

คุณภาพชีวิตของผู้ที่มีสภาวะ Sarcopenia

แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีสภาวะ Sarcopenia

ซึ่งเป็นภาวะมวลกล้ามเนื้อลดลงในผู้สูงอายุที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

แบบสอบถามนี้จะช่วยให้ทราบว่าภาวะมวลกล้ามเนื้อลดลงส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุหรือไม่

กรุณาตอบแบบสอบถามนี้ทุกข้อตามความเป็นจริงโดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

1. ปัจจุบันนี้คุณรู้สึกว่าการเหล่านี้ของคุณลดลงหรือไม่ ?

	ลดลงมาก	ลดลงบ้าง	ลดลงนิดหน่อย	ไม่ลดลงเลย
ความแข็งแรงของแขน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความแข็งแรงของขา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ขนาดของกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
พลังกำลัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความสามารถทางร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความยืดหยุ่นของร่างกายโดยทั่วไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. คุณรู้สึกปวดกล้ามเนื้อตามร่างกายหรือไม่?

- ปวดบ่อยครั้ง
- ปวดเป็นบางครั้ง
- แทบจะไม่ปวดเลย
- ไม่เคยปวดเลย

3. ขณะที่ทำกิจกรรมในระดับ **เบาๆ** ด้วยตัวเอง เช่น การเดินช้าๆ หรือรีดผ้า หรือปัดฝุ่น หรือล้างจาน หรือรดน้ำต้นไม้ หรือเดินช้อปปิ้งช้าๆ คุณประสบปัญหาเหล่านี้หรือไม่?

	บ่อย	เป็นครั้งคราว	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย	ไม่ได้ทำกิจกรรมเหล่านี้
ทำได้ลำบากมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เหนื่อย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ขณะที่ทำกิจกรรมใน**ระดับปานกลาง** เช่น เดินเร็วๆ 1 กิโลเมตร หรือเช็ดกระจก/หน้าต่าง 3-4 บาน หรือดูดฝุ่นในห้อง 1 ห้อง หรือล้างรถ หรือถอนวัชพืชในสวนหรือในนาพื้นที่ประมาณ 10 ตารางเมตร หรือเดินช้อปปิ้งประมาณ 1 ชั่วโมง อย่างต่อเนื่องกัน คุณประสบปัญหาเหล่านี้หรือไม่?

	บ่อย	เป็นครั้งคราว	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย	ไม่ได้ทำกิจกรรมเหล่านี้
ทำได้ลำบากมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เหนื่อย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ในขณะที่ทำกิจกรรมทางกายใน**ระดับหนัก** เช่น วิ่ง 1 กิโลเมตร หรือเดินระยะทาง 2 กิโลเมตร หรือยกของหนักประมาณ 10 กิโลกรัม (เทียบเท่ากับน้ำ 1 ลิตรจำนวน 10 ขวด) หรือย้ายเฟอร์นิเจอร์ หรือขุดดินในสวนหรือในนาหรือตัดต้นไม้ ประมาณพื้นที่ 50 ตารางเมตร หรือเดินช้อปปิ้งประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาทีอย่างต่อเนื่องกัน คุณประสบปัญหาเหล่านี้หรือไม่?

	บ่อย	เป็นครั้งคราว	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย	ไม่ได้ทำกิจกรรมเหล่านี้
ทำได้ลำบากมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เหนื่อย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ช่วงนี้คุณรู้สึกตัวว่าแก่หรือไม่

- ใช่ รู้สึกตัวว่าแก่มาก
- ใช่ รู้สึกตัวว่าค่อนข้างแก่
- ใช่ รู้สึกตัวว่าแก่ขึ้นนิดหน่อย
- ไม่รู้สึกแก่

7. ถ้าคุณตอบว่า “ใช่ รู้สึกว่าแก่” ในข้อที่ 6 อะไรที่ทำให้คุณรู้สึกเช่นนั้น?
(สามารถเลือกตอบหลายข้อได้ตามต้องการ)

- รู้สึกว่าตัวเองป่วยง่าย ไม่แข็งแรง
- กินยามาก
- รู้สึกว่ากล้ามเนื้ออ่อนแรง
- มีปัญหาด้านความจำ ลืมบ่อยจำอะไรไม่ค่อยได้
- บ่อยครั้งที่เห็นคนใกล้ขีดเสียชีวิตไปก่อน
- รู้สึกว่าไม่ค่อยมีแรง เหนื่อยบ่อย
- สายตาแยลง
- อื่นๆ

8. คุณรู้สึกว่าร่างกายอ่อนแอหรืออ่อนแรงหรือไม่?

- ร่างกายอ่อนแอมาก
- ร่างกายอ่อนแอบ้างเป็นบางครั้ง
- ร่างกายอ่อนแอลงนิดหน่อย
- ร่างกายไม่อ่อนแอลงเลย

9. คุณรู้สึกว่า มีข้อจำกัดในสิ่งเหล่านี้หรือไม่?

	มีมาก	มีบ้าง	มีนิดหน่อย	ไม่มีเลย
ระยะเวลาที่สามารถเดินได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความถี่ของการออกไปเดินเล่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ระยะทางที่คุณเดินได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความเร็วที่สามารถเดินได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความยาวในการก้าวเท้าเดิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ขณะที่คุณกำลังเดินอยู่ คุณรู้สึกอย่างไร?

	บ่อย	เป็นครั้งคราว	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย	เดินไม่ได้
เหนื่อยมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จำเป็นต้องนั่งพักบ้างเป็นระยะๆ เพื่อให้หายเหนื่อย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มีความยากลำบากในการเดินข้ามถนนให้เร็วพอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มีความยากลำบากเมื่อเดินบนพื้นผิวขรุขระ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. คุณมีปัญหาในการทรงตัวหรือไม่?

- มีบ่อย
- เป็นครั้งคราว
- นานๆ ครั้ง
- ไม่เคยมี

12. คุณหกล้มบ่อยแค่ไหน?

- บ่อยมาก
- เป็นครั้งคราว
- นานๆ ครั้ง
- ไม่เคยเลย

13. คุณคิดว่ารูปลักษณ์ทางร่างกายของคุณเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่?

- ใช่ เปลี่ยนแปลงไปมาก
- ใช่ เปลี่ยนแปลงไปบ้าง
- ใช่ เปลี่ยนแปลงไปเพียงเล็กน้อย
- ไม่เปลี่ยนแปลงไปเลยแม้แต่น้อย

14. ถ้าตอบ “ใช่ รูปลักษณ์ทางร่างกายเปลี่ยนแปลงไป” ในข้อ 13 แล้ว รูปลักษณ์ทางร่างกายคุณเปลี่ยนไปในด้านใดบ้าง? (สามารถเลือกตอบได้หลายข้อ)

- มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว (เช่น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือลดลง)
- มีรอยย่นตามผิวหนังเกิดขึ้นและเห็นได้ชัด
- ความสูงลดลง
- กล้ามเนื้อลีบเล็กลง
- ผมร่วง
- มีผมหงอก
- อื่นๆ

15. ถ้าตอบ “ใช่ รูปลักษณ์ทางร่างกายคุณเปลี่ยนแปลงไปในหลายด้าน” ในข้อ 13 คุณรู้สึกผิดหวังเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงนี้หรือไม่?

- ผิดหวังมาก
- ผิดหวังบ้าง
- ผิดหวังเพียงเล็กน้อย
- ไม่รู้สึกผิดหวังเลย

16. คุณรู้สึกว่าคุณใจของคุณอ่อนแอหรือไม่?

- ใจอ่อนแอมาก
- ใจอ่อนแอนิดหน่อย
- ใจไม่อ่อนแอเลย

17. ปัจจุบันนี้คุณมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ในชีวิตประจำวันหรือไม่?

	ไม่สามารถทำได้เลย	ทำได้ด้วยความยากลำบากมาก	ทำได้ด้วยความยากเล็กน้อย	ทำได้โดยไม่มีปัญหา	ไม่ได้ทำกิจกรรมนี้
การขึ้นบันไดตึก 1 ชั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การขึ้นบันไดมากกว่า ตึก 1 ชั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การขึ้นบันไดแค่ชั้นเดียวหรือหลายชั้นโดย ไม่จับราวบันไดเลย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การนั่งยองๆ หรือคุกเข่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การก้มตัวลงเพื่อเก็บของจากพื้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การลุกขึ้นจากพื้นโดยไม่ต้องยึดจับสิ่งใด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การลุกจากเก้าอี้เตี้ยๆ ที่ไม่มีที่เท้าแขน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเปลี่ยนจากท่านั่งเป็นท่านยืน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การถือของหนัก (เช่น ตะกร้าขนาดใหญ่ที่เต็มไปด้วยข้าวของที่ซื้อ มา หม้อที่เต็มไปด้วยน้ำ ถังน้ำเป็นต้น)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเปิดขวด หรือ กระจุก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การใช้บริการรถสองแถวหรือรถเมล์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เข้าหรือออกจากรถยนต์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การจับจ่ายซื้อของ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การทำงานบ้าน (เช่น เติร์มที่นอน ดูดฝุ่น รีดผ้า ล้างจาน ถูบ้าน เป็นต้น)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. ถ้ากล้ามเนื้อของคุณอ่อนแรง คุณคิดว่าจะทำให้จำกัดการเคลื่อนไหวของคุณหรือไม่?

- จำกัดมาก
- จำกัดบ้าง
- จำกัดเพียงเล็กน้อย
- ไม่จำกัดเลย

19. หากตอบว่า “จำกัด” ความอ่อนแอของกล้ามเนื้อจำกัดการเคลื่อนไหวของคุณในข้อ 18 คุณคิดว่าน่าจะเป็นจากสาเหตุอะไร? (สามารถเลือกตอบได้หลายข้อ)

- กลัวเจ็บปวด
- กลัวว่าอาจจะทำไม่ได้
- กลัวว่าจะเหนื่อยหลังจากทำกิจกรรมเหล่านั้นแล้ว
- กลัวว่าจะหกล้ม
- อื่น ๆ

20. ความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อทำให้เกิดข้อจำกัดในชีวิตด้านเพศสัมพันธ์ของคุณหรือไม่?

- ฉันไม่มีกิจกรรมทางเพศเลย
- มี อย่างสมบูรณ์
- มี ปานกลาง
- มี เล็กน้อย
- ไม่มีผลเลย

21. การเข้าร่วมกิจกรรมที่ใช้ร่างกาย เช่น การทำงาน หรือเล่นกีฬา ได้เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด?

- เพิ่มขึ้นจากเดิม
- ลดลงจากเดิม
- ไม่เปลี่ยนแปลง
- ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมที่ต้องใช้ร่างกายหรือเล่นกีฬา

22. การทำกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลายของคุณ เช่น ออกไปรับประทานอาหารข้างนอกบ้าน หรือ ทำสวน หรือทำสิ่งต่างๆด้วยตัวเอง หรือเข้า ร่วมชมรมผู้สูงอายุ หรือเล่นไพ่ หรือการออกไปเดินเล่น มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด?

- เพิ่มขึ้นจากเดิม
- ลดลงจากเดิม
- ไม่เปลี่ยนแปลง
- ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลายใดๆ