

Jakość życia w sarkopenii

Niniejszy kwestionariusz zawiera pytania dotyczące sarkopenii, która oznacza **osłabienie mięśni pojawiające się wraz z wiekiem i starzeniem się organizmu**. Sarkopenia może wpływać na Twoje codzienne życie. Ankieta ta pomoże nam ustalić, czy stan Twoich mięśni ma **obecnie wpływ na jakość Twojego życia**.

Na każde pytanie proszę wskazać **najwłaściwszą odpowiedź**. Wypełnienie kwestionariusza powinno zająć około 10 minut.

1. Czy odczuwasz, że masz obecnie obniżoną:

	Znacznie	W pewnym stopniu	Nieznacznie	Wcale
Siłę rąk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siłę nóg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masę mięśniową?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energię?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprawność fizyczną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ogólną gibkość?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Czy odczuwasz bóle mięśni?

Często

Czasami

Rzadko

Nigdy

3. Czy podczas wykonywania **lekkich** czynności fizycznych (powolny spacer, prasowanie, ścieranie kurzu, pranie, majsterkowanie, podlewanie ogrodu itp.):

	Często	Od czasu do czasu	Rzadko	Nigdy	Nie wykonuję tego rodzaju czynności
Masz trudności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Męczysz się?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odczuwasz ból?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Czy podczas wykonywania **umiarkowanych** czynności fizycznych (szybki chód, mycie okien, odkurzanie, mycie samochodu, wyrywanie chwastów w ogrodzie itp.):

	Często	Od czasu do czasu	Rzadko	Nigdy	Nie wykonuję tego rodzaju czynności
Masz trudności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Męczysz się?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odczuwasz ból?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Czy podczas wykonywania **intensywnych** czynności fizycznych (bieganie, piesze wędrowki, podnoszenie ciężkich przedmiotów, przesuwanie mebli, kopanie ogrodu itp.):

	Często	Od czasu do czasu	Rzadko	Nigdy	Nie wykonuję tego rodzaju czynności
Masz trudności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Męczysz się?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odczuwasz ból?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Czy obecnie czujesz się staro?

Tak, bardzo

Tak, średnio

Tak, trochę

Nie, wcale

7. Jeżeli na pytanie 6 odpowiedziałas/eś "Tak", to określ, co jest powodem takiego odczucia? (możesz wybrać dowolną liczbę odpowiedzi)

- Łatwo podupadam na zdrowiu
- Biorę wiele leków
- Odczuwam osłabienie mięśni
- Mam problemy z pamięcią
- Musiałam/em zmierzyć się ze śmiercią kilku bliskich mi osób
- Nie mam zbyt wiele siły, często czuję się zmęczona/y
- Mam słaby wzrok
- Inne:

8. Czy czujesz się fizycznie słaba / słaby?

- Tak, bardzo
- Tak, średnio
- Tak, trochę
- Nie, wcale

9. Czy czujesz, że masz ograniczenia w zakresie:

	Znaczne	W pewnym stopniu	Nieznaczne	Nie mam ograniczeń
Długości trwania spacerów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Częstości wychodzenia na spacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odległości, jaką możesz przejść podczas spaceru?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szybkości, z jaką spacerujesz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Długości kroków?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Czy podczas chodzenia:

	Często	Od czasu do czasu	Rzadko	Nigdy	Nie jestem w stanie chodzić
Czujesz się zmęczona/y?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musisz regularnie siadać aby odpocząć?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masz trudność aby wystarczająco szybko przejść przez ulicę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masz trudności w pokonywaniu nierównych powierzchni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Czy masz problemy z równowagą?

- Często
- Czasami
- Rzadko
- Nigdy

12. Czy zdarzają ci się upadki?

- Często
- Czasami
- Rzadko
- Nigdy

13. Czy uważasz, że Twój wygląd zewnętrzny zmienił się?

- Tak, bardzo
- Tak, średnio
- Tak, trochę
- Nie, wcale

14. Jeżeli na pytanie 13 odpowiedziałas/eś "Tak", to określ, w jaki sposób?
(możesz wybrać dowolną liczbę odpowiedzi)

- Zmiana w zakresie masy ciała (przybrałaś/przybrałeś na wadze lub schudłaś/schudłeś)
- Pojawienie się zmarszczek
- Zmniejszenie wysokości ciała
- Utrata masy mięśniowej
- Wypadanie włosów
- Pojawienie się siwych włosów
- Inne:

15. Jeżeli na pytanie 13 odpowiedziałas/eś "Tak", to określ, czy jesteś zaniepokojona/y tymi zmianami?

- Tak, bardzo
- Tak, średnio
- Tak, trochę
- Nie, wcale

16. Czy czujesz się krucha / kruchy?

- Tak, bardzo
-
- Tak, trochę
-
- Nie, wcale
-

17. Czy obecnie masz trudności z wykonaniem którejkolwiek z wymienionych poniżej codziennych czynności?

	Nie jestem w stanie tego wykonać	Mam duże trudności	Mam niewielkie trudności	Nie mam trudności	Nie dotyczy
Wchodzenie po schodach na jedno piętro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wchodzenie po schodach na kilka pięter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wchodzenie na jeden lub kilka stopni schodów bez trzymania się poręczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kucanie lub klękanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schylanie się lub podnoszenie przedmiotu z podłogi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wstawanie z podłogi bez podtrzymywania się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wstawanie z niskiego krzesła bez podpierania się na poręczach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W znaczeniu ogólnym: zmiana pozycji z siedzącej na stojącą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przenoszenie ciężkich przedmiotów (dużych toreb z zakupami, garnka pełnego wody)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otwieranie butelki lub słoika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korzystanie z transportu publicznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wsiadanie i wysiadanie z samochodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Robienie zakupów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wykonywanie prac domowych (ścielenie łóżka, odkurzanie, prasowanie, zmywanie naczyń itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Czy osłabienie mięśni ogranicza Twoje ruchy?

Tak, bardzo

Tak, średnio

Tak, trochę

Nie, wcale

19. Jeżeli na pytanie 18 odpowiedziałas/eś "Tak", to określ, jaka jest tego przyczyna?
(możesz wybrać dowolną liczbę odpowiedzi)

Lęk przed bólem

Obawa, że nie podołasz

Obawa, że będziesz zmęczona/y po wykonaniu tych czynności

Lęk przed upadkiem

Inne:

20. Czy osłabienie mięśni ogranicza Twoje życie intymne?

Nie jestem aktywna/y seksualnie

Tak, całkowicie

Tak, średnio

Tak, trochę

Nie, wcale

21. Jak zmieniła się Twoja aktywność fizyczna lub sportowa?

Wzrosła

Zmaląa

Nie zmieniła się

Nigdy nie byłam/em aktywny fizycznie ani nie uprawiałam/em sportu

22. Jak zmieniło się Twoje uczestnictwo w różnych formach spędzania wolnego czasu?
(wychodzenie do miasta, do restauracji, działka i ogrodnictwo, majsterkowanie,
polowanie/wędkowanie, kluby seniora, granie w karty, spaceru itp.)

Wzrosła

Zmaląa

Nie zmieniła się

Nigdy nie brałam/em udziału w takich formach spędzania wolnego czasu
