

**Załącznik Nr 12.1  
do Zarządzenia Nr 1895/18  
Prezydenta Miasta Gdańska  
z dnia 15 listopada 2018 r.**

**FertiQol International**

Kwestionariusz dotyczący jakości życia osób dotkniętych niepłodnością (2008)

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.

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"/>

© Europejskie Towarzystwo Rozrodu Człowieka i Embriologii oraz Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu

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"/>

© © Europejskie Towarzystwo Rozrodu Człowieka i Embriologii oraz Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu

## 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"/>