

FertiQoL International

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής Γονιμότητας

Σας παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση να επιλέξετε (βάζοντας X στο άδειο κουτάκι) την απάντηση που ταιριάζει περισσότερο στις σκέψεις και τα συναισθήματα που νιώθετε τώρα. Μερικές ερωτήσεις μπορεί να σχετίζονται με την προσωπική σας ζωή, όμως μας είναι απαραίτητες για να εκτιμήσουμε επαρκώς την ποιότητα της καθημερινής σας ζωής.

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα μέρη που σημειώνονται με αστερίσκο (*) μόνο αν έχετε σύντροφο.

| Για κάθε ερώτηση, σημειώστε την απάντηση που είναι πιο κοντά στις σκέψεις και τα αισθήματά που νιώθετε τώρα. | | Πολύ κακή | Κακή | Ούτε καλή ούτε κακή | Καλή | Πολύ καλή |
|--|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| A | Πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Για κάθε ερώτηση, σημειώστε την απάντηση που είναι πιο κοντά στις τωρινές σας σκέψεις και στα αισθήματά σας. | | Πολύ δυσαρεστημένη/ος | Δυσαρεστημένη/ος | Ούτε ικανοποιημένη/ος ούτε δυσαρεστημένη/ος | Ικανοποιημένη/ος | Πολύ ικανοποιημένη/ος |
| B | Είστε ικανοποιημένη/ος με την ποιότητα της ζωής σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Για κάθε ερώτηση, σημειώστε την απάντηση που είναι πιο κοντά στις τωρινές σας σκέψεις και στα αισθήματά σας | | Απολύτως | Πάρα πολύ | Αρκετά | Όχι πολύ | Καθόλου |
| Q1 | Η προσοχή και η συγκέντρωσή σας μειώνονται από τις σκέψεις της υπογονιμότητας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q2 | Πιστεύετε ότι τα προβλήματα γονιμότητας που αντιμετωπίζετε σας εμποδίζουν να υλοποιήσετε άλλους στόχους και σχέδια στη ζωή σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q3 | Αισθάνεστε εξαντλημένη/ος ή κουρασμένη/ος λόγω των προβλημάτων γονιμότητας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q4 | Αισθάνεστε ικανή/ος να χειριστείτε τα προβλήματα γονιμότητάς σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Για κάθε ερώτηση, σημειώστε την απάντηση που είναι πιο κοντά στις τωρινές σας σκέψεις και στα αισθήματά σας | | Πολύ δυσαρεστημένη/ος | Δυσαρεστημένη/ος | Ούτε ικανοποιημένη/ος ούτε δυσαρεστημένη/ος | Ικανοποιημένη/ος | Πολύ ικανοποιημένη/ος |
| Q5 | Είστε ικανοποιημένη/ος από την υποστήριξη των φίλων σας σχετικά με το πρόβλημα της γονιμότητάς σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *Q6 | Είστε ικανοποιημένη/ος με τις σεξουαλικές σας σχέσεις παρόλο που έχετε προβλήματα γονιμότητας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Για κάθε ερώτηση, σημειώστε την απάντηση που είναι πιο κοντά στις τωρινές σας σκέψεις και στα αισθήματά σας | | Πάντα | Πολύ συχνά | Αρκετά συχνά | Σπάνια | Ποτέ |
| Q7 | Τα προβλήματα γονιμότητας που αντιμετωπίζετε, σας δημιουργούν αισθήματα ζήλιας και πικρίας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q8 | Αισθάνεστε θλίψη ή απώλεια ή και τα δύο εξαιτίας του γεγονότος ότι δεν μπορείτε να αποκτήσετε ένα παιδί (ή και άλλα παιδιά); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q9 | Εναλλάσσετε από την ελπίδα στην απελπισία λόγω των προβλημάτων γονιμότητάς σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q10 | Είστε κοινωνικά απομονωμένη/ος λόγω των προβλημάτων γονιμότητάς σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *Q11 | Εσείς και ο/η σύντροφός σας είστε τρυφεροί μεταξύ σας παρά τα προβλήματα γονιμότητάς σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q12 | Τα προβλήματα γονιμότητας παρεμποδίζουν την καθημερινή σας εργασία ή τις υποχρεώσεις σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q13 | Νοιώθετε άβολα να παρευρίσκεστε σε κοινωνικές εκδηλώσεις όπως σε διακοπές ή σε γιορτές λόγω του προβλήματος γονιμότητάς σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q14 | Αισθάνεστε ότι η οικογένειά σας μπορεί να καταλάβει τι περνάτε; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Για κάθε ερώτηση, σημειώστε την απάντηση που είναι πιο κοντά στις τωρινές σας σκέψεις και στα αισθήματά σας | | Σε υπερβολικό βαθμό | Πάρα πολύ | Σε μέτριο βαθμό | Λίγο | Καθόλου |
| *Q15 | Τα προβλήματα γονιμότητας έχουν δυναμώσει την αφοσίωσή σας στο/στη σύντροφό σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q16 | Νοιώθετε λυπημένη/ος και μελαγχολική/ός εξαιτίας των προβλημάτων γονιμότητάς σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q17 | Τα προβλήματα γονιμότητάς σας, σας κάνουν να αισθάνεστε μειονεκτικά απέναντι στα άτομα που έχουν ήδη παιδιά; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q18 | Αισθάνεστε κουρασμένη/ος από τα προβλήματα γονιμότητάς σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *Q19 | Τα προβλήματα γονιμότητας έχουν αρνητική επίπτωση στη σχέση σας, με το/τη σύντροφό σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *Q20 | Σας είναι δύσκολο να μιλήσετε με το/τη σύντροφό σας για τα αισθήματά σας σχετικά με την υπογονιμότητα; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *Q21 | Είστε ικανοποιημένη/ος με τη σχέση σας με το/τη σύντροφό σας παρά τα προβλήματα γονιμότητας που αντιμετωπίζετε; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q22 | Νοιώθετε κοινωνική πίεση για να αποκτήσετε (ή να κάνετε περισσότερα) παιδιά; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q23 | Τα προβλήματα γονιμότητάς σας, σας κάνουν να θυμώνετε; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q24 | Αισθάνεστε πόνο και σωματική δυσφορία λόγω των προβλημάτων γονιμότητάς σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FertiQoL International

Ενότητα Επιλεκτικής Θεραπείας

Έχετε αρχίσει θεραπεία γονιμότητας (περιλαμβάνει ιατρικές συμβουλές ή ιατρική επέμβαση); Αν Ναι, τότε παρακαλούμε απαντήστε τις παρακάτω ερωτήσεις. Για κάθε ερώτηση παρακαλούμε να σημειώσετε (να βάλετε ένα x στο κουτί) της απάντησης που αντανακλά όσο ακριβέστερα γίνεται το πώς σκέφτεστε και αισθάνεστε. Συσχετίστε τις απαντήσεις σας με τις τωρινές σας σκέψεις και τα αισθήματά σας. Μερικές ερωτήσεις μπορεί να σχετίζονται με την ιδιωτική σας ζωή, αλλά είναι απαραίτητες για να μετρήσουμε με επάρκεια όλες τις πλευρές της ζωής σας.

| Για κάθε ερώτηση, σημειώστε την απάντηση που είναι πιο κοντά στις τωρινές σας σκέψεις και στα αισθήματά σας | | Πάντα | Πολύ συχνά | Αρκετά συχνά | Σπάνια | Ποτέ |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| T1 | Η θεραπεία γονιμότητάς σας επηρεάζει αρνητικά τη διάθεσή σας | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T2 | Σας διατίθενται οι ιατρικές υπηρεσίες γονιμότητας που θα θέλατε να έχετε; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Για κάθε ερώτηση, σημειώστε την απάντηση που είναι πιο κοντά στις τωρινές σας σκέψεις και στα αισθήματά σας | | Σε υπερβολικό βαθμό | Πάρα πολύ | Σε μέτριο βαθμό | Λίγο | Καθόλου |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| T3 | Πόσο περίπλοκη είναι η διαδικασία θεραπείας ή / και λήψης της φαρμακευτικής αγωγής για τη λύση του προβλήματός σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T4 | Σας ενοχλεί η θεραπεία στην καθημερινότητά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες που σχετίζονται με την εργασία σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T5 | Αισθάνεστε ότι τα άτομα που φροντίζουν για τη θεραπεία σας (το προσωπικό) καταλαβαίνουν τι περνάτε; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T6 | Σας ενοχλούν οι σωματικές παρενέργειες των φαρμάκων και της θεραπείας γενικότερα; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Για κάθε ερώτηση, σημειώστε την απάντηση που είναι πιο κοντά στις τωρινές σας σκέψεις και στα αισθήματά σας | | Πολύ δυσαρεστημένη/ος | Δυσαρεστημένη/ος | Ούτε ικανοποιημένη/ος ούτε δυσαρεστημένη/ος | Ικανοποιημένη/ος | Πολύ ικανοποιημένη/ος |
|---|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| T7 | Είστε ικανοποιημένη/ος με την ποιότητα των υπηρεσιών που σας προσφέρονται για να αντιμετωπίσετε τις συναισθηματικές σας ανάγκες; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T8 | Πώς θα βαθμολογούσατε την ιατρική περίθαλψη (χειρουργική ή όχι) που λαμβάνετε; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T9 | Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα των πληροφοριών που λαμβάνετε για τα φάρμακα, τη χειρουργική και / ή την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνετε; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T10 | Είστε ικανοποιημένη/ος από τη συνεργασία σας με το ιατρικό προσωπικό που φροντίζει για τη θεραπεία γονιμότητάς σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

