

Kwaliteit van leven bij sarcopenie

Deze vragenlijst gaat over sarcopenie.

Het betreft een leeftijdsgebonden spierzwakte die uw dagelijkse leven kan beïnvloeden. Dankzij deze vragenlijst kunnen wij vaststellen of deze spierzwakte uw huidige levenskwaliteit beïnvloedt.

Gelieve bij elke vraag het meest geschikte antwoord aan te kruisen. Het invullen van deze vragenlijst neemt ongeveer 10 minuten in beslag.

1. Ervaart u momenteel een vermindering van:

	Veel	Matig	Weinig	Helemaal niet
De kracht in uw armen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De kracht in uw benen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uw spiermassa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uw energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uw lichamelijke mogelijkheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De lenigheid van uw spieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ervaart u spierpijn?

Vaak

Af en toe

Zelden

Nooit

3. Ervaart u bij **lichte** lichamelijke inspanningen (traag wandelen, strijken, afstoffen, afwassen, knutselen, bladeren bijeenharken, de tuin sproeien met de tuinslang, enz.):

	Vaak	Af en toe	Zelden	Nooit	Ik doe nooit dergelijke lichamelijke inspanningen
Moeite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermoeidheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Ervaart u bij **matige** lichamelijke inspanningen (snel wandelen, de ramen lappen, stofzuigen, de auto wassen, onkruid wieden in de tuin, enz.):

	Vaak	Af en toe	Zelden	Nooit	Ik doe nooit dergelijke lichamelijke inspanningen
Moeite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermoeidheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Ervaart u bij **zware** lichamelijke inspanningen (rennen, een lange wandeling maken, zware voorwerpen optillen, verhuizen, de tuin omspitten, enz.):

	Vaak	Af en toe	Zelden	Nooit	Ik doe nooit dergelijke lichamelijke inspanningen
Moeite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermoeidheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Voelt u zich momenteel "oud"?

- Ja, helemaal
- Ja, matig
- Ja, een beetje
- Neen, helemaal niet

7. Indien ja, wat geeft u dit gevoel?

(Meerdere antwoorden mogen aangekruist worden)

- Ik word gemakkelijker ziek
- Ik neem meer geneesmiddelen
- Ik ervaar spierzwakte
- Ik heb problemen met mijn geheugen
- Meerdere van mijn naasten zijn overleden
- Ik heb minder energie, ik voel mij vaker vermoeid
- Ik zie minder goed
- Andere:

8. Voelt u zich lichamelijk zwak?

- Helemaal
- Matig
- Weinig
- Helemaal niet

9. Ervaart u momenteel:

	Veel	Matig	Weinig	Helemaal niet
Dat u minder lang wandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dat u minder vaak te voet het huis verlaat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dat u minder ver wandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dat u trager wandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dat u kleinere passen neemt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wanneer u wandelt...

	Vaak	Af en toe	Zelden	Nooit	Ik wandel niet meer
Ervaart u een grote vermoeidheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moet u regelmatig gaan zitten om terug op krachten te komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt u moeilijkheden om voldoende snel de straat over te steken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt u moeilijkheden op een oneffen ondergrond?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Hebt u evenwichtsproblemen?

- Vaak
- Af en toe
- Zelden
- Nooit

12. Valt u wel eens?

- Vaak
- Af en toe
- Zelden
- Nooit

13. Hebt u de indruk dat uw uiterlijk of lichamelijk voorkomen veranderd is?

- Ja, helemaal
- Ja, matig
- Ja, een beetje
- Neen, helemaal niet

14. Indien ja, op welke manier?

(Meerdere antwoorden mogen aangekruist worden)

- Gewichtsverandering (toename of afname)
- Het verschijnen van rimpels
- Afname van de lichaamslengte
- Verlies van spiermassa
- Haaruitval
- Het verschijnen van grijze/witte haren
- Andere:

15. Indien ja, ervaart u deze verandering als storend?

- Erg
- Matig
- Weinig
- Helemaal niet

16. Voelt u zich kwetsbaar?

- Erg
- Een beetje
- Helemaal niet

17. Ervaart u momenteel moeite bij het uitvoeren van de volgende activiteiten van het dagelijkse leven:

	Totaal onmogelijk	Veel moeite	Weinig moeite	Geen moeite	Ik doe nooit dergelijke activiteiten
Eén verdieping hoger gaan met de trap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meerdere verdiepingen hoger gaan met de trap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eén of meerdere treden opgaan zonder de trapleuning te gebruiken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hurken of knielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zich bukken of voorover buigen om iets op te rapen van de grond?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtkomen van de grond zonder op iets te steunen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opstaan uit een lage zetel of een stoel zonder armluning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In het algemeen, bij het opstaan vanuit zit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het dragen van zware voorwerpen? (grote boodschappentas, kookpot gevuld met water, enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het openen van een fles of bokaal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruik maken van het openbaar vervoer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In of uit de wagen stappen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uw boodschappen doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huishoudelijke taken zoals het bed opmaken, stofzuigen, strijken, afwassen, enz.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Beperkt u uw bewegingen of activiteiten omwille van uw spierzwakte?

- Ja, erg
- Ja, matig
- Ja, weinig
- Neen, helemaal niet

19. Indien ja, waarom? (Meerdere antwoorden mogen aangekruist worden)

- Uit vrees uzelf te bezeren
- Uit vrees het niet te kunnen
- Uit vrees vermoeid te zijn na deze activiteit(en)
- Uit vrees te vallen
- Andere:

20. Beperkt uw spierzwakte de voldoening die u uit uw seksleven haalt?

- Ik heb niet (meer) de mogelijkheid om seksueel actief te zijn
- Erg
- Matig
- Een beetje
- Helemaal niet

21. Hebt u uw lichamelijke of sportieve activiteiten veranderd?

- Toegenomen
- Afgenomen
- Niet veranderd
- Ik heb nooit aan lichaamsbeweging of sport gedaan

22. Hebt u uw vrijetijdsbesteding (op restaurant gaan, tuinieren, knutselen, jagen/vissen, seniorenvereniging, bridge, wandelingen, enz.) veranderd?

- Toegenomen
- Afgenomen
- Niet veranderd
- Ik heb nooit aan vrijetijdsbesteding gedaan