

FertiQol International

שאלון איכות חיים בנושא פוריות (2008)

לגבי כל שאלה, נא סמני (י) את המשבצת המשקפת בצורה הטובה ביותר את האופן בו את(ה) חושב(ת) ומרגישה. התייחס(י) בתשובותיך למחשבותיך ורגשותיך כעת. חלק מהשאלות נוגעות אולי לחייך הפרטיים, אולם הן נחוצות לשם מדידה נאותה של כל ההיבטים של חייך. נא מלא(י) את החלקים המסומנים בכוכבית (*) רק אם יש לך בן/-בת-זוג.

עבור כל שאלה, נא סמני (י) את התשובה המתאימה ביותר למחשבותיך ורגשותיך כעת.					
טובה מאד	טובה	לא טובה ולא גרועה	גרועה	גרועה מאד	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A איך היית מדרג(ת) את בריאותך?
עבור כל שאלה, נא סמני (י) את התשובה המתאימה ביותר למחשבותיך ורגשותיך כעת.					
מאד שבע(ת) רצון	שבע(ת) רצון	לא לכאן ולא לכאן	לא שבע(ת) רצון	מאד לא שבע(ת) רצון	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B האם הינך שבע(ת) רצון מאיכות חייך?
עבור כל שאלה, נא סמני (י) את התשובה המתאימה ביותר למחשבותיך ורגשותיך כעת.					
לחלוטין	במידה רבה מאד	במידה בינונית	במקצת	בכלל לא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 האם יכולת הקשב וכושר הריכוז שלך נפגעים כתוצאה ממחשבות על אי-פוריות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 האם לדעתך אינך מסוגל(ת) להתקדם בתכניות ומטרות חיים אחרות עקב בעיות פוריות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 האם הינך מרגיש(ה) מותש(ת) או סחוט(ה) עקב בעיות פוריות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 האם הינך חש(ה) שביכולתך להתמודד עם בעיות הפוריות שלך?
עבור כל שאלה, נא סמני (י) את התשובה המתאימה ביותר למחשבותיך ורגשותיך כעת.					
מאד שבע(ת) רצון	שבע(ת) רצון	לא לכאן ולא לכאן	לא שבע(ת) רצון	מאד לא שבע(ת) רצון	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 האם הינך שבע(ת) רצון מהתמיכה שאת(ה) מקבל(ת) מחברים בנוגע לבעיות הפוריות שלך?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 האם הינך שבע(ת) רצון ממערכת יחסי המין שלך למרות שיש לך בעיות פוריות?
עבור כל שאלה, נא סמני (י) את התשובה המתאימה ביותר למחשבותיך ורגשותיך כעת.					
אף פעם לא	לעיתים רחוקות	לעיתים קרובות למדי	לעיתים קרובות מאד	תמיד	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 האם בעיות הפוריות שלך גורמות להרגשות של קנאה וסיננה?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 האם הינך חש(ה) רגשות צער ו/או תחושת אובדן על כך שאינך מסוגל(ת) להביא ילד (או עוד ילדים) לעולם?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 האם הינך מתנדנד(ת) בין תקווה ויאוש עקב בעיות פוריות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 האם הינך מבודד(ת) חברתית עקב בעיות פוריות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 האם את(ה) ובן/בת-זוגך מפגינים חיבה זה לזו למרות שיש לכם בעיות פוריות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 האם בעיות הפוריות שלך מפריעות לעבודה היומיומית או למחויבויות שלך?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 האם הינך חש(ה) אי-נוחות בהשתתפות באירועים חברתיים כגון חגים וחגיגות עקב בעיות הפוריות שלך?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 האם הינך מרגיש(ה) שמשפחתך מסוגלת להבין מה עובר עליך?
עבור כל שאלה, נא סמני (י) את התשובה המתאימה ביותר למחשבותיך ורגשותיך כעת.					
בכלל לא	במקצת	במידה בינונית	במידה רבה	במידה קיצונית	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 האם חיזוקו בעיות הפוריות את מחויבותך לבן/בת-זוגך?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 האם הינך מרגיש(ה) עצוב(ה) ומדוכא(ת) לגבי בעיות הפוריות שלך?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 האם בעיות הפוריות שלך גורמות לך לנחיתות ביחס לאנשים שיש להם ילדים?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 האם הינך סובל(ת) ממשושות עקב בעיות פוריות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 האם היתה לבעיות פוריות השפעה שלילית על מערכת יחסים עם בן/בת-זוגך?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 האם הינך מתקשה לשוחח עם בן/בת-זוגך אודות רגשותיך בנושא אי-פוריות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 האם הינך מרוצה ממערכת היחסים שלך למרות שיש לך בעיות פוריות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22 האם הינך מרגיש(ה) שיש עליך לחץ חברתי להביא ילדים (או ילדים נוספים) לעולם?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23 האם בעיות הפוריות שלך גורמות לך לכעוס?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24 האם הינך חש(ה) כאב ואי-נוחות גופנית עקב בעיות הפוריות שלך?

FertiQol International

מודול טיפול אופציונלי

האם התחלת בטיפול פוריות (כולל ייעוץ או התערבות רפואיים כלשהם)? אם כן, נא השב/השיבי על השאלות הבאות. לגבי כל שאלה, יש לסמן את התשובה המשקפת ביותר את האופן בו את(ה) חושב(ת) ומרגיש(ה). התייחס(י) בתשובותיך למחשבותיך ורגשותיך כעת. חלק מהשאלות נוגעות אולי לחייך הפרטיים, אולם הן חיוניות להערכה מספקת של כל ההיבטים של חייך.

עבור כל שאלה, נא סמני(י) את התשובה המתאימה ביותר למחשבותיך ורגשותיך כעת.	תמיד	לעיתים קרובות מאד	לעיתים קרובות למדי	לעיתים רחוקות	אף פעם לא
T1 האם טיפול הפוריות משפיע באופן שלילי על מצב הרוח שלך?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2 האם טיפולי הפוריות הרפואיים הרצויים לך זמינים עבורך?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

עבור כל שאלה, נא סמני(י) את התשובה המתאימה ביותר למחשבותיך ורגשותיך כעת.	במידה קיצונית	במידה רבה	במידה בינונית	במקצת	בכלל לא
T3 עד כמה מסובכת ההתמודדות עם תהליך הטיפול ו/או נטילת התרופות לצורך טיפול(ים) הפוריות שלך?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4 האם השפעת הטיפול על פעילויות היומיום או העבודה שלך מטרידה אותך?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5 האם הינך מרגיש(ה) שאנשי צוות הפוריות מבינים מה עובר עליך?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6 האם תופעות הלוואי הגופניות של התרופות ושל טיפול הפוריות מטרידות אותך?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

עבור כל שאלה, נא סמני(י) את התשובה המתאימה ביותר למחשבותיך ורגשותיך כעת.	מאד לא שבע(ת) רצון	לא שבע(ת) רצון	לא לכאן ולא לכאן	שבע(ת) רצון	מאד שבע(ת) רצון
T7 האם הינך שבע(ת) רצון מאיכות השרותים הזמינים לך לשם טיפול בצרכיך הרגשיים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8 איך היית מדרג(ת) את הניתוח(ים) ו/או הטיפול(ים) הרפואי(ים) שקיבלת?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9 איך היית מדרג(ת) את איכות המידע שקיבלת אודות תרופות, ניתוחים ו/או טיפול רפואי?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10 האם הינך שבע(ת) רצון מהתקשורת ומערכת היחסים עם צוות הפוריות הרפואי?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>