

# 世界贸易中心健康状况登记系统 2020 年健康调查问卷

调查问卷填写说明：

- 请用黑色或蓝色墨水笔将圆圈涂满。 → 例如：
- 作答时请填写大写字母。 → 例如：

1. 请输入今天的日期：

月月 日日 年年年年  
  /   /

2. 您是问卷说明信内所列名的参加者吗？

- 是 → 请前往第5题  
 否，但我代表该参加者填写此调查问卷

在您代表参加者填写本调查问卷时，请提供最符合参加者状况的回答。“您”和“您的”等字样是指参加者。

3. 请问参加者为什么不能自己填写本问卷？  
 请从下方选取一个最佳选项。

- 参加者已去世  
 生理或心理障碍  
 语言障碍  
 这份调查问卷对参加者来说太难了  
 其它原因(请注明)：→ 请前往第5题

4. 如果参加者已去世，谨致哀悼。请仅在下方填写去世的日期与地点，并将调查问卷寄回或致电 866-692-9827 与我们联系。

死亡日期：

月月 日日 年年年年  
  /   /

死亡地点：如于美国境内去世，请填写死亡地点的州名。如于美国境外，则请填写国名。

美国，州：

其它国家：

5. 您的出生日期是？

月月 日日 年年年年  
  /   /

6. 您的性别是？

- 男  
 女

7. 您目前的婚姻状况是？

- 已婚 → 请前往第9题  
 丧偶  
 离婚或分居  
 未婚

8. 您目前是否与伴侣同居？

- 是  
 否

9. 包括您在内，目前您家庭中有多少人？

人

10. 下列哪项可说明您目前的就业状态？请选取所有适用项。

- 全职  
 兼职  
 自雇  
 退休  
 正在休产假或育婴假  
 正在找工作  
 失业不到1年  
 失业1年或以上  
 由于健康原因而无法工作  
 家庭主妇  
 学生

11. **您接受的最高教育程度是？**
- 8 年级或以下
  - 9 到 11 年级
  - 12 年级或高中同等学力测验 (GED)
  - 大学肄业、专科或技校文凭
  - 大学学士
  - 研究生学历以上
12. **您家 2019 年的税前家庭总收入是多少？**
- 不到25,000
  - \$25,000 - \$49,999
  - \$50,000 - \$74,999
  - \$75,000 - \$99,999
  - \$100,000 - \$149,999
  - \$150,000 美元以上
13. **总的来说，您认为您的健康状况是：**
- 极好
  - 很好
  - 好
  - 一般
  - 差
14. **下列几个问题是关于您在一天的日常生活中可能进行的活动。您目前的健康状况是否会限制您从事这些活动？如果限制的话，限制到什么程度？**
- a. **中等强度的活动，比如搬桌子、使用吸尘器清洁地面、玩保龄球或打高尔夫球**
- 有很大限制
  - 有一点限制
  - 没有任何限制
- b. **上几层楼梯**
- 有很大限制
  - 有一点限制
  - 没有任何限制

15. **在过去的四个星期里，您在工作或其它日常活动中，有多少时间会因为身体健康的原因而遇到下列的问题？**
- a. **实际做完的比想做的要少**
- 总是如此
  - 大部分时间
  - 有时
  - 很少时间
  - 从来没有
- b. **工作或其它活动的种类受到限制**
- 总是如此
  - 大部分时间
  - 有时
  - 很少时间
  - 从来没有
16. **在过去的四个星期里，您在工作或其它日常活动中，有多少时间会因为情绪方面的原因（比如感到沮丧或焦虑）而遇到下列的问题？**
- a. **实际做完的比想做的要少**
- 总是如此
  - 大部分时间
  - 有时
  - 很少时间
  - 从来没有
- b. **工作或从事其它活动时不如往常细心了**
- 总是如此
  - 大部分时间
  - 有时
  - 很少时间
  - 从来没有
17. **过去的四个星期里，您身体上的疼痛对您的日常工作（包括上班和家务）有多大影响？**
- 毫无影响
  - 有很少影响
  - 有一些影响
  - 有较大影响
  - 有极大影响

--	--	--	--	--	--	--	--

18. 下列几个问题是有关您在过去四个星期里的自我感觉和其它一些情况。回答每一个问题时, 请选择一个最接近您的感觉的答案。

在过去的四个星期里, 有多少时间:

a. 您感到心平气和?

- 总是如此  
 大部分时间  
 有时  
 很少时间  
 从来没有

b. 您感到精力充沛?

- 总是如此  
 大部分时间  
 有时  
 很少时间  
 从来没有

c. 您觉得心情不好, 闷闷不乐?

- 总是如此  
 大部分时间  
 有时  
 很少时间  
 从来没有

19. 在过去的四个星期里, 有多少时间您的身体健康或情绪问题妨碍了您的社交活动(比如探亲、访友等)?

- 总是如此  
 大部分时间  
 有时  
 很少时间  
 从来没有

20. 您是否因健康状况而使用任何辅助工具? 示例包括手杖、轮椅、改装床、助听电话以及其它类似设备。

- 是  
 否

21. 请想一下您的身体健康状况(包括身体疾病和损伤), 过去30天内, 您身体健康状况不佳的时候有多少天?

天

22. 请想一下您的心理健康状况(其中包括精神压力、抑郁和情绪问题), 过去30天内, 您心理健康状态不佳的时候有多少天?

天

23. 过去30天内, 因身体或心理健康状况不佳, 您有多少天无法从事日常活动?

天

24. 您目前的体重是多少?

磅

25. 一般来说, 您身体的活动能力如何?

- 活动能力良好  
 活动能力一般  
 活动能力不是很好  
 缺乏活动能力

26. 过去 30 天内, 您大多数晚上实际睡了多少小时?

- 不到 4 小时  
 4 小时  
 5 小时  
 6 小时  
 7 小时  
 8 小时  
 9 小时  
 10 小时  
 11小时以上

27. 过去 30 天内, 您会如何评价您的整体睡眠质量?

- 非常好  
 好  
 差  
 非常差

28. 过去 12 个月内, 您是否曾出现过意识混乱或记忆丧失的情况? 不包括偶尔忘记您刚认识的人的名字之情况。

- 是  
 否 → 请前往第 35 题

29. 过去 12 个月内, 您的意识混乱或记忆丧失是否出现得越来越频繁或更为恶化?

- 是  
 否

30. 过去 12 个月内, 由于意识混乱或记忆丧失, 您有多常放弃不做平时会做的日常活动或家务, 比如烹饪、清洁、服药、驾车或支付账单?

- 总是  
 经常  
 有时候  
 很少  
 从不

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

31. 由于意识混乱或记忆丧失的情况，您在日常活动中有多常需要人帮忙？

- 总是
  - 经常
  - 有时候
  - 很少
  - 从不
- 请前往第 33 题

32. 当您在日常活动中需要帮忙时，您有多常获得了所需的帮助？

- 总是
- 经常
- 有时候
- 很少
- 从不

33. 过去 12 个月内，意识混乱或记忆丧失的情况有多常影响到您工作、参加志愿者活动或在家外参与社交活动的的能力？

- 总是
- 经常
- 有时候
- 很少
- 从不

34. 您或其他人是否曾与医务人员讨论过您的意识混乱或记忆丧失的情况？

- 是
- 否

35. 对于以下每种症状，请选择“否”或“是”。如回答为“是”，请继续回答每行中附加的问题。

	过去 30 天内，在未罹患感冒、流行性感冒或季节性过敏等病症的情况下，您是否出现下列症状？		过去 30 天内，有多少天您出现了下列症状？	过去 30 天内，在未罹患感冒、流行性感冒或季节性过敏等病症的情况下，您是否因为下列症状而在夜里醒来？	
	否	是		天	否
a. 呼吸急促	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 哮喘	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 持续性咳嗽	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. 过去 30 天内，您是否因任何呼吸问题而使用过处方吸入器？

- 是
- 否

37. 过去 12 个月内，平均而言，您有多经常出现一次胃灼热或胃酸反流的症状？

- 从来没有 → 请前往第 39 题
- 一个月不到一次
- 大约一个月一次
- 大约一周一次
- 每周至少两次

38. 过去 30 天内，您是否曾服用任何药物来治疗胃灼热或胃酸反流？

- 是
- 否

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

39. 是否有医生或其他医疗专业人员曾向您告知您患有以下任何疾病？如果回答为“是”，请提供您首次获知患有该疾病的年份。

	否	是	首次告知的年份
a. 高血压	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
b. 高胆固醇	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
c. 心绞痛	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
d. 心脏病发作或心肌梗塞	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
e. 冠心病	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
f. 中风	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
g. 2 型糖尿病，或糖尿病	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
h. 慢性支气管炎	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
i. 肺气肿或慢性阻塞性肺病	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
j. 反应性气道功能障碍综合征，即RADS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
k. 肺纤维化	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
l. 石棉肺	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
m. 慢性鼻窦炎	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
n. 阿尔茨海默病或某些其它类型的痴呆	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
o. 睡眠呼吸中止症或阻塞型睡眠呼吸中止症	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
p. 胃酸反流，即GERD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
q. 甲状腺疾病	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
r. 周边神经病变	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
s. 多重化学物质过敏症，即 MCS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
t. 听力受损	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
u. 帕金森病	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
v. 牙周病或牙龈病	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
w. 慢性疼痛	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
x. 生殖健康问题（请注明）：↓ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
y. 肺癌	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
z. 其它癌症1（请注明）：↓ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
aa. 其它癌症2（请注明）：↓ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
bb. 其它疾病（请注明）：↓ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>

\*哮喘、自身免疫性疾病以及心理健康状况将在本项调查的后文发问，不应添加于此处。

40. 医生或其他医疗专业人员是否曾告知您患有哮喘？

- 是
- 否 → 请前往第 49 题

41. 医生或其他医疗专业人员是在哪一年首次向您告知您患有哮喘？

首次告知您的年份：

42. 在过去的4周里，有多少时间哮喘限制了您在工作、学校或家庭中做您所希望的那样多的事情？

- 总是如此
- 大部分时间
- 有时
- 很少时间
- 从来没有

43. 在过去的4周里，您出现气短的频率是多少？

- 一天1次以上
- 一天1次
- 一周3至6次
- 一周1或2次
- 完全没有

44. 在过去的4周里，您因哮喘症状（喘憋、咳嗽、气短、胸闷或疼痛）而在夜间醒来或在早晨比平常早醒的频率是多少？

- 一周4晚或更多
- 一周2至3晚
- 一周1次
- 1或2次
- 完全没有

45. 在过去的4周里，您使用急救吸入药物或雾化器给药的频率是多少（例如沙丁胺醇、万托林®、舒喘灵、喘乐宁或喘康速®（特布他林气雾剂））？

- 每日3次或以上
- 每日1或2次
- 每周2或3次
- 一周1次或更少
- 完全没有

46. 在过去的4周里，您如何评估您的哮喘控制程度？

- 完全未得到控制
- 控制得很差
- 一定程度上得到控制
- 得到良好的控制
- 完全得到控制

47. 过去12个月内，您是否有过哮喘发作（也称为哮喘急性发作或哮喘急性加重）？

- 是
- 否

48. 过去12个月内，您是否接受过肺功能检查（例如，肺活量测定）？进行肺功能检查时，您需要对着连上了一台机器的吹嘴呼气，以测量您呼出的气量以及呼气速度。

- 是
- 否

49. 医生或其他医疗专业人员是否曾向您告知您患有自身免疫性疾病？

- 是
- 否 → 如果您是男性请前往第 59 题  
如果您是女性请前往第 51 题

50. 您被诊断出患有哪一类型的自身免疫性疾病？请选取所有适用项。

- 肌萎缩侧索硬化症（ALS）或卢伽雷氏症
- 混合型结缔组织病
- 多发性硬化（MS）
- 肌炎（多肌炎或皮肌炎）
- 类风湿关节炎（RA）
- 硬皮病
- 干燥综合症
- 全身性红斑狼疮
- 其它（请指明）：

如果您是男性 → 请前往第 59 题

如果您是女性 → 请前往第 51 题

**如果您是女性，请回答第51-58 题**

我们知道这些是敏感问题，所以我们感谢您的回答。

51. (如为女性) 您目前是否怀孕?

- 是
- 否
- 不知道

52. (如为女性) 您怀孕过多少次(包括自然流产、死产、宫外孕或输卵管妊娠、人工流产和活产)?

如果您目前正在怀孕，也请算上此次怀孕。

次

- 无 → 请前往第 55 题

53. 您第一次怀孕时多少岁?

岁

54. 您生了多少个孩子?

个孩子

55. (如为女性) 您是否已绝经? 绝经是指 12 个月或更长时间没来月经，但请不要算上怀孕、哺乳或服用激素药物(如激素避孕药)时没来月经的情况。

- 是
- 否 → 请前往第 57 题

56. 您绝经时多少岁?

岁

57. (如为女性) 过去 12 个月内，您是否进行过乳房 X 光检查?

- 是
- 否 → 请前往第 61 题

58. 您最近进行乳房 X 光检查的主要原因是?

- 例行检查的一部分
- 因为有不快感
- 其它原因

→ 请前往第61 题

59. (如为男性) 过去 12 个月内，您是否进行过 PSA 检验? PSA 是一种用来侦测前列腺癌的血液检验，也称为前列腺特异抗原检验。

- 是
- 否 → 请前往第 61 题

60. 您最近进行 PSA 检验的主要原因是?

- 例行检查的一部分
- 因为有不快感
- 其它原因

61. 您的亲生父亲是否曾患上癌症?

- 是
  - 否
  - 不知道
- 请前往第 63题

62. 您的亲生父亲曾患上以下哪种癌症? 请选取所有适用项。

- 结肠癌
- 前列腺癌
- 其它(请注明):

63. 您的亲生母亲是否曾患上癌症?

- 是
  - 否
  - 不知道
- 请前往第 65题

64. 您的亲生母亲曾患上以下哪种癌症? 请选取所有适用项。

- 乳腺癌
- 结肠癌
- 其它(请注明):

65. 您是否有任何亲生兄弟姐妹曾患上癌症? 包括同父异母或同母异父的兄弟姐妹，但不包括继兄弟姐妹。

- 是
  - 否
  - 不知道
- 请前往第 67题

66. 您的亲生兄弟姐妹曾患上以下哪种癌症? 请选取所有适用项。

- 乳腺癌
- 结肠癌
- 前列腺癌
- 其它(请注明):

67. 您目前是否有任何健康保险？包括私人健康保险、HMO、管理式护理，或例如 Medicare 或 Medicaid 之类的政府计划。

- 是
- 否

68. 过去 12 个月内，您是否曾没有任何健康保险？

- 是
- 否

69. 您上次为了做例行检查而看医生是在多久以前？例行检查是一项全面的身体检查，而不是针对特定损伤、疾病或不良状况的检查。

- 过去12个月之内
- 1年多前但不到2年前
- 2 年或更多年前，但不到 5 年前
- 5年或更多年前
- 从未做过例行检查

70. 过去 12 个月内，您是否曾因为身体健康问题而需要获得医疗护理，但却因为某种原因未能获得？

- 是
- 否

71. 过去 12 个月内，您是否曾需要获得心理健康护理或辅导，但却因为某种原因未能获得？

- 是
- 否

72. 您上次出于任何原因看牙医或到牙科诊所就诊是在多久以前？包括看牙专科医生，比如牙齿矫正师。

- 过去12个月之内
- 1年多前但不到2年前
- 2 年或更多年前，但不到 5 年前
- 5年或更多年前
- 从未去就诊过

73. 由于蛀牙或牙龈病，您拔掉了多少颗恒牙？包括因感染而失去的牙齿，但不包括由于其它原因而失去的牙齿，比如受伤或牙齿矫正。

- 无
- 1 到 5 颗
- 6 颗或更多颗，但非全部
- 全部

74. 世界贸易中心健康计划 (WTCHP) 通过以下诊所提供服务：

- FDNY WTC 诊所
- 西奈山伊坎医学院 (Mount Sinai - Icahn School of Medicine)
- 纽约大学医学院 (NYU School of Medicine)
- 美国犹太保健集团 (Northwell Health) (前身为皇后学院/长岛北岸犹太保健体系 [Queens College/North Shore-LIJ Health System])
- 罗格斯大学罗伯特·伍德·约翰逊医学院 (Rutgers University Robert Wood Johnson Medical School, 前身为 UMDNJ)
- 纽约州立大学 - 石溪分校 (SUNY- Stony Brook) - 位于纳苏和萨福克郡，之前位于布鲁克林
- 纽约市健康 + 医院系统 (NYC Health + Hospitals System) 世贸中心环境健康中心 (WTC Environmental Health Center) - 位于表威医院 (Bellevue Hospital)、艾姆赫斯特医院 (Elmhurst Hospital) 与高云尼医院 (Gouverneur Healthcare Services)
- 威廉街诊所 (William Street Clinic)
- 全国提供者网络 (Nationwide Provider Network, 前身为全国响应者计划 (National Responder Program) 或 Logistics Health Incorporated (LHI))

您是否曾从任何这些诊所中接受过和9/11相关疾病的服务？

- 是
- 否
- 不知道

75. 您是否曾获得 WTCHP 的 9/11 相关心理健康状况认证？9/11 相关健康状况认证是指由联邦政府 WTCHP 确定病人的某种状况符合通过 WTCHP 获得治疗之资格。

- 是
- 否
- 待认证 } → 请前往第 78 题

76. 您是否曾需要心理健康治疗或辅导，但因为某种原因无法通过 WTCHP 获得？

- 是
- 否
- 不适用 - 未曾通过该计划寻求治疗 } → 请前往第 78 题

77. 您为何未能通过 WTCHP 获得所需的心理健康治疗或辅导？请选取所有适用项。

- 没有提供电话治疗服务
- 没有提供实时视频治疗服务
- 可提供的约诊有限
- 在诊所待诊的时间过长
- 我的日程太忙
- 我的交通有困难
- 我找不到合意的医护服务提供者
- 上方未列出的其它原因

--	--	--	--	--	--	--	--

78. 下列为人们有时在应对精神压力经历（比如 2001 年 9 月 11 日事件）时遇到的问题。过去 30 天内，您受以下问题困扰的程度有多大？

	完全没有	有一点	中度	相当大	极大
a. 反复出现令人不安的有关9/11事件的回忆	<input type="radio"/>				
b. 反复做令人不安的有关9/11事件的梦	<input type="radio"/>				
c. 突然感到或表现得仿佛 9/11 事件又再发生了一样（就像您又回到那里再次经历了该事件一样）	<input type="radio"/>				
d. 当某些事情使您想起 9/11 事件时，您会感到非常不安	<input type="radio"/>				
e. 当某些事情使您想起 9/11 事件时，您会有强烈的生理反应（例如心脏猛跳、呼吸困难、出汗）	<input type="radio"/>				
f. 逃避与 9/11 事件相关的记忆、想法或感觉	<input type="radio"/>				
g. 逃避会让您想起 9/11 事件的外界因素（例如，人、地方、谈话、活动、物件或情景）	<input type="radio"/>				
h. 难以记起 9/11 事件的重要部分	<input type="radio"/>				
i. 对自己、他人或世界抱有强烈的负面信念（例如，有以下想法：我很糟糕、我有很严重的问题、没有人可以信任、全世界都很危险）	<input type="radio"/>				
j. 为 9/11 事件或其后发生的事情责备自己或他人	<input type="radio"/>				
k. 有强烈的负面感受、如害怕、惊骇、愤怒、内疚或羞耻	<input type="radio"/>				
l. 对过去喜欢的活动失去兴趣	<input type="radio"/>				
m. 感觉与他人疏远或割离	<input type="radio"/>				
n. 难以产生正面感受（例如，无法感到快乐或无法对亲近的人感到爱恋）	<input type="radio"/>				
o. 行为急躁易受刺激、暴怒，或做出攻击性行为	<input type="radio"/>				
p. 做过高风险或是可能伤害自己的事情	<input type="radio"/>				
q. 「过分警觉」或过于小心谨慎	<input type="radio"/>				
r. 神经质或容易受惊	<input type="radio"/>				
s. 难以专心致志	<input type="radio"/>				
t. 难以入睡或失眠	<input type="radio"/>				

→ 对以上所有问题（第 78a-78t 题），如果您的回答都是“完全没有” → 请前往第 80 题

--	--	--	--	--	--	--	--

79. 请考虑第78题中所询问的问题：

a. 上述问题对您从事工作、料理家事或与其他人相处的影响程度为何？

- 完全没有影响
- 有点影响
- 影响很大
- 影响极其严重

b. 过去 12 个月内，当您出现上述某些问题时，您是否曾以饮酒来改善情绪，或让自己好受些？

- 是
- 否

c. 过去 12 个月内，当您出现上述某些问题时，您是否曾（即使只有一次）使用阿片类药物来改善情绪或让自己好受些？阿片类药物包括止痛药，比如羟考酮、氢可酮、可待因、吗啡、芬太尼等。海洛因也是阿片类药物。

- 是
- 否

80. 过去2周内，您受下列任何问题困扰的时间有多长？

	从来没有	数天	超过一半时间	几乎每天都是
a. 没有兴趣做事或体会不到乐趣	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 感到情绪低落、抑郁或沮丧	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 难以入睡或失眠，或睡眠过多	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 感到疲倦或没有精力	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 胃口不好或吃得太多	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 觉得自己很糟糕，或觉得自己很失败，让自己或家人失望	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. 难以集中精力做事，例如看报或看电视	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. 行动迟缓、说话速度很慢，别人都能注意到这种变化或刚好相反 - 烦躁或坐立不安，比平时动得更多	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

81. 过去30天内，您是否经常有下列感觉？

	任何时候都没有	少量时间如此	有时如此	多数时间如此	总是如此
a. 很難過，任何事情都不能讓您高興起來？	<input type="radio"/>				
b. 緊張？	<input type="radio"/>				
c. 煩躁或坐立不安？	<input type="radio"/>				
d. 絕望？	<input type="radio"/>				
e. 做任何事都很費勁？	<input type="radio"/>				
f. 生活沒有意義？	<input type="radio"/>				

--	--	--	--	--	--	--	--

82. 医生或其他医务人员是否曾告知您有以下任何心理健康状况？如答“是”，请提供您首次获知您存在该状况的年份，以及您上次为该状况看医生或到其他医务人员处就诊的年份。

	否	是	首次获知的年份	上次就诊的年份
a. 抑郁	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b. 创伤后压力综合症，即PTSD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
c. 除PTSD之外的其它焦虑症	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
d. 使用酒精或药物的问题	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
e. 其它心理健康问题，包括神经或情绪上的问题	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

→ 如果您对以上所有问题均答“否”（第 82 a-e 题）→ 请前往第 86 题

83. 过去 12 个月内，您是否曾就上一题中列出的任何状况而接受过为时 30 分钟或更长时间的辅导或治疗？请  
不要算上仅为了开药的就诊。

- 是  
 否 → 请前往第85 题

84. 接下来的几道问题是针对为时 30 分钟或更长时间的心理辅导或治疗提问。

a. 过去 12 个月内，您曾就以下哪些状况接受过心理辅导或治疗？请选取所有适用项。

- 抑郁  
 创伤后压力综合症，即PTSD  
 除PTSD之外的其它焦虑症  
 使用酒精或药物的问题  
 其它心理健康问题，包括神经或情绪上的问题

b. 过去 12 个月内，您为获得辅导或治疗而看过下列哪类专家？请选取所有适用项。

- 精神科医生  
 心理医生  
 任何其他心理健康专家，例如社工、辅导员、心理治疗师或心理健康护士  
 全科医生、家庭医生或其他医生  
 护士、职能治疗师或其他健康专家  
 宗教或精神顾问，例如牧师、祭司或犹太教牧师  
 任何其他执业医生

c. 过去 12 个月内，平均而言，您有多经常接受辅导或治疗疗程？

- 每星期不止一次  
 每星期一次  
 每个月两到三次  
 每个月一次  
 每个月不到一次

d. 过去 12 个月内，总体而言，您接受过的辅导或治疗对您有多大帮助？

- 非常有帮助  
 很有帮助  
 稍有帮助  
 没有任何帮助

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

85. **过去 12 个月内，您曾因下列哪项心理健康病症而服用过任何处方药物？** 请选取所有适用项。

- 抑郁
- 创伤后压力综合症，即PTSD
- 除PTSD之外的其它焦虑症
- 使用酒精或药物的问题
- 其它心理健康问题，包括神经或情绪上的问题
- 以上皆非

86. **过去 12 个月内，您是否经历过以下任何情况？**

	否	是
a. 在3个月或更长的一段时间里无力负担食品、住房或其它生活必需品的费用	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 工作上遇到严重问题或失业	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 遇到严重的法律问题	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 生活中遇到与配偶或伴侣，子女或父母有关的严重家庭问题	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 照顾患有严重疾病或危及生命之疾病的亲人或朋友	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 配偶或伴侣、亲人或朋友去世	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

87. **接下来的几个问题是关于您自 9/11 以来所可能遭遇过的事件。我们知道这些可能属于敏感问题，我们十分感谢您的回答。**

**自 9/11 以来，您的生命是否曾遭遇任何下列状况的威胁？** 仅当您受到身体伤害或认为您的身体会受到伤害时，才应答“是”。

	否	是
a. 自然或人为的灾难	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 严重事故，包括车祸、工作事故或其它类型的事故	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 遭受枪支、刀具或其它武器攻击	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 受到攻击，虽然没有武器，但其具有重创或致命的意图	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 有人用武力强迫或威胁您，逼迫您与其发生性接触	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 其它令您遭受重创或害怕自己会被杀死或重创的情形	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. 您亲眼目睹有人受重创或被残酷地杀害	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. 危及生命的疾病	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--	--	--	--	--	--	--	--

88. 下一题将询问您生命中前 18 年的事件。我们知道这些是敏感话题，我们十分感谢您的回答。

**在您 18 岁生日之前：**

	否	是
a. 父母或家中的其他成年人是否常常或非常频繁地诅骂、侮辱、贬低、羞辱您，或其行为让您担心自己可能受到身体伤害？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 父母或家中的其他成年人是否常常或非常频繁地推倒您、揪住您、打您耳光或向您扔东西，或甚至用力殴打您以至于您留下伤痕或内伤？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 是否曾有成年人或比您年长至少五岁的人触摸或抚摸过您，或曾要求您以性挑逗的方式触摸过他们的身体，或者曾尝试甚至实际和您进行过口交、肛交或阴道性交？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 您是否经常或非常频繁地感到家里没人爱您或没人认为您很重要或特殊，或者您的家人没有互相关照、彼此亲近或互相支持？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 您是否经常或非常频繁地感到自己没有足够的食物、不得不穿脏衣服、没有人保护您，或者您的父母因烂醉如泥或因吸毒亢奋而不能照顾您或不能在您需要时带您去看医生？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 您的生父或生母是否曾由于离婚、弃养或其它原因而和您分离？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. 您的母亲或继母是否常常或非常频繁地被人推倒、揪住、打耳光或扔东西；有时、常常或非常频繁地被人踢打、咬伤、用拳头或用硬物殴打；或者曾经反复被人殴打至少几分钟或被人拿枪或刀威胁？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. 您是否曾与有饮酒问题或酗酒，或使用毒品的人一起生活？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. 您家庭中是否有人患有抑郁症或心理疾病或企图自杀？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. 您家庭中是否有人入狱？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

89. 在您一生中吸过的香烟是否至少有 100 支？

- 是
- 否 → 请前往第 94 题

90. 您现在是否每天吸烟、有时吸烟或根本不吸烟？

- 每天
  - 有时
  - 根本不吸烟
- 请前往第 91 题

91. 您最近一次吸烟是在哪年哪月，即使只是一两口？

月月 年年年年  
  /

→ 请前往第 94 题

92. 您平均每天大约要吸多少支烟？

支

93. 您起床后过多久会吸第一支烟？

- 5 分钟内
- 5 至 30 分钟
- 31 至 60 分钟
- 60 分钟以上

94. 过去 12 个月内，您是否尝试过电子烟（也称为电子烟或vape产品）？

- 是
- 否 → 请前往第 96 题

95. 过去 30 天内，您有多经常使用电子烟？

- 每天
- 有时
- 完全没有



f. 现在请想一想您上次以任何非医生交待的方式使用处方止痛药的情况。您上次使用处方止痛药的原因是什么？请选取所有适用项。

- 缓解身体疼痛
- 放松或缓解紧张
- 做一下试验或看看有什么样的感觉
- 获得舒服或飘飘欲仙的感觉
- 改善我的睡眠
- 改善我的感受或情绪
- 增强或减弱某些其它药物的作用
- 因为我已“成瘾”，或者不得不使用
- 出于其它原因而使用

98. 您是否曾在医院、康复机构或心理健康中心过夜或待更久的时间，以接受事关酒精或药物的治疗或辅导？

- 是
- 否 → 请前往第 100 题

99. 您是在什么时候住院？

- 9/11 之前
- 9/11 之后
- 9/11 之前和之后

100. 以下是一些说法。对于每种说法，请指明其相对于您的情况有多正确。

	完全 不正确	很不正确	大致正确	完全正确
a. 如果我足够努力，我总是可以解决难题。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 如果有人反对我，我可以找到手段和方法来得到我想要的。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 对我来说坚持方向完成目标是一件容易的事。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 我坚信自己能够有效处理意外突发状况。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 我善于随机应变，知道如何处理未预料到的状况。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 如果我付出必要的努力，我可以解决大多数难题。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. 当面对难题时，因为我相信自己的应变能力，所以可以保持冷静。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. 当面对难题时，我通常可以找到几种解决办法。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. 如果我遇到麻烦，我通常可以想到解决办法。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. 无论遭遇什么难题，我总是能妥善处理。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--	--	--	--	--	--	--	--

101. 是否总是有人：

	任何时候都没有	少量时间如此	有时如此	多数时间如此	总是如此
a. 在您有需要的时候送您去看医生？	<input type="radio"/>				
b. 陪您渡过欢乐时光？	<input type="radio"/>				
c. 拥抱您？	<input type="radio"/>				
d. 在您自己不能做的时候给您做饭？	<input type="radio"/>				
e. 了解您的问题？	<input type="radio"/>				

102. 过去 30 天内，您是否曾造访朋友、与其交谈、发短信或通过电子邮件与其至少联系两次？

- 是  
 否

103. 过去 30 天内，您是否曾出席宗教活动场合至少两次？

- 是  
 否

104. 过去 30 天内，您是否曾积极参与志愿者组织或俱乐部？

- 是  
 否

105. 您目前大概有多少亲密朋友或亲戚？请算上您认为可以与其愉快相处并谈心的人士。

个亲密朋友或亲戚

请提供如下信息，以便我们确认本次调查是有关登记系统参加者本人的正确记录。您的资料将受到严格保密。如果您想通过电话提供这些信息，请致电 866-692-9827 联系我们。

106. 请提供您社会安全号码的最后4 位数？

107. 选用无纸通信！您可以通过电子邮件接收登记系统的通信。

您现用的电子邮件地址是？请用大写字母填写。

本调查问卷至此结束。

感谢您协助我们了解 9/11 事件对于长期健康状况的影响。  
对于您的回答，在此谨致谢意，我们会对您的回答保密。

请把填好的问卷放入提供给您的信封里。

如果没有信封，请致电 866 - 692 - 9827。

若想了解 9/11 事件相关研究和服务的最新信息，请浏览网站 [nyc.gov/911health](http://nyc.gov/911health)。

仅供官方使用：