

نوعية الحياة في مرض ساركوبينيا

استبيان مرض ضمور العضلات

يسأل هذا الاستبيان عن مرض ساركوبينيا ، وهو ضعف العضلات الذي يأتي مع الشيخوخة. يمكن أن يؤثر على حياتك اليومية. ستمكننا هذه الدراسة من معرفة ما إذا كانت حالة عضلاتك تؤثر **حاليًا على جودة حياتك**.

يرجى **اختيار الرد الأنسب لكل سؤال**. يجب أن يستغرق الاستبيان حوالي 10 دقائق حتى يكتمل.

1. هل لديك قصور أو نقصان في ؟

أبداً	نادرًا	أحياناً	غالباً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قوة الأذرع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قوة الأرجل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كتلة عضلاتك
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طاقتك
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	القدرة البدنية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المرونة

2. هل لديك آلام في العضلات؟

<input type="checkbox"/>	غالباً
<input type="checkbox"/>	أحياناً
<input type="checkbox"/>	نادرًا
<input type="checkbox"/>	أبداً

3. عند القيام بأنشطة حركية **خفيفة** مثال: (المشي ببطء- كي الملابس- غسيل الملابس, تنفيض الأتربة , سقي الحديقة) هل تجد؟

لا أقوم بهذه النشاطات	أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صعوبة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالتعب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالألم

4. عند القيام بأنشطة حركية **متوسطة** مثال: (المشي السريع-تنظيف النوافذ-غسل المركبة- حش الزرع -سحب الأعشاب الضارة في الحديقة - استخدام المكنسة الكهربائية) هل تجد؟

لا أقوم بهذه النشاطات	أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صعوبة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالتعب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالألم

5. عند القيام بأنشطة حركية **شديدة** مثال: (الجري-وضع الأوزان الثقيلة-تحريك الأثاث-حفر-الزراعة) هل تجد:-؟

لا أقوم بهذه النشاطات	نادراً	به ندرت	أحياناً	غالباً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صعوبة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالتعب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالألم

6. هل تشعر أنك متقدم في العمر؟

<input type="checkbox"/>	نعم وبقوة
<input type="checkbox"/>	نعم إلى حد ما
<input type="checkbox"/>	نعم قليلاً
<input type="checkbox"/>	أبداً

7. إذا كانت الإجابة على سؤال السادس بنعم-فما الذي يشعرك بذلك؟
(اختر العديد من الإجابات حسب رغبتك)

- أمرض بشكل سهل
- أتناول أدوية كثيرة
- أشعر بضعف في العضلات
- لدي مشكلة في الذاكرة
- وفاة أشخاص أكثر من نفس الجيل
- ليس لدي الطاقة الكافية وأشعر بالتعب غالباً
- رؤيتي ضعيفة
- أخرى:

8. هل تشعر بالضعف البدني؟

- نعم تماماً
- إلى حد ما
- قليلاً
- أبداً

9. هل تشعر أنه ليس لديك القدرة الكافية في

لا على الإطلاق	قليل	إلى حد ما	كثير	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مدة المشي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم مرة تخرج للمشي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مسافة المشي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	السرعة؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طول الخطوة؟

10. عندما تمشي

لا أستطيع المشي	أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تشعر بالتعب الشديد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تحتاج إلى الجلوس بشكل منتظم للتعافي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تواجه صعوبة في عبور الطرق بسرعة كافية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك صعوبات في الأسطح غير المستوية؟

11. هل لديك مشاكل في التوازن؟

غالباً

أحياناً

نادراً

أبداً

12. هل تعاني من السقوط المستمر؟

غالباً

أحياناً

نادراً

أبداً

13. هل تعتقد أن مظهرك البدني تغير؟

نعم تماماً

نعم إلى حد ما

نعم قليلاً

أبداً

14. إذا كانت الإجابة بنعم في السؤال رقم (13)-بأي طريقة؟

(اختر العديد من الإجابات حسب رغبتك)

التغيير في الوزن

ظهور التجاعيد

فقدان الطول

فقدان كتلة العضلات

تساقط الشعر

ظهور شعر أبيض أو الرمادي

أخرى:

15. إذا كانت الإجابة بنعم في السؤال رقم (13)- هل أنت قلق أو منزعج من هذا؟

جداً

إلى حد ما

قليلاً

أبداً

16. هل تشعر بالوهن (الضعف-الانهك)؟

كثيراً جداً

قليلاً

أبداً

17. هل لديك حالياً صعوبة في فعل الأنشطة اليومية التالية:

غير قادر	صعوبة قوية	قليل الصعوبة	لا يوجد صعوبة	غير قابلة للتطبيق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				صعود الدرج؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				صعود الدرج عدة مرات؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				صعود الدرج دون المسك بالدرابزين؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				الركوع؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				الميل قليلاً إلى أسفل؟ مثال:- لالتقاط شيئاً على الأرض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				الوقوف من على الأرض دون الاستعانة بشيء؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				القيام من الكراسي المنخفضة بدون استعمال الأذرع؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				التحرك من وضع الجلوس إلى وضع الوقوف دون الاعتماد على شيء؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				حمل الأشياء الثقيلة؟ مثل (أكياس كبيرة مليئة بأغراض التسوق ، قدر مملوء بالماء)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				فتح العبوات الزجاجية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				استعمال المواصلات العامة؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				الصعود أو النزول من السيارة؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				التسوق؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				القيام بالأعمال المنزلية؟ مثل ترتيب السرير ، استخدام المكنسة الكهربائية ، و كي الملابس ، وغسل الأطباق

18. هل ضعف العضلات يعيق حركتك؟

نعم كثيراً

نعم أحياناً

نعم قليلاً

أبداً

19. إذا كانت الإجابة بنعم في السؤال رقم (18)، فما هي الأسباب؟
(اختر العديد من الإجابات حسب رغبتك)

الخوف من الألم

الخوف من عدم الاستطاعة

الخوف من التعب بعد تلك الأنشطة

الخوف من الوقوع

أخرى:

20. هل ضعف عضلاتك تحد من نشاطك الجنسي؟

لست نشط جنسياً

نعم كلياً

نعم إلى حد ما

نعم قليلاً

أبداً

21. هل هناك تغير في مشاركتك في الأنشطة البدنية والرياضية؟

تزيد

تقل

لا تتغير

لا أشرك

22. هل مشاركتك في النشاطات الترفيهية مثل (التنزه-المشي-السفر-الصيد) قد تغيرت؟

تزيد

تقل

لا تتغير

لا أشرك