



肌肉减少症患者的生活质量调查

本问卷是关于肌肉减少症的，这是一种随着年龄增长而产生的肌肉无力症状，它会影响您的日常生活。本问卷能帮助我们了解您当前的肌肉状况，并判断它是否影响到您的日常生活质量。

请为每个问题选择最合适的答案。填写问卷大约耗时10分钟。

1. 目前，您觉得您的以下指标是否下降？

	很多	有些	一点	完全没有
手臂力量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腿部力量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肌肉量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
精力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
运动能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
身体灵活性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 您的肌肉是否会出现疼痛？

- 经常
- 有时
- 很少
- 完全没有

3. 在进行**轻度**的体力活动（慢走、熨衣服、打扫、洗碗、做手工、浇花等）时，您是否会有以下感觉？

	经常	有时	很少	完全没有	我不参与这些活动
难以完成	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感觉很累	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感觉疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 在进行**中度**的体力活动（快走、擦窗户、吸尘、洗车、除草等）时，您是否会有以下感觉？

	经常	有时	很少	完全没有	我不参与这些活动
难以完成	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感觉很累	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感觉疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 在进行**剧烈**的体力活动（跑步、徒步旅行、举起重物、搬运家具、挖土等）时，您是否会有以下感觉？

	经常	有时	很少	完全没有	我不参与这些活动
难以完成	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感觉很累	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感觉疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 您现在感觉自己老了吗？

- 是的，感觉自己非常老
- 是的，感觉自己有些老
- 是的，感觉自己有一点老
- 不，我还一点都不老

7. 如果第6题回答是的，那具体是什么原因使您产生这样的感觉？
(选择您符合的所有答案)

- 我容易身体不适

- 我需要服用很多药物

- 我觉得肌肉变无力了

- 我的记忆力有问题

- 我需要面对一些亲近之人离世的消息

- 我的精力不够，经常觉得很累

- 我的视力很差

- 其他：

8. 您觉得自己体力差吗？

- 是的，非常差

- 是的，有些差

- 是的，有一点差

- 不，一点也不差

9. 您觉得自己在以下方面是否受到限制？

	非常受限	有些受限	有一点受限	不受限
步行时间的长短	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外出散步的频率或次数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
步行距离的远近	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
步行速度的快慢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
迈步的步子大小	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. 您走路时是否出现过以下现象？

	经常	有时	很少	完全没有	我不能走路
觉得很累	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
需要经常坐下来休息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
快速过马路有困难	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在不平坦的地面行走有困难	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. 您的身体平衡经常出现问题吗？

- 经常
- 有时
- 很少
- 完全没有

12. 您经常摔倒吗？

- 经常
- 有时
- 很少
- 完全没有

13. 您觉得自己的外表有变化吗？

- 是的，变化很多
- 是的，有些变化
- 是的，有一点变化
- 不，完全没变

14. 如果第13题回答是的，那具体有哪些变化？
(选择您符合的所有答案)

- 体重改变 (变重或变轻)
- 出现皱纹
- 身高下降
- 肌肉量减少
- 脱发
- 头发变白或变灰
- 其他:

15. 如果第13题回答是的，那您会对此感到烦恼吗？

- 是的，非常烦恼
- 是的，有些烦恼
- 是的，有一点烦恼
- 不，完全不会

16. 您觉得自己身体虚弱吗？

非常虚弱

有点虚弱

一点也不

17. 目前，您在以下日常活动中是否存在困难？

	做不到	非常困难	有一点困难	不困难	我不做这项活动
爬一层楼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
爬几层楼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不扶栏杆爬一个或几个台阶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下蹲或者下跪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
弯腰或侧身从地上捡东西	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不扶任何东西从地上站起来	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
从没有扶手的矮椅子上站起来	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
从坐姿到站立	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
搬运重物（装满物品的大袋子、装满水的汤锅等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
拧开瓶子或罐子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乘坐公交车	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上下小汽车	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自行购物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
做家务（铺床、吸尘、熨衣服、洗碗等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. 您的肌肉无力是否限制了您的行动？

- 是的，非常限制
-
- 是的，有些限制
-
- 是的，有一点限制
-
- 不，完全没限制
-

19. 如果第18题回答是的，原因是什么？（选择您符合的所有答案）

- 害怕疼痛
-
- 害怕自己做不到
-
- 害怕在活动后感到疲倦
-
- 害怕摔倒
-
- 其他：
-

20. 您的肌肉无力是否限制了您的性生活？

- 我性生活不活跃
-
- 是的，非常限制
-
- 是的，有些限制
-
- 是的，有一点限制
-
- 不，完全没限制
-

21. 您参与体力活动或体育运动的情况有变化吗？

- 增加
-
- 减少
-
- 没有变化
-
- 我从不参与体力活动或体育运动
-

22. 您参与休闲活动（外出吃饭、栽种花草、做手工、射击、钓鱼、老年人俱乐部、打桥牌、散步等）的情况有变化吗？

- 增加
-
- 减少
-
- 没有变化
-
- 我从不参加休闲活动
-