

## Kualiti hidup dengan sarcopenia

Borang soal selidik ini bertanya tentang **sarcopenia**, iaitu **kelemahan otot yang berkait dengan penuaan**. Sarcopenia boleh memberi kesan kepada kehidupan harian anda. Soal selidik ini akan membenarkan kami mengetahui jika keadaan otot anda sekarang **memberi kesan kepada kualiti hidup anda**.

Sila pilih **respons yang paling sesuai bagi anda** untuk setiap soalan. Soal selidik ini akan mengambil masa lebih kurang 10 minit untuk disiapkan.

### 1. Pada masa kini, adakah anda berasa kekurangan dalam:

	Banyak	Sedikit	Sangat sedikit	Tiada
Kekuatan dalam tangan anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kekuatan dalam kaki anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jisim otot anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenaga anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keupayaan fizikal anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kelenturan badan anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Adakah anda berasa sakit otot?

- Kerap
- Kadang kala
- Jarang
- Tiada

3. Apabila melakukan aktiviti fizikal **ringan** (berjalan lambat, menggosok baju, mengelap habuk, mencuci pinggan mangkuk, projek buatan sendiri (DIY), menyiram tanaman, dan lain-lain), adakah anda:

	Kerap	Kadang kala	Jarang	Tidak pernah	Tidak ambil bahagian
Mempunyai kesukaran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menjadi letih?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mengalami kesakitan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Apabila menjalankan aktiviti fizikal **sedehana** (berjalan cepat, mengelap tingkap, vakum, mencuci kereta, mencabut rumput halaman rumah, dan lain-lain), adakah anda:

	Kerap	Kadang kala	Jarang	Tidak pernah	Tidak ambil bahagian
Mempunyai kesukaran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menjadi letih?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mengalami kesakitan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Apabila melakukan aktiviti fizikal **berat** (berlari, mendaki bukit, mengangkat benda berat, mengalih perabot, mencangkul tanah, dan sebagainya), adakah anda:

	Kerap	Kadang kala	Jarang	Tidak pernah	Tidak ambil bahagian
Mempunyai kesukaran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menjadi letih?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mengalami kesakitan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Adakah anda berasa tua sekarang?

- Ya, sangat
- Ya, agak terasa
- Ya, sedikit
- Tidak, tiada langsung

7. Jika menjawab Ya bagi soalan 6, apakah yang menyebabkan pandangan anda itu?  
(Pilih seberapa banyak jawapan yang berkait dengan anda)

Saya senang jatuh sakit

Saya mengambil banyak ubat

Saya berasa kelemahan otot saya

Saya ada masalah ingatan

Saya telah menghadapi kematian beberapa orang terdekat dengan saya

Saya tidak bertenaga banyak, saya kerap berasa letih

Penglihatan saya kurang baik

Lain:

8. Adakah anda berasa lemah secara fizikal?

Ya, sepenuhnya

Ya, agak banyak

Ya, sedikit

Tidak, tiada langsung

9. Adakah anda berasa terhad/terkekang dalam:

	Banyak	Sedikit	Sangat sedikit	Tiada
Berapa lama (masa) anda boleh berjalan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kekerapan anda keluar berjalan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jarak yang anda boleh jalan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kelajuan yang anda boleh jalan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jarak langkah anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Apabila anda berjalan:

	Kerap	Kadang kala	Jarang	Tidak pernah	Tidak ambil bahagian
Adakah anda berasa sangat letih?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adakah anda perlu duduk dengan kerap untuk baikpulihkan keadaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adakah anda mempunyai kesukaran melintas jalan dengan cukup cepat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adakah anda mempunyai masalah dengan permukaan tidak rata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Adakah anda mempunyai masalah dengan keseimbangan badan?

- Kerap
- 
- Kadang kala
- 
- Jarang
- 
- Tidak pernah
- 

12. Berapa kerap anda terjatuh?

- Amat kerap
- 
- Kadang kala
- 
- Jarang
- 
- Tidak pernah
- 

13. Adakah anda berasa rupa bentuk fizikal anda telah berubah?

- Ya, sangat
- 
- Ya, agak banyak
- 
- Ya, sedikit
- 
- Tidak, tak berubah langsung
- 

14. Jika menjawab Ya bagi soalan 13, dari segi apa?  
(Pilih seberapa banyak jawapan yang berkait dengan anda)

- Perubahan berat badan anda (anda telah tambah atau turun berat badan)
- 
- Kemunculan kedutan kulit
- 
- Ketinggian badan menurun
- 
- Hilang jisim otot
- 
- Keguguran rambut
- 
- Rambut beruban
- 
- Lain:
- 

15. Jika menjawab Ya bagi soalan 13, adakah anda berasa terganggu dengan perubahan ini?

- Ya, amat
- 
- Ya, agak banyak
- 
- Ya, sedikit
- 
- Tidak, tiada langsung
-

16. Adakah anda berasa lemah?

- Amat juga
- 
- Sedikit
- 
- Tidak langsung
- 

17. Adakah anda sedang mengalami kesukaran menjalani aktiviti harian yang tersenarai:

	Tidak boleh lakukan	Amat sukar	Sedikit kesukaran	Tidak sukar	Tidak berkait
Menaik sederet tangga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menaik beberapa deretan tangga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menaik satu atau beberapa anak tangga tanpa memegang pemegang tangan tangga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mencangkung atau melutut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membongkok ke bawah atau menyandar badan untuk mengangkat benda atas lantai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bangun daripada lantai tanpa memegang pada benda lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berdiri daripada kerusi yang rendah tanpa menggunakan penyandar tangan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bergerak, secara am, dari posisi duduk ke posisi berdiri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mengangkat benda berat (beg besar penuh dengan barang, periuk diisi air, dan lain-lain)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membuka botol atau penutup bekas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mengguna pengangkutan awam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masuk atau keluar dari kereta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membeli belah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melakukan kerja rumah (kemas katil, vakum, menggosok baju, membasuh pinggan mangkuk, dan lain-lain)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Adakah kelemahan otot anda menghadkan pergerakan anda?

- Ya, sangat
- 
- Ya, agak banyak
- 
- Ya, sedikit
- 
- Tidak, tiada langsung
- 

19. Jika menjawab Ya bagi soalan 18, apakah sebabnya?  
(Pilih seberapa banyak jawapan yang berkait dengan anda)

- Takut sakit
- 
- Takut tidak mampu
- 
- Takut letih selepas melakukan aktiviti-aktiviti itu
- 
- Takut jatuh
- 
- Lain:
- 

20. Adakah kelemahan otot anda menghadkan aktiviti seks anda?

- Saya tidak aktif dalam seks
- 
- Ya, sepenuhnya
- 
- Ya, agak banyak
- 
- Ya, sedikit
- 
- Tidak, tiada langsung
- 

21. Bagaimanakah penyertaan anda dalam aktiviti fizikal/bersukan?

- Meningkatkan
- 
- Menurun
- 
- Tidak berubah
- 
- Saya tidak pernah menyertai aktiviti fizikal atau sukan
- 

22. Bagaimanakah penyertaan anda dalam aktiviti masa lapang (keluar untuk makan, berkebun, projek buatan sendiri (DIY), memancing/memburu, kelab warga emas, main terup/mahjong, keluar berjalan/bersiar-siar, dan lain-lain)?

- Meningkatkan
- 
- Menurun
- 
- Tidak berubah
- 
- Saya tidak pernah menyertai aktiviti senggang
-