

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 Nyeri

Kelima pertanyaan di bagian ini ditujukan untuk keadaan dalam satu minggu terakhir.

<p>1 Seberapa sering Anda mengalami nyeri punggung dalam satu minggu terakhir?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> 1 hari per minggu atau kurang <input type="checkbox"/> 2-3 hari per minggu <input type="checkbox"/> 4-6 hari per minggu <input type="checkbox"/> Setiap hari</p>
<p>2 Jika Anda mengalami nyeri punggung, seberapa lama nyeri tersebut terjadi pada siang hari?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> 1-2 jam <input type="checkbox"/> 3-5 jam <input type="checkbox"/> 6-10 jam <input type="checkbox"/> Sepanjang hari</p>
<p>3 Seberapa parahkah nyeri punggung Anda?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tidak ada nyeri punggung <input type="checkbox"/> Ringan <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Parah <input type="checkbox"/> Tidak tertahankan</p>
<p>4 Bagaimana nyeri punggung Anda di lain waktu?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tidak ada nyeri punggung <input type="checkbox"/> Ringan <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Parah <input type="checkbox"/> Tidak tertahankan</p>
<p>5 Apakah nyeri punggung mengganggu tidur Anda dalam satu minggu terakhir?</p>	<p><input type="checkbox"/> Kurang dari satu kali per minggu <input type="checkbox"/> Satu kali seminggu <input type="checkbox"/> Dua kali seminggu <input type="checkbox"/> Dua malam sekali <input type="checkbox"/> Setiap malam</p>

B Kegiatan sehari-hari

Empat pertanyaan selanjutnya berhubungan dengan keadaan sekarang.

6 Apakah Anda memiliki kesulitan dalam berpakaian?	<input type="checkbox"/> Tidak ada kesulitan <input type="checkbox"/> Sedikit kesulitan <input type="checkbox"/> Cukup kesulitan <input type="checkbox"/> Memerlukan sedikit bantuan <input type="checkbox"/> Tidak mungkin tanpa bantuan
7 Apakah Anda kesulitan untuk berendam atau mandi?	<input type="checkbox"/> Tidak ada kesulitan <input type="checkbox"/> Sedikit kesulitan <input type="checkbox"/> Cukup kesulitan <input type="checkbox"/> Memerlukan sedikit bantuan <input type="checkbox"/> Tidak mungkin tanpa bantuan
8 Apakah Anda kesulitan dalam menggunakan toilet?	<input type="checkbox"/> Tidak ada kesulitan <input type="checkbox"/> Sedikit kesulitan <input type="checkbox"/> Cukup kesulitan <input type="checkbox"/> Memerlukan sedikit bantuan <input type="checkbox"/> Tidak mungkin tanpa bantuan
9 Seberapa nyenyak Anda tidur?	<input type="checkbox"/> Tidur tanpa terganggu <input type="checkbox"/> Kadang-kadang terbangun <input type="checkbox"/> Sering terbangun <input type="checkbox"/> Kadang saya terjaga beberapa jam <input type="checkbox"/> Kadang saya tidak tidur semalaman

C Pekerjaan di sekitar rumah

Lima pertanyaan selanjutnya berhubungan dengan keadaan sekarang.

Jika ada orang lain yang melakukan kegiatan-kegiatan berikut, jawablah seolah-olah Anda yang bertanggung jawab terhadap mereka.

10 Apakah Anda mampu bersih-bersih?	<input type="checkbox"/> Tanpa ada kesulitan <input type="checkbox"/> Dengan sedikit kesulitan <input type="checkbox"/> Cukup kesulitan <input type="checkbox"/> Sangat kesulitan <input type="checkbox"/> Tidak mungkin saya lakukan
11 Apakah Anda mampu menyiapkan makanan?	<input type="checkbox"/> Tanpa ada kesulitan <input type="checkbox"/> Dengan sedikit kesulitan <input type="checkbox"/> Cukup kesulitan <input type="checkbox"/> Sangat kesulitan <input type="checkbox"/> Tidak mungkin saya lakukan

<p>12 Apakah Anda mampu membersihkan peralatan makan yang kotor?</p>	<input type="checkbox"/> Tanpa ada kesulitan <input type="checkbox"/> Dengan sedikit kesulitan <input type="checkbox"/> Cukup kesulitan <input type="checkbox"/> Perlu bantuan <input type="checkbox"/> Tidak mungkin saya lakukan
<p>13 Apakah Anda mampu berbelanja keperluan sehari-hari?</p>	<input type="checkbox"/> Tanpa ada kesulitan <input type="checkbox"/> Dengan sedikit kesulitan <input type="checkbox"/> Cukup kesulitan <input type="checkbox"/> Sangat kesulitan <input type="checkbox"/> Tidak mungkin saya lakukan
<p>14 Apakah Anda mampu mengangkat beban seberat 10kg (Misalnya keranjang berisi 12 botol susu atau seorang anak kecil berumur satu tahun), dan berjalan membawanya minimal sejauh 10 meter?</p>	<input type="checkbox"/> Tanpa ada kesulitan <input type="checkbox"/> Dengan sedikit kesulitan <input type="checkbox"/> Cukup kesulitan <input type="checkbox"/> Sangat kesulitan <input type="checkbox"/> Tidak mungkin saya lakukan

D Pergerakan

Delapan pertanyaan selanjutnya berhubungan dengan keadaan sekarang.

<p>15 Apakah Anda mampu bangkit dari sebuah kursi?</p>	<input type="checkbox"/> Tanpa ada kesulitan <input type="checkbox"/> Dengan sedikit kesulitan <input type="checkbox"/> Cukup kesulitan <input type="checkbox"/> Sangat kesulitan <input type="checkbox"/> Tidak mungkin saya lakukan
<p>16 Apakah Anda mampu membungkuk?</p>	<input type="checkbox"/> Tanpa ada kesulitan <input type="checkbox"/> Dengan sedikit kesulitan <input type="checkbox"/> Cukup kesulitan <input type="checkbox"/> Sangat kesulitan <input type="checkbox"/> Tidak mungkin saya lakukan
<p>17 Apakah Anda mampu berlutut?</p>	<input type="checkbox"/> Tanpa ada kesulitan <input type="checkbox"/> Dengan sedikit kesulitan <input type="checkbox"/> Cukup kesulitan <input type="checkbox"/> Sangat kesulitan <input type="checkbox"/> Tidak mungkin saya lakukan
<p>18 Apakah Anda mampu menaiki tangga ke lantai atas rumah?</p>	<input type="checkbox"/> Tanpa ada kesulitan <input type="checkbox"/> Dengan sedikit kesulitan <input type="checkbox"/> Cukup kesulitan <input type="checkbox"/> Sangat kesulitan <input type="checkbox"/> Tidak mungkin saya lakukan

19 Dapatkah Anda berjalan sejauh 100 meter?	<input type="checkbox"/> Tanpa ada kesulitan <input type="checkbox"/> Dengan sedikit kesulitan <input type="checkbox"/> Cukup kesulitan <input type="checkbox"/> Sangat kesulitan <input type="checkbox"/> Tidak mungkin saya lakukan
20 Seberapa sering Anda berada di luar ruangan dalam satu minggu terakhir?	<input type="checkbox"/> Setiap hari <input type="checkbox"/> 5-6 hari/minggu <input type="checkbox"/> 3-4 hari/minggu <input type="checkbox"/> 1-2 hari/minggu <input type="checkbox"/> Kurang dari satu kali/minggu
21 Mampukah Anda menggunakan transportasi umum?	<input type="checkbox"/> Tanpa ada kesulitan <input type="checkbox"/> Dengan sedikit kesulitan <input type="checkbox"/> Cukup kesulitan <input type="checkbox"/> Sangat kesulitan <input type="checkbox"/> Tidak mungkin tanpa bantuan
22 Apa Anda merasa postur tubuh Anda berubah karena osteoporosis (misalkan penurunan tinggi badan, peningkatan ukuran pinggul, atau bentuk punggung)?	<input type="checkbox"/> Tidak sama sekali <input type="checkbox"/> Sedikit <input type="checkbox"/> Cukup <input type="checkbox"/> Lumayan <input type="checkbox"/> Sangat

E Waktu senggang, kegiatan sosial

23 Apakah Anda sekarang berolahraga?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya dengan beberapa batasan <input type="checkbox"/> Sama sekali tidak
24 Mampukah Anda berkebun?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya dengan beberapa batasan <input type="checkbox"/> Sama sekali tidak <input type="checkbox"/> Tidak dapat diterapkan
25 Apakah Anda mampu melakukan hobby Anda?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya dengan beberapa batasan <input type="checkbox"/> Sama sekali tidak
26 Mampukah Anda berkunjung ke bioskop, teater, dll?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya dengan beberapa batasan <input type="checkbox"/> Sama sekali tidak <input type="checkbox"/> Tidak ada bioskop atau teater terdekat

27 Seberapa sering Anda mengunjungi teman atau keluarga selama 3 bulan terakhir?	<input type="checkbox"/> Satu kali seminggu atau lebih <input type="checkbox"/> Satu atau dua kali satu bulan <input type="checkbox"/> Kurang dari satu kali dalam satu bulan <input type="checkbox"/> Tidak pernah
28 Seberapa sering Anda berpartisipasi dalam kegiatan sosial (organisasi, pertemuan sosial, kegiatan keagamaan, kegiatan amal, dll) selama 3 bulan terakhir?	<input type="checkbox"/> Satu kali seminggu atau lebih <input type="checkbox"/> Satu atau dua kali satu bulan <input type="checkbox"/> Kurang dari satu kali dalam satu bulan <input type="checkbox"/> Tidak pernah
29 Apakah nyeri punggung atau ketidakmampuan Anda mengganggu keintiman (termasuk aktivitas seksual)?	<input type="checkbox"/> Tidak sama sekali <input type="checkbox"/> Sedikit <input type="checkbox"/> Cukup <input type="checkbox"/> Sangat <input type="checkbox"/> Tidak dapat dilakukan

F Persepsi Kesehatan secara Umum

30 Untuk umur Anda, secara umum, kesehatan Anda adalah:	<input type="checkbox"/> Sangat bagus <input type="checkbox"/> Bagus <input type="checkbox"/> Memuaskan <input type="checkbox"/> Cukup <input type="checkbox"/> Jelek
31 Bagaimana Anda menilai kualitas hidup Anda secara keseluruhan selama satu minggu terakhir?	<input type="checkbox"/> Sangat bagus <input type="checkbox"/> Bagus <input type="checkbox"/> Memuaskan <input type="checkbox"/> Cukup <input type="checkbox"/> Jelek
32 Bagaimana Anda menilai kualitas hidup Anda dibandingkan dengan 10 tahun yang lalu?	<input type="checkbox"/> Sekarang lebih baik <input type="checkbox"/> Sekarang sedikit lebih baik <input type="checkbox"/> Tidak ada perubahan <input type="checkbox"/> Sekarang sedikit lebih buruk <input type="checkbox"/> Sekarang lebih buruk

G Fungsi Mental

Sembilan pertanyaan selanjutnya berhubungan dengan keadaan dalam satu minggu terakhir.

33 Apakah Anda cenderung merasa lelah?	<input type="checkbox"/> Di pagi hari <input type="checkbox"/> Di siang hari <input type="checkbox"/> Hanya pada sore hari <input type="checkbox"/> Setelah kegiatan berat <input type="checkbox"/> Hampir tidak pernah
---	---

<p>34 Apakah Anda merasa putus asa?</p>	<input type="checkbox"/> Hampir setiap hari <input type="checkbox"/> Tiga hingga lima hari dalam seminggu <input type="checkbox"/> Satu atau dua hari dalam seminggu <input type="checkbox"/> Satu kali dalam sewaktu <input type="checkbox"/> Hampir tidak pernah
<p>35 Apakah Anda merasa kesepian?</p>	<input type="checkbox"/> Hampir setiap hari <input type="checkbox"/> Tiga hingga lima hari dalam seminggu <input type="checkbox"/> Satu atau dua hari dalam seminggu <input type="checkbox"/> Satu kali dalam sewaktu <input type="checkbox"/> Hampir tidak pernah
<p>36 Apakah Anda merasa penuh energi/semangat?</p>	<input type="checkbox"/> Hampir setiap hari <input type="checkbox"/> Tiga hingga lima hari dalam seminggu <input type="checkbox"/> Satu atau dua hari dalam seminggu <input type="checkbox"/> Satu kali dalam sewaktu <input type="checkbox"/> Hampir tidak pernah
<p>37 Apakah Anda penuh harapan terhadap masa depan anda?</p>	<input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Jarang <input type="checkbox"/> Kadang-kadang <input type="checkbox"/> Cukup sering <input type="checkbox"/> Selalu
<p>38 Apakah Anda marah terhadap hal kecil?</p>	<input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Jarang <input type="checkbox"/> Kadang-kadang <input type="checkbox"/> Cukup sering <input type="checkbox"/> Selalu
<p>39 Apakah Anda mudah untuk melakukan kontak dengan orang-orang?</p>	<input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Jarang <input type="checkbox"/> Kadang-kadang <input type="checkbox"/> Cukup sering <input type="checkbox"/> Selalu
<p>40 Apakah Anda merasa bersemangat sepanjang hari?</p>	<input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Jarang <input type="checkbox"/> Kadang-kadang <input type="checkbox"/> Cukup sering <input type="checkbox"/> Selalu
<p>41 Apakah Anda takut menjadi ketergantungan sepenuhnya terhadap orang lain?</p>	<input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Jarang <input type="checkbox"/> Kadang-kadang <input type="checkbox"/> Cukup sering <input type="checkbox"/> Selalu