

Sygeplejerskekohorten 2024

Tak fordi du vil bruge 10 minutter på at besvare spørgsmålene. Hvis du ønsker at sætte besvarelsen på pause og vende tilbage senere, klikker du blot på ikonet "gem og vend tilbage senere" nederst på siden. Når du vil fortsætte besvarelsen, så klik på linket, i brevet i e-Boks. Husk at trykke "indsend" når du er færdig

Baggrundsoplysninger

Bor du sammen med ægtefælle, samlever eller kæreste?

- ☐ Ja
☐ Nej

Hvad er din hovedbeskæftigelse?

- ☐ Erhvervsaktiv som sygeplejerske
☐ Erhvervsaktiv, men ikke som sygeplejerske
☐ Sygeplejestuderende
☐ Studerende (ex. kandidatstuderende, ph.d.-studerende)
☐ Pensionist
☐ Efterlønsmodtager eller overgangsydelse
☐ Førtidspensionist
☐ Arbejdsløs
☐ I et revalideringsforløb
☐ Andet

I hvilken sektor har du din nuværende stilling?

- ☐ Stat
☐ Region
☐ Kommune
☐ Privat
☐ Andet

Inden for hvilket område har du din nuværende hovedbeskæftigelse?

- ☐ Professionshøjskole (UC)
☐ Social- og sundhedsskole
☐ Offentlig forvaltning
☐ Fængsel
☐ Infirmeri
☐ Styrelse
☐ Universitet
☐ Anden arbejdsplads i staten

Inden for hvilket område har du din nuværende hovedbeskæftigelse?

- ☐ Kirurgisk sengeafdeling/afsnit
☐ Medicinsk sengeafdeling/afsnit
☐ Børneafdeling
☐ Anæstesiafdeling
☐ Intensiv afdeling
☐ Opvågning
☐ Operationsafdeling
☐ Røntgenafdeling
☐ Ambulatorium
☐ Korttidsafsnit/dagklinik
☐ Skadestue/modtageafsnit
☐ Fælles akutmodtagelse (FAM)
☐ Psykiatrisk afdeling
☐ Anden hospitalsafdeling
☐ Hospice
☐ Administration, fx sygehusadministration eller regional forvaltning
☐ Anden arbejdsplads i den regionale sektor

Inden for hvilket område har du din nuværende beskæftigelse?

- ☐ Psykiatri (inkl. socialpsykiatrien)
- ☐ Hjemmepleje
- ☐ Plejehjem
- ☐ Hospice
- ☐ Kommunal sygepleje i hjemmet (hjemmesygepleje)
- ☐ Integreret ordning/dag- og døgninstitution
- ☐ Sundhedspleje
- ☐ Sundhedscentre/sundhedshuse
- ☐ Kommunal akutfunktion
- ☐ Kommunal forvaltning
- ☐ Kommunal sygeplejeklinik
- ☐ Anden arbejdsplads i den kommunale sektor

Inden for hvilket område har du din nuværende hovedbeskæftigelse?

- ☐ Almen praktiserende læge i solopraksis
- ☐ Almen praktiserende læge i et lægehus (dvs. flere almen praktiserende læger)
- ☐ Speciallægepraksis
- ☐ Vikarbureau
- ☐ Privathospital
- ☐ Hospice
- ☐ Foreninger/a-kasse/fagforening
- ☐ Medicinalindustri og handel med læge - eller sygeplejeartikler
- ☐ Anden arbejdsplads i den private sektor

Hvor mange timer arbejder du i gennemsnit om ugen - inklusiv overarbejde og bijob?

Hvor mange timer om ugen er du ansat i din nuværende stilling (jf. timetal i din ansættelseskontrakt)?

Er du ansat i en tidsbegrænset stilling?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Er du ansat i en stilling som leder?

- ☐ Ja, med personaleansvar
- ☐ Ja, uden personaleansvar
- ☐ Nej

Hvor mange medarbejdere har du ledelsesansvar for?

Er din nærmeste leder uddannet sygeplejerske?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke
- ☐ Har ingen leder

Har du søgt andet job inden for de seneste 3 måneder?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Hvilken type job har du søgt? (Der kan sættes flere krydser)

- ☐ Et job inden for sygeplejefaget og inden for samme felt som i dag
- ☐ Et job inden for sygeplejefaget, men ikke inden for samme felt som i dag
- ☐ Et job uden for sygeplejefaget

Arbejdsforhold

Hvad består dit arbejde overvejende af?

- ☐ Arbejdet er i overvejende grad relateret til den direkte sygepleje af beboere, klienter og patienter
☐ Arbejdet består overvejende i undervisende opgaver
☐ Arbejdet består overvejende i ledelse
☐ Arbejdet består overvejende i udvikling og forskning
☐ Andet

Hvor træt er du efter en typisk arbejdsdag?

- ☐ Ikke træt
☐ Lidt træt
☐ Noget træt
☐ Meget træt
☐ Helt udmattet

Vagtarbejde

Hvor ofte arbejder du på følgende tidspunkter i dit nuværende job?

	Flere gange på en uge	En gang om ugen	Flere gange om måneden	En gang om måneden	Sjældnere end én gang om måneden	Aldrig
Dag	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aften	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nat	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Weekend og søgnehellidage	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvor længe har du arbejdet på følgende tidspunkter igennem dit arbejdsliv?

Dagarbejde - ca. hvor mange år?

Aftenarbejde - ca. hvor mange år?

Natarbejde - ca. hvor mange år?

Skiftende arbejdstider - ca. hvor mange år?

Weekend og søgnehellidage - ca. hvor mange år?

I hvor høj grad er følgende arbejdstidspunkter belastende for dig samlet set?

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I lav grad	I meget lav grad
Dagvagter	☐	☐	☐	☐	☐
Aftenvagter	☐	☐	☐	☐	☐
Nattevagter	☐	☐	☐	☐	☐

Skiftende arbejdstider ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Weekend og søgnehellidage ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hvor ofte har du så travlt, at du har svært ved at nå dine arbejdsopgaver?

☐ Aldrig ☐ Sjældent ☐ Af og til ☐ Ofte ☐ Næsten altid

Hvordan er arbejdstempoet eller arbejdspresset på din arbejdsplads?

☐ Alt for højt ☐ Lidt for højt ☐ Passende ☐ Lidt for lavt ☐ Alt for lavt

Hvor stor indflydelse har du normalt på tilrettelæggelsen af dit daglige arbejde?

☐ Stor indflydelse ☐ En vis indflydelse ☐ Meget lidt indflydelse ☐ Ingen indflydelse

Hvor ofte får du hjælp og støtte fra dine overordnede?

☐ Altid ☐ Ofte ☐ Sommetider ☐ Sjældent ☐ Næsten aldrig

Trivsel i dit arbejdsliv

	Aldrig	Næsten aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Meget ofte	Altid
Jeg føler mig fuld af energi, når jeg er på arbejde	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg føler mig stærk og energisk, når jeg er på arbejde	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Når jeg står op om morgenen, har jeg lyst til at gå på arbejde	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg er entusiastisk omkring mit arbejde	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg er stolt af det arbejde, jeg udfører	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg bliver inspireret af mit arbejde	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg føler mig glad, når jeg arbejder intensivt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg er opslugt af mit arbejde	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Når jeg arbejder, glemmer jeg tid og sted	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvor ofte har du følt dig stresset i de sidste 2 uger?

☐ Hele tiden
☐ Ofte
☐ Sommetider
☐ Sjældent
☐ Aldrig

Hvad var den vigtigste kilde til din stress?

☐ Arbejde
☐ Privatliv
☐ Både arbejde og privatliv

Helbredsoplysninger

Hvordan synes du, at dit helbred er alt i alt?

- ☐ Fremragende
☐ Vældig godt
☐ Godt
☐ Mindre godt
☐ Dårligt

Alt i alt, hvor tilfreds er du med dit liv for tiden?

- ☐ 0 Slet ikke tilfreds
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 Fuldt ud tilfreds

Hvordan vil du generelt vurdere dit fysiske helbred?

- ☐ 0 Meget dårligt
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 Fremragende

Hvordan vil du generelt vurdere dit mentale helbred?

- ☐ 0 Meget dårligt
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 Fremragende

Har du indenfor de seneste 7 dage haft nogle af nedenstående symptomer?

	Slet ikke	Ja, men det er ikke noget problem	Ja, men det er et mindre problem	Ja, og det er et moderat problem	Ja, og det er et stort problem
Hovedpine	☐	☐	☐	☐	☐
Svimmelhed	☐	☐	☐	☐	☐
Kvalme og/eller opkastning	☐	☐	☐	☐	☐
Lysfølsomhed	☐	☐	☐	☐	☐
Bliver let irriteret af høje lyde	☐	☐	☐	☐	☐

Søvnproblemer	☐	☐	☐	☐	☐
Træthed	☐	☐	☐	☐	☐
Irritabel, bliver let vred	☐	☐	☐	☐	☐
Deprimeret eller ked af det	☐	☐	☐	☐	☐
Rastløs	☐	☐	☐	☐	☐
Glemsom	☐	☐	☐	☐	☐
Dårlig koncentration	☐	☐	☐	☐	☐
Tænker mere langsomt	☐	☐	☐	☐	☐

Har du eller har du haft en eller flere af nedenstående lidelser? (Sæt ét kryds i hver linje)

	Ja	Nej
Migræne	☐	☐
Muskel-og skeletlidelse	☐	☐
Psykiatrisk lidelse	☐	☐
Urininkontinens	☐	☐
Tilbagevendende blærebetændelse	☐	☐
Hjernerystelse	☐	☐

Du har angivet at have haft nogle symptomer de seneste 7 dage.

Er de symptomer, du har oplevet nye eller væsentligt forværrede efter din hjernerystelse?

- ☐ Det er nye symptomer og ikke relaterede til hjernerystelse
☐ Symptomerne er let forværrede efter hjernerystelse
☐ Symptomerne er moderat forværrede efter hjernerystelse
☐ Symptomerne er svært forværrede efter hjernerystelse

Hvor mange gange har du haft en hjernerystelse (skriv antal)?

Hvornår havde du den sidste hjernerystelse (skriv hvilket år ex. 2016)

Blev du henvist til scanning?

- ☐ Ja
☐ Nej

Oplevede du nogle af følgende symptomer efter den sidste hjernerystelse? (Der kan sættes flere krydser)

- ☐ Stressreaktion
☐ Nedsat stemningsleje
☐ Depression
☐ Angst
☐ Andet
☐ Ingen symptomer

Var du sygemeldt på grund af hjernerystelsen?

- ☐ Ja
☐ Nej

Hvor lang tid var du sygemeldt?

- ☐ 1 - 2 dage
☐ 3 - 7 dage
☐ 8 - 30 dage
☐ 31 - 90 dage
☐ 91 - 364 dage
☐ Over 1 år
☐ Husker det ikke

Blev du tilbudt støtte, vejledning eller behandling til at håndtere symptomerne fra hjernerystelsen?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Ved ikke

Arvelige sygdomme

Har du forældre, søskende og/eller børn, der har eller har haft en eller flere af følgende sygdomme eller tilstande: Diabetes, blodprop i hjertet, blodprop eller blødning i hjernen, psykisk sygdom eller svær overvægt?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Ved ikke

Hvilke sygdomme eller tilstande har de haft? (Der kan sættes flere krydser)

- ☐ Diabetes
☐ Blodprop i hjertet
☐ Blodprop eller blødning i hjerne
☐ Psykisk sygdom
☐ Svær overvægt

Søvn

Mennesker kan karakteriseres som A-mennesker og B-mennesker. A-mennesker foretrækker at gå tidligt i seng og stå tidligt op om morgenen, mens B-mennesker foretrækker at gå sent i seng og stå sent op. Vil du overvejende betegne dig selv som A- eller B-menneske?

- ☐ Nok mest A-menneske
☐ Nok mest B-menneske
☐ Hverken A- eller B-menneske

	Altid	Ofte	Sommetider	Sjældent	Aldrig
Inden for de sidste 4 uger, hvor ofte er du vågnet flere gange om natten og har haft svært ved at falde i søvn igen?	☐	☐	☐	☐	☐
Inden for de sidste 4 uger, hvor ofte har du følt, at du ikke var udhvilet, når du vågnede om morgenen?	☐	☐	☐	☐	☐
Inden for de sidste 4 uger, hvor ofte har du følt dig træt i løbet af dagen?	☐	☐	☐	☐	☐

Hvor mange timers søvn får du i gennemsnit pr. døgn inklusiv middagssøvn (dit svar kan afvige fra hvor mange timer du ligger i din seng)

Hvordan vil du generelt vurdere din søvn?

- ☐ Virkelig god
☐ God
☐ Nogenlunde
☐ Dårlig
☐ Meget dårlig

Skyldes den dårlige søvn én eller flere af følgende forhold? (Der kan sættes flere krydser)

- ☐ Små børn i hjemmet
☐ Støj
☐ Dårligt indeklima
☐ Smerter
☐ Stress
☐ Arbejdsrelateret
☐ Andet

Medicinforbrug

Har du inden for de sidste 3 måneder taget nogle af nedenstående former for smertestillende medicin?

	Nej	Ja, af og til	Ja, dagligt
Paracetamol	☐	☐	☐
Ibuprofen	☐	☐	☐
Acetylsalicylsyre	☐	☐	☐

Har du inden for de sidste 3 måneder taget nogle af nedenstående former for medicin?

	Nej	Ja, af og til	Ja, dagligt
Sovemedicin	☐	☐	☐
Beroligende medicin	☐	☐	☐

Livsstil

På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet, hvor din vejrtrækning øges?

Moderat og hård fysisk aktivitet kan f.eks. være rask gang, cykling som transport eller motion, tungt havearbejde, løb eller motionsidræt.

- ☐ Mindre end ½ time (mindre end 30 minutter)
☐ ½ til 1½ time (30-89 minutter)
☐ 1½ til 2½ time (90-149 minutter)
☐ 2½ til 5 timer (150-299 minutter)
☐ 5 timer eller mere (300 minutter eller mere)

Hvor meget af den tid, du angav i det foregående spørgsmål, bruger du i alt på hård fysisk aktivitet, hvor du bliver så forpustet, at det er svært at tale?

Hård fysisk aktivitet kan f.eks. være svømning, løb, cykling i højt tempo, konditionstræning, hård styrketræning eller boldspil

- ☐ Mindre end ½ time (mindre end 30 minutter)
☐ ½ til 1 time (30-59 minutter)
☐ 1 til 1½ time (60-89 minutter)
☐ 1½ til 2½ time (90-149 minutter)
☐ 2½ time eller mere (150 minutter eller mere)

Rygning, andre nikotinprodukter og alkohol

Ryger du?

- ☐ Ja, hver dag
☐ Ja, mindst én gang om ugen
☐ Ja, sjældnere end hver uge
☐ Nej, jeg er holdt op
☐ Nej, jeg har aldrig røget

Bruger du e-cigaretter/vapes?

- ☐ Ja, hver dag
☐ Ja, mindst én gang om ugen
☐ Ja, sjældnere end hver uge
☐ Nej, jeg er holdt op
☐ Nej, jeg har aldrig røget e-cigaretter/vapes

Hvor mange cigaretter ryger du i gennemsnit pr. dag?

Hvor mange e-cigaretter/vapes ryger du i gennemsnit pr. dag?

Bruger du snus, tyggetobak, skrå, tobakspastiller, nikotinposer eller lignende, der placeres under læben?

- ☐ Ja, hver dag
☐ Ja, mindst én gang om ugen
☐ Ja, sjældnere end hver uge
☐ Nej, men jeg har brugt det tidligere
☐ Nej, men jeg har prøvet det (én eller få gange)
☐ Nej, jeg har aldrig brugt det

Hvor mange år har du sammenlagt røget? (Angiv antal hele år)

Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge? (Angiv alder i hele år)

Har du drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder?

- ☐ Ja
☐ Nej

Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol? (Sæt kun ét kryds)

- ☐ 0 dage
☐ 1 dag
☐ 2 dage
☐ 3 dage
☐ 4 dage
☐ 5 dage
☐ 6 dage
☐ 7 dage

Hvor mange genstande drikker du typisk i løbet af en uge?

Har du inden for de seneste 12 måneder følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?

Ja
☐

Nej
☐

Ved ikke
☐

Har du inden for de seneste 12 måneder følt, at du burde nedsætte dit forbrug af sovemedicin?

☐☐☐

Har du inden for de seneste 12 måneder følt, at du burde nedsætte dit forbrug af beroligende medicin?

☐☐☐

Kostvaner

Hvor mange dage om ugen drikker du sodavand (sæt kryds ved 0 dage, hvis du aldrig drikker sodavand)?

	0 dage	1 dag	2 dage	3 dage	4 dage	5 dage	6 dage	7 dage
Sodavand med sukker	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sodavand uden sukker	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvor ofte spiser eller drikker du følgende?

	Aldrig	Sjældent	Et par gange om ugen	Dagligt
Kød (okse, gris, kylling)	☐	☐	☐	☐
Fisk / fiskepålæg	☐	☐	☐	☐
Mælk	☐	☐	☐	☐
Ost	☐	☐	☐	☐
Æg (kogt, spejlæg o.l.)	☐	☐	☐	☐
Grøntsager	☐	☐	☐	☐
Frugt	☐	☐	☐	☐
Linser eller bønner	☐	☐	☐	☐
Brød	☐	☐	☐	☐

Vil du primært betegne dig selv som én af følgende:

- ☐ Vegetar
☐ Semi-vegetar (flexitar)
☐ Veganer
☐ Pesce-vegetar
☐ Pollo-vegetar
☐ Omnivar (altspisende)
☐ Andet

Vægtforhold

Hvad er din nuværende vægt? (Angiv i hele kilo) Hvis du er gravid, svar da hvilken vægt du havde inden graviditeten

Hvad er din nuværende højde? (Angiv i hele cm)

Ved du præcis hvor meget du vejede ved fødslen?

- ☐ Ja
☐ Nej

Hvor meget vejede du? (Angiv vægt i gram)

Jeg kender ikke min nøjagtige fødselsvægt, men jeg mener jeg vejede

- ☐ Mindre end 3000 gram
☐ 3000-4500 gram
☐ Mere end 4500 gram
☐ Ved ikke

Hvor lang var du ved fødslen? (Angiv længde i cm)
Hvis du ikke kan huske din fødselslængde, gå da videre til næste spørgsmål

De følgende spørgsmål handler om din vægt og højde på forskellige tidspunkter i dit liv. Vægtændringer under graviditet medregnes ikke.

Nedenfor er 4 udsagn om vægt.

Hvilket udsagn passer bedst på dig i de forskellige aldersgrupper?

(Sæt ét kryds i hver linje)

	Tykkere end de fleste	Tyndere end de fleste	Som de fleste, hverken særlig tyk eller særlig tynd
Som yngre end 13 år var jeg	☐	☐	☐
Som 13-19 år var jeg	☐	☐	☐
Som 19-25 år var jeg	☐	☐	☐
Som voksen er jeg	☐	☐	☐

Ønsker du at ændre din vægt?

- ☐ Ja, jeg ønsker at tabe mig i vægt
☐ Ja, jeg ønsker at tage på i vægt
☐ Nej, jeg ønsker ikke at ændre min vægt

Har du indenfor de sidste 5 år været på slankekur, hvor du har tabt dig mere end 5 kilo?

- ☐ Ja
☐ Nej

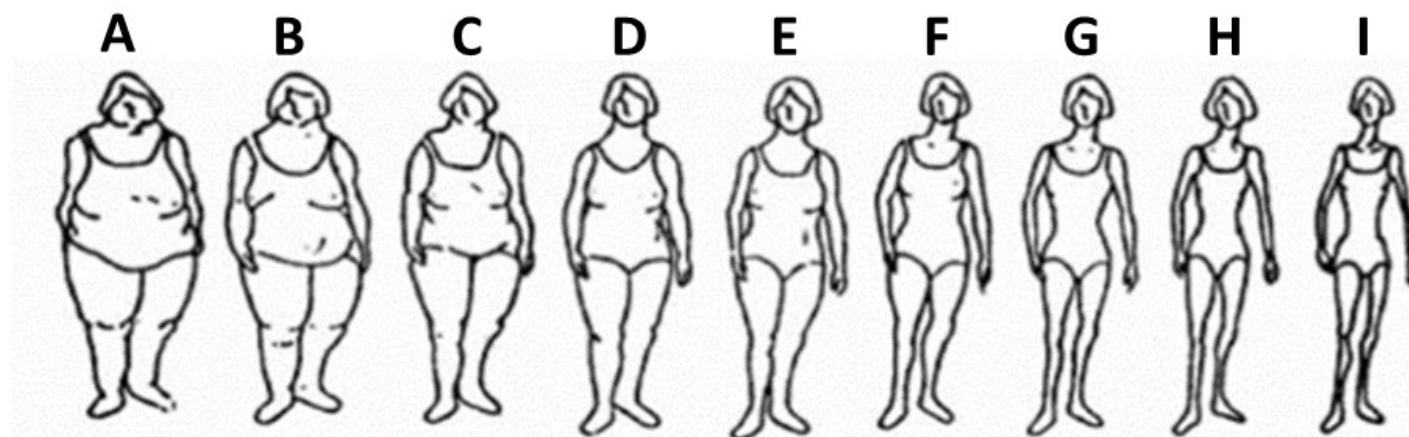
Angiv antal gange

Angiv hvor mange kilo du tabte dig på den seneste slankekur

Hvilken kropsbygning havde din biologiske mor, da hun var 40 år gammel? Hvis du ikke kender din biologiske mor, så svar ikke på dette spørgsmål.

(Sæt ét kryds ved ud fra nedenstående tegning, der passer bedst)

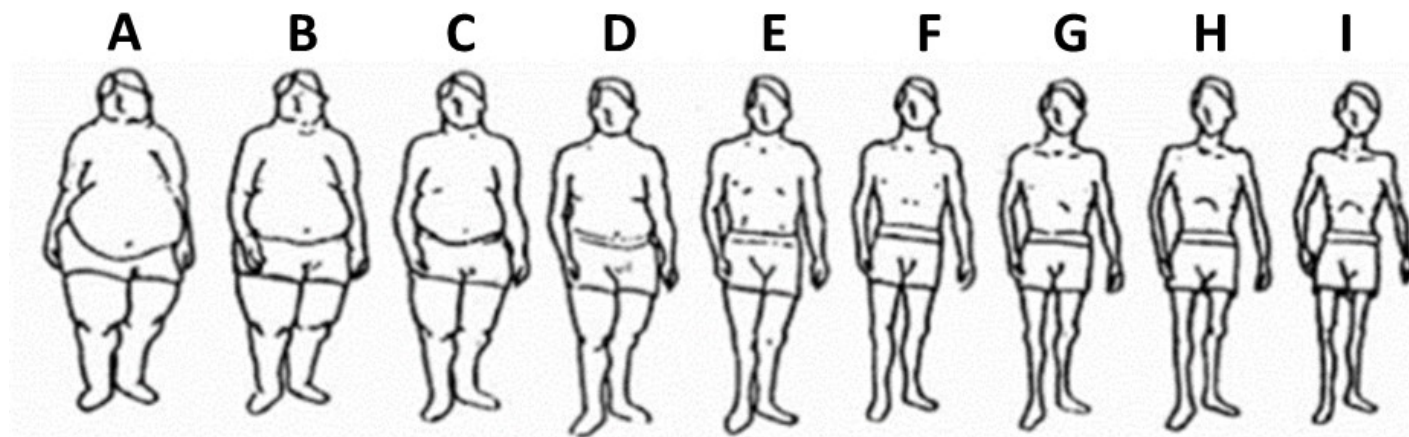
☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H ☐ I



Hvilken kropsbygning havde din biologiske far, da han var 40 år gammel? Hvis du ikke kender din biologiske far, så svar ikke på dette spørgsmål.

(Sæt ét kryds ved ud fra nedenstående tegning der passer bedst)

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H ☐ I



Tandsundhed

Hvornår har du sidst været til tandlæge?

- ☐ Inden for de seneste 6 mdr.
- ☐ Inden for det seneste år
- ☐ Inden for det seneste halvandet år
- ☐ Længere siden end halvandet år

Har du nogensinde fået behandling for paradontose som fx scaling og rodplanering, ofte kaldet "dyb rensning"?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

Alt i alt, hvordan vurderer du sundheden af dine tænder og tandkød?

- ☐ Særdeles god
- ☐ Rigtig god
- ☐ God
- ☐ Nogenlunde
- ☐ Dårlig
- ☐ Ved ikke

Har du nogensinde oplevet, at dine tænder har løsnet sig af sig selv, og ikke på grund af et uheld?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

Har du nogensinde fået fortalt af en tandlæge, at du har mistet knoglen omkring tænderne?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

Har du i løbet af de sidste tre måneder bemærket en tand, der har ændret udseende?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

Menstruation og ophør af menstruation

Har du nogensinde haft menstruation?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Hvor gammel var du, da du fik din første menstruation?

Har du haft menstruation inden for de sidste 6 måneder?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Hvor gammel var du, da dine menstruationer ophørte? (Angiv alder i hele år)

Ophørte dine menstruationer, fordi du gik i overgangsalder?

- ☐ Ja, de ophørte fordi jeg gik i overgangsalder
- ☐ Nej, de ophørte af andre årsager

Hvad var den primære årsag til, at dine menstruationer ophørte?

- ☐ Fjernelse af livmoderen
- ☐ Fjernelse af æggestokke
- ☐ Sygdom
- ☐ Anlæggelse af hormonspiral
- ☐ Anoreksi - eller anden form for spiseforstyrrelse
- ☐ Stress
- ☐ Motion (ex. overtræning)
- ☐ Andet

Er du eller har du været i hormonbehandling i forbindelse med overgangsalderen?

- ☐ Nej, jeg har aldrig været i hormonbehandling
- ☐ Ja, jeg har tidligere været i hormonbehandling
- ☐ Ja, jeg er for tiden i hormonbehandling

Hvad var årsagen, eller årsagerne til, at du påbegyndte hormonbehandling (Der kan sættes flere krydser)?

- ☐ Dårligt humør og irritabilitet
☐ Hedeture og svedtendens
☐ Uregelmæssige blødninger
☐ Vandladningsgener
☐ Vaginale gener (ex. tørhed eller smerter ved samleje)
☐ Forebyggelse af afkalkning af knoglerne
☐ Forebyggelse af åreforkalkning
☐ Lægens råd i øvrigt
☐ Andet

Skriv andre årsager til, at du påbegyndte med hormonbehandling

Har du oplevet nogle af nedenstående symptomer i forbindelse med ophør af menstruation? Marker graden af symptomer. Hvis du ikke har oplevet nedenstående symptom, kryds af ved INGEN

	Ingen	Milde	Moderate	Svære	Meget svære
Hedeture, episoder med svedture	☐	☐	☐	☐	☐
Symptomer fra hjertet (usædvanlig hjertebanken, uregelmæssig hjerterytme, trykken for brystet)	☐	☐	☐	☐	☐
Søvnproblemer (svært ved at sove, vågner om natten, vågner tidligt)	☐	☐	☐	☐	☐
Nedtrykthed (ked af det, grådlabil, humørsvingninger, apati)	☐	☐	☐	☐	☐
Irritabilitet (indre spændinger, nervøsitet, aggressivitet)	☐	☐	☐	☐	☐
Angst (indre uro, panikfølelse)	☐	☐	☐	☐	☐
Fysisk og mental udmattelse (færre kræfter, dårlig koncentration og hukommelse, mere glemsom)	☐	☐	☐	☐	☐
Seksuelle problemer (ændring af seksuel lyst, seksuel aktivitet og tilfredsstillelse)	☐	☐	☐	☐	☐
Blæreproblemer (svært ved at lade vandet, hyppige vandladninger, inkontinens)	☐	☐	☐	☐	☐
Tørhed i skeden (tør eller brændende følelse i skeden, problemer med tørhed i skeden ved samleje)	☐	☐	☐	☐	☐

Muskel - og ledsmerter (ondt i led, reumatiske symptomer)

☐☐☐☐☐

De følgende spørgsmål handler om at være pårørende. At være pårørende kan opleves både som en meningsfuld opgave og på samme tid som en opgave, der kan udgøre en belastning

Er du pårørende til en syg, som du også er omsorgsperson for?

- ☐ Ja
☐ Nej

Hjælper eller støtter du lige nu en pårørende med at klare ting i hverdagen på grund af en sygdom eller funktionsnedsættelse?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Ikke relevant

Hvem er personen/personerne du hjælper eller støtter?

- ☐ Ægtefælle/partner
☐ Barn
☐ Forældre
☐ Anden

Hvilket af følgende hjælper du med? (Der kan sættes flere krydser)

- ☐ Komme rundt i hjemmet
☐ Rejse sig fra seng eller stol
☐ Spise
☐ Klæde sig på
☐ Komme i bad
☐ Komme på toilettet
☐ Udføre tungt husarbejde
☐ Udføre let husarbejde
☐ Havearbejde
☐ Handle
☐ Lave mad
☐ Holde styr på personlig økonomi
☐ Bruge telefon eller internet
☐ Koordinere eller komme til aftaler med sundhedsvæsenet eller kommunen
☐ Andet

I hvilken grad føler du, at det er meningsfuldt at yde denne hjælp/støtte? Man kan både føle, at det er meningsfuldt følelsesmæssigt, kropsligt, tidsmæssigt/praktisk eller økonomisk.

- ☐ Slet ikke meningsfuldt
☐ Kun lidt meningsfuldt
☐ Ganske meningsfuldt
☐ Særdeles meningsfuldt

I hvilken grad føler du dig belastet af at yde den hjælp/støtte? Man kan både føle sig belastet følelsesmæssigt, kropsligt, tidsmæssigt/praktisk eller økonomisk.

- ☐ Slet ikke belastet
☐ Kun lidt belastet
☐ Ganske belastet
☐ Særdeles belastet

Om diskrimination

Har du inden for de sidste 12 måneder oplevet at blive diskrimineret eller dårligt behandlet på din arbejdsplads?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Ved ikke

Har du inden for de sidste 12 måneder oplevet at blive diskrimineret eller dårligt behandlet på dit studie?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Ved ikke

Ja, jeg har oplevet at blive diskrimineret eller dårligt behandlet pga. en eller flere af følgende årsager

- ☐ Mit køn
- ☐ Min alder
- ☐ Min etnicitet
- ☐ Min religion
- ☐ Mit helbred
- ☐ Min seksuelle orientering
- ☐ Anden årsag

Identificerer du dig som LGBT+?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke
- ☐ Ønsker ikke at svare

Dette var det sidste spørgsmål. Mange tak for din besvarelse!

Hvis du oplever, at der er noget du gerne vil informere om, og som ikke har været mulig at inkludere i dine svar, så skriv det meget gerne her (spørgsmålet kan springes over).

Når du har trykket på Indsend, har vi modtaget din besvarelse.