

FertiQoL International

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ (2008)

สำหรับแต่ละคำถาม โปรดเลือก (ทำเครื่องหมายถูกในกล่อง) คำตอบที่ใกล้เคียงกับความคิดและความรู้สึกของคุณมากที่สุด
 ตอบคำถามตามความคิดและความรู้สึกในปัจจุบันของคุณ คำถามบางข้ออาจเกี่ยวข้องกับชีวิตส่วนตัวของคุณ
 แต่คำถามเหล่านี้จำเป็นเพื่อประเมินชีวิตของคุณทุกด้านได้อย่างเพียงพอ

โปรดตอบคำถามข้อที่มีเครื่องหมายดอกจัน (*) หากคุณมีคู่ชีวิตหรือคู่สมรสเท่านั้น

| สำหรับแต่ละคำถาม เลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับความคิดและความรู้สึกในปัจจุบันของคุณมากที่สุด | | แย่มาก | แย่ | ไม่ดีและไม่แย่ | ดี | ดีมาก |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A | สุขภาพของคุณอยู่ในระดับใด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| สำหรับแต่ละคำถาม เลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับความคิดและความรู้สึกในปัจจุบันของคุณมากที่สุด | | ไม่พอใจมาก | ไม่พอใจ | เฉยๆ | พอใจ | พอใจมาก |
| B | คุณพอใจกับคุณภาพชีวิตของคุณหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| สำหรับแต่ละคำถาม เลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับความคิดและความรู้สึกในปัจจุบันของคุณมากที่สุด | | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | ไม่มาก | ไม่เลย |
| Q1 | ความใส่ใจและสมาธิของคุณได้รับผลกระทบจากการคิดถึงภาวะมีบุตรยากหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q2 | คุณคิดว่าคุณไม่สามารถดำเนินการต่อกับเป้าหมายและแผนอื่นๆ ในชีวิตเพราะปัญหาการมีบุตรยากหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q3 | คุณรู้สึกเหนื่อยหรืออ่อนล้าเพราะปัญหาการมีบุตรยากหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q4 | คุณรู้สึกว่า你可以รับมือกับปัญหาการมีบุตรยากของคุณได้หรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| สำหรับแต่ละคำถาม เลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับความคิดและความรู้สึกในปัจจุบันของคุณมากที่สุด | | ไม่พอใจมาก | ไม่พอใจ | เฉยๆ | พอใจ | พอใจมาก |
| Q5 | คุณพอใจกับความช่วยเหลือที่คุณได้รับจากเพื่อนๆ เกี่ยวกับปัญหาการมีบุตรยากของคุณหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *Q6 | คุณพอใจกับความสัมพันธ์ทางเพศของคุณแม้ว่าคุณจะมีปัญหาการมีบุตรยาก ใช่หรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| สำหรับแต่ละคำถาม เลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับความคิดและความรู้สึกในปัจจุบันของคุณมากที่สุด | | เสมอ | บ่อยมาก | ค่อนข้างบ่อย | นานๆ ครั้ง | ไม่เคย |
| Q7 | ปัญหาการมีบุตรยากของคุณทำให้เกิดความรู้สึกอิจฉาและคับแค้นใจหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q8 | คุณรู้สึกเศร้าโศกและ/หรือรู้สึกสูญเสียที่ไม่สามารถมีบุตรได้ (หรือไม่สามารถมีบุตรเพิ่มได้) หรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q9 | คุณรู้สึกแปรปรวนระหว่างมีความหวังและสิ้นหวังเพราะปัญหาการมีบุตรยากหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Q10 | คุณแยกตัวออกจากสังคมหรือถูกแยกตัวออกจากสังคมเพราะปัญหาการมีบุตรยากหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *Q11 | คุณและคู่ของคุณแสดงความรักต่อกันและกันแม้ว่าคุณจะมีปัญหาการมีบุตรยาก ใช่หรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q12 | ปัญหาการมีบุตรยากของคุณรบกวนงานหรือหน้าที่ประจำวันของคุณหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q13 | คุณรู้สึกอึดอัดเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น วันหยุดและการเฉลิมฉลอง เพราะปัญหาการมีบุตรยากของคุณหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q14 | คุณรู้สึกว่าครอบครัวของคุณสามารถเข้าใจสิ่งที่คุณกำลังเผชิญหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| สำหรับแต่ละคำถาม เลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับความคิดและความรู้สึกในปัจจุบันของคุณมากที่สุด | | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | เล็กน้อย | ไม่เลย |
| *Q15 | ปัญหาการมีบุตรยากเพิ่มความทู่แทและข้อสงสัยต่อคู่ของคุณหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q16 | คุณรู้สึกเสียใจและซึมเศร้าเกี่ยวกับปัญหาการมีบุตรยากของคุณหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q17 | ปัญหาการมีบุตรยากของคุณทำให้คุณด้อยกว่าคนที่ไม่มีบุตรหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q18 | คุณถูกรบกวนโดยความเหนื่อยล้าเพราะปัญหาการมีบุตรยากหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *Q19 | ปัญหาการมีบุตรยากมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของคุณกับคู่ของคุณหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *Q20 | คุณรู้สึกลำบากใจที่จะพูดคุยกับคู่ของคุณเกี่ยวกับความรู้สึกของคุณเรื่องภาวะมีบุตรยากหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *Q21 | คุณพอใจกับความสัมพันธ์ของคุณแม้ว่าคุณจะมีปัญหาการมีบุตรยาก ใช่หรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q22 | คุณรู้สึกว่าถูกกดดันจากสังคมว่าต้องมีบุตร (หรือมีบุตรเพิ่ม) หรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q23 | ปัญหาการมีบุตรยากของคุณทำให้คุณโกรธหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q24 | คุณรู้สึกเจ็บปวดและไม่สบายกายเพราะปัญหาการมีบุตรยากของคุณหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FertiQoL International

หมวดคำถามที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

คุณได้เริ่มการรักษาเพื่อการมีบุตร (หมายรวมถึงการปรึกษาทางการแพทย์หรือการรักษาทุกรูปแบบ) แล้วหรือยัง
ถ้าใช่ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ สำหรับแต่ละคำถาม โปรดเลือก (ทำเครื่องหมายถูกในกล่อง) คำตอบที่ใกล้เคียงกับความคิดและความ
รู้สึกของคุณมากที่สุด ตอบคำถามตามความคิดและความรู้สึกในปัจจุบันของคุณ คำถามบางข้ออาจเกี่ยวข้องกับชีวิตส่วนตัวของคุณ แต่
คำถามเหล่านี้จำเป็นเพื่อประเมินชีวิตของคุณทุกด้านได้อย่างเพียงพอ

| สำหรับแต่ละคำถาม เลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับความคิดและความรู้สึกในปัจจุบันของคุณมากที่สุด | | เสมอ | บ่อยมาก | ค่อนข้างบ่อย | นาน ๆ ครั้ง | ไม่เคย |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| T1 | การรักษาภาวะมีบุตรยากส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของคุณหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T2 | การบริการทางการแพทย์เพื่อการมีบุตรที่คุณต้องการมีให้บริการอยู่หรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| สำหรับแต่ละคำถาม เลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับความคิดและความรู้สึกในปัจจุบันของคุณมากที่สุด | | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | ไม่มาก | ไม่เลย |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| T3 | การรับมือกับกระบวนการรักษา เช่น การผ่าตัดและ/หรือการให้ยาสำหรับการรักษาภาวะมีบุตรยากของคุณ มีความซับซ้อนแค่ไหน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T4 | คุณรู้สึกถูกรบกวนโดยผลกระทบจากการรักษาต่อกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานของคุณหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T5 | คุณรู้สึกว่าบุคลากรของศูนย์รักษาการมีบุตรยากเข้าใจสิ่งที่คุณกำลังเผชิญหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T6 | คุณรู้สึกถูกรบกวนโดยผลข้างเคียงทางกายของยาและการรักษาเพื่อการมีบุตรยากหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| สำหรับแต่ละคำถาม เลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับความคิดและความรู้สึกในปัจจุบันของคุณมากที่สุด | | ไม่พอใจมาก | ไม่พอใจ | ไม่ได้พอใจและไม่ได้ไม่พอใจ | พอใจ | พอใจมาก |
|---|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| T7 | คุณพอใจกับคุณภาพของบริการที่ได้รับในการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของคุณหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T8 | คุณให้คะแนนคุณภาพของข้อมูลที่คุณได้รับเกี่ยวกับยา การผ่าตัด และ/หรือการรักษาพยาบาลอย่างไร | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T9 | คุณให้คะแนนคุณภาพของข้อมูลที่คุณได้รับเกี่ยวกับยา การผ่าตัด และ/หรือการรักษาพยาบาลอย่างไร | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T10 | คุณพอใจกับปฏิสัมพันธ์ของคุณกับบุคลากรทางการแพทย์ของศูนย์รักษาการมีบุตรยากหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

