

FertiQoL International

Hedelmällisyyteen liittyvä elämänlaatumittaus (2008)

Valitse (merkitse rasti ruutuun) jokaisen kysymyksen kohdalla vastaus, joka parhaiten vastaa ajatuksiasi ja tunteitasi. Anna vastauksesi tämän hetkisten ajatustesi ja tunteittesi mukaan. Jotkut kysymykset saattavat liittyä yksityiselämääsi, mutta ne ovat välttämättömiä elämäsi kaikkien osa-alueiden riittävää arviointia varten.

Vastaa tähtimerkillä (*) merkittyihin kohtiin vain jos sinulla on kumppani.

Valitse jokaisen kysymyksen kohdalla vastaus, joka parhaiten vastaa tämän hetkisiä ajatuksiasi ja tunteitasi.		Erittäin huono	Huono	Ei huono eikä hyvä	Hyvä	Erittäin hyvä
A	Kuinka arvioisit terveydentiläsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valitse jokaisen kysymyksen kohdalla vastaus, joka parhaiten vastaa tämän hetkisiä ajatuksiasi ja tunteitasi.		Erittäin tyytymätön	Tyytymätön	En tyytyväinen enkä tyytymätön	Tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
B	Oletko tyytyväinen elämänlaatuusi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valitse jokaisen kysymyksen kohdalla vastaus, joka parhaiten vastaa tämän hetkisiä ajatuksiasi ja tunteitasi.		Täysin	Suurelta osin	Jonkin verran	Ei paljon	Ei lainkaan
Q1	Vaikuttaako ajatus hedelmättömyydestä tarkkaavaisuuteesi ja keskittymiskykyysi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2	Tuntuuko sinusta, että et pysty toteuttamaan muita elämääsi liittyviä tavoitteita ja suunnitelmia hedelmällisyysongelmien takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3	Tunnetko olosi uupuneeksi ja väsyneeksi hedelmällisyysongelmien takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4	Tunnetko, että pystyt kestämään hedelmällisyysongelmat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valitse jokaisen kysymyksen kohdalla vastaus, joka parhaiten vastaa tämän hetkisiä ajatuksiasi ja tunteitasi.		Erittäin tyytymätön	Tyytymätön	En tyytyväinen enkä tyytymätön	Tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
Q5	Oletko tyytyväinen ystäväiltäsi saamaasi tukeen hedelmällisyysongelmistasi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q6	Oletko tyytyväinen sukupuolisuhteeseesi, vaikka sinulla on hedelmällisyysongelmia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valitse jokaisen kysymyksen kohdalla vastaus, joka parhaiten vastaa tämän hetkisiä ajatuksiasi ja tunteitasi.		Aina	Erittäin usein	Melko usein	Harvoin	Ei koskaan
Q7	Aiheuttavatko hedelmällisyysongelmasi kateutta ja mielihapaa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8	Koetko surua ja/tai menetystä, koska et voi saada lasta (tai lapsia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q9	Oletko välillä toiveikas ja sitten epätoivoinen hedelmällisyysongelmiesi takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q10	Oletko sosiaalisesti eristäytynyt hedelmällisyysongelmiesi takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q11	Oletteko kumppanisi kanssa hellä toisillenne hedelmällisyysongelmista huolimatta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q12	Häiritsevätkö hedelmällisyysongelmasi päivittäistä työtäsi tai velvoitteitasi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q13	Onko sinusta epämiellyttävää osallistua sosiaalisiin tapahtumiin kuten mennä lomalle tai juhliin hedelmällisyysongelmiesi takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q14	Tuntuuko sinusta, että perheesi ymmärtää, mitä joudut käymään läpi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valitse jokaisen kysymyksen kohdalla vastaus, joka parhaiten vastaa tämän hetkisiä ajatuksiasi ja tunteitasi.		Erittäin paljon	Todella paljon	Kohtalaisesti	Vähän	Ei lainkaan
*Q15	Ovatko hedelmällisyysongelmasi vahvistaneet kumppanisi sitoutumista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q16	Oletko surullinen ja epätoivoinen hedelmällisyysongelmiesi takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q17	Saavatko hedelmällisyysongelmasi tuntemaan sinut vähäpätöisemmäksi kuin ne, joilla on lapsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q18	Kärsitkö väsymyksestä hedelmällisyysongelmiesi takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q19	Onko hedelmällisyysongelmillasi ollut negatiivinen vaikutus suhteeseesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q20	Onko sinusta vaikeaa puhua kumppanillesi hedelmättömyyteesi liittyvistä tunteistasi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q21	Oletko tyytyväinen suhteessasi, vaikka sinulla on hedelmällisyysongelmia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q22	Tunnetko ulkopuolista painostusta saada lapsi (lisää lapsia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q23	Tekevätkö hedelmällisyysongelmasi sinut vihaiseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q24	Tunnetko kipua ja fyysisesti epämiellyttävää tunnetta hedelmällisyysongelmiesi takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FertiQoL International

Vapaaehtoinen hoito-ohjelma

Oletko aloittanut hedelmöityshoidon (mukaan lukien lääkärin neuvonanto tai toimenpide)? Jos olet, vastaa seuraaviin kysymyksiin. Valitse (merkitse rasti ruutuun) jokaisen kysymyksen kohdalla vastaus, joka parhaiten vastaa ajatuksiasi ja tunteitasi. Anna vastauksesi tämän hetkisten ajatustesi ja tunteittesi mukaan. Jotkut kysymykset saattavat liittyä yksityiselämääsi, mutta ne ovat välttämättömiä elämäsi kaikkien osa-alueiden riittävää mittausta varten.

Valitse jokaisen kysymyksen kohdalla vastaus, joka parhaiten vastaa tämän hetkisiä ajatuksiasi ja tunteitasi.		Aina	Erittäin usein	Melko usein	Harvoin	Ei koskaan
T1	Vaikuttaako hedelmättömyyshoito mielialaasi negatiivisesti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T1	Ovatko haluamasi hedelmällisyshoitoon liittyvät palvelut saatavillasi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valitse jokaisen kysymyksen kohdalla vastaus, joka parhaiten vastaa tämän hetkisiä ajatuksiasi ja tunteitasi.		Äärettömästi	Erittäin paljon	Kohtalaisesti	Vähän	Ei lainkaan
T3	Ovatko saamasi hedelmättömyyshoitotoimenpiteet ja/tai lääkitys vaikea kestää?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	Häiritseekö hoidon vaikutukset päivittäistä elämääsi tai työelämääsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	Tuntuuko sinusta, että hedelmällisyshoitoa antava henkilökunta ymmärtää, mitä joudut kokemaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	Häiritsevätkö hedelmällisyyslääkityksen jähoidon fyysiset sivuvaikutukset sinua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valitse jokaisen kysymyksen kohdalla vastaus, joka parhaiten vastaa tämän hetkisiä ajatuksiasi ja tunteitasi.		Erittäin tyytymätön	Tyytymätön	En tyytyväinen enkä tyytymätön	Tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
T7	Oletko tyytyväinen tunneperäisiä tarpeitasi koskeviin saatavilla oleviin palveluihin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	Kuinka tyytyväinen olet saamaasi kirurgiseen ja/tai lääkinälliseen hoitoon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	Kuinka tyytyväinen olet saamaasi tietoon lääkityksestä, leikkauksista ja/tai lääkärinhoidosta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	Oletko tyytyväinen hedelmällisyshoitohenkilökunnan ja itsesi väliseen kanssakäymiseen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>