

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|



NYU CENTER FOR THE STUDY OF  
ASIAN AMERICAN HEALTH



## FOLLOW-UP SURVEY

|          |  |
|----------|--|
| 受试者联系方式  |  |
| 姓:       |  |
| 名:       |  |
| 电话:      |  |
| 微信:      |  |
| 邮箱:      |  |
| 地址:      |  |
| 希望的联系方式: | <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 短信 <input type="checkbox"/> 邮件 <input type="checkbox"/> 其他: |
| 最佳联系时间:  |  |

Randomized to: ☐ Intervention

☐ Control

**DETACH THIS PAGE FROM FORM AFTER PROCESSING.**

UID:

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**(This page is intentionally blank)**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Interview Date (mm/dd/yy): \_\_\_\_\_ Interviewer name: \_\_\_\_\_

## H. PYLORI MEDICATION

### INSTRUCTIONS FOR INTERVIEWER:

如果是 2 个月的回访，从 Q1 开始。

如果这是 6 个月的回访且受试者没完成 2 个月的回访，从 Q1 开始。

如果这是 6 个月的回访，受试者已经完成了 2 个月的回访，并且：

--受试者开始了幽门螺杆菌的第二轮药物治疗：从 Q1 开始；

--我们没有收到受试者的最终测试结果：从 Q8 开始；

--我们已经收到受试者的最终测试结果：从 Q9 开始。

现在我要问你一些关于你的幽门螺杆菌药物的问题，请记住你的回答是保密的。

1. 你任何时候有忘记吃药吗？

☐ a. 有

☐ b. 没有

☐ 拒绝回答

2. 你总是在特定的时间吃药吗？

☐ a. 是

☐ b. 不是

☐ 拒绝回答

3. 你觉得不舒服的时候你有停过药吗？

☐ a. 有

☐ b. 没有

☐ 拒绝回答

4. 你周末有忘记吃药吗？

☐ a. 有

☐ b. 没有

☐ 拒绝回答

5. 在治疗过程中，你有多少次忘记吃药？

☐ a. 0 次

☐ f. 不知道/不确定

☐ b. 1-2 次

☐ g. 拒绝回答

☐ c. 3-5 次

☐ d. 6-10 次

☐ e. 超过 10 次

6. 在治疗过程中，你有多少天整天都没有吃药？

\_\_\_\_\_ 天

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

如果你忘了吃药或是没有在特定时间吃药：有些事情会导致人们觉得按医嘱吃药比较难，你能告诉我你为什么没有遵医嘱吃药吗？

7. 你在吃药的时候出现过什么副作用？（选择所有适用的）

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> a. 口中有苦味 | <input type="checkbox"/> e. 腹痛，痉挛或胀气       |
| <input type="checkbox"/> b. 腹泻    | <input type="checkbox"/> f. 头痛             |
| <input type="checkbox"/> c. 便秘    | <input type="checkbox"/> e. 没有副作用          |
| <input type="checkbox"/> d. 恶心或呕吐 | <input type="checkbox"/> f. 其他，请详细说明 _____ |

8. 你的第二次测试的结果是什么？

- ☐ a. 隐性
- ☐ b. 阳性
- ☐ c. 已经预约检查但是还没测试/还没收到结果
- ☐ d. 还没预约检查
- ☐ e. 不知道/不确定
- ☐ f. 拒绝回答

#### H. PYLORI KNOWLEDGE

9. 现在我要问你一些关于幽门螺杆菌的问题，你能告诉我以下哪些因素跟幽门螺杆菌的传播相关吗？

|              | 相关                    | 不相关                   | 不确定                   |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. 血液        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. 未处理的/污染的水 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. 老鼠        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. 蚊子        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. 污染的食物     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. 呕吐物       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

UID:

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|             |                       |                       |                       |
|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|             |                       |                       |                       |
| g. 差的卫生条件   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. 其他，请详细说明 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. 现在我要问你一些关于胃癌的问题，你能告诉我以下哪些因素是你觉得跟得胃癌风险相关吗

|              | 相关                    | 不相关                   | 不确定                   |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. 酒精        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. 辣的食物      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. 压力        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. 家族史       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. 幽门螺杆菌感染   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. 吸烟        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. 高盐食物      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. 不运动       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i. 腌的食物      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j. 高糖食物      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k. 其他，请详细说明： | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

#### SELF-EFFICACY, HEALTH LITERACY AND MEDICATION ADHERENCE

我现在要问你一些问题，是你在做关于你的健康的决定和选择治疗计划有多少信心的问题。比如说，如果你被诊断了某种病，假设语言不是问题，我想了解你对于以下问题有多少信心，选择从 0 到 4，0 是最没有信心，4 是最有信心

11. 我能得到我可以使用的疗治选择的信息（比如说，治疗计划，药物，检查）（在 0-4 中间圈一个）。

|       |   |   |   |   |   |       |
|-------|---|---|---|---|---|-------|
| 完全没信心 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 非常有信心 |
|-------|---|---|---|---|---|-------|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

12. 我能得到关于每个治疗选择的好处的信息。

|       |   |   |   |   |   |       |
|-------|---|---|---|---|---|-------|
| 完全没信心 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 非常有信心 |
|-------|---|---|---|---|---|-------|

13. 我能得到关于每个治疗选择的风险和副作用的信息。

|       |   |   |   |   |   |       |
|-------|---|---|---|---|---|-------|
| 完全没信心 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 非常有信心 |
|-------|---|---|---|---|---|-------|

14. 对信息有足够的了解让我做出选择。

|       |   |   |   |   |   |       |
|-------|---|---|---|---|---|-------|
| 完全没信心 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 非常有信心 |
|-------|---|---|---|---|---|-------|

15. 提出问题而不觉得自己笨。

|       |   |   |   |   |   |       |
|-------|---|---|---|---|---|-------|
| 完全没信心 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 非常有信心 |
|-------|---|---|---|---|---|-------|

16. 我能表达对每个选择的顾虑。

|       |   |   |   |   |   |       |
|-------|---|---|---|---|---|-------|
| 完全没信心 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 非常有信心 |
|-------|---|---|---|---|---|-------|

17. 我能寻求建议。

|       |   |   |   |   |   |       |
|-------|---|---|---|---|---|-------|
| 完全没信心 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 非常有信心 |
|-------|---|---|---|---|---|-------|

18. 我能判断出最适合我的治疗计划。

|       |   |   |   |   |   |       |
|-------|---|---|---|---|---|-------|
| 完全没信心 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 非常有信心 |
|-------|---|---|---|---|---|-------|

19. 在我做选择时，能面对来自其他人的不必要的压力。

|       |   |   |   |   |   |       |
|-------|---|---|---|---|---|-------|
| 完全没信心 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 非常有信心 |
|-------|---|---|---|---|---|-------|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

20. 我能让诊所团队知道什么是对我最好的计划。

|       |   |   |   |   |   |       |
|-------|---|---|---|---|---|-------|
| 完全没信心 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 非常有信心 |
|-------|---|---|---|---|---|-------|

21. 如果我需要更多时间考虑，我会慢一点做决定。

|       |   |   |   |   |   |       |
|-------|---|---|---|---|---|-------|
| 完全没信心 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 非常有信心 |
|-------|---|---|---|---|---|-------|

22. 如果医院的阅读材料是中文的（或者其它你首选的语言），你经常需要别人帮你阅读吗？

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. 总是 | <input type="checkbox"/> d. 偶尔 |
| <input type="checkbox"/> b. 经常 | <input type="checkbox"/> e. 从未 |
| <input type="checkbox"/> c. 有时 |                                |

23. 因为你难以理解中文信息（或者其它你首选的语言）所以你难以理解你的医疗状况，这件事情会经常发生吗？

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. 总是 | <input type="checkbox"/> d. 偶尔 |
| <input type="checkbox"/> b. 经常 | <input type="checkbox"/> e. 从未 |
| <input type="checkbox"/> c. 有时 |                                |

24. 你难以理解别人以中文（或者其它你首选的语言）告知你的关于你的医疗状况的信息，这件事情会经常发生吗？

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. 总是 | <input type="checkbox"/> d. 偶尔 |
| <input type="checkbox"/> b. 经常 | <input type="checkbox"/> e. 从未 |
| <input type="checkbox"/> c. 有时 |                                |

25. 如果医疗表格是中文的（或者其它你首选的语言），你有多少信心能自己填写？

- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. 完全没信心 | <input type="checkbox"/> d. 挺有信心  |
| <input type="checkbox"/> b. 有一点信心 | <input type="checkbox"/> e. 非常有信心 |
| <input type="checkbox"/> c. 比较有信心 |                                   |

现在我要问你一些关于吃药的问题，回答这些问题的时候你要考虑通常你吃所有药的情况，你的回答都将得到保密。我想知道你发生以下事情的频率，从总是，经常，有时，很少，从未几个里面选择。

26. 我忘记吃药

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. 总是 | <input type="checkbox"/> d. 很少 |
| <input type="checkbox"/> b. 经常 | <input type="checkbox"/> e. 从未 |
| <input type="checkbox"/> c. 有时 |                                |

27. 我改变药的剂量

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. 总是 | <input type="checkbox"/> d. 很少 |
| <input type="checkbox"/> b. 经常 | <input type="checkbox"/> e. 从未 |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

☐ c. 有时

28. 我会自己停药一段时间

- ☐ a. 总是  
☐ b. 经常  
☐ c. 有时

- ☐ d. 很少  
☐ e. 从未

29. 我决定少吃一剂药

- ☐ a. 总是  
☐ b. 经常  
☐ c. 有时

- ☐ d. 很少  
☐ e. 从未

30. 我吃的药比医生给我开的少

- ☐ a. 总是  
☐ b. 经常  
☐ c. 有时

- ☐ d. 很少  
☐ e. 从未

### DIET AND DRINKING

31. 接下来我要问你一些健康饮食的问题

健康饮食对你来说有多重要?

- ☐ a. 一点都不重要  
☐ b. 有点重要  
☐ c. 非常重要

- ☐ d. 不知道/不确定  
☐ e. 拒绝回答

32. 总的来说, 你觉得你的饮食健康程度是:

- ☐ a. 非常好  
☐ b. 很好  
☐ c. 好  
☐ d. 一般

- ☐ e. 差  
☐ d. 不知道/不确定  
☐ e. 拒绝回答

33. 请告诉我们你同不同意以下这些描述

|                              | 同意                    | 不同意                   | 不确定                   |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. 我觉得很难选择健康的零食              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. 我买不起健康的食物                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. 我没有时间来准备健康的食物             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. 没有超市可以让我买健康的食物            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. 如果聚会上有人让我吃不健康的食物我觉得不好意思拒绝 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



UID:

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|                      |                       |                       |                       |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| f. 我不喜欢健康食物的味道       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. 因为我家人不喜欢健康食物所以我不煮 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

34. 你同意以下说法吗，你很自信你能够。。。

|                     | 同意                    | 不同意                   | 不确定                   |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. 知道什么食物组成健康的饮食    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. 保持健康饮食?          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. 烹饪健康的食物?         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. 减少你吃的高盐食物?       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. 减少你吃的加工食物?       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. 就算在外面吃饭也能保持健康饮食? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

35. 你多久在外面吃一次? (在餐厅或者是在小店买快餐)

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. 天天在外面吃 | <input type="checkbox"/> e. 不知道/不确定 |
| <input type="checkbox"/> b. 大部分时候  | <input type="checkbox"/> f. 拒绝回答    |
| <input type="checkbox"/> c. 有时候    |                                     |
| <input type="checkbox"/> d. 从不     |                                     |

36. 你吃饭之前加盐的频率是怎样的?

- |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. 每餐都加    | <input type="checkbox"/> e. 不知道/不确定 |
| <input type="checkbox"/> b. 大部分时候会加 | <input type="checkbox"/> f. 拒绝回答    |
| <input type="checkbox"/> c. 有时候会加   |                                     |
| <input type="checkbox"/> d. 从来不加    |                                     |

37. 从以下几个选，你喜欢怎样的食物：不咸的，有一点咸，咸，或者非常咸。

- |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. 一点也不咸 | <input type="checkbox"/> d. 非常咸     |
| <input type="checkbox"/> b. 有一点咸  | <input type="checkbox"/> e. 不知道/不确定 |
| <input type="checkbox"/> c. 咸     | <input type="checkbox"/> f. 拒绝回答    |

38. 你觉得你的吃盐量如何?

- |                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. 太多了 | <input type="checkbox"/> d. 非常少     |
| <input type="checkbox"/> b. 比较多 | <input type="checkbox"/> e. 不知道/不确定 |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

☐ c. 刚刚好

☐ f. 拒绝回答

39. 在你的饮食里面，低盐低钠对你来说有多重要？

☐ a. 一点也不重要

☐ b. 有点重要

☐ c. 非常重要

☐ d. 不知道/不确定

☐ e. 拒绝回答

40. 你会看食物包装上的营养标签吗？

☐ a. 会

☐ b. 不会——→ 跳到 Q42

☐ c. 不知道什么是营养标签——→ 跳到 Q42

☐ d. 拒绝回答

41. 如果会：你会看什么？(不要读，选择所有适用的)

☐ a. 卡路里

☐ f. 不知道/不确定

☐ b. 钠/盐

☐ g. 拒绝回答

☐ c. 脂肪和胆固醇

☐ d. 糖

☐ e. 其他，请详细说明：\_\_\_\_\_

42. 你喝酒吗？

☐ a. 喝

☐ b. 不喝——→ 跳到 Q46

☐ c. 拒绝回答

43. 你多久喝一次呢？(全部读出来，选一个)

☐ a. 很少 (特殊的场合)

☐ e. 每天

☐ b. 偶尔 (一个月一次)

☐ f. 不知道/不确定

☐ c. 一个星期一次或两次

☐ g. 拒绝回答

☐ d. 常常 (一个星期几次)

44. 你一次会喝几杯？(全部读出来，选一个)

一杯就是一个易拉罐或者一小瓶啤酒，一杯红酒，一口白酒

☐ a. 1-2 杯

☐ d. 不知道/不确定

☐ b. 3-4 杯

☐ e. 拒绝回答

☐ c. 5 杯及以上

45. 在过去 30 天里，你有多少天会一次喝 4 杯及以上

\_\_\_\_\_天

☐ a. 不知道/不确定

☐ b. 拒绝回答

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

## SMOKING

46. 你目前吸烟吗?

- ☐ a. 每天都吸  
☐ b. 有时候吸  
☐ c. 完全不吸——▶ 跳到 Q50  
☐ d. 拒绝回答

47. 如果是“每天都吸”或者“有时候吸”: 你一天吸多少支?

- \_\_\_\_\_ 每天 ☐ a. 不知道/不确定 ☐ b. 拒绝回答

48. 过去的 12 个月里, 你有试过 24 小时或更长时间不吸烟因为你打算戒烟吗?

- ☐ a. 有 ☐ b. 没有——▶ 跳到 Q50 ☐ c. 拒绝回答

49. 哪一个能最好的描述你关于戒烟的打算?

- ☐ a. 我以后可能会戒烟, 但不是在接下来 6 个月以内  
☐ b. 我计划在接下来 6 个月以内戒烟  
☐ c. 我计划在接下来 30 天以内戒烟  
☐ d. 我正在尝试戒烟  
☐ e. 不知道/不确定  
☐ f. 拒绝回答

## PHYSICAL ACTIVITY

50. 过去的 7 天内, 你有多少天做了中度的运动?

[中度运动让你呼吸比平时加快, 但是不会气喘吁吁。你可以在家里, 在公司或者健身房里面做, 但是你做了至少 10 分钟的才算, 比如快走, 提东西, 洗衣服, 在花园除草或者太极]

- \_\_\_\_\_ 天/周 ☐ a. 不知道/不确定 ☐ b. 拒绝回答

51. 你一天当中会花多少时间做这些中度的运动? [如果受试者说每天不一样, 让他们想想典型的一天或最近一天]

- \_\_\_\_\_ 分钟/天 ☐ a. 不知道/不确定 ☐ b. 拒绝回答

52. 过去的 7 天内, 你有多少天做了剧烈运动?

[剧烈运动让你心跳和呼吸加快, 你可以在家里, 在公司或者健身房里面做, 但是只考虑那些你做了至少 10 分钟的, 比如跑步, 慢跑, 游泳或者有氧运动]

- \_\_\_\_\_ 天/周 ☐ a. 不知道/不确定 ☐ b. 拒绝回答

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

53. 你一天当中会花多少时间做这些剧烈运动? [如果受试者说每天不一样, 让他们想想典型的一天或最近一天]

\_\_\_\_\_ 分钟/天      ☐ a. 不知道/不确定      ☐ b. 拒绝回答

54. 我想要你从 0 到 4 里面选一个, 0 是最没信心, 4 是最有信心, 你有多少信心能做到一周做中度运动 5 次, 每次 30 分钟

|       |   |   |   |   |   |       |
|-------|---|---|---|---|---|-------|
| 完全没信心 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 非常有信心 |
|-------|---|---|---|---|---|-------|

55. 当你跟朋友或者家人在一起的时候, 你经常会提议做运动吗, 比如散步, 骑单车或者游泳?

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. 几乎从不 | <input type="checkbox"/> d. 几乎总是 |
| <input type="checkbox"/> b. 有时   | <input type="checkbox"/> e. 拒绝回答 |
| <input type="checkbox"/> c. 时常   |                                  |

56. 你经常会设定一个固定做运动的时间吗?

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. 几乎从不 | <input type="checkbox"/> d. 几乎总是 |
| <input type="checkbox"/> b. 有时   | <input type="checkbox"/> e. 拒绝回答 |
| <input type="checkbox"/> c. 时常   |                                  |

57. 你经常会邀请朋友或者亲戚跟你一起做运动吗?

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. 几乎从不 | <input type="checkbox"/> d. 几乎总是 |
| <input type="checkbox"/> b. 有时   | <input type="checkbox"/> e. 拒绝回答 |
| <input type="checkbox"/> c. 时常   |                                  |

58. 你经常跟别人聊关于做运动的好处吗?

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. 几乎从不 | <input type="checkbox"/> d. 几乎总是 |
| <input type="checkbox"/> b. 有时   | <input type="checkbox"/> e. 拒绝回答 |
| <input type="checkbox"/> c. 时常   |                                  |

## HEALTH STATUS

我现在要问你一些关于你的总体健康的问题

59. 总的来说, 你觉得你的健康状况如何:

- |                                |                                  |
|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. 差  | <input type="checkbox"/> d. 很好   |
| <input type="checkbox"/> b. 一般 | <input type="checkbox"/> e. 非常好  |
| <input type="checkbox"/> c. 好  | <input type="checkbox"/> f. 拒绝回答 |

60. 总的来说, 你觉得你的生活质量如何:

- |                                |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. 差  | <input type="checkbox"/> d. 很好  |
| <input type="checkbox"/> b. 一般 | <input type="checkbox"/> e. 非常好 |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

☐ c. 好

☐ f. 拒绝回答

61. 总的来说，你觉得你的身体健康如何

☐ a. 差

☐ d. 很好

☐ b. 一般

☐ e. 非常好

☐ c. 好

☐ f. 拒绝回答

62. 总的来说，你觉得你的心理健康，包括你的情绪和思维能力如何

☐ a. 差

☐ d. 很好

☐ b. 一般

☐ e. 非常好

☐ c. 好

☐ f. 拒绝回答

63. 总的来说，你会怎么评价你的社交活动和人际关系？

☐ a. 差

☐ d. 很好

☐ b. 一般

☐ e. 非常好

☐ c. 好

☐ f. 拒绝回答

64. 总的来说，你觉得自己在进行社交活动和承担社会角色这方面做得如何（这包括在家，工作和社区中的活动，以及作为父母、子女、配偶、雇员、朋友等的责任）

☐ a. 差

☐ d. 很好

☐ b. 一般

☐ e. 非常好

☐ c. 好

☐ f. 拒绝回答

65. 你多大程度上能进行日常的体力活动，比如散步，爬楼梯，搬运杂货，或者搬椅子？

☐ a. 完全不可以

☐ d. 大多数时候可以

☐ b. 很少程度

☐ e. 完全可以

☐ c. 中等程度

☐ f. 拒绝回答

66. 在过去的 7 天，你经常被情绪问题困扰吗，比如感觉焦虑，抑郁或者烦躁？

☐ a. 一直

☐ d. 很少

☐ b. 经常

☐ e. 从不

☐ c. 有时

☐ f. 拒绝回答

67. 过去的 7 天，你的疲劳程度如何？

☐ a. 非常严重

☐ d. 轻度

☐ b. 严重

☐ e. 无

☐ c. 中等

☐ f. 拒绝回答

68. 过去的 7 天内，用 0-10 衡量的话，你平时的疼痛程度如何，0 是不疼，10 是最疼。

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

不疼

最疼

69. 过去的 2 个星期内，你感受到任何以下的问题的频率是？

UID:

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|                  | 从来没有                  | 几天                    | 一半以上                  | 差不多每天                 | 拒绝回答                  |
|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. 不大有兴趣或不太乐于做事情 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. 感到不开心, 沮丧, 绝望 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

70. 你现在有多少动力感觉想要改变生活, 改善自己的健康?

- |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. 一点也没有 | <input type="checkbox"/> e. 非常有动力   |
| <input type="checkbox"/> b. 有一点点  | <input type="checkbox"/> f. 不知道/不确定 |
| <input type="checkbox"/> c. 中等程度  | <input type="checkbox"/> g. 拒绝回答    |
| <input type="checkbox"/> d. 比较有动力 |                                     |

**END OF SURVEY**

**Interviewer Instructions:**

*For 2 month follow-up survey, end here.*

*For 6 month follow-up survey:*

- *If the participant is in the intervention group, complete the CHW evaluation Form 3.*
- *If the participant is in the control group, end here.*