

FertiQol International

Kuesioner Kualitas Kesuburan dalam Kehidupan (2008)

Untuk setiap pertanyaan, berilah tanda centang (di dalam kotak) untuk jawaban yang dianggap paling mendekati pemikiran dan perasaan Anda. Hubungkan jawaban Anda dengan pemikiran dan perasaan Anda saat ini. Beberapa pertanyaan mungkin terkait dengan kehidupan pribadi Anda, namun pertanyaan itu perlu dijawab untuk dapat mengukur semua aspek dalam kehidupan Anda.

Isilah butir-butir yang diberi tanda bintang (*) hanya jika Anda memiliki pasangan.

Untuk setiap pertanyaan, beri tanda centang di jawaban yang paling mendekati pemikiran dan perasaan Anda saat ini		Sangat Buruk	Buruk	Biasa Saja	Bagus	Sangat Bagus
A	Bagaimana penilaian Anda tentang kesehatan Anda?	<input type="checkbox"/>				
Untuk setiap pertanyaan, beri tanda centang di jawaban yang paling mendekati pemikiran dan perasaan Anda saat ini		Sangat Tidak Puas	Tidak Puas	Biasa Saja	Puas	Sangat Puas
B	Apakah Anda puas dengan kualitas hidup Anda?	<input type="checkbox"/>				
Untuk setiap pertanyaan, beri tanda centang di jawaban yang paling mendekati pemikiran dan perasaan Anda saat ini		Sepenuhnya	Sangat Banyak	Sedang-sedang Saja	Tidak Begitu Banyak	Tidak Sama Sekali
1	Apakah perhatian dan konsentrasi Anda terganggu oleh pemikiran tentang kemandulan?	<input type="checkbox"/>				
2	Apakah Anda berpikir tidak akan dapat mencapai tujuan hidup dan rencana lain karena ada masalah kesuburan?	<input type="checkbox"/>				
3	Apakah Anda merasa terkuras tenaga atau tidak bertenaga karena ada masalah kesuburan?	<input type="checkbox"/>				
4	Apakah Anda merasa mampu mengatasi masalah kesuburan?	<input type="checkbox"/>				
Untuk setiap pertanyaan, beri tanda centang di jawaban yang paling mendekati pemikiran dan perasaan Anda saat ini		Sangat Tidak Puas	Tidak Puas	Biasa Saja	Puas	Sangat Puas
5	Apakah Anda puas dengan dukungan yang Anda terima dari teman-teman berkenaan dengan masalah kesuburan Anda?	<input type="checkbox"/>				
6	Apakah Anda puas dengan hubungan seksual sekalipun Anda memiliki masalah kesuburan?	<input type="checkbox"/>				
Untuk setiap pertanyaan, beri tanda centang di jawaban yang paling mendekati pemikiran dan perasaan Anda saat ini		Selalu	Sangat Sering	Cukup Sering	Jarang	Tidak Pernah
7	Apakah masalah kesuburan Anda menimbulkan perasaan cemburu dan benci?	<input type="checkbox"/>				
8	Apakah Anda merasa sedih dan/atau merasa kehilangan karena ketidakmampuan Anda untuk memiliki anak (atau memiliki anak lagi)?	<input type="checkbox"/>				
9	Apakah Anda merasa bimbang antara harapan dan keputusan karena masalah kesuburan?	<input type="checkbox"/>				
10	Apakah Anda merasa terisolir secara sosial karena masalah kesuburan?	<input type="checkbox"/>				
11	Apakah Anda dan pasangan Anda masih saling memberi perhatian sekalipun Anda mengalami masalah kesuburan?	<input type="checkbox"/>				
12	Apakah masalah kesuburan Anda mengganggu kegiatan atau kewajiban sehari-hari Anda?	<input type="checkbox"/>				
13	Apakah Anda merasa tidak nyaman menghadiri situasi sosial seperti misalnya liburan dan perayaan karena masalah kesuburan Anda?	<input type="checkbox"/>				
14	Apakah Anda merasa keluarga Anda dapat memahami masalah yang Anda hadapi?	<input type="checkbox"/>				
Untuk setiap pertanyaan, beri tanda centang di jawaban yang paling mendekati pemikiran dan perasaan Anda saat ini		Sangat Banyak Sekali	Sangat Banyak	Sedang	Sedikit	Tidak Sama Sekali
15	Apakah masalah kesuburan telah memperkuat komitmen Anda terhadap pasangan Anda?	<input type="checkbox"/>				
16	Apakah Anda merasa sedih dan depresi dengan masalah kesuburan Anda?	<input type="checkbox"/>				
17	Apakah masalah kesuburan Anda membuat Anda rendah diri di hadapan orang-orang yang memiliki anak?	<input type="checkbox"/>				
18	Apakah Anda merasa terganggu oleh kelelahan karena masalah kesuburan ini?	<input type="checkbox"/>				
19	Apakah masalah kesuburan ini berdampak negatif terhadap hubungan Anda dengan pasangan Anda?	<input type="checkbox"/>				
20	Apakah Anda merasa kesulitan untuk berbicara dengan pasangan Anda tentang perasaan Anda terkait dengan kemandulan?	<input type="checkbox"/>				
21	Apakah Anda tetap senang dengan hubungan Anda sekalipun Anda memiliki masalah kesuburan?	<input type="checkbox"/>				
22	Apakah Anda merasa ada tekanan sosial terhadap diri Anda untuk memiliki anak (atau memiliki anak lagi)?	<input type="checkbox"/>				
23	Apakah masalah kesuburan membuat Anda marah?	<input type="checkbox"/>				
24	Apakah Anda merasa nyeri atau merasakan ketidaknyamanan fisik karena masalah kesuburan?	<input type="checkbox"/>				

FertiQoI International

Modul Perawatan Opsional

Apakah Anda sudah memulai perawatan kesuburan (termasuk konsultasi kesehatan atau intervensi apa pun)? Jika "Ya", silakan menjawab pertanyaan berikut ini. Untuk setiap pertanyaan, berilah tanda centang (di dalam kotak) untuk jawaban yang dianggap paling mendekati pemikiran dan perasaan Anda. Hubungkan jawaban Anda dengan pemikiran dan perasaan Anda saat ini. Beberapa pertanyaan mungkin terkait dengan kehidupan pribadi Anda, namun pertanyaan itu perlu dijawab untuk dapat mengukur semua aspek dalam kehidupan Anda.

Untuk setiap pertanyaan, beri tanda centang di jawaban yang paling mendekati pemikiran dan perasaan Anda saat ini		Selalu	Sangat Sering	Cukup Sering	Jarang	Tidak Pernah
T1	Apakah perawatan kemandulan berpengaruh negatif terhadap suasana hati (mood) Anda?	<input type="checkbox"/>				
T2	Apakah layanan medis kesuburan yang anda inginkan tersedia untuk Anda?	<input type="checkbox"/>				
Untuk setiap pertanyaan, beri tanda centang di jawaban yang paling mendekati pemikiran dan perasaan Anda saat ini		Sangat Banyak Sekali	Sangat Banyak	Sedang	Sedikit	Tidak Sama Sekali
T3	Seberapa rumitkah berurusan dengan prosedur dan/atau administrasi pengobatan untuk perawatan kemandulan Anda?	<input type="checkbox"/>				
T4	Apakah kegiatan Anda sehari-hari terganggu oleh efek dari perawatan?	<input type="checkbox"/>				
T5	Apakah Anda merasa staf perawatan kesuburan dapat memahami masalah yang Anda hadapi?	<input type="checkbox"/>				
T6	Apakah Anda terganggu oleh efek samping fisik dari pengobatan dan perawatan kesuburan?	<input type="checkbox"/>				
Untuk setiap pertanyaan, beri tanda centang di jawaban yang paling mendekati pemikiran dan perasaan Anda saat ini		Sangat Tidak Puas	Tidak Puas	Biasa Saja	Puas	Sangat Puas
T7	Apakah Anda puas dengan kualitas layanan yang tersedia bagi Anda untuk mengatasi kebutuhan emosional Anda?	<input type="checkbox"/>				
T8	Bagaimana penilaian Anda tentang perawatan bedah dan/atau pengobatan yang telah Anda terima?	<input type="checkbox"/>				
T9	Bagaimana penilaian Anda tentang kualitas informasi yang Anda terima tentang pengobatan, perawatan bedah dan/atau medis?	<input type="checkbox"/>				
T10	Apakah Anda puas dengan interaksi dengan staf medis kesuburan?	<input type="checkbox"/>				