

肌肉減少症

患者的生活質量

本問卷是關於肌肉減少症的，這是一種隨著年齡增長而產生的肌肉無力症狀。肌肉減少症會影響您的日常生活。本問卷能幫助我們了解您當下的肌肉狀況，並判定它是否影響到您的生活質量。

請為接下來的每道問題選擇最合適的答案。

1. 您目前覺得自己在以下哪方面有減少？

	很多	一些	一點	完全沒有
您雙臂的力量？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您雙腿的力量？	<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"/>
您的體力？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您整體的靈活性？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 您有肌肉酸痛或疼痛嗎？

經常

有時

很少

完全沒有

3. 在進行**輕度**的體力活動（慢步走、燙衣服、打掃、梳洗、生活自理、澆花等）時，您是否：

	經常	有時	很少	完全沒有	我不參與這類型活動
有困難？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感到疲倦？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感到酸痛或疼痛？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 在進行**中度**的體力活動（快步走、清潔窗口、吸塵、洗車、除草、拖地、氣功、太極等）時，您是否：

	經常	有時	很少	完全沒有	我不參與這類型活動
有困難？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感到疲倦？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感到酸痛或疼痛？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 在進行**激烈**的體力活動（跑步、登山、舉起重物、移動傢俱、花園挖坑等）時，您是否：

	經常	有時	很少	完全沒有	我不參與這類型活動
有困難？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感到疲倦？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感到酸痛或疼痛？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 您現在覺得自己老了嗎？

是，非常老

是，有些老

是，有點老

完全不會

7. 如果您在問題 6 回答“是”，那是什麼原因給您這樣的印象？
(您可以選擇多個答案)

- 我容易覺得不舒服
-
- 我服用很多種藥物
-
- 我感覺我的肌肉無力
-
- 我的記憶力有問題
-
- 我需要面對一些親友去世的消息
-
- 我沒有太多的精力，我經常疲累
-
- 我的視力很差
-
- 其他原因，請註明：
-

8. 您覺得自己體力差嗎？

- 是，體力非常差
-
- 是，體力有些差
-
- 是，體力有點差
-
- 完全不會
-

9. 您是否覺得自己：

	很多	一些	一點	完全沒有
步行的時間較短？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
散步或步行的次數較少？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
步行的距離較短？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
步行的速度較慢？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
步行時腳步較小？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. 當您行走時：

	很多	一些	一點	完全沒有	我無法行走
您會感到很累嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您需要經常坐下來休息嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您快速過馬路時有困難嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您行走在不平坦的地面有困難嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. 您的平衡有問題嗎？

- 經常
- 有時
- 很少
- 完全沒有

12. 您經常跌倒嗎？

- 經常
- 有時
- 很少
- 完全沒有

13. 您認為您的外表改變了嗎？

- 是，改變很多
- 是，有些改變
- 是，有點改變
- 完全沒有改變

14. 如果您在問題 13 回答“是”，那您是在哪一方面有改變？
(您可以選擇多個答案)

- 體重改變(體重增加或減少)
- 出現皺紋
- 身高變矮
- 肌肉量減少
- 脫髮
- 出現白頭髮
- 其他原因，請註明：

15. 如果您在問題 13 回答“是”，那您是否因這些變化而感到煩惱？

- 是，非常煩惱
- 是，有些煩惱
- 是，有點煩惱
- 完全不會

16. 您覺得身體虛弱嗎？

- 非常虛弱
- 有點虛弱
- 完全沒有改變

17. 目前，您是否有困難做下列任何一項日常活動：

	無法做到	非常困難	有點困難	完全沒困難	不適用
爬一層樓梯？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
爬幾層樓梯？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不握著扶手，上下一個或幾個梯級？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
蹲或跪？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
彎下腰從地面上撿起一件東西？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
沒有扶著任何東西，從地上站起來？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
從沒有扶手的矮椅子站起來？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移動身體，從坐姿到站姿？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
搬運重物(裝滿貨品的大袋子，裝滿水的桶等)？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
打開瓶子或罐子？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
使用公共交通工具？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
進出汽車？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自行購物？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
做家務(鋪床、吸塵、燙衣服、洗碗碟等)？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. 您的行動是否因肌肉無力而受到限制？

- 是，限制很多
- 是，有些限制
- 是，有點限制
- 完全不會

19. 如果您在問題 18 回答“是”，那麼限制您的原因是什麼？
（您可以選擇多個答案）

- 害怕疼痛
- 害怕做不到
- 害怕活動後感到疲倦
- 害怕跌倒
- 其他原因，請註明：

20. 您的性生活是否因肌肉無力而受到限制？

- 我的性生活不活躍
- 是，限制很多
- 是，有些限制
- 是，有點限制
- 完全不會

21. 您所參與的體力活動或運動有改變嗎？

- 增加
- 減少
- 沒有改變
- 我從不參與體力活動或運動

22. 您所參與的休閒活動(出外吃飯、園藝、生活自理、射擊、釣魚、樂齡中心活動、打牌、散步等)有改變嗎？

- 增加
- 減少
- 沒有改變
- 我從不參與休閒活動