

## **Kvinder i Sund Overgang KISO Survey 2024**



**Spørgsmål og svarkategorier  
KISO Survey baseline  
Første dataindsamlingsrunde:  
Juni 2024 – oktober 2024**

Maria Hybholt, Terese Sara Høj Jørgensen og Sigrid Normann Biener  
Københavns Universitet  
Institut for Folkesundhedsvidenskab

2024

# Baggrundsoplysninger

Til at starte med vil vi gerne bede dig om nogle baggrundsoplysninger. Disse oplysninger hjælper os med at forstå, hvilke forskelle der er i overgangsalderen mellem kvinder.

## Hvornår er du født?

### Dag

Scroll down: 1, 2, 3, ..., 3

### Måned

Scroll down: Januar, Februar, Marts, ..., December

### År

Scroll down: 1964, 1965, 1966, ..., 1980

## I hvilket land er du født?

Scroll down: Danmark, Afghanistan, Albanien, ..., Østrig, Ved ikke/ikke relevant

## I hvilket land er din mor født?

Scroll down: Danmark, Afghanistan, Albanien, ..., Østrig, Ved ikke/ikke relevant

## I hvilket land er din far født?

Scroll down: Danmark, Afghanistan, Albanien, ..., Østrig, Ved ikke/ikke relevant

## I hvilken kommune bor du?

Scroll down: Aabenraa, Aalborg, Aarhus, ..., Ærø

### Hvad er din længst fuldførte uddannelse?

1. Ingen
2. Grundskole (1.-6. klasse)
3. Grundskole (7.-10. klasse)
4. Gymnasial uddannelse (f.eks. STX, HF, HHX, HTX, GIF, EUX)
5. Erhvervsfaglig uddannelse (f.eks. Handelsskolernes grundforløb, kontor- eller butiksassistent, frisør, lægesekretær, social- og sundhedshjælper/assistent, landmand)
6. Kort videregående uddannelse (f.eks. markedsøkonom, politibetjent, laborant, datamatiker, multimediedesigner, økonoma, tandplejer)
7. Mellemlang videregående uddannelse (f.eks. folkeskolelærer, socialrådgiver, sygeplejerske, pædagog, diplomingeniør, uddannelse på bachelorniveau)
8. Lang videregående uddannelse (f.eks. civilingeniør, læge, psykolog, sociolog, økonom, uddannelse på kandidatniveau)
9. Ph.d. og forskeruddannelse
10. Andet, angiv venligst hvad: \_\_\_\_\_
99. Ved ikke

### Hvad er din nuværende tilknytning til arbejdsmarkedet?

1. Under uddannelse
2. Lønmodtager på fuldtid
3. Lønmodtager på deltid
4. Selvstændig
5. Hjemmegående
6. Førtidspensionist
7. Efterlønsmodtager
8. Pensionist
9. På orlov (f.eks. barsel eller forældreorlov)
10. Langtidssygemeldt (mindst 3 måneder)
11. Ledig
12. Andet, angiv venligst hvad: \_\_\_\_\_
99. Ved ikke

### Har du en ægtefælle/kæreste/fast partner?

1. Ja
2. Nej

**Hvem bor du sammen med? (Det er muligt at sætte flere krydser)**

1. Ægtefælle/kæreste/fast partner
2. Barn/børn (*egne børn, bonusbørn, plejebørn mv.*)
3. Andre, angiv venligst hvem: \_\_\_\_\_
4. Bor alene

**Hvor mange børn har du født?**

*Her skal du både medregne børn, du har født vaginalt og ved kejsersnit.*

Scroll down: 0, 1, 2, ..., 5 eller flere

**[Filter: 1 barn]**

**Hvilken dato fødte du dit barn?**

**Dag**

Scroll down: 1, 2, 3, ..., 31

**Måned**

Scroll down: Januar, Februar, Marts, ..., December

**År**

Scroll down: 1964, 1965, 1966, ..., 2024

**[Filter: 2 eller flere børn]**

**Hvilken dato fødte du dit første barn?**

**Dag**

Scroll down: 1, 2, 3, ..., 31

**Måned**

Scroll down: Januar, Februar, Marts, ..., December

**År**

Scroll down: 1964, 1965, 1966, ..., 2024

[Filter: 2 eller flere børn]

Hvilken dato fødte du dit sidste barn?

Dag

Scroll down: 1, 2, 3, ..., 31

Måned

Scroll down: Januar, Februar, Marts, ..., December

År

Scroll down: 1964, 1965, 1966, ..., 2024

Har du uddybende kommentarer til din familiesituation?

Åbent tekstfelt

Hvem kan du tale fortroligt med, hvis du har brug for støtte? (Det er muligt at sætte flere krydser)

Her skal du sætte kryds ved alle dem, du oplever at kunne tale fortroligt med, når du har behov for støtte generelt. Støtten må gerne være forskellig på tværs af personerne.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ægtefælle/kæreste/partner</li><li>2. Forælder/forældre</li><li>3. Søsken</li><li>4. Mit barn/mine børn</li><li>5. Anden familierelation</li><li>6. Veninder/venner</li><li>7. Kolleger</li><li>8. Andre, angiv venligst hvem: _____</li><li>9. Ingen</li></ol> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Menstruation

Den næste del af spørgeskemaet handler om din menstruationscyklus. Disse oplysninger skal hjælpe os med at afklare, om du er gået i overgangsalderen.

**Hvornår har du sidst haft menstruation? (Angiv dit bedste bud)**

*F.eks. hvis du har menstruation nu eller har haft menstruation for to uger siden, angiver du "under 1 måned" og "0 år". Hvis du har haft din sidste menstruation for flere år siden, angiver du dit bedste bud i antal år og evt. antal måneder.*

**Antal måneder**

Scroll down: under 1, 1, 2, ..., 11

**Antal år**

Scroll down: 0, 1, 2, ..., 25 eller flere

**[Filter: under 1 år siden sidste menstruation]****Hvor lang var din sidste menstruationscyklus?**

*Menstruationscyklus er perioden (antal dage) fra første dag i en menstruation til første dag i den næste menstruation.*

1. Kortere end 23 dage
2. Mellem 23-35 dage
3. Mellem 36-60 dage
4. Længere end 60 dage
99. Ved ikke

**[Filter: under 1 år siden sidste menstruation]****Hvor mange dage varede din sidste menstruation?**

*Menstruation er antal dage med blødning.*

1. 1-3 dage
2. 4-9 dage
3. 10 dage eller flere
99. Ved ikke

**[Filter: under 1 år siden sidste menstruation]**

**Hvor kraftig var din sidste menstruation? (Angiv dit bedste bud)**

*F.eks. kan gennemblødninger eller behov for hyppige skift af bind/tampon/andre menstruationsprodukter indikere meget kraftig blødningsmængde.*

1. Meget kraftig blødningsmængde
2. Kraftig blødningsmængde
3. Moderat blødningsmængde
4. Svag blødningsmængde
99. Ved ikke

**[Filter: under 1 år siden sidste menstruation]**

**Har du oplevet ændringer i din menstruationscyklus det seneste år?**

1. Ingen væsentlige ændringer i cykluslængde
2. Små ændringer i cykluslængden (f.eks. forlænget/forkortet cyklus eller uregelmæssige menstruationer)
3. Store ændringer i cykluslængde (f.eks. udeblivelser og længere perioder uden menstruation)
99. Ved ikke

**[Filter: under 1 år siden sidste menstruation]**

**Har du oplevet ændringer i din blødningsmængde det seneste år?**

1. Ingen væsentlige ændringer i blødningsmængde
2. Små ændringer i blødningsmængde (*f.eks. lidt mindre eller lidt kraftigere blødninger end normalt*)
3. Store ændringer i blødningsmængde (*f.eks. meget mindre eller meget kraftigere blødninger end normalt*)
99. Ved ikke

**Har din menstruationscyklus ændret sig/ophørt på grund af nuværende brug af et præventionspræparat?**

*F.eks. hormonspiral, kobberspiral eller Minipiller.*

1. Ja
2. Nej
3. Bruger ikke et præventionspræparat

**Har din menstruationscyklus ændret sig/ophørt på grund af medicinsk behandling?**

*F.eks. kemoterapi, strålebehandling eller anti-østrogenbehandling,*

1. Ja
2. Nej

**Har din menstruationscyklus ændret sig/ophørt på grund af kirurgisk indgreb?**

*F.eks. fjernelse af æggestokke eller livmoder.*

1. Ja
2. Nej

**Har din menstruationscyklus ændret sig det seneste år, fordi du er gravid eller ammer?**

1. Ja
2. Nej

**Hvad er dit syn på overgangsalderen i almindelighed? (Det er muligt at sætte flere krydser)**

1. Det er en naturlig del af en kvindes liv
2. Det er en god oplevelse for en kvinde
3. Det er en periode i en kvindens liv med mulighed for udvikling
4. Det er en periode, der skal overstås
5. Det er en belastende periode for en kvinde
6. Det er en dårlig oplevelse for en kvinde
99. Ved ikke

**Har du nogensinde talt med din egen læge om overgangsalderen?**

1. Ja, jeg havde bestilt tid til at tale om overgangsalderen
2. Ja, i forbindelse med en anden konsultation
3. Nej

**Har du talt med andre sundhedsprofessionelle om overgangsalderen?**

*F.eks. en gynækolog eller sygeplejerske.*

1. Ja
2. Nej



**Har du talt med andre personer om overgangsalderen? (Det er muligt at sætte flere krydser)**

1. Ja, min ægtefælle/kæreste/partner
2. Ja, min mor
3. Ja, mit barn/mine børn
4. Ja, anden familierelation
5. Ja, veninder/venner
6. Ja, min arbejdsgiver
7. Ja, kolleger
8. Ja, en gruppe på sociale medier
9. Ja, andre. Angiv venligst hvem:\_\_\_\_\_
10. Nej

**Er du i hormonbehandling for at forebygge eller behandle symptomer i overgangsalderen?**

1. Ja, lokal hormonbehandling (*f.eks. vaginalcreme, vaginalpiller eller vaginalindlæg*). Angiv venligst hvilken hormonbehandling:\_\_\_\_\_
2. Ja, systemisk hormonbehandling (*f.eks. tabletter, gel eller plastre*). Angiv venligst hvilken hormonbehandling:\_\_\_\_\_
3. Nej, ikke nu, men jeg har tidligere været
4. Nej, men jeg overvejer/har overvejet det
5. Nej, slet ikke

**Tager du receptpligtig medicin uden hormoner for at forebygge eller behandle symptomer i overgangsalderen?**

1. Ja. Angiv venligst hvilke:\_\_\_\_\_
2. Nej, ikke nu, men jeg har tidligere taget
3. Nej, men jeg overvejer/har overvejet det
4. Nej, slet ikke

**Tager du kosttilskud for at forebygge eller behandle symptomer i forbindelse med overgangsalderen?**

*F.eks. Rødkløver, Sort sølvlys/Black cohosh, sojaprodukter.*

1. Ja. Angiv venligst hvilke kosttilskud:\_\_\_\_\_
2. Nej, ikke nu, men jeg har tidligere taget
3. Nej, men jeg overvejer/har overvejet det
4. Nej, slet ikke

## Modtager du alternativ behandling for at forebygge eller behandle symptomer i forbindelse med overgangsalderen?

F.eks. akupunktur, yoga, massage, naturlig hormonterapi.

1. Ja. Angiv venligst hvilken behandling: \_\_\_\_\_
2. Nej, ikke nu, men jeg har tidligere modtaget
3. Nej, men jeg overvejer/har overvejet det
4. Nej, slet ikke

## Har du uddybende kommentarer til ovenstående spørgsmål?

Åbent tekstfelt

## Symptomer i overgangsalderen

Næste del af spørgeskemaet drejer sig om, hvorvidt du oplever symptomer, der er almindelige under overgangsalderen. I din besvarelse skal du ikke tage højde for, om det er relateret til overgangsalderen eller ej.

### Hvilke af følgende symptomer oplever du på nuværende tidspunkt?

Marker venligst det relevante svar ud for hvert symptom. Ved symptomer, som ikke er relevante, sætter du kryds i ”ingen”.

|                                                                                                            | Ingen                    | Milde                    | Moderate                 | Alvorlige                | Meget alvorlige          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hedeture, sved (episoder med svedtendens)                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjertegener (forstyrrelser i hjerterytme, hjertebanken, øget puls, en trykkende fornemmelse i brystkassen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Søvnproblemer (svært ved at falde i søvn, afbrudt søvn, vågner tidligt)                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depressiv sindsstemning (nedtrykkethed, tristhed, grådlabil, initiativløshed, humørsvingninger)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                       |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Irritabilitet (nervøs, anspændt, aggressiv)                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angst (indre rastløshed, følelse af panik)                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fysisk og psykisk udmattelse (generel nedsat handlekraft, påvirket hukommelse, nedsat koncentrationsevne, glemsomhed) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seksuelle problemer (ændring i seksuel lyst, seksuel aktivitet og tilfredshed)                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blæreproblemer (vandladningsbesvær, vandladningstrang, inkontinens)                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Skedetørhed (oplevelsen af tørhed eller brændende fornemmelse i skeden, problemer i forbindelse med seksuelt samleje) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Led- og muskelømhed (smerter i led, gigtproblemer)                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nattesved (opvågninger med svedeture, vådt lagen, vådt nattøj)                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ændring i hud (forandringer i hudens udseende, struktur, farve)                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hovedpine (hovedspændinger, migræne)                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Raseri (vredesudbrud, kontroltab, frustration)                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Svimmelhed (balancebesvær, gyngende fornemmelse)                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Har du andre symptomer, som du oplever i forbindelse med overgangsalderen?**

Skriv hvilke, hvis du oplever andre symptomer end angivet ovenfor.

|                 |
|-----------------|
| Åbent tekstfelt |
|-----------------|

## Trivsel

Næste del af spørgeskemaet drejer sig om, hvordan du generelt har det. Disse oplysninger hjælper os med at kortlægge, hvilken betydning overgangsalderen har for din generelle trivsel.

|                                                                                       | Helt uenig               | Uenig                    | Delvist enig             | Enig                     | Helt enig                |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Jeg er i stand til at kontrollere ting i mit liv, som er vigtige for mig              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg føler mig udfordret af mit arbejde                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg tror på, at mit arbejde er til gavn for samfundet                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg er ikke tilfreds med mit sexliv                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg er ikke tilfreds med mit romantiske liv                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg har modtaget meget personlig anerkendelse i min omgangskreds eller på mit arbejde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg er utilfreds med mit udseende                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Min kost er ikke ernæringsmæssigt sund                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg føler, at jeg har kontrol over min spiseadfærd                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg dyrker regelmæssigt motion tre eller flere gang om ugen                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg føler mig generelt deprimeret                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg oplever ofte angst                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De fleste ting, som sker for mig, er ude af min kontrol                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg er tilfreds med, hvor hyppigt jeg har seksuelt samvær med en partner              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg oplever i øjeblikket fysisk ubehag eller smerter under seksuel aktivitet          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg føler ikke, at jeg har kontrol over mit fysiske helbred                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg er stolt af mine arbejdsmæssige præstationer                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg synes, at mit liv er stimulerende                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg bliver ved med at sætte nye personlige mål for mig selv                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg forventer, at gode ting vil ske i mit liv                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg føler mig fysisk godt tilpas                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg føler mig i god fysisk form                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                 |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Jeg bliver ved med at sætte nye professionelle mål for mig selv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

## Fysisk aktivitet

Den næste del af spørgeskemaet handler om din fysiske aktivitet. Disse spørgsmål undersøger, om fysisk aktivitet har betydning for overgangsalderen.

Vi ønsker at undersøge de forskellige former for fysisk aktivitet, du udfører. Vi beder dig om at besvare, hvor meget tid du har været fysisk aktiv de sidste 7 dage.

**Angiv dit bedste bud** på den fysiske aktivitet, som du har udført i mindst 10 minutter ad gangen. Angiv om den fysiske aktivitet var hård eller moderat.

- **Hård** fysisk aktivitet får dig til at trække vejret meget mere end normalt.
- **Moderat** fysisk aktivitet får dig til at trække vejret noget mere end normalt.

### Arbejde

De næste spørgsmål handler om de fysiske aktiviteter, som du har udført som en del af dit arbejde. Det inkluderer ikke transport til og fra arbejde.

### Hvor tit har du de sidste 7 dage...

...udført **hård** fysisk aktivitet? (f.eks. løftet tunge ting, gravet, lavet anlægsarbejde, gået op ad trapper eller cyklet hurtigt)

### Dage pr. uge

|           |
|-----------|
| _____dage |
|-----------|

Hvor meget tid tilbringer du som regel på denne aktivitet på en af disse dage?

### Timer pr. dag

|            |
|------------|
| _____timer |
|------------|

**Minutter pr. dag****Hvor tit har du de sidste 7 dage...**

...udført **moderat** fysisk aktivitet? (*f.eks. malet, båret lette genstande, skubbet en kørestol eller cyklet*)

**Dage pr. uge**

Hvor meget tid tilbringer du som regel på denne aktivitet på en af disse dage?

**Timer pr. dag****Minutter pr. dag****Hvor tit har du de sidste 7 dage...**

...gået?

**Dage pr. uge**

Hvor meget tid tilbringer du som regel på denne aktivitet på en af disse dage?

**Timer pr. dag****Minutter pr. dag****Transport**

De næste spørgsmål handler om, hvordan du er kommet fra sted til sted. Det inkluderer transport til og fra arbejde, til butikker og supermarkeder, biograf mv.

**Hvor tit har du de sidste 7 dage...**

...cyklet?

**Dage pr. uge**

Hvor meget tid tilbringer du som regel på denne aktivitet på en af disse dage?

**Timer pr. dag****Minutter pr. dag**

Hvor tit har du de sidste 7 dage...

...gået?

**Dage pr. uge**

Hvor meget tid tilbringer du som regel på denne aktivitet på en af disse dage?

**Timer pr. dag****Minutter pr. dag**

Hvor tit har du de sidste 7 dage...

...**kørt**? (f.eks. med bil, bus, tog eller lignende)

**Dage pr. uge**

Hvor meget tid tilbringer du som regel på denne aktivitet på en af disse dage?

**Timer pr. dag****Minutter pr. dag**

## Hjem og have

De næste spørgsmål handler om de fysiske aktiviteter, som du har udført i og omkring dit hjem, såsom husarbejde, havearbejde, rengøring og omsorg for din familie.

### Hvor tit har du de sidste 7 dage...

...udført **hård** fysisk aktivitet i din have? (f.eks. løftet tunge ting, hugget brænde, skovlet sne eller gravet)

#### Dage pr. uge

\_\_\_\_\_dage

Hvor meget tid tilbringer du som regel på denne aktivitet på en af disse dage?

#### Timer pr. dag

\_\_\_\_\_timer

#### Minutter pr. dag

\_\_\_\_\_minutter

### Hvor tit har du de sidste 7 dage...

...udført **moderat** fysisk aktivitet i din have? (f.eks. båret lette genstande, fejlet eller revet i haven)

#### Dage pr. uge

\_\_\_\_\_dage

Hvor meget tid tilbringer du som regel på denne aktivitet på en af disse dage?

#### Timer pr. dag

\_\_\_\_\_timer

#### Minutter pr. dag

\_\_\_\_\_minutter

### Hvor tit har du de sidste 7 dage...

...udført **moderat** fysisk aktivitet i dit hjem? (f.eks. båret lette genstande eller gjort rent)

#### Dage pr. uge

\_\_\_\_\_dage



Hvor meget tid tilbringer du som regel på denne aktivitet på en af disse dage?

**Timer pr. dag**

|            |
|------------|
| _____timer |
|------------|

**Minutter pr. dag**

|               |
|---------------|
| _____minutter |
|---------------|

### **Fritid og sport**

Dette afsnit omhandler de fysiske aktiviteter, som du har udført i din fritid. Her skal du ikke medregne aktiviteter, som du allerede har nævnt ovenfor.

**Hvor tit har du de sidste 7 dage...**

...udført **hård** fysisk aktivitet? (f.eks. lavet aerobics, løbet, dyrket hård styrketræning eller cyklet hurtigt)

**Dage pr. uge**

|           |
|-----------|
| _____dage |
|-----------|

Hvor meget tid tilbringer du som regel på denne aktivitet på en af disse dage?

**Timer pr. dag**

|            |
|------------|
| _____timer |
|------------|

**Minutter pr. dag**

|               |
|---------------|
| _____minutter |
|---------------|

**Hvor tit har du de sidste 7 dage...**

...udført **moderat** fysisk aktivitet? (f.eks. svømmet i almindeligt tempo, cyklet, dyrket let styrketræning eller yoga)

**Dage pr. uge**

|           |
|-----------|
| _____dage |
|-----------|

Hvor meget tid tilbringer du som regel på denne aktivitet på en af disse dage?

**Timer pr. dag**

|            |
|------------|
| _____timer |
|------------|

**Minutter pr. dag** minutter**Hvor tit har du de sidste 7 dage...**

...gået? (f.eks. gåture og hundeluftning)

**Dage pr. uge** dage

Hvor meget tid tilbringer du som regel på denne aktivitet på en af disse dage?

**Timer pr. dag** timer**Minutter pr. dag** minutter**Siddende**

Nu skal du tænke på den tid, du har brugt stillesiddende både i og udenfor arbejdstiden.

**Hvor tit har du brugt på at sidde ned...**

F.eks. (f.eks. ved et skrivebord, med familie eller venner, når du har læst eller set TV. Se bort fra bilkørsel og transport i bus og tog.)

**...de sidste 5 hverdage?****Timer pr. dag** timer**Minutter pr. dag** minutter**...den sidste weekend?****Timer pr. dag** timer

**Minutter pr. dag**

|                |
|----------------|
| _____ minutter |
|----------------|

**Hvordan vurderer du, at din fysiske aktivitet de sidste 7 dage passer med en typisk uge om sommeren?**

|                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Jeg laver mere fysisk aktivitet om sommeren end angivet ovenfor<br>2. Jeg laver omkring samme fysisk aktivitet om sommeren som angivet ovenfor<br>3. Jeg laver mindre fysisk aktivitet om sommeren end angivet ovenfor<br>99. Ved ikke |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Hvordan vurderer du, at din fysiske aktivitet de sidste 7 dage passer med en typisk uge om vinteren?**

|                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Jeg laver mere fysisk aktivitet om vinteren end angivet ovenfor<br>2. Jeg laver omkring samme fysisk aktivitet om vinteren som angivet ovenfor<br>3. Jeg laver mindre fysisk aktivitet om vinteren end angivet ovenfor<br>99. Ved ikke |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Hvordan vurderer du, at din fysiske aktivitet har ændret sig de sidste 10 år?**

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Jeg laver mere fysisk aktivitet i dag, end jeg har gjort de sidste 10 år<br>2. Jeg laver omkring samme fysisk aktivitet i dag, som jeg har gjort de sidste 10 år<br>3. Jeg laver mindre fysisk aktivitet i dag, end jeg har gjort de sidste 10 år<br>99. Ved ikke |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Krop og helbred

Den næste del af spørgeskemaet handler om din krop og dit helbred. Disse oplysninger hjælper os med at forstå, om det har betydning for overgangsalderen.

**Hvad er din højde i cm? (Angiv dit bedste bud)**

|                             |
|-----------------------------|
| 1. _____ cm<br>99. Ved ikke |
|-----------------------------|

**Hvad er din vægt i kg? (Angiv dit bedste bud)**

- 1. \_\_\_\_\_kg
- 99. Ved ikke

**Hvordan vurderer du din vægt?**

- 1. Alt for lav
- 2. Lidt for lav
- 3. Tilpas
- 4. Lidt for høj
- 5. Alt for høj
- 99. Ved ikke

**Vil du gerne tabe dig?**

- 1. Ja, i høj grad
- 2. Ja, i nogen grad
- 3. Ja, i mindre grad
- 4. Nej
- 99. Ved ikke

**I løbet af de sidste 14 dage, hvor mange timer har du sovet på et almindeligt hverdagsdøgn?**

- 1. Under 5 timer
- 2. 5-6 timer
- 3. 7-9 timer
- 4. Over 9 timer

**Føler du, at du sover nok til at føle dig udhvilet?**

- 1. Ja, som regel
- 2. Ja, men ikke tit nok
- 3. Nej, næsten aldrig
- 99. Ved ikke

**Ryger du?**

- 1. Ja, hver dag
- 2. Ja, mindst én gang om ugen
- 3. Ja, sjældnere end hver uge
- 4. Nej, jeg er holdt op
- 5. Nej, jeg har aldrig røget

**Hvor mange dage om ugen drikker du typisk alkohol?**

Scroll down: 0, 1, 2, ..., 7

**Hvor mange genstande drikker du typisk om ugen?**

Scroll down: 0, 1, 2, ..., 15 eller flere

**Hvilken af følgende præventionspræparater har du senest brugt?**

Scroll down: Hormonspiral, Kobberspiral, P-piller, Minipiller, P-ring, P-stav, P-plaster, Andet, Har aldrig brugt prævention, Ved ikke

**Er du stoppet med at bruge ovenstående præventionspræparat?**

1. Ja, angiv venligst hvornår: \_\_\_\_\_
2. Nej
3. Har aldrig brugt et af ovenstående præventionspræparater

**Har du nogensinde oplevet at have en ufrivillig (spontan) abort?**

1. Ja, én gang
2. Ja, to eller flere gange
3. Nej, aldrig
99. Ved ikke

**Har du nogensinde oplevet at få foretaget en abort af medicinske grunde?**

*F.eks. på grund af fosterdød, misdannelse, kromosomafvigelser, vindæg eller graviditet uden for livmoderen*

1. Ja, én gang
2. Ja, to eller flere gange
3. Nej, aldrig
99. Ved ikke

**Har du nogensinde oplevet at få foretaget en abort på grund af uønsket graviditet?**

1. Ja, én gang
2. Ja, to eller flere gange
3. Nej, aldrig
99. Ved ikke

## Arbejdsevne

Den sidste del af spørgeskemaet handler om arbejdsevne og daglige aktiviteter. Disse oplysninger hjælper os med at forstå, hvordan symptomer i overgangsalderen påvirker din evne til at arbejde og udføre almindelige aktiviteter i dagligdagen.

### Er du på nuværende tidspunkt i lønnet arbejde?

1. Nej
2. Ja

#### [Filter: Ja i nuværende lønnet arbejde]

De næste spørgsmål omhandler **de sidste 7 dage** uden at inkludere i dag.

#### **I løbet af de sidste 7 dage, hvor mange arbejdstimer mistede du på grund af problemer relateret til symptomer i overgangsalderen?**

*Inkludér timer som du mistede under sygedage, når du mødte sent ind, gik tidligt osv. på grund af dine symptomer i overgangsalderen.*

\_\_\_\_\_timer

#### [Filter: Ja i nuværende lønnet arbejde]

#### **I løbet af de sidste 7 dage, hvor mange arbejdstimer mistede du på grund af andre årsager?**

*F.eks. ferie, helligdage andre sygedage*

\_\_\_\_\_timer

#### [Filter: Ja i nuværende lønnet arbejde]

#### **I løbet af de sidste 7 dage, hvor mange timer arbejdede du i alt?**

\_\_\_\_\_timer

#### [Filter: Ja i nuværende lønnet arbejde og mere end 0 timers arbejde de sidste 7 dage]

#### **I løbet af de sidste 7 dage, hvor meget har dine symptomer i overgangsalderen påvirket din produktivitet, mens du arbejdede?**

*Tænk på de dage, hvor du var begrænset i omfanget eller typen af arbejde, som du kunne udføre, dage hvor du udrettede mindre, end du ønskede, eller dage hvor du ikke kunne udføre dit arbejde så*

omhyggeligt som sædvanlig. Hvis symptomer i overgangsalderen kun påvirkede dit arbejde en lille smule, så vælg et lavt tal. Vælg et højt tal, hvis symptomer i overgangsalderen påvirkede dit arbejde meget.

Inkluder kun hvor meget symptomer i overgangsalderen påvirkede produktiviteten, mens du arbejdede.

- |     |                                       |
|-----|---------------------------------------|
| 0.  | 0 = Ingen påvirkning på mit arbejde   |
| 1.  | 1                                     |
| 2.  | 2                                     |
| 3.  | 3                                     |
| 4.  | 4                                     |
| 5.  | 5                                     |
| 6.  | 6                                     |
| 7.  | 7                                     |
| 8.  | 8                                     |
| 9.  | 9                                     |
| 10. | 10 = Forhindret mig helt i at arbejde |

**I løbet af de sidste 7 dage, hvor meget har dine symptomer i overgangsalderen påvirket din evne til at udføre almindelige aktiviteter i dagligdagen udover dit arbejde?**

Med almindelige aktiviteter i dagligdagen mener vi sædvanlige aktiviteter, du udfører (f.eks. huslige pligter, indkøb, børnepasning, træning, studietid osv.). Tænk på tidspunkter, hvor du var begrænset i omfanget eller typen af aktiviteter, du kunne udføre, og på tidspunkter hvor du udrettede mindre, end du ønskede. Hvis symptomer i overgangsalderen kun påvirkede dine aktiviteter en lille smule, så vælg et lavt tal. Vælg et højt tal, hvis symptomer i overgangsalderen påvirkede dine aktiviteter meget.

Inkluder kun hvor meget symptomer i overgangsalderen påvirkede din evne til at udføre dine almindelige aktiviteter i dagligdagen udover dit arbejde.

- |    |                                                        |
|----|--------------------------------------------------------|
| 0. | 0 = Ingen påvirkning på mine aktiviteter i dagligdagen |
| 1. | 1                                                      |
| 2. | 2                                                      |
| 3. | 3                                                      |
| 4. | 4                                                      |
| 5. | 5                                                      |
| 6. | 6                                                      |

- |                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|
| 7. 7                                                               |
| 8. 8                                                               |
| 9. 9                                                               |
| 10. 10 = Forhindret mig helt i at udføre aktiviteter i dagligdagen |

**[Filter: Nej ikke i nuværende lønnet arbejde]**

**Har symptomer i forbindelse med overgangsalderen betydning for, hvorfor du på nuværende tidspunkt ikke er i lønnet arbejde?**

- |        |
|--------|
| 1. Ja  |
| 2. Nej |

## Afslutning

Du er nu igennem spørgeskemaundersøgelsen.

**Tusinde tak for din besvarelse!**

**Skriv gerne, hvis du har kommentarer, som vil være relevante for forskning om overgangsalderen.**

|                 |
|-----------------|
| Åbent tekstfelt |
|-----------------|