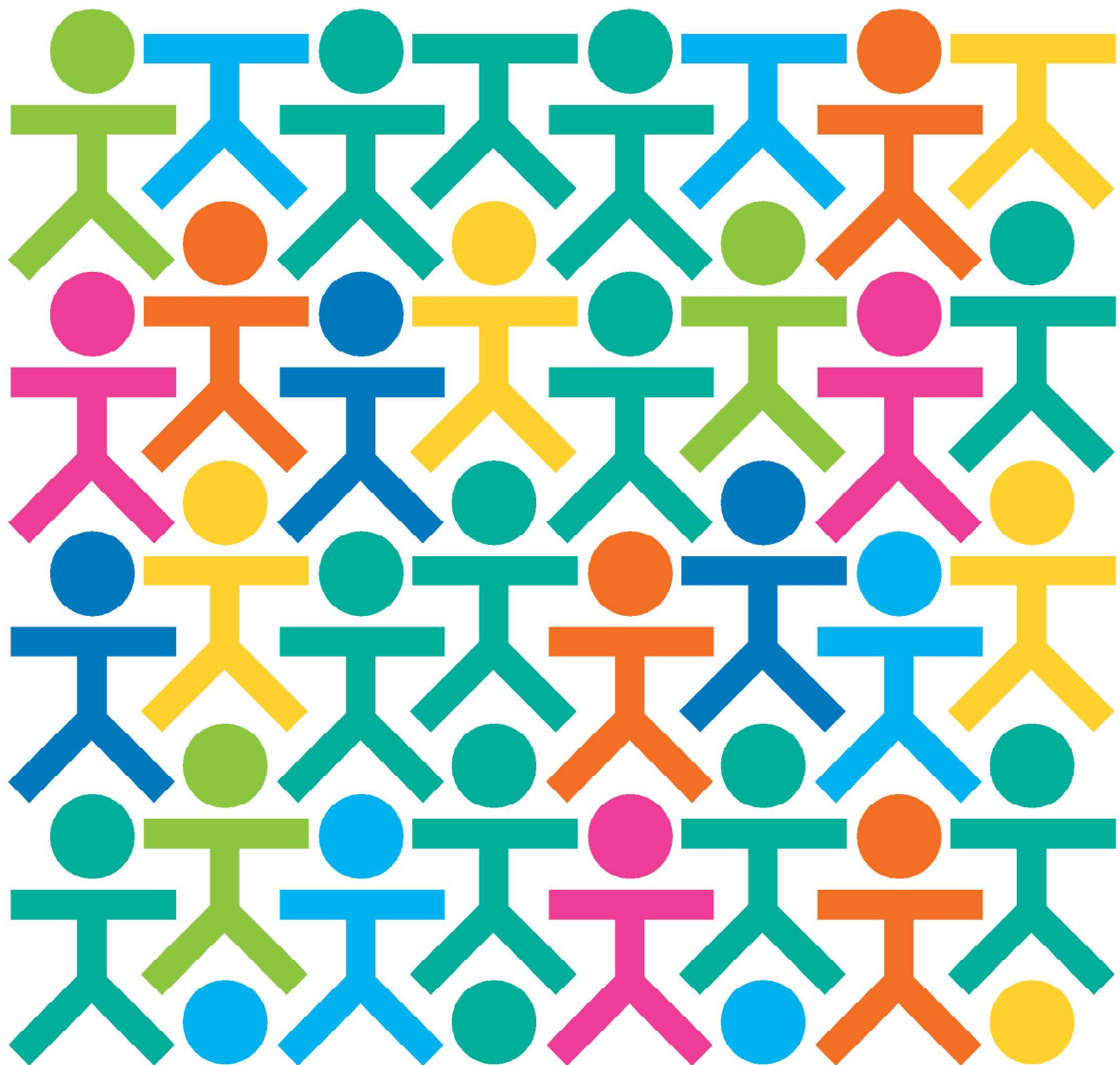




Folkhälsomyndigheten

# SRHR 2017

En undersökning om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, SRHR, bland personer 16-84 år i Sverige 2017



# Bakgrund

## 1. Jag är:

- Kvinna
- Man
- Icke-binär
- Queer

Annat, skriv i rutan:

- Vet inte
- Vill inte svara

## 2. Är du eller har du varit transperson?

*Transperson är ett samlingsbegrepp som brukar användas för att beskriva personer vars könsidentitet eller könsuttryck tidvis eller alltid skiljer sig från normen för det kön som registrerades för dem vid födseln.*

- Ja
- Nej
- Vet inte

## 3. Hur definierar du din sexuella identitet?

- Heterosexuell
- Bisexuell
- Homosexuell
- Asexuell
- Pansexuell
- Queer

Annat, skriv i rutan:

- Vill inte kategorisera mig själv
- Vet inte

## 4. I vilken utsträckning är du, inför andra, öppen med din sexuella identitet?

- Jag är inte alls öppen
- Jag är inte särskilt öppen
- Jag är delvis öppen och delvis inte öppen
- Jag är ganska öppen
- Jag är helt öppen → Gå till fråga 6

## 5. Påverkas din hälsa av att du inte lever helt öppet med din sexuella identitet?

- Ja, min hälsa påverkas positivt
- Ja, min hälsa påverkas negativt
- Nej, min hälsa påverkas inte
- Vet inte

## Social situation

6. Har du någon du kan anförtro dig åt och prata med om dina innersta känslor?

- Ja, alltid
- Ja, ibland
- Nej
- Vet inte

7. Har du någon som kan hjälpa dig om du har praktiska problem eller är sjuk?

- Ja, alltid
- Ja, ibland
- Nej
- Vet inte

8. Upplever du dig begränsad av din familj eller din närmaste omgivning när det gäller med vem du kan ha en kärleksrelation eller leva tillsammans med?

*Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig.*

- Nej
- Ja, partner bör ha annat kön
- Ja, partner bör inte ha annan könsidentitet
- Ja, partner bör inte ha en sexuell identitet som avviker från normen
- Ja, partner bör ha samma religion eller livsåskådning som min familj
- Ja, partner bör ha samma kulturella bakgrund som min familj
- Ja, partner bör inte ha annan social status eller klass än min familj
- Ja, ålderskillnaden bör inte vara för stor
- Ja, partner bör inte ha en funktionsnedsättning
- Nej, inte av andra men jag begränsar mig själv
- Saknar ett svarsalternativ som passar mig
- Vet inte

## Allmän och sexuell hälsa

### 9. Hur tycker du att din hälsa är?

- Mycket bra
- Bra
- Någorlunda
- Dålig
- Mycket dålig

### 10. Hur tycker du att din sexuella hälsa är?

*Det vill säga kroppsligt, psykiskt, känslomässigt och socialt välbefinnande, relaterat till sexualitet.*

- Mycket god
- God
- Någorlunda
- Dålig
- Mycket dålig

### 11. Finns det något som medför att din arbetsförmåga är nedsatt eller hindrar dig i din vardag som till exempel fysisk eller psykisk sjukdom alternativt funktionsnedsättning?

- Nej
- Ja, i någon mån
- Ja, i hög grad

### 12. Har du i samband med besök inom hälso- och sjukvården fått frågor om din sexuella hälsa eller om ditt sexualliv?

- Ja
- Nej

### 13. Hur ofta har du under de senaste 6 månaderna haft följande besvär?

	Någon gång i månaden	Någon gång i veckan	I stort sätt varje dag	Nej
a. Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ont i ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Känt mig nere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Varit irriterad eller på dåligt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Känt mig nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sömnpromblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Känt mig yr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Känt mig maktlös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**14. Har något ingrepp gjorts som rör din sexuella eller reproduktiva funktion, ditt kön eller ditt könsorgan?**

*Kryssa för de alternativ som stämmer för dig.*

- Ja, könsstympning
- Ja, omskärelse
- Ja, på grund av intersexualitet eller DSD tillstånd
- Ja, könskorrigering operationer
- Ja, tvångssterilisering
- Ja, annat kirurgiskt ingrepp
- Nej → Gå till fråga 16
- Vet inte

**15. Påverkas din hälsa av det/de ingrepp som du angett i fråga 14?**

*Kryssa för de alternativ som stämmer för dig.*

	Ja, i huvudsak positivt	Ja, i huvudsak negativt	Nej
a. Fysiskt/kroppsligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Psykiskt/känslomässigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sexuellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Har du de senaste 12 månaderna testat dig för någon av följande infektioner?**

*Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig.*

- Klamydia
- Kondylom
- Syfilis
- Gonorré
- Könsherpes
- Hiv
- Hepatit B
- Hepatit C
- Jag har testat mig de senaste 12 månaderna men jag vet inte för vad
- Jag har inte testat mig de senaste 12 månaderna

**17. Har du någon gång blivit diagnostiserad för någon av följande infektioner?**

*Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig.*

- Klamydia
- Kondylom
- Syfilis
- Gonorré
- Könsherpes
- Hiv
- Hepatit B
- Hepatit C
- Nej

18. Har du under de senaste 12 månaderna haft samlag, utan kondom, med tillfällig partner?

Kryssa för de alternativ som stämmer för dig.

- Ja, vaginalt samlag
- Ja, analt samlag
- Nej

## Sexualitet och sexuell erfarenhet

19. Har du, så här långt i livet, kunnat leva sexuellt så som du själv önskar?

- Ja, helt som jag själv önskar
- I stort sett som jag själv önskar
- Endast delvis som jag själv önskar
- Inte alls som jag själv önskar

20. Har skolans sex och samlevnadsundervisning gett dig den kunskap du behöver?

Kryssa för de alternativ som stämmer för dig.

- Ja
- Nej
- Kommer inte ihåg
- Har aldrig fått sex och samlevnadsundervisning
- Jag har fått den kunskap jag behöver på annat sätt

21. Hur gammal var du när du hade din första sexuella upplevelse?

Ange en ungefärlig ålder om du är osäker.

Jag var  år

22. Har du någon gång haft sex med en annan person?

- Ja
- Nej → Gå till fråga 26

23. Hur gammal var du första gången du hade en sexuell upplevelse med en annan person?

Ange en ungefärlig ålder om du är osäker.

Jag var  år

24. Har du någon gång haft sex med:

Här kan du ange flera svarsalternativ.

- Kvinnor
- Män
- Personer med annan könsidentitet

**25. Hur ofta har du, under de senaste 12 månaderna haft sex?**

- Ett fåtal gånger
- En gång i månaden
- 2-3 gånger i månaden
- En gång i veckan
- Flera gånger i veckan
- Jag har inte haft sex de senaste 12 månaderna

**26. Hur har du upplevt ditt sexliv de senaste 12 månaderna?**

*Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig.*

- Jag är i stort sett nöjd
- Jag är i stort sett missnöjd
  
- Jag har haft sex med mig själv
- Jag saknar en sexpartner
- Jag vill ha fler sexpartner
- Jag vill ha färre sexpartner
- Jag har inte haft sex tillräckligt ofta
- Jag har haft sex oftare än jag vill
- Jag har saknat sexuell lust
- Jag har sällan eller aldrig fått orgasm
- Jag har inte haft sex på det sättet jag vill
- Jag har hälsoproblem eller fysiska problem som påverkar sexlivet
- Jag har haft sex fast jag egentligen inte vill
- Jag har varit för trött eller stressad för att ha sex
- Jag saknar ett svarsalternativ som passar mig

**27. Har du, under de senaste 12 månaderna, upplevt något av följande som ett problem?**

*Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig.*

- Jag har saknat intresse för att ha sex
- Jag har saknat njutning av att ha sex
- Jag har känt oro när jag har sex
- Jag har känt fysisk smärta vid sex eller efter att jag har haft sex
- Jag har inte känt upphetsning när jag har sex
- Jag har inte fått orgasm eller tagit lång tid att nå orgasm trots upphetsning
- Jag har fått orgasm snabbare än jag skulle vilja
- Jag har haft en besvärande torr slida
- Jag har haft svårt att få eller behålla erektion
- Jag har inte upplevt något av detta → *Gå till fråga 29*

**28. Har du sökt råd eller hjälp inom hälso- sjukvård för problem du anger i fråga 27?**

- Ja, och jag fick hjälp
- Ja, och jag fick delvis hjälp
- Ja, men jag fick inte hjälp
- Nej
- Nej men jag skulle behöva söka hjälp

**29. Hur nöjd är du med det antal sexpartner du haft totalt?**

- Det har varit för få
- Jag är nöjd med antalet sexpartner
- Det har varit för många
- Jag har aldrig haft någon sexpartner

**30. Har du använt läkemedel för att öka lust eller erektion?**

*Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig.*

- Nej, jag har aldrig använt läkemedel för att öka lust eller erektion
- Ja, jag har fått förskrivet läkemedel av läkare
- Ja, jag har köpt läkemedel via nätet eller utomlands
- Ja, jag har köpt naturläkemedel
- Nej, jag skulle behöva, men har inte sökt hjälp
- Nej, men jag skulle gärna prova för att öka erektion eller lust

**31. Har du, eller en partner till dig, använt något för att öka den sexuella upplevelsen?**

*Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig.*

	Ja, en gång	Ja, flera gånger	Ja, regelbundet	Nej, aldrig
a. Sexleksaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Någon typ av droger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Läkemedel eller mediciner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Porr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hjälpmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Redskap för smärta och dominans (BDSM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ytterligare partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**32. Tittar du avsiktligt på pornografi?**

- Dagligen eller nästan dagligen
- 3-5 gånger i veckan
- 1-2 gånger i veckan
- 2 eller 3 gånger i månaden
- 1 gång i månaden eller mer sällan
- Jag tittar aldrig på pornografi
- Jag tittar aldrig avsiktligt på pornografi, men andra i min omgivning tittar

**33. Påverkar pornografi, som du själv eller en sexpartner ser, ditt sexliv?**

- Ja, i huvudsak positivt
- Ja, i huvudsak negativt
- Nej
- Vet inte

## Sexualitet och relationer

### 34. Hur viktigt är sex för dig?

- Mycket viktigt
- Ganska viktigt
- Varken viktigt eller oviktigt
- Inte särskilt viktigt
- Inte alls viktigt
- Vet inte

### 35. Hur viktigt är sex för dig i en relation?

- Mycket viktigt
- Ganska viktigt
- Varken viktigt eller oviktigt
- Inte särskilt viktigt
- Inte alls viktigt
- Vet inte

### 36. Vilket påstående passar, i huvudsak, bäst för dig?

- Jag och min partner bestämmer båda lika mycket hur och när vi har sex
- Jag bestämmer oftare hur och när vi har sex
- Min partner bestämmer oftare hur och när vi har sex
- Inget av påståendena stämmer för mig

### 37. Upplever du dig fri att ta initiativ till sex?

- Ja, alltid
- Ja, oftast
- Ja, ibland
- Nej, sällan
- Nej, aldrig
- Vet inte

### 38. Upplever du att du kan säga nej om du inte vill ha sex?

- Ja, alltid
- Ja, oftast
- Ja, ibland
- Nej, sällan
- Nej, aldrig
- Vet inte

**39. Upplever du att du kan föreslå för en partner hur du vill ha sex?**

- Ja, alltid
- Ja, oftast
- Ja, ibland
- Nej, sällan
- Nej, aldrig
- Vet inte

**40. Upplever du att du kan säga ifrån om din sexpartner vill göra något som du inte vill när ni har sex?**

- Ja, alltid
- Ja, oftast
- Ja, ibland
- Nej, sällan
- Nej, aldrig
- Vet inte

**41. Känner du så höga krav att prestera sexuellt så du upplever det som ett problem?**

- Ja, alltid
- Ja, oftast
- Ja, ibland
- Nej, sällan
- Nej, aldrig
- Vet inte

## Internet

### 42. Har du någon gång ägnat dig åt följande aktiviteter via internet, mobil eller appar?

Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig.

	Ja, en gång	Ja, flera gånger	Ja, regelbundet	Nej aldrig
a. Sökt information om sex eller sexrelaterade ämnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Letat partner för en relation, inte primärt för sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sökt efter sexpartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Träffat sexpartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tittat på filmer eller bilder med sexuellt innehåll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Lagt ut eller skickat filmer eller bilder med sexuellt innehåll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Läst texter i upphetsande syfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Köpt sexleksaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Sexchattat eller haft cybersex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Köpt sexuella tjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Sålt sexuella tjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nej, jag har aldrig gjort någon av ovanstående på internet → Gå till fråga 44

### 43. Påverkar din användning av internet ditt sexliv?

- Ja, i huvudsak positivt  
 Ja, i huvudsak negativt  
 Nej

## Sex mot ersättning

### 44. Har du någon gång betalat eller gett annan ersättning för sex?

Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig.

- Ja, en gång  
 Ja, flera gånger  
 Ja, det senaste året  
 Ja, för mer än ett år sedan  
 Nej → Gå till fråga 46

#### Ersättning

Ersättning kan vara till exempel kläder, presenter, alkohol, droger eller sovplats. Men också få, avancera eller behålla ett arbete eller position.

### 45. Var har du betalat eller gett ersättning för sex?

Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig.

- I Sverige  
 Utomlands



**46. Har du någon gång tagit emot betalning eller annan ersättning för sex?**

*Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig.*

- Ja, en gång  
 Ja, flera gånger  
 Ja, det senaste året  
 Ja, för mer än ett år sedan  
 Nej → Gå till fråga 48

**47. Var har du tagit emot eller fått ersättning för sex?**

*Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig.*

- I Sverige  
 Utomlands

## Diskriminering, våld och utsatthet

**48. Har du blivit behandlad eller bemött på ett sätt som du upplever som diskriminerande och som du sätter i samband med något av följande?**

*Kryssa för de alternativ som stämmer för dig.*

	Ja	Nej
a. Kön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Könsoverskridande identitet eller uttryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sexuell identitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ålder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Religion eller livsåskådning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Etnicitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Social status eller klass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Jag har aldrig upplevt mig diskriminerad  
 Jag saknar ett svarsalternativ som passar mig

**49. Har det hänt att du blivit utsatt för sexuellt hot och våld?**

	Ja, en gång	Ja, flera gånger	Nej aldrig
a. För sexuella trakasserier (exempelvis fått brev, sms, mail, telefonsamtal, sexuellt förtal, oönskade sexuella inviter eller utsatts för blottare)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. För annat sexuellt övergrepp (exempelvis smekt, kysst eller "kladd") eller har fått dig att mot din vilja ta i eller röra vid någons kropp på ett sexuellt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. För att genom fysiskt våld eller hot om fysiskt våld blivit utsatt för försök till samlag eller liknande sexuell handling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. För att med fysiskt våld eller hot om fysiskt våld blivit påtvingad samlag (oralt, vaginalt eller analt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. För sexuellt övergrepp genom psykisk påtryckning (exempelvis ställt upp på sex för att inte göra någon arg, sur, ledsen, besviken, ska göra slut)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. För sexuell förnedring (exempelvis kritiserat din kropp, din sexuella lust eller kapacitet, fått dig att mot din vilja titta på porrfilm eller porrbilder)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Om svaret är nej aldrig på alla delfrågor, gå nu vidare till fråga 50*

g. Har du någon gång uppsökt hälso- och sjukvård för det som hänt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Har du berättat det för någon, exempelvis en nära anhörig eller vän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Har du anmält det till polisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**50. Har det hänt att du blivit utsatt för psykiskt våld?**

	Ja, en gång	Ja, flera gånger	Nej aldrig
a. Systematiskt och vid upprepade tillfällen blivit nedvärderad, förolämpad eller förnedrad eller på annat sätt blivit kränkt eller förtryckt med ord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Systematiskt och vid upprepade tillfällen blivit dominerad eller bestämd över (exempelvis vem du får träffa, hur mycket pengar du får ha, när du får gå ut, klädval)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Systematisk och vid upprepade tillfällen haft parter som hotat (att exempelvis skada sig själv eller barnen, ta barnen och gå ifrån dig, ha sönder dina saker, berätta för andra om sånt du vill hålla hemligt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Systematisk och vid upprepade tillfällen blivit mobbad, kränkt eller trakasserad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**51. Har det hänt att du blivit utsatt för fysiskt våld?**

	Ja, en gång	Ja, flera gånger	Nej aldrig
a. Blivit hotad att utsättas för fysiskt våld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Blivit slagen med öppen hand, knuffad, dragen i håret eller blivit slagen med knytnäve, hårt föremål, sparkar, struhtag eller skadad med vapen eller kniv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Reproduktiv hälsa

**52. Vilka av följande preventivmedel eller preventivmetoder har du eller en partner någon gång använt:**

*Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig.*

- P-piller, med östrogen – kombinerade
- Minipiller
- P-stav, p-ring, p-plåster, p-spruta, hormonspiral - långtidsverkande
- Kopparspiral
- Kondom
- Pessar
- Akut-p-piller
- Avbrutet samlag
- Säkra perioder
- P-dator eller P-app
  
- Jag har inte använt någon av ovanstående preventivmedel eller preventivmetod →Gå till fråga 54

**53. Vilka av följande preventivmedel eller preventivmetoder har du eller en partner till dig i nuvarande relation, använt de senaste 12 månaderna**

*Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig.*

- P-piller, med östrogen – kombinerade
- Minipiller
- P-stav, p-ring, p-plåster, p-spruta, hormonspiral - långtidsverkande
- Kopparspiral
- Kondom
- Pessar
- Akut-p-piller
- Avbrutet samlag
- Säkra perioder
- P-dator eller P-app
  
- Jag har inte använt något preventivmedel eller preventivmetod de senaste 12 månaderna
- Jag har ingen pågående relation
- Vet inte

**54. Vad är eller var anledningen eller anledningarna till att du, under någon period, inte använt ett preventivmedel eller en preventivmetod?**

*Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig.*

- Jag har inte sex med en annan person
- Jag vill bli gravid
- Jag är gravid
- Jag är infertil, kan inte få barn
- Jag har inte mens längre
- Jag är steriliserad
- Jag har sex på ett sätt där preventivmedel inte behövs
- Min kultur eller religion tillåter inte preventivmedel
- Min partner vill inte använda eller tillåter inte preventivmedel
- Jag är rädd för hormoner eller biverkningar av hormoner
- Jag har inte råd – kostnaden är för hög
- Ingen metod fungerar för mig
- Min partner använder preventivmedel
- Jag är inte orolig för könssjukdomar
- Jag och min partner har testat oss för könssjukdomar
- Jag vill använda preventivmedel men misslyckas i praktiken
- Saknar ett svarsalternativ som stämmer för mig

**55. Vilka av nedanstående alternativ stämmer för dig?**

- Jag vill ha barn i framtiden
- Jag har inte bestämt om jag vill ha barn
- Jag vill inte ha barn
- Jag är ofrivilligt barnlös
- Jag försöker få barn
- Jag kan inte få biologiska barn
- Jag har de antal barn jag vill ha
- Jag vill ha eller hade velat ha fler barn
- Jag hade velat ha färre barn än jag fick
- Jag har sökt hjälp inom hälso- och sjukvården för att få barn
- Jag vill adoptera
- Jag har adopterat ett eller flera barn
- Jag har sökt hjälp utomlands för att få barn
- Saknar ett svarsalternativ som passar för mig

**56. Har du, någon gång fått barn utan att du själv ville?**

- Ja
- Nej

**57. Har du eller en partner till dig någon gång varit gravid?**

- Ja
- Nej → *Gå till fråga 66*
- Vet inte → *Gå till fråga 66*

**58. Har någon graviditet slutat i missfall?**

- Ja  gång/gångar
- Nej
- Vet inte

**59. Har någon graviditet avbrutits med abort?**

- Ja  gång/gångar
- Nej → Gå till fråga 61
- Vet inte → Gå till fråga 61

**60. Hur upplevde du bemötande och vård i samband med aborten?**

*Om du har erfarenhet av flera aborter så tänk på den första.*

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt
- Mycket dåligt

**61. Har du genomgått, eller som partner deltagit vid, en förlossning?**

- Ja, jag var  år gammal vid min första förlossning
- och  år gammal vid senaste/sista förlossning
- Jag deltog när min partner födde barn
- Nej → Gå till fråga 66

**62. Fick någon förlossning konsekvenser för ditt, eller din partners, välbefinnande eller hälsa?**  
*Kryssa för de alternativ som stämmer för dig.*

**a) Ja, för mig...**

- Fysiskt
- Psykiskt
- Sexuellt
- Nej, inte för mig

**b) Ja, för min partner...**

- Fysiskt
- Psykiskt
- Sexuellt
- Nej, inte för min partner

**63. Hur förlöstes ditt/dina barn?**

*Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig.*

- Genom vaginal förlossning
- Genom instrumentell förlossning, exempelvis med sugklocka eller tång
- Genom kejsarsnitt —————> *Gå till fråga 66*
- Jag har aldrig genomgått en förlossning* —————> *Gå till fråga 66*

**64. Har du någon gång fått en bristning eller blivit klippt i samband med förlossning?**

*Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig.*

- Ja, blivit klippt
- Ja, en bristning som inte syddes
- Ja, en bristning som syddes
- Ja, en bristning som involverade ändtarmsmuskeln
- Nej
- Vet eller minns inte

**65. Har du sökt vård på grund av problem som du relaterar till klipp eller bristningar?**

*Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig.*

- Ja, och jag har fått behandling som hjälpte mig
- Ja, och jag väntar på behandling
- Ja, men jag blev inte erbjuden någon behandling
- Ja, har fått behandling som inte hjälpte
- Nej, men jag hade behövt det
- Nej, men jag ska söka vård
- Nej

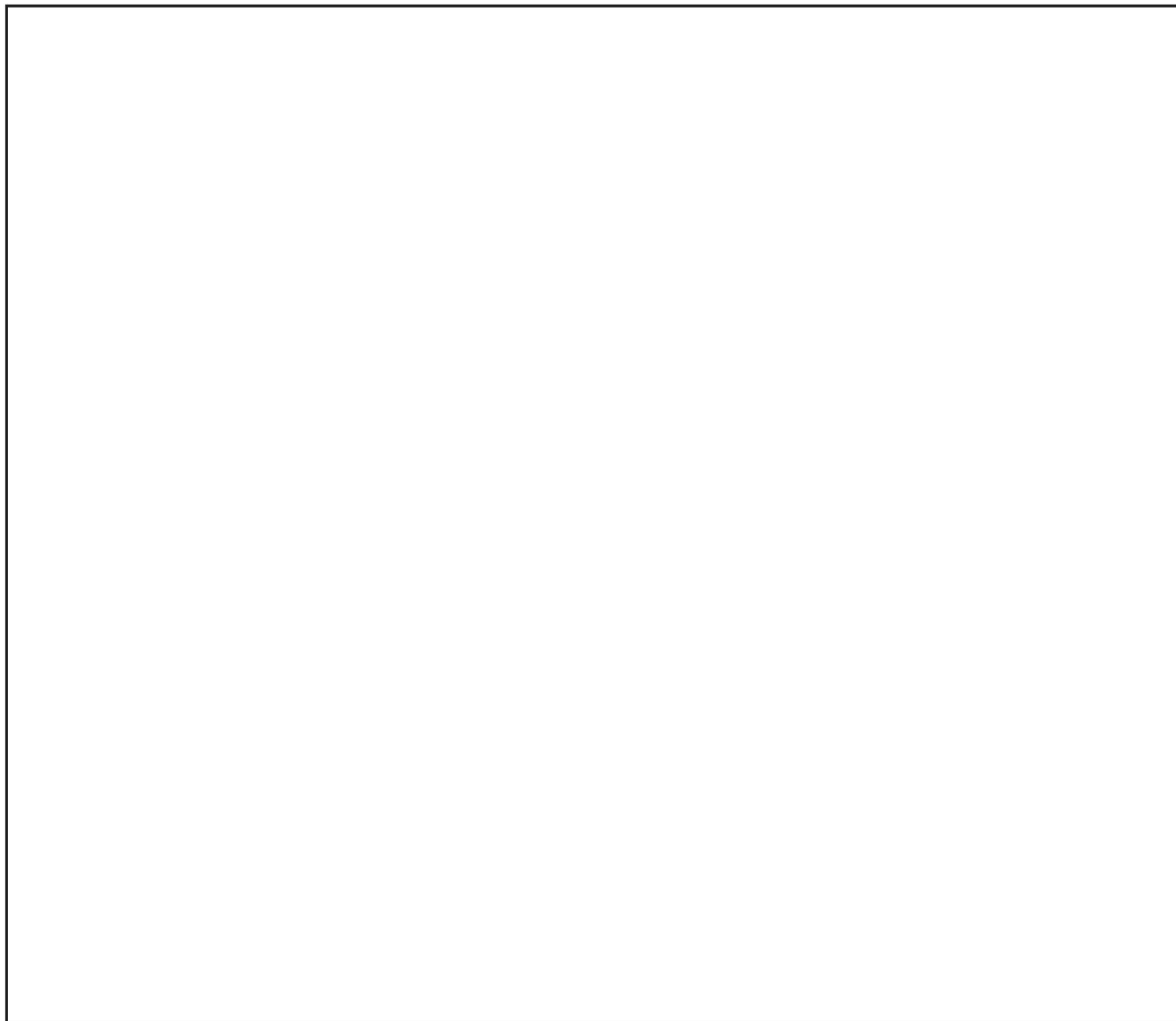
**66. Hur var det för dig att svara på det här frågeformuläret?**

*Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig.*

- Frågorna var viktiga
- Frågorna väckte känslor
- Frågorna var intressanta att svara på
- Frågorna var svåra att svara på
- Jag svarade uppriktigt på frågorna

## Avslutningsfråga

67. Är det något som du tycker borde ha frågats om är du välkommen att skriva det här.



**TACK FÖR ATT DU TOG DIG TID ATT FYLLA I ENKÄTEN!**

*Skicka enkäten i det bifogade svarskuvertet.*