

# FertiQol International

## 불임 문제가 있는 사람들의 삶의 질에 대한 질문서 (2008)

각 항의 질문에 대해 귀하가 생각하고 느끼는 바와 가장 가까운 답을 골라서 빈칸에 체크하세요.

현재 귀하 자신의 현재 생각과 느낌에 맞는 답을 선택해 주세요.

몇몇 질문들은 귀하의 사생활과 관련이 있을 수 도 있지만 귀하의 생활전반을 판단하기 위해서는 필요한 질문들입니다.

**배우자/파트너가 있는 분들은 반드시 별표 표시가 되어 있는 항목의 질문을 완성해 주세요.**

각 항의 질문에 당신의 현재 생각과 느낌에 가장 가까운 것을 골라서 체크해 주세요		매우 안좋다	안좋다	그저 그렇다	좋다	매우 좋다
A	당신의 건강상태는 어떻습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
각 항의 질문에 당신의 현재 생각과 느낌에 가장 가까운 것을 골라서 체크해 주세요		매우 불만족한다	불만족한다	그저 그렇다	만족한다	매우 만족한다
B	당신은 당신의 삶의 질에 대해 만족하시나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
각 항의 질문에 당신의 현재 생각과 느낌에 가장 가까운 것을 골라서 체크해 주세요		완전 그렇다	매우 그렇다	그렇다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
1	불임에 대한 생각으로 인해 당신의 주의력과 집중력이 떨어지고 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	불임 문제 때문에 당신의 인생의 다른 목표와 계획을 수행할 수 없다고 생각합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	불임 문제 때문에 지치고 피로감을 느끼시나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	당신은 당신의 불임 문제에 잘 대처할 수 있다고 생각하시나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
각 항의 질문에 당신의 현재 생각과 느낌에 가장 가까운 것을 골라서 체크해 주세요		매우 불만족한다	불만족한다	그저 그렇다	만족한다	매우 만족한다
5	당신의 불임 문제와 관련하여 친구들로부터 받는 지원에 대해 만족하시나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	불임 문제가 있어도 당신의 성적관계에 만족하시나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
각 항의 질문에 당신의 현재 생각과 느낌에 가장 가까운 것을 골라서 체크해 주세요		항상	매우 자주	자주	드물게	전혀 아니다
7	당신의 불임 문제가 당신의 질투와 분노 감정의 원인이 된다고 생각하시나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	아이를 가질 수 없거나 또는 더 가질 수 없다는 상실감이나 슬픔을 느끼십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	불임 문제 때문에 희망과 절망 사이에서 심리적 동요를 느끼시나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	불임 문제 때문에 당신은 사회적으로 고립되어 있으신가요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	비록 불임 문제가 있지만 당신과 당신의 배우자/파트너는 서로 애정을 가지고 있으신지요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	당신의 불임 문제가 당신의 일상업무나 그밖의 다른 일을 하는데 지장을 초래하나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	당신의 불임 문제 때문에 휴가모임이나 축하모임과 같은 사회적 모임에 참석하는데 불편함을 느끼시나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	당신이 경험하고 있는 것을 당신의 가족들이 이해할 수 있다고 느끼시나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
각 항의 질문에 당신의 현재 생각과 느낌에 가장 가까운 것을 골라서 체크해 주세요		극심하게	매우 많이	적당히	약간	전혀 아니다
15	불임 문제가 당신의 배우자/파트너와 같이 있겠다는 당신의 결의를 더욱 강하게 했나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	당신은 불임 문제로 인해 슬픔이나 우울감을 느끼시나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	당신의 불임 문제가 당신을 아이를 가진 사람들 보다 열등한 존재로 만들습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	당신은 불임 문제 때문에 피로해서 힘드시나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	불임 문제가 당신의 배우자/파트너와의 관계에 나쁜 영향을 미쳤나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	당신은 불임과 관련된 당신의 감정에 대해서 당신의 배우자/파트너에게 말하는 것이 힘든가요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	비록 불임 문제가 있지만 당신의 배우자/파트너와의 관계에 만족하고 계십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	당신은 아이를 반드시 가져야 하거나 또는 아이를 더 가져야 한다는 사회적 압력을 느끼시나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	당신의 불임 문제가 당신을 화나게 하나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	당신의 불임 문제 때문에 당신은 고통과 신체적 불편감을 느끼시나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# FertiQoL International

## 적정 치료기준

불임치료 (이는 어떠한 의료상담과 개입을 포함합니다)를 시작하셨습니까? 만약 그렇다면 다음의 질문들에 응답해 주세요.  
 각 항의 질문에 대해 귀하가 생각하고 느끼는 바와 가장 가까운 답을 골라서 빈칸에 체크하세요.  
 현재 귀하 자신의 생각과 느낌에 맞는 답을 선택해 주세요.  
 몇몇 질문들은 귀하의 사생활과 관련이 있을 수 도 있지만 귀하의 생활전반을 판단하기 위해서는  
 필요한 질문들입니다.

각 항의 질문에 당신의 현재 생각과 느낌에 가장 가까운 것을 골라서 체크해 주세요		항상	매우 자주	자주	드물게	전혀 아니다
T1	불임치료가 당신의 기분에 나쁜 영향을 미칩니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	당신이 희망하는 가임의료서비스를 받으실 수 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
각 항의 질문에 당신의 현재 생각과 느낌에 가장 가까운 것을 골라서 체크해 주세요		극심하게	매우 많이	적당히	약간	전혀아니다
T3	당신의 불임치료를 위한 처치 또는 약제투여에 대처하는것이 얼마나 복잡한가요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	치료를 받는 것이 당신의 일상생활 또는 업무관련 활동에 영향을 미쳐 힘든가요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	당신이 경험하고 있는 것들에 대해 불임치료시스템들이 이해하고 있다고 느끼십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	불임치료와 약제의 신체적 부작용으로 힘들시나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

각 항의 질문에 당신의 현재 생각과 느낌에 가장 가까운 것을 골라서 체크해 주세요		매우 불만족한다	불만족한다	그저 그렇다	만족한다	매우 만족한다
T7	당신에게 감정적인 지원을 해주기 위해 제공될 수 있는 서비스의 질에 만족하시나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	당신이 받으신 수술 또는 치료를 어떻게 평가하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	당신이 받으신 약제와 수술 그리고 치료에 대한 정보의 질을 당신은 어떻게 평가하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	불임치료의 의료시스템들과의 상호작용에 대해서 당신은 만족하시나요?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>