

Quality of Life Questionnaire

Qualeffo-41

Users of this questionnaire (and all authorized translations) must adhere to the user agreement. Please use the related Scoring Algorithm.

A Smerte

De 5 spørgsmål i denne del refererer til den seneste uge.

<p>1 Hvor ofte har du haft smerter i ryggen inden for den seneste uge?</p>	<p><input type="checkbox"/> ingen rygsmerter <input type="checkbox"/> 1 dag om ugen eller mindre <input type="checkbox"/> 2-3 dage om ugen <input type="checkbox"/> 4-6 dage om ugen <input type="checkbox"/> hver dag</p>
<p>2 Hvis du havde smerter i ryggen, hvor længe havde du da smerter i løbet af dagtimerne?</p>	<p><input type="checkbox"/> ingen rygsmerter <input type="checkbox"/> 1-2 timer <input type="checkbox"/> 3-5 timer <input type="checkbox"/> 6-10 timer <input type="checkbox"/> hele dagen</p>
<p>3 Hvor stærke var dine smerter i ryggen, når de var værst?</p>	<p><input type="checkbox"/> ingen rygsmerter <input type="checkbox"/> milde <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> stærke <input type="checkbox"/> ulidelige</p>
<p>4 Hvordan var dine smerter i ryggen på andre tidspunkter?</p>	<p><input type="checkbox"/> ingen rygsmerter <input type="checkbox"/> milde <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> stærke <input type="checkbox"/> ulidelige</p>
<p>5 Har smerter i ryggen forstyrret din søvn inden for den seneste uge?</p>	<p><input type="checkbox"/> mindre end én gang om ugen <input type="checkbox"/> én gang om ugen <input type="checkbox"/> to gange om ugen <input type="checkbox"/> hver anden nat <input type="checkbox"/> hver nat</p>

B Daglige aktiviteter

De næste 4 spørgsmål vedrører din nuværende situation.

6 Har du problemer med at klæde dig på?	<input type="checkbox"/> ingen problemer <input type="checkbox"/> få problemer <input type="checkbox"/> nogle problemer <input type="checkbox"/> kan have brug for lidt hjælp <input type="checkbox"/> umuligt uden hjælp
7 Har du problemer med at gå i bad?	<input type="checkbox"/> ingen problemer <input type="checkbox"/> få problemer <input type="checkbox"/> nogle problemer <input type="checkbox"/> kan have brug for lidt hjælp <input type="checkbox"/> umuligt uden hjælp
8 Har du problemer med at komme ud på toilettet og skylle ud?	<input type="checkbox"/> ingen problemer <input type="checkbox"/> få problemer <input type="checkbox"/> nogle problemer <input type="checkbox"/> kan have brug for lidt hjælp <input type="checkbox"/> umuligt uden hjælp
9 Hvor godt sover du?	<input type="checkbox"/> sover uforstyrret <input type="checkbox"/> vågner en gang imellem <input type="checkbox"/> vågner ofte <input type="checkbox"/> nogle gange ligger jeg vågen i timevis <input type="checkbox"/> nogle gange har jeg søvnløse nætter

C Husarbejde

De næste 5 spørgsmål vedrører din nuværende situation. Hvis en anden udfører disse ting hjemme hos dig, bedes du svare, som om det var dig, der skulle udføre dem.

10 Har du problemer med at gøre rent?	<input type="checkbox"/> ingen problemer <input type="checkbox"/> få problemer <input type="checkbox"/> nogle problemer <input type="checkbox"/> store problemer <input type="checkbox"/> umuligt
11 Har du problemer med at lave mad?	<input type="checkbox"/> ingen problemer <input type="checkbox"/> få problemer <input type="checkbox"/> nogle problemer <input type="checkbox"/> store problemer

	<input type="checkbox"/> umuligt
12 Har du problemer med at vaske op?	<input type="checkbox"/> ingen problemer <input type="checkbox"/> få problemer <input type="checkbox"/> nogle problemer <input type="checkbox"/> store problemer <input type="checkbox"/> umuligt
13 Kan du klare dine daglige indkøb?	<input type="checkbox"/> uden problemer <input type="checkbox"/> med få problemer <input type="checkbox"/> med nogle problemer <input type="checkbox"/> med store problemer <input type="checkbox"/> umuligt
14 Kan du løfte en tung ting på omkring 10 kilo (f.eks. 10 kartoner mælk eller et 1 år gammelt barn) og bære det mindst 10 meter?	<input type="checkbox"/> uden problemer <input type="checkbox"/> med få problemer <input type="checkbox"/> med nogle problemer <input type="checkbox"/> med store problemer <input type="checkbox"/> umuligt

D Mobilitet

De næste 8 spørgsmål vedrører din nuværende situation.

15 Kan du komme op af en stol?	<input type="checkbox"/> uden problemer <input type="checkbox"/> med få problemer <input type="checkbox"/> med nogle problemer <input type="checkbox"/> med store problemer <input type="checkbox"/> kun med hjælp
16 Kan du bukke dig ned?	<input type="checkbox"/> nemt <input type="checkbox"/> rimelig nemt <input type="checkbox"/> moderat <input type="checkbox"/> meget lidt <input type="checkbox"/> umuligt
17 Kan du gå ned i knæ?	<input type="checkbox"/> nemt <input type="checkbox"/> rimelig nemt <input type="checkbox"/> moderat <input type="checkbox"/> meget lidt <input type="checkbox"/> umuligt
18 Kan du gå én etage op ad trapper?	<input type="checkbox"/> hurtigt uden stop

	<input type="checkbox"/> langsomt uden stop <input type="checkbox"/> langsomt med mindst ét hvil <input type="checkbox"/> kun med hjælp <input type="checkbox"/> umuligt
19 Kan du gå omkring 100 meter?	<input type="checkbox"/> hurtigt uden stop <input type="checkbox"/> langsomt uden stop <input type="checkbox"/> langsomt med mindst ét hvil <input type="checkbox"/> kun med hjælp <input type="checkbox"/> umuligt
20 Hvor ofte har du været udenfor, inden for den seneste uge?	<input type="checkbox"/> hver dag <input type="checkbox"/> 5-6 dage om ugen <input type="checkbox"/> 3-4 dage om ugen <input type="checkbox"/> 1-2 dage om ugen <input type="checkbox"/> mindre end én gang om ugen
21 Kan du benytte offentlige transportmidler?	<input type="checkbox"/> uden problemer <input type="checkbox"/> med få problemer <input type="checkbox"/> med nogle problemer <input type="checkbox"/> med store problemer <input type="checkbox"/> kun med hjælp
22 Er du plaget af ændringer i din figur på grund af knogleskørhed (for eksempel lavere højde, forøget taljemål, ryggenes form)?	<input type="checkbox"/> slet ikke <input type="checkbox"/> lidt <input type="checkbox"/> noget <input type="checkbox"/> en hel del <input type="checkbox"/> rigtig meget

E Fritid, sociale aktiviteter

23 Dyrker du nogen form for sport i øjeblikket?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, til en vis grad <input type="checkbox"/> slet ikke
24 Kan du passe din have?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, til en vis grad <input type="checkbox"/> slet ikke <input type="checkbox"/> ikke relevant
25 Har du nogle hobbyer i øjeblikket?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, til en vis grad

	<input type="checkbox"/> slet ikke
26 Kan du gå i biografen, teatret mv.?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, til en vis grad <input type="checkbox"/> slet ikke <input type="checkbox"/> ingen biograf eller teater inden for rimelig afstand
27 Hvor ofte har du besøgt venner eller familie inden for de seneste 3 måneder?	<input type="checkbox"/> 1 gang om ugen eller mere <input type="checkbox"/> 1 eller 2 gange om måneden <input type="checkbox"/> mindre end 1 gang om måneden <input type="checkbox"/> slet ikke
28 Hvor ofte har du deltaget i sociale aktiviteter (klubber, forsamlinger, kirkelige aktiviteter, velgørenhed mv.) inden for de seneste 3 måneder?	<input type="checkbox"/> 1 gang om ugen eller mere <input type="checkbox"/> 1 eller 2 gange om måneden <input type="checkbox"/> mindre end 1 gang om måneden <input type="checkbox"/> slet ikke
29 Har dine smerter i ryggen eller dine fysiske problemer påvirket dit forhold til din partner (inklusive seksuel aktivitet)?	<input type="checkbox"/> slet ikke <input type="checkbox"/> lidt <input type="checkbox"/> noget <input type="checkbox"/> meget <input type="checkbox"/> ikke relevant

F Generel helbredsbedømmelse

30 For din alder generelt, vil du sige, at dit helbred er:	<input type="checkbox"/> fremragende <input type="checkbox"/> godt <input type="checkbox"/> tilfredsstillende <input type="checkbox"/> nogenlunde <input type="checkbox"/> dårligt
31 Hvordan vil du vurdere din livskvalitet generelt inden for den seneste uge?	<input type="checkbox"/> fremragende <input type="checkbox"/> godt <input type="checkbox"/> tilfredsstillende <input type="checkbox"/> nogenlunde <input type="checkbox"/> dårligt
32 Hvordan vil du vurdere din generelle livskvalitet sammenlignet med for 10 år siden?	<input type="checkbox"/> meget bedre nu <input type="checkbox"/> lidt bedre nu <input type="checkbox"/> uændret <input type="checkbox"/> lidt dårligere nu <input type="checkbox"/> meget dårligere nu

G Psykisk funktion

De næste 9 spørgsmål vedrører din situation inden for den seneste uge.

33 Føler du dig ofte træt?	<input type="checkbox"/> ja, om morgenen <input type="checkbox"/> ja, om eftermiddagen <input type="checkbox"/> ja, men kun om aftenen <input type="checkbox"/> ja, efter anstrengende aktivitet <input type="checkbox"/> nej, næsten aldrig
34 Føler du dig deprimeret?	<input type="checkbox"/> næsten hver dag <input type="checkbox"/> 3 til 5 dage om ugen <input type="checkbox"/> 1 eller 2 dage om ugen <input type="checkbox"/> en gang imellem <input type="checkbox"/> næsten aldrig
35 Føler du dig ensom?	<input type="checkbox"/> næsten hver dag <input type="checkbox"/> 3 til 5 dage om ugen <input type="checkbox"/> 1 eller 2 dage om ugen <input type="checkbox"/> en gang imellem <input type="checkbox"/> næsten aldrig
36 Føler du dig fuld af energi?	<input type="checkbox"/> næsten hver dag <input type="checkbox"/> 3 til 5 dage om ugen <input type="checkbox"/> 1 eller 2 dage om ugen <input type="checkbox"/> en gang imellem <input type="checkbox"/> næsten aldrig
37 Er du forhåbningsfuld omkring din fremtid?	<input type="checkbox"/> nej, aldrig <input type="checkbox"/> sjældent <input type="checkbox"/> nogle gange <input type="checkbox"/> ret ofte <input type="checkbox"/> altid
38 Bliver du irriteret over småting?	<input type="checkbox"/> nej, aldrig <input type="checkbox"/> sjældent <input type="checkbox"/> nogle gange <input type="checkbox"/> ret ofte <input type="checkbox"/> altid
39 Har du nemt ved at kommunikere med andre mennesker?	<input type="checkbox"/> nej, aldrig <input type="checkbox"/> sjældent <input type="checkbox"/> nogle gange <input type="checkbox"/> ret ofte <input type="checkbox"/> altid

<p>40 Er du i godt humør det meste af dagen?</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> nej, aldrig<input type="checkbox"/> sjældent<input type="checkbox"/> nogle gange<input type="checkbox"/> ret ofte<input type="checkbox"/> altid
<p>41 Er du bange for at blive fuldstændig afhængig af andre?</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> nej, aldrig<input type="checkbox"/> sjældent<input type="checkbox"/> nogle gange<input type="checkbox"/> ret ofte<input type="checkbox"/> altid