

## 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 Ból	
<i>Pięć pytań w tej części dotyczy ostatniego tygodnia.</i>	
1 Jak często odczuwała Pani bóle pleców w ostatnim tygodniu?	<input type="checkbox"/> nigdy <input type="checkbox"/> 1 dzień w tygodniu lub mniej <input type="checkbox"/> 2-3 dni w tygodniu <input type="checkbox"/> 4-6 dni w tygodniu <input type="checkbox"/> codziennie
2 Jeśli wystąpił u Pani ból pleców, jak długo w ciągu dnia był on odczuwalny?	<input type="checkbox"/> nigdy nie wystąpił <input type="checkbox"/> 1-2 godziny <input type="checkbox"/> 3-5 godziny <input type="checkbox"/> 6-10 godziny <input type="checkbox"/> przez cały dzień
3 Jak dotkliwy był najsilniej odczuwany przez Panią ból pleców?	<input type="checkbox"/> nie odczuwam bólu <input type="checkbox"/> łagodny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> silny <input type="checkbox"/> nie do zniesienia
4 Jaki ból pleców Pani odczuwa kiedy nie jest on najsilniejszy?	<input type="checkbox"/> nie odczuwam bólu <input type="checkbox"/> łagodny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> silny <input type="checkbox"/> nie do zniesienia
5 Czy ból pleców przeszkadzał Pani podczas snu w ubiegłym tygodniu?	<input type="checkbox"/> mniej niż raz w tygodniu <input type="checkbox"/> raz w tygodniu <input type="checkbox"/> dwukrotnie w tygodniu <input type="checkbox"/> co drugą noc <input type="checkbox"/> każdej nocy

## B Czynności fizyczne w ciągu dnia

*Kolejne cztery pytania dotyczą sytuacji obecnej.*

6 Czy ma Pani trudności z ubieraniem się?	<input type="checkbox"/> nie mam trudności <input type="checkbox"/> niewielkie trudności <input type="checkbox"/> umiarkowane trudności <input type="checkbox"/> potrzebuję pomocy <input type="checkbox"/> potrzebuję pomocy osoby drugiej
7 Czy ma Pani trudności z kąpielą lub wzięciem prysznica?	<input type="checkbox"/> nie mam trudności <input type="checkbox"/> niewielkie trudności <input type="checkbox"/> umiarkowane trudności <input type="checkbox"/> potrzebuję pomocy <input type="checkbox"/> potrzebuję pomocy osoby drugiej
8 Czy ma Pani trudności z dotarciem do toalety i korzystaniem z ubikacji?	<input type="checkbox"/> nie mam trudności <input type="checkbox"/> niewielkie trudności <input type="checkbox"/> umiarkowane trudności <input type="checkbox"/> potrzebuję pomocy <input type="checkbox"/> potrzebuję pomocy osoby drugiej
9 Jak dobrze Pani sypia?	<input type="checkbox"/> śpię całą noc <input type="checkbox"/> budzę się czasami <input type="checkbox"/> budzę się często <input type="checkbox"/> czasami nie mogę zasnąć przez kilka godzin <input type="checkbox"/> czasami miewam bezsenne noce

## C Prace domowe

*Kolejne pięć pytań dotyczy Pani sytuacji obecnej. Jeśli ktoś inny wykonuje wymienione czynności w Pani domu, proszę odpowiadać tak jakby sama je Pani wykonywała.*

10 Czy jest Pani w stanie sprzątać?	<input type="checkbox"/> bez trudności <input type="checkbox"/> z niewielkimi trudnościami <input type="checkbox"/> z umiarkowanymi trudnościami <input type="checkbox"/> ze znacznymi trudnościami <input type="checkbox"/> nie jestem w stanie sprzątać
11 Czy jest Pani w stanie przygotowywać posiłki?	<input type="checkbox"/> bez trudności <input type="checkbox"/> z niewielkimi trudnościami <input type="checkbox"/> z umiarkowanymi trudnościami <input type="checkbox"/> ze znacznymi trudnościami <input type="checkbox"/> nie jestem w stanie przygotowywać

	posiłków
12 Czy jest Pani w stanie zmywać naczynia?	<input type="checkbox"/> bez trudności <input type="checkbox"/> z niewielkimi trudnościami <input type="checkbox"/> z umiarkowanymi trudnościami <input type="checkbox"/> ze znacznymi trudnościami <input type="checkbox"/> nie jestem w stanie zmywać naczyń
13 Czy może Pani sama robić codzienne zakupy?	<input type="checkbox"/> bez trudności <input type="checkbox"/> z niewielkimi trudnościami <input type="checkbox"/> z umiarkowanymi trudnościami <input type="checkbox"/> ze znacznymi trudnościami <input type="checkbox"/> nie jestem w stanie sama robić zakupów
14 Czy jest Pani w stanie udźwignąć ciężar 10kg (przykładowa waga 10 butelek mleka lub waga jednorocznego dziecka) i nieść go przez przynajmniej 10 metrów?	<input type="checkbox"/> bez trudności <input type="checkbox"/> z niewielkimi trudnościami <input type="checkbox"/> z umiarkowanymi trudnościami <input type="checkbox"/> ze znacznymi trudnościami <input type="checkbox"/> nie jestem w stanie tego wykonać

## D Mobilność

*Kolejne osiem pytań również dotyczy obecnej sytuacji.*

15 Czy jest Pani w stanie samodzielnie wstać w krzesła?	<input type="checkbox"/> bez trudności <input type="checkbox"/> z małymi trudnościami <input type="checkbox"/> ze średnią trudnością <input type="checkbox"/> z dużą trudnością <input type="checkbox"/> jedynie z pomocą drugiej osoby
16 Czy jest Pani w stanie się pochylić?	<input type="checkbox"/> bez trudności <input type="checkbox"/> z małymi trudnościami <input type="checkbox"/> ze średnią trudnością <input type="checkbox"/> z dużą trudnością <input type="checkbox"/> nie jestem w stanie się pochylić
17 Czy jest Pani w stanie klęknąć?	<input type="checkbox"/> bez trudności <input type="checkbox"/> z małymi trudnościami <input type="checkbox"/> ze średnią trudnością <input type="checkbox"/> z dużą trudnością <input type="checkbox"/> nie jestem w stanie klęknąć
18 Czy jest Pani w stanie wejść po schodach na	<input type="checkbox"/> bez trudności

piętro?	<input type="checkbox"/> z małymi trudnościami <input type="checkbox"/> z co najmniej jednym odpoczynkiem <input type="checkbox"/> jedynie z pomocą <input type="checkbox"/> nie jestem w stanie wejść po schodach na wyższe piętro
19 Czy jest Pani w stanie przejść 100m?	<input type="checkbox"/> szybko bez zatrzymywania się <input type="checkbox"/> powoli bez zatrzymywania się <input type="checkbox"/> powoli z co najmniej jednym odpoczynkiem <input type="checkbox"/> jedynie z pomocą <input type="checkbox"/> nie jestem w stanie przejść 100m
20 Jak często wychodziła Pani z domu w ostatnim tygodniu?	<input type="checkbox"/> codziennie <input type="checkbox"/> 5-6 dni/tydzień <input type="checkbox"/> 3-4 dni/tydzień <input type="checkbox"/> 1-2 dni/tydzień <input type="checkbox"/> mniej niż raz/tydzień
21 Czy jest Pani w stanie korzystać z komunikacji publicznej?	<input type="checkbox"/> bez trudności <input type="checkbox"/> z małymi trudnościami <input type="checkbox"/> ze średnią trudnością <input type="checkbox"/> z ogromną trudnością <input type="checkbox"/> jedynie z pomocą
22 Czy zauważyła Pani u siebie zmiany budowy ciała na skutek osteoporozy (np. Obniżenie wzrostu, wzrost obwodu w pasie czy zmiana kształtu pleców)?	<input type="checkbox"/> brak zmian <input type="checkbox"/> niewielkie zmiany <input type="checkbox"/> średnie zmiany <input type="checkbox"/> znaczne zmiany <input type="checkbox"/> duże zmiany

## E Czas wolny, aktywność społeczna

23 Czy uprawia Pani obecnie sport?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> tak, ale z ograniczeniami <input type="checkbox"/> nie uprawiam
24 Czy uprawia Pani ogród?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> tak, ale z ograniczeniami <input type="checkbox"/> nie uprawiam <input type="checkbox"/> nie dotyczy

25 Czy realizuje Pani obecnie jakieś hobby?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> tak, ale z ograniczeniami <input type="checkbox"/> nie uprawiam
26 Czy może Pani chodzić do kina, teatru, itp.?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> tak, ale z ograniczeniami <input type="checkbox"/> nie jestem w stanie <input type="checkbox"/> nie ma takich placówek w pobliżu mojego domu
27 Jak często odwiedzała Pani przyjaciół/rodzinę w przeciągu trzech ostatnich miesięcy?	<input type="checkbox"/> raz w tygodniu lub częściej <input type="checkbox"/> raz lub dwukrotnie w miesiącu <input type="checkbox"/> mniej niż raz w miesiącu <input type="checkbox"/> nigdy
28 Jak często uczestniczyła Pani w aktywnościach społecznych (klubach, spotkaniach towarzyskich, uroczystościach kościelnych, akcjach dobroczynnych etc.) w ciągu ostatnich trzech miesięcy?	<input type="checkbox"/> raz w tygodniu lub częściej <input type="checkbox"/> raz lub dwukrotnie w miesiącu <input type="checkbox"/> mniej niż raz w miesiącu <input type="checkbox"/> nigdy
29 Czy ból pleców lub niepełnosprawność przeszkadzają Pani w życiu intymnym?	<input type="checkbox"/> w ogóle <input type="checkbox"/> nieznacznie <input type="checkbox"/> średnio <input type="checkbox"/> poważnie <input type="checkbox"/> nie dotyczy

## F Ogólne postrzeganie zdrowia

30 Jak ocenia Pani swój stan zdrowia w odniesieniu do Pani wieku:	<input type="checkbox"/> wyśmienity <input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> satysfakcjonujący <input type="checkbox"/> dostateczny <input type="checkbox"/> słaby
31 Jak ocenia Pani swą ogólną jakość życia w zeszłym tygodniu?	<input type="checkbox"/> wyśmienita <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> satysfakcjonująca <input type="checkbox"/> dostateczna <input type="checkbox"/> słaba
32 Jak oceniła Pani swą ogólną jakość życia w porównaniu z 10 lat temu?	<input type="checkbox"/> teraz jest zdecydowanie lepsza <input type="checkbox"/> teraz jest nieznacznie lepsza <input type="checkbox"/> bez zmian

	<input type="checkbox"/> teraz jest nieznacznie gorsza <input type="checkbox"/> teraz jest o wiele gorsza
--	--

<b>G Sprawność umysłowa</b> <i>Ostatnie dziewięć pytań dotyczy ubiegłego tygodniu.</i>	
33 Czy odczuwa Pani zmęczenie?	<input type="checkbox"/> rano <input type="checkbox"/> po południu <input type="checkbox"/> tylko wieczorem <input type="checkbox"/> po nadwężającej czynności <input type="checkbox"/> prawie nigdy nie odczuwałam zmęczenia
34 Czy czuje się Pani przygnębiona?	<input type="checkbox"/> prawie każdego dnia <input type="checkbox"/> od trzech do pięciu dni w tygodniu <input type="checkbox"/> od jednego do dwóch dni w tygodniu <input type="checkbox"/> raz na jakiś czas <input type="checkbox"/> prawie nigdy
35 Czy czuje się Pani samotna?	<input type="checkbox"/> prawie każdego dnia <input type="checkbox"/> od trzech do pięciu dni w tygodniu <input type="checkbox"/> od jednego do dwóch dni w tygodniu <input type="checkbox"/> raz na jakiś czas <input type="checkbox"/> prawie nigdy
36 Czy czuje się Pani pełna energii?	<input type="checkbox"/> prawie każdego dnia <input type="checkbox"/> od trzech do pięciu dni w tygodniu <input type="checkbox"/> od jednego do dwóch dni w tygodniu <input type="checkbox"/> raz na jakiś czas <input type="checkbox"/> prawie nigdy
37 Czy jest Pani dobrej myśli co do przyszłości?	<input type="checkbox"/> nigdy <input type="checkbox"/> rzadko <input type="checkbox"/> czasami <input type="checkbox"/> dość często <input type="checkbox"/> zawsze
38 Czy martwi się Pani drobnymi sprawami?	<input type="checkbox"/> nigdy <input type="checkbox"/> rzadko <input type="checkbox"/> czasami <input type="checkbox"/> dość często <input type="checkbox"/> zawsze
39 Czy łatwo nawiązuje Pani kontakty?	<input type="checkbox"/> nigdy <input type="checkbox"/> rzadko

	<input type="checkbox"/> czasami <input type="checkbox"/> dość często <input type="checkbox"/> zawsze
40 Czy jest Pani w dobrym nastroju przez większość dnia?	<input type="checkbox"/> nigdy <input type="checkbox"/> rzadko <input type="checkbox"/> czasami <input type="checkbox"/> dość często <input type="checkbox"/> zawsze
41 Czy obawia się Pani uzależnienia od drugiej osoby?	<input type="checkbox"/> nigdy <input type="checkbox"/> rzadko <input type="checkbox"/> czasami <input type="checkbox"/> dość często <input type="checkbox"/> zawsze