

FertiQol インターナショナル

不妊に関する生活の質(QOL) アンケート調査票 (2008年)

質問ごとに、あなたがどのように考えているか、感じているか、もっとも近いと思われる回答を選択してください(□に✓を記入)。現在のあなた自身の考えや気持ちに沿った回答をしてください。私生活に関する質問もありますが、生活全般を適切に判断するために必要です。

配偶者(事実婚の方はパートナー)がいらっしゃる方のみアスタリスク(*)のついた質問にお答えください。

質問ごとに、現在の考えや気持ちにもっとも近い回答を チェック✓してください		非常に悪い	悪い	良くも悪くも ない	良い	非常に 良い
A	あなたの健康状態はどの程度であると思いますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
質問ごとに、現在の考えや気持ちにもっとも近い回答を チェック✓してください		非常に 不満	不満	満足でも不満で もない	満足	非常に 満足
B	ご自身の生活の質(QOL)に満足していますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
質問ごとに、現在の考えや気持ちにもっとも近い回答を チェック✓してください		全くそう思う	かなり そう思う	そう思う	それほど思 わない	全くそう思 わない
1	不妊という考えによって、あなたの注意力や集中力が損な われていますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	不妊の問題があるために、人生の他の目標や計画を遂行で きないと考えていますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	不妊の問題のために消耗し、疲れはてたように感じますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	不妊の問題にうまく対処できていると思いますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
質問ごとに、現在の考えや気持ちにもっとも近い回答を チェック✓してください		非常に 不満	不満	満足でも不満で もない	満足	非常に 満足
5	あなたの不妊の問題に関して、あなたが友人から受けるサ ポートに満足していますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*6	不妊の問題があっても、あなたの性的関係に満足していま すか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
質問ごとに、現在の考えや気持ちにもっとも近い回答を チェック✓してください		いつも	しばしば	時々	ほとんど ない	全くない
7	あなたの不妊の問題が、あなたの嫉妬や恨みの気持ちの原 因となっていますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	子どもを持っていないこと(すでにいる方はもっと持てないこ と)について、深い悲しみあるいはまた喪失感を経験してい ますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	不妊の問題のために、希望と絶望の間を揺れ動いていま すか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	不妊の問題のために社会から孤立していますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*11	不妊の問題があっても、あなたと配偶者はお互いに愛情を 持っていますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	あなたの不妊の問題は毎日の仕事や義務に支障をきたして いますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	あなたの不妊の問題のために、盆正月や祝い事のような社 交の場に参加するのに居心地が悪いと感じますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	あなたが経験していることをあなたの家族は理解してくれ ていると感じていますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
質問ごとに、現在の考えや気持ちにもっとも近い回答を チェック✓してください		非常に	かなり	ほどほどに	少し	全くない
*15	不妊の問題はあなたと配偶者の関わり合いを強めました か?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	あなたの不妊の問題について、落ち込んだり、悲しく感じ ていますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	あなたの不妊の問題で、子どものいる人よりも自分が劣っ ていると感じていますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	不妊の問題のために、あなたは疲れて困っていますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*19	不妊の問題は配偶者との関係に悪い影響を及ぼしています か?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*20	不妊に関するあなたの気持ちについて、配偶者に話をしに くいと感じていますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*21	不妊の問題があっても、あなたの配偶者との関係に満足し ていますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	子どもをつくらなければ(もっと子どもをつくらなければ) という社会的圧力を感じていますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	あなたの不妊の問題で、あなたは怒りを感じていますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	あなたの不妊の問題のために、痛みや身体的な不快感を感じ ていますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FertiQol International
オプション治療モジュール

不妊治療（あらゆる医療相談や介入を含みます）を開始しましたか？もしそうであれば以下の質問にご回答ください。質問ごとに、どのように考えているか、感じているか、もっとも近いと思われる回答を選択してください（□に✓を記入）。現在のあなた自身の考えや気持ちに沿った回答をしてください。私生活に関する質問もありますが、あなたの生活全般を適切に判断するために必要です。

質問ごとに、現在の考えや気持ちにもっとも近い回答を チェック✓してください		いつも	しばしば	時々	ほとんど ない	全くない
T1	不妊治療によってあなたはネガティブな気分になりますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	あなたが希望する生殖医療サービスを受けられていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
質問ごとに、現在の考えや気持ちにもっとも近い回答を チェック✓してください		非常に	かなり	ほどほどに	少し	全くない
T3	あなたの不妊治療のための処置や薬剤投与に対処するのはどのくらい面倒でしょうか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	治療によってあなたの日常生活や仕事に関係した活動が影響を受けることに困っていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	あなたが経験している事を、不妊治療スタッフは理解してくれていると感じていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	不妊治療や薬剤がもたらす身体的な副作用に困っていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
質問ごとに、現在の考えや気持ちにもっとも近い回答を チェック✓してください		非常に 不満	不満	満足でも不満で もない	満足	非常に 満足
T7	あなたの感情的なニーズについて対応してくれるサービスの質に満足していますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	今までに受けた手術および/または治療を、あなたはどのように評価しますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	薬剤や手術および/または治療について今までに受けとった情報の質を、あなたはどのように評価しますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	不妊治療の医療スタッフとのやりとりに、あなたは満足していますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>