

## FertiQoL International

## 2008生育生活质量问卷调查

请针对每个问题选择最能贴切反映您所感所想所感的回答（在回答处方框中打勾）。将您的回答与您目前的想法和感受联系起来。部分问题可能与您的隐私生活有关，但这是充分衡量您生活各方面的必要问题。

带星号(\*)的项目，只有在您有伴侣的情况下才需要填写。

| 请针对每个问题选择与您目前的想法和感受最为贴切的回答。 |   | 非常差                      | 差                        | 普通                       | 好                        | 非常好                      |
|-----------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A                           | 您如何评价您的健康状况？                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 请针对每个问题选择与您目前的想法和感受最为贴切的回答。 |   | 非常不满意                    | 不满意                      | 既非满意也非不满意                | 满意                       | 非常满意                     |
| B                           | 您对您的生活质量是否满意？                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 请针对每个问题选择与您目前的想法和感受最为贴切的回答。 |   | 完全                       | 很大程度                     | 中度                       | 轻度                       | 完全不                      |
| Q1                          | 您的注意力和专注力是否受到不孕不育的想法的影响？                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q2                          | 您是否认为由于生育问题的困扰，您不能在生活上继续前行和实现其它生活目标及计划？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q3                          | 您是否因为生育问题的困扰而感到筋疲力尽或疲惫不堪？               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q4                          | 您是否认为您有能力应对您的生育问题？                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 请针对每个问题选择与您目前的想法和感受最为贴切的回答。 |   | 非常不满意                    | 不满意                      | 既非满意也非不满意                | 满意                       | 非常满意                     |
| Q5                          | 您是否对朋友就您的生育问题所提供的支持感到满意？                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *Q6                         | 尽管您有生育问题的困扰，您是否对您的性关系感到满意？              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 请针对每个问题选择与您目前的想法和感受最为贴切的回答。 |   | 总是                       | 很经常                      | 比较经常                     | 很少                       | 从未                       |
| Q7                          | 您的生育问题是否为您带来妒忌或不满的情绪？                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q8                          | 您是否就您不能生育孩子或者更多的孩子而存在悲伤及/或失落感？          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q9                          | 您是否由于生育问题而在希望和失望的情绪中徘徊？                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q10                         | 您是否因为生育问题而在社交关系中处于孤立状态？                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *Q11                        | 尽管您有生育问题，您和您的伴侣间是否仍充满感情？                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q12                         | 您的生育是否干扰到您的日常工作或职责？                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q13                         | 您是否因为您的生育问题而在出席度假或庆祝活动社交场合感到不适？         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q14                         | 您是否认为您的家庭能够理解您正经历的一切？                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 请针对每个问题选择与您目前的想法和感受最为贴切的回答。 |   | 极度                       | 非常                       | 适度                       | 轻度                       | 完全不                      |
| *Q15                        | 生育问题是否增进了您对您的伴侣的承诺？                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q16                         | 您是否就您的生育问题而感到悲伤和抑郁？                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q17                         | 您的生育问题是否让您觉得自己不及有孩子的人士？                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q18                         | 您是否因为生育问题而受到疲劳的困扰？                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *Q19                        | 生育问题是否对您与您的伴侣的关系带来了负面影响？                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *Q20                        | 您是否认为很难与您的伴侣就您关于不孕不育一事的感受进行交流？          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *Q21                        | 尽管您有生育问题，您是否对您与伴侣的关系感到满足？               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q22                         | 您是否感到就您生育（或者生育更多）孩子一事有来自社会的压力？          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q23                         | 您的生育问题是否让您感到生气？                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q24                         | 您是否因为您的生育问题而感到痛苦和身体不适？                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## FertiQoL International

## 选择性治疗模块(Optional Treatment Module)

您是否已开始接受不孕不育症的治疗（这包括任何医疗咨询或治疗）？若是，那么请回答以下的问题。请针对每个问题选择与您目前的想法和感受最为贴切的回答（在回答处方框中打勾）。将您的回答与您目前的想法和感受联系起来。部分问题可能与您的隐私生活有关，但这是充分衡量您生活各方面的必要问题。

| 请针对每个问题选择与您目前的想法和感受最为贴切的回答。 |                         | 总是                       | 很经常                      | 比较经常                     | 很少                       | 从未                       |
|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| T1                          | 不孕不育症的治疗是否对您的情绪产生了负面影响？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T2                          | 您是否可以获取您所想要的不孕不育症医疗服务？  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 请针对每个问题选择与您目前的想法和感受最为贴切的回答。 |                                    | 极度                       | 非常                       | 适度                       | 轻度                       | 完全不                      |
|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| T3                          | 关于您的不孕不育症治疗程序及/或进行药物治疗，您觉得的麻烦程度如何？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T4                          | 您是否就治疗对您的日常生活及工作活动所带来的影响感到担心？      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T5                          | 您是否感到治疗不孕不育症的医护人员能理解您所经历的一切？       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T6                          | 您是否就不孕不育症药物及治疗为您的身体所带来的副作用感到担心？    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 请针对每个问题选择与您目前的想法和感受最为贴切的回答。 |                                  | 非常不满意                    | 不满意                      | 既非满意也非不满意                | 满意                       | 非常满意                     |
|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| T7                          | 您是否对于解决您情感需要的服务的质量感到满意？          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T8                          | 您将如何评价您所接受的手术及/或医疗治疗？            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T9                          | 您将如何评价您所接收的药物、手术及/或医疗治疗的相关信息的质量？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T10                         | 您是否就您与治疗不孕不育症的医护人员之间的接触感到满意？     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

