



## 肌少症的生活品质调查

这是一份关于肌少症的问卷。肌少症是因为年龄增长而导致肌肉无力、肌肉减少等症状。肌少症会影响您的日常生活。这份调查表能帮助我们确定您目前的肌肉状态是否已经影响了您的生活品质。

请为接下来的每道问题选择最合适的答案。这项问卷将占用您大约 10 分钟的时间。

### 1. 您目前觉得自己在以下哪方面有减少：

	很多	一些	一点	完全没有
您双臂的力量？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您双腿的力量？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的肌肉量？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的精力？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的体力？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您整体的灵活性？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. 您有肌肉酸痛或疼痛吗？

经常

有时

很少

完全没有

3. 在进行**轻度**的体力活动（慢步走、烫衣服、打扫、梳洗、生活自理、浇花等）时，您是否：

	经常	有时	很少	完全没有	我不参与这类型的体力活动
有困难？	<input type="checkbox"/>				
感到疲倦？	<input type="checkbox"/>				
感到酸痛或疼痛？	<input type="checkbox"/>				

4. 在进行**中度**的体力活动（快步走、清洁窗口、吸尘、洗车、除草、拖地、气功、太极等）时，您是否：

	经常	有时	很少	完全没有	我不参与这类型的体力活动
有困难？	<input type="checkbox"/>				
感到疲倦？	<input type="checkbox"/>				
感到酸痛或疼痛？	<input type="checkbox"/>				

5. 在进行**激烈**的体力活动（跑步、登山、举起重物、移动家具、花园挖坑等）时，您是否：

	经常	有时	很少	完全没有	我不参与这类型的体力活动
有困难？	<input type="checkbox"/>				
感到疲倦？	<input type="checkbox"/>				
感到酸痛或疼痛？	<input type="checkbox"/>				

6. 您现在觉得自己老了吗？

是，非常老

---

是，有些老

---

是，有点老

---

完全不会

---

7. 如果您在问题 6 回答“是”，那是什么原因给您这样的印象？  
(您可以选择多个答案)

- 我容易觉得不舒服
- 我服用很多种药物
- 我感觉我的肌肉无力
- 我的记忆力有问题
- 我需要面对一些亲友去世的消息
- 我没有太多的精力，我经常疲累
- 我的视力很差
- 其它原因：

8. 您觉得自己体力差吗？

- 是，体力非常差
- 是，体力有些差
- 是，体力有点差
- 完全不会

9. 您是否觉得自己：

	很多	一些	一点	完全不会
步行的时间较短？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
散步或步行的次数较少？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
步行的距离较短？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
步行的速度较慢？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
步行时脚步较小？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. 当您行走时：

	经常	有时	很少	完全没有	我无法行走
您会感到很累吗？	<input type="checkbox"/>				
您需要经常坐下来休息吗？	<input type="checkbox"/>				
您快速过马路时有困难吗？	<input type="checkbox"/>				
您行走在不平坦的地面有困难吗？	<input type="checkbox"/>				

11. 您的平衡有问题吗？

- 经常
- 有时
- 很少
- 完全没有

12. 您经常跌倒吗？

- 经常
- 有时
- 很少
- 完全没有

13. 您认为您的外表改变了吗？

- 是，改变很多
- 是，有些改变
- 是，有点改变
- 完全没有改变

14. 如果您在问题 13 回答“是”，那您是在哪一方面有改变？  
(您可以选择多个答案)

- 体重改变 (体重增加或减少)
- 出现皱纹
- 身高变矮
- 肌肉量减少
- 脱发
- 出现白头发
- 其它原因:

15. 如果您在问题 13 回答“是”，那您是否因这些变化而感到烦恼？

- 是，非常烦恼
- 是，有些烦恼
- 是，有点烦恼
- 完全不会

16. 您觉得身体虚弱吗？

- 非常虚弱
- 有点虚弱
- 完全不会

17. 目前，您是否有困难做下列任何一项日常活动：

	无法做到	非常困难	有点困难	完全没困难	不适用
爬一层楼梯？	<input type="checkbox"/>				
爬几层楼梯？	<input type="checkbox"/>				
不握着扶手,上下一个或几个梯级？	<input type="checkbox"/>				
蹲或跪？	<input type="checkbox"/>				
弯下腰从地面上捡起一个东西？	<input type="checkbox"/>				
没有扶着任何东西，从地上站起来？	<input type="checkbox"/>				
从没有扶手的矮椅子站起来？	<input type="checkbox"/>				
移动身体，从坐姿到站姿？	<input type="checkbox"/>				
搬运重物 (装满货品的大袋子，装满水的桶等)？	<input type="checkbox"/>				
打开瓶子或罐子？	<input type="checkbox"/>				
使用公共交通工具？	<input type="checkbox"/>				
进出汽车？	<input type="checkbox"/>				
自行购物？	<input type="checkbox"/>				
做家务（铺床、吸尘、烫衣服、洗碗碟等）？	<input type="checkbox"/>				

18. 您的行动是否因肌肉无力而受到限制？

- 是，限制很多
- 是，有些限制
- 是，有点限制
- 完全不会

19. 如果您在问题 18 回答“是”，那么限制您的原因是什么？  
(您可以选择多个答案)

- 害怕疼痛
- 害怕做不到
- 害怕活动后感到疲倦
- 害怕跌倒
- 其它原因：

20. 您的性生活是否因肌肉无力而受到限制？

- 我的性生活不活跃
- 是，限制很多
- 是，有些限制
- 是，有点限制
- 完全不会
- 我不想回答这个问题

21. 您所参与的体力活动或运动有改变吗？

- 增加
- 减少
- 没有改变
- 我从不参与体力活动或运动

22. 您所参与的休闲活动（出外吃饭、园艺、生活自理、射击、钓鱼、乐龄中心活动、打牌，散步等）有改变吗？

- 增加
- 减少
- 没有改变
- 我从不参与休闲活动