

FertiQoL International

Анкета «Фертильність і якість життя» (2008 р.)

Відповідаючи на питання, будь ласка, ставте галочку навпроти тих відповідей, які найбільш точно відображають ваші думки і почуття. Ваші відповіді повинні відповідати тому, що ви думаєте і відчуваєте в даний момент. Деякі питання можуть здатися вам занадто особистими, проте вони необхідні для того, щоб адекватно оцінити всі аспекти вашого життя.

На питання, позначені зірочкою (*), відповідайте тільки в тому випадку, якщо у вас є партнер.

Для кожного питання відзначте той варіант відповіді, який найбільш точно відповідає вашим думкам і почуттям в даний час		Дуже поганий	Поганий	Нехороший і непоганий	Хороший	Дуже хороший
A	Як ви оцінюєте стан вашого здоров'я?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Для кожного питання відзначте той варіант відповіді, який найбільш точно відповідає вашим думкам і почуттям в даний час		Дуже незадоволена	Незадоволена	Щось середнє	Задоволена	Дуже задоволена
B	Чи задоволені ви якістю вашого життя?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Для кожного питання відзначте той варіант відповіді, який найбільш точно відповідає вашим думкам і почуттям в даний час		Повністю	В значній мірі	В деякій мірі	Незначно	Зовсім ні
Q1	Чи страждає ваша увага і здатність до концентрації від думок про безпліддя?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2	Чи вважаєте ви, що проблеми з фертильністю перешкоджають реалізації інших ваших цілей і планів?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3	Чи відчуваєте ви спустошеність або виснаження через проблеми з фертильністю?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4	Чи вважаєте ви, що здатні впоратися з проблемами своєї фертильності?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Для кожного питання відзначте той варіант відповіді, який найбільш точно відповідає вашим думкам і почуттям в даний час		Дуже незадоволена	Незадоволена	Щось середнє	Задоволена	Дуже задоволена
Q5	Чи задоволені ви підтримкою друзів у вирішенні ваших проблем з фертильністю?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q6	Чи задоволені ви своїми сексуальними відносинами, незважаючи на проблеми з фертильністю?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Для кожного питання відзначте той варіант відповіді, який найбільш точно відповідає вашим думкам і почуттям в даний час		Завжди	Дуже часто	Досить часто	Рідко	Ніколи
Q7	Чи стають проблеми з вашою фертильністю джерелом виникнення ревнощів або образи?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8	Ви відчуваєте горе і/або відчуття втрати в зв'язку з нездатністю мати дитину (або ще дітей)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q9	Ви постійно вагаєтеся між почуттями надії і відчаю у зв'язку з проблемами дітонародження?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q10	Чи перебуваєте ви в соціальній ізоляції у зв'язку з проблемами з фертильністю?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q11	Проявляєте ви з вашим партнером достатньо ніжності один до одного, незважаючи на проблеми, пов'язані з вашою фертильністю?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q12	Чи заважають проблеми з фертильністю вашій повсякденній роботі або виконанню обов'язків?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q13	Чи відчуваєте ви дискомфорт, обумовлений проблемами з фертильністю, при відвідуванні таких громадських заходів, як свята або урочистості?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q14	Чи вважаєте ви, що сім'я розуміє, що ви переживаєте?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Для кожного питання відзначте той варіант відповіді, який найбільш точно відповідає вашим думкам і почуттям в даний час		Надзвичайно	Дуже сильно	В деякій мірі	Трохи	Зовсім ні
*Q15	Чи призвели проблеми з вашою фертильністю до посилення відданості партнеру?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q16	Чи відчуваєте ви смуток і депресію через проблеми з фертильністю?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q17	Чи викликають у вас проблеми з фертильністю почуття неповноцінності в порівнянні з тими людьми, у яких є діти?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q18	Чи відчуваєте ви стомлення через проблеми з фертильністю?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q19	Чи позначаються проблеми з дітонародженням негативним чином на Ваших стосунках з партнером?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q20	Чи важко вам говорити з вашим партнером про свої почуття у зв'язку з безпліддям?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q21	Чи задоволені ви своїми відносинами, незважаючи на проблеми з фертильністю?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q22	Чи відчуваєте ви тиск суспільства у зв'язку з необхідністю мати (ще) дітей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q23	Чи роблять вас дратівливою проблеми з фертильністю?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q24	Чи відчуваєте ви біль і фізичний дискомфорт внаслідок проблем, пов'язаних з фертильністю?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FertiQoL International

Додатковий модуль для тих, хто проходить курс лікування

Ви вже приступили до лікування порушень репродуктивної функції (що включає будь-яку медичну консультацію або втручання)? Якщо так, тоді дайте відповідь, будь ласка, на наступні питання. Відповідаючи на питання, будь ласка, ставте галочку навпроти тих відповідей, які найбільш точно відображають ваші думки і почуття. Ваші відповіді повинні відповідати тому, що ви думаєте і відчуваєте в даний момент. Деякі питання можуть здатися вам занадто особистими, проте вони необхідні для того, щоб адекватно оцінити всі аспекти вашого життя.

Для кожного питання відзначте той варіант відповіді, який найбільш точно відповідає вашим думкам і почуттям в даний час		Завжди	Дуже часто	Досить часто	Рідко	Ніколи
T1	Чи позначається лікування безпліддя негативним чином на вашому настрої?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	Чи доступні вам ті медичні послуги для лікування безпліддя, які ви хотіли б отримати?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Для кожного питання відзначте той варіант відповіді, який найбільш точно відповідає вашим думкам і почуттям в даний час		Надзвичайно	Дуже сильно	В деякій мірі	Трохи	Зовсім ні
T3	Чи важко вам переносити процедури і/або режим прийому ліків в рамках курсу (-ів) лікування порушень репродуктивної функції?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	Чи турбує вас вплив, який має лікування на вашу повсякденну або професійну діяльність?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	Чи вважаєте ви, що медичний персонал розуміє, що ви переживаєте?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	Чи турбують вас побічні ефекти при прийомі ліків і проходженні курсу лікування від безпліддя?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Для кожного питання відзначте той варіант відповіді, який найбільш точно відповідає вашим думкам і почуттям в даний час		Дуже незадоволена	Незадоволена	Щось середнє	Задоволена	Дуже задоволена
T7	Чи задовольняє вас якість доступних вам послуг, покликаних забезпечити ваші емоційні потреби?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	Дайте оцінку хірургічному та/або медикаментозному лікуванню, яке ви отримали.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	Дайте оцінку якості інформації, яку ви отримали щодо ліків, хірургічного та/або медикаментозного лікування.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	Чи задоволені ви рівнем взаємодії з медперсоналом по лікуванню безпліддя?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

