

کیفیت زندگی در سارکوپنی

همراه با افزایش سن، عضلات هم دچار کاهش قدرت و عملکرد می شوند که به این **ضعف عضلانی ناشی از افزایش سن سارکوپنی** گفته می شود. این پرسشنامه حاوی سوالاتی است که پاسخ دقیق شما به ما کمک می کند تا اطلاعاتی از وضعیت عضلاتتان و تأثیر احتمالی آن بر **کیفیت زندگی** شما بدست آوریم.

بنابراین از شما درخواست می کنیم که تنها با صرف ۱۰ دقیقه از وقتتان و **پاسخ دقیق** به هر سوال ما را در ارائه خدمات دقیق تر یاری نمایید.

۱. لطفاً اگر توانایی بدنی شما در هر یک از موارد زیر کاهش پیدا کرده میزان آن را بر اساس پاسخ های پیشنهادی ذکر نمایید؟

بدون تغییر	اندکی کاهش یافته	تا حدودی کاهش یافته	خیلی زیاد کاهش یافته	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قدرت بازوهایتان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قدرت پاهایتان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حجم کلی عضلات بدن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	میزان کلی انرژی بدن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	توانایی کلی بدنتان در انجام کارها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	میزان انعطاف پذیری کلی بدنتان

۲. در چه مواقعی در عضلاتتان احساس درد می کنید؟

<input type="checkbox"/>	اغلب مواقع
<input type="checkbox"/>	گاهی اوقات
<input type="checkbox"/>	به ندرت
<input type="checkbox"/>	هیچ وقت

۳

در حین انجام کارهای **سبک** روزمره تان دچار احساسات زیر می شوید؟ منظور ما از کارهای سبک شامل آهسته قدم زدن، اتو کردن لباس، گردگیری، استحمام، آب دادن به باغچه یا دیگر امورات روزانه تان است. آیا شما:

اغلب مواقع	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	من این کارها را خودم انجام نمی دهم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

احساس دشواری می کنید؟

احساس خستگی می کنید؟

احساس درد می کنید؟

۴

در حین انجام کارهایی با شدت **متوسط** چه مواقعی دچار احساسات زیر می شوید؟ منظور ما از کارهای متوسط شامل تند راه رفتن، تمیز کردن پنجره ها، کشیدن جارو برقی، شستن اتومبیل، تمیز کردن باغچه یا کارهایی با این شدت می باشند. آیا شما:

اغلب مواقع	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	من این کارها را خودم انجام نمی دهم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

احساس دشواری می کنید؟

احساس خستگی می کنید؟

احساس درد می کنید؟

۵

در حین انجام کارهای **سنگین** چه مواقعی دچار احساسات زیر می شوید؟ منظور ما از این کارهای سنگین شامل دویدن، پیاده روی طولانی، بلند کردن اجسام و بارهای سنگین، جابجا کردن مبلمان منزل، بیل زدن باغچه یا کارهایی با این شدت می باشد. آیا شما:

اغلب مواقع	گاهی اوقات	به ندرت	هیچ وقت	من این کارها را خودم انجام نمی دهم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

احساس دشواری می کنید؟

احساس خستگی می کنید؟

احساس درد می کنید؟

۶

در حال حاضر چه احساسی در مورد پیری دارید؟

کاملاً احساس پیری می کنم

تا حدودی احساس پیری می کنم

کمی احساس پیری می کنم

اصلاً احساس پیری نمی کنم

۷. اگر به هر ترتیبی احساس پیری را تجربه کرده اید به نظر شما این حس به چه علتی بوده است؟
(هر تعداد گزینه که مایل هستید را می توانید انتخاب کنید)

چون به راحتی مریض می شوم

داروهای زیادی مصرف می کنم

در عضلاتم ضعف احساس می کنم

مشکل کاهش حافظه دارم

چون شاهد مرگ افراد زیادی از نزدیکانم بوده ام

اغلب مواقع خسته ام و انرژی زیادی برایم باقی نمانده است

بینایی ام کم شده است

موارد دیگر (لطفاً ذکر کنید):

۸. آیا از لحاظ توانایی بدنی ضعیف هستید؟

بله، احساس ضعف بدنی دارم

بله، تا حدودی احساس ضعف بدنی دارم

بله، کمی احساس ضعف بدنی دارم

نه، اصلاً احساس ضعف بدنی ندارم

۹. در هنگام پیاده روی در هر مورد چه احساس محدودیتی دارید:

اصلاً	اندکی	تا حدودی	تا حد زیاد	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مدت زمانی که می توانید پیاده راه بروید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تعداد دفعاتی که برای پیاده روی می روید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مسافتی که می توانید پیاده روی کنید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	در سرعت پیاده روی دچار محدودیت هستید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طول قدم هایتان (یعنی مجبورید قدم های کوتاه بردارید)؟

۱۰. در هنگام پیاده روی در چه مواقعی با هر یک از موارد زیر مواجه می شوید یا این احساس را تجربه می کنید:

اغلب مواقع	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	قادر به پیاده روی نیستم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	احساس خستگی بیش از حد دارید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	برای خستگی در کردن، باید مرتباً بنشینید تا بتوانید ادامه دهید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا نمی توانید با سرعت کافی از عرض خیابان رد شوید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	در عبور از سطوح ناهموار دچار مشکل هستید؟

۱۱. آیا در حالت ایستاده برای حفظ تعادلتان جهت اجتناب از زمین خوردن مشکل دارید؟

- اغلب مواقع
-
- گاهی اوقات
-
- به ندرت
-
- هیچ وقت
-

۱۲. چند وقت یک بار زمین می خورید؟

- بسیار زیاد
-
- گاهی اوقات
-
- به ندرت
-
- هیچ وقت
-

۱۳. آیا تصور می کنید که ظاهر فیزیکی شما تغییر کرده است؟

- بله، به میزان زیادی تغییر کرده است
-
- بله، تا حدودی تغییر کرده است
-
- بله، اندکی تغییر کرده است
-
- اصلاً تغییری نکرده است
-

۱۴. در صورتیکه احساس می کنید که ظاهر فیزیکی شما تغییر کرده است، این تغییرات به چه صورت بوده است؟

- (هر تعداد گزینه که مایل هستید را می توانید انتخاب کنید)
- وزنتان تغییر کرده است (وزن، اضافه یا کم کرده اید)
-
- متوجه وجود چروک هایی در ظاهران شده اید
-
- قدتان کوتاه شده است
-
- حجم عضلاتتان کاهش یافته است
-
- ریزش مو داشته اید
-
- مویتان سفید یا خاکستری شده است
-
- موارد دیگر (لطفاً بنویسید):
-

۱۵. در صورتیکه احساس می کنید که ظاهر فیزیکی شما تغییر کرده است، آیا از این تغییرات ناراحت هستید؟

- بله، خیلی زیاد
-
- بله، تا حدودی
-
- بله، کمی
-
- نه، اصلاً
-

آیا احساس ضعف و خستگی دارید؟

۱۶

بله، خیلی زیاد

بله، کمی

نه، اصلا

آیا در حال حاضر در انجام فعالیت های روزانه زیر دچار مشکل هستید:

۱۷

از فعالیت های روزمره من نیست	بدون هیچ دشواری	کمی برآم سخت است	خیلی سخت انجام می دهم	قادر به انجام آن نیستم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	یک طبقه بالا رفتن از طریق راه پله ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	چندین طبقه بالا رفتن از طریق راه پله؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بالا رفتن از یک یا چند پله بدون استفاده از نرده ها ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	چهار زانو نشستن؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خم شدن به جلو یا پایین برای برداشتن چیزی از روی زمین؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلند شدن از زمین بدون گرفتن جایی یا تکیه کردن به چیزی؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلند شدن از صندلی کوتاه بدون دسته؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بطور کلی بلند شدن از حالت نشسته به حالت ایستاده؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حمل کردن اجسام سنگین (کیسه های بزرگ و پر از خرید، قابلمه پر از آب و غیره)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	باز کردن در بطری یا شیشه؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سوار و پیاده شدن از ماشین؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انجام خرید روزانه؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انجام کارهای منزل (مرتب کردن رختخواب، جاروبرقی کشیدن، اتو کردن، شستن ظرفها و غیره)؟

۱۸. آیا ضعف عضلانی شما ، باعث محدودیت در حرکاتتان می شود؟

- بله، خیلی زیادی
-
- بله، تا حدودی
-
- بله، اندکی
-
- نه، اصلاً

۱۹. اگر ضعف عضلانی دارید که سبب محدودیت در حرکتتان می شود، فکر می کنید علت این محدودیت چیست؟

(هر تعداد گزینه که مایل هستید را می توانید انتخاب کنید)

- ترس از ایجاد درد
-
- ترس از اینکه قادر به انجام آن نباشید
-
- ترس از احساس خستگی پس از انجام چنین فعالیت هایی
-
- ترس از افتادن
-
- سایر موارد: (لطفاً بنویسید)

۲۰. آیا ضعف عضلات ، باعث محدودیت در زندگی جنسی (زناشویی) شما می شود؟

- فعالیت جنسی ندارم
-
- بله، کاملاً
-
- بله، تا حدودی
-
- بله، اندکی
-
- نه، اصلاً

۲۱. آیا میزان مشارکت شما در فعالیت های فیزیکی/ورزشی تغییر کرده است؟

- افزایش داشته
-
- کم شده است
-
- بدون تغییر
-
- تا حالا در فعالیت های فیزیکی یا ورزشی شرکت نداشته ام.

۲۲. آیا میزان مشارکت شما در فعالیت های تفریحی یا اوقات فراغت (مثل بیرون رفتن برای غذا خوردن، باغبانی، انجام کارهای

روزانه منزل، شکار/ماهگیری، رفتن به باشگاه و پارک، ورق (تخته) بازی کردن، پیاده روی کردن و غیره) تغییری کرده

است؟

- افزایش داشته است
-
- کم شده است
-
- بدون تغییر
-
- تا حالا در فعالیت های اوقات فراغت یا تفریحی شرکت نکرده ام