

## FertiQoI International

Kwestionariusz dotyczący jakości życia osób dotkniętych niepłodnością (2008)

Upzejmie prosimy o to, by przy każdym pytaniu wybrał(a) Pani/Pan (zaznaczając odpowiednią kratkę) tę odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana myśli i uczucia.

Odpowiedzi należy udzielić zgodnie z tym, co Pani/Pan aktualnie myśli i czuje. Niektóre pytania mogą dotyczyć Pani/Pana życia osobistego, ale są

konieczne do tego, by prawidłowo ocenić wszystkie aspekty Pani/Pana życia.

Na pytania oznaczone gwiazdką (\*) powinny odpowiedzieć tylko osoby mające partnera/partnerkę.

| Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia  |  | Bardzo zły               | Zły                      | Ani zły, ani dobry                      | Dobry                    | Bardzo dobry             |
|---|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| A   | Jak ocenił(a)by Pani/Pan stan swojego zdrowia?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia. |  | Bardzo niezadowolona/-y  | Niezadowolona/-y         | Ani zadowolona/-y, ani niezadowolona/-y | Zadowolona/-y            | Bardzo Zadowolona/-y     |
| B   | Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości swojego życia?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia. |  | Całkowicie               | W dużym stopniu          | Umiarkowanie                            | W małym stopniu          | Wcale                    |
| 1   | Czy myśli dotyczące niepłodności powodują u Pani/Pana pogorszenie koncentracji i uwagi?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2   | Czy uważa Pani/Pan, że problemy z płodnością uniemożliwiają Pani/Panu realizowanie innych planów i celów życiowych?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3   | Czy odczuwa Pani/Pan wyczerpanie i/lub znużenie z powodu problemów z płodnością?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4   | Czy ma Pani/Pan poczucie, że jest w stanie poradzić sobie ze swoimi problemami z płodnością?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia. |  | Bardzo niezadowolona/-y  | Niezadowolona/-y         | Ani zadowolona/-y, ani niezadowolona/-y | Zadowolona/-y            | Bardzo zadowolona/-y     |
| 5   | Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y ze wsparcia otrzymywanego od znajomych w związku z przeżywanymi problemami z płodnością? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *6  | Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y ze swojego życia seksualnego pomimo Pani/Pana problemów z płodnością?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia. |  | Zawsze                   | Bardzo często            | Dość często                             | Rzadko                   | Nigdy                    |
| 7   | Czy Pani/Pana problemy z płodnością wywołują uczucie zazdrości i rozgoryczenia?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8   | Czy niemożność posiadania dziecka (lub kolejnych dzieci) wywołuje u Pani/Pana smutek i/lub poczucie straty?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9   | Czy Pani/Pana nastawienie waha się między nadzieją a rozpaczą z powodu problemów z płodnością?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10  | Czy jest Pani/Pan wyizolowana/y społecznie z powodu problemów z płodnością?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *11   | Czy Pani/Pan i Pani/Pana partner(ka) okazujecie sobie nawzajem czułość pomimo problemów z płodnością?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12  | Czy problemy z płodnością przeszkadzają Pani/Panu w codziennej pracy i obowiązkach?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|    |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13 | Czy czuje Pani/Pan dyskomfort podczas spotkań towarzyskich/rodzinnych, takich jak święta i inne uroczystości, z powodu swoich problemów z płodnością? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Czy czuje Pani/Pan, że rodzina rozumie, co Pani/Pana przeżywa?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia. |  | Ogromnie                 | Bardzo                   | Umiarkowanie             | Trochę                   | Wcale                    |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| *15   | Czy problemy z płodnością wzmocniły Pani/Pana zaangażowanie w związek z partnerem/partnerką?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16  | Czy odczuwa Pani/Pan smutek i przygnębienie z powodu swoich problemów z płodnością?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17  | Czy Pani/Pana problemy z płodnością sprawiają, że czuje się Pani/Pan gorzej od osób, które mają dzieci?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18  | W jakim stopniu przeszkadza Pani/Panu zmęczenie wynikające z problemów z płodnością?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *19   | Czy problemy z płodnością wpływają negatywnie na Pani/Pana związek z partnerką/partnerem?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20  | Czy jest Pani/Panu trudno rozmawiać z partnerem/partnerką o swoich uczuciach związanych z niepłodnością? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *21   | Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y ze swojego związku pomimo problemów z płodnością?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22  | Czy czuje Pani/Pan presję społeczną, by mieć (więcej) dzieci?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23  | Czy Pana/Pani problemy z płodnością budzą w Pani/Pana złość?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24  | Czy odczuwa Pani/Pan ból i dyskomfort fizyczny z powodu swoich problemów z płodnością?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## FertiQoL International

### Opcjonalny moduł dotyczący leczenia

**Czy rozpoczęła Pani/rozpoczął Pan leczenie niepłodności (w tym konsultacje lub interwencje medyczne)? Jeżeli tak, to prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Uprzejmie prosimy o to, by przy każdym pytaniu wybrał(a) Pani/Pan (zaznaczając odpowiednią kratkę) tę odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana myśli i uczucia. Odpowiedzi należy udzielić zgodnie z tym, co Pani/Pan aktualnie myśli i czuje. Niektóre pytania mogą dotyczyć Pani/Pana życia osobistego, ale są konieczne do tego, by prawidłowo ocenić wszystkie aspekty Pani/Pana życia.**

| Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia. |  | Zawsze                   | Bardzo często            | Dość często                             | Rzadko                   | Nigdy                    |
|---|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| T1  | Czy leczenie niepłodności negatywnie wpływa na Pani/Pana nastrój?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T2  | Czy ma Pani/Pan możliwość korzystania z medycznych metod diagnostyki i leczenia niepłodności, które Panią/Pana interesują?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia. |  | Ogromnie                 | Bardzo                   | Umiarkowanie                            | Trochę                   | Wcale                    |
| T3  | Na ile skomplikowane jest dla Pani/Pana radzenie sobie z procedurami i/lub stosowaniem leków w trakcie leczenia niepłodności?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T4  | Czy efekty towarzyszące leczeniu niepłodności utrudniają Pani/Panu codzienne i/lub związane z pracą zajęcia?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T5  | Czy czuje Pani/Pan, że personel zajmujący się leczeniem niepłodności rozumie, co Pani/Pan przeżywa?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T6  | Czy przeszkadzają Pani/Panu dolegliwości fizyczne wynikające ze stosowanych podczas leczenia niepłodności leków i zabiegów?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani/Pana obecne myśli i uczucia. |  | Bardzo niezadowolona/-y  | Niezadowolona/-y         | Ani zadowolona/-y, ani niezadowolona/-y | Zadowolona/-y            | Bardzo zadowolona/-y     |
| T7  | Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości usług, z których może Pani/Pan korzystać w celu zaspokojenia swoich potrzeb emocjonalnych? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T8  | Jak ocenił(a)by Pani/Pan operacje i/lub badania/zabieg(i) medyczny/-e, którym Pani/Pana poddano?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T9  | Jak ocenił(a)by Pani/Pan jakość informacji, które otrzymał/a Pani/Pan na temat zaleconych leków, operacji i/lub zabiegów medycznych? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| T10   | Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z komunikacji i współpracy z personelem medycznym zajmującym się leczeniem niepłodności?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |