

## แบบสอบถามเรื่อง คุณภาพชีวิต

ฉบับ Qualeffo-41 (20 February 2010)

### ส่วนที่ 1 ความเจ็บปวด

คำถามทั้ง 5 ข้อในส่วนนี้เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในสัปดาห์ที่ผ่านมา

- 1) ในสัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมีอาการปวดหลังบ่อยเพียงใด
  - ไม่เคย
  - 1 วันต่อสัปดาห์หรือน้อยกว่า
  - 2-3 วันต่อสัปดาห์
  - 4-6 วันต่อสัปดาห์
  - ทุกวันในสัปดาห์
- 2) ในระหว่างวันหากคุณมีอาการปวดหลัง คุณจะมีอาการปวดนานเพียงใด
  - ไม่เคย
  - 1-2 ชั่วโมง
  - 3-5 ชั่วโมง
  - 6-10 ชั่วโมง
  - ตลอดทั้งวัน
- 3) อาการปวดหลังที่แย่ที่สุดของคุณมีอาการรุนแรงเพียงใด
  - ไม่มีอาการปวดหลัง
  - เล็กน้อย
  - ปานกลาง
  - รุนแรง
  - ปวดจนไม่สามารถทนได้
- 4) ช่วงเวลาอื่นๆคุณมีอาการปวดหลังมากน้อยเพียงใด
  - ไม่มีอาการปวดหลังเลย
  - เล็กน้อย
  - ปานกลาง
  - รุนแรง
  - ปวดจนไม่สามารถทนได้

5) ในสัปดาห์ที่ผ่านมาอาการปวดหลังรบกวนการนอนหลับของคุณ  
มากน้อยเพียงใด

- น้อยกว่าหนึ่งครั้งในสัปดาห์
- หนึ่งครั้งต่อสัปดาห์
- สองครั้งต่อสัปดาห์
- คืนเว้นคืน
- ทุกคืน

### ด้านการทำงานของร่างกาย:

#### ส่วนที่ 2 กิจกรรมในชีวิตประจำวัน

คำถาม 4 ข้อต่อไปนี้จะเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในปัจจุบัน

6) คุณมีปัญหาในการแต่งตัวหรือไม่

- ไม่มีความยากลำบากแต่อย่างไร
- มีความยากลำบากเล็กน้อย
- มีความยากลำบากปานกลาง
- ต้องการความช่วยเหลือบ้าง
- ทำไม่ได้เลยโดยไม่มีผู้อื่นช่วย

7) คุณมีปัญหาในการอาบน้ำหรือไม่

- ไม่มีความยากลำบากแต่อย่างไร
- มีความยากลำบากเล็กน้อย
- มีความยากลำบากปานกลาง
- ต้องการความช่วยเหลือบ้าง
- ทำไม่ได้เลยโดยไม่มีผู้อื่นช่วย

8) คุณมีปัญหาในการใช้ห้องสุขาหรือไม่

- ไม่มีความยากลำบากแต่อย่างไร
- มีความยากลำบากเล็กน้อย
- มีความยากลำบากปานกลาง
- ต้องการความช่วยเหลือบ้าง
- ทำไม่ได้เลยโดยไม่มีผู้อื่นช่วย

9) คุณหลับสนิทเพียงใด

- หลับสนิท
- มีตื่นบ้างบางครั้ง
- ตื่นบ่อยๆ
- บางครั้งข้าพเจ้านอนไม่หลับหลายชั่วโมง
- บางครั้งนอนไม่หลับตลอดทั้งคืน

## ด้านการทำงานของร่างกาย:

### ส่วนที่ 3 งานบ้าน

คำถามทั้ง 5 ข้อต่อไปนี้จะเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน หากในบ้านท่านมีผู้อื่นเป็นผู้ทำงานบ้าน ให้ตอบคำถามเสมือนคุณเป็นผู้ทำกิจกรรมเหล่านี้เอง

10) คุณทำความสะอาดบ้านได้หรือไม่

- ทำได้โดยไม่มีความยากลำบาก
- มีความยากลำบากเล็กน้อย
- มีความยากลำบากปานกลาง
- มีความยากลำบากมาก
- ไม่สามารถทำได้

11) คุณจัดเตรียมอาหารได้หรือไม่

- ทำได้โดยไม่มีความยากลำบาก
- มีความยากลำบากเล็กน้อย
- มีความยากลำบากปานกลาง
- มีความยากลำบากมาก
- ไม่สามารถทำได้

12) คุณล้างจานได้หรือไม่

- ทำได้โดยไม่มีความยากลำบาก
- มีความยากลำบากเล็กน้อย
- มีความยากลำบากปานกลาง
- มีความยากลำบากมาก
- ไม่สามารถทำได้

13) คุณเดินจับจ่ายซื้อของได้ตามปกติหรือไม่

- ทำได้โดยไม่มีความยากลำบาก
- มีความยากลำบากเล็กน้อย
- มีความยากลำบากปานกลาง
- มีความยากลำบากมาก
- ไม่สามารถทำได้

14) คุณยกของหนักประมาณ 9 กิโลกรัม (เช่น ลังนมขนาด 750 ซีซี 12 ขวดหรือเด็กอายุ 1 ขวบ) และ เดินถือไปอย่างน้อย 10 เมตรได้หรือไม่

- ทำได้โดยไม่มีความยากลำบาก
- มีความยากลำบากเล็กน้อย
- มีความยากลำบากปานกลาง
- มีความยากลำบากมาก
- ไม่สามารถทำได้

ด้านการทำงานของร่างกาย :

#### ส่วนที่ 4 ความสามารถในการเคลื่อนไหว

คำถามทั้ง 8 ข้อเกี่ยวกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

15) คุณลุกขึ้นจากเก้าอี้ได้หรือไม่

- ทำได้โดยไม่มีความยากลำบาก
- มีความยากลำบากเล็กน้อย
- มีความยากลำบากปานกลาง
- มีความยากลำบากมาก
- ต้องมีผู้ช่วยเหลือเท่านั้น

16) คุณโค้งคำนับได้หรือไม่

- ทำได้สบาย
- ทำได้ค่อนข้างง่าย
- พอทำได้
- ทำได้เล็กน้อย
- ไม่สามารถทำได้เลย

- 17) คุณลุกเข้าได้หรือไม่
- ทำได้สบาย
  - ทำได้ค่อนข้างง่าย
  - พอทำได้
  - ทำได้เล็กน้อย
  - ไม่สามารถทำได้เลย
- 18) คุณขึ้นบันไดไปยังชั้นบนของบ้านได้หรือไม่
- ทำได้โดยไม่มีความยากลำบาก
  - มีความยากลำบากเล็กน้อย
  - ต้องมีการพัก 1 ครั้ง
  - ต้องมีผู้ช่วยเหลือเท่านั้น
  - ไม่สามารถทำได้เลย
- 19) คุณเดิน 100 เมตรได้หรือไม่
- เดินได้เร็วโดยไม่ต้องหยุดพัก
  - เดินได้ช้าโดยไม่ต้องหยุดพัก
  - เดินได้ช้าแต่ต้องหยุดพักอย่างน้อย 1 ครั้ง
  - ต้องมีคนช่วยจึงจะเดินได้
  - เป็นไปไม่ได้
- 20) ในสัปดาห์ที่แล้ว คุณออกไปข้างนอกบ่อยเพียงใด
- ทุกวัน
  - 5-6 วันต่อสัปดาห์
  - 3-4 วันต่อสัปดาห์
  - 1-2 วันต่อสัปดาห์
  - น้อยกว่า 1 วันในสัปดาห์
- 21) คุณสามารถเดินทางโดยรถประจำทางได้หรือไม่
- ทำได้โดยไม่มีความยากลำบาก
  - มีความยากลำบากเล็กน้อย
  - มีความยากลำบากปานกลาง
  - มีความยากลำบากมาก
  - ทำได้เมื่อมีผู้อื่นช่วยเท่านั้น

- 22) คุณได้รับผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างอันเนื่องมาจากโรคกระดูกพรุนหรือไม่ (เช่น ส่วนสูงลดลง, ขนาดรอบเอวเพิ่มขึ้น, รูปร่างของหลัง)

- ไม่มีผลกระทบเลย
- มีผลกระทบเล็กน้อย
- มีผลกระทบพอสมควร
- มีผลกระทบค่อนข้างมาก
- มีผลกระทบมาก

## ส่วนที่ 5 การใช้เวลาว่าง, กิจกรรมทางสังคม

- 23) ปัจจุบันคุณเล่นกีฬาได้บ้างหรือไม่

- เล่นได้สบาย
- เล่นได้โดยมีข้อจำกัด
- เล่นไม่ได้

- 24) คุณสามารถทำสวนที่บ้านคุณได้หรือไม่

- ทำได้
- ทำได้โดยมีข้อจำกัด
- ไม่สามารถทำได้
- ไม่สามารถตอบได้

- 25) ปัจจุบันคุณทำงานอดิเรกบ้างหรือไม่

- ทำ
- ทำได้โดยมีข้อจำกัด
- ไม่ได้ทำ

- 26) คุณสามารถไปชมภาพยนตร์ ดูละครได้หรือไม่

- ไปได้
- ไปได้แต่มีข้อจำกัด
- ไปไม่ได้
- ไม่มีโรงภาพยนตร์ โรงละครที่สามารถไปได้

- 27) คุณไปพบเพื่อนหรือเยี่ยมญาติบ่อยแค่ไหนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

- สัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือมากกว่า
- 1-2 ครั้ง ต่อเดือน
- น้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อเดือน
- ไปไม่ได้เลย

- 28) คุณไปร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อยแค่ไหน ( ไปสโมสร,สังสรรค์, ไปทำบุญ เป็นต้น)ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
- สัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือมากกว่า
  - 1-2 ครั้ง ต่อเดือน
  - น้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อเดือน
  - ไปไม่ได้เลย
- 29) อาการปวดหลังหรือความพิการของท่านรบกวนความสัมพันธ์ทางเพศของคุณหรือไม่ (รวมทั้งกิจกรรมทางเพศ)
- ไม่รบกวน
  - รบกวนเล็กน้อย
  - รบกวนปานกลาง
  - รบกวนมาก
  - ไม่สามารถตอบได้

### ส่วนที่ 6 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป

- 30) สุขภาพของคุณโดยทั่วไปเป็นอย่างไร เมื่อเทียบกับคนอายุรุ่นเดียวกัน
- ดีมาก
  - ดี
  - เป็นที่น่าพอใจ
  - พอใช้
  - แย่
- 31) คุณจะให้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของคุณในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างไร
- ดีมาก
  - ดี
  - เป็นที่น่าพอใจ
  - พอใช้
  - แย่
- 32) คุณภาพชีวิตโดยรวมของคุณเมื่อเทียบกับ 10 ปีที่แล้วเป็นอย่างไร
- ปัจจุบันดีขึ้นมาก
  - ปัจจุบันค่อนข้างดีขึ้น
  - ปัจจุบันไม่เปลี่ยนแปลง
  - ปัจจุบันค่อนข้างแย่ลง
  - ปัจจุบันแย่ลงมาก

## ส่วนที่ 7 ด้านจิตใจ

คำถาม 9 ข้อต่อไปนี้เกี่ยวกับสถานการณ์เมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมา

- 33) คุณมีแนวโน้มที่รู้สึกเหนื่อยหรือไม่
- มีในตอนเช้า
  - มีในตอนบ่าย
  - มีในตอนเย็นเท่านั้น
  - มีหลังจากทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก
  - แทบจะไม่มี
- 34) คุณรู้สึกท้อแท้บ้างหรือไม่
- เกือบทุกวัน
  - 3-5 วันต่อสัปดาห์
  - 1-2 วันต่อสัปดาห์
  - นานๆ ครั้ง
  - แทบจะไม่มี
- 35) คุณรู้สึกโดดเดี่ยวบ้างหรือไม่
- เกือบทุกวัน
  - 3-5 วันต่อสัปดาห์
  - 1-2 วันต่อสัปดาห์
  - นานๆ ครั้ง
  - แทบจะไม่มี
- 36) คุณรู้สึกเต็มเปี่ยมไปด้วยพลังหรือไม่
- เกือบทุกวัน
  - 3-5 วันต่อสัปดาห์
  - 1-2 วันต่อสัปดาห์
  - นานๆ ครั้ง
  - แทบจะไม่มี

- 37) คุณรู้สึกเต็มเปี่ยมไปด้วยความหวังเกี่ยวกับอนาคตของคุณหรือไม่
- ไม่เคย
  - แทบจะไม่
  - บางครั้ง
  - ค่อนข้างบ่อย
  - ตลอดเวลา
- 38) คุณรู้สึกหงุดหงิดกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ หรือไม่
- ไม่เคย
  - แทบจะไม่
  - บางครั้ง
  - ค่อนข้างบ่อย
  - ตลอดเวลา
- 39) คุณพบว่าเป็นการง่ายในการติดต่อกับผู้คน
- ไม่เคย
  - แทบจะไม่
  - บางครั้ง
  - ค่อนข้างบ่อย
  - ตลอดเวลา
- 40) คุณอารมณ์ดีทั้งวันหรือไม่
- ไม่เคย
  - แทบจะไม่
  - บางครั้ง
  - ค่อนข้างบ่อย
  - ตลอดเวลา
- 41) คุณรู้สึกกลัวที่จะต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลาหรือไม่
- ไม่เคย
  - แทบจะไม่
  - บางครั้ง
  - ค่อนข้างบ่อย
  - ตลอดเวลา