

Σαρκοπενία και Ποιότητα Ζωής

Αυτό το ερωτηματολόγιο ρωτάει για την σαρκοπενία, η οποία είναι η **μυϊκή αδυναμία που εμφανίζεται με την γήρανση**. Η σαρκοπενία μπορεί να επηρεάσει την καθημερινή σας ζωή. Αυτό το ερωτηματολόγιο θα μας βοηθήσει να διαπιστώσουμε αν η τωρινή σας μυϊκή κατάσταση **επηρεάζει την ποιότητα ζωής σας**.

Παρακαλώ επιλέξτε **την καταλληλότερη απάντηση** για κάθε ερώτημα. Το ερωτηματολόγιο θα σας πάρει περίπου 10 λεπτά για να το συμπληρώσετε.

1. Αισθάνεστε ότι έχει μειωθεί:

	Πολύ	Κάπως	Λίγο	Καθόλου
Η δύναμη των χεριών σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η δύναμη των ποδιών σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η μυϊκή σας μάζα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η ενέργειά σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Οι φυσικές σας ικανότητες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η γενικότερη ευλυγισία σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Αισθάνεστε πόνο στους μύες;

Συχνά

Μερικές φορές

Σπάνια

Ποτέ

3. Όταν εκτελείτε **ελαφριές** φυσικές δραστηριότητες (αργό περπάτημα, σιδέρωμα, ξεσκόνισμα, πλύσιμο, μαστορέματα, πότισμα κήπου):

	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ	Δεν κάνω τέτοιες δραστηριότητες
Έχετε δυσκολία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κουράζεστε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αισθάνεστε πόνο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Όταν εκτελείτε **μέτριας δυσκολίας** φυσικές δραστηριότητες (γρήγορο περπάτημα, καθάρισα παραθύρων, ηλεκτρική σκούπα, πλύσιμο αυτοκινήτου, ξεχορτάρισμα στον κήπο):

	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ	Δεν κάνω τέτοιες δραστηριότητες
Έχετε δυσκολία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κουράζεστε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αισθάνεστε πόνο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Όταν εκτελείτε **έντονες** φυσικές δραστηριότητες (τρέξιμο, πεζοπορία, πλύσιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, μετακίνηση επίπλων, σκάψιμο του κήπου):

	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ	Δεν κάνω τέτοιες δραστηριότητες
Έχετε δυσκολία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κουράζεστε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αισθάνεστε πόνο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Αισθάνεστε ξαφνικά μεγαλωμένος/η;

Ναι, πολύ

Ναι, κάπως

Ναι, λίγο

Όχι, καθόλου

7. Αν απαντήσατε ναι στην ερώτηση 6, τι σας δίνει αυτή την εντύπωση;
(επιλέξτε όσες απαντήσεις θέλετε)

- Πολύ εύκολα νοιώθω αδιαθεσία
- Παίρνω πολλά φάρμακα
- Αισθάνομαι αδυναμία στους μύες μου
- Έχω προβλήματα μνήμης
- Είχα να αντιμετωπίσω το θάνατο πολλών κοντινών μου ανθρώπων
- Δεν έχω πολύ ενέργεια, συχνά είμαι κουρασμένος (-η)
- Η όρασή μου δεν είναι καλή
- Άλλο:

8. Αισθάνεστε σωματικά αδύναμος (η);

- Ναι, τελείως
- Ναι, κάπως
- Ναι, λίγο
- Όχι, καθόλου

9. Αισθάνεστε πως είστε περιορισμένος (η);

	Πολύ	Κάπως	Λίγο	Καθόλου
Στο χρόνο που μπορείτε να περπατήσετε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Στο πόσο συχνά πηγαίνετε έξω για περπάτημα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Στην απόσταση που περπατάτε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Στην ταχύτητα με την οποία περπατάτε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Στο μήκος του βήματός σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Όταν περπατάτε:

	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ	Δυσκολεύομαι να περπατήσω
Αισθάνεστε κουρασμένος (-η);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχετε την ανάγκη να κάθεστε συχνά για να συνέλθετε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχετε δυσκολία να περάσετε μία διασταύρωση αρκετά γρήγορα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχετε δυσκολία στα ανώμαλα εδάφη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Έχετε προβλήματα ισοροπίας;

Συχνά

Μερικές φορές

Σπάνια

Ποτέ

12. Πόσο συχνά πέφτετε;

Πολύ συχνά

Μερικές φορές

Σπάνια

Ποτέ

13. Νομίζετε πως η φυσική σας εμφάνιση έχει αλλάξει;

Ναι, πολύ

Ναι, κάπως

Ναι, λίγο

Όχι, καθόλου

14. Αν απαντήσατε ναι στην ερώτηση 13, με ποιόν τρόπο;
(επιλέξτε όσες απαντήσεις θέλετε)

Αλλαγή στο βάρος (πήρατε βάρος ή χάσατε βάρος)

Εμφάνιση ρυτίδων

Απώλεια ύψους

Απώλεια μυϊκής μάζας

Απώλεια μαλλιών

Έγιναν άσπρα ή γκρίζα τα μαλλιά

Άλλο:

15. Αν απαντήσατε ναι στην ερώτηση 13, είστε αναστατωμένος (-η) με αυτήν την αλλαγή;

Ναι, πολύ

Ναι, κάπως

Ναι, λίγο

Όχι, καθόλου

16. Αισθάνεστε σωματικά ευπαθής;

Πάρα πολύ

Λίγο

Καθόλου

17. Αισθάνεστε δυσκολία σε κάποια από τις παρακάτω καθημερινές δραστηριότητες;

	Δεν μπορώ να το κάνω	Δυσκολεύομαι πολύ	Δυσκολεύομαι λίγο	Δεν δυσκολεύομαι	Δεν το κάνω
Ανεβαίνοντας ένα όροφο με σκαλοπάτια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανεβαίνοντας πολλούς ορόφους με σκαλοπάτια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανεβαίνοντας ένα ή πολλά σκαλοπάτια χωρίς κράτημα από την κουπαστή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κάνοντας βαθύ κάθισμα ή γονατίζοντας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σκύβοντας ή γέρνοντας για να σηκώσω ένα αντικείμενο από το πάτωμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σήκωμα από το έδαφος χωρίς κράτημα από πουθενά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σήκωμα από μία χαμηλή καρέκλα χωρίς μπράτσα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μετακίνηση, γενικά, από την καθιστή στην όρθια στάση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κρατώντας βαριά αντικείμενα (μεγάλες τσάντες γεμάτες ψώνια, κατσαρόλα γεμάτη νερό, κτλ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανοίγοντας ένα μπουκάλι ή βάζο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Χρησιμοποιώντας μέσα μαζικής μεταφοράς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μπαινοβγαίνοντας σε αμάξι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κάνοντας ψώνια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κάνοντας δουλειές στο σπίτι (στρώνοντας το κρεβάτι, καθαρίζοντας με την ηλεκτρική σκούπα, σιδερώνοντας, πλένοντας τα πιάτα, κτλ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Η μυϊκή σας αδυναμία επηρεάζει την κινητικότητα σας;

Ναι, πολύ

Ναι, κάπως

Ναι, λίγο

Όχι, καθόλου

19. Αν απαντήσατε ναι στην ερώτηση 18, για ποιους λόγους;
(επιλέξτε όσες απαντήσεις θέλετε)

Φόβος ότι θα πονέσετε

Φόβος ότι δεν θα τα καταφέρετε

Φόβος ή αίσθημα κόυρασης μετά από αυτές τις δραστηριότητες

Φόβος μην πέσετε

Άλλο:

20. Η μυϊκή σας αδυναμία περιορίζει τη σεξουαλική σας ζωή;

Δεν είμαι σεξουαλικά ενεργός (-ή)

Ναι, τελείως

Ναι, κάπως

Ναι, λίγο

Όχι, καθόλου

21. Πώς έχει αλλάξει η συμμετοχή σας σε σωματικές δραστηριότητες /σπορ;

Αυξήθηκε

Μειώθηκε

Παρέμεινε η ίδια

Δεν συμμετείχα ποτέ σε σωματικές δραστηριότητες /σπορ

22. Πώς έχει αλλάξει η συμμετοχή σας σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες (πηγαίνοντας για φαγητό, κάνοντας κηπουρική, μαστορέματα, κάνοντας σκοποβολή/ψάρεμα, πηγαίνοντας στο καφενείο, παίζοντας χαρτιά, πηγαίνοντας για περπάτημα, κτλ.);

Αυξήθηκε

Μειώθηκε

Παρέμεινε η ίδια

Δεν συμμετείχα ποτέ σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες