

### Sarkopenide Yaşam Kalitesi

Bu anket, **yaşlanmayla oluşan kas güçsüzlüğü olan** sarkopeni ile ilgili sorular içermektedir. Sarkopeni günlük yaşamınızı etkileyebilir. Bu anket, kaslarınızın güncel halihazırdaki durumunun, **yaşam kalitenizi etkileyip etkilemediğini** anlamamızı sağlayacaktır.

Her bir soru için **size en uygun gelen cevabı** seçiniz. Bu anketi cevaplamanız yaklaşık 10 dakika sürecektir.

#### 1. Son zamanlarda aşağıdakilerde bir azalma hissediyor musunuz?

|                         | Çok                      | Biraz                    | Çok az                   | Hiç                      |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kollarınızdaki güçte?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bacaklarındaki güçte?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kas kitlenizde?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enerjinizde?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiziksel kapasitenizde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Esnekliğinizde?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 2. Kaslarınızda ağrı var mı?

Sıklıkla

Bazen

Nadiren

Hiç

3. **Hafif** gündelik işler yaparken (yavaş yürürken ,ütü yaparken, toz alırken, bulaşık yıkarken, tamir ve kurulum işleri yaparken, bahçe sularken, vb.) :

|                         | Sıklıkla                 | Bazen                    | Nadiren                  | Hiç                      | Bu tip işler yapmıyorum  |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Güçlük çekiyor musunuz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yoruluyor musunuz?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ağrı duyuyor musunuz?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. **Orta düzeyde** gündelik işler yaparken (hızlı yürüyüş, pencere silme, süpürge ile temizlik yapma, araba yıkama, bahçede yabancı otları temizleme, vb.) :

|                         | Sıklıkla                 | Bazen                    | Nadiren                  | Hiç                      | Bu tip işler yapmıyorum  |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Güçlük çekiyor musunuz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yoruluyor musunuz?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ağrı duyuyor musunuz?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. **Ağır** gündelik işler yaparken (koşu, doğada yürüyüş yapmak, ağır eşya kaldırmak, mobilyaların yerini değiştirmek, bahçe kazmak, vb.) :

|                         | Sıklıkla                 | Bazen                    | Nadiren                  | Hiç                      | Bu tip işler yapmıyorum  |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Güçlük çekiyor musunuz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yoruluyor musunuz?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ağrı duyuyor musunuz?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Şu anda kendinizi yaşlı hissediyor musunuz ?

Evet, çok

Evet, biraz

Evet, az

Hayır, hiç

7. 6 numaralı (üstteki) soruya evet dediyseniz neden yaşlı hissediyorsunuz?  
(Birden fazla cevap seçebilirsiniz)

- Kolaylıkla hastalanıyorum
- Çok sayıda ilaç kullanıyorum
- Kaslarımda güçsüzlük hissediyorum
- Hafızamla ilgili sorunlarım var
- Bana yakın olan bazı kişilerin ölümüyle yüzleşmek zorunda kaldım
- Çok fazla enerjim yok, çoğu zaman yorgun hissediyorum
- Gözlerim iyi görmüyor
- Diğer :

8. Bedensel olarak güçsüz hissediyor musunuz?

- Evet, tamamiyle güçsüz hissediyorum
- Evet, biraz
- Evet, az
- Hayır, hiç hissetmiyorum

9. Aşağıdakilerde azalma hissediyor musunuz?

|                           | Çok                      | Biraz                    | Çok az                   | Hiç                      |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Yürüebileceğiniz süre ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yürüyüşe çıkma sıklığı ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yürüebileceğiniz mesafe ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yürüebileceğiniz hız ?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Adım uzunluğunuz ?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10 Yürürken...

|                                                                                  | Sıklıkla                 | Bazen                    | Nadiren                  | Hiçbir zaman             | Yürüyemiyorum            |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Çok yorgun hissediyor musunuz?                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Belirli bir süre yürüdükten sonra toparlanmak için oturma ihtiyacınız oluyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Karşıdan karşıya yeteri kadar hızlı geçmekte zorlanıyor musunuz?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Engembeli yerlerde zorluk çekiyor musunuz?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11 Denge sorunu yaşıyor musunuz?

- Sıklıkla
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

12 Ne sıklıkla düşüyorsunuz?

- Çok Sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

13 Dış görünüşünüzün değiştiğini düşünüyor musunuz?

- Evet, çok
- Evet, biraz
- Evet, az
- Hayır, hiç

14 13 numaralı (üstteki) soruya evet dediyseniz (dış görünüşünüzün değiştiğini düşünüyorsanız), aşağıdakilerden hangisi-hangileri nedeniyle olduğunu düşünüyorsunuz ? (birden fazla cevap seçebilirsiniz)

- Kilonuzdaki değişiklik (kilo verdiniz veya aldınız mı)
- Kırıklıkların oluşması
- Boy kısalması
- Kas kitlesi kaybı
- Saç dökülmesi
- Saçlarda beyazlaşma
- Diğer :

15 13 numaralı soruya evet dediyseniz (dış görünüşünüzün değiştiğini düşünüyorsanız) bundan dolayı üzgün müsünüz?

- Evet, çok
- Evet, biraz
- Evet, az
- Hayır, hiç

16 Bedensel olarak düşük hissediyor musunuz?

- Çok fazla
- Çok az
- Hiç

17 Şu anda aşağıdaki günlük işlerden herhangi birini yapmakta zorlanıyor musunuz:

|                                                                                 | Yapamıyorum              | Çok zorlanıyorum         | Az zorlanıyorum          | Zorlanmıyorum            | Yapmam mümkün değil      |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bir kat merdiven çıkarken?                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Birkaç kat merdiven çıkarken?                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bir yere tutunmadan bir veya birkaç adım atarken?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Çömelirken?                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yerden bir şey almak için eğilirken?                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tutunmadan yerden kalkarken?                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alçak ve kolsuz bir sandalyeden kalkarken?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oturduğunuz yerden ayağa kalkarken?                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ağır eşya taşırken (dolu ve büyük alışveriş poşetleri, su dolu tencere vb)?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Şişe ya da kavanoz açarken?                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toplu taşıma kullanırken?                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arabaya binerken ya da arabadan inerken?                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alışveriş yaparken?                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ev işi yaparken (yatak toplamak, ütü yapmak, ev süpürmek, bulaşık yıkamak vb.?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18 Kas güçsüzlüğünüz hareketlerinizi sınırlandırıyor mu ?

Evet, çok

Evet, biraz

Evet, az

Hayır, hiç

19 18 numaralı soruya (üstteki) evet dediyse, hangi sebeplerden dolayı kas güçsüzlüğünüz hareketlerinizi sınırlandırıyor? (birden fazla cevap seçebilirsiniz)

Ağrı çekme korkusu

Yapamayacağım korkusu

Hareket sonrası yorulma korkusu

Düşme korkusu

Diğer :

20 Kas güçsüzlüğünüz cinsel hayatınızı kısıtlıyor mu?

Cinsel olarak aktif değilim

Evet, tamamen

Evet, biraz

Evet, az

Hayır, hiç

21 Yaptığınız fiziksel aktivitelerde (hareketlerde) veya yaptığınız sporda değişiklik oldu ?

Evet, arttı

Evet, azaldı

Hayır, değişmedi

Eskiden de fiziksel aktivite (hareket) /spor yapmazdım

22 Boş zamanlarınızda yaptığınız işlerde (yemeğe çıkma, bahçe işleri ile uğraşma, tamir ve kurulum işleri, avcılık/balık tutma, toplu faaliyetlere katılma (kahvehane, lokal, dernekler), kağıt oyunları, yürüyüşe çıkma, vb.), değişiklik oldu mu?

Arttı

Azaldı

Değişmedi

Geçmişte de boş zamanlarımda bir şey yapmazdım