

# 世界貿易中心健康狀況登記系統

## 2020 年健康調查問卷

調查問卷填寫說明：

- 請用黑色或藍色墨水筆將圓圈塗滿。 → 例如：
- 作答時請填寫大寫字母。 → 例如：

1. 請輸入今天的日期：

月月 日日 年年年年

2. 您是問卷說明信內所列名的參加者嗎？

- 是 → 請繼續答第5題
- 不是，但我代表該參加者填寫此調查問卷

在您代表參加者填寫本調查問卷時，請提供最符合參加者狀況的回答。「您」和「您的」等字樣是指參加者。

3. 請問參加者為什麼不能自己填寫本問卷？

請從下方選出一個最佳選項。

- 參加者已去世
- 生理或心理障礙
- 語言障礙
- 這份調查問卷對他/她來說太難了
- 其他原因(請註明)：

請繼續  
答第5題

4. 如果參加者已去世，在此謹致哀悼之意。請僅在下方填寫死亡日期與地點，並將調查問卷寄回或致電 866-692-9827 與我們聯繫。

死亡日期：

月月 日日 年年年年

死亡地點：如於美國境內去世，請填寫死亡地點的州名。如於美國境外，則請填國名。

美國·州：

其它國家：

5. 您的出生日期是？

月月 日日 年年年年

6. 您的性別為何？

- 男
- 女

7. 您目前的婚姻狀況如何？

- 已婚 → 請繼續答第9題
- 喪偶
- 離婚或分居
- 未婚

8. 您目前是否與伴侶同居？

- 是
- 否

9. 包括您在內，目前您的家庭成員人數有多少？

 人

10. 下列哪項可說明您目前的就業狀態？請選擇所有符合的項目。

- 全職就業
- 兼職就業
- 自雇
- 退休
- 正在休產假或育嬰假
- 正在找工作
- 失業不到1年
- 失業1年或以上
- 因健康原因而無法工作
- 家庭主婦
- 學生

11. 您的最高教育程度為何？

- 8 年級或以下
- 9 到 11 年級
- 12 年級或高中同等學力測驗 (GED)
- 大學肄業、專科或技職教育文憑
- 大學學士學位
- 研究所/碩士學歷以上

12. 您家2019年的稅前家庭總收入是多少？

- 少於25,000美元
- \$25,000 – \$49,999
- \$50,000 – \$74,999
- \$75,000 – \$99,999
- \$100,000 – \$149,999
- \$150,000 美元以上

13. 一般來說，您認為您目前的健康狀況是：

- 極好
- 很好
- 好
- 普通
- 不好

14. 下面是一些您日常可能從事的活動，請問您目前健康狀況會不會限制您從事這些活動？如果會，到底限制有多少？

a. 中等程度活動，例如搬桌子、拖地板、打保齡球、或打高爾夫球

- 會, 受到很多限制
- 會, 受到一些限制
- 不會, 完全不受限制

b. 爬數層樓梯

- 會, 受到很多限制
- 會, 受到一些限制
- 不會, 完全不受限制

15. 在過去四個星期內，您有多少時候因為身體健康問題，而在工作上或其他日常活動方面有下列任何的問題？

a. 完成的工作量比您想要完成的較少

- 總是如此
- 經常如此
- 有時如此
- 很少如此
- 不曾如此

b. 可以做的工作或其他活動的種類受到限制

- 總是如此
- 經常如此
- 有時如此
- 很少如此
- 不曾如此

16. 在過去四個星期內，您有多少時候因為情緒問題 (例如，感覺沮喪或焦慮)，而在工作上或其他日常活動方面有下列的問題？

a. 完成的工作量比您想要完成的較少

- 總是如此
- 經常如此
- 有時如此
- 很少如此
- 不曾如此

b. 做工作或其他活動時, 沒有平常來得小心

- 總是如此
- 經常如此
- 有時如此
- 很少如此
- 不曾如此

17. 在過去四個星期內，身體疼痛對您的日常工作 (包括上班及家務) 妨礙程度如何？

- 完全沒有妨礙
- 有一點妨礙
- 中度妨礙
- 相當多妨礙
- 妨礙到極點

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

18. 下列各項問題是關於過去四個星期內您的感覺及您對周遭生活的感受，請針對每一問題選一最接近您感覺的答案。

在過去四個星期中有多少時候...

a. 您覺得心情平靜？

- 總是如此
- 經常如此
- 有時如此
- 很少如此
- 不曾如此

b. 您精力充沛？

- 總是如此
- 經常如此
- 有時如此
- 很少如此
- 不曾如此

c. 您覺得悶悶不樂和憂鬱？

- 總是如此
- 經常如此
- 有時如此
- 很少如此
- 不曾如此

19. 在過去四個星期內，您的身體健康或情緒問題有多少時候會妨礙您的社交活動（如拜訪親友等）？

- 總是如此
- 經常如此
- 有時如此
- 很少如此
- 不曾如此

20. 您是否因健康狀況而使用任何輔助工具？*輔助工具*是指拐杖、輪椅、改裝床、助聽電話以及其他類似裝置。

- 是
- 否

21. 請回想一下您的身體健康狀況（包括身體疾病和傷害），過去30天內，您身體健康狀況不佳的時候有多少天？

天

22. 請回想一下您的心理健康狀況（其中包括壓力、抑鬱和情緒問題），過去30天內，您心理健康狀況不佳的時候有多少天？

天

23. 過去30天內，因身體或心理健康狀況不佳，您有多少天無法從事日常活動？

天

24. 您目前的體重是多少？

磅

25. 一般來說，您身體的活動能力如何？

- 活動能力良好
- 活動能力一般
- 活動能力不是很好
- 缺乏活動能力

26. 過去 30 天內，您大多數晚上的實際睡眠時數為？

- 不到 4 小時
- 4 小時
- 5 小時
- 6 小時
- 7 小時
- 8 小時
- 9 小時
- 10 小時
- 11小時以上

27. 過去 30 天內，您會如何評斷您的整體睡眠品質？

- 非常好
- 好
- 差
- 非常差

28. 過去 12 個月內，您是否曾出現意識混亂或記憶喪失的情況？不包括偶爾忘記您剛認識的人的名字之情況。

- 是
- 否 → 請繼續答第 35 題

29. 過去 12 個月內，您的意識混亂或記憶喪失是否出現得越來越頻繁或是更為惡化？

- 是
- 否

30. 過去 12 個月內，由於意識混亂或記憶喪失的情況，您多常停止不做平時會做的日常活動或家務，比如烹飪、清潔、服藥、駕駛或付帳？

- 總是
- 經常
- 有時候
- 很少
- 從不

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

31. 由於意識混亂或記憶喪失的情況，您在日常活動中需要他人幫忙的頻率是？

- 總是
  - 經常
  - 有時候
  - 很少
  - 從不
- 請繼續答第 33 題

32. 當您在日常活動中需要幫忙時，您有多常獲得所需的幫助？

- 總是
- 經常
- 有時候
- 很少
- 從不

33. 過去 12 個月內，意識混亂或記憶喪失的情況有多常影響到您在外工作、參加志工活動或社交活動的能力？

- 總是
- 經常
- 有時候
- 很少
- 從不

34. 您或其他人是否曾與醫療專業人員討論過您的意識混亂或記憶喪失的情況？

- 是
- 否

35. 對於以下每種症狀，請選擇「否」或「是」。如回答為「是」，請繼續回答該行中接下來的問題。

	過去 30 天內，在未罹患感冒、流行性感冒或季節性過敏等病症的情況下，您是否有下列症狀？		過去 30 天內，有多少天您有下列症狀？	過去 30 天內，在未罹患感冒、流行性感冒或季節性過敏等病症的情況下，您是否有過因為下列症狀而在夜裡醒來？	
	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. 持續性咳嗽	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. 過去 30 天內，您是否因任何呼吸問題而使用過處方吸入器？

- 是
- 否

37. 過去 12 個月內，平均而言，您多久會出現一次胃灼熱或胃酸逆流的症狀？

- 從來沒有 → 請繼續答第 39 題
- 一個月不到一次
- 大約一個月一次
- 大約一週一次
- 每週至少兩次

38. 過去 30 天內，您是否曾服用任何藥物治療胃灼熱或胃酸逆流？

- 是
- 否

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

39. 是否有醫生或其他醫療專業人員曾向您告知您患有以下任何疾病？如果回答為「是」，請提供您首次獲知患有該疾病的年份。

	否	是	首次獲知的年份
a. 高血壓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
b. 高膽固醇	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
c. 心絞痛	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
d. 心臟病發作或心肌梗塞	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
e. 冠心病	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
f. 中風	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
g. 第 2 型糖尿病，或糖尿病	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
h. 慢性支氣管炎	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
i. 肺氣腫或慢性阻塞性肺病	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
j. 反應性氣道功能障礙綜合症，即 RADS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
k. 肺纖維化	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
l. 石棉肺	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
m. 慢性鼻竇炎	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
n. 阿茲海默症或某些其他類型的失智症	<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. 胃酸逆流，即 GERD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
q. 甲狀腺疾病	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
r. 周邊神經病變	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
s. 多重化學物質過敏症，即 MCS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
t. 聽力受損	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
u. 帕金森氏症	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
v. 牙周病或牙齦疾病	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
w. 慢性疼痛	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
x. 生殖健康問題 (請註明) : <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. 其他癌症 1 (請註明) : <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
aa. 其他癌症 2 (請註明) : <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
bb. 其他疾病 (請註明) : <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>

\*氣喘、自體免疫性疾病以及心理健康狀況將在本項調查的後半提問，無需附加在此處。

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

40. 是否曾有醫師或其他醫療專業人員曾告知您有氣喘？

- 是  
 否 → 請繼續答第 49 題

41. 醫師或其他醫療專業人員是在哪一年首次向您告知您有氣喘？

首次告知您的年份：

42. 在過去4週中，您的氣喘有多常讓您無法完成一般的工作、課業或家事？

- 總是如此  
 經常如此  
 有時如此  
 很少如此  
 不曾如此

43. 在過去4週中，您多常發生呼吸急促的情形？

- 一天超過1次  
 一天1次  
 一週3至6次  
 一週1或2次  
 完全沒有

44. 在過去4週中，您多常因為氣喘症狀（喘鳴、咳嗽、呼吸急促、胸悶或胸痛）而讓您半夜醒來或提早醒來？

- 一週4個夜晚或以上  
 一週2至3個夜晚  
 一週1次  
 1或2次  
 完全沒有

45. 在過去4週中，您多常使用急救性藥物或噴霧式藥物（例如Albuterol®（舒坦寧®）、Ventolin®（泛得林®）、Berotec®（備勞喘®）或Bricanyl®（撲可喘®）等氣喘藥物）？

- 一天3次或3次以上  
 一天1或2次  
 一週2或3次  
 一週1次或更少  
 完全沒有

46. 在過去4週中，您對自己氣喘控制程度的評價為何？

- 完全沒有受到控制  
 控制不好  
 稍微受到控制  
 控制良好  
 完全受到控制

47. 過去12個月內，您是否有過氣喘發作（也稱為氣喘急性發作或氣喘急性加重）？

- 是  
 否

48. 過去12個月內，您是否接受過肺功能檢查（例如：肺活量測定）？進行肺功能檢查時，您需要對著與機器相連的吹嘴呼氣，以測量您呼出的氣量以及呼氣速度。

- 是  
 否

49. 是否曾有醫師或其他醫療專業人員曾告知您有自體免疫疾病？

- 是  
 否 → 如果您是男性請前往第 59 題  
 如果您是女性請前往第 51 題

50. 您被診斷出患有哪一類型的自體免疫性疾病？請選擇所有符合的項目。

- 肌萎縮側索硬化症 (ALS) 或路蓋裡格氏症  
 混合型結締組織病  
 多發性硬化 (MS)  
 肌炎 (多發性肌炎或皮肌炎)  
 類風濕關節炎 (RA)  
 硬皮病  
 乾燥症候群  
 全身性紅斑性狼瘡  
 其他 (請註明) : ↓

如果您是男性 → 繼續答第 59 題

如果您是女性 → 繼續答第 51 題

## 如果您是女性，請回答第51-58 題

我們知道這些是敏感問題，所以我們感謝您的回答。

51. (如為女性) 您目前是否懷孕？

- 是  
 否  
 不知道

52. (如為女性) 您懷孕過多少次 (包括自然流產、死產、子宮外孕或輸卵管妊娠、人工流產及順產)？如果您目前正在孕期，也請將此次懷孕算入。

次

- 無 → 請繼續答第 55 題

53. 您第一次懷孕時的年紀為何？

歲

54. 您生了多少個孩子？

個孩子

55. (如為女性) 您是否已停經？停經是指 12 個月或更長時間月經沒來，但請不要算入懷孕、哺乳或服用激素藥物 (如激素避孕藥) 時月經沒來的情況。

- 是  
 否 → 請繼續答第 57 題

56. 您停經時的年紀？

歲

57. (如為女性) 過去 12 個月內，您是否進行過乳房 X 光攝影檢查？

- 是  
 否 → 請繼續答第 61 題

58. 您最近進行乳房 X 光攝影檢查的主要原因為何？

- 常規檢查的一部分  
 因為有不適感  
 其他原因

→ 請繼續答第 61 題

59. (如為男性) 過去 12 個月內，您是否進行過 PSA 檢驗？PSA 是一種用來偵測前列腺癌的血液檢驗，也稱為前列腺特異抗原檢驗。

- 是  
 否 → 請繼續答第 61 題

60. 您最近進行之 PSA 檢驗的主要原因為何？

- 常規檢查的一部分  
 因為有不適感  
 其他原因

61. 您的親生父親是否曾罹患癌症？

- 是  
 否  
 不知道 } → 請繼續答第 63 題

62. 您的親生父親曾患有以下哪種癌症？請選擇所有符合的項目。

- 結腸癌  
 前列腺癌  
 其他 (請註明) : ↓

63. 您的親生母親是否曾罹患癌症？

- 是  
 否  
 不知道 } → 請繼續答第 65 題

64. 您的親生母親曾患有以下哪種癌症？請選擇所有符合的項目。

- 乳腺癌  
 結腸癌  
 其他 (請註明) : ↓

65. 您是否有任何親生兄弟/姊妹曾罹患癌症？包括同父異母或同母異父兄弟/姊妹但不包括繼兄弟/姊妹。

- 是  
 否  
 不知道 } → 請繼續答第 67 題

66. 您的親生兄弟/姊妹曾患有以下哪種癌症？請選擇所有符合的項目。

- 乳腺癌  
 結腸癌  
 前列腺癌  
 其他 (請註明) : ↓

67. 您目前是否有任何健康保險？包括私人健康保險、HMO、管理式照護，或例如 Medicare 或 Medicaid 之類的政府計畫。

- 是
- 否

68. 過去 12 個月內，您是否曾經沒有任何健康保險？

- 是
- 否

69. 您上次為了做例行檢查而看醫師是在多久以前？例行檢查是一項全面性的身體檢查，而不是針對特定損傷、疾病或不良狀況的檢查。

- 過去12個月之內
- 1年以上但不到2年之前
- 2 年以上但不到 5 年之前
- 5年以上
- 從來沒有做過例行體檢

70. 過去 12 個月內，您是否曾因為身體健康問題而需要獲得醫療護理，但卻因為某種原因未能獲得？

- 是
- 否

71. 過去 12 個月內，您是否曾需要心理健康照護或輔導，但卻因為某種原因未能獲得？

- 是
- 否

72. 您上次出於任何原因看牙醫或到牙科診所就診是在多久以前？包括看牙專科醫師，如牙齒矯正醫師。

- 過去12個月之內
- 1年以上但不到2年之前
- 2 年以上但不到 5 年之前
- 5年以上
- 從來沒有看過牙醫

73. 由於蛀牙或牙齦疾病，您拔掉了多少顆恆齒？包括因感染而失去的牙齒，但不包括由於其他原因而失去的牙齒，比如受傷或牙齒矯正。

- 無
- 1 到 5 顆
- 6 顆或更多顆但非全部
- 全部

74. 世界貿易中心健康計畫 (WTCHP) 透過以下診所提供服務：

- FDNY WTC 診所
  - 西奈山伊坎醫學院 (Mount Sinai - Icahn School of Medicine)
  - 紐約大學醫學院 (NYU School of Medicine)
  - 美國猶太保健集團 (Northwell Health) ( 前身為皇后學院/長島北岸猶太保健體系 [Queens College/North Shore-LIJ Health System] )
  - 羅格斯大學羅伯特·伍德·詹森醫學院 (Rutgers University Robert Wood Johnson Medical School，之前稱為 UMDNJ)
  - 紐約州立大學 - 石溪分校 (SUNY- Stony Brook) –位於納蘇和薩福克郡，之前位於布魯克林
  - 紐約市健康 + 醫院系統 (NYC Health + Hospitals System) 世貿中心環境健康中心 (WTC Environmental Health Center) - 位於表威醫院 (Bellevue Hospital)、艾姆赫斯特醫院 (Elmhurst Hospital) 與高雲尼醫院 (Gouverneur Healthcare Services)
  - 威廉街診所 (William Street Clinic)
  - 全國提供者網路 (Nationwide Provider Network) ( 之前稱為全國回應者計畫 [National Responder Program] ) 或 Logistics Health Incorporated (LHI)
- 您是否曾從任何這些診所中接受過和 9/11 相關疾病的服務？

- 是
- 否
- 不知道

75. 您是否曾獲得 WTCHP 的 9/11 相關心理健康狀況認證？9/11 相關健康狀況認證是指由聯邦政府 WTCHP 確定病人的某種狀況符合通過 WTCHP 獲得治療之資格。

- 是
- 否
- 待認證

→ 請繼續答第 78 題

76. 您是否曾需要心理健康治療或輔導，但因為某種原因無法透過 WTCHP 獲得？

- 是
- 否
- 不適用—未曾透過該計畫尋求治療

→ 請繼續答第 78 題

77. 您為何未能透過 WTCHP 獲得所需的心理健康治療或輔導？請選擇所有符合的項目。

- 沒有提供電話治療服務
- 沒有提供即時視訊治療服務
- 可提供的約診有限
- 在診所待診的時間過長
- 我的行程太忙
- 我的交通有困難
- 我找不到中意的醫護服務提供者
- 上方未列的其他原因

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



78. 下列為人們有時在應對精神壓力經歷 ( 比如 2001 年 9 月 11 日事件 ) 時遇到的問題。過去 30 天內，您受以下問題困擾的程度有多大？

	完全沒有	有一點	中度	相當大	極大
a. 反覆想到令人不安的有關9/11事件的回憶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 反覆做令人不安的有關9/11事件的夢	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 突然感到或表現得仿佛 9/11 事件又再發生了一樣 ( 就像您又回到那裡再次經歷了該事件一樣 )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 當某些事情使您想起 9/11 事件時，您會感到非常不安	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 當某些事情使您想起 9/11 事件時，您會有強烈的生理反應 ( 例如心跳加速、呼吸困難、出汗 )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 逃避與 9/11 事件相關的記憶、想法或感覺	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. 逃避會讓您想起 9/11 事件的外在因素 ( 例如：人、地方、談話、活動、物件或情景 )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. 難以記起 9/11 事件的重要部分	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. 對自己、他人或世界抱有強烈的負面信念 ( 例如有以下想法：我很糟糕、我有很嚴重的問題、沒有人可以信任、全世界都很危險 )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. 為 9/11 事件或其後發生的事情責備自己或他人	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. 有強烈的負面感受、如害怕、驚駭、憤怒、內疚或羞愧	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. 對過去喜歡的活動失去興趣	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. 感覺與他人疏遠或隔閡	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. 難以產生正面感受 ( 例如：無法感到快樂或無法對親近的人感到愛戀 )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. 行為急躁易受刺激、暴怒，或做出攻擊性行為	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. 做過多高風險或是可能傷害自己的事情	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. 「過分警覺」或過於小心謹慎	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r. 神經質或容易受驚嚇	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s. 難以專心致志	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t. 難以入睡或保持睡眠狀態	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

→ 對以上所有問題 (78a-78t)，如果您的回答都是「從來沒有過」→ 請繼續答第 80 題

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

79. 請考慮第78題中所詢問的問題：

- a. 上述問題對您從事工作、料理家事或與其他人相處的影響程度為何？
- 完全沒有影響
- 有點影響
- 影響很大
- 影響極其嚴重
- b. 過去12個月內，當您出現上述某些問題時，您是否曾以飲酒來改善情緒，或讓自己覺得好過一些？
- 是
- 否
- c. 過去12個月內，當您出現上述某些問題時，您是否曾（即使只有一次）使用鴉片類藥物來改善情緒或讓自己好受些？鴉片類藥物包括止痛藥，比如 *oxycodone*、*hydrocodone*、可待因、嗎啡、*fentanyl* 等。海洛因也是鴉片類藥物。
- 是
- 否

80. 過去2周內，您被下列任何問題困擾的時間有多長？

	從來沒有	數天	超過一半時間	幾乎每天都是
a. 沒有興趣做事或體會不到樂趣	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 感到情緒低落、抑鬱或沮喪	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 難以入睡或保持睡眠狀態，或睡眠過多	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 感到疲倦或沒有精力	<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. 覺得自己很糟糕，或覺得自己很失敗，讓自己或家人失望	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. 難以集中精力做事，例如看報或看電視	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. 行動遲緩、說話速度很慢，別人都能注意到這種變化或剛好相反—煩躁或坐立不安，比平時動得更多	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

81. 過去30天內，您是否經常有下列感覺？

	任何時候都沒有	少量時間如此	有時如此	多數時間如此	總是如此
a. 很難過，任何事情都不能讓您高興起來？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 緊張？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 煩躁或坐立不安？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 絕望？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 做任何事都很費勁？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 生活沒有意義？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

82. 醫師或其他醫療專業人員是否曾向您告知您有以下任何心理健康狀況？如果回答為「是」，請提供您首次獲知您存在該狀況的年份，以及您上次為該狀況看醫師或到其他醫療專業人員處就診的年份。

	否	是	首次獲知的年份	上次就診的年份
a. 抑鬱	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> →	<input type="text"/>
b. 創傷後壓力綜合症，即PTSD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> →	<input type="text"/>
c. 除PTSD之外的其他焦慮症	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> →	<input type="text"/>
d. 關於您使用酒精或藥物的問題	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> →	<input type="text"/>
e. 其他心理健康問題，包括您神經或情緒上的問題	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> →	<input type="text"/>

→ 如果您對以上所有問題均答「否」(82 a-e) → 請繼續答第 86 題

83. 過去 12 個月內，您是否曾就上一題中列出的任何狀況而接受過為時 30 分鐘或更長時間的輔導或治療？請不要算入僅為了開藥的就診。

- 是  
 否 → 請繼續答第85 題

84. 接下來的幾項問題是針對為時 30 分鐘或更長時間的心理輔導或治療提問。

a. 過去 12 個月內，您曾就以下哪些狀況接受過心理輔導或治療？請選擇所有符合的項目。

- 抑鬱  
 創傷後壓力綜合症，PTSD  
 除PTSD之外的其他焦慮症  
 關於您使用酒精或藥物的問題  
 其他心理健康問題，包括您神經或情緒上的問題

b. 過去 12 個月內，您為獲得輔導或治療而看過下列哪類專家？請選擇所有符合的項目。

- 精神科醫師  
 心理醫師  
 任何其他心理健康專家，例如社工、輔導員、心理治療師或心理健康護士  
 全科醫生、家庭醫生或其他醫生  
 護士、職能治療師或其他健康專家  
 宗教或精神顧問，例如牧師、祭司或猶太教牧師  
 任何其他執業醫生

c. 過去 12 個月內，平均而言，您多常接受輔導或治療療程？

- 每星期不止一次  
 每星期一次  
 每個月兩到三次  
 每個月一次  
 每個月不到一次

d. 過去 12 個月內，總體而言，您接受過的輔導或治療對您有多大幫助？

- 非常有幫助  
 很有幫助  
 稍有幫助  
 沒有任何幫助

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

85. 過去 12 個月內，您曾因下列哪項心理健康病症而服用過任何處方藥物？請選擇所有符合的項目。

- 抑鬱
- 創傷後壓力綜合症，PTSD
- 除PTSD之外的其他焦慮症
- 關於您使用酒精或藥物的問題
- 其他心理健康問題，包括您神經或情緒上的問題
- 以上皆非

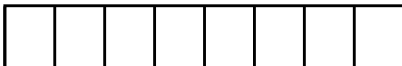
86. 過去 12 個月內，您是否經歷過以下任何情況？

	否	是
a. 在3個月或更長的一段時間裡無力負擔食品、住房或其他生活必需品的費用	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 工作上遇到嚴重問題或失業	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 遇到嚴重的法律問題	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 生活中遇到與配偶或伴侶、子女或父母有關的嚴重家庭問題	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 照顧患嚴重疾病或威脅生命之疾病的親人或朋友	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 配偶或伴侶、親人或朋友去世	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

87. 接下來的幾個問題是關於您自 9/11 以來 所可能遭遇過的事件。我們知道這些可能是敏感性問題，並對您願意回答謹致謝意。

自 9/11 以來，您的生命是否曾遭遇任何下列狀況的威脅？僅當您受到身體傷害或認為您的身體會受到傷害時，才回答「是」。

	否	是
a. 自然或人為災難	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 嚴重事故，包括車禍、工作事故或其他類型的事務	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 遭受槍枝、刀具或其他武器攻擊	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 受到攻擊，雖然沒有武器，但其具有重創或致命的意圖	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 有人用武力強迫或威脅您，逼迫您與其發生性接觸	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 其他令您遭受重創或害怕自己會被殺死或重創的情形	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. 您親眼目睹有人受重創或被殘酷地殺害	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. 威脅生命的疾病	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



88. 下一題將詢問您生命中前 18 年的事情。我們知道這些是敏感話題，所以我們十分感謝您的回答。

在您 18 歲生日之前：

	否	是
a. 父母或家中的其他成年人是否經常或非常頻繁地咒罵、侮辱、貶低、羞辱您，或其行為讓您擔心自己可能受到身體傷害？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 父母或家中的其他成年人是否經常或非常頻繁地推倒您、揪住您、打您耳光或向您扔東西，或甚至用力毆打您以至於您留下傷痕或內傷？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 是否曾有成年人或比您年長至少五歲的人觸摸或撫摸過您，或曾要求您以有性挑逗的方式觸摸過他們的身體，或者曾嘗試甚至實際和您進行過口交、肛交或陰道性交？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 您是否經常或非常頻繁地感到家裡沒人愛您或沒人認為您很重要或特殊，或者您的家人沒有互相關照、彼此親近或互相支持？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 您是否經常或非常頻繁地感到自己沒有足夠的食物、不得不穿髒衣服、沒有人保護您，或者您的父母因爛醉如泥或因吸毒亢奮而無法照顧您或不能在您需要時帶您去看醫師？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 您的親生父親或母親是否曾由於離婚、棄養或其他原因而和您分離？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. 您的母親或繼母是否經常或非常頻繁地被人推倒、揪住、打耳光或扔東西；有時、經常或非常頻繁地被人踢打、咬傷、用拳頭或用硬物毆打；或者曾經反覆被人毆打至少數分鐘或被人拿槍或刀威脅？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. 您是否曾與有飲酒問題或酗酒，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鬱症、心理疾病或企圖自殺？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. 您家庭中是否有人入獄？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

89. 在您一生中吸過的香煙是否至少有 100 支？

- 是  
 否 → 請繼續答第 94 題

90. 您現在是否每天吸煙、有時吸煙或根本不吸煙？

- 每天 } → 請繼續答第 92 題  
 有時 }  
 根本不吸煙

91. 您最近一次吸煙是在哪年哪月，即使只是一兩口？

月 月 年 年 年 年  
  /

→ 請繼續答第 94 題

92. 您平均每天大約要吸多少支香煙？

支香煙

93. 您在起床後多久會吸第一支香煙？

- 5 分鐘內  
 5 至 30 分鐘  
 31 至 60 分鐘  
 60 分鐘以上

94. 過去 12 個月內，您是否嘗試過電子香煙（也稱為電子煙或vape產品）？

- 是  
 否 → 請繼續答第 96 題

95. 過去 30 天內，您有多經常使用電子香煙？

- 每天  
 有時  
 完全沒有

96. 接下來的問題是關於飲用酒精飲料。我們所說的「一杯」指的是一罐或一瓶啤酒、一杯紅白葡萄酒或一杯冰鎮紅白葡萄酒、一杯烈酒或混有烈酒的調酒。我們要問的不是您只是淺嘗一兩口的情況。

a. 您是否曾—即使只有一次—飲用過任何類型的酒精飲料？不包括您只是淺嘗一兩口的情況。

- 是
- 否 → 請繼續答第 97 題

b. 您上次飲用酒精飲料是在多久以前？

- 過去 30 天內
  - 超過 30 天之前  
但在過去 12 個月內
  - 超過 12 個月之前
- 請繼續答第 97 題

c. 過去 30 天內，有多少天您至少喝過任何一杯酒精飲料？

天

d. 在您喝酒的那些日子裡，您平均每天大約喝多少杯的酒？

杯

e. 過去 30 天內，您在單一場合的最多喝過多少杯？

杯

→ 如為女性，請繼續答第 96g 題

f. (如為男性) 將所有類型的酒精飲料考慮在內，在過去 30 天內您有多少次在單一場合飲用 5 杯或更多？

次

→ 如為男性，請繼續答第 97 題

g. (如為女性) 將所有類型的酒精飲料考慮在內，在過去 30 天內您有多少次在單一場合飲用 4 杯或更多？

次

97. 對於接下來的幾個問題，請考慮如 oxycodone (例如 Percocet、Endocet、OxyContin) 或 hydrocodone (例如 Vicodin、Norco、Lortab) 之類的處方止痛藥。請勿包括「非處方」藥物。

a. 過去 12 個月內，是否有醫生或其他醫療專業人員開給您止痛藥的處方？

- 是
- 否 → 請繼續答第 97d 題

b. 過去 12 個月內，您是否曾 (即使只有一次) 服用過開給您的止痛藥？

- 是
- 否 → 請繼續答第 97d 題

c. 過去 12 個月內，您是否曾—即使只有一次—服用超過處方所開劑量的止痛藥？包括服用劑量或次數超過指示的情況。

- 是
- 否

d. 過去 12 個月內，您是否曾—即使只有一次—服用過並非開立給您的處方止痛藥？

- 是
- 否 → 請繼續答第 98 題

e. 過去 12 個月內，平均而言，您有多常服用並非開給您的止痛藥？

- 每週不止一次
- 每週一次
- 每月兩到三次
- 每月一次
- 每月少於一次

f. 現在請想一下您上次以任何非醫師交待的方式使用處方止痛藥的情況。您上次使用處方止痛藥的原因為何？請選擇所有符合的項目。

- 緩解身體疼痛
- 放鬆或緩解緊張
- 試驗一下或看看有什麼樣的感覺
- 獲得舒服或飄飄欲仙的感覺
- 改善我的睡眠
- 改善我的感受或情緒
- 增強或減弱某些其他藥物的作用
- 因為我已「成癮」，或者不得不使用
- 出於其他原因而使用

98. 您是否曾在醫院、複健機構或心理健康中心過夜或待更久的時間，以接受關於酒精或藥物治療或輔導？

- 是
- 否 → 請繼續答第 100 題

99. 您是在什麼時候住院？

- 9/11 之前
- 9/11 之後
- 9/11 之前和之後

100. 以下是一些敘述清單。對於每項敘述，請指出對您而言其正確程度如何。

	完全不正確	很不正確	大致正確	完全正確
a. 如果我夠努力，我總是可以解決難題。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 如果有人反對我，我可以找到手段和方法來得到我想要的。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 對我來說堅持方向完成目標是一件容易的事。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 我堅信自己能夠有效處理意外突發狀況。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 我善於隨機應變，知道如何處理未曾預見的狀況。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 如果我付出必要的努力，我可以解決大多數問題。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. 當面對困難時，因為我相信自己的應變能力，所以可以保持冷靜。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. 當我遇到問題時，我通常可以找到幾種解決辦法。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. 如果我遇到麻煩，我通常可以想到解決辦法。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. 無論遭遇什麼問題，我總是能妥善處理。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

101. 是否總是有人：

	任何時候都沒有	少量時間如此	有時如此	多數時間如此	總是如此
a. 在您有需要的時候送您去看醫生？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 陪您渡過歡樂時光？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 擁抱您？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. 在您自己不能做的時候給您做飯？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. 瞭解您的問題？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

102. 過去 30 天內，您是否曾造訪朋友、與其交談、發簡訊或透過電子郵件與其聯絡至少兩次？

- 是  
 否

103. 過去 30 天內，您是否曾出席宗教活動場合至少兩次？

- 是  
 否

104. 過去 30 天內，您是否曾積極參與志工組織或俱樂部？

- 是  
 否

105. 您目前大概有多少親密朋友或親戚？包括您認為可以與其愉快相處並談心的人士。

個親密朋友或親戚

請提供如下資訊，以便我們確認本次調查是有關登記系統參加者本人的正確記錄。您的資料將受到嚴格保密。如果您想透過電話提供這些資訊，請致電 866-692-9827 聯絡我們。

106. 請提供您社會安全號碼的最後 4 碼？

107. 實現無紙化！您可以透過電子郵件接收登記系統資訊。

您現在的電子郵件地址是什麼？請用大寫字母書寫

此調查問卷於此結束。

感謝您協助我們瞭解 9/11 事件對於長期健康狀況的影響。  
對於您的回答，在此謹致謝意，我們會對您的答案保密。

請把填寫好的問卷放入提供給您的信封裡。

如果沒有信封，請致電 866-692-9827。

想瞭解和 9/11 事件相關的研究和服務的最新资讯，請流覽網站  
nyc.gov/911health。

僅供官方使用：