

근감소증과 삶의 질에 대한 설문지

이 설문지는 노화에 따른 근력 약화에 관한 근감소증에 대해 묻습니다. 근감소증은 당신의 일상 생활에 영향을 미칠 수 있습니다. 이 설문 조사는 당신의 근육 상태가 현재 당신의 삶의 질에 영향을 미치는 지 알아볼 것입니다.

각 질문에 가장 적합한 응답을 선택하십시오. 설문지는 대략 10 분안에 작성 완료해야 합니다

1. 현재 다음 문항들이 감소했다고 느끼십니까?

	매우 많이 느낀다	약간 느낀다	아주 조금 느낀다	전혀 느끼지 않는다
팔의 근력	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
다리의 근력	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
근육량	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
기력(에너지)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
신체적 능력	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
전반적인 유연성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 근육 통증이 있습니까?

- 자주
- 가끔
- 드물게
- 전혀 없음

3. 가벼운 신체 활동 시(천천히 걷기, 다리미질, 먼지떨기, 설거지, 가구조립, 정원에 물주기 등등) 아래의 증상을 느끼십니까?

	자주 느낀다	가끔 느낀다	드물게 느낀다	전혀 느끼지 않는다	이런 활동을 안함
활동의 어려움이 있나요?	<input type="checkbox"/>				
피곤함을 느끼나요?	<input type="checkbox"/>				
통증을 느끼나요?	<input type="checkbox"/>				

4. 중간 정도의 신체 활동 시(빠르게 걷기, 창문닦기, 진공청소기로 청소하기, 세차하기, 잡초 정리하기 등등) 아래의 증상을 느끼십니까?

	자주 느낀다	가끔 느낀다	드물게 느낀다	전혀 느끼지 않는다	이런 활동을 안함
활동의 어려움이 있나요?	<input type="checkbox"/>				
피곤함을 느끼나요?	<input type="checkbox"/>				
통증을 느끼나요?	<input type="checkbox"/>				

5. 격렬한 신체 활동 시(달리기, 하이킹, 무거운 물건 들어 올리기, 가구 옮기기, 정원에서 흙파기 등등) 아래의 증상을 느끼십니까?

	자주 느낀다	가끔 느낀다	드물게 느낀다	전혀 느끼지 않는다	이런 활동을 안함
활동의 어려움이 있나요?	<input type="checkbox"/>				
피곤함을 느끼나요?	<input type="checkbox"/>				
통증을 느끼나요?	<input type="checkbox"/>				

6. 당신은 늙었다고 생각하십니까?

- 예 매우 그렇다
- 예, 어느정도 그렇다
- 예 아주 조금 그렇다
- 아니요, 전혀 그렇지 않다

7. 앞서 6 번 질문에서 예라고 답하였다면 어떠한 점이 그런 생각을 들게 하나요?

(해당하는 것 모두 선택하세요)

몸 상태가 쉽게 안 좋아진다

약을 너무 많이 먹는다.

근력이 약해진 것을 느낀다.

기억력이 안 좋아졌다.

내 주변의 많은 사람들이 죽었다.

자주 피곤하다.

시력이 안 좋아졌다.

다른 이유:

8. 신체적으로 약해졌나요?

예, 확실히 그렇다

예, 어느정도 그렇다

예, 아주 조금 그렇다

아니요, 전혀 그렇지 않다

9. 다음 항목의 어려움을 느끼십니까?

	매우 많이 느낀다	약간 느낀다	아주 조금 느낀다	전혀 느끼지 않는다
걸을 수 있는 시간	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
걸는 횟수	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
걸는 거리	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
걸는 속도	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
발자국 간 거리(보폭)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. 당신이 걸을 때

	자주 느낀다	가끔 느낀다	드물게 느낀다	전혀 느끼지 않는다	걸지 못한다
많이 피로하다고 느끼십니까?	<input type="checkbox"/>				
힘들어서 자주 앉아서 쉬어야 합니까?	<input type="checkbox"/>				
건널목을 빠르게 건너는데 어려움이 있습니까?	<input type="checkbox"/>				
울퉁불퉁한 길을 걸을 때 불편함이 있나요?	<input type="checkbox"/>				

11. 균형을 잡는데 어려움이 있나요?

- 자주 있다
- 가끔 있다
- 드물게 있다
- 전혀 없다

12. 얼마나 자주 넘어지나요?

- 매우 자주 넘어진다
- 가끔 넘어진다
- 드물게 넘어진다
- 넘어지지 않는다

13. 당신의 신체적 외모가 변했다고 생각하시나요?

- 예, 매우 그렇다
- 예, 어느정도 그렇다
- 예, 조금 그렇다
- 아니요, 전혀 그렇지 않다

14. 외모가 바뀌었으면 어떠한 점이 그런 생각을 들게 하나요? (해당 항목 모두 선택하세요)

- 체중의 변화 (체중 증가 혹은 체중 감소)
- 주름살의 변화
- 키의 감소
- 근육량의 감소
- 머리 숱의 감소
- 머리카락 색깔의 변화(흰 머리카락)
- 다른 이유:

15. 외모의 변화에 속상하십니까?

- 예, 매우 그렇다
- 예, 어느정도 그렇다
- 예, 조금 그렇다
- 아니요, 전혀 그렇지 않다

16. 노쇠감을 느낍니까?

- 매우 많이
- 조금 느낀다
- 전혀 느끼지 않는다

17. 다음 일상 생활 활동에 대해 불편감을 느낍니까요?

	할수없음	많이 어려움	조금 어려움	어려움 없음	해당없음
한층 계단 오르기	<input type="checkbox"/>				
여러층의 계단 오르기	<input type="checkbox"/>				
난간을 잡지않고 한층 또는 여러층 계단을 오를 때	<input type="checkbox"/>				
무릎 꿇고 앉거나 쪼그리고 앉을 때	<input type="checkbox"/>				
몸을 굽히거나 기대어 바닥에 있는 물건을 주울 때	<input type="checkbox"/>				
바닥에서 아무것도 붙잡지 않고 혼자서 일어설 때	<input type="checkbox"/>				
팔걸이 없는 의자에서 일어날 때	<input type="checkbox"/>				
일반적으로 앉았다 일어날 때	<input type="checkbox"/>				
무거운 물건을 옮길 때 (큰 장바구니, 국이 가득 든 큰 냄비 등)	<input type="checkbox"/>				
병뚜껑을 따거나 또는 항아리를 열 때	<input type="checkbox"/>				
대중교통을 이용할 때	<input type="checkbox"/>				
차에 타거나 내릴 때	<input type="checkbox"/>				
쇼핑(시장)을 할 때	<input type="checkbox"/>				
집안 일을 할 때 (이불 펴고 접기,진공청소기로 청소,다리미질, 설거지 등)	<input type="checkbox"/>				

18. 당신의 근력 감소가 움직임을 제한 시키나요?

- 예, 매우 많음
- 예, 약간
- 예, 아주 조금
- 아니오, 전혀

19. 18 번 질문에 “예” 라고 하였다면 어떠한 점이 그렇게 느끼게 하나요? (모두 선택하세요.)

- 통증에 대한 두려움
- 하지 못할 것이란 두려움
- 이러한 활동 뒤에 느끼는 피로감
- 낙상에 대한 두려움
- 그 외 다른 이유:

20. 당신의 근력 약화가 성 생활을 제한시키나요?

- 성생활을 하지 않음
- 예, 매우
- 예, 어느정도
- 예, 조금
- 아니오, 전혀

21. 최근 당신의 신체활동 및 운동에 대하여 참여도가 어떻게 변했나요?

- 증가
- 감소
- 변화없음
- 참여한 적 없음

22. 최근 여가 생활 참여도가 어떻게 변했나요? (외식하기, 정원꾸미기, 가구만들기, 낚시, 노인회 활동 산책하기 등)

- 증가
- 감소
- 변화없음
- 참여한 적 없음