

Livskvalité vid sarkopeni

Denna enkät ställer frågor om **sarkopeni**, som är **problem med muskelsvaghet som kommer med stigande ålder**. Sarkopeni kan påverka ditt dagliga liv. Denna enkät har som syfte att ta reda på om din muskelfunktion idag **påverkar din livskvalité**.

Välj det **mest passande svarsalternativet** på varje fråga. Frågeformuläret kommer att ta dig cirka 10 minuter att besvara.

1. Upplever du för närvarande en nedsatt:

	Mycket	Något	Lite	Inte alls
Armstyrka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benstyrka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelmassa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysisk förmåga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allmän rörlighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Har du smärta i dina muskler?

Ofta

Ibland

Sällan

Aldrig

3. När du utför **lätta** fysiska aktiviteter (promenerar långsamt, stryker, dammar, diskar, utför hantverk, vattnar i trädgården, etc.), känner du:

	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig	Jag utför aldrig dessa fysiska aktiviteter
Svårigheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. När du utför **måttliga** fysiska aktiviteter (promenerar raskt, putsar fönster, dammsuger, tvättar bilen, rensar ogräs i trädgården, etc.), känner du:

	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig	Jag utför aldrig dessa fysiska aktiviteter
Svårigheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. När du utför **intensiva** fysiska aktiviteter (springer, vandring, lyfter tunga föremål, flyttar möbler, gräver i trädgården, etc.), känner du:

	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig	Jag utför aldrig dessa fysiska aktiviteter
Svårigheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Känner du dig gammal?

Ja, mycket

Ja, i viss utsträckning

Ja, lite

Nej, inte alls

7. Om du svarat ja på fråga 6, varför upplever du det så?
(Välj så många svarsalternativ du vill)

- Jag blir lätt sjuk
- Jag tar många läkemedel
- Jag känner svaghet i mina muskler
- Jag har problem med minnet
- Många som stått mig nära har avlidit
- Jag har inte mycket energi, jag är ofta trött
- Jag ser dåligt
- Annat:

8. Känner du dig fysiskt svag?

- Ja, verkligen
- Ja, i viss utsträckning
- Ja, lite
- Nej, inte alls

9. Känner du dig begränsad när det gäller:

	Mycket	I viss utsträckning	Lite	Inte alls
Hur länge du kan promenera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ofta du kan promenera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur långt du kan promenera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur snabbt du kan promenera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur långa steg du kan ta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. När du promenerar:

	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig	Jag kan inte promenera
Känner du dig mycket trött?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behöver du sätta dig ned med jämna mellanrum för att vila?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du svårt att korsa gatan snabbt nog?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du svårigheter med ojämna underlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Har du problem med balansen?

- Ofta
- Ibland
- Sällan
- Aldrig

12. Hur ofta ramlar du?

- Mycket ofta
- Ibland
- Sällan
- Aldrig

13. Tycker du att ditt utseende har ändrats?

- Ja, mycket
- Ja, i viss utsträckning
- Ja, lite
- Nej, inte alls

14. Om du svarat ja på fråga 13, på vilket sätt? (Välj så många svarsalternativ du vill)

- Viktförändring (du har gått upp eller ner i vikt)
- Du har blivit rynkig
- Du har blivit kortare
- Du har tappat muskelmassa
- Håravfall
- Har fått vitt eller grått hår
- Annat:

15. Om du svarat ja på fråga 13, blir du upprörd över denna förändring?

- Ja, mycket
- Ja, i viss utsträckning
- Ja, lite
- Nej, inte alls

16. Känner du dig klen?

Mycket

Lite

Inte alls

17. Har du för närvarande svårt att genomföra någon av följande dagliga aktiviteter:

	Kan inte	Stora svårigheter	Vissa svårigheter	Inga svårigheter	Inte relevant
Gå uppför en trappa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå uppför flera trappor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå upp ett eller flera trappsteg utan att hålla i ett räcke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitta på huk eller knäböja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Böja dig ned för att plocka upp något från golvet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resa dig från golvet utan att hålla i något?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resa dig från en låg stol utan armstöd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resa dig upp från sittande till stående över huvud taget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bära tunga föremål (stora kassar med livsmedel, kastrull fylld med vatten, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öppna en flaska eller en burk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använda allmänna kommunikationsmedel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiga i eller ur en bil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utföra hushållsarbete (bädda, dammsuga, stryka, diska, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Begränsar muskelsvagheten din rörlighet?

- Ja, mycket
- Ja, i viss utsträckning
- Ja, lite
- Nej, inte alls

19. Om du svarat ja på fråga 18, varför? (Välj så många svarsalternativ du vill)

- Rädsla för smärta
- Rädsla för att du inte ska klara det
- Rädsla för att du ska bli trött efter dessa aktiviteter
- Rädsla för att ramla
- Annat:

20. Påverkar din muskelsvaghet ditt sexliv?

- Jag är inte sexuellt aktiv
- Ja, totalt
- Ja, i viss utsträckning
- Ja, lite
- Nej, inte alls

21. Hur har ditt deltagande i fysiska aktiviteter eller idrott ändrats?

- Ökat
- Minskat
- Oförändrat
- Jag har aldrig deltagit i fysiska aktiviteter eller idrott

22. Hur har ditt deltagande i fritidsaktiviteter (äta ute, trädgårdsarbete, utföra hantverk, jakt/fiske, pensionärsföreningar, bridgespel, promenader, etc.) förändrats?

- Ökat
- Minskat
- Oförändrat
- Jag har aldrig deltagit i fritidsaktiviteter