

# FertiQoL – международен

## Въпросник „Фертилитет и качество на живот“ (2008)

За всеки въпрос поставете отметка на отговора, който най-точно отразява Вашите мисли и чувства. Вашите отговори трябва да съответстват на онова, което мислите и чувствате в момента. Някои въпроси могат да Ви се сторят лични, но те са необходими, за да се направи адекватна оценка на всички аспекти на Вашия живот.

**Моля, отговаряйте на въпросите, отбелязани със звездичка (\*) само ако имате партньор.**

За всеки въпрос поставете отметка на отговора, който най-точно отразява Вашите мисли и чувства в момента		Много лошо	Лошо	Нито добро, нито лошо	Добро	Много добро
A	Как бихте оценили здравословното си състояние?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
За всеки въпрос поставете отметка на отговора, който най-точно отразява Вашите мисли и чувства в момента		Крайно неудовлетворен	Неудовлетворен(а)	Нито удовлетворен(а), нито неудовлетворен(а)	Удовлетворен(а)	Напълно удовлетворен(а)
B	Удовлетворен(а) ли сте от качеството на Вашия живот?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
За всеки въпрос поставете отметка на отговора, който най-точно отразява Вашите мисли и чувства в момента		Изцяло/Напълно	В значителна степен	До известна степен	Незначително Изобщо	Изобщо!
Q1	Нарушават ли се вниманието и способността Ви за концентрация от мислите за репродуктивни проблеми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2	Смятате ли, че репродуктивните проблеми възпрепятстват осъществяването на други Ваши цели и планове?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3	Чувствате ли се като изцеден(а) или изтощен(а) поради репродуктивните проблеми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4	Смятате ли, че сте способен(на) да се справите със своите репродуктивни проблеми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
За всеки въпрос поставете отметка на отговора, който най-точно отразява Вашите мисли и чувства в момента		Крайно неудовлетворен	Неудовлетворен(а)	Нито удовлетворен(а), нито неудовлетворен(а)	Удовлетворен(а)	Напълно удовлетворен(а)
Q5	Удовлетворен(а) ли сте от подкрепата на приятелите си по отношение на Вашите репродуктивни проблеми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q6	Удовлетворен(а) ли сте от своите интимни отношения, въпреки че имате репродуктивни проблеми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
За всеки въпрос поставете отметка на отговора, който най-точно отразява Вашите мисли и чувства в момента		Винаги	Много често	Доста често	Рядко	Никога
Q7	Вашите репродуктивни проблеми предизвикват ли чувства на завист или негодувание?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8	Изпитвате ли чувства на мъка и/или загуба затова, че не можете да имате дете (или повече деца)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q9	Колебаете ли се между надеждата и отчаянието поради репродуктивните си проблеми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q10	В социална изолация ли сте поради репродуктивните проблеми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q11	С Вашия партньор изпитвате ли достатъчно любов и нежност един към друг, независимо от репродуктивните проблеми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q12	Пречат ли репродуктивните Ви проблеми на Вашата ежедневна работа или задължения?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q13	Чувствате ли се неудобно в социални ситуации, като събирания по повод на празници или тържества, поради своите репродуктивни проблеми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q14	Смятате ли, че Вашето семейство може да разбере през какво преминавате?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
За всеки въпрос поставете отметка на отговора, който най-точно отразява Вашите мисли и чувства в момента		В изключително голяма степен	До голяма степен	В известна степен	Малко	Изобщо!
*Q15	Репродуктивните проблеми заздрави ли привързаността Ви към Вашия партньор?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q16	Чувствате ли се тъжен(на) и потиснат(а) заради своите репродуктивни проблеми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q17	Вашите репродуктивни проблеми правят ли Ви по-непълноценен(на) от хората с деца?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q18	Наляга ли Ви умора поради репродуктивни проблеми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q19	Оказали ли са репродуктивните проблеми негативно влияние върху взаимоотношенията Ви с Вашия партньор?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q20	Трудно ли Ви е да разговаряте с партньора си за своите чувства, свързани с репродуктивните проблеми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q21	Доволен(на) ли сте от Вашите взаимоотношения, въпреки че имате репродуктивни проблеми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q22	Чувствате ли социален натиск да имате (още) деца?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q23	Ядосан(а) ли сте от репродуктивните си проблеми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q24	Чувствате ли болка или физически дискомфорт поради Вашите репродуктивни проблеми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# FertiQoL – международен

## Допълнителен модул преминаващите курс на лечение

Започнали ли сте репродуктивно лечение (това включва каквато и да е медицинска консултация или интервенция)? Ако отговорът Ви е „Да“, тогава отговорете на следващите въпроси. За всеки въпрос поставете отметка на отговора, който най-точно отразява Вашите мисли и чувства. Вашите отговори трябва да съответстват на онова, което мислите и чувствате в момента. Някои въпроси могат да Ви се сторят лични, но те са необходими, за да се направи адекватна оценка на всички аспекти на Вашия живот.

За всеки въпрос поставете отметка на отговора, който най-точно отразява Вашите мисли и чувства в момента		Винаги	Много често	Доста често	Рядко	Никога
T1	Лечението на репродуктивните Ви проблеми има ли негативно влияние върху Вашето настроение?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	Достъпни ли са за Вас медицинските услуги за лечение на репродуктивните Ви проблеми, които искате да получите?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

За всеки въпрос поставете отметка на отговора, който най-точно отразява Вашите мисли и чувства в момента		В изключително голяма степен	До голяма степен	В известна степен	Малко	Изобщо
T3	Трудно ли Ви е да се справите с процедурите и/или режима на прием на лекарствени средства, свързани с курса(овете) на лечение на Вашите репродуктивни проблеми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	Безпокои ли Ви ефекта, който оказва лечението върху Вашата професионална или друга дейност?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	Смятате ли, че медицинският екип от клиниката за репродуктивно здраве разбира през какво преминавате?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	Безпокоят ли Ви физическите странични ефекти от лекарствените средства и терапията за лечение на Вашите репродуктивни проблеми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

За всеки въпрос поставете отметка на отговора, който най-точно отразява Вашите мисли и чувства в момента		Крайно неудовлетворен	Неудовлетворен(а)	Нито удовлетворен(а), нито неудовлетворен(а)	Удовлетворен(а)	Напълно удовлетворен(а)
T7	Доволен(на) ли сте от качеството на предоставяните Ви услуги, насочени към удовлетворяване на Вашите емоционални потребности?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	Как бихте оценили хирургическото и/или медикаментозното лечение, които получихте?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	Как бихте оценили качеството на информацията, която сте получили относно лекарствените средства, хирургическото и/или медикаментозното лечение?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	Доволен(на) ли сте от нивото на взаимодействие с медицинския екип от клиниката за репродуктивно здраве?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

