

# FertiQoL International

## Bảng câu hỏi về Chất lượng Cuộc sống liên quan tới Khả năng sinh sản (2008)

Với mỗi câu hỏi, vui lòng chọn câu trả lời (đánh dấu vào ô) phản ánh gần đúng nhất cảm giác và cảm nghĩ của bạn. Hãy liên hệ câu trả lời của bạn với những cảm giác và suy nghĩ hiện thời của bạn. Một số câu hỏi có thể liên quan tới cuộc sống riêng tư của bạn, nhưng

những câu hỏi đó là cần thiết để có thể đánh giá đầy đủ tất cả các mặt trong cuộc sống của bạn.

**Xin bạn vui lòng chỉ trả lời những câu hỏi có dấu hoa thị (\*) nếu bạn có vợ/chồng hoặc người yêu chung sống.**

Với mỗi câu hỏi, hãy chọn câu trả lời gần đúng nhất với suy nghĩ và cảm giác hiện tại của bạn		Rất kém	Kém	Không tốt không kém	Tốt	Rất Tốt
A	Bạn đánh giá sức khỏe của mình như thế nào?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Với mỗi câu hỏi, hãy chọn câu trả lời gần đúng nhất với suy nghĩ và cảm giác hiện tại của bạn		Rất phiền lòng	Phiền lòng	Không phiền lòng hay hài lòng	Hài lòng	Rất hài lòng
B	Bạn có hài lòng với chất lượng cuộc sống của mình không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Với mỗi câu hỏi, hãy chọn câu trả lời gần đúng nhất với suy nghĩ và cảm giác hiện tại của bạn		Hoàn toàn	Rất nhiều	Bình thường	Không nhiều	Không hề
1	Khả năng tập trung và để ý của bạn có bị ảnh hưởng bởi những suy nghĩ về chuyện vô sinh không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Bạn có nghĩ bạn không thể tiếp tục các mục đích hoặc kế hoạch khác trong cuộc sống vì chuyện vô sinh không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Bạn có cảm thấy kiệt sức hay héo mòn vì các vấn đề về khả năng sinh sản không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bạn có cảm thấy mình có thể đương đầu với các vấn đề về khả năng sinh sản không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Với mỗi câu hỏi, hãy chọn câu trả lời gần đúng nhất với suy nghĩ và cảm giác hiện tại của bạn		Rất phiền lòng	Phiền lòng	Không phiền lòng hay hài lòng	Hài lòng	Rất hài lòng
5	Bạn có hài lòng với sự ủng hộ từ bạn bè về các vấn đề liên quan tới khả năng sinh sản của bạn không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*6	Bạn có hài lòng với đời sống tình dục của mình cho dù bạn có các vấn đề về khả năng sinh sản không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Với mỗi câu hỏi, hãy chọn câu trả lời gần đúng nhất với suy nghĩ và cảm giác hiện tại của bạn		Luôn luôn	Rất thường xuyên	Khá thường xuyên	Hiếm khi	Không bao giờ
7	Các vấn đề về khả năng sinh sản của bạn có tạo ra cho bạn các cảm giác ghen tức và căm ghét không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Bạn có đau buồn và/hoặc có cảm giác mất mát vì không thể có con (hoặc có thêm con) không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Bạn có dao động giữa hy vọng và tuyệt vọng vì những vấn đề về khả năng sinh sản không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Bạn có bị cô lập với mọi người xung quanh vì các vấn đề về khả năng sinh sản không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*11	Bạn và vợ/chồng hoặc người yêu chung sống của bạn có yêu thương nhau cho dù bạn có các vấn đề về khả năng sinh sản không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Các vấn đề về khả năng sinh sản có ảnh hưởng tới các công việc hoặc trách nhiệm hàng ngày của bạn không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Bạn có cảm thấy không thoải mái do các vấn đề về khả năng sinh sản của mình không khi tham dự các dịp họp mặt như nghỉ lễ hoặc liên hoan kỉ niệm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Bạn có cảm thấy gia đình bạn có thể hiểu được những gì bạn đang trải qua không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Với mỗi câu hỏi, hãy chọn câu trả lời gần đúng nhất với suy nghĩ và cảm giác hiện tại của bạn		Cực kỳ	Rất nhiều	Tương đối	Một chút	Không hề
*15	Các vấn đề về khả năng sinh sản có thắt chặt thêm sự gắn bó của bạn với vợ/chồng hoặc người yêu chung sống không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Bạn có cảm thấy buồn chán về các vấn đề liên quan đến khả năng sinh sản của mình không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Các vấn đề về khả năng sinh sản có làm bạn thấp kém đi so với những người có con không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Bạn có bị mệt mỏi do các vấn đề về khả năng sinh sản không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*19	Các vấn đề về khả năng sinh sản có gây ra tác động tiêu cực tới mối quan hệ giữa bạn và vợ/chồng hoặc người yêu chung sống không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*20	Bạn có thấy khó khăn khi nói chuyện với vợ/chồng hoặc người yêu chung sống về những cảm giác của mình liên quan tới chuyện vô sinh không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*21	Bạn có bằng lòng với mối quan hệ của bạn mặc dù bạn có các vấn đề về sinh sản không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Bạn có cảm thấy có áp lực từ bên ngoài thúc giục bạn phải sinh (hoặc sinh thêm) con không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Các vấn đề về khả năng sinh sản của bạn có khiến bạn tức giận không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Bạn có cảm thấy đau đớn hoặc cơ thể bất an do các vấn đề về khả năng sinh sản của mình không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## FertiQoL International

### Phần Điều trị Tùy chọn

Bạn đã bắt đầu điều trị khả năng sinh sản (bao gồm mọi phương pháp tư vấn hoặc can thiệp y tế) hay chưa? Nếu có, xin vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây. Với mỗi câu hỏi, vui lòng chọn (đánh dấu vào ô) câu trả lời phản ánh gần đúng nhất cảm giác và cảm nghĩ của bạn. Hãy liên hệ câu trả lời của bạn với những cảm giác và suy nghĩ hiện thời của bạn. Một số câu hỏi có thể liên quan tới cuộc sống riêng tư của bạn, nhưng những câu hỏi đó là cần thiết để có thể đánh giá đầy đủ tất cả các mặt trong cuộc sống của bạn.

Với mỗi câu hỏi, hãy chọn câu trả lời gần đúng nhất với suy nghĩ và cảm giác hiện tại của bạn		Luôn luôn	Rất thường xuyên	Khá thường xuyên	Hiếm khi	Không bao giờ
T1	Việc điều trị vô sinh có ảnh hưởng tiêu cực tới tâm trạng của bạn không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	Bạn có được sử dụng các dịch vụ y tế về khả năng sinh sản mà bạn cần không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Với mỗi câu hỏi, hãy chọn câu trả lời gần đúng nhất với suy nghĩ và cảm giác hiện tại của bạn		Cực kỳ	Rất nhiều	Tương đối	Một chút	Không hề
T3	Thủ tục và qui trình cấp phát thuốc điều trị vô sinh của bạn phức tạp như thế nào?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	Các công việc hay hoạt động hàng ngày của bạn có bị ảnh hưởng do việc điều trị không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	Bạn có cảm thấy các nhân viên điều trị khả năng sinh sản hiểu được những gì bạn đang trải qua không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	Bạn có bị tác dụng phụ do thuốc hoặc do phương cách điều trị khả năng sinh sản không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Với mỗi câu hỏi, hãy chọn câu trả lời gần đúng nhất với suy nghĩ và cảm giác hiện tại của bạn		Rất phiền lòng	Phiền lòng	Không phiền lòng hay hài lòng	Hài lòng	Rất hài lòng
T7	Bạn có hài lòng với chất lượng các dịch vụ bạn được sử dụng để giải quyết các nhu cầu tinh thần của bạn không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	Bạn đánh giá như thế nào về việc điều trị ngoại khoa và/hoặc nội khoa mà bạn đã nhận?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	Bạn đánh giá như thế nào về chất lượng thông tin mà bạn nhận được về việc cấp thuốc, phẫu thuật và/hoặc điều trị nội khoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	Bạn có hài lòng về các giao tiếp giữa bạn và nhân viên y tế điều trị khả năng sinh sản không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

