



## 肌肉减少症的生活质量调查.

本问卷是关于肌肉减少症的，包括随着年龄增长导致的肌肉萎缩或减少、肌肉无力等症状。肌肉减少症能影响到您的日常生活。这个调查表能够使我们发现您目前的肌肉状态对您的日常生活是否已经造成影响。

请为每个问题选择最合适的回答。问卷大约10分钟完成。

### 1. 你目前觉得你有减少的是：

	很多	一些	一点	没有
你手臂的力量？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
你腿上的力量？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
你的肌肉容量？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
你的体能？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
你的运动能力？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
你的灵活性？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. 你的肌肉有疼痛吗？

经常

---

有时

---

很少

---

从未

---

3. 当进行**轻体力**活动（慢走，熨烫，除尘，洗衣服，生活自理，给花园浇水等），你觉得：

	经常	偶尔	罕见	从来没有	我不承担这些类型的体力活动
有困难？	<input type="checkbox"/>				
感觉很累？	<input type="checkbox"/>				
出现疼痛？	<input type="checkbox"/>				

4. 在进行**适度**的体育活动（快速行走，清洁窗户，吸尘，洗车，拔花园里的杂草等），你觉得：

	经常	偶尔	罕见	从来没有	我不承担这些类型的体力活动
有困难？	<input type="checkbox"/>				
感觉很累？	<input type="checkbox"/>				
出现疼痛？	<input type="checkbox"/>				

5. 当进行**激烈**的体力活动（跑步，徒步旅行，举起重物，移动家具，花园挖坑等），你觉得：

	经常	偶尔	罕见	从来没有	我不承担这些类型的体力活动
有困难？	<input type="checkbox"/>				
感觉很累？	<input type="checkbox"/>				
出现疼痛？	<input type="checkbox"/>				

6. 你现在觉得自己老了吗？

是的，感觉自己非常老

是的，感觉有点老

是的，感觉有一点点老

不，一点儿也不老

7. 如果问题6回答是，那么是什么原因给你这样的印象？  
(尽可能多地选择答案)

我容易变得不舒服

我服用许多药物

我感到我肌肉变弱了

我的记忆有问题

我不得不面对一些我亲近的人死亡消息

我没有太多的精力，我经常很累

我的视力很差

其他原因：

8. 你觉得自己身体虚弱吗？

是的，完全正确

是的，有些虚弱

是的，有一点点虚弱

不，一点儿也不虚弱

9. 你觉得自己下列行为受限程度如何？

	非常	有些	少量	没有
可以行走多长时间	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
你多久出去散步一次	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
你能走的距离	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
你能走的速度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
你的行走步幅长度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. 当你行走时：

	经常	偶尔	很少	从不	无法行走
你觉得很累吗？	<input type="checkbox"/>				
你需要经常坐下来恢复吗？	<input type="checkbox"/>				
你快速地过马路有困难吗？	<input type="checkbox"/>				
你行走在不平地面有困难吗？	<input type="checkbox"/>				

11. 你有身体平衡问题吗？

- 经常
- 有时
- 很少
- 从未

12. 你经常跌倒吗？

- 经常
- 有时
- 很少
- 从未

13. 你认为你的外表改变了吗？

- 是的，改变很多
- 是的，有一些改变
- 是的，一点点改变
- 不，一点儿也没变

14. 如果问题13答案是的，在哪一方面有改变？（尽可能多地选择答案）

- 体重的变化： 体重增加 体重减轻
- 出现皱纹
- 身高降低
- 肌肉萎缩
- 脱发
- 头发出现白发或花白
- 其他：

15. 如果问题13答案是的，你担心这个改变吗？

- 是的，很担心
- 是的，有点担心
- 是的，一点点担心
- 不，一点儿也不担心

16. 你觉得身体虚弱吗？

- 非常虚弱
- 
- 有一点虚弱
- 
- 一点也不虚弱
- 

17. 您目前是否有下列任何一种日常活动的困难：

	无法做到	很大困难	有点困难	无困难	没有不适
爬一段楼梯？	<input type="checkbox"/>				
爬几段楼梯？	<input type="checkbox"/>				
不扶着栏杆可以行走一步或者几步？	<input type="checkbox"/>				
蹲或跪？	<input type="checkbox"/>				
弯腰或弯腰从地面上捡起一个物体？	<input type="checkbox"/>				
不拿任何东西从地板上爬起来？	<input type="checkbox"/>				
从一个没有扶手的低位椅子站立起来？	<input type="checkbox"/>				
移动身体，如从坐姿到站立位置？	<input type="checkbox"/>				
搬运重物（装满购物的大袋子，装满水的平底锅等）？	<input type="checkbox"/>				
打开瓶子还是罐子？	<input type="checkbox"/>				
使用公共交通工具？	<input type="checkbox"/>				
进出家用汽车？	<input type="checkbox"/>				
自行购物？	<input type="checkbox"/>				
做家务（铺床、吸尘、熨衣服、洗碗等）？	<input type="checkbox"/>				

18. 你的肌肉无力限制你的运动吗？

- 是的，限制很多
- 是的，有点限制
- 是的，一点点限制
- 不，一点儿也不限制

19. 如果问题18答案是，是什么原因？（尽可能多地选择答案）

- 害怕疼痛
- 担心你可能无法做到
- 害怕这些活动后感到疲倦
- 恐惧跌倒
- 其他原因：

20. 你的肌肉虚弱限制你的性生活吗？

- 我性生活不活跃
- 是的，无法做到
- 是的，有些限制
- 是的，一点点限制
- 不，一点儿也不限制

21. 你参与体育活动/运动改变了肌肉无力状态吗？

- 肌肉力量增加了
- 肌肉力量降低了
- 肌肉力量没有改变
- 我从未参加过功能锻炼或体育活动

22. 你参与各种休闲活动的次数增加了吗？（如外出聚餐，园艺，生活自理，射击/钓鱼，老年人俱乐部，打桥牌，散步等）

- 增加
- 降低
- 没变
- 我从来没有参加过休闲活动