



New York City 紐約市



Pregnancy 懷孕
Risk 風險
Assessment 評估
Monitoring 監控
System 系統

*A survey for healthier babies
in New York City*

紐約市一項調查對於更健康嬰孩

For questions or comments,
please call toll-free 1-888-816-7929

有問題或意見, 請電免費電話 1-888-816-7929



關於懷孕風險評估監測系統 (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, PRAMS) 的重要資訊
請在開始問卷調查之前閱讀

- PRAMS 是由疾病控制與預防中心 (Centers for Disease Control and Prevention) 與紐約市健康與心理衛生局 (New York City Department of Health and Mental Hygiene) 所贊助的研究專案。
- 此研究的宗旨是要瞭解有些嬰兒健康出生，而有些則不然的原因。
- 我們要求紐約市 2,200 名婦女回答相同的問題。所有的姓名都是由電腦從最近的出生證明中挑選的。
- 回答所有的問題大約需要 20 分鐘。有些問題可能具有敏感性，例如關於在懷孕期間抽菸或飲酒的問題。
- 您可以自行選擇是否參加問卷調查。如果您完全不想參加，或者您不想回答特定的問題，兩者皆可。不參加或不回答所有的問題並沒有任何罰則，也不會喪失福利。
- 您的問卷調查可能與衛生局其他來源的資訊結合。
- 如果您選擇進行此問卷調查，您的回答將在法律許可的範圍內受到保密，並僅供研究之用。如果您目前正在入獄服刑，您參與研究並不影響假釋。
- 您的姓名不會出現於 PRAMS 的任何相關報告上。手冊有編號，因此我們可以透過編號了解返回情況。
- 您的回答將與其他婦女的回答一起彙整。我們對 PRAMS 的瞭解將用於協助紐約市母親與嬰兒。
- 如果您對於此專案的權利有任何疑問，請致電 Rutgers 大學的機構審查委員會，電話：732-235-9806。如果您對紐約市 PRAMS 專案有任何疑問，請致電紐約市 PRAMS 專案主任 Hannah Searing，電話：347-396-4497。

如果您對 PRAMS 有疑問，或您想要透過電話回答問題，
請致電紐約市 PRAMS 資料經理 Teresa Cruz，電話：1-888-816-7929，然後按 5。
此為免付費電話。



關於懷孕風險評估監測系統 (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, PRAMS) 的常見問題

何謂 PRAMS ?

PRAMS 是由紐約市健康與心理衛生局 (New York City Department of Health and Mental Hygiene) 與疾病控制與預防中心 (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 所贊助的研究專案。我們的宗旨是要瞭解有些嬰兒健康出生，而有些則不然的原因。因此，我們的問卷詢問新手母親關於她們在懷孕期間前後的行為與經驗。紐約市每年都有數百名嬰兒出生時即有嚴重的健康問題。其中許多嬰兒死亡。我們需要您的協助以瞭解原因。不管您的懷孕情況為何，您的回答都有助於我們進一步瞭解為未來紐約市母親與嬰兒改善機會的方法。

我的回答是否受到保密？

是的 - 在法律許可的範圍內，所有的回答都會完全受到保密。對問卷所提供的回答進行彙整，以為我們提供關於紐約市新生兒母親的資訊。透過本問卷調查製成的報告，不會以姓名識別任何婦女。

怎麼會挑選我參加 PRAMS ？

您的姓名是像彩券一樣從州出生證明登記處隨機挑選的。您是少數入選協助我們進行本研究的婦女之一。

我對這些問題的回答是否真的很重要？

是的！因為入選的母親人數很少，得到每個人的回答非常重要。每次的懷孕情況都是不同的。為了進一步瞭解紐約市母親與嬰兒健康的整體情況，我們需要每位入選的母親回答問題。透過您提供給我們的資訊，我們可能得以改善紐約市婦女與兒童的健康照護。我們必須知道在您的懷孕期間，哪些情況正常，以及哪些情況不正常。您的協助對我們方案的成功與否真的很重要。

有些問題似乎與健康照護沒有關係，為什麼會提出那些問題？

母親生活中的許多情況會影響她的懷孕。這些問題是要進一步瞭解新手母親的健康照護以及在懷孕期間所發生的情況。

如果我想要詢問更多關於 PRAMS 的問題，該怎麼做？

請撥打我們的免付費電話與我們聯絡：(1-888-816-7929, 按 5)，我們將很樂意回答您對於 PRAMS 的其他問題。如果您想要透過電話完成問卷，請撥打相同的電話與我們聯絡。

請勾選您的答案或按照問題指示作答。您可能被要求跳過一些不適用於您的問題。

懷孕前

首先的問題是關於您個人。

1. 您不穿鞋有多高？

_____ 英尺 _____ 英寸
或 _____ 厘米

2. 在您剛懷上新寶寶之前，您的體重是多少？

_____ 磅或 _____ 公斤

3. 您的出生日期？

____ / ____ / ____
月 日 年

以下問題是關於您懷新寶寶前的情況。

4. 在您懷孕之前，您一般的健康狀況是-

- ☐ 優等
- ☐ 非常好
- ☐ 好
- ☐ 一般
- ☐ 差

5. 在您懷上新寶寶之前的3個月內，您是否出現以下健康狀況？對每一個選項，若沒有請勾選「沒有」，若有請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. 第一類或第二類糖尿病（ <u>不是</u> 妊娠糖尿病，即懷孕才開始的糖尿病）…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 高血壓…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 抑鬱症…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 哮喘病…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 貧血（缺鐵）…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 心臟問題…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 癲癇症（羊癇瘋）…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 甲狀腺問題…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. 多囊卵巢綜合症（PCOS）…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. 焦慮…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. 過敏症…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. 在您懷上新寶寶之前的1個月內，您一週服用幾次綜合維生素、孕婦維生素或葉酸維生素？

- ☐ 在懷孕之前一個月內，我沒有服用綜合維生素、孕婦維生素或葉酸維生素片
- ☐ 一週1到3次
- ☐ 一週4到6次
- ☐ 一週七天都服用

7. 在您懷上新寶寶之前的12個月內，您有沒有去看醫生、護士或者其他醫務人員，包括牙醫或精神健康人員？

- ☐ 沒有->[前往問題10](#)
- ☐ 有 ->[前往問題8](#)

8. 在您懷上新寶寶之前的12個月內，您做了那類型的醫療護理？ [請選擇所有適用答案](#)

- ☐ 到家庭醫生的診所作定期檢查
- ☐ 到婦產科醫生的診所作定期檢查
- ☐ 因病或慢性疾病去就醫
- ☐ 因受傷去就醫
- ☐ 因作生育計劃或避孕去就醫
- ☐ 因抑鬱症或焦慮去就醫
- ☐ 去找牙醫或牙齒衛生專家清潔我的牙齒
- ☐ 其他----->請告訴我們：

9. 在您懷新寶寶前的12個月內的任何一次就醫時，有沒有醫生、護士或者其他醫務人員做了下列事情？對每一個選項，若沒有請勾選「沒有」，如有出現請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 要我服用一種含葉酸的維他命…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 跟我說如何維持健康體重…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 跟我說如何控制任何病況，如糖尿病或高血壓…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 跟我談我是否有慾望要孩子…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 跟我說如何節育防止懷孕…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 跟我說如何可以在懷孕前改善我的健康…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 跟我說有關性傳染病的事情，如衣原體感染、淋病或梅毒…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 問我是否曾吸煙…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. 問我是否有人傷害我的感情或身體…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. 問我是否曾感到情緒低落或沮喪…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. 問我做哪一類工作…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. 為我驗人體免疫缺損病毒HIV（愛滋病毒）…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

以下問題是關於您懷上新寶寶之前、期間和之後的**健康保險**。

10. 在您懷上新寶寶之前的1個月內，您有什麼健康保險？ 請選擇所有適用答案

- ☐ 我的工作或我丈夫或伴侶工作上的私人健康保險
- ☐ 我父母的私人健康保險
- ☐ 紐約州健康保險市場
(nystateofhealth.ny.gov) 或HealthCare.gov的私人健康保險
- ☐ 政府醫療補助計劃 (Medicaid)
- ☐ 家庭加健計劃 (Family Health Plus)
- ☐ 兒童加健計劃 (Child Health Plus)
- ☐ 家庭計劃福利計劃 (FPBP)
- ☐ TRICARE或其他軍人健康保險
- ☐ 其他健康保險----->請告訴我們

☐ 我在懷孕之前一個月內沒有任何健康保險

11. 在您最近懷孕期間，您有什麼健康保險來支付產前護理費用？ 請選擇所有適用答案

- ☐ 我沒有去做產前護理->前往問題12
 - ☐ 我的工作或我丈夫或伴侶工作上的私人健康保險
 - ☐ 我父母的私人健康保險
 - ☐ 紐約州健康保險市場
(nystateofhealth.ny.gov) 或HealthCare.gov的私人健康保險
 - ☐ 政府醫療補助計劃 (Medicaid)
 - ☐ 家庭加健計劃 (Family Health Plus)
 - ☐ 兒童加健計劃 (Child Health Plus)
 - ☐ TRICARE或其他軍人健康保險
 - ☐ 其他健康保險----->請告訴我們
-
- ☐ 我沒有任何健康保險可承保我的產前護理

12. 您現在有哪一種健康保險？

請選擇所有適用答案

- ☐ 我的工作或我丈夫或伴侶工作上的私人健康保險
- ☐ 我父母的私人健康保險
- ☐ 紐約州健康保險市場
(nystateofhealth.ny.gov) 或HealthCare.gov的私人健康保險
- ☐ 政府醫療補助計劃 (Medicaid)
- ☐ 家庭加健計劃 (Family Health Plus)
- ☐ 兒童加健計劃 (Child Health Plus)
- ☐ 家庭計劃福利計劃 (FPBP)
- ☐ TRICARE或其他軍人健康保險
- ☐ 其他健康保險----->請告訴我們

☐ 我現在沒有任何健康保險

13. 請回想一下，在您剛懷上新寶寶前，您對懷孕有什麼想法？ **請選一個答案**

- ☐ 我想遲一些懷孕 -> **前往問題14**
- ☐ 我想早一些懷孕 -> **前往問題15**
- ☐ 我當時就想懷孕 -> **前往問題15**
- ☐ 我當時不想懷孕，將來任何時候都不想
-> **前往問題15**
- ☐ 我不清楚我想要什麼 -> **前往問題15**

14. 您想等多久才懷孕？

- ☐ 少於一年
- ☐ 一年至兩年以下
- ☐ 兩年至三年以下
- ☐ 三年至五年
- ☐ 多過五年

15. 當您懷上新寶寶的時候，您是有意要懷孕嗎？

- ☐ 不是 -> **前往問題16**
- ☐ 是 -> **前往問題18**

16. 當您懷上新寶寶的時候，您或您的丈夫或伴侶當時有沒有採取任何避孕措施？一般採取的避孕措施包括結紮、服用避孕藥、使用避孕套、體外射精，或在月經週期中容易懷孕的時候避免房事。

- ☐ 沒有 -> **前往問題17**
- ☐ 有 -> **前往問題20**

17. 您或您的丈夫或伴侶不採取任何避孕措施的原因是什麼？ **請選擇所有適用答案**

- ☐ 我並不介意懷孕
- ☐ 我當時以為自己不會懷孕
- ☐ 我之前採用的避孕方法對我有副作用
- ☐ 當我需要時難以取得避孕用品
- ☐ 我以為我的丈夫或伴侶或我自己當時沒有生育能力（根本就不可能懷孕）
- ☐ 我丈夫或伴侶不想採取任何避孕措施
- ☐ 我忘記採取避孕措施
- ☐ 其他----->請告訴我們：_____

當您這次懷孕的時候，如果您不是有意懷上新寶寶，請跳到問題20。

18. 您有沒有服用任何生育藥物或接受醫生、護士或其他醫務人員做任何的醫療程序來懷上新寶寶？這可能包括不孕治療，如生育能力加強藥物或輔助生殖技術。

- ☐ 沒有 -> **前往問題20**
- ☐ 有 -> **前往問題19**

19. 在您懷上新寶寶的1個月內，您有沒有採用下列任何生育治療方法？ **請選擇所有適用答案**

- ☐ 醫生開立的生育力增強處方藥（生育藥物包括Clomid®、Serophene®、Pergonal®或其他刺激排卵的藥物）
- ☐ 人工受精或宮腔內人工授精（收集精子，但不是卵子，用醫療方法植入女方體內）
- ☐ 輔助生殖技術（在實驗室裡處理女方的卵子和男方的精子，如體外受精、配子輸卵管內移植 [GIFT]、受精卵輸卵管內移植[ZIFT]、卵胞漿內單精子注射 [ICSI]、冷凍胚胎移植或捐獻者胚胎移植）
- ☐ 其他----->請告訴我們：

- ☐ 我這次懷上新寶寶的一個月內沒有使用生育治療

懷孕期間

以下問題是有關您最近懷孕期間接受的產前護理。產前護理包括您分娩之前去找醫生、護士或者其他醫務人員檢查以及聽取有關懷孕的建議。（回答這些問題的時候，查看月曆會有幫助。）

20. 當您第一次做產前護理的時候，您已經懷孕幾週或幾個月了？

_____ 週或 _____ 個月->**前往問題21**

☐ 我沒有做產前護理->**前往問題23**

21. 您多數去哪裡做產前護理？不包括奶票計劃
請選一個答案

- ☐ 私人醫生的診所
☐ 醫院門診部
☐ 衛生部門的診所
☐ 鄰近的健康診所或社區健康診所
☐ 其他----->請告訴我們：

22. 當您做任何一次產前護理的時候，有沒有醫生，護士或其他醫務人員問及以下事項？
對每一個選項，若沒有人問請勾選「沒有」，若有人問請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 如我知道自己在懷孕期間應增加多少體重 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 如我曾服用任何處方藥 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 如我曾否吸煙 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 如我曾否喝酒 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 如曾否有人傷害我感情或身體 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 如我曾感到情緒低落或沮喪 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 如我曾使用毒品，如大麻、可卡因、快克或冰毒 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 如我是否想驗人體免疫缺損病毒HIV（愛滋病毒） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. 如我是否計劃餵嬰兒母乳 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. 如我是否計劃在生下嬰兒後採用避孕措施 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. 關於鉛中毒風險 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. 關於二手煙曝露 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23. 您生產新寶寶之前十二個月內，有沒有醫生、護士或者其他醫務人員提供流感疫苗或告訴您要打流感疫苗？

- ☐ 沒有
☐ 有

24. 您生產新寶寶之前十二個月內，有沒有打過流感疫苗？
請選一個答案

- ☐ 沒有->**前往問題26**
☐ 有，懷孕之前->**前往問題25**
☐ 有，懷孕期間->**前往問題25**

25. 您在哪裡打流感疫苗？
請選一個答案

- ☐ 我的產科醫生或婦科醫生的診所
☐ 我的家庭醫生或其他醫生的診所
☐ 衛生部門或社區診所
☐ 醫院
☐ 藥房或雜貨店
☐ 我工作的地方或學校
☐ 其他----->請告訴我們：

如果您打了流感疫苗，請跳到問題 27

26. 您生產新寶寶之前十二個月內，為什麼沒有打流感疫苗？對每一個選項，若不是您的原因請勾選「不是」，若是您的原因請勾選「是」。

- | | 不是 | 是 |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 我的醫生沒提到打流感疫苗的事情 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 我擔心流感疫苗對我有副作用 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 我擔心流感疫苗可能傷害胎兒 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 我不擔心得到流感 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 我不認為流感疫苗有用 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 我通常都不打流感疫苗 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 其他 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 請告訴我們：_____

27. 您最近的懷孕期間，有沒有找牙醫或牙科衛生專家清潔您的牙齒？

- ☐ 沒有
☐ 有

28. 這個問題是關於您最近的懷孕期間的牙齒護理。對每一個選項，若不正確或不適用請勾選「不是」，若正確請勾選「是」。

- | | 不是 | 是 |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 我知道懷孕期間護理牙齒和牙齦的重要性…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 牙科或其他醫務人員跟我談過如何護理牙齒和牙齦…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 懷孕期間我的保險包含牙科護理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 我 <u>需要</u> 找牙醫治療牙齒問題…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 我 <u>去</u> 了牙醫或牙科診所治療牙齒問題…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

29. 您最近懷孕期間，您對於餵母乳有怎樣的看法？

請選一個答案

- ☐ 我知道我想餵母乳
☐ 我想我可能會餵母乳
☐ 我知道我不會餵母乳
☐ 我不知道怎樣餵母乳

30. 您最近懷孕期間是否加入了奶票計劃WIC（又叫作婦嬰營養計劃）？

- ☐ 沒有
☐ 有

31. 您最近懷孕期間有沒有出現以下健康狀況？對每一個選項，若沒有請勾選「沒有」，若有請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 妊娠糖尿病（懷孕後才開始的糖尿病）…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 高血壓（懷孕後才開始）、子癇前症或子癇…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 抑鬱症…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

接下來的問題是有關吸煙（懷孕之前、期間、之後）。

32. 在過去2年內，您有沒有吸煙？

- ☐ 沒有 -> **前往問題 36**
☐ 有 -> **前往問題 33**

33. 在您懷孕之前的3個月內，您平均每天吸幾支煙？一包煙有20支。

- ☐ 41支或更多支煙
☐ 21到40支煙
☐ 11到20支煙
☐ 6到10支煙
☐ 1到5支煙
☐ 不到1支煙
☐ 我那時沒有吸煙

34. 在您懷孕最後的3個月內，您平均每天吸幾支煙？一包煙有20支。

- ☐ 41支或更多支煙
☐ 21到40支煙
☐ 11到20支煙
☐ 6到10支煙
☐ 1到5支煙
☐ 不到1支煙
☐ 我那時沒有吸煙

35. 現在您平均每天吸多少支煙？一包煙有20支。

- ☐ 41支或更多支煙
☐ 21到40支煙
☐ 11到20支煙
☐ 6到10支煙
☐ 1到5支煙
☐ 不到1支煙
☐ 我現在沒有吸煙

接下來的問題是關於懷孕期間使用的其他煙草產品。

電子煙和其他含尼古丁的電子產品（如霧蒸發筆、電子水煙筒、水煙筒筆、電子雪茄、電子煙斗）是用尼古丁液體而非煙草的電池裝置，會產生霧狀蒸氣而不是煙霧。

水煙筒是用來吸煙草的水煙管，與電子水煙筒或電子水煙筆不同。

雪茄、小雪茄或濾嘴式小雪茄的尺寸、形狀和包裝類似香煙，一包20支，但區別在於用棕色捲煙紙捲起煙草葉。小雪茄是較細長的雪茄版本，有時末端為木製或塑料。

36. 在過去2年內，您是否使用過下列任何產品？對每一個選項，若沒有請勾選「沒有」，若有請勾選「有」。

沒有 有

- a. 電子煙或其他含有尼古丁的電子產品……
 ☐ ☐
- b. 水煙筒..... ☐ ☐
- c. 雪茄、小雪茄或濾嘴式小雪茄 ☐ ☐

若您在過去2年內曾使用電子煙或其他含有尼古丁的電子產品，請跳到問題 37。若沒有請跳到問題39。

37. 在您懷孕之前的3個月內，您平均多常吸電子煙或其他含有尼古丁的電子產品？

- ☐ 一天幾次
☐ 一天一次
☐ 一週2至6天
☐ 一週一次或更少
☐ 我那時沒有用電子煙或其他含有尼古丁的電子產品

38. 在您懷孕最後的3個月內，您平均多常吸電子煙或其他含有尼古丁的電子產品？

- ☐ 一天幾次
☐ 一天一次
☐ 一週2至6天
☐ 一週一次或更少
☐ 我那時沒有用電子煙或其他含有尼古丁的電子產品

接下來的問題是有關懷孕期間的喝酒情形。

39. 在過去2年內，您是否喝過任何酒類飲料？一份酒類飲料指一杯葡萄酒、一杯葡萄涼酒、一罐或一瓶啤酒、一小杯 (a shot) 烈酒或一杯調酒。

- ☐ 沒有 -> **前往問題41**
☐ 有 -> **前往問題40**

40. 在您懷孕之前的3個月內，您平均每週喝多少份酒類飲料？

- ☐ 每週喝14份酒類飲料或更多
☐ 每週喝7到13份酒類飲料
☐ 每週喝4到6份酒類飲料
☐ 每週喝1到3份酒類飲料
☐ 每週喝不到1份酒類飲料
☐ 我那時候不喝酒

懷孕可能是困難的時候。以下問題是關於您最近的懷孕之前和懷孕期間可能發生過的事情。

41. 這個問題是關於您的新寶寶出生前12個月內可能發生過的事情。對每一個選項，若沒有請勾選「沒有」，若有請勾選「有」。(回答這些問題的時候，查看月曆或許會有幫助。)

- | | 沒有 | 有 |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 一位近親病重而必須去醫院…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 我和我的丈夫或伴侶分居或離婚 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 我搬家到新住址…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 我無家可歸，必須露宿街頭或睡在車或庇護所…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 我的丈夫或伴侶失業…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 我失業但我想繼續工作…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 我的丈夫、伴侶或我自己的工時或工資被削減…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 我和我的丈夫或伴侶因為軍隊調度或長期出差而分開…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. 我和丈夫或伴侶爭吵比平時要多 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. 我的丈夫或伴侶說他不想我懷孕 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. 我有困難支付租金、房貸或其他帳單…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. 我的丈夫、伴侶或我自己坐牢…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. 一位非常親近的人有酗酒或吸毒問題…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. 一位非常親近的人去世了…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

42. 在您新寶寶出生之前12個月內，您有沒有因為您的種族被歧視，導致您心情很壞（例如憤怒、悲傷或挫折）？

- ☐ 沒有
☐ 有

43. 在您懷新寶寶之前的12個月內，以下這些人有沒有推您、打您、搥您耳光、踢您、勒住您的脖子，或者用其他任何方式傷害過您的身體？對每一個人，若這段期間沒有傷害您請勾選「沒有」，若有請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 我的丈夫或伴侶…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 我的前丈夫或前伴侶…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

44. 在您最近懷孕期間，以下這些人有沒有推您、打您、搥您耳光、踢您、勒住您的脖子，或者用其他任何方式傷害過您的身體？對每一個人，若這段期間沒有傷害您請勾選「沒有」，若有請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 我的丈夫或伴侶…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 我的前丈夫或前伴侶…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

生產後

以下問題是有關寶寶出生後的情況。

45. 您的寶寶是哪一天出生的？

____ / ____ / 20____
月 日 年

46. 您的寶寶出生之後，他/她在醫院裏待了多久？

- ☐ 少於24小時（少於1天）
☐ 24到48小時（1到2天）
☐ 3到5天
☐ 6到14天
☐ 多過14天
☐ 我的寶寶不是在醫院出生
☐ 我的寶寶仍在醫院->**前往問題49**

47. 您的寶寶現在還活著嗎？

- ☐ 不是->**我們深感遺憾，請前往問題64**
☐ 是

48. 您的寶寶現在和您住在一起嗎？

- ☐ 不是->**前往問題62**
☐ 是

49. 在新寶寶出生之前或之後，您有沒有從以下來源收到關於餵母乳的資料？對每一個選項，若沒有從個來源收到資料請勾選「沒有」，若有請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 我的醫生..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 護士、助產士或陪產士..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 授乳專家..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 寶寶的醫生或保健服務提供者 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 母乳餵哺互助小組..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 母乳餵哺熱線或免費電話..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 親人或朋友..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 其他..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 請告訴我們：_____

50. 您有沒有餵母乳，或者用吸奶器吸出母乳來餵您的新寶寶，即使是一段短時期？

- ☐ 沒有->**前往問題56**
- ☐ 有 ->**前往問題51**

51. 您現在有沒有餵母乳，或者用吸奶器吸出母乳來餵您的新寶寶？

- ☐ 沒有->**前往問題52**
- ☐ 有 ->**前往問題54**

52. 您用餵母乳或者用吸奶器把母乳吸出來餵給您的嬰兒有多少週或月？

- ☐ 少於一週
- _____ 週或 _____ 個月

53. 您停止餵母乳的原因？

請選擇所有適用答案

- ☐ 我的寶寶在含乳頭或餵奶方面有困難
- ☐ 只靠母乳不能滿足我的寶寶
- ☐ 我認為我的寶寶增磅不足
- ☐ 我的乳頭發炎、裂開或流血或太痛
- ☐ 我認為我的奶水不夠或已經沒有奶水了
- ☐ 我有太多其它家務要做
- ☐ 我認為是時候停止餵母乳了
- ☐ 我生病了或因醫療緣故必須停止
- ☐ 我回去上班
- ☐ 我回去上學
- ☐ 我的伴侶不支持餵母乳
- ☐ 我的寶寶患了黃疸（皮膚或眼白發黃）
- ☐ 其他----->請告訴我們：_____

如果您的寶寶不在醫院出生，請跳到問題55

54. 這個問題是關於您新寶寶出生的醫院裏可能發生過的事情。對每一個選項，若沒有發生請勾選「沒有」，若有請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 醫務人員給我有關餵母乳的資料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 在醫院裏我的寶寶和我待在同一個房間裏..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 我在醫院裏餵寶寶母乳..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 醫務人員幫助我學習怎樣餵母乳 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 我的寶寶出生一小時內我就開始餵母乳..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 我在寶寶出生後一小時內和寶寶有肌膚接觸..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 在醫院裏，我的寶寶只餵母乳... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 醫務人員告訴我，無論何時，當寶寶想喝母乳時我都要餵..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. 醫院給了我吸奶器讓我使用..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. 醫院送我配方奶粉的禮品包..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. 醫院給了我一個提供餵母乳協助的電話號碼..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. 醫務人員給我的寶寶吸安撫奶嘴 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

55. 您的新寶寶多大的時候第一次喝母乳以外的任何飲料（例如配方奶、水、果汁或牛奶）？

_____ 週或 _____ 個月

- ☐ 我的寶寶當時不到1週大
☐ 我的寶寶還沒有餵過母乳之外的任何飲料

56. 您的新寶寶多大的時候第一次吃固體食物（例如嬰兒麥片粥、嬰兒食品或者任何其他食物）？

_____ 週或 _____ 個月

- ☐ 我的寶寶當時不到1週大
☐ 我的寶寶沒有吃任何固體食物

若您的寶寶目前仍然在醫院，請跳到問題62。

57. 您現在最常讓您的寶寶用什麼姿勢睡覺？
 請選一個答案

- ☐ 側睡
☐ 仰睡
☐ 俯睡

58. 在過去2週內，您的新寶寶多常獨自一人睡在自己的嬰兒床或床上？

- ☐ 一直如此
☐ 經常
☐ 有時
☐ 很少
☐ 從來沒有過->前往問題60

59. 當您的新寶寶獨自睡時，嬰兒床是放在您睡覺的同一個房間嗎？

- ☐ 不是
☐ 是

60. 下面列出更多關於嬰兒睡眠的方式。在過去2週內，您的寶寶通常如何睡覺？對每一個選項，若您的寶寶通常不是用這種方式睡覺請勾選「不是」，若是請勾選「是」。

- | | 不是 | 是 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 睡在嬰兒床、睡籃或遊戲床…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 睡在單人或加大床墊或床上…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 睡在沙發或扶手椅上…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 睡在嬰兒汽車座椅或搖椅上…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 睡在嬰兒睡袋或可穿式毛毯中…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 旁邊有條毯子…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 旁邊有玩具、靠墊或枕頭，包括授乳枕…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 嬰兒床裝有防撞軟墊（有網孔或沒有網孔）…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

61. 有沒有醫生、護士或者其他醫務人員告訴過您下列任何事情？對每一個選項，若他們不曾告訴您請勾選「沒有」，若曾告訴您請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 讓寶寶仰睡…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 讓寶寶睡嬰兒床、睡籃或遊戲床…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 把嬰兒床放在我的房間內…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 什麼東西可以或不可以和寶寶一起放在床上…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

62. 自從您的新寶寶出生後，有沒有家訪員到您家幫助您學習怎樣照顧您自己或您的新寶寶？家訪是護士，醫務人員，社工或幫助新生兒的母親計畫的工作人員。

- ☐ 沒有->前往問題64
☐ 有 ->前往問題63

63. 自從您的新寶寶出生後，有哪些家訪員到您家拜訪？

- ☐ 護士或護士助理
- ☐ 教師或健康教員
- ☐ 陪產士或助產士
- ☐ 來自「護士家庭合作計劃」(Nurse-Family Partnership - NFP) 的人員
- ☐ 來自紐約市衛生局「新生兒家訪計劃」(Newborn Home Visiting Program) 的人員
- ☐ 其他----->請告訴我們：

☐ 我不知道

64. 您與您的丈夫或伴侶現在有沒有採取任何避孕措施？常見的避孕措施包括結紮、服用避孕藥、使用避孕套、體外射精或在月經週期中容易懷孕的時候避免房事。

- ☐ 沒有->[前往問題65](#)
- ☐ 有 ->[前往問題66](#)

65. 您或您的丈夫或伴侶現在為什麼沒有採取任何避孕措施？ 請選擇所有適用答案

- ☐ 我想懷孕
- ☐ 我正在懷孕
- ☐ 我做了輸卵管結紮或閉合
- ☐ 我不想採取避孕措施
- ☐ 我擔心避孕措施的副作用
- ☐ 我沒有性生活
- ☐ 我的丈夫或伴侶不想採取任何避孕措施
- ☐ 我付不起避孕費用
- ☐ 其他----->請告訴我們：

如果您和您的丈夫或伴侶目前沒有採取任何避孕措施，請跳到問題67。

66. 您與您的丈夫或伴侶現在採取什麼避孕措施？ 請選擇所有適用答案

- ☐ 輸卵管結紮或閉合（女性絕育或Essure）
- ☐ 輸精管結紮（男性絕育）
- ☐ 避孕藥
- ☐ 避孕套
- ☐ 避孕針 (Depo-Provera®)
- ☐ 避孕貼 (OrthoEvra®) 或陰道環 (NuvaRing®)
- ☐ 子宮環 (包括Mirena®、ParaGard®、Liletta或Skyla®)
- ☐ 避孕器植入手臂 (Nexplanon®或Implanon®)
- ☐ 自然生育計劃（週期避孕法）
- ☐ 體外射精
- ☐ 沒有性生活（禁慾）
- ☐ 其他----->請告訴我們：_____

67. 自從您的新寶寶出生之後，您有沒有做產後檢查？產後檢查是女性在生產完大約4-6週之後接受的一種常規檢查。

- ☐ 沒有->[前往問題69](#)
- ☐ 有 ->[前往問題68](#)

68. 在您做產後檢查時，有沒有醫生，護士或者其他醫務人員做下列任何事情？對每一個選項，若沒有做請勾選「沒有」，若有做請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. 要我服用一種含葉酸的維他命…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 跟我說關於健康飲食、運動和減去懷孕時增加體重的事情…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 跟我說要等多久才應再次懷孕…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 跟我說產後的避孕方法…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 為我提供避孕用品或開避孕處方，如避孕藥、避孕貼、避孕針 (Depo-Provera®)、陰道環 (NuvaRing®) 或避孕套…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 植入子宮環 (包括Mirena®、ParaGard®、Liletta® 或Skyla®) 或避孕器 (Nexplanon®或 Implanon®)…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 問我如曾有吸煙…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 問我如曾有人傷害我的感情或身體 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. 問我如曾有感到情緒低落或沮喪…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. 為我檢查糖尿病…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. 問我餵母乳的進展…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

69. 自從您的新寶寶出生之後，您多常感覺情緒低落、抑鬱或絕望？

- ☐ 一直如此
- ☐ 經常
- ☐ 有時
- ☐ 很少
- ☐ 從來沒有過

70. 自從您的新寶寶出生之後，您多常對於平時喜歡做的事感覺缺乏興趣或樂趣？

- ☐ 一直如此
- ☐ 經常
- ☐ 有時
- ☐ 很少
- ☐ 從來沒有過

71. 自從您的新寶寶出生之後，您有沒有因抑鬱症向醫生，護士或者其他醫務人員求助？

- ☐ 沒有
- ☐ 有

72. 自從您的新寶寶出生之後，有沒有醫生，護士或者其他醫務人員告訴您說您有抑鬱症？

- ☐ 沒有->[前往問題75](#)
- ☐ 有->[前往問題73](#)

73. 自從您的新寶寶出生之後，您有沒有因抑鬱症而獲得諮商？

- ☐ 沒有
- ☐ 有

74. 自從您的新寶寶出生之後，您有沒有因抑鬱症而服用處方藥？

- ☐ 沒有
- ☐ 有

75. 自從您的新寶寶出生之後，您有沒有任何時候感覺需要為您的抑鬱症尋求治療或諮商，但卻得不到？

- ☐ 沒有->[前往問題77](#)
- ☐ 有->[前往問題76](#)

76. 您為什麼得不到抑鬱症的治療或諮商？對每一個選項，若不是您的原因請勾選「不是」，若是您的原因請勾選「是」。

- | | 不是 | 是 |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 我找不到喜歡的醫生…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 看起來太困難或太嚇人…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 我擔心費用太貴或無力支付…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 我因為工作、照顧小孩或投入其他項目而沒有時間…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 我找不到會講我語言的醫生…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

其他經驗

以下是幾個不同類型的問題。

如果在您最近的懷孕期間沒有做產前護理，請跳到問題78。

77. 在您做任何一次產前護理時，有沒有醫生、護士或其他醫務人員建議您打Tdap疫苗？Tdap疫苗是破傷風補強疫苗，也可預防百日咳。

- ☐ 沒有
- ☐ 有

78. 在您最近的懷孕期間，有沒有打Tdap疫苗？Tdap疫苗是破傷風補強疫苗，也可預防百日咳。

- ☐ 沒有->[前往問題80](#)
- ☐ 有->[前往問題79](#)
- ☐ 我不知道->[前往問題81](#)

79. 您是在哪一個妊娠期打Tdap疫苗？**請選一個答案**

- ☐ 第一個（懷孕初期3個月）
☐ 第二個（懷孕中間3個月）
☐ 第三個（懷孕最後3個月）
☐ 不記得

如您有打Tdap疫苗，請跳到問題81。**80. 在您最近懷孕期間，您為什麼沒打Tdap疫苗？對每一個選項，若不是您的原因請勾選「不是」，若是您的原因請勾選「是」。**

- | | 不是 | 是 |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 我的醫生沒提到打Tdap疫苗的事情 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 我擔心Tdap疫苗對我有副作用…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 我擔心Tdap疫苗可能傷害胎兒…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 我不擔心得到百日咳…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 我不認為Tdap疫苗有用…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 我通常都不打Tdap疫苗…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 我的保險不承保Tdap疫苗…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 我沒有保險，負擔不起Tdap疫苗…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. 我因醫療原因而不打Tdap疫苗…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. 我因宗教原因而不打Tdap疫苗…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. 其他…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 請告訴我們：

81. 在您最近懷孕中的任何時候，您有沒有從事受薪工作？

- ☐ 沒有->**前往問題86**
☐ 有->**前往問題82**

82. 您已經回到您懷孕期間的工作單位嗎？**請選一個答案**

- ☐ 沒有，我不準備回去->**前往問題86**
☐ 沒有，但我會回去->**前往問題83**
☐ 有->**前往問題83**

83. 自您的新寶寶出生之後，您有沒有從工作中休假？**請選擇所有適用答案**

- ☐ 我休了帶薪假->**前往問題84**
☐ 我休了無薪假->**前往問題84**
☐ 我休假並使用臨時傷殘保險->**前往問題84**
☐ 我沒有休假->**前往問題85**

84. 您已經或準備休假的時間總共幾週或幾個月？

_____ 週或 _____ 個月

- ☐ 不到1週

85. 自您的新寶寶出生之後，下列任何事情有沒有影響您從工作中休假的決定？對每一個選項，若不適用請勾選「沒有」，若適用請勾選「有」。

- | | 沒有 | 有 |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 我財務上無法負擔休假…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 我怕如果請假或繼續休假會丟掉工作…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 我有太多工作要做，不能請假或繼續休假…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 我的工作不提供帶薪假…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 我的工作不提供彈性工時制…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 我還沒有累積足夠年資，無法請假或休更長的假…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

如果您的寶寶沒活下來，不和您共同生活，或仍在醫院裏，請跳到問題87。

86. 在過去一週內，您或其他家人有多少天讀、唱或講故事給您的新寶寶聽？

- ☐ 沒有
☐ 1或2天
☐ 3或4天
☐ 5或6天
☐ 每天

87. 在過去30天內，您是否曾擔心您或您的家人沒有足夠的食物？

- ☐ 沒有
☐ 有

最後的問題是關於您的新寶寶出生之前12個月內的情況。

88. 在您的新寶寶出生之前的12個月內，您的稅前家庭總年收入是多少？包括您的收入、您丈夫或伴侶的收入，以及其它任何收入。所有資料都會被保密，不會影響到您目前正在接受的任何服務。

- ☐ \$0 到\$16,000
- ☐ \$16,001到\$20,000
- ☐ \$20,001到\$24,000
- ☐ \$24,001到\$28,000
- ☐ \$28,001到\$32,000
- ☐ \$32,001到\$40,000
- ☐ \$40,001到\$48,000
- ☐ \$48,001到\$57,000
- ☐ \$57,001到\$60,000
- ☐ \$60,001到\$73,000
- ☐ \$73,001到\$85,000
- ☐ 多於\$85,001

89. 在您的新寶寶出生之前的12個月內，有多少人靠這些收入生活，包括您自己在內？

_____人

90. 今天日期：

_____/_____/20_____
月 日 年

請用以下空白處寫下您在懷孕期間的任何經驗，或您對紐約市母親和嬰兒健康的任何看法。
謝謝回答我們的問題！

您的答案會幫助我們讓紐約市的母親和嬰兒更健康。