

Kvaliteta života

sa sarkopenijom

Ovaj se upitnik sastoji od pitanja u vezi **sarkopenije, mišićne slabosti koja se javlja u starijoj životnoj dobi**. Sarkopenija može imati veliki utjecaj na Vaš svakodnevni život. Ova anketa će nam omogućiti procjenu da li stanje Vaših mišića **utječe na kvalitetu života**.

Molimo Vas izaberite **najprikladniji odgovor** na svako pitanje. Za popunjavanje upitnika otprilike je potrebno 10 minuta.

1. Osjećate li trenutno smanjenu:

	Puno	Donekle	Malo	Nimalo
Snagu u svojim rukama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snagu u svojim nogama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mišićnu masu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energiju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fizičku sposobnost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opću fleksibilnost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Osjećate li bol u mišićima?

Često

Ponekad

Rijetko

Nikada

3. Prilikom obavljanja **laganih** fizičkih aktivnosti (sporog hodanja, glačanja odjeće, čišćenja prašine, tuširanja, malih popravaka, zalijevanja vrta, itd.) jeste li:

	Često	Povremeno	Rijetko	Nikada	Ne obavljam ove fizičke aktivnosti
Imali poteškoća?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umorili se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osjetili bol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Prilikom obavljanja **umjerenih** fizičkih aktivnosti (brzo hodanje, čišćenje prozora, usisavanja, pranje auta, čupanje korova u vrtu, itd.) jeste li:

	Često	Povremeno	Rijetko	Nikada	Ne obavljam ove fizičke aktivnosti
Imali poteškoća?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umorili se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osjetili bol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Prilikom obavljanja **intenzivnih** fizičkih aktivnosti (trčanje, penjanje, podizanje teških objekata, pomicanje namještaja, kopanje u vrtu, itd.) jeste li:

	Često	Povremeno	Rijetko	Nikada	Ne obavljam ove fizičke aktivnosti
Imali poteškoća?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umorili se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osjetili bol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Osjećate li se u ovom trenutku staro?

- Da, jako
- Da, donekle
- Da, malo
- Ne, nimalo

7. Ukoliko je vaš odgovor na šesto pitanje "Da", zbog čega imate takav dojam?
(Izaberite koliko god odgovora želite)

- Lako se razbolim
-
- Koristim dosta lijekova
-
- Osjećam slabost u mišićima
-
- Imam problema sa pamćenjem
-
- Suočio/la sam se sa smrću nekoliko bliskih ljudi
-
- Nemam previše energije, često sam umoran/na
-
- Primjećujem slabljenje vida
-
- Drugo :
-

8. Osjećate li se fizički slabo?

- Da, sasvim
-
- Da, donekle
-
- Da, malo
-
- Ne, nimalo
-

9. Osjećate li ste ograničeni:

	Puno	Donekle	Malo	Nimalo
S trajanjem Vaših šetnji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koliko često odlazite u šetnje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udaljenošću koju možete odšetati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brzinom kojom šetate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duljinom vaših koraka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Tijekom šetnje:

	Često	Povremeno	Rijetko	Nikada	Ne mogu šetati
Osjećate li se vrlo umorno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da li morate redovito sjesti kako biste se odmorili?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imate li poteškoća dovoljno brzo prijeći ulicu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imate li poteškoća sa neravnim površinama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Imate li problema sa ravnotežom?

Često

Povremeno

Rijetko

Nikada

12. Koliko često Vam se dogodi da padnete?

Često

Povremeno

Rijetko

Nikada

13. Smatrate li da se Vaš fizički izgled promijenio?

Da, puno

Da, donekle

Da, malo

Ne, nimalo

14. Ako je vaš odgovor na 13. pitanje "Da", objasnite na koji način? (Izaberite koliko god odgovora želite)

Promjena u Vašoj tjelesnoj težini (udebljali ste se ili ste smršavili)

Pojava bora

Gubitak visine

Gubitak mišićne mase

Gubitak kose

Kosa Vam je posijedila

Drugo:

15. Ako je vaš odgovor na 13. pitanje "Da", da li Vas ova promjena uznemiruje?

Da, puno

Da, donekle

Da, malo

Ne, nimalo

16. Osjećate li se krhko/slabo?

Prilično

Malo

Nimalo

17. Imate li trenutno poteškoća pri obavljanju nekih od navedenih svakodnevnih aktivnosti / radnji?

	Ne mogu izvesti	Vrlo teško	Pomalo teško	Bez poteškoća	Nije relevantno
Popeti se jedan kat stepenicama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popeti se više katova stepenica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popeti se jednu ili više stepenica bez pomoći rukohvata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čučnuti se ili klečati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spustiti se ili sagnuti kako bi podigli neki predmet s poda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dignuti se s poda bez pridržavanja za nešto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ustati se iz niskog stolca bez rukohvata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Općenito, ustati se iz sjedećeg u uspravni položaj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nositi teške predmeta? (punu torbu iz kupovine, lonac pun vode, itd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otvoriti bocu ili staklenku?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koristiti javni prijevoz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulazak ili izlazak iz automobila?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kupovati namirnice ili neke druge potrepštine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obavljati kućanske poslove (spremanje kreveta, usisavanje, glačanje, pranje suđa, itd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Ograničava li Vas Vaša mišićna slabost u kretanju?

- Da, jako
-
- Da, donekle
-
- Da, malo
-
- Ne, nimalo
-

19. Ako je odgovor na 18. pitanje "Da", objasnite iz kojeg razloga? (Izaberite koliko god odgovora želite)

- Strah od boli
-
- Strah da možda nećete moći
-
- Strah od umora nakon ovih aktivnosti
-
- Strah od pada
-
- Drugo:
-

20. Je li Vaš seksualni život ograničen zbog Vaše mišićne slabosti?

- Nisam seksualno aktivan/na
-
- Da, potpuno
-
- Da, donekle
-
- Da, malo
-
- Ne, nimalo
-

21. Koliko se promijenilo Vaše sudjelovanje u fizičkim/sportskim aktivnostima?

- Povećalo se
-
- Smanjilo se
-
- Nije se promijenilo
-
- Nisam nikad/a sudjelovao/la u fizičkim aktivnostima ili sportu
-

22. Koliko se promijenilo Vaše sudjelovanje u slobodnim aktivnostima (izlasci u restorane, vrtlarjenje, lov/ribolov, odlaženje u Klub umirovljenika, igranje karata, izlasci u šetnju, itd.)?

- Povećalo se
-
- Smanjilo se
-
- Nije se promijenilo
-
- Nisam nikad/a sudjelovao/la u slobodnim aktivnostima
-