

الحديث عن الصحة الجنسية والتعرض للعنف

تُطرح هذه الأسئلة من أجل تقديم رعاية ودعم أفضل. إن الإجابة على الأسئلة هي اختيارية وأنت تختار بنفسك أي من الأسئلة تريد الإجابة عليها وأي خيار من الإجابات يناسبك أكثر.

1. كم هو عمرك؟		سنة _____	
2. ما هي هويتك الجندرية؟ نقصد بالهوية الجندرية الجنس الذي تشعر أنك تنتمي إليه.	أنثى <input type="checkbox"/>	ذكر نكر <input type="checkbox"/>	شخص متحول جنسياً ثاني <input type="checkbox"/>
3. ما هي هويتك الجنسية؟	ثنائي الميول الجنسية <input type="checkbox"/>	مغاير الجنس <input type="checkbox"/>	مثلي الجنس <input type="checkbox"/>
4. مع من تسكن؟	مع أحد الوالدين / ولي أمر <input type="checkbox"/>	مع صديق / شريك <input type="checkbox"/>	مع أسرة بديلة (familjehem) / دور الرعاية (HVB) / الهيئة الحكومية للمؤسسات الإصلاحية (SiS) <input type="checkbox"/>
5. كم مرة شربت الكحول خلال السنة الماضية؟	من مرتين إلى أربع مرات في الشهر <input type="checkbox"/>	مرة واحدة في الشهر أو أقل <input type="checkbox"/>	ولا مرة <input type="checkbox"/>
6. هل سبق أن تعاطيت المخدرات؟ مثل القنب (الحشيش/الماريغوانا) أو البنزوديازيبينات أو الكوكايين أو الترامادول أو الأمفيتامين أو البوبريز أو غيرها من المخدرات.	نعم، خلال السنة الماضية <input type="checkbox"/>	نعم، قبل أكثر من سنة <input type="checkbox"/>	ولا مرة <input type="checkbox"/>

7. هل هناك من يفرض عليك قيوداً أو يراقبك فيما يتعلق مثلاً باختيار الشريك أو الأصدقاء أو الملابس أو أنشطة وقت الفراغ؟ ويشمل ذلك أيضاً ما يكون عبر الإنترنت.	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	لا أعلم <input type="checkbox"/>
8. هل سبق لك أن فرضت قيوداً أو راقبت شخصاً آخر فيما يتعلق مثلاً باختيار الشريك أو الأصدقاء أو الملابس أو أنشطة وقت الفراغ؟ ويشمل ذلك أيضاً ما يكون عبر الإنترنت.	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	لا أعلم <input type="checkbox"/>
9. هل سبق أن تعرضت للإهانة أو التهديد أو المضايقة أو التتمر أو لأي شكل آخر من الأذى؟ ويشمل ذلك أيضاً ما يكون عبر الإنترنت.	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	لا أعلم <input type="checkbox"/>
10. هل سبق لك أن أهنت أو هددت أو ضايقت أو تنمرت على شخص آخر أو تسببت له بأي شكل آخر من الأذى؟ ويشمل ذلك أيضاً ما يكون عبر الإنترنت.	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	لا أعلم <input type="checkbox"/>
11. هل سبق أن تعرضت للضرب أو الركل أو الدفع أو لأي نوع آخر من الأذى الجسدي من قبل شخص ما؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	لا أعلم <input type="checkbox"/>
12. هل سبق لك أن ضربت أو ركلت أو دفعت أو تسببت بإيذاء شخص ما؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	لا أعلم <input type="checkbox"/>
13. هل سبق أن تعرضت لأي تصرف جنسي دون موافقتك؟ ويشمل ذلك أيضاً ما يكون عبر الإنترنت. على سبيل المثال أن تمارس علاقة جنسية مهبلية أو فموية أو شرجية أو أي تصرفات جنسية أخرى دون موافقة الطرف الآخر ويشمل ذلك أيضاً عبر كاميرا الويب. كما يشمل أن يقوم شخص بتهديك بنشر صور أو مقاطع فيديو جنسية لك أو أن ينشرها فعلاً أو أن تتلقى صوراً أو مقاطع فيديو جنسية دون موافقتك.	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	لا أعلم <input type="checkbox"/>
14. هل سبق لك أن قمت بأي تصرف جنسي بدون رغبة الشخص الآخر في ذلك؟ ويشمل ذلك أيضاً ما يكون عبر الإنترنت. على سبيل المثال أن تمارس علاقة جنسية مهبلية أو فموية أو شرجية أو أي تصرفات جنسية أخرى دون موافقة الطرف الآخر ويشمل ذلك أيضاً عبر كاميرا الويب. كما يشمل أن تكون قد هددت بإرسال صور أو مقاطع فيديو جنسية لشخص ما أو قمت فعلاً بنشرها دون موافقة الطرف الآخر.	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	لا أعلم <input type="checkbox"/>
15. هل مررت بتجربة صعبة مرتبطة بمشاهدة المواد الإباحية؟ على سبيل المثال إذا شاهدت شيئاً غير مريح أو واجهت صعوبة في التوقف عن المشاهدة أو إذا أثرت عليك سلباً أو إذا أجبرك أحد على المشاهدة.	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	لا أعلم <input type="checkbox"/>
16. هل سبق لك خلال فترة نشاطك أن شهدت تعرض أحد أفراد عائلتك لعنف نفسي أو جسدي أو جنسي؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	لا أعلم <input type="checkbox"/>

إن ممارسة الجنس يمكن، ولكن ليس بالضرورة، أن تعني الجماع المهبلي أو الفموي أو الشرجي. ويمكن أن يشمل الجنس أشكالاً مختلفة أخرى مثل الاستمناح مع شخص آخر أو التقبيل أو المداعبة. وقد يحدث ذلك عند اللقاء وجهاً لوجه كما يمكن أن يحدث أيضاً عبر الإنترنت. وأنت تقرّر بنفسك أي موقف تعتبره المرة الأولى بالنسبة لك.

إذا لم يسبق لك أن مارست الجنس مع أي شخص، فيمكنك الآن إنهاء تعبئة الاستبيان.

17. كم كان عمرك عندما مارست الجنس مع شخص آخر لأول مرة؟

سنة _____

18. كم عدد الأشخاص الذين مارست معهم الجنس خلال آخر ١٢ شهراً؟

شخصاً _____

ويشمل ذلك أيضاً ما يكون عبر الإنترنت

19. كم مرة تستخدم أنت وشركائك الواقي الذكري أو الواقي الفموي كوسيلة حماية من الأمراض المنقولة جنسياً؟

دائماً أحياناً أبداً

20. كم مرة تستخدم أنت أو شركائك وسيلة حماية من الحمل؟

على سبيل المثال حبوب منع الحمل أو زرع مانع الحمل أو اللولب أو الواقي الذكري.

دائماً أحياناً أبداً لا أعلم غير وارد حالياً

21. هل لديك الآن أو سبق أن أصبت بالكلاميديا أو السيلان أو الزهري أو التهاب الكبد أو فيروس نقص المناعة البشرية (hiv)؟

نعم لا لا أعلم

22. هل حدث لك أو لأحد شركائك حمل غير مخطّط له؟

نعم لا لا أعلم

23. هل لديك تجربة في ممارسة الجنس الخائق أثناء الجنس سواء كانت منك أو عليك؟

إن الجنس الخائق أثناء الجنس قد يعني الضغط باليد أو بأي وسيلة أخرى على الرقبة بحيث يُمنع وصول الدم إلى الدماغ ويقطع دخول الهواء. ويشمل ذلك أيضاً الممارسة أثناء الاستمناح.

نعم لا لا أعلم

24. هل استخدمت الجنس لإيذاء نفسك أو للتعامل مع مشاعر صعبة؟

ويشمل ذلك أيضاً ما يكون عبر الإنترنت.

نعم لا لا أعلم

25. هل سبق أن حصلت على تعويض مقابل ممارسة الجنس؟

ويشمل ذلك أيضاً ما يكون عبر الإنترنت.

ويمكن أن يكون التعويض مثلاً، مال أو كحول أو سجاير أو مخدرات أو سكن أو طعام أو هدايا.

نعم لا لا أعلم

26. هل سبق أن دفعت أو قدمت تعويضاً مقابل ممارسة الجنس؟

ويشمل ذلك أيضاً ما يكون عبر الإنترنت.

ويمكن أن يكون التعويض مثلاً، مال أو كحول أو سجاير أو مخدرات أو سكن أو طعام أو هدايا.

نعم لا لا أعلم

هل لديك أفكار أخرى أو أسئلة تودّ أن نتحدّث عنها: