

### Качество жизни при саркопении

Этот опросник задает вопросы о саркопении – мышечной слабости, появляющейся с возрастом. Саркопения может оказывать влияние на Вашу повседневную жизнь. Это исследование позволит нам выявить, как состояние Ваших мышц влияет на качество Вашей жизни.

Пожалуйста, выберите наиболее подходящий ответ на каждый вопрос. Заполнение опросника займет у Вас примерно 10 минут.

#### 1. Чувствуете ли Вы в настоящее время, что у Вас есть снижение:

	Очень	В какой-то степени	Немного	Совсем нет
Силы в руках?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Силы в ногах?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мышечной массы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Энергии?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Физических возможностей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ловкости?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2. Ощущаете ли Вы боль в мышцах?

Часто

Иногда

Редко

Никогда

3. При **легкой** физической нагрузке (медленно ходить, гладить белье, вытирать пыль, мыть посуду, выполнять мелкий ремонт по дому – починить кран, подклеить обои; поливать в огороде и др.), испытываете ли Вы:

	Часто	Временами	Редко	Никогда	Я не выполняю эти типы физической активности
Трудности?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Устаете?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Чувствуете боль?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. При **умеренной** физической нагрузке (быстро ходить, мыть окна, пылесосить, мыть машину, полоть сорняки в огороде и др.), испытываете ли Вы:

	Часто	Временами	Редко	Никогда	Я не выполняю эти типы физической активности
Трудности?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Устаете?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Чувствуете боль?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. При **интенсивной** физической нагрузке (бег, быстрая ходьба, подъем тяжелых предметов, передвижение мебели, вскапывание в огороде и др.), испытываете ли Вы:

	Часто	Временами	Редко	Никогда	Я не выполняю эти типы физической активности
Трудности?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Устаете?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Чувствуете боль?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Чувствуете ли Вы себя старым (старой)?

- Да, очень
- Да, в какой-то степени
- Да, немного
- Нет, совсем нет

7. Если в вопросе 6 Вы ответили «Да», что заставило Вас так думать?  
(Выберите любое количество ответов)

- Мое самочувствие легко меняется в худшую сторону
- Я принимаю много лекарств
- Я чувствую слабость в мышцах
- У меня проблемы с памятью
- Мне пришлось столкнуться со смертью близких
- У меня мало сил, я быстро устаю
- У меня плохое зрение
- Другое:

8. Чувствуете ли Вы себя физически слабым (слабой)?

- Очень
- В какой-то степени
- Немного
- Совсем нет

9. Чувствуете ли Вы ограничения в следующем:

	Очень	В какой-то степени	Немного	Совсем нет
Продолжительности пеших прогулок	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Частоте пеших прогулок	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Расстоянии, которое Вы можете пройти	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Скорости, с которой Вы можете ходить	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Длине Вашего шага	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. При ходьбе:

	Часто	Временами	Редко	Никогда	Я не могу гулять
Чувствуете ли Вы себя очень уставшим?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вынуждены ли Вы регулярно садиться, чтобы отдохнуть?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сложно ли Вам достаточно быстро перейти улицу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сложно ли Вам ходить по неровной поверхности?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Сложно ли Вам удержать равновесие?

Часто

Временами

Редко

Никогда

12. Как часто Вы падаете?

Часто

Временами

Редко

Никогда

13. Как Вы думаете, изменилась ли Ваша внешность?

Да, очень

Да, в какой-то степени

Да, немного

Нет, совсем нет

14. Если на вопрос 13 Вы ответили «Да», то в чем это проявляется? (Выберете любое количество ответов)

Изменился вес (Вы прибавили или потеряли в весе)

Появились морщины

Снизился рост

Уменьшилась мышечная масса

Стали выпадать волосы

Волосы стали седыми

Другое:

15. Если на вопрос 13 Вы ответили «Да», расстроены ли Вы этими изменениями?

Очень

В какой-то степени

Немного

Совсем нет

16. Чувствуете ли Вы себя немощным?

- Очень
- Немного
- Совсем нет

17. Испытываете ли Вы в настоящее время затруднения при выполнении следующих действий:

	Не в состоянии выполнить	Выполняю с большим трудом	выполняю с небольшими затруднениями	Выполняю без затруднений	Неприменимо
Подняться на один пролет лестницы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Подняться на несколько пролетов лестницы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Подняться на одну или несколько ступеней, не держась за перила?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Присесть на корточки или встать на колени?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Согнуться или наклониться, чтобы поднять с пола какой-либо предмет?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Подняться с пола, при этом ни за что не держась?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Подняться с низкого стула, не имеющего подлокотников?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Перейти из положения сидя в положение стоя?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Переносить тяжелые предметы (большие пакеты с покупками, кастрюлю, наполненной водой и т.д.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Открыть бутылку или банку?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ездить в общественном транспорте?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Садиться или выходить из автомобиля?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ходить по магазинам?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Выполнять домашнюю работу (заправлять постель, пылесосить, гладить, мыть посуду и т.д.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Ограничивает ли слабость в мышцах Ваши движения?

- Да, очень
- 
- Да, в какой-то степени
- 
- Да, немного
- 
- Нет, совсем нет
- 

19. Если на вопрос 18 вы ответили «Да», то назовите причины? (Выберете любое количество ответов)

- Страх боли
- 
- Страх того, что Вы не сможете выполнить этих движений
- 
- Страх устать после выполнения этих движений
- 
- Страх падения
- 
- Другое:
- 

20. Ограничивает ли мышечная слабость Вашу сексуальную активность?

- Я сексуально не активен (не активна)
- 
- Полностью ограничивает
- 
- В какой-то степени
- 
- Немного
- 
- Совсем нет
- 

21. Как изменилось выполнение Вами физических упражнений /участие в спортивных мероприятиях?

- Увеличилось
- 
- Уменьшилось
- 
- Не изменилось
- 
- Я никогда не выполнял(а) физических упражнений и не участвовал(а) в спортивных мероприятиях
- 

22. Как изменился Ваш досуг (поход в гости, садоводство, мелкий ремонт по дому - починить кран, подклеить обои, творчество, охота/рыбалка, общение по интересам, игры в карты, прогулки и т.д.)?

- Увеличилось
- 
- Уменьшилось
- 
- Не изменилось
- 
- Я никогда не занимался (не занималась) активным досугом
-