

Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität

Quality of life questionnaire/ German version

Qualeffo-41 (10 December 1997)

© International Osteoporosis Foundation

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

A Schmerzen

Die fünf Fragen dieses Bereiches betreffen die Situation in der letzten Woche.

- 1) Wie oft hatten Sie während der nie
letzten Woche Rückenschmerzen? 1 Tag pro Woche oder weniger
 2-3 Tage pro Woche
 4-6 Tage pro Woche
 jeden Tag

- 2) Wenn Sie Rückenschmerzen hatten, nie
wie lange hielten die Rückenschmerzen 1-2 Stunden
während des Tages an? 3-5 Stunden
 6-10 Stunden
 den ganzen Tag

- 3) Wie stark sind Ihre Rückenschmerzen keine Rückenschmerzen
wenn Sie am Schlimmsten sind? leicht
 mäßig
 stark
 unerträglich

- 4) Wie sind Ihre Rückenschmerzen keine Rückenschmerzen
zu anderen Zeiten? leicht

- mäßig
 - stark
 - unerträglich
- 5) Haben die Rückenschmerzen in der letzten Woche Ihren Schlaf gestört?
- weniger als einmal pro Woche
 - einmal pro Woche
 - zweimal pro Woche
 - jede zweite Nacht
 - jede Nacht

Physical Function: B Aktivitäten des täglichen Lebens

Die nächsten 4 Fragen beziehen sich auf die gegenwärtige Situation.

- 6) Haben Sie Probleme mit dem Anziehen?
- keine Schwierigkeit
 - ein wenig Schwierigkeit
 - mäßige Schwierigkeit
 - brauche möglicherweise etwas Hilfe
 - ohne Hilfe unmöglich
- 7) Haben Sie Probleme mit dem Baden oder Duschen?
- keine Schwierigkeit
 - ein wenig Schwierigkeit
 - mäßige Schwierigkeit
 - brauche möglicherweise etwas Hilfe
 - ohne Hilfe unmöglich
- 8) Haben Sie Probleme, zur Toilette zu gelangen oder auf die Toilette zu gehen?
- keine Schwierigkeit
 - ein wenig Schwierigkeit
 - mäßige Schwierigkeit
 - brauche möglicherweise etwas Hilfe
 - ohne Hilfe unmöglich
- 9) Wie gut schlafen Sie?
- schlafe ungestört
 - wache manchmal auf

- wache oft auf
- manchmal liege ich stundenlang wach
- manchmal habe ich eine schlaflose Nacht

Physical Function: C Tätigkeiten im Haus

Die nächsten 5 Fragen beziehen sich auf die jetzige Situation. Wenn jemand anderes diese Dinge in Ihrem Haushalt erledigt, antworten Sie bitte, als ob Sie selbst dafür verantwortlich wären.

- 10) Können Sie sauber machen? ohne Schwierigkeit
 mit ein wenig Schwierigkeit
 mit mäßiger Schwierigkeit
 mit großer Schwierigkeit
 unmöglich
- 11) Können Sie Mahlzeiten zubereiten? ohne Schwierigkeit
 mit ein wenig Schwierigkeit
 mit mäßiger Schwierigkeit
 mit großer Schwierigkeit
 unmöglich
- 12) Können Sie Geschirr spülen? ohne Schwierigkeit
 mit ein wenig Schwierigkeit
 mit mäßiger Schwierigkeit
 mit großer Schwierigkeit
 unmöglich
- 13) Können Sie Ihre täglichen Einkäufe erledigen? ohne Schwierigkeit
 mit ein wenig Schwierigkeit
 mit mäßiger Schwierigkeit
 mit großer Schwierigkeit
 unmöglich
- 14) Können Sie ein 10 kg schweres Objekt hochheben (z. B. eine Kiste mit 6 Flaschen Wasser oder ein 1 Jahr altes Kind) und es 10 Meter ohne Schwierigkeit
 mit ein wenig Schwierigkeit
 mit mäßiger Schwierigkeit
 mit großer Schwierigkeit

weit tragen? unmöglich

Physical Function: Mobility D Bewegung

Die nächsten 8 Fragen beziehen sich auf die gegenwärtige Situation.

- 15) Können Sie vom Stuhl aufstehen? ohne Schwierigkeit
 mit ein wenig Schwierigkeit
 mit mäßiger Schwierigkeit
 mit großer Schwierigkeit
 nur mit Hilfe
- 16) Können Sie sich bücken? leicht
 nicht ganz leicht
 mäßig
 sehr wenig
 unmöglich
- 17) Können Sie sich hinknien? leicht
 nicht ganz leicht
 mäßig
 sehr wenig
 unmöglich
- 18) Können Sie die Treppe zum nächsten Stockwerk eines Hauses hinaufsteigen? ohne Schwierigkeit
 mit etwas Schwierigkeit
 mit mindestens einer Ruhepause
 nur mit Hilfe
 unmöglich
- 19) Können Sie 100 Meter gehen? schnell ohne stehenzubleiben
 langsam ohne stehenzubleiben
 langsam mit mindestens einmaligem Stehen bleiben
 nur mit Hilfe

unmöglich

20) Wie oft waren Sie während der jeden Tag

letzten Wochen draußen?

5-6 Tage pro Woche

3-4 Tage pro Woche

1-2 Tage pro Woche

weniger als einmal pro Woche

21) Können Sie öffentliche Verkehrs-
mittel benutzen?

ohne Mühe

mit etwas Mühe

mit mäßiger Mühe

mit großer Mühe

nur mit Hilfe

22) Sind Sie durch Veränderungen Ihrer
Figur infolge Osteoporose betroffen
(z.B. Verlust an Körpergröße,
Zunahme des Leibesumfangs, Form
ihres Rückens)?

überhaupt nicht

ein wenig

mäßig

ziemlich schwer

sehr schwer

E Freizeit, soziale Aktivitäten

- 23) Sind Sie in der Lage, irgendeine Art Sport jetzt auszuüben?
Do you play any sport now?
- ja
 ja mit Einschränkungen
 nein überhaupt nicht
- 24) Können Sie Ihren Gartenarbeiten nachgehen?
- ja
 ja mit Einschränkungen
 nein überhaupt nicht
 trifft nicht zu
- 25) Betreiben Sie irgendeine Art Hobby jetzt?
Do you perform any hobby now?
- ja
 ja mit Einschränkungen
 nein überhaupt nicht
- 26) Können Sie ein Kino, Theater etc. besuchen?
- ja
 ja mit Einschränkungen
 nein überhaupt nicht
 kein Kino oder Theater
innerhalb einer angemessenen Entfernung
- 27) Wie oft haben Sie während der letzten 3 Monate Freunde oder Verwandte besucht?
- einmal in der Woche oder häufiger
 ein- oder zweimal im Monat
 weniger als einmal im Monat
 nie

28) Wie oft haben Sie während der einmal pro Woche oder häufiger
der letzten 3 Monate an sozialen ein- oder zweimal im Monat
Aktivitäten teilgenommen (Vereine, weniger als einmal im Monat
Versammlungen, kirchliche nie
Aktivitäten, Wohltätigkeits-
veranstaltungen etc.)?

29) Beeinträchtigen Ihre Rücken- nein überhaupt nicht
schmerzen oder Ihre Behinderung ein wenig
Ihr Intimleben (einschließlich mäßig
Geschlechtsverkehr)? schwer
 trifft nicht zu

F Wahrnehmung der allgemeinen Gesundheit

- 30) Würden Sie sagen, für Ihr Alter ist
Ihr Gesundheitszustand allgemein ..
- ausgezeichnet
 - gut
 - zufriedenstellend
 - nicht so gut
 - schlecht
- 31) Wie würden Sie insgesamt Ihre
Lebensqualität während der letzten
Woche einschätzen?
- ausgezeichnet
 - gut
 - zufriedenstellend
 - nicht so gut
 - schlecht
- 32) Wie würden Sie insgesamt Ihre
Lebensqualität im Vergleich zu vor
10 Jahren einschätzen?
- jetzt viel besser
 - jetzt leicht besser
 - unverändert
 - jetzt leicht verschlechtert
 - jetzt viel schlechter

G Stimmung / Mental Function

Die nächsten neun Fragen gelten für die Situation in der letzten Woche.

- 33) Neigen Sie dazu sich müde zu fühlen?
- am Morgen
 - am Nachmittag
 - nur am Abend
 - nach anstrengender Aktivität
 - fast niemals
- 34) Fühlen Sie sich niedergeschlagen?
- fast jeden Tag
 - drei bis fünf Tage in der Woche
 - ein bis zwei Tage in der Woche
 - gelegentlich
 - fast niemals
- 35) Fühlen Sie sich einsam?
- fast jeden Tag
 - drei bis fünf Tage in der Woche
 - ein bis zwei Tage in der Woche
 - gelegentlich
 - fast niemals
- 36) Fühlen Sie sich voll von Energie?
- fast jeden Tag
 - drei bis fünf Tage in der Woche
 - ein bis zwei Tage in der Woche
 - gelegentlich
 - fast niemals
- 37) Sind Sie zuversichtlich bezüglich Ihrer Zukunft?
- niemals
 - selten
 - manchmal
 - ziemlich oft
 - immer

38) Regen Sie sich über Kleinigkeiten
auf?

- niemals
- selten
- manchmal
- ziemlich oft
- immer

39) Finden Sie leicht Kontakt zu
anderen Leuten?

- niemals
- selten
- manchmal
- ziemlich oft
- immer

40) Sind Sie den größten Teil des Tages
heiter?

- niemals
- selten
- manchmal
- ziemlich oft
- immer

41) Befürchten Sie völlig abhängig
zu werden?

- niemals
- selten
- manchmal
- ziemlich oft
- immer