

FertiQoL International

Livskvalitetsenkät rörande fertilitet (2008)

För varje svar ber vi dig markera (i rutan) det svar som passar bäst in på vad du tycker och tänker. Basera ditt svar på vad hur du känner just nu. Vissa frågor kan röra ditt privatliv, men det är nödvändigt för att vi ska kunna få en rättvis bild av alla aspekter av ditt liv.

Fyll bara i frågorna markerade med asterisk (*) om du har en partner.

Markera för varje fråga det svar som bäst motsvarar dina tankar och känslor		Mycket dålig	Dålig	Varken god eller dålig	God	Mycket God
A	Hur bedömer du din hälsa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Markera för varje fråga det svar som bäst motsvarar dina tankar och känslor		Mycket missnöjd	Missnöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Nöjd	Mycket Nöjd
B	Är du nöjd med din livskvalitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Markera för varje fråga det svar som bäst motsvarar dina tankar och känslor		Helt och hållet	Mycket	Ganska mycket	Inte särskilt mycket	Inte alls
Q1	Blir din uppmärksamhet och din koncentrationsförmåga lidande på grund av tankar om infertilitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2	Känner du att du inte kan inrikta dig på andra livsmål och planer på grund av fertilitetsproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3	Känner du dig tom och sliten på grund av fertilitetsproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4	Känner du att du kan hantera dina fertilitetsproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Markera för varje fråga det svar som bäst motsvarar dina tankar och känslor		Mycket missnöjd	Missnöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Nöjd	Mycket Nöjd
Q5	Får du ett bra stöd från dina vänner beträffande dina fertilitetsproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q6	Har du ett bra sexuellt förhållande trots att du har fertilitetsproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Markera för varje fråga det svar som bäst motsvarar dina tankar och känslor		Alltid	Mycket ofta	Ganska ofta	Sällan	Aldrig
Q7	Får dina fertilitetsproblem dig att känna dig avundsjuk och bitter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8	Känner du sorg och/eller känslor av förlust för att du inte kan få (fler) barn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q9	Växlar du mellan hopp och misströstan på grund av fertilitetsproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q10	Är du socialt isolerad på grund av fertilitetsproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q11	Är förhållandet mellan dig och din partner kärleksfullt trots att du har fertilitetsproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q12	Blir ditt dagliga arbete eller dina dagliga sysslor lidande på grund av dina fertilitetsproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q13	Känner du det besvärligt att delta i sociala situationer som t.ex. resor och familjefester på grund av dina fertilitetsproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q14	Förstår dina släktingar vad du måste gå genom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Markera för varje fråga det svar som bäst motsvarar dina tankar och känslor		Väldigt mycket	Mycket	I viss mån	Något	Inte alls
*Q15	Har fertilitetsproblemen stärkt ditt engagemang för din partner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q16	Känner du dig ledsen och deprimerad på grund av dina fertilitetsproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q17	Får dina fertilitetsproblem dig att känna dig underlägsen personer med barn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q18	Lider du av trötthet på grund av fertilitetsproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q19	Har fertilitetsproblemen haft en negativ inverkan på ditt förhållande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q20	Tycker du det är svårt att tala med din partner om känslor som rör infertilitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q21	Har du ett bra förhållande trots att du har fertilitetsproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q22	Känner du ett socialt tryck att få (fler) barn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q23	Får dina fertilitetsproblem dig att känna dig arg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q24	Har du ont eller känner fysiskt obehag på grund av dina fertilitetsproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FertiQoL International

Valfri behandlingsmodul

Har du påbörjat fertilitetsbehandling (hit räknas också konsultation med läkare och medicinska ingrepp)? Om svaret är Ja, svara då på följande frågor. För varje svar ber vi dig markera (i rutan) det svar som passar bäst in på vad du tycker och tänker. Basera ditt svar på hur du känner just nu. Vissa frågor kan röra ditt privatliv, men det är nödvändigt för att vi ska kunna få en rättvis bild av alla aspekter av ditt liv.

Markera för varje fråga det svar som bäst motsvarar dina tankar och känslor		Alltid	Mycket ofta	Ganska ofta	Sällan	Aldrig
T1	Har infertilitetsbehandlingen en negativ inverkan på din sinnestämning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	Har du tillgång till all den medicinska hjälp du behöver i sammanhanget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Markera för varje fråga det svar som bäst motsvarar dina tankar och känslor		Väldigt	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
T3	Tycker du det är krångligt att följa proceduren och/eller ta läkemedlen för din(a) infertilitetsbehandling(ar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	Påverkar effekterna av behandlingen dina dagliga eller arbetsrelaterade aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	Tycker du att fertilitetspersonalen förstår vad du går genom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	Tycker du det är besvärligt med de fysiska biverkningarna av fertilitetsläkemedlen och behandlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Markera för varje fråga det svar som bäst motsvarar dina tankar och känslor		Mycket missnöjd	Missnöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Nöjd	Mycket Nöjd
T7	Är du nöjd med den hjälp du får för att möta dina emotionella behov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	Hur bedömer du de operationer och/eller läkemedelsbehandlingar som du har fått?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	Hur bedömer du den information som du har fått om läkemedel, operationer och/eller medicinsk behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	Är du nöjd med den kontakt du har med fertilitetspersonalen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>