

AKROMEGALIAN ELÄMÄNLAATUKYSELYN TÄYTTÖOHJE

Seuraavat väittämät kuvaavat ongelmia, joita akromegalia saattaa aiheuttaa sitä sairastaville henkilöille.

Väittämien vastausvaihtoehdoissa sinua pyydetään joko määrittämään kuvatus ongelman **yleisyyttä** tai kertomaan missä määrin olet **samaa** tai **eri mieltä** väittämän kanssa. Vastausvaihtoehdot on pisteytetty asteikolla 1-5 (1 piste = aina/täysin samaa mieltä < ... > 5 pistettä = ei koskaan/täysin eri mieltä).

Lue kaikki väittämät huolellisesti. Luettuasi väittämän merkitse rastilla vastausvaihtoehto, joka kuvaa parhaiten omaa tilannettasi.

Huomaa, ETTEI ole olemassa oikeita tai väriä vastauksia. Oikean kokonaiskuvan saamiseksi on erittäin tärkeää, että vastaat kaikkiin kysymyksiin.

Vastattuasi kaikkiin kysymyksiin laske ensin yhteen kunkin vastaussarakkeen rastien lukumäärä ja laske AcroQoL -kyselyn kokonaispistemäärä kaavakkeen lopussa annetun yksinkertaisen kerronta- ja yhteenlasku-ohjeen mukaisesti.

Päivämäärä

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Päivä	Kuukausi	Vuosi		

AKROMEGALIAN VUOKSI...

1. Jalkani ovat voimattomat

<input type="checkbox"/> Aina	<input type="checkbox"/> Lähes aina	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Harvoin	<input type="checkbox"/> Ei koskaan
-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

2. Tunnen itseni rumaksi

<input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä	<input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä	<input type="checkbox"/> Ei samaa eikä eri mieltä	<input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä	<input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä
--	--	---	--	--

3. Tunnen itseni masentuneeksi

<input type="checkbox"/> Aina	<input type="checkbox"/> Lähes aina	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Harvoin	<input type="checkbox"/> Ei koskaan
-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

4. Näytän mielestäni kauhealta valokuvissa

<input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä	<input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä	<input type="checkbox"/> Ei samaa eikä eri mieltä	<input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä	<input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä
--	--	---	--	--

AKROME GALIAN VUOKSI...

5. Rajoitan tapaamisia ystäväieni kanssa ulkonäköni vuoksi

<input type="checkbox"/> Aina	<input type="checkbox"/> Lähes aina	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Harvoin	<input type="checkbox"/> Ei koskaan
-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

6. Pyrin välttämään sosiaalisia suhteita

<input type="checkbox"/> Aina	<input type="checkbox"/> Lähes aina	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Harvoin	<input type="checkbox"/> Ei koskaan
-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

7. Näen itseni erilaisena peilissä

<input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä	<input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä	<input type="checkbox"/> Ei samaa eikä eri mieltä	<input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä	<input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä
--	--	---	--	--

8. Tunnen tulevani torjutuksi sairaudestani johtuen

<input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä	<input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä	<input type="checkbox"/> Ei samaa eikä eri mieltä	<input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä	<input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä
--	--	---	--	--

9. Minulla on vaikeuksia suoriutua normaaleista tehtävistä (esim. työ, opiskelu, kotityöt, perhe- tai vapaa-ajan toiminta)

<input type="checkbox"/> Aina	<input type="checkbox"/> Lähes aina	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Harvoin	<input type="checkbox"/> Ei koskaan
-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

10. Minua tuijotetaan ulkonäköni vuoksi

<input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä	<input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä	<input type="checkbox"/> Ei samaa eikä eri mieltä	<input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä	<input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä
--	--	---	--	--

11. Jotkin kehonosani (nenä, jalat, kädet jne.) ovat liian suuria

<input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä	<input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä	<input type="checkbox"/> Ei samaa eikä eri mieltä	<input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä	<input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä
--	--	---	--	--

12. Minulla on vaikeuksia käsieni käyttämisessä, esimerkiksi ompelemisessä tai työkalujen käytössä

<input type="checkbox"/> Aina	<input type="checkbox"/> Lähes aina	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Harvoin	<input type="checkbox"/> Ei koskaan
-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

13. Sairaus vaikuttaa suoriutumiseen työssäni tai tavanomaisissa toiminissani

<input type="checkbox"/> Aina	<input type="checkbox"/> Lähes aina	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Harvoin	<input type="checkbox"/> Ei koskaan
-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

14. Minulla on nivelsärkyä

<input type="checkbox"/> Aina	<input type="checkbox"/> Lähes aina	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Harvoin	<input type="checkbox"/> Ei koskaan
-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

15. Tunnen itseni väsyneeksi

<input type="checkbox"/> Aina	<input type="checkbox"/> Lähes aina	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Harvoin	<input type="checkbox"/> Ei koskaan
-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

16. Kuorsaan öisin

<input type="checkbox"/> Aina	<input type="checkbox"/> Lähes aina	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Harvoin	<input type="checkbox"/> Ei koskaan
-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

AKROME GALIAN VUOKSI...

17. Sanojen lausuminen on minulle vaikeaa kieleni koon vuoksi

<input type="checkbox"/> Aina	<input type="checkbox"/> Lähes aina	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Harvoin	<input type="checkbox"/> Ei koskaan
-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

18. Seksuaalisten suhteiden ylläpitäminen on minulle vaikeaa

<input type="checkbox"/> Aina	<input type="checkbox"/> Lähes aina	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Harvoin	<input type="checkbox"/> Ei koskaan
-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

19. Tunnen itseni sairaaksi

<input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä	<input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä	<input type="checkbox"/> Ei samaa eikä eri mieltä	<input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä	<input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä
--	--	---	--	--

20. Sairauden aiheuttamat fyysiset muutokset säätelevät elämäni

<input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä	<input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä	<input type="checkbox"/> Ei samaa eikä eri mieltä	<input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä	<input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä
--	--	---	--	--

21. Seksuaalinen haluni on alhainen

<input type="checkbox"/> Aina	<input type="checkbox"/> Lähes aina	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Harvoin	<input type="checkbox"/> Ei koskaan
-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

22. Tunnen itseni heikoksi

<input type="checkbox"/> Aina	<input type="checkbox"/> Lähes aina	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Harvoin	<input type="checkbox"/> Ei koskaan
-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

PISTEMÄÄRÄN LASKENTA

- Varmista, että olet vastannut kaikkiin kysymyksiin (vastaamatta jääneet kysymykset heikentävät kokonaispistemäärää ja vääristävät tulosta)
- Laske yhteen kunkin vastaussarakkeen rastien lukumäärä sitä vastaavaan ruutuun (kohta I)
- Kerro kunkin sarakkeen rastien yhteenlaskettu lukumäärä sitä vastaavalla pistemäärällä (kohta II)
- Laske yhteen kunkin vastausvaihtoehdon yhteispistemäärä ja merkitse kokonaissumma sitä vastaavaan ruutuun (kohta III)
- Vertaa samaasi kokonaispistemäärää alla olevaan havainnollistavaan elämänlaatumittariin

Ruksien lukumäärä	Ruksien lukumäärä	Ruksien lukumäärä	Ruksien lukumäärä	Ruksien lukumäärä
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
x 1 (pistettä)	x 2 (pistettä)	x 3 (pistettä)	x 4 (pistettä)	x 5 (pistettä)
=	=	=	=	=
Tulos	Tulos	Tulos	Tulos	Tulos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Laske yhteen kokonaispistemäärä ja merkitse tulos tähän				<input type="text"/>

