

Appendix D

Questionnaire (Thai)

แบบสอบถาม

คำชี้แจงในการทำแบบสอบถาม

วัตถุประสงค์ของแบบสอบถาม

ชุดแบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลของบุคลากร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลการทำงานและกิจกรรรมที่ทำเป็นประจำ และข้อมูลเกี่ยวกับอาการปวดหลัง ซึ่งข้อมูลทั้งหมดถูกรวบรวมเพื่อจำแนกผู้ที่มีและไม่มีกลุ่มอาการปวดหลังส่วนล่าง และนำมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการปวดหลังส่วนล่าง เพื่อวางแผนป้องกันอาการและความบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นจากกลุ่มอาการปวดหลังส่วนล่างในอนาคตได้ ในหน้าถัดไปเป็นชุดแบบสอบถามประกอบด้วย

แบบสอบถามชุดที่ 1 : ข้อมูลส่วนตัว

แบบสอบถามชุดที่ 2 : ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานและกิจกรรรมที่ทำเป็นประจำ

แบบสอบถามชุดที่ 3 : ข้อมูลเกี่ยวกับอาการปวดหลัง

วิธีการกรอกข้อมูล

1. ในกรณีมีตัวเลือกเป็น ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ที่ตรงกับข้อมูลของคุณมากที่สุด
2. ในกรณีที่เป็นคำถามเปิด ให้คุณกรอกข้อมูลตามจริงในช่องว่าง.....ที่กำหนดให้
3. ในกรณีที่คำตอบเป็นเส้น ดังรูป ให้ ตัวเลขที่ตรงกับลักษณะของคุณมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

แบบสอบถามชุดที่ 1 : ข้อมูลส่วนตัว

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. วัน/ เดือน/ ปีเกิด คือ / /
3. ส่วนสูงเซนติเมตร, น้ำหนัก.....กิโลกรัม
4. ที่อยู่ติดต่อได้.....
.....
5. เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
6. ระดับการศึกษาสูงสุด
 1. ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษา
 4. ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา 5.ปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี
7. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. สมรส 3. หย่า/ หม้าย/ แยกกันอยู่
8. จำนวนบุตรคน (0 =ไม่มี)
9. ขณะนี้กำลังอยู่ในช่วงตั้งครรภ์ (เฉพาะเพศหญิง) 1. ไม่ใช่ 2. ใช่
10. คุณมีโรคประจำตัว หรือความผิดปกติของร่างกายมาแต่กำเนิด ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือไม่
 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....
11. คุณรับประทาน/ใช้ยา อยู่เป็นประจำหรือไม่
 1. ไม่ใช่ 2. ใช่ โปรดระบุ.....
12. คุณเคยสูบบุหรี่มาก่อน หรือไม่ 1. ไม่เคย 2. เคยสูบ เริ่มสูบบุหรี่เมื่อ ปี.....
13. ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่ หรือไม่
 1. ไม่สูบ (ข้ามไปตอบข้อ15.) 2. สูบเป็นบางวัน 3. สูบทุกวัน
14. ปริมาณการสูบโดยประมาณ จำนวน.....มวน ต่อวัน
15. คุณเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาก่อน หรือไม่ 1. ไม่เคย 2. เคยดื่ม เริ่มดื่มเมื่อ ปี....
16. ปัจจุบันคุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่
 1. ไม่ดื่ม 2. ดื่มเป็นบางวัน 3. ดื่มทุกวัน
17. ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยประมาณ จำนวน.....แก้ว ต่อวัน

แบบสอบถามชุดที่ 2 : ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานและกิจกรรมที่เป็นประจำ

1. สายงาน 1. สาย ก 2. สาย ข 3. สาย ค 4. อื่นๆ
2. สถานะภาพการจ้างงาน
 1. ข้าราชการ 2. พนักงานมหาวิทยาลัย 3. ลูกจ้างประจำ
 4. ลูกจ้างชั่วคราว 5. ลูกจ้างพิเศษ
3. วันที่เริ่มทำงานในตำแหน่งดังกล่าว/...../.....
4. คุณทำงานในตำแหน่งดังกล่าว เป็นระยะเวลาวันละ ชั่วโมง จำนวน.....วันต่อสัปดาห์
5. ใน 1 วัน ส่วนใหญ่ลักษณะงานของคุณ ตรงกับลักษณะต่อไปนี้เรียงตามลำดับ คือ (ใส่ตัวเลขในช่อง เรียงลำดับจากมากไปน้อย 1=ตรงมากที่สุด และ 8= ตรงน้อยที่สุด)

<input type="checkbox"/> 1. มีการสิ้นเสทือนทั้งร่างกาย	<input type="checkbox"/> 5. เดินต่อเนื่องกัน นานเกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน
<input type="checkbox"/> 2. มีการบิด/ เอี้ยวลำตัวบ่อยๆ	<input type="checkbox"/> 6. งานที่ต้องใช้แรงผลัก/ ดึงมากๆ
<input type="checkbox"/> 3. มีการก้มลำตัวบ่อยๆ	<input type="checkbox"/> 7. ยก/ หิ้วของหนัก มากกว่า 35 กิโลกรัม
<input type="checkbox"/> 4. ยืน ต่อเนื่องกัน นานเกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน	<input type="checkbox"/> 8. นั่งต่อเนื่องกัน นานเกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน

แบบสอบถามกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (Habitual Physical Activity)

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับกิจกรรมที่ท่านทำมากที่สุด

1. อาชีพหลักของท่าน คือ
2. ขณะทำงาน ท่านนั่งบ่อยแค่ไหน?

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 2. นานๆครั้ง	<input type="checkbox"/> 3. บางครั้ง	<input type="checkbox"/> 4. บ่อย	<input type="checkbox"/> 5. ตลอดเวลา
------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------
3. ขณะทำงาน ท่านยืนบ่อยแค่ไหน?

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 2. นานๆครั้ง	<input type="checkbox"/> 3. บางครั้ง	<input type="checkbox"/> 4. บ่อย	<input type="checkbox"/> 5. ตลอดเวลา
------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------
4. ขณะทำงาน ท่านเดินบ่อยแค่ไหน?

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 2. นานๆครั้ง	<input type="checkbox"/> 3. บางครั้ง	<input type="checkbox"/> 4. บ่อย	<input type="checkbox"/> 5. ตลอดเวลา
------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------
5. ขณะทำงาน ท่านยกของหนักบ่อยแค่ไหน?

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 2. นานๆครั้ง	<input type="checkbox"/> 3. บางครั้ง	<input type="checkbox"/> 4. บ่อย	<input type="checkbox"/> 5. บ่อยมาก
------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------
6. หลังเลิกงาน ท่านรู้สึกเหนื่อยบ่อยแค่ไหน?

<input type="checkbox"/> 1. บ่อยมาก	<input type="checkbox"/> 2. บ่อย	<input type="checkbox"/> 3. บางครั้ง	<input type="checkbox"/> 4. นานๆครั้ง	<input type="checkbox"/> 5. ไม่เคย
-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------
7. ขณะทำงาน ท่านมีเหงื่อออกบ่อยแค่ไหน?

<input type="checkbox"/> 1. บ่อยมาก	<input type="checkbox"/> 2. บ่อย	<input type="checkbox"/> 3. บางครั้ง	<input type="checkbox"/> 4. นานๆครั้ง	<input type="checkbox"/> 5. ไม่เคย
-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------
8. เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่อายุเท่ากับท่าน ท่านคิดว่างานที่ท่านทำหนักหรือเบากว่าแค่ไหน?

<input type="checkbox"/> 1. หนักกว่ามาก	<input type="checkbox"/> 2. หนักกว่า	<input type="checkbox"/> 3. หนักเท่ากัน	<input type="checkbox"/> 4. เบากว่า	<input type="checkbox"/> 5. เบากว่ามาก
---	--------------------------------------	---	-------------------------------------	--
9. ท่านเล่นกีฬาหรือไม่?

<input type="checkbox"/> 1. เล่น	<input type="checkbox"/> 2. ไม่เล่น
----------------------------------	-------------------------------------

ถ้าเล่น

- กีฬาที่ท่านเล่นบ่อยที่สุด คือ
- ท่านเล่นกีฬาที่ชั่วโมงต่อสัปดาห์?

1. น้อยกว่า 1 ชม. 2. 1-2 ชม. 3. 2-3 ชม. 4. 3-4 ชม. 5. มากกว่า 4 ชม.

- ท่านเล่นกีฬาที่เดือนต่อปี?

1. น้อยกว่า 1 เดือน 2. 1-3 เดือน 3. 4-6 เดือน 4. 7-9 เดือน 5. มากกว่า 9 เดือน

ถ้าท่านมีกีฬาอื่นที่เล่นรองลงมา

- กีฬาที่ท่านเล่นบ่อยรองลงมา คือ
- ท่านเล่นกีฬาที่ชั่วโมงต่อสัปดาห์?

1. น้อยกว่า 1 ชม. 2. 1-2 ชม. 3. 2-3 ชม. 4. 3-4 ชม. 5. มากกว่า 4 ชม.

- ท่านเล่นกีฬาที่เดือนต่อปี?

1. น้อยกว่า 1 เดือน 2. 1-3 เดือน 3. 4-6 เดือน 4. 7-9 เดือน 5. มากกว่า 9 เดือน

10. เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่อายุเท่ากับท่าน ท่านคิดว่างานที่ท่านทำในเวลาว่างมากหรือน้อยกว่าแค่ไหน?

1. มากกว่ามาก 2. มากกว่า 3. เท่ากัน 4. น้อยกว่า 5. น้อยกว่ามาก

11. ในเวลาว่าง ท่านมีเหงื่อออกบ่อยแค่ไหน?

1. บ่อยมาก 2. บ่อย 3. บางครั้ง 4. นานๆครั้ง 5. ไม่เคย

12. ในเวลาว่าง ท่านเล่นกีฬาบ่อยแค่ไหน?

1. ไม่เคย 2. นานๆครั้ง 3. บางครั้ง 4. บ่อย 5. บ่อยมาก

13. ในเวลาว่าง ท่านดูโทรทัศน์บ่อยแค่ไหน?

1. ไม่เคย 2. นานๆครั้ง 3. บางครั้ง 4. บ่อย 5. บ่อยมาก

14. ในเวลาว่าง ท่านเดินบ่อยแค่ไหน?

1. ไม่เคย 2. นานๆครั้ง 3. บางครั้ง 4. บ่อย 5. บ่อยมาก

15. ในเวลาว่าง ท่านปั่นจักรยานบ่อยแค่ไหน?

1. ไม่เคย 2. นานๆครั้ง 3. บางครั้ง 4. บ่อย 5. บ่อยมาก

16. ท่านใช้เวลากี่นาทีต่อวัน ในการเดินและ/หรือปั่นจักรยาน(เพื่อไปและกลับจากที่ทำงาน โรงเรียน และซื้อของ)?

1. น้อยกว่า 5 นาที 2. 5-15 นาที 3. 15-30 นาที 4. 30-45 นาที 5. มากกว่า 45 นาที

การคำนวณคะแนนกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ

การทำงาน = [(1)...+(6-(2)...)+(3)...+(4)...+(5)...+(6)...+(7)...+(8)...]/8 =

การออกกำลังกาย = [(9)...+(10)...+(11)...+(12)...]/4 =

เวลาว่าง = [(6-(13)...)+(14)...+(15)...+(16)...]/4 =

คะแนนรวม = คะแนนการทำงาน + การออกกำลังกาย + เวลาว่าง

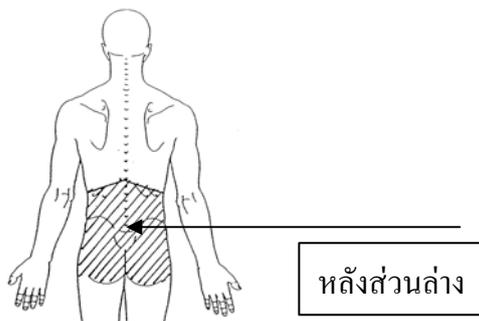
แบบสอบถามชุดที่ 3 : อาการปวดหลัง

กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับสภาวะของคุณมากที่สุด และไม่ต้องตอบคำถามหากอาการปวด

ดังกล่าวเกิดจาก การมีไข้ หรือ ปวดประจำเดือน

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

1. คุณเคยมีอาการปวดหลังส่วนล่าง (บริเวณที่แรเงา) หรือไม่



1. ไม่เคย 2. เคย

2. ถ้า “เคย” อาการปวดหลังส่วนล่างดังกล่าว มากจนจำกัดการทำกิจวัตรประจำวัน หรือ รบกวนกิจกรรมที่ทำตามปกติเป็นเวลามากกว่า 1 วัน ใช่หรือไม่

1. ไม่ใช่ 2. ใช่

3. อาการปวดดังกล่าว ปวดร้าวลงไปบริเวณขา หรือไม่

1. ไม่ใช่ 2. ใช่

4. ถ้า “ใช่” อาการปวดดังกล่าวกระจายลงไปต่ำกว่าบริเวณเข่า หรือไม่

1. ไม่ใช่ 2. ใช่

5. หากคุณมีอาการปวดหลังส่วนล่างดังกล่าว ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา กรุณาระบุระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่าง แบ่งระดับความปวด ตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากจนไม่สามารถอธิบายได้ (กรุณา \bigcirc ตัวเลขที่เป็นคำตอบของคุณ)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่มีอาการปวดเลย ปวดมากจนไม่สามารถอธิบายได้

6. การทำกิจวัตรประจำวัน หรือการเปลี่ยนท่าทาง ทำอาการปวดหลังส่วนล่างดังกล่าว แย่ลงหรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่

7. คุณมีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ หรือ มีปัสสาวะเล็ด หรือไม่

1. ไม่มี 2. มี

8. คุณสูญเสียการรับความรู้สึกบริเวณรอบอวัยวะเพศ หรือไม่
 1. ไม่ 2. ใช่
9. คุณเคยได้รับอุบัติเหตุรถยนต์อย่างรุนแรงหรือไม่
 1. ไม่เคย 2. เคย ระบุ เดือน.....ปี.....
10. คุณเคยได้รับอุบัติเหตุตกจากที่สูงอย่างรุนแรงหรือไม่
 1. ไม่เคย 2. เคย โปรดระบุ เดือน.....ปี.....
11. คุณเคยมีประวัติเกี่ยวกับโรคมะเร็ง หรือเนื้องอก หรือไม่
 1. ไม่เคย 2. เคย โปรดระบุ เดือน.....ปี.....
12. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณน้ำหนักลดลงอย่างผิดปกติหรือไม่
 1. ไม่ใช่ 2. ใช่
13. คุณมีอาการชา หรือกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง หรือไม่
 1. ไม่มี 2. มี
14. กระดูกสันหลังของคุณมีการยึดติดแข็งจนทำให้ก้มหลังลำบาก หรือไม่
 1. ไม่มี 2. มี
15. คุณใช้ยาอะไรอยู่เป็นประจำหรือไม่
 ไม่ใช่ ใช่ โปรดระบุ.....
16. คุณมีอาการปวดรบกวนการนอน จนทำให้ต้องตื่นตอนกลางคืนหรือไม่
 1. ไม่ใช่ 2. ใช่
17. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกหดหู่มากแค่ไหน
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่มีรู้สึกหดหู่เลย รู้สึกหดหู่มากที่สุด
18. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกเครียดมากแค่ไหน
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่มีรู้สึกเครียดเลย รู้สึกเครียดมากที่สุด
19. คุณพึงพอใจในงานปัจจุบันของคุณมากแค่ไหน
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่มีรู้สึกพึงพอใจเลย รู้สึกพึงพอใจมากที่สุด
20. คุณได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานมากแค่ไหน
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด
21. คุณรู้สึกว่า คุณสามารถควบคุมการทำงานของตนเองได้มากแค่ไหน
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่ได้สามารถควบคุมได้เลย ควบคุมได้ดีมากที่สุด

แบบสอบถามชุดที่ 4

Modified Oswestry low back pain disability questionnaire (ภาคภาษาไทย)

แบบสอบถามนี้ จัดทำเพื่อให้ผู้รักษาของท่านเข้าใจผลกระทบของอาการปวดหลังของท่านที่มีต่อชีวิตประจำวัน กรุณาตอบคำถามทุกข้อ โดยการขีด ✓ ในช่อง □ หน้าข้อความเพียงข้อเดียวที่จะบอกสภาพของคุณในวันนี้ได้ดีที่สุด เราทราบว่าท่านอาจจะรู้สึกว่ามี 2 ข้อความในข้อนั้นที่อาจจะตรงกับสภาพของคุณ แต่กรุณาขีดเครื่องหมายในที่ว่างด้านหน้าข้อความที่ใกล้เคียงกับสภาพในปัจจุบันของคุณมากที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ระดับความเจ็บปวด

- 1. สามารถทนปวดได้ โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด
- 2. มีอาการปวดมาก แต่จัดการได้โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด
- 3. ยาแก้ปวดทำให้หายปวดโดยสิ้นเชิง
- 4. ยาแก้ปวดทำให้หายปวดได้ในระดับปานกลาง
- 5. ยาแก้ปวดทำให้หายปวดได้เล็กน้อย
- 6. ยาแก้ปวดไม่มีผลต่ออาการปวด

2. การดูแลตัวเอง (อาทิเช่น การทำความสะอาด, การแต่งตัว)

- 1. ดูแลตัวเองได้ตามปกติ โดยไม่ทำให้อาการปวดเพิ่มขึ้น
- 2. ดูแลตัวเองได้ตามปกติ แต่มันทำให้อาการปวดเพิ่มขึ้น
- 3. ปฏิบัติได้ช้าๆ โดยมีอาการปวด และต้องระมัดระวัง
- 4. ต้องการความช่วยเหลือ แต่ก็สามารถจัดการธุระส่วนตัวส่วนใหญ่ได้
- 5. ต้องการความช่วยเหลือทุกวัน สำหรับธุระส่วนตัวเกือบทุกเรื่อง
- 6. แต่งตัวไม่ได้เลย อาบน้ำด้วยความลำบาก และอยู่แต่ที่เตียงนอน

3. การยกของ

- 1. ยกของหนักได้โดยที่อาการปวดไม่เพิ่มขึ้น
- 2. ยกของหนักได้ แต่มันทำให้อาการปวดเพิ่มขึ้น
- 3. อาการปวดเป็นอุปสรรคในการยกของหนักขึ้นจากพื้น แต่ก็ยกได้ ถ้าของที่มีย่าน้ำหนักมาก ถูกจัดวางให้สะดวกในการยก (เช่นของตั้งบนโต๊ะ)
- 4. อาการปวดเป็นอุปสรรคในการยกของหนัก แต่ก็ยกได้ ถ้าของที่มีย่าน้ำหนักไม่มากนัก ถูกจัดวางให้สะดวกในการยก
- 5. ยกได้แต่ของที่เบา
- 6. ไม่สามารถยกหรือถืออะไรได้เลย

4. การเดิน

- 1. อาการปวดไม่เป็นอุปสรรคในการเดินไกลๆ
- 2. อาการปวดทำให้เดินได้ไม่เกิน 1 กิโลเมตร
- 3. อาการปวดทำให้เดินได้ไม่เกิน 500 เมตร
- 4. อาการปวดทำให้เดินได้ไม่เกิน 250 เมตร
- 5. เดินได้โดยใช้ไม้ค้ำยันหรือไม้เท้าเท่านั้น
- 6. อยู่แต่เตียงเกือบตลอดเวลาและต้องคลานไปเข้าห้องน้ำ

5. การนั่ง

- 1. นั่งบนเก้าอี้แบบไหนก็ได้ นานเท่าที่ต้องการ
- 2. นั่งบนเก้าอี้แบบที่ชอบเท่านั้น นานเท่าที่ต้องการ
- 3. อาการปวดทำให้นั่งได้นานไม่เกิน 1 ชั่วโมง
- 4. อาการปวดทำให้นั่งได้นานไม่เกิน ครึ่งชั่วโมง
- 5. อาการปวดทำให้นั่งได้นานไม่เกิน 10 นาที
- 6. อาการปวดทำให้นั่งไม่ได้เลย

6. การยืน

- 1. ยืนได้นานเท่าที่ต้องการโดยที่อาการปวดไม่เพิ่มขึ้น
- 2. ยืนได้นานเท่าที่ต้องการ แต่มันทำให้อาการปวดเพิ่มขึ้น
- 3. อาการปวดทำให้ยืนได้นานไม่เกิน 1 ชั่วโมง
- 4. อาการปวดทำให้ยืนได้นานไม่เกิน ครึ่งชั่วโมง
- 5. อาการปวดทำให้ยืนได้นานไม่เกิน 10 นาที
- 6. อาการปวดทำให้ยืนไม่ได้เลย

7. การนอน

- 1. อาการปวดไม่เป็นอุปสรรคต่อการนอนเต็มอิม
- 2. นอนได้เต็มอิม แต่ต้องทานยาแก้ปวด
- 3. แม้ว่าได้ทานยา ก็นอนได้น้อยกว่า 6 ชั่วโมง
- 4. แม้ว่าได้ทานยา ก็นอนได้น้อยกว่า 4 ชั่วโมง
- 5. แม้ว่าได้ทานยา ก็นอนได้น้อยกว่า 2 ชั่วโมง
- 6. อาการปวดทำให้นอนไม่หลับเลย

8. การเข้าสังคม

- 1. การใช้ชีวิตในสังคมเป็นปกติ และไม่ทำให้อาการปวดเพิ่มขึ้น
- 2. การใช้ชีวิตในสังคมเป็นปกติ แต่มันเพิ่มระดับความเจ็บปวด
- 3. อาการปวดเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก (เช่น กีฬา, การเดินร่ำ)
- 4. อาการปวดเป็นอุปสรรคในการออกไปข้างนอกบ่อยๆ
- 5. อาการปวดจำกัดการใช้ชีวิตในสังคม ให้อยู่แต่ในบ้าน
- 6. แทบไม่มีการเข้าสังคม เนื่องจากอาการปวด

9. การเดินทาง

- 1. เดินทางไปได้ทุกแห่งโดยอาการปวดไม่เพิ่มขึ้น
- 2. เดินทางไปได้ทุกแห่ง แต่มันทำให้อาการปวดเพิ่มขึ้น
- 3. อาการปวดจำกัดการเดินทางที่เกิน 2 ชั่วโมง
- 4. อาการปวดจำกัดการเดินทางที่เกิน 1 ชั่วโมง
- 5. อาการปวดจำกัดการเดินทาง โดยเดินทางได้ในระยะสั้นที่ไม่เกินครึ่งชั่วโมง
- 6. อาการปวดเป็นอุปสรรคต่อการเดินทางทั้งหมด ยกเว้นการไปพบแพทย์ / นักกายภาพบำบัด หรือไปโรงพยาบาล

10. การทำงาน / งานบ้าน

- 1. งานบ้าน / กิจกรรมทางการงาน ไม่ทำให้เกิดอาการปวด
- 2. งานบ้าน / กิจกรรมทางการงาน เพิ่มอาการปวด แต่สามารถทำงานที่ต้องการทำทั้งหมดได้
- 3. ทำงานบ้าน / ภาระงานส่วนใหญ่ได้ แต่อาการปวดเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมที่มีความเครียดทางกายเพิ่มขึ้น (เช่น การยกของ, การตูดฝุ่น)
- 4. อาการปวดเป็นอุปสรรคในการทำสิ่งใดๆ ยกเว้นภาระงานที่เบา
- 5. อาการปวดเป็นอุปสรรค แม้แต่ภาระงานที่เบา
- 6. อาการปวดเป็นอุปสรรคในการทำงานใดๆหรืองานบ้านประจำ