

Kakovost življenja s sarkopenijo

Vprašalnik vsebuje vprašanja o sarkopeniji, ki je s staranjem povezana mišična oslabelost. Sarkopenija lahko vpliva na vaše vsakdanje življenje. Ta vprašalnik omogoča, da ugotovimo, ali stanje vaših mišic vpliva na vašo trenutno kakovost življenja.

Prosimo, izberite najbolj primeren odgovor za vsako vprašanje. Za vprašalnik boste potrebovali približno 10 minut.

1. Ali trenutno čutite upad:

	Zelo	Nekoliko	Malo	Nič
Moči v rokah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moči v nogah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mišične mase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energije?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telesne zmogljivosti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Splošne gibčnosti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ali imate bolečine v mišicah?

Pogosto

Včasih

Redko

Nikoli

3. Kadar opravljate **lahke** telesne aktivnosti (počasna hoja, likanje, brisanje prahu, umivanje posode, hišna opravila, zalivanje vrta itd.), ali:

	Pogosto	Občasno	Redko	Nikoli	Ne opravljam tovrstnih aktivnosti
Imate težave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se utrudite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Občutite bolečine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Kadar opravljate **zmerne** telesne aktivnosti (hitra hoja, umivanje oken, sesanje, pranje avtomobila, pletje na vrtu itd.), ali:

	Pogosto	Občasno	Redko	Nikoli	Ne opravljam tovrstnih aktivnosti
Imate težave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se utrudite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Občutite bolečine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Kadar opravljate **težke** telesne aktivnosti (tek, pohodništvo, divgovanje težkih predmetov, premikanje pohištva, prekopavanje vrta itd.), ali:

	Pogosto	Občasno	Redko	Nikoli	Ne opravljam tovrstnih aktivnosti
Imate težave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se utrudite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Občutite bolečine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ali se trenutno počutite stare?

- Da, zelo
- Da, nekoliko
- Da, malo
- Ne, sploh ne

7. Če ste na 6. vprašanje odgovorili z da, zakaj tako menite?

(Izberete lahko več odgovorov)

- Zlahka zbolim
- Jemljem veliko zdravil
- Čutim mišično oslabelost
- Imam težave s spominom
- Soočiti sem se moral(-a) s smrtjo več bližnjih oseb
- Nimam veliko energije, pogosto sem utrujen(-a)
- Slabo vidim
- Drugo:

8. Ali se počutite telesno šibke?

- Da, popolnoma
- Da, nekoliko
- Da, malo
- Ne, sploh ne

9. Ali se počutite omejeni:

	Zelo	Nekoliko	Malo	Nič
Pri tem, koliko časa lahko hodite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pri pogostosti sprehodov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pri razdalji, ki jo lahko prehodite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pri hitrosti hoje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pri dolžini korakov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Kadar hodite:

	Pogosto	Občasno	Redko	Nikoli	Nisem zmožen(-na) hoditi
Ali ste zelo utrujeni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ali se morate večkrat usesti, da si opomorete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ali imate težave, ko morate hitro prečkati cesto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ali imate težave pri hoji na neravnih površinah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Ali imate težave z ravnotežjem?

- Pogosto
- Občasno
- Redko
- Nikoli

12. Kako pogosto padete?

- Zelo pogosto
- Občasno
- Redko
- Nikoli

13. Ali menite, da se je vaš izgled spremenil?

- Da, zelo
- Da, nekoliko
- Da, malo
- Ne, sploh ne

14. Če ste na 13. vprašanje odgovorili z da, na kakšen način? (Izberete lahko več odgovorov)

- Sprememba telesne teže (povečanje ali zmanjšanje)
- Pojav gub
- Izguba telesne višine
- Izguba mišične mase
- Izguba las
- Osivelost
- Drugo:

15. Če ste na 13. vprašanje odgovorili z da, ali vas ta sprememba vznemirja?

- Da, zelo
- Da, nekoliko
- Da, malo
- Ne, sploh ne

16. Ali se počutite krhke?

Zelo

Malo

Sploh ne

17. Ali imate trenutno težave pri opravljanju naslednjih dnevnih aktivnosti:

	Ne zmorem izvesti	Veliko težav	Malo težav	Nimam težav	Nikoli ne izvajam te aktivnosti
Povzpeti se do vrha stopnic?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Povzpeti se po stopnicah v višja nadstropja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Povzpeti se po eni ali več stopnicah brez držanja za ograjo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čepeti ali klečati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skloniti ali nagniti se in pobrati predmet s tal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vstati s tal, ne da bi se na kaj opirali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vstati z nizkega stola, ki nima naslonjal za roke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premikanje iz sedečega v stoječ položaj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenašati težke predmete (polne nakupovalne vrečke, poln lonec vode itd.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odpreti steklenico ali kozarec za vlaganje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uporaba javnega prevoza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vstopiti ali izstopiti iz avtomobila?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nakupovanje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opravljanje gospodinjstva dela (postiljanje, sesanje, likanje, pomivanje posode itd.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Ali vas mišična oslabeledost omejuje pri gibanju?

- Da, zelo
-
- Da, nekoliko
-
- Da, malo
-
- Ne, sploh ne
-

19. Če ste na 18. vprašanje odgovorili z da, navedite razlog. (Izberete lahko več odgovorov)

- Strah pred bolečino
-
- Strah, da ne boste zmogli
-
- Strah pred utrujenostjo
-
- Strah pred padcem
-
- Drugo:
-

20. Ali vas mišična oslabeledost omejuje pri spolnosti?

- Nisem spolno aktiven(-na)
-
- Da, popolnoma
-
- Da, nekoliko
-
- Da, malo
-
- Ne, sploh ne
-

21. Kako se je spremenilo vaše udejstvovanje pri telesnih/športnih aktivnostih?

- Povečalo se je
-
- Zmanjšalo se je
-
- Je nespremenjeno
-
- Nikoli nisem bil(-a) telesno/športno aktiven(-na)
-

22. Kako se je spremenilo vaše udejstvovanje pri aktivnostih v prostem času (obiskovanje restavracij, vrtnarjenje, hišna opravila, lov/ribarjenje, klubi za upokoence/srečanja starejših, igranje kart, sprehodi itd.)?

- Povečalo se je
-
- Zmanjšalo se je
-
- Je nespremenjeno
-
- Nikoli se nisem udeleževal(-a) aktivnosti v prostem času
-