

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.

Α Πόνος	
<i>Οι πέντε ερωτήσεις της κατηγορίας αφορούν την κατάσταση της τελευταίας εβδομάδας.</i>	
1 Πόσο συχνά είχατε πόνο στην πλάτη την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/> Ποτέ <input type="checkbox"/> 1 ημέρα την εβδομάδα ή λιγότερο <input type="checkbox"/> 2-3 ημέρες την εβδομάδα <input type="checkbox"/> 4-6 ημέρες την εβδομάδα <input type="checkbox"/> καθημερινά
2 Αν είχατε πόνο στη πλάτη, για πόσο διάστημα πονούσατε κατά τη διάρκεια της ημέρας;	<input type="checkbox"/> Ποτέ <input type="checkbox"/> 1-2 ώρες <input type="checkbox"/> 3-5 ώρες <input type="checkbox"/> 6-10 ώρες <input type="checkbox"/> όλη την ημέρα
3 Πόσο έντονος ήταν ο χειρότερος πόνος που είχατε στην πλάτη;	<input type="checkbox"/> καθόλου πόνος <input type="checkbox"/> ήπιος <input type="checkbox"/> μέτριος <input type="checkbox"/> σοβαρός <input type="checkbox"/> ανυπόφορος
4 Πώς είναι ο πόνος στην πλάτη σας το υπόλοιπο διάστημα;	<input type="checkbox"/> καθόλου πόνος <input type="checkbox"/> ήπιος <input type="checkbox"/> μέτριος <input type="checkbox"/> σοβαρός <input type="checkbox"/> ανυπόφορος
5 Ο πόνος στην πλάτη διατάραξε τον ύπνο σας την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/> Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα <input type="checkbox"/> μία φορά την εβδομάδα <input type="checkbox"/> δύο φορές την εβδομάδα <input type="checkbox"/> κάθε δεύτερη νύχτα <input type="checkbox"/> κάθε νύχτα

Β Δραστηριότητες καθημερινότητας

Οι επόμενες 4 ερωτήσεις αφορούν την παρούσα κατάσταση.

<p>6 Έχετε προβλήματα όταν ντύνεστε;</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> καμία δυσκολία<input type="checkbox"/> μικρή δυσκολία<input type="checkbox"/> μέτρια δυσκολία<input type="checkbox"/> μπορεί να χρειαστώ βοήθεια<input type="checkbox"/> αδύνατο χωρίς βοήθεια
<p>7 Έχετε προβλήματα όταν κάνετε μπάνιο ή ντους;</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> καμία δυσκολία<input type="checkbox"/> μικρή δυσκολία<input type="checkbox"/> μέτρια δυσκολία<input type="checkbox"/> μπορεί να χρειαστώ βοήθεια<input type="checkbox"/> αδύνατο χωρίς βοήθεια
<p>8 Έχετε προβλήματα όταν πηγαίνετε ή χρησιμοποιείτε την τουαλέτα;</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> καμία δυσκολία<input type="checkbox"/> μικρή δυσκολία<input type="checkbox"/> μέτρια δυσκολία<input type="checkbox"/> μπορεί να χρειαστώ βοήθεια<input type="checkbox"/> αδύνατο χωρίς βοήθεια
<p>9 Πόσο καλά κοιμάστε;</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ύπνος αδιατάρακτος<input type="checkbox"/> ξυπνώ κάποιες φορές<input type="checkbox"/> ξυπνώ συχνά<input type="checkbox"/> κάποιες φορές ξαπλώνω ξύπνιος / ξύπνια για ώρες<input type="checkbox"/> κάποιες φορές δεν κοιμάμαι τις νύχτες

Γ Δουλειές σπιτιού

Οι επόμενες 5 ερωτήσεις αφορούν την παρούσα κατάσταση. Αν κάποιος άλλος κάνει τις δουλειές στο σπίτι σας, παρακαλώ απαντήστε σαν εσείς να είστε υπεύθυνοι / υπεύθυνες για αυτές.

10 Μπορείτε να κάνετε το καθάρισμα;	<input type="checkbox"/> χωρίς δυσκολία <input type="checkbox"/> με μικρή δυσκολία <input type="checkbox"/> με μέτρια δυσκολία <input type="checkbox"/> με μεγάλη δυσκολία <input type="checkbox"/> αδύνατον
11 Μπορείτε να ετοιμάσετε τα γεύματα;	<input type="checkbox"/> χωρίς δυσκολία <input type="checkbox"/> με μικρή δυσκολία <input type="checkbox"/> με μέτρια δυσκολία <input type="checkbox"/> με μεγάλη δυσκολία <input type="checkbox"/> αδύνατον
12 Μπορείτε να πλύνετε τα πιάτα;	<input type="checkbox"/> χωρίς δυσκολία <input type="checkbox"/> με μικρή δυσκολία <input type="checkbox"/> με μέτρια δυσκολία <input type="checkbox"/> με μεγάλη δυσκολία <input type="checkbox"/> αδύνατον
13 Μπορείτε να κάνετε τα καθημερινά σας ψώνια;	<input type="checkbox"/> χωρίς δυσκολία <input type="checkbox"/> με μικρή δυσκολία <input type="checkbox"/> με μέτρια δυσκολία <input type="checkbox"/> με μεγάλη δυσκολία <input type="checkbox"/> αδύνατον
14 Μπορείτε να σηκώσετε ένα βαρύ αντικείμενο 10 κιλών (π.χ. ένα κιβώτιο με 6 μπουκάλια νερού ή ένα παιδί ενός έτους) και να το κουβαλήσετε για τουλάχιστον 10 μέτρα;	<input type="checkbox"/> χωρίς δυσκολία <input type="checkbox"/> με μικρή δυσκολία <input type="checkbox"/> με μέτρια δυσκολία <input type="checkbox"/> με μεγάλη δυσκολία <input type="checkbox"/> αδύνατον

Δ Κινητικότητα

Οι επόμενες 8 ερωτήσεις αφορούν επίσης την παρούσα κατάσταση.

15 Μπορείτε να σηκωθείτε από μία καρέκλα;	<input type="checkbox"/> χωρίς δυσκολία <input type="checkbox"/> με μικρή δυσκολία <input type="checkbox"/> με μέτρια δυσκολία <input type="checkbox"/> με μεγάλη δυσκολία <input type="checkbox"/> μόνο με βοήθεια
--	---

<p>16 Μπορείτε να σκύψετε;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> εύκολα <input type="checkbox"/> σχετικά εύκολα <input type="checkbox"/> μετρίως <input type="checkbox"/> πολύ λίγο <input type="checkbox"/> αδύνατον
<p>17 Μπορείτε να γονατίσετε;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> εύκολα <input type="checkbox"/> σχετικά εύκολα <input type="checkbox"/> μετρίως <input type="checkbox"/> πολύ λίγο <input type="checkbox"/> αδύνατον
<p>18 Μπορείτε να ανεβείτε τις σκάλες ενός ορόφου;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> χωρίς δυσκολία <input type="checkbox"/> με μικρή δυσκολία <input type="checkbox"/> με τουλάχιστον μία στάση <input type="checkbox"/> με μεγάλη δυσκολία <input type="checkbox"/> αδύνατον
<p>19 Μπορείτε να περπατήσετε 100 μέτρα;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> γρήγορα χωρίς στάση <input type="checkbox"/> αργά χωρίς στάση <input type="checkbox"/> αργά με μία τουλάχιστον στάση <input type="checkbox"/> μόνο με βοήθεια <input type="checkbox"/> αδύνατον
<p>20 Πόσο συχνά έχετε βγει έξω από το σπίτι την τελευταία εβδομάδα;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> καθημερινά <input type="checkbox"/> 5-6 ημέρες/εβδομάδα <input type="checkbox"/> 3-4 ημέρες/εβδομάδα <input type="checkbox"/> 1-2 ημέρες/εβδομάδα <input type="checkbox"/> λιγότερο από μία φορά/εβδομάδα
<p>21 Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε τα μέσα μαζικής μεταφοράς;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> χωρίς δυσκολία <input type="checkbox"/> με μικρή δυσκολία <input type="checkbox"/> με μέτρια δυσκολία <input type="checkbox"/> με μεγάλη δυσκολία <input type="checkbox"/> μόνο με βοήθεια
<p>22 Έχετε επηρεαστεί από τις αλλαγές που έχει υποστεί το σώμα σας εξαιτίας της οστεοπόρωσης (για παράδειγμα απώλεια ύψους, αύξηση της περιφέρειας της μέσης, σχήμα της πλάτης);</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> καθόλου <input type="checkbox"/> λίγο <input type="checkbox"/> μέτρια <input type="checkbox"/> αρκετά <input type="checkbox"/> πάρα πολύ

Ε Διασκέδαση, Κοινωνικές δραστηριότητες

23 Ασχολείστε με κάποιο άθλημα τώρα;	<input type="checkbox"/> ναι <input type="checkbox"/> ναι με περιορισμούς <input type="checkbox"/> καθόλου
24 Μπορείτε να κάνετε την κηπουρική σας;	<input type="checkbox"/> ναι <input type="checkbox"/> ναι με περιορισμούς <input type="checkbox"/> καθόλου <input type="checkbox"/> δεν υφίσταται
25 Ασχολείστε με κάποιο χόμπι επί του παρόντος;	<input type="checkbox"/> ναι <input type="checkbox"/> ναι με περιορισμούς <input type="checkbox"/> καθόλου
26 Μπορείτε να πάτε στον κινηματογράφο, το θέατρο κ.τ.λ.;	<input type="checkbox"/> ναι <input type="checkbox"/> ναι με περιορισμούς <input type="checkbox"/> καθόλου <input type="checkbox"/> δεν υπάρχει κινηματογράφος ή θέατρο σε λογική απόσταση
27 Πόσο συχνά επισκεφθήκατε φίλους ή συγγενείς τους τελευταίους τρεις μήνες;	<input type="checkbox"/> μία φορά την εβδομάδα ή περισσότερο <input type="checkbox"/> μία ή δύο φορές τον μήνα <input type="checkbox"/> λιγότερο από μία φορά τον μήνα <input type="checkbox"/> ποτέ
28 Πόσο συχνά συμμετείχατε σε κοινωνικές δραστηριότητες (σύλλογοι, κοινωνικές συναντήσεις, εκκλησιαστικές δραστηριότητες, φιλανθρωπία κ.τ.λ.) τους τελευταίους τρεις μήνες;	<input type="checkbox"/> μία φορά την εβδομάδα ή περισσότερο <input type="checkbox"/> μία ή δύο φορές τον μήνα <input type="checkbox"/> λιγότερο από μία φορά τον μήνα <input type="checkbox"/> ποτέ
29 Ο πόνος στην πλάτη ή η ανικανότητα επηρεάζουν τις προσωπικές σας στιγμές (συμπεριλαμβανομένης και της σεξουαλικής δραστηριότητας);	<input type="checkbox"/> καθόλου <input type="checkbox"/> λίγο <input type="checkbox"/> μέτρια <input type="checkbox"/> αρκετά <input type="checkbox"/> δεν υφίσταται

ΣΤ Γενική αντίληψη της υγείας

30 Για την ηλικία σας, γενικότερα, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:	<input type="checkbox"/> εξαιρετική <input type="checkbox"/> καλή <input type="checkbox"/> ικανοποιητική <input type="checkbox"/> μέτρια <input type="checkbox"/> πτωχή
31 Πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα ζωής σας, συνολικά, κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας;	<input type="checkbox"/> εξαιρετική <input type="checkbox"/> καλή <input type="checkbox"/> ικανοποιητική <input type="checkbox"/> μέτρια <input type="checkbox"/> πτωχή
32 Πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα ζωής σας, συνολικά, σε σύγκριση με 10 χρόνια πριν;	<input type="checkbox"/> πολύ καλύτερη τώρα <input type="checkbox"/> ελαφρώς καλύτερη τώρα <input type="checkbox"/> αμετάβλητη <input type="checkbox"/> ελαφρώς χειρότερη τώρα <input type="checkbox"/> πολύ χειρότερη τώρα

Ζ Νοητική λειτουργία

Οι επόμενες 9 ερωτήσεις αφορούν την κατάσταση της περασμένης εβδομάδας.

33 Έχετε την τάση να νιώθετε κουρασμένος/κουρασμένη;	<input type="checkbox"/> το πρωί <input type="checkbox"/> το απόγευμα <input type="checkbox"/> μόνο το βράδυ <input type="checkbox"/> μετά από έντονη δραστηριότητα <input type="checkbox"/> σχεδόν ποτέ
34 Αισθάνεστε απογοητευμένος/απογοητευμένη;	<input type="checkbox"/> σχεδόν κάθε μέρα <input type="checkbox"/> 3 με 5 ημέρες την εβδομάδα <input type="checkbox"/> 1 ή 2 ημέρες την εβδομάδα <input type="checkbox"/> μία στις τόσες <input type="checkbox"/> σχεδόν ποτέ
35 Αισθάνεστε μοναξιά;	<input type="checkbox"/> σχεδόν κάθε μέρα <input type="checkbox"/> 3 με 5 ημέρες την εβδομάδα <input type="checkbox"/> 1 ή 2 ημέρες την εβδομάδα <input type="checkbox"/> μία στις τόσες <input type="checkbox"/> σχεδόν ποτέ

<p>36 Αισθάνεστε γεμάτος / γεμάτη ενέργεια;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> σχεδόν κάθε μέρα <input type="checkbox"/> 3 με 5 ημέρες την εβδομάδα <input type="checkbox"/> 1 ή 2 ημέρες την εβδομάδα <input type="checkbox"/> μία στις τόσες <input type="checkbox"/> σχεδόν ποτέ
<p>37 Είστε αισιόδοξος / αισιόδοξη για το μέλλον σας;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ποτέ <input type="checkbox"/> σπάνια <input type="checkbox"/> μερικές φορές <input type="checkbox"/> σχετικά συχνά <input type="checkbox"/> πάντοτε
<p>38 Αναστατώνεστε με ασήμαντες αφορμές;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ποτέ <input type="checkbox"/> σπάνια <input type="checkbox"/> μερικές φορές <input type="checkbox"/> σχετικά συχνά <input type="checkbox"/> πάντοτε
<p>39 Θεωρείτε ότι κάνετε εύκολα επαφές με άλλους ανθρώπους;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ποτέ <input type="checkbox"/> σπάνια <input type="checkbox"/> μερικές φορές <input type="checkbox"/> σχετικά συχνά <input type="checkbox"/> πάντοτε
<p>40 Έχετε καλή διάθεση το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ποτέ <input type="checkbox"/> σπάνια <input type="checkbox"/> μερικές φορές <input type="checkbox"/> σχετικά συχνά <input type="checkbox"/> πάντοτε
<p>41 Φοβάστε μήπως γίνετε απόλυτα εξαρτημένος/εξαρτημένη;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ποτέ <input type="checkbox"/> σπάνια <input type="checkbox"/> μερικές φορές <input type="checkbox"/> σχετικά συχνά <input type="checkbox"/> πάντοτε