

肌少症生活品質調查

此問卷為肌少症的調查。肌少症是一種因年紀增長造成肌肉逐漸衰退的症狀。肌少症會影響您的日常生活。這項調查將使我們了解您目前的肌肉狀態是否已影響您的生活品質。

請您為每一個問題選擇最適當的答案。這份問卷大約需要 10 分鐘的時間完成。

1. 您目前是否覺得您在以下方面有所衰退？

	差非常多	有差一些	只有差一點點	沒有變差
您手臂的力量？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您腿部的力量？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您整體的肌肉量？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的活力？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的肢體功能？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您整體的柔軟度？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 您會感受到肌肉疼痛嗎？

- 經常
- 有時
- 很少
- 從來沒有

3. 當從事**輕強度**身體活動時（慢走、燙衣服、清掃灰塵、洗碗、洗衣服、DIY、澆花等）您是否：

	經常	偶爾	很少	從來沒有	我沒有從事這些輕強度身體活動
有困難？	<input type="checkbox"/>				
感到疲累？	<input type="checkbox"/>				
感到疼痛？	<input type="checkbox"/>				

4. 當從事**中強度**的身體活動時（快走、擦窗戶、吸塵器打掃、洗車、拔草等），您是否：

	經常	偶爾	很少	從來沒有	我沒有從事這些中強度身體活動
有困難？	<input type="checkbox"/>				
感到疲累？	<input type="checkbox"/>				
感到疼痛？	<input type="checkbox"/>				

5. 當從事**高強度**的身體活動時（跑步、健行、搬重物、挪動家俱、在花園裡挖土等），您是否：

	經常	偶爾	很少	從來沒有	我沒有從事這些高強度身體活動
有困難？	<input type="checkbox"/>				
感到疲累？	<input type="checkbox"/>				
感到疼痛？	<input type="checkbox"/>				

6. 您最近會有老了的感覺嗎？

- 是的，非常老
- 是的，有些老
- 是的，有點老
- 不會，一點也不老

7. 如果您在第 6 題回答「是的」，那麼是甚麼讓您有這樣的感覺？（盡可能選擇多個答案）

- 我很容易感到身體不適
- 我服用許多藥物
- 我感覺我的肌肉變得沒什麼力量
- 我開始記不起一些事情
- 我不得不面對與我親近的人過世
- 我沒有很多活力，常覺得疲累
- 我的視力變差
- 其他：

8. 您是否感到身體虛弱？

- 是的，完全同意
- 是的，有些同意
- 是的，有一點同意
- 不，完全不同意

9. 您是否覺得您受限於：

	很多受限	一些受限	一點點受限	沒有受限
您可以步行的時間？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您多常到戶外走路？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
你能走多遠？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您可以走多快？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您步伐的長度？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. 當您走路時：

	經常	偶爾	很少	從來沒有	我無法走路
您感到疲累嗎？	<input type="checkbox"/>				
您需要經常坐下休息恢復體力嗎？	<input type="checkbox"/>				
您是否有困難快速地通過馬路？	<input type="checkbox"/>				
您是否有困難行走在不平整的地面？	<input type="checkbox"/>				

11. 您是否有平衡感的問題？

- 經常
- 偶爾
- 很少
- 從來沒有

12. 您經常跌倒嗎？

- 經常
- 偶爾
- 很少
- 從來沒有

13. 您認為您最近的外表是否有改變？

- 是的，有很大變化
- 是的，有一些變化
- 是的，但只有一點點變化
- 不會，我的外表都沒有變化

14. 如果您在第 13 題回答「是的」，是哪一部份？
(盡可能選擇多個答案)

- 體重有變化(您體重變重或您體重變輕)？
- 出現皺紋
- 身高變矮
- 肌肉量減少
- 掉髮
- 頭髮變白或變灰
- 其他：

15. 如果您在第 13 題回答「是的」，您對於這些改變感到苦惱嗎？

- 是的，非常苦惱
- 是的，有些苦惱
- 是的，有一點苦惱
- 不，一點也不會

16. 您是否感到身體衰弱?

- 非常衰弱
- 有點衰弱
- 完全不會

17. 您目前從事下列日常活動是否有困難?

	無法從事	很困難	有些困難	沒有困難	不適用
爬一層樓梯	<input type="checkbox"/>				
爬好幾層樓梯	<input type="checkbox"/>				
不扶扶手往上走一或幾階樓梯	<input type="checkbox"/>				
蹲下或跪著	<input type="checkbox"/>				
彎腰或俯身撿起地板上的一個物品	<input type="checkbox"/>				
從地板上起身不須扶、抓任何東西	<input type="checkbox"/>				
從沒有扶手的矮椅子上起身	<input type="checkbox"/>				
從坐姿轉換成站姿	<input type="checkbox"/>				
提重物(裝滿購物的大袋子、裝滿水的鍋子等)	<input type="checkbox"/>				
打開瓶子或罐子	<input type="checkbox"/>				
搭乘大眾運輸工具	<input type="checkbox"/>				
上下小客車	<input type="checkbox"/>				
自己購物	<input type="checkbox"/>				
做家務(鋪床、使用吸塵器、燙衣服、洗碗等)	<input type="checkbox"/>				

18. 您的肌肉無力會限制動作嗎?

- 是的，有很大限制
- 是的，有些限制
- 是的，一點點限制
- 不，完全不會

19. 如果您在第 18 題回答「是的」，原因是甚麼?
(盡可能選擇多個答案)

- 害怕會疼痛
- 害怕自己會做不到
- 害怕活動過後會感到疲累
- 害怕跌倒
- 其他:

20. 您的肌肉無力會限制您的性生活嗎?

- 我沒有性生活
- 是的，完全同意
- 是的，有些同意
- 是的，一點點同意
- 不，完全不會

21. 您在參與運動或身體活動有何變化?

- 增加
- 減少
- 不變
- 我從未參與運動或身體活動

22. 您在休閒活動的參與 (外出用餐、園藝、手作、射擊/釣魚、長青俱樂部、打橋牌、散步等)有何變化?

- 增加
- 減少
- 不變
- 我從未參與休閒活動