

FertiQoL International

Chestionar de evaluare a calității vieții persoanelor cu probleme de fertilitate (2008)

Vă rugăm ca, la fiecare întrebare, să alegeți răspunsul (bifând căsuța corespunzătoare acestuia) care reflectă cel mai bine ceea ce gândiți și simțiți. Răspunsurile dvs. trebuie să reflecte gândurile și sentimentele dvs. actuale. Este posibil ca unele întrebări să se refere la viața dvs. particulară; acestea sunt necesare pentru a evalua în mod corespunzător toate aspectele vieții dvs.

Vă rugăm să răspundeți la întrebările marcate cu un asterisc (*) numai dacă aveți un partener/o parteneră de viață.

La fiecare întrebare, bifați răspunsul care reflectă cel mai bine gândurile și sentimentele dvs. actuale.		Foarte proastă	Proastă	Nici proastă nici bună	Bună	Foarte bună
A	Cum v-ați evalua starea sănătății?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La fiecare întrebare, bifați răspunsul care reflectă cel mai bine gândurile și sentimentele dvs. actuale.		Foarte nesatisfăcut/ă	Nesatisfăcut/ă	Nici satisfăcut/ă nici nesatisfăcut/ă	Satisfăcut/ă	Foarte satisfăcut/ă
B	Sunteți satisfăcut/ă de calitatea vieții dvs.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La fiecare întrebare, bifați răspunsul care reflectă cel mai bine gândurile și sentimentele dvs. actuale.		Cu desăvârșire	În mare măsură	Destul de mult	Nu prea mult	Deloc
Î1	Vă sunt atenția și concentrarea afectate negativ de gânduri privind infertilitatea ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Î2	Considerați că nu vă puteți fixa alte obiective sau face alte planuri în viață din cauza problemelor de fertilitate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Î3	Vă simțiți epuizat/ă sau extenuat/ă din cauza problemelor de fertilitate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Î4	Vă simțiți în stare să faceți față problemelor dvs. de fertilitate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La fiecare întrebare, bifați răspunsul care reflectă cel mai bine gândurile și sentimentele dvs. actuale.		Foarte nesatisfăcut/ă	Nesatisfăcut/ă	Nici satisfăcut/ă nici nesatisfăcut/ă	Satisfăcut/ă	Foarte satisfăcut/ă
Î5	Sunteți satisfăcut/ă de sprijinul primit de la prieteni în ceea ce privește problemele dvs. de fertilitate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Î6	Sunteți satisfăcut/ă de relația dvs. sexuală în ciuda problemelor de fertilitate pe care le aveți?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La fiecare întrebare, bifați răspunsul care reflectă cel mai bine gândurile și sentimentele dvs. actuale.		Întotdeauna	Foarte des	Destul de des	Rareori	Niciodată
Î7	Cauzează problemele dvs. de fertilitate sentimente de gelozie și ranchiună?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Î8	Încercați sentimente de durere și/sau aveți sentimentul pierderii deoarece nu puteți avea un copil (sau mai mulți copii)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Î9	Oscilați între speranță și disperare din cauza problemelor de fertilitate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Î10	Sunteți izolat/ă social din cauza problemelor de fertilitate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Î11	Dvs. și partenerul/partenera dvs. sunteți afectuoși unul cu celălalt în ciuda problemelor de fertilitate pe care le aveți?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Î12	Vă afectează problemele de fertilitate activitatea sau obligațiile de zi cu zi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Î13	Vă displace să participați la evenimente sociale, cum ar fi sărbători sau aniversări, din cauza problemelor dvs. de fertilitate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Î14	Considerați că familia dvs. înțelege prin ce treceți?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La fiecare întrebare, bifați răspunsul care reflectă cel mai bine gândurile și sentimentele dvs. actuale.		Extrem de mult	Foarte mult	Destul de mult	Puțin	Deloc
*Î15	V-au întărit problemele de fertilitate atașamentul față de partenerul/partenera dvs.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Î16	Vă simțiți trist/ă sau deprimat/ă din cauza problemelor dvs. de fertilitate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Î17	Sunteți inferior/inferioară persoanelor cu copii din cauza problemelor dvs. de fertilitate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Î18	Suferiți de oboseală din cauza problemelor de fertilitate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Î19	Au avut problemele de fertilitate un impact negativ asupra relației cu partenerul/partenera dvs.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Î20	Vă este dificil să discutați cu partenerul/partenera dvs. despre sentimentele pe care le aveți în privința infertilității?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Î21	Sunteți mulțumit/ă de relația dvs. în ciuda problemelor de fertilitate pe care le aveți?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Î22	Simțiți presiunea socială de a avea (sau de a avea mai mulți) copii?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Î23	Vă supără problemele dvs. de fertilitate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Î24	Suferiți de dureri sau de disconfort fizic din cauza problemelor dvs. de fertilitate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FertiQoL International

Modul opțional privind tratamentul

Ați început tratamentul pentru fertilitate? (Acesta include o eventuală consultație medicală sau intervenție chirurgicală.)
 Dacă da, vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări. Vă rugăm ca, la fiecare întrebare, să alegeți răspunsul (bifând căsuța corespunzătoare acestuia) care reflectă cel mai bine ceea ce gândiți și simțiți. Răspunsurile dvs. trebuie să reflecte gândurile și sentimentele dvs. actuale. Este posibil ca unele întrebări să se refere la viața dvs. particulară; acestea sunt necesare pentru a evalua în mod corespunzător toate aspectele vieții dvs.

La fiecare întrebare, bifați răspunsul care reflectă cel mai bine gândurile și sentimentele dvs. actuale.		Întotdeauna	Foarte des	Destul de des	Rareori	Niciodată
T1	Vă afectează tratamentul pentru fertilitate dispoziția în mod negativ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	Vă stau la dispoziție serviciile medicale pe care le-ați dori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La fiecare întrebare, bifați răspunsul care reflectă cel mai bine gândurile și sentimentele dvs. actuale.		Extrem de mult	Foarte mult	Destul de mult	Puțin	Deloc
T3	Cât de complicat este să faceți față procedurii și/sau administrării medicației asociate tratamentului/tratamentelor pentru infertilitate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	Vă deranjează efectul tratamentului asupra activităților dvs. de zi cu zi sau a activității dvs. profesionale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	Considerați că personalul specializat în probleme de fertilitate înțelege prin ce treceți?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	Vă deranjează efectele secundare fizice ale medicațiilor și tratamentului de fertilitate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La fiecare întrebare, bifați răspunsul care reflectă cel mai bine gândurile și sentimentele dvs. actuale.		Foarte nesatisfăcut/ă	Nesatisfăcut/ă	Nici satisfăcut/ă nici nesatisfăcut/ă	Satisfăcut/ă	Foarte satisfăcut/ă
T7	Sunteți satisfăcut/ă de calitatea serviciilor care vă stau la dispoziție pentru problemele dvs. de natură emoțională?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	Cum ați evalua intervenția chirurgicală și/sau tratamentul/tratamentele medicale primite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	Cum ați evalua calitatea informațiilor primite despre medicație, intervenția chirurgicală și/sau tratamentul medical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	Sunteți satisfăcut/ă de relațiile cu personalul medical specializat în probleme de fertilitate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

