

FertiQoL International

Spurningalisti um lífsgæði tengd frjósemi (2008)

Vinsamlegast merktu (settu kross í reitinn) í hverjum lið við þann svarmöguleika sem endurspeglar hugsanir þínar og líðan sem best. Tengdu svör þín við hugsanir og líðan þína þessa stundina. Einhverjar spurninganna gætu verið persónulegar en þær eru nauðsynlegar svo hægt sé að leggja gott mat á allar hliðar lífs þíns.

Vinsamlegast svaraðu eingöngu spurningum merktum með stjörnu (*) ef þú átt maka.

Merktu í hverjum lið við þann svarmöguleika sem endurspeglar sem best hugsanir þínar og líðan þessa stundina.		Mjög slæm	Slæm	Hvorki góð né slæm	Góð	Mjög góð
A	Hvernig myndir þú meta heilsu þína?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merktu í hverjum lið við þann svarmöguleika sem endurspeglar sem best hugsanir þínar og líðan þessa stundina.		Mjög óánægð/ur	Óánægð/ur	Hvorki ánægð/ur né óánægð/ur	Ánægð/ur	Mjög ánægð/ur
B	Ert þú ánægð/ur með lífsgæði þín?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merktu í hverjum lið við þann svarmöguleika sem endurspeglar sem best hugsanir þínar og líðan þessa stundina.		Að öllu leyti	Að miklu leyti	Miðlungi	Ekki mikið	Ekki neitt
Q1	Skerða hugsanir um ófrjósemi athygli þína og einbeitingu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2	Telur þú frjósemisvandamál þín koma í veg fyrir að þú getir sett þér markmið og gert áætlanir í lífi þínu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3	Finnst þér vandamál sem tengjast frjósemi valda því að þú ert orkulaus eða uppgefin/n?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4	Finnst þér þú fær um að takast á við frjósemisvandamál þín?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merktu í hverjum lið við þann svarmöguleika sem endurspeglar sem best hugsanir þínar og líðan þessa stundina.		Mjög óánægð/ur	Óánægð/ur	Hvorki ánægð/ur né óánægð/ur	Ánægð/ur	Mjög ánægð/ur
Q5	Ert þú ánægð/ur með þann stuðning sem þú færð frá vinum varðandi frjósemisvanda þinn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q6	Ertu ánægð/ur með kynlíf þitt þrátt fyrir að glíma við frjósemisvanda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merktu í hverjum lið við þann svarmöguleika sem endurspeglar sem best hugsanir þínar og líðan þessa stundina.		Alltaf	Mjög oft	Frekar oft	Sjaldan	Aldrei
Q7	Valda frjósemisvandamál þín því að þú finnur til ófundar og gremju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8	Upplifir þú sorg og/eða missi sökum þess að þú getur ekki eignast barn (eða fleiri börn)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q9	Sveiflast þú á milli vonar og örvæntingar sökum frjósemisvandamála þinna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q10	Valda frjósemisvandamál þín því að þú einangrar þig félagslega?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q11	Sýnið þið maki þinn hvort öðru ástúð þrátt fyrir vandamál sem tengjast frjósemi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q12	Veldur frjósemisvandi þér truflun við daglega vinnu og skyldur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q13	Finnst þér félagslegar athafnir, svo sem á frídögum og við hátíðahöld, valda þér óþægindum sökum frjósemisvanda þíns?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q14	Finnst þér fjölskylda þín sýna skilning á því sem þú ert að ganga í gegnum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merktu í hverjum lið við þann svarmöguleika sem endurspeglar sem best hugsanir þínar og líðan þessa stundina.		Óskaplega mikið	Mjög mikið	Miðlungi mikið	Lítið	Ekki neitt
*Q15	Hafa frjósemisvandamál styrkt samband þitt við maka þinn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q16	Ert þú döpur/dapur og niðurdregin/n yfir frjósemisvandamálum þínum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q17	Ert þú lakari en fólk sem á börn sökum frjósemisvanda þíns?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q18	Er þreyta vegna frjósemisvandamála að trufla þig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q19	Hafa frjósemisvandamál haft neikvæð áhrif á samband þitt við maka þinn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q20	Finnst þér erfitt að ræða við maka þinn um tilfinningar þínar tengdar ófrjósemi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q21	Ert þú ánægð/ur með samband þitt jafnvel þótt þið eigið við frjósemisvandamál að stríða?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q22	Finnur þú fyrir félagslegum þrýstingi að eignast barn (eða eignast fleiri börn)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q23	Gera frjósemisvandamál þín þig reiða/n?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q24	Finnur þú fyrir sársauka og líkamlegum óþægindum sökum frjósemisvandamála þinna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FertiQoL International

Staðalmát fyrir valfrjálsa meðferð

Hefur þú hafið frjósemismeðferð (hvers kyns viðtal eða ihlutun læknis meðtalin)? Ef já, vinsamlegast svarið eftirfarandi spurningum. Vinsamlegast merktu (settu kross í reitinn) í hverjum lið við þann svarmöguleika sem endurspeglar hugsanir þínar og líðan sem best. Tengdu svör þín við hugsanir og líðan þína þessa stundina. Einhverjar spurninganna gætu verið persónulegar en þær eru nauðsynlegar svo hægt sé að leggja gott mat á allar hliðar lífs þíns.

Merktu í hverjum lið við þann svarmöguleika sem endurspeglar sem best hugsanir þínar og líðan þessa stundina.		Alltaf	Mjög oft	Frekar oft	Sjaldan	Aldrei
T1	Hefur frjósemismeðferð neikvæð áhrif á skap þitt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	Hefur þú aðgang að þeim tækniþróvngunarmeðferðum sem þú myndir vilja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merktu í hverjum lið við þann svarmöguleika sem endurspeglar sem best hugsanir þínar og líðan þessa stundina.		Óskaplega mikið	Mjög mikið	Miðlungi mikið	Lítið	Ekki neitt
T3	Hversu erfitt finnst þér að fylgja leiðbeiningum og/eða að stjórna þeirri lyfjagjöf sem fylgir meðferðinni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	Truflar meðferðin daglegar eða starfstengdar athafnir þínar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	Finnst þér starfsfólk tækniþróvngunardeildarinnar hafa skilning á því sem þú ert að ganga í gegnum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	Hafa líkamlegar aukaverkanir af frjósemislyfjum og meðferð truflandi áhrif á þig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merktu í hverjum lið við þann svarmöguleika sem endurspeglar sem best hugsanir þínar og líðan þessa stundina.		Mjög óánægð/ur	Óánægð/ur	Hvorki ánægð/ur né óánægð/ur	Ánægð/ur	Mjög ánægð/ur
T7	Ert þú ánægð/ur með gæði þeirrar þjónustu sem þú hefur aðgang að til að mæta tilfinningalegum þörfum þínum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	Hvernig myndir þú meta tækniþróvngunarmeðferðir og/eða þær skurðaðgerðir sem þú hefur gengist undir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	Hvernig myndir þú meta gæði upplýsinganna sem þú fékkst varðandi lyfjagjöf, skurðaðgerðir og/eða læknisfræðilega meðferð?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	Ert þú ánægð/ur með samskipti þín við þá lækna er annast frjósemismeðferðina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>