

## 俄亥俄州亞裔美國人健康評估

Site: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

親愛的朋友：亞裔團體聯盟爲了瞭解俄亥俄州亞裔美國人的健康狀況，進行這項研究，請撥 10 分鐘時間完成這份簡單的問卷。如有任何疑問，建議或訊息，請聯繫 Mala Patel email: [kpatel@cinci.rr.com](mailto:kpatel@cinci.rr.com) 電話#：(513) 398-9065

請不要寫上你的姓名。你的資料將不會受到個別披露。

如果你已經填寫本調查問卷, 請不要再回答。

1. 請問年齡？ \_\_\_\_\_ 歲
2. 性別？  男性       女性
3. 你在家哪些語言最多？  
(請選擇一項)
 

|                                       |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 柬埔寨語         | <input type="checkbox"/> 廣東話     |
| <input type="checkbox"/> 英語           | <input type="checkbox"/> 福建話/台語  |
| <input type="checkbox"/> 印度語          | <input type="checkbox"/> 日語      |
| <input type="checkbox"/> 卡倫語          | <input type="checkbox"/> 韓國語     |
| <input type="checkbox"/> 寮語           | <input type="checkbox"/> 中國語/普通話 |
| <input type="checkbox"/> 尼泊爾          | <input type="checkbox"/> 他加祿語    |
| <input type="checkbox"/> 泰國語          | <input type="checkbox"/> 台山話     |
| <input type="checkbox"/> 其他(請填寫)_____ |                                  |
4. 過去一年裡，你看過醫生（西醫）  
有多少次？ \_\_\_\_\_ 次
5. 在過去的一年，你用什麼語言的和  
醫生談話？  
(請選擇一項)
 

|                                      |
|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 一年內沒有看過醫生   |
| <input type="checkbox"/> 我的母語，但醫生明白  |
| <input type="checkbox"/> 我的母語，通過一個翻譯 |
| <input type="checkbox"/> 我蹩腳的英語      |
| <input type="checkbox"/> 我一口流利的英語    |
6. 你住在美國有多久？  
\_\_\_\_\_ 年。
7. 過去一年，你怎麼到醫生的診所？  
(你可以選擇超過一項)
 

|                                    |
|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 沒有看醫生     |
| <input type="checkbox"/> 自己開車      |
| <input type="checkbox"/> 我的家人開車    |
| <input type="checkbox"/> 我的朋友/鄰居開車 |
| <input type="checkbox"/> 坐公共汽車     |
| <input type="checkbox"/> 乘坐出租車     |
| <input type="checkbox"/> 走去        |
8. 去年，如果你的醫生爲你的藥開處  
方，你有沒有...：  
(如果沒有看醫生，或沒有開處方，  
請跳至以下第 9 題。)
 

|                  |   |
|------------------|---|
| a. 買到所有的處方藥      | <input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 間中 <input type="checkbox"/> 很少 |
| b. 懷疑藥物可能無效      | <input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 間中 <input type="checkbox"/> 很少 |
| c. 擔心藥物會產生不利的副作用 | <input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 間中 <input type="checkbox"/> 很少 |
| d. 服用完所有的藥       | <input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 間中 <input type="checkbox"/> 很少 |
| e. 服用藥物的全部劑量     | <input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 間中 <input type="checkbox"/> 很少 |
| f. 同時服用中藥        | <input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 間中 <input type="checkbox"/> 很少 |

| 9. 請告訴我們你的健康狀況： | 甚高                         | 略高                         | 正常                         | 低                          | 不知道                        |
|-----------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. 血壓           | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| b. 血糖           | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| c. 膽固醇          | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

| 10. 你有沒有這些狀況？ | 從沒有                        | 也許有                        | 以前有,現在沒有                   | 現在有                        | 不知道                        |
|---------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. 緊張         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| b. 焦慮         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| c. 抑鬱症        | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| d. B 型肝炎      | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| e. 肺結核        | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| f. 糖尿病        | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| g. 心臟疾病       | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| h. 艾滋病/艾滋病毒   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| i. 癌症         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| j. 過敏/哮喘      | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

其他 (請填寫):

|          |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| k. _____ | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| l. _____ | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| j. _____ | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

11. 過去一個月來，你是不是每天抽煙，抽多少？

1  每天抽    2  有些日子抽    3  一點也不抽    9  不知道/不確定

12. 你一天喝多少份酒？ (1 份 = 1 瓶啤酒 / 1 杯葡萄酒 / 一小杯烈酒)

1  多於 2 份    2  1-2 份    3  少於 1 份    4  少於半份    5  我不喝酒    9  不知道

13. 你隔多久採用一次跟醫療無關的藥物？ (請選擇一項)

1  每天    2  至少每週    3  有時    4  偶而    5  從來沒用    9  不知道

14. 你同不同意以下的陳述？

非常同意    同意    不同意    不知道

|                     |                            |                            |                            |                            |
|---------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. 孩子又大又重, 是福氣      | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| b. 有多的吃, 是富足的表現     | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| c. 瘦人也可能有糖尿病        | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| d. 高膽固醇可能導致心臟/血管問題  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| e. B 型肝炎可能導致肝臟疾病/肝癌 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| f. 接種疫苗可以預防 B 型肝炎   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

15. 過去一個月，平均每個星期你運動多少次? \_\_\_\_\_ 次

16. 你平均每次運動多少分鐘? \_\_\_\_\_ 分鐘

17. 在這些方面，你的家庭是否需要幫助？

|                 | 極需 | 需要 | 不需要 |
|-----------------|----|----|-----|
| a. 照顧嬰兒         | 1□ | 2□ | 3□  |
| b. 照顧幼兒（學前）     | 1□ | 2□ | 3□  |
| c. 照顧 兒童（放學後）   | 1□ | 2□ | 3□  |
| d. 老人服務         | 1□ | 2□ | 3□  |
| e. 英語課          | 1□ | 2□ | 3□  |
| f. 健身/醫療服務      | 1□ | 2□ | 3□  |
| g. 心理健康         | 1□ | 2□ | 3□  |
| h. 殘疾           | 1□ | 2□ | 3□  |
| i. 居屋（供付能力）     | 1□ | 2□ | 3□  |
| j. 居屋（質素）       | 1□ | 2□ | 3□  |
| k. 口譯/筆譯        | 1□ | 2□ | 3□  |
| l. 就業培訓         | 1□ | 2□ | 3□  |
| m. 尋找工作         | 1□ | 2□ | 3□  |
| n. 親鄰           | 1□ | 2□ | 3□  |
| o. 公共服務（例如清理垃圾） | 1□ | 2□ | 3□  |
| p. 安全           | 1□ | 2□ | 3□  |
| q. 社交           | 1□ | 2□ | 3□  |
| r. 志工機會         | 1□ | 2□ | 3□  |
| s. 進入政界         | 1□ | 2□ | 3□  |
| t. 酒精/藥物濫用      | 1□ | 2□ | 3□  |
| u. 美國法律/移民事項    | 1□ | 2□ | 3□  |

18. 在過去 12 個月內，你的家人曾經因為缺錢而放棄過下列的項目嗎？

|              | 從未漏過 | 漏過 | 不知道 | 不適用 |
|--------------|------|----|-----|-----|
| a. 繳交抵押貸款    | 1□   | 2□ | 9□  | 8□  |
| b. 繳交租金      | 1□   | 2□ | 9□  | 8□  |
| c. 繳交水電費     | 1□   | 2□ | 9□  | 8□  |
| d. 房屋維修      | 1□   | 2□ | 9□  | 8□  |
| e. 照顧幼兒（學前）  | 1□   | 2□ | 9□  | 8□  |
| f. 照顧兒童（放學後） | 1□   | 2□ | 9□  | 8□  |
| g. 醫療服務      | 1□   | 2□ | 9□  | 8□  |
| h. 牙科服務      | 1□   | 2□ | 9□  | 8□  |
| i. 處方藥物/藥物   | 1□   | 2□ | 9□  | 8□  |
| j. 假期旅行      | 1□   | 2□ | 9□  | 8□  |
| k. 其他（請說明）   |      |    |     |     |
| _____        | 1□   | 2□ | 9□  | 8□  |

19. 你家有多少人住在一起？\_\_\_\_\_

20. 你的家人曾經聯絡任何人以獲取上述需要的幫助嗎？誰？

(你可以選取超過一項)

- 1  沒有必要的幫助  
 2  沒有聯絡任何人  
 3  親戚/朋友/鄰居  
 4  教堂/寺廟  
 5  政府  
 6  服務機構  
 7  業務  
 8  其他, (請說明)

21. 你有什麼樣的醫療保險？

(你可以選取超過一項)

- 1  沒有保險  
 2  由我的雇主付保險  
 3  自費保險  
 4  醫療保險  
 5  醫療補助  
 6  其他保險

24. 你或任何和你一起生活的人之中最弱那一位, 可以做下列的事而不需要幫助嗎？

(請選擇從 1 到 5 一個數字： 1 = 可以不需要幫助, 2 = 可以用機械幫助,

3 = 可以用口頭幫助, 4 = 可以用雙手在幫助, 5 = 不能做)

- |           |  |             |  |
|-----------|--|-------------|--|
| a. 洗澡:    | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | k. 上樓梯:     | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| b. 梳擦:    | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | l. 吃藥:      | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| c. 穿著衣服:  | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | m. 打電話:     | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| d. 飲食/餵食: | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | n. 交通:      | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| e. 起坐移動:  | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | o. 購物:      | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| f. 上廁所:   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | p. 煮飯:      | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| g. 大便控制:  | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | q. 房舍維修:    | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| h. 小便控制:  | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | r. 洗衣:      | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| i. 步行:    | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | s. 法律/財務:   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| j. 坐輪椅:   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | t. 清理院子/草地: | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |

謝謝!

可否請您幫忙, 分發 2-10 份問卷給其他住在俄亥俄州的亞裔美國人?  
 請他們在一個星期內, 把問卷放在附有郵資的回郵信封內寄回? 我們感謝您的幫助。