


OPTION enkät 2, kvinna



Hej!  
Här kommer det andra frågeformuläret i OPTION-studien.  
Ett stort tack för att du har valt att delta i Option-studien!

Vänliga hälsningar,  
OPTION-studiegruppen

---

FRAMÅT

Copyright © 2021 MedSciNet AB. All Rights Reserved. Legal notices. Privacy statement. Version: 8.9.4

Tack för att du delta i OPTION studien.  
Följande frågor ska besvaras 3 månader efter förlossningen.

---

Resulterade graviditeten i ett barn som lever?

Ja  
 Nej  
 Vill inte uppge

---

**Om du vill fortsätta ditt deltagande i studien är det viktigt att du besvarar alla frågorna i enkäten som följer. Om inte något av alternativen under en viss fråga helt skulle passa, ange då det som ligger närmast**

---

FRAMÅT

Copyright © 2021 MedSciNet AB. All Rights Reserved. Legal notices. Privacy statement. Version: 8.9.4

1. Jag fick tillräckligt med information inför induktionen

- 
- Stämmer helt
- 
- 
- Stämmer delvis
- 
- 
- Stämmer inte särskilt bra
- 
- 
- Stämmer inte alls

2. Av vem fick du information?

- 
- Barmorska
- 
- 
- Läkare
- 
- 
- Båda två

## The Childbirth Experience Questionnaire (CEQ 2.0)

	Stämmer helt	Stämmer delvis	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer inte alls
3. Förlossningen gick som jag hade tänkt mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag kände mig stark under förlossningsarbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag kände mig rädd under förlossningsarbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jag kände mig duktig under förlossningsarbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jag var trött under förlossningsarbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag var glad under förlossningsarbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jag kände att jag hanterade situationen bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jag hade önskat annan smärtlindring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jag önskar att personalen hade lyssnat mer på mig under förlossningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jag kunde vara uppe och röra mig så mycket som jag önskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jag kunde föda på det sätt jag önskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jag deltog i beslut om min vård och behandling så mycket som jag önskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Både jag och min partner blev bemötta med värme och respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Under vårarbete och förlossning fick jag den information jag behövde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jag hade önskat mer närvaro av barmorskan under förlossningsarbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Jag hade önskat få mer uppmuntran av barmorskan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Barmorskan förmedlade en atmosfär av lugn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Barmorskan hjälpte mig att hitta min inre styrka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mitt intryck av den medicinska kompetensen gjorde mig trygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Jag har många positiva minnen från förlossningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Jag har många negativa minnen från förlossningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. En del minnen från förlossningen kan få mig att känna mig nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja, absolut	Ja, delvis	Nej, inte helt	Nej, inte alls
25. Fick du av personalen det stöd som du önskade under din förlossning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Var personal närvarande hos dig i den grad du önskade under din förlossning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Hur smärtsamt upplevde du sammanfattningsvis förlossningen?
- Ingen smärta  Värsta tänkbara smärta
28. Hur mycket kontroll kände du att du sammanfattningsvis hade under förlossningen?
- Ingen kontroll alls  Fullständig kontroll
29. När du så här i efterhand tänker tillbaka på förlossningen, hur trygg upplevde du att du sammanfattningsvis kände dig?
- Inte alls trygg  Fullständigt trygg
30. Sög barnet på ditt bröst inom två timmar efter födseln?  Ja  Nej
31. Fungerade amningen för dig vid hemgång från BB?  Ja, helt  Ja, delvis  Nej, fungerade ej  Ej aktuellt
32. Ammar du nu?  Ja, helt  Ja, delvis  Nej, har slutat  Ej aktuellt

FRAMÅT

Sida 2 av 11 sidor

Här följer frågor om upplevelsen av igångsättningen av din förlossning, ringa in en siffra från 1 till 10 som motsvarar din upplevelse.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. Hur tycker du att din förlossning var?											Mycket svår
2. Hur skattar du din upplevelse av igångsättningen av din förlossning nu när du tänker tillbaka på den?											Inte alls bra
3. Hur smärtsam tycker du att igångsättningen av förlossningen var?											mycket smärtsam
4. Hur orolig var du under igångsättningen av förlossningen?											mycket orolig
5. Skulle du vilja ha samma handläggning vid en framtida igångsättning av förlossning?											Definitivt inte
6. Skulle du rekommendera en vän samma handläggning vid igångsättning av sin förlossning?											Definitivt inte

FRAMÅT

Copyright © 2021 MedSciNet AB. All Rights Reserved. Legal notices. Privacy statement. Version: 8.9.4

Sida 3 av 11 sidor

- Har du ammat/ammar du ditt barn?
- Ja, jag ammar
  - Ja, jag har ammat men ammar inte längre
  - Nej, jag har aldrig ammat

FRAMÅT

Copyright © 2021 MedSciNet AB. All Rights Reserved. Legal notices. Privacy statement. Version: 8.9.4

### Tillit till din förmåga att amma (BSES-SF)

Välj det svar som passar bäst på följande påståenden, som beskriver om du litar på din förmåga att amma din nyfödda bebis. Om du inte längre ammar ditt barn, svara hur du upplevde att det gick med amningen tidigare. Vänligen markera svaret genom att ringa in det nummer som bäst beskriver hur du känner. Det finns inget rätt eller fel svar.

	Litar inte alls på min förmåga	Litar inte helt på min förmåga	Litar ibland på min förmåga	Litar på min förmåga	Litar helt på min förmåga
1. Jag kan alltid avgöra att mitt barn får tillräckligt med mjölk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag kan alltid klara av amning lika bra som jag klarar av andra utmaningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jag kan alltid amma mitt barn utan att ge bröstmjölksersättning som tillägg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag kan alltid se till att mitt barn har bra tag under hela amningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag kan alltid genomföra varje amning på ett för mig tillfredställande sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jag kan alltid klara av att amma även om mitt barn gråter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jag kan alltid komma fram till att jag vill fortsätta amma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag kan alltid känna mig bekväm med att amma med andra familjemedlemmar närvarande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jag kan alltid känna mig nöjd med min amningsupplevelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jag kan alltid hantera det faktum att amning kan ta mycket tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jag kan alltid låta barnet amma klart på ett bröst innan jag byter till nästa bröst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jag kan alltid fortsätta att amma mitt barn vid varje amningstillfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jag kan alltid klara av att fylla mitt barns amningsbehov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jag kan alltid avgöra när mitt barn ammat klart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

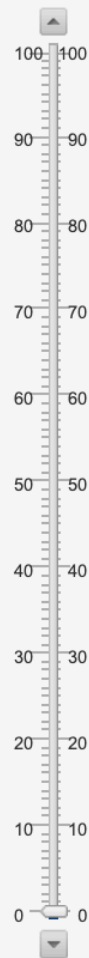
FRAMÅT



Vi vill veta hur bra eller dålig din hälsa är IDAG.

Den här skalan är numrerad från 0 till 100.  
100 är den bästa hälsa du kan tänka dig.  
0 är den sämsta hälsa du kan tänka dig.  
Klicka på skalan för att visa hur din hälsa är IDAG.

Bästa hälsa du  
kan tänka dig



Sämsta hälsa du  
kan tänka dig

Jag vill inte svara

FRAMÅT



---

## Hälsoenkät

Klicka under varje rubrik bara i EN ruta som bäst beskriver din hälsa IDAG.

---

### 1. Rörlighet

- Jag går utan svårigheter
- Jag kan gå men med viss svårighet
- Jag är sängliggande

### 2. Hygien

- Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning
- Jag har vissa problem med att tvätta eller klä mig själv
- Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

### 3. Huvudsakliga aktiviteter (t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter)

- Jag klarar mina huvudsakliga aktiviteter
- Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter
- Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter

### 4. Smärtor / besvär

- Jag har varken smärtor eller besvär
- Jag har måttliga smärtor eller besvär
- Jag har svåra smärtor eller besvär

### 5. Oro / nedstämdhet

- Jag är inte orolig eller nedstämd
  - Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning
  - Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd
- 

FRAMÅT

### The General Self-Efficacy Scale (GSES)

#### DIN UPPFATTNING OM HUR DU HANTERAR SVÅRIGHETER OCH UTMANINGAR I ALLMÄNHET

Hantering av problem och utmaningar	Tar helt avstånd	Tar delvis avstånd	Instämmer delvis	Instämmer helt
Jag lyckas alltid lösa svåra problem om jag bara anstränger mig tillräckligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Även om någon motarbetar mig hittar jag ändå utvägar att nå mina mål.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har inga svårigheter att hålla fast vid mina målsättningar och förverkliga mina mål.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I oväntade situationer vet jag alltid hur jag skall agera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Till och med överraskande situationer tror jag mig klara av bra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tack vare min egen förmåga känner jag mig lugn även när jag ställs inför svårigheter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vad som än händer klarar jag mig alltid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vilket problem jag än ställs inför kan jag hitta en lösning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om jag ställs inför nya utmaningar vet jag hur jag skall ta mig an dem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När problem uppstår kan jag vanligtvis hantera dem av egen kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[FRAMÅT](#)

## The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Hur mår Du?

Var snäll och markera det svar, som bäst stämmer överens med hur Du känt Dig under de sista 7 dagarna, inte bara hur Du mår idag.

### UNDER DE SENASTE 7 DAGARNA

1. Jag har kunnat se tillvaron från den ljusa sidan:
  - Lika bra som vanligt
  - Nästan lika bra som vanligt
  - Mycket mindre än vanligt
  - Inte alls
2. Jag har glatt mig åt saker som skall hända:
  - Lika mycket som vanligt
  - Något mindre än vanligt
  - Mycket mindre än vanligt
  - Inte alls
3. Jag har lagt skulden på mig själv onödigt mycket när något har gått snett:
  - Ja, för det mesta
  - Ja, ibland
  - Nej, inte så ofta
  - Nej, aldrig
4. Jag har känt mig rädd och orolig utan egentlig anledning:
  - Nej, inte alls
  - Nej, knappast alls
  - Ja, ibland
  - Ja, mycket ofta
5. Jag har känt mig skrämmd eller panikslagen utan speciell anledning:
  - Ja, mycket ofta
  - Ja, ibland
  - Nej, ganska sällan
  - Nej, inte alls
6. Det har kört ihop sig för mig och blivit för mycket:
  - Ja, mesta tiden har jag inte kunnat ta itu med något alls
  - Ja, ibland har jag inte kunnat ta itu med saker lika bra som vanligt
  - Nej, för det mesta har jag kunnat ta itu med saker ganska bra
  - Nej, jag har kunnat ta itu med saker precis som vanligt
7. Jag har känt mig så ledsen och olycklig att jag har haft svårt att sova:
  - Ja, mesta tiden
  - Ja, ibland
  - Nej, sällan
  - Nej, aldrig
8. Jag har känt mig ledsen och nere:
  - Ja, för det mesta
  - Ja, rätt ofta
  - Nej, sällan
  - Nej, aldrig
9. Jag har känt mig så olycklig att jag har gråtit:
  - Ja, nästan jämt
  - Ja, ganska ofta
  - Bara någon gång
  - Nej, aldrig
10. Tankar på att göra mig själv illa har förekommit:
  - Ja, rätt så ofta
  - Ibland
  - Nästan aldrig
  - Aldrig

FRAMÅT



### The Pain and Catastrophizing Scale (PCS)

Någon gång upplever vi alla smärta eller besvär. Det kan gälla huvudvärk, tandvärk eller ont från musklerna. Vi är intresserade av de tankar och känslor Du har när Du upplever smärta, ont eller besvär. Använd skalan nedan för att skatta i vilken utsträckning dessa tankar och känslor gäller just Dig.

När jag känner smärta, besvär eller ont...	0 - inte alls	1 - i liten utsträckning	2 - i måttlig utsträckning	3 - i stor utsträckning	4 - hela tiden
1. oroar mig jämt för att smärtan inte ska gå över	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. känner jag att jag inte orkar fortsätta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. är det förfärligt och jag tror att det aldrig kommer att bli bättre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. är det fruktansvärt och jag känner att det överväldigar mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. känner jag att jag inte står ut med det längre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. blir jag rädd att smärtan ska förvärras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. tänker jag på andra smärtsamma erfarenheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. väntar jag otåligt på att smärtan ska försvinna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. kan jag inte sluta tänka på det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. tänker jag hela tiden på hur ont det gör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. tänker jag hela tiden på hur mycket jag vill att smärtan ska gå över	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. finns det ingenting som jag kan göra för att lindra smärtan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. undrar jag om något allvarligt har hänt mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For any information on the use of the PCS, please contact Mapi Research Trust, Lyon, France.  
Internet: <https://eprovide.mapi-trust.org>

Copyright © 1995 Michael J.L. Sullivan. All Rights Reserved.

FRAMÅT

Känsla av sammanhang - Antonovsky's Livsfrågeformulär – korta formuläret

		1	2	3	4	5	6	7	
1. Har du en känsla av att du inte riktigt bryr dig om vad som händer runt omkring dig?	mycket sällan eller aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mycket ofta
2. Har det hänt att du blev överraskad av beteendet hos personer som du trodde du kände väl?	har aldrig hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	har ofta hänt
3. Har det hänt att människor som du litade på har gjort dig besviken?	har aldrig hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	har ofta hänt
4. Hittills har ditt liv:	helt saknat mål och mening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	genomgående haft haft mål och mening
5. Känner du dig orättvist behandlad?	mycket ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mycket sällan/aldrig
6. Har du en känsla av att du befinner dig i en obekant situation och inte vet vad du skall göra?	mycket ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mycket sällan/aldrig
7. Är dina dagliga sysslor en källa till:	glädje och djup tillfredsställelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	smärta och leda
8. Har du mycket motstridiga känslor och tankar?	mycket ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mycket sällan/aldrig
9. Händer det att du har känslor inom dig som du helst inte vill känna?	mycket ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mycket sällan/aldrig
10. Även en människa med stark självkänsla kan ibland känna sig som en "olycksfågel". Hur ofta har du känt det så?	aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mycket ofta
11. När något har hänt, har du vanligtvis funnit att:	du över- eller undervärderade dess betydelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du såg saken i dess rätta perspektiv
12. Hur ofta känner du att det inte är någon mening med de saker du gör i ditt dagliga liv?	mycket ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mycket sällan/aldrig
13. Hur ofta har du känslor som du inte är säker på att du kan kontrollera?	mycket ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mycket sällan/aldrig

FRAMÅT

Sida 11 av 11 sidor

**Här följer tre fri-text frågor som du kan kommentera med egna ord**

Hur upplevde du din förlossning?

Hur upplevde du igångsättningen av din förlossning?

Är det något annat du vill delge oss i relation till igångsättningen av din förlossning?

**Tack för ditt deltagande!**

FRAMÅT