

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.

Seberapa sering Anda mengalami nyeri punggung dalam satu minggu terakhir?	<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
Jika Anda mengalami nyeri punggung, seberapa lama nyeri tersebut terjadi pada siang hari?	<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
Seberapa parahkah nyeri punggung Anda?	<input type="checkbox"/> Tidak ada nyeri punggung <input type="checkbox"/> Ringan <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Parah <input type="checkbox"/> Tidak tertahankan
Bagaimana nyeri punggung Anda di lain waktu?	<input type="checkbox"/> Tidak ada nyeri punggung <input type="checkbox"/> Ringan <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Parah <input type="checkbox"/> Tidak tertahankan
Apakah nyeri punggung mengganggu tidur Anda dalam satu minggu terakhir?	<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

B Kegiatan sehari-hari

Empat pertanyaan selanjutnya berhubungan dengan keadaan sekarang.

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
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
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
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.

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
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

Apakah Anda mampu membersihkan peralatan makan yang kotor?	<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
Apakah Anda mampu berbelanja keperluan sehari-hari?	<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
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?	<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.

Apakah Anda mampu bangkit dari sebuah kursi?	<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
Apakah Anda mampu membungkuk?	<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
Apakah Anda mampu berlutut?	<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
Apakah Anda mampu menaiki tangga ke lantai atas rumah?	<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

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
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
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
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

Apakah Anda sekarang berolahraga?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya dengan beberapa batasan <input type="checkbox"/> Sama sekali tidak
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
Apakah Anda mampu melakukan hobby Anda?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya dengan beberapa batasan <input type="checkbox"/> Sama sekali tidak
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

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
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
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

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
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
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 burk <input type="checkbox"/> Sekarang lebih buruk

G Fungsi Mental

Sembilan pertanyaan selanjutnya berhubungan dengan keadaan dalam satu minggu terakhir.

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
-------------------------------------	---

Apakah Anda merasa putus asa?	<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
Apakah Anda merasa kesepian?	<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
Apakah Anda merasa penuh energi/semangat?	<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
Apakah Anda penuh harapan terhadap masa depan anda?	<input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Jarang <input type="checkbox"/> Kadang-kadang <input type="checkbox"/> Cukup sering <input type="checkbox"/> Selalu
Apakah Anda marah terhadap hal kecil?	<input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Jarang <input type="checkbox"/> Kadang-kadang <input type="checkbox"/> Cukup sering <input type="checkbox"/> Selalu
Apakah Anda mudah untuk melakukan kontak dengan orang-orang?	<input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Jarang <input type="checkbox"/> Kadang-kadang <input type="checkbox"/> Cukup sering <input type="checkbox"/> Selalu
Apakah Anda merasa bersemangat sepanjang hari?	<input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Jarang <input type="checkbox"/> Kadang-kadang <input type="checkbox"/> Cukup sering <input type="checkbox"/> Selalu
Apakah Anda takut menjadi ketergantungan sepenuhnya terhadap orang lain?	<input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Jarang <input type="checkbox"/> Kadang-kadang <input type="checkbox"/> Cukup sering <input type="checkbox"/> Selalu