**衰弱状态及机体功能评测**

关于研究参与者个人信息保密的保证：我们将对本次调查搜集的所有个人信息严格保密。您的姓名和地址记录仅用于今后随访联系之用。输入电脑的调查数据文件将不包括任何个人的姓名和地址。因此，任何人也不可能从电脑调查数据文件中辨识任何被访者。所有问卷将封存在资料仓库中。纳入标准：1、65岁及以上老年人；2、常住在苏州地区；3、签署知情同意书 。

排除标准：1、患有严重疾病（预计存活时间少于1年）；2、拒绝参与调查；3、严重失能不能配合测试者。

被访老人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 性别（男 女） 年龄 岁

被访老人身份证号码(医保卡号码)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

被访老人现住址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_县/区\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_乡/街道

（村，组）门牌号码\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

访问员签字\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_ 月\_\_\_\_ 日

**知情同意书**

亲爱的女士（或先生）:

我们诚邀您参加关于衰弱状态及机体功能评测研究。这一调查由昆山杜克大学联合苏州市立医院的学者组成的联合攻关团队组织实施。本项研究的目的在于更好的了解中国老年人群中衰弱和机体功能评测情况。如果您同意参加本研究，调查员将询问您关于婚姻、日常生活自理能力、生活习惯、社会活动、疾病与健康的状况等。访谈将持续15分钟左右。另外，我们还将对您进行机体功能测试（血压，身高，体重，握力，步速等）。

本项目仅以科研为目的。特别要指出的是，您的姓名、地址和电话仅供下次跟踪调查时与您联系之用，只有极少数科研数据资料管理人员知晓，而且这几位科研数据资料管人员将书面签字承诺为您的个人信息绝对保密的责任。用于科学研究的数据文件绝对不会包括您的姓名、地址和电话等任何可以用于识别个人的信息。因此，没有任何人可以在用于科学研究的数据中识别哪些是您的个人信息。如果您有任何问题，请向本研究的负责人或与本研究相关的工作人员咨询。

我们完全尊重您是否参与的意见。如果您同意，请您在本征询意见书的最后签署您的名字。如果您自愿参加但不能签字，请您的亲属代签。该研究不是强制参加，所有参与者有权对该研究及研究过程进行询问。如果调查问卷、机体功能测试过程中有可能会引起受试者焦虑的问题，您有权利选择不回答或不参与。您有什么疑问，可向访问员询问或直接打电话与我们联系（电话号码和通讯地址列在下面）。衷心感谢！

苏州市立医院

昆山杜克大学

2020年4月20日

联系地址与联系人：江苏省苏州市市立医院 老年科，邮编：215016 电话：0512-62364069，联系人：张俐主任

江苏省苏州市昆山市杜克大道8号，邮编：215316 电话：0512-36657235，联系人：吴晨凯教授

“我已经阅读过这封信并且理解了其中的内容，我同意参加‘衰弱状态及机体功能评测’。我得到了这封信的一份副本。我知道即使我现在同意参加此研究，我仍然拥有在任何时间改变主意的权利。”

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (签字)

**A一般情况**

（提示：对于无能力回答、无法回答、不知道、不记得、拒绝回答的统一填写**999**）

|  |  |
| --- | --- |
| **A1** 您现在和谁住在一起？ | 1. 家人，跟您同住的另有人 2. 独居 3. 养老院 |
| **A2** 请列出与您一起居住的成员与您的关系： | 配偶 子女 子女配偶 孙子女 孙子女配偶 兄弟姐妹 父母或岳父母 其他 （**请注明）** |
| **A3** 您的受教育程度： | 未上过小学 小学未毕业 小学 初中 高中 大专及以上 |
| **A4** 您现在的婚姻状况： | 1. 已婚，并与配偶住在一起 2. 已婚，但不与配偶住在一起 3. 离婚 4. 丧偶 5. 未婚 |
| **A5** 您现在主要的生活来源是什么？（单选） | 1. 退休金 2. 配偶 3. 子女 4. 孙子女 5. 其他亲属 6. 当地政府或社团 7. 自己劳动或工作 8. 其他（请注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **A6** 过去的一年里，您平均每个月会花多少钱购买保健品？ | <100元 100-200元 200-300元 300-500元 500-1000元 1000-2000元 2000元以上 |
| **A7** 您的退休方式： | 企业 公务员 事业单位 离休 自由职业 尚未退休 |
| **A8** 您觉得现在自己的健康状况怎么样？ | 很好 好 一般 不好 很不好 |
| **A9** 您在过去的一年里跌倒过吗？ | 1. 是 , 有\_\_\_\_\_\_\_\_次，其中\_\_\_\_\_次需要医院诊治 2. 否 |

**B. 生活方式**

|  |  |
| --- | --- |
| **B1** 您现在吸烟吗？ | 是 否 |
| **B2** 您曾经吸烟吗？ | 是 否 |
| **B3** 您现在经常喝酒吗？ | 是 否 |
| **B4** 过去**1**周，您是否进行了以锻炼为目的的步行？ | 是 否 |
| **B5** 在过去的**1**周里，有至少三天连续行走10分钟以上？ | 是 否 |
| **B6** 和去年相比，您近期的活动量是否明显下降？ | 是 否 |
| **B7** 在过去的**1**周里，是否从事简单的家务劳动，如煮饭做菜、洗菜、洗碗等 | 是 否 |
| **B8** 在过去的**1**周里，您是否有规律得参加锻炼，比如：拉伸、加强力量的练习、游泳、自行车、慢跑、太极拳或者其他的中国传统运动项目？ | 是 否 |
| **B9** 在过去的**1**周里，您是否从事过中等强度的家务劳动，如擦窗户，手洗衣物，拖地板，吸尘等？ | 是 否 |
| **B10** 过去的**1**周内， 您大部分时间感到异常的疲劳？ | 是 否 |
| **B11** 您平时的精力水平如何？ | （完全没有精力）0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10（前所未有的精力旺盛） |
| **B12** 过去的**1**周内， 您感到无法继续自己的生活的天数是 | 6-7天 4-5天 2-3天 1天 从不 |
| **B13** 过去的**1**周内， 感到越老越不中用，做什么事都很费劲的天数 | 6-7天 4-5天 2-3天 1天 从不 |

**C. 日常活动能力**

|  |  |
| --- | --- |
| **C1**您能否自己洗澡？ | 1. 能 2. 有一定困难 3. 不能 |
| **C2**您能否自己穿衣（包括从衣橱中拿出衣服，穿上衣服，扣上钮扣，系上腰带）？ | 1. 能 2. 有一定困难 3. 不能 |
| **C3**您能否自己上厕所大小便（包括便后洗手、解衣穿衣，包括在房间中用马桶）？ | 1. 能 2. 有一定困难 3. 不能 |
| **C4**您能否自己起床、下床? | 1. 能 2. 有一定困难 3. 不能 |
| **C5**您能否自己吃饭（比如夹菜）? | 1. 能 2. 有一定困难 3. 不能 |
| **C6**您能否独自到邻居家串门？ | 1. 能 2. 有一定困难 3. 不能 |
| **C7**您能否独自外出买东西（比如去菜场买菜）？ | 1. 能 2. 有一定困难 3. 不能 |
| **C8**如果需要您是否能独自做饭（准备原材料，做饭菜，端上餐桌）？ | 1. 能 2. 有一定困难 3. 不能 |
| **C9**如果需要您是否能独自洗衣服？ | 1. 能 2. 有一定困难 3. 不能 |
| **C10**您能否独自乘坐公共交通工具出行？ | 1. 能 2. 有一定困难 3. 不能 |
| **C11**您做家务时是否有困难（我们指的是房屋清洁，洗碗盘，整理被褥和房间摆设）？ | 1. 能 2. 有一定困难 3. 不能 |
| **C12**您管钱是否有困难（比如支付账单、记录支出项目、管理财物）？ | 1. 能 2. 有一定困难 3. 不能 |
| **C13**您能否自己吃药？ | 1. 能 2. 有一定困难 3. 不能 |

**D. 精简药物态度**

接下来我们问您一些与减少药物使用相关的问题，每一道问题有程度不等四个答案：

|  |  |
| --- | --- |
| **D1** 您被医生诊断过患有哪些疾病？ | □高血压 □糖尿病 □高血脂 □冠心病 □痛风 □慢阻肺 □脑梗塞 □风湿病 □骨与关节疾病 □肿瘤 □其他，\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □无疾病,健康 |
| **D2**您平时大约要服用多少种常规药物？ | 1-2种 3-5种 6-9种 10种以上 |
| **D3**如果您的医生说有可能，您愿意停止服用一种或多种药物？ | 1非常愿意 2愿意 3不愿意 4强烈不愿意 |
| **D4**您想减少服用的药物数量。 | 1非常想 2想 3不想 4强烈不愿意 |
| **D5**您很清楚您服用每种用药的原因。 | 1非常清楚 2清楚 3不清楚 4非常不清楚 |
| **D6**您相信您所服用所有药物都是必需的。 | 1非常相信 2相信 3不相信 4根本不相信 |
| **D7**您愿意停止长期服用的药物吗？ | 1非常愿意 2愿意 3不愿意 4强烈不愿意 |
| **D8**您觉得您吃的药太多了。 | 1非常同意 2同意 3不同意 4强烈不同意 |
| **D9**每当药物进行调整时，您都会感到压力。 | 1非常同意 2同意 3不同意 4强烈不同意 |
| **D10**有些药您觉得不需要再服用了。 | 1非常同意 2同意 3不同意 4强烈不同意 |

**E． 体检问卷**

|  |  |
| --- | --- |
| **E1** 被访老人体重： 公斤 | **E2** 被访老人直接站立时身高： 厘米 |
| **E3** 血压测量（访问员需为老人在安静状态下测量1次血压） | 收缩压 \_\_\_\_\_\_\_\_ mmHg 舒张压 \_\_\_\_\_\_\_\_ mmHg |
| **E4**您坐在椅子上，能自己独立站起来吗？ | 1. 能，**不需**搀扶或倚靠任何物体  2. 能，**需**搀扶或倚靠任何物体 3. 不能 |
| **E5**不需要帮助独立步行200米是否感到困难？ | 是 否 |
| **E6**和前几年相比,是否因为步速下降过十字路口感到更困难？ | 是 否 |
| **E7**不需要帮助提起10斤物品是否感到困难？ | 是 否 |
| **E8**不需要帮助连续上10个台阶是否感到困难？ | 是 否 |
| **E9**在过去的一年内，体重下降至少10斤？ | 是 否 |
| **E10**是否觉得自己比同龄人瘦很多？ | 是 否 |
| **E11**过去一周内，您大约多少天感到腰背部疼痛？ | 没有 1天 2-3天 4-6天 每天 |
| **E12**您的腰背部疼痛在白天大约持续多少时间？ | <1小时 1-2小时 3-5小时 6-10小时 全天 |
| **E13**您的腰背部疼痛最严重的时候有多严重？ | 1.轻微 2.中等 3.严重 4.无法忍受 |

**F. 握力测试（所需设备：握力器）**

|  |  |
| --- | --- |
| F1在过去的6个月里，您的一只手或双手有没有做过手术或者发生任何肿胀、发炎、严重疼痛或受伤？ | 1. 是，哪只手？双手 左手 右手 2. 否 |
| F2您习惯用那只手？ | 1. 右 2. 左 3. 两只手差不多 |
| F3 握力：**左手** 第1次：\_\_\_\_\_\_kg，第2次 \_\_\_\_\_\_kg | F4 **右手** 第1次：\_\_\_\_\_\_\_\_kg，第2次\_\_\_\_\_\_\_\_ kg |
| F5是否完成握力测试： | 1. 是 2. 否 |
| F6为什么受试者**未能**完成握力测试？（可多选）  1. 受试者认为不安全 2. 访问员认为不安全 3. 受试者拒绝或不愿意测量 4. 受试者尝试了，但无法完成测量 5. 受试者无不明白测量的指令 6. 受试者因手术、肿胀或其他原因不能测量 7. 仪器故障 | |

**G. 步速测试**（总长度**4**米，可以使用拐杖或其它必要的辅助物品）

|  |  |
| --- | --- |
| **G1** 请问您从近期是否因手术、外伤、或有其他健康状况可能对您行走造成限制？” | 1. 没有明显限制 2. 是，近期做过手术 3.是，外伤 4. 是，其他健康状况 |
| **G2** 第一次：\_\_\_\_\_\_\_\_秒 | **G3** 第二次：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_秒 |
| **G4** 请记录步行辅助器 | 1.无 2. 拐杖或手杖 3. 助行器 4. 其他（请说明） |
| **G5** 为什么受试者未能完成步速测试？  （可多选） | 1. 受试者认为不安全 2. 访问员认为不安全 3. 受试者拒绝或不愿意测量4. 受试者尝试了，但无法完成测量 5. 受试者无法明白测量的指令 6. 受试者由于手术、肿胀或其他健康原因不能测量 |