

## Якість життя при саркопенії

Цей опитувальник визначить ступінь тяжкості саркопенії, яка проявляється м'язовою слабкістю в процесі старіння. Саркопенія може впливати на Ваше повсякденне життя. Це дослідження дозволить з'ясувати, чи впливає стан Ваших м'язів на якість життя в даний час.

Будь ласка, виберіть найбільш правильну відповідь на кожне запитання. Анкетування повинно займати у Вас близько 10 хвилин.

### 1. Чи відчуваєте Ви на даний момент зменшення/зниження:

	Так	Дещо	Трохи	Ні
сили у Ваших руках?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
сили в ногах?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вашої м'язової маси?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вашої енергії?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
фізичних можливостей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
загальної гнучкості?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Чи є у Вас болі в м'язах?

Часто

Іноді

Рідко

Ніколи

3. При виконанні **легких** фізичних вправ (повільна ходьба, прасування одягу, витирання пилу, миття посуду, поливання городу, саду та ін.), Ви:

	Часто	Інколи	Рідко	Ніколи	Я не виконую ці види фізичної діяльності
відчуваєте труднощі?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
втомлюєтеся?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
відчуваєте біль?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. При виконанні **помірної** фізичної активності (швидка ходьба, миття вікон, вбирання дому за допомогою пилососа, миття автомобіля, вбирання бур'яну в саду та ін.), Ви:

	Часто	Інколи	Рідко	Ніколи	Я не виконую ці види фізичної діяльності
відчуваєте труднощі?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
втомлюєтеся?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
відчуваєте біль?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. При проведенні **інтенсивних** фізичних навантажень (біг, піші прогулянки на далекі відстані, підняття важких предметів, переміщення меблів, копання саду та ін.), Ви:

	Часто	Інколи	Рідко	Ніколи	Я не виконую ці види фізичної діяльності
відчуваєте труднощі?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
втомлюєтеся?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
відчуваєте біль?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Чи відчуваєте Ви себе старим/старою в даний час?

Так, дуже

Так, не дуже

Так, трохи

Зовсім ні

7. Якщо Ви відповіли "Так" на запитання № 6, то дайте відповідь: що Вам дає привід так думати? (виберіть стільки відповідей, скільки вважаєте за потрібне)

Я відчуваю легке нездужання

Я вживаю багато ліків

Я відчуваю слабкість в м'язах

У мене проблеми з пам'яттю

Мені довелося зіткнутися зі смертю кількох близьких мені людей

Я не маю багато енергії, я швидко втомлююся

У мене поганий зір

Інші причини:

8. Чи вважаєте Ви себе фізично слабким/слабкою?

Так, дуже

Так, не дуже

Так, трохи

Зовсім ні

9. Чи відчуваєте Ви, що обмежені в:

	Так, дуже	Так, не дуже	Так, трохи	Зовсім ні
часі, який можете витратити на прогулянки?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
тому, як часто Ви виходите гуляти?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
відстані, яку можете пройти?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
швидкості, з якою Ви можете ходити?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
довжині кроків?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Коли Ви прогулюєтесь:

	Часто	Інколи	Рідко	Ніколи	Я не прогулююсь
чи відчуваєте себе дуже втомленим?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
чи потрібно Вам присісти відпочити, щоб відновитися?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
чи важко для Вас досить швидко переходити дорогу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
чи важко для Вас ходити по нерівних поверхнях?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Чи виникають у Вас проблеми з рівновагою?

- Часто
- Іноді
- Рідко
- Ніколи

12. Як часто Ви падаєте?

- Дуже часто
- Іноді
- Рідко
- Ніколи

13. Чи вважаєте Ви, що Ваша зовнішність змінилася?

- Так, дуже
- Так, не дуже
- Так, трохи
- Зовсім ні

14. Якщо Ви відповіли "Так" на запитання № 13, то що саме Ви маєте на увазі?  
(виберіть стільки відповідей, скільки вважаєте за потрібне):

- Зміна ваги (зменшення чи збільшення)
- Поява зморшок
- Зменшення зросту
- Втрата м'язової маси
- Випадіння волосся
- Поява сивого волосся
- Інші причини:

15. Якщо Ви відповіли "Так" на запитання № 13, чи засмучені Ви від цього?

- Так, дуже
- Так, не дуже
- Так, трохи
- Зовсім ні

16. Чи відчуваєте Ви себе кволим?

Дуже

Трохи

Зовсім ні

17. Чи є у Вас труднощі з виконанням повсякденної діяльності будь-якого виду з перелічених:

	Не можу виконати це завдання	Значні труднощі	Невеликі складності	Ніяких труднощів	Не виконую цей вид діяльності
Піднятися сходами на один поверх?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Піднятися на кілька поверхів?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пройти кілька кроків без допомоги перил?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сідати навпочіпки або ставати на коліна?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Схилитися донизу, щоб підняти об'єкт предмет з підлоги?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вставати з підлоги, ні за що не тримаючись?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вставати з низького стільця без підлокітників?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Змінювати положення з сидячого на стояче?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Переносити важкі предмети (великі сумки, важкі покупки, каструлю, наповнену водою та ін.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Відкривати пляшку або банку?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Користуватися громадським транспортом?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Входити і виходити з автомобіля?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Робити покупки?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Виконувати хатню роботу (заправляти ліжко, пирососити, прасувати, мити посуд та ін.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Чи обмежує Ваша м'язова слабкість рухи?

- Так, дуже
- Так, недуже
- Так, трохи
- Зовсім ні

19. Якщо Ви відповіли "Так" на запитання № 18, то з яких саме причин?  
(виберіть стільки відповідей, скільки вважаєте за потрібне)

- Страх відчувати біль
- Страх, що Вам може не вдатись
- Страх втомитися після цієї діяльності
- Страх падіння
- Інші причини:

20. Чи обмежує м'язова слабкість Ваше сексуальне життя?

- Я не є сексуально активним/активною
- Так, повністю
- Так, незначно
- Так, дещо обмежує
- Ні, зовсім не обмежує

21. Як змінилася Ваша участь у фізичній діяльності/спорті?

- Збільшилася
- Зменшилася
- Без змін
- Я ніколи не брав/брала участь у фізичній або спортивній діяльності

22. Чи змінилися, і як саме, спосіб та інтенсивність Ваших занять на дозвіллі  
(відвідання кав'ярні, заняття садівництвом, майструванням, полюванням, рибальством,  
участь у спільнотах літніх людей, гра в бридж, прогулянки та ін.)?

- Збільшилася
- Зменшилася
- Без змін
- Я ніколи цим не займався/займалася