
ICS 点击此处添加 ICS 号

CCS 点击此处添加 CCS 号

T/GDNAS

广东省护理学会团体标准

T/GDNAS 001—2021

老年人居家护理技术规范

Technical specification of home care for the elderly

2021 - 08 - 12 发布

2021 - 10 - 01 实施

广东省护理学会 发布

全国医药行业管理学会

目 录

前 言.....	1
老年人居家护理技术规范.....	2
1 范围.....	2
2 规范性引用文件.....	2
3 术语和定义.....	2
4 基本要求.....	3
5 老年综合征筛查流程.....	3
6 老年人居家护理适宜技术.....	4
附录 A 老年综合征简易筛查表.....	9
附录 B 老年人日常生活活动能力评分表.....	11
附录 C 居家危险因素评估工具 (HOMEFAST)	14
附录 D 进食评估问卷调查工具-10 (EAT-10)	16
附录 E 匹茨堡睡眠质量指数量表 (PSQI)	16
附录 F 微营养评估表 (MNA-SF).....	19
附录 G 简易认知评估工具 (Mini-Cog)	20
附录 H 便秘症状自评问卷 (PAC-SYM)	21
附录 I 国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷表简表 (ICI-Q-SF)	21
附表 J 简明疼痛评估量表 (BPI)	23

前言

本文件按照 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由广东省护理学会提出并归口。

本规范主要起草单位：广东省护理学会老年护理专业委员会、中山大学附属第一医院、中山大学护理学院、广州市第一人民医院、中山大学孙逸仙纪念医院、广东省人民医院、南部战区总医院、中山大学附属第三医院、深圳市人民医院、深圳市护士协会。

本规范主要起草人：方海云、陈妙虹、沈曼璇、林哲欣、李琴、颜君、张利峰、饶红英、周瑾、王颖敏、卢少萍、黄巧、何燕娴、李慧娟、胡红英、贾秀萍。

老年人居家护理技术规范

1 范围

本文件规定了居家老年人综合征筛查、评估及居家护理的基本要求。

本文件适用于各级各类医疗机构具备开展老年人居家健康照护服务资质的护理人员。

2 规范性引用文件

下列文件对于本规范的应用具有一定的参考价值，凡是注明日期的引用文件，仅注明日期的版本适用于本规范。凡是未注明日期的引用文件，其最新版本适用于本规范。

WS/T484-2015 老年人健康管理技术规范

T/CGSS 001-2018 老年照护师规范

T/CNAS 17—2020 成年女性压力性尿失禁护理干预

T/CNAS 18—2020 成人住院患者跌倒风险评估及预防

T/CNAS 16—2020 认知障碍患者进食问题评估与处理

国卫医发[2019]48号 关于开展老年护理需求评估和规范服务工作的通知

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

老年人 the elderly

指 60 周岁及以上者。

3.2

老年综合评估 comprehensive geriatric assessment, CGA

由多学科专业人员为功能下降、衰弱的老年人从体能、认知、心理、社会、环境和疾病等多方面进行全面评估的健康测量方法。

3.3

老年综合征 geriatric syndrome, GS

由多种慢病的病理过程或多种诱发因素导致的具有同一临床表现的老年症候群。

3.4

日常生活活动能力 ability of daily living activity, ADL

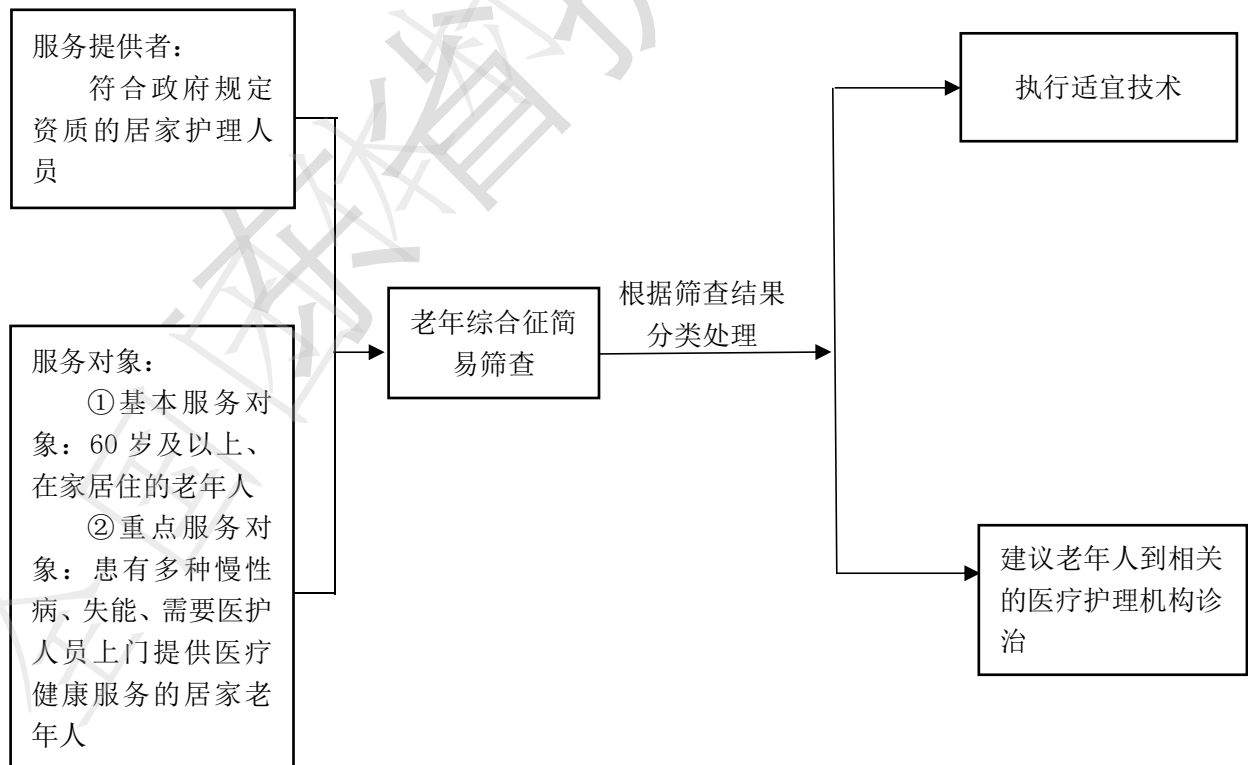
个体为独立生活而必须掌握的、最基本的、共同的、每天反复进行的一系列动作群，包括衣食住行、个人卫生等。

4 基本要求

- 4.1 在老年综合征筛查的基础上，根据老年综合征罹患情况，执行相应适宜技术。
- 4.2 老年居家护理适宜技术项目包括：日常生活活动能力评估及居家护理、跌倒风险评估及居家护理、误吸风险评估及居家护理、睡眠障碍评估及居家护理、营养不良评估及居家护理、认知障碍评估及居家护理、便秘评估及居家护理、尿失禁评估及居家护理、疼痛评估及居家护理。
- 4.3 开展居家护理服务前，由本人和/或监护人签署知情同意书。
- 4.4 服务场所安全，具备基本家居生活设施。
- 4.5 上门提供服务人员携带必要的用物，如体温计、血压计、听诊器、已知服务项目所需的专业用品等。

5 老年综合征筛查流程

5.1 流程图



5.2 说明

首次为 60 岁及以上的老年人进行居家护理时，用老年综合征简明筛查表（见附录 A）对居家老年

人的护理需求和老年综合征进行筛查。

6 老年人居家护理适宜技术

6.1 日常生活活动能力评估及居家护理

6.1.1 评估

6.1.1.1 使用 ADL 日常生活活动能力评分表（见附录 B）对老年人活动能力进行评估分级。

6.1.2 居家护理

6.1.2.1 对轻度日常生活活动能力下降老年人，应鼓励和指导其完成力所能及的自我生活照顾。

6.1.2.2 对轻、中度日常生活活动能力下降老年人，应指导照顾者给与补偿性的生活照顾及日常生活辅助用具的选择。可提供适宜的日常生活活动能力训练指导。

6.1.2.3 对重度日常生活活动能力下降老年人，应为照顾者提供个体化的居家照护指导，可根据需求转介给社区/养老/护理或医疗机构。

6.2 跌倒风险的评估及居家护理

6.2.1 评估

6.2.1.1 了解老年人日常生活能力、视觉、认知功能、跌倒史及药物使用情况。

6.2.1.2 观察老年人的步态、平衡能力和下肢肌肉力量。

6.2.1.3 判断是否存在直立性低血压。

6.2.1.4 使用 HOMEFAST 居家危险因素评估工具（见附录 C）进行居家环境危险因素评估。

6.2.2 居家护理

6.2.2.1 应帮助老年人熟悉社区及居家生活环境。对居家环境存在风险者，可建议其进行居家环境改造。

6.2.2.2 对存在视力、听力及步行障碍的老年人，应指导其选择合适的眼镜、助听器及助行器等日常生活辅助工具。

6.2.2.3 对跌倒低风险老年人，应指导其加强膳食营养，适当补充维生素 D 及钙剂，并进行适宜的平衡、步态及肌力训练。

6.2.2.4 对跌倒中高风险老年人，应告知老年人/照顾者及监护人，在执行跌倒低风险预防措施的基础上，指导老年人日常生活活动中防跌倒的技巧。

6.2.2.5 对 6 个月内跌倒 ≥ 2 次，存在步态不稳、下肢关节和/或肌肉疼痛、视力障碍等情况者可建议转诊至相关的医疗护理机构诊治。

6.3 误吸风险评估及居家护理

6.3.1 评估

6.3.1.1 询问老年人进食安全的相关问题，包括进食习惯、进食体位、进食环境等。

6.3.1.2 使用 EAT-10 进食评估问卷调查工具-10（见附录 D）进行吞咽功能筛查。

6.3.2 居家护理

6.3.2.1 对于经口进食老年人，应为老年人及其照顾者提供安全进食指导，如进食环境、进食体位、餐具选择、食物性状、一口量、口腔清洁等。

6.3.2.2 对于长期管饲老年人，应为照顾者提供管饲的居家照护指导。

6.3.2.3 应告知照顾者及老年人误吸/窒息的症状及紧急处置方法。

6.3.2.4 对于吞咽功能筛查异常老年人，应告知老年人/照顾者及监护人并建议老年人到相关的医疗护理机构诊治。

6.4 睡眠障碍评估及居家护理

6.4.1 评估

6.4.1.1 询问老年人是否存在入睡困难、维持睡眠困难及早醒等问题。

6.4.1.2 了解影响老年人睡眠的生理、心理、环境和药物因素。

6.4.1.3 使用 PSQI 匹兹堡睡眠指数量表（见附录 E）对老年人睡眠质量进行评估。

6.4.2 居家护理

6.4.2.1 对轻度睡眠障碍老年人，应进行睡眠卫生健康教育，预防和纠正不良睡眠行为和观念。

6.4.2.2 识别诱发睡眠障碍的各种因素，可为老年人/照顾者及监护人提供改善睡眠指导，如营造良好的睡眠环境，保持良好的生活习惯，进行有规律的锻炼等。

6.4.2.3 上述干预效果不明显或严重睡眠障碍者，可建议转诊至相关的医疗护理机构诊治。

6.5 营养不良评估及居家护理

6.5.1 评估

6.5.1.1 了解老年人近期饮食状况及体重变化情况。

6.5.1.2 使用 MNA-SF 微营养评估表（见附录 F）对老年人进行营养不良风险评估。

6.5.2 居家护理

6.5.2.1 对存在营养不良风险的老年人，应先了解导致老年人营养不良的原因，并提供针对性的饮食指导，如改善用餐环境，增加营养丰富且易消化吸收食物的摄入，少量多餐，鼓励共餐等。

6.5.2.2 应指导老年人在摄入充足能量及蛋白质的基础上适当运动。

6.5.2.3 对存在吞咽、咀嚼困难的老年人，应指导食物的相应改良，方便其进食。

6.5.2.4 对存在营养不良的老年人，在执行上述干预措施的基础上，宜建议老年人口服营养补充剂，可建议转诊至相关的医疗护理机构诊治。

6.6 认知障碍评估及居家护理

6.6.1 评估

6.6.1.1 询问老年人是否有记忆力减退等问题。

6.6.1.2 使用 Mini-Cog 简易认知评估工具（见附录 G）判断老年人是否有认知功能障碍的风险。

6.6.2 居家护理

6.6.2.1 对于认知功能异常老年人，应告知老年人/照顾者及监护人并建议定期到相关专科的医疗护理机构诊治。

6.6.2.2 对于主观记忆障碍和轻度认知障碍老年人，应提供预防老年痴呆指导，如避免过度紧张、多从事刺激性脑力活动（阅读、下棋）等。

6.6.2.3 对于轻、中度痴呆老年人，应提供自理能力训练，鼓励尽其所能自我照顾。应提供认知及运动康复指导、社交及活动安全指导等，必要时可为照顾者提供沟通技巧、激越行为处理等指导。

6.6.2.4 对于重度痴呆老年人，应为照顾者提供生活及安全照护指导。

6.6.2.5 对居家照护困难的认知功能异常老年人，可建议根据需求转介给社区/养老/护理或医疗机构。

6.7 便秘评估及居家护理

6.7.1 评估

6.7.1.1 询问老年人是否存在排便次数减少（<3次/周），排便费力等问题。

6.7.1.2 使用 PAC-SYM 便秘症状自评问卷（见附录 H）对老年人进行评估。

6.7.2 居家护理

6.7.2.1 对轻中度便秘老年人，应指导老年人建立良好的排便习惯，增加膳食纤维和水的摄入，鼓励老年人在能力范围内增加日常活动量。

6.7.2.2 对合并精神心理症状的便秘老年人，可先进行相应心理社会评估，再提供相应的护理指导。

6.7.2.3 对难治性便秘及器质性疾病所致便秘的老年人，可建议转诊至相关的医疗护理机构诊治。

6.8 尿失禁评估及居家护理

6.8.1 评估

6.8.1.1 了解老年人尿失禁相关问题，如排尿排便规律、与漏尿有关的活动、液体摄入习惯、卫生习惯、体重等。

6.8.1.2 使用尿失禁咨询委员会 ICI-Q-SF 尿失禁问卷表简表（见附录 I）评估老年人尿失禁严重程度及类型。

6.8.2 居家护理

6.8.2.1 可根据老年人尿失禁相关原因提供针对性的健康指导。

6.8.2.2 对于轻度失禁老年人，应指导使用尿垫、改变不良生活习惯及盆底肌训练等。

6.8.2.3 对于中重度失禁老年人，在轻度失禁老年人干预的基础上，应指导间断排尿、延长排尿间隔等方法，可与其共同制订饮水及排尿计划。

6.8.2.4 对于失禁老年人，应告知照顾者及监护人，并建议到相关的医疗护理机构诊治。

6.9 疼痛评估及居家护理

6.9.1 评估

6.9.1.1 请老年人描述疼痛的感受及规律。

6.9.1.2 评估疼痛的一般情况和疼痛对老年人功能活动及心理情绪的影响。

6.9.1.3 采用 BPI 简明疼痛评估量表（见附录 J）对老年人进行疼痛评估。

6.9.2 居家护理

6.9.2.1 对慢性疼痛老年人，推荐使用综合干预方案，包括认知行为疗法、心理干预治疗、康复锻炼、辅助疗法以及疼痛自我管理。指导其使用药物和非药物的方法减轻疼痛，优先选择非药物干预方法。

6.9.2.2 对无明确病变和组织损害而导致的心理性疼痛老年人，可提供心理干预和认知行为疗法等方法减轻疼痛。

6.9.2.3 对非药物治疗无法控制的疼痛老年人，可建议转诊相关专科医生门诊。

6.9.2.4 对正在使用止痛药物的老年人，应指导其规范用药并记录用药效果，预防药物不良反应导致的

跌倒等意外伤害。

全国农业管理学会

附录 A 老年综合征简易筛查表

问题	评估方式	异常	是否需要进一步评估
视力	1. 您从事日常活动（看电视、看书、开车）时，会因为视力不佳而受影响吗？ 2. 可选视力量表检查	回答：是 >20/40	
听力	1. 在病人侧方距耳朵 15-30 公分处轻声说话 2. 听力测量仪设定在 40 分贝，测定 1000 及 2000HZ 时的听力	听不到 任一耳听不到其中的频率	
上肢功能	1. 双手举起放在头部后方 2. 拿起笔	无法完成	
下肢功能	要求病人执行下述动作并计时：从椅子起身，尽快往前走三公尺，再转身走回椅子，然后坐下	动作过程出现问题，无法 15 秒内完成，跌倒	
尿失禁	1. 在过去一年中，您是否有不自主渗尿而弄湿裤子的情形？ 2. 不自主漏尿的总天数是否超过六天以上？	回答：是	
营养	1. 过去半年间，您的体重是否有减轻 > 5%？ 2. 测量体重、身高、计算体重指数（BMI）	回答：是 BMI < 18.5	
记忆	请病人记住三个名词，一分钟后询问	无法说出三个名词	
抑郁	您是否常常觉得难过或忧郁	回答：是	
活动功能	你执行下述活动是否有困难：费力活动（快走、骑脚踏车）粗重的家务（如擦窗户或地板）、购物、洗澡或穿衣	回答：是	
吞咽障碍	您进食是否有呛咳？	回答：是	
失眠	您近一个月是否有失眠	回答：是	
便秘	您多少天解一次大便？大便的性状及量、排便是否费力？	排便次数减少（每周排便次数 < 3 次）、排便量减少（每天 < 35g）、硬粪、排便费力、排便不尽感，肛门阻塞感等，上述症状同时存在 ≥ 2 种	
压力性损伤及皮肤状况	检查皮肤表面	皮肤瘙痒、表面发红、存在水疱、破溃或溃疡	

谵妄	观察言语和行为是否存在异常	定向力或言语障碍	
慢性疼痛	近 3 个月来，您是否会出现持续性的疼痛不适？	疼痛持续≥3 个月	
多重用药	用药是否超过 5 种？	回答：是 (用药记录单上显示)	

注：如评估结果显示异常，则需要参照本规范“6 老年人居家护理适宜技术”相应内容进行进一步评估及居家护理。

附录 B 老年人日常生活活动能力评分表

评估项目	具体评价指标及分值	分值
1.卧位状态 左右翻身	0分 不需要帮助	
	1分 在他人的语言指导下或照看下能够完成	
	2分 需要他人动手帮助,但以自身完成为主	
	3分 主要靠帮助,自身只是配合	
	4分 完全需要帮助,或更严重的情况	
2.床椅转移	0分 个体可以独立地完成床椅转移	
	1分 个体在床椅转移时需要他人监控或指导	
	2分 个体在床椅转移时需要他人小量接触式帮助	
	3分 个体在床椅转移时需要他人大量接触式帮助	
	4分 个体在床椅转移时完全依赖他人	
3.平地步行	0分 个体能独立平地步行50m左右,且无摔倒风险	
	1分 个体能独立平地步行50m左右,但存在摔倒风险,需要他人监控,或使用拐杖、助行器等辅助工具	
	2分 个体在步行时需要他人小量扶持帮助	
	3分 个体在步行时需要他人大量扶持帮助	
	4分 无法步行,完全依赖他人	
4.非步行移动	0分 个体能够独立地使用轮椅(或电动车)从A地移动到B地	
	1分 个体使用轮椅(或电动车)从A地移动到B地时需要监护或指导	
	2分 个体使用轮椅(或电动车)从A地移动到B地时需要小量接触式帮助	
	3分 个体使用轮椅(或电动车)从A地移动到B地时需要大量接触式帮助	
	4分 个体使用轮椅(或电动车)时完全依赖他人	
5.活动耐力	0分 正常完成日常活动,无疲劳	
	1分 正常完成日常活动轻度费力,有疲劳感	
	2分 完成日常活动比较费力,经常疲劳	
	3分 完成日常活动十分费力,绝大多数时候都很疲劳	
	4分 不能完成日常活动,极易疲劳	
6.上下楼梯	0分 不需要帮助	
	1分 在他人的语言指导下或照看下能够完成	

评估项目	具体评价指标及分值	分值
	2分 需要他人动手帮助,但以自身完成为主	
	3分 主要靠帮助,自身只是配合	
	4分 完全需要帮助,或更严重的情况	
7.食物摄取	0分 不需要帮助	
	1分 在他人的语言指导下或照看下能够完成	
	2分 使用餐具有些困难,但以自身完成为主	
	3分 需要喂食,喂食量超过一半	
	4分 完全需要帮助,或更严重的情况	
8.修饰:包括刷牙、漱口、洗脸、洗手、梳头	0分 不需要帮助	
	1分 在他人的语言指导下或照看下能够完成	
	2分 需要他人动手帮助,但以自身完成为主	
	3分 主要靠帮助,自身只是配合	
	4分 完全需要帮助,或更严重的情况	
9.穿/脱上衣	0分 不需要帮助	
	1分 在他人的语言指导下或照看下能够完成	
	2分 需要他人动手帮助,但以自身完成为主	
	3分 主要靠帮助,自身只是配合	
	4分 完全需要帮助,或更严重的情况	
10.穿/脱裤子	0分 不需要帮助	
	1分 在他人的语言指导下或照看下能够完成	
	2分 需要他人动手帮助,但以自身完成为主	
	3分 主要靠帮助,自身只是配合	
	4分 完全需要帮助,或更严重的情况	
11.身体清洁	0分 不需要帮助	
	1分 在他人的语言指导下或照看下能够完成	
	2分 需要他人动手帮助,但以自身完成为主	
	3分 主要靠帮助,自身只是配合	
	4分 完全需要帮助,或更严重的情况	
12.使用厕所	0分 不需要帮助	
	1分 在他人的语言指导下或照看下能够完成	
	2分 需要他人动手帮助,但以自身完成为主	
	3分 主要靠帮助,自身只是配合	
	4分 完全需要帮助,或更严重的情况	

评估项目	具体评价指标及分值	分值
13.小便控制	0分 每次都能不失控	
	1分 每月失控1-3次左右	
	2分 每周失控1次左右	
	3分 每天失控1次左右	
	4分 每次都失控	
14.大便控制	0分 每次都能不失控	
	1分 每月失控1-3次左右	
	2分 每周失控1次左右	
	3分 每天失控1次左右	
	4分 每次都失控	
15.服用药物	0分 能自己负责在正确的时间服用正确的药物	
	1分 在他人的语言指导下或照看下能够完成	
	2分 如果事先准备好服用的药物份量，可自行服药	
	3分 主要依靠帮助服药	
	4分 完全不能自行服用药物	
上述评估项目总分为60分，本次评估得分为_____分 （说明：0分：完好；1~20：轻度受损；21~40：中度受损；41~60：重度受损）		

来源：国卫医发[2019]48号，《关于开展老年护理需求评估和规范服务工作的通知》附件1《老年人能力评估标准表》之附表1《老年人日常生活活动能力评分表》。

附录 C 居家危险因素评估工具 (HOMEFAST)

序号	评估内容	评估方法	选项	
			是	否
地面和通道				
1	地毯或地垫平整, 没有皱褶或边缘卷曲	观察		
2	过道上无杂物堆放	观察 (室内过道无物品摆放, 或摆放物品不影响通行)		
3	室内使用防滑地砖	观察		
4	未养猫或狗	询问 (家庭内未饲养猫、狗等动物)		
客厅				
1	室内照明充足	测试、询问 (以室内所有老年人根据能否看清物品的表述为主, 有眼疾者除外)		
2	取物不需要使用梯子或凳子	询问 (老年人近一年内未使用过梯子或凳子攀高取物)		
3	沙发高度和软硬度适合起身	测试、询问 (以室内所有老年人容易坐下和起身作为参考)		
4	常用椅子有扶手	观察 (观察老年人习惯用椅)		
卧室				
1	使用双控照明开关	观察		
2	躺在床上不用下床也能开关灯	观察		
3	床边没有杂物影响上下床	观察		
4	床头装有电话	观察 (老年人躺在床上也能接打电话)		
厨房				
1	排风扇和窗户通风良好	观察、测试		
2	不用攀高或不改变体位可取用常用厨房用具	观察		
3	厨房内有电话	观察		
卫生间				
1	地面平整, 排水通畅	观察、询问 (地面排水通畅, 不会存有积水)		
2	不设门槛, 内外地面在同一水平	观察		
3	马桶旁有扶手	观察		
4	浴缸/淋浴房使用防滑垫	观察		
5	浴缸/淋浴房旁有扶手	观察		

5	洗漱用品可轻易取用	观察（不改变体位，直接取用）		
---	-----------	----------------	--	--

来源：2011年卫生部发布的《老年人跌倒干预技术指南》，无需计分。

如果某项指标选择为“是”，则代表此项存在居家跌倒危险因素，应予以改善。

附录 D 进食评估问卷调查工具-10 (EAT-10)

将每一题的数字选项写在后面的方框，回答您下列问题处于什么程度？

内容	0	1	2	3	4
1.我的吞咽问题已经使我的体重减轻					
2.我的吞咽问题影响到我在外就餐					
3.吞咽液体费力					
4.吞咽固体食物费力					
5.吞咽药片（丸）费力					
6.吞咽时有疼痛					
7.我的吞咽问题影响我享用食物时的快感					
8.我吞咽时有食物卡在喉咙里的感觉					
9.我吃东西时会咳嗽					
10.我吞咽时感到紧张					

评分方法：EAT-10 有 10 项吞咽障碍相关问题。每项评分分为 4 个等级，0 分无障碍，4 分严重障碍，总分在 3 分及以上视为吞咽功能异常。

附录 E 匹茨堡睡眠质量指数量表 (PSQI)

指导语：下面一些问题是关于您最近 1 个月的睡眠情况，请选择回填写最符合您近 1 个月实际情况的答案。请回答下列问题：

1. 近1个月，晚上上床睡觉通常()点钟。
2. 近1个月，从上床到入睡通常需要()分钟。
3. 近1个月，通常早上()点起床
4. 近1个月，每夜通常实际睡眠()小时(不等于卧床时间)。

对下列问题请选择1个最适合您的答案。

5. 近1个月，因下列情况影响睡眠而烦恼：
 - a. 入睡困难(30分钟内不能入睡)(1)无 (2) <1次/周 (3)1-2次/周 (4)≥3次/周
 - b. 夜间易醒或早醒 (1)无 (2) <1次/周 (3)1-2次/周 (4)≥3次/周
 - c. 夜间去厕所 (1)无 (2) <1次/周 (3)1-2次/周 (4)≥3次/周
 - d. 呼吸不畅 (1)无 (2) <1次/周 (3)1-2次/周 (4)≥3次/周
 - e. 咳嗽或鼾声高 (1)无 (2) <1次/周 (3)1-2次/周 (4)≥3次/周
 - f. 感觉冷 (1)无 (2) <1次/周 (3)1-2次/周 (4)≥3次/周
 - g. 感觉热 (1)无 (2) <1次/周 (3)1-2次/周 (4)≥3次/周
 - h. 做恶梦 (1)无 (2) <1次/周 (3)1-2次/周 (4)≥3次/周
 - i. 疼痛不适 (1)无 (2) <1次/周 (3)1-2次/周 (4)≥3次/周
 - j. 其它影响睡眠的事情 (1)无 (2) <1次/周 (3)1-2次/周 (4)≥3次/周

如有，请说明：

6. 近1个月，总的来说，您认为己的睡眠质量(1)很好 (2)较好 (3)较差 (4)很差
7. 近1个月，您用药物催眠的情况(1)无 (2) <1次/周 (3)1-2次/周 (4)≥3次/周
8. 近1个月，您常感到困倦吗 (1)无 (2) <1次/周 (3)1-2次/周 (4)? 3次/周
9. 近1个月，您做事情的精力不足吗(1)没有 (2)偶尔有 (3)有时有 (4)经常有

睡眠质量得分(), 入睡时间得分(), 睡眠时间得分(), 睡眠效率得分(),

睡眠障碍得分(), 催眠药物得分(), 日间功能障碍得分()PSQI总分()

检查者:

匹兹堡睡眠质量指数使用和统计方法

PSQI用于评定被试最近1个月的睡眠质量(由19个评和5个他评条目构成,其中第19个评条目和5个他评条目不参与计分,在此仅介绍参与计分的18个评条目(详见附问卷)(18个条目组成7个成份,每个成份按0,3等级计分,累积各成份得分为PSQI总分,总分范围为0~21,得分越高,表示睡眠质量越差。被试者完成试问需要5,10分钟。

各成份含意及计分方法如下:

A 睡眠质量:根据条目6的应答计分较好计1分,较差计2分,很差计3分。

B 入睡时间

1. 条目2的计分为: 0~15分钟年计0分, 16~30分钟计1分, 31~60分钟计2分, >60分钟计3分。
2. 条目5a的计分为: 无计0分, <1周/次计1分, 1~2周/次计2分, 3周/次计3分。
3. 累加条目2和5a的计分,若累加分为0计0分, 1~2计1分, 3~4计2分, 5~6计3分

C 睡眠时间

根据条目4的应答计分，>7小时计0分，6~7计1分，5~6计2分，<5小时计3分。

D 睡眠效率

1. 床上时间 = 条目3(起床时间)- 条目1(上床时间)

2. 睡眠效率 = 条目4(睡眠时间)/ 床上时间 × 100%

3. 成分D计分位，睡眠效率 > 85%计0分，75~84% 计1分，65~74%计2分，< 65% 计3分。

E 睡眠障碍

根据条目5b至5j的计分为无计0分，<1周/次计1分，1~2周/次计2分，≥3周/次计3分。累加条目5b至5j的计分，若累加分为0则成分E计0分，1~9计1分，10~18计2分，19~27计3分。

F 催眠药物

根据条目7的应答计分，无计0分，<1周/次计1分，1~2周/次计2分，≥3周/次计3分。

G 日间功能障碍:

1. 根据条目7的应答计分，无计0分，<1周/次计1分，1~2周/次计2分，≥3周/次计3分。。

2. 根据条目7的应答计分，没有计0分，偶尔有计1分，有时有计2分，经常有计3分。

3. 累加条目8和9的得分，若累加分为0则成分G计0分，1~2计1分，3~4计2分，5~6计3分

PSQI 总分 = 成分A + 成分B + 成分C + 成分D + 成分E + 成分F + 成分G

评价等级:

0-5分 睡眠质量很好

6-10分 睡眠质量还行

11-15分 睡眠质量一般

16-21分 睡眠质量很差

附录 F 微营养评估表(MNA-SF)

内容 \ 分值	0分	1分	2分	3分	得分
A.过去三个月内有没有因为食欲不振、消化问题、咀嚼或吞咽困难而减少食量?	食量严重减少	食量中度减少	食量没有改变		
B.过去三个月内体重下降的情况	体重下降大于3公斤	不知道	体重下降1~3公斤	体重没有下降	
C.活动能力	需长期卧床或坐轮椅	可以下床或离开轮椅,但不能外出	可以外出		
D.过去三个月内有没有受到心创伤或患上急性疾病?	有		没有		
E.精神心理	严重痴呆或抑郁	轻度痴呆	没有精神心理问题		
F1.身体质量指数(BMI) (如无法获得BMI请跳过此题回答F2)	$<19 \text{ kg/m}^2$	$19\sim 21 \text{ kg/m}^2$	$21\sim 23 \text{ kg/m}^2$	$\geq 23 \text{ kg/m}^2$	
F2.小腿围(已回答F1请跳过此题)	$<31\text{cm}$			$\geq 31\text{cm}$	
合计					
结果: 12~14分正常营养状况, 8~11分有营养不良的风险, 0~7分营养不良。					

附录 G 简易认知评估工具 (Mini-Cog)

引导语	A. “我说三样东西：苹果/手表/国旗。请重复一遍并记住，一会儿会问您”。		
	B. 画钟测验：“请在这儿画一个圆形时钟，在时钟上标出 11 点 10 分”。		
	C. 回忆词语：“现在请您告诉我，刚才我要您记住的三样东西是什么？”		
回忆情况	答：、、（不必按顺序）		
结果判定	画钟正确（画出一个闭锁圆，指针位置准确），且能回忆出 3 个词	3分	
	画钟正确（画出一个闭锁圆，指针位置准确），且能回忆出 1-2 个词	2分	
	画钟错误（画的圆不闭锁，或指针位置不准确），或只回忆出 1-2 个词	1分	
	一个词也回忆不出，已确诊为认知障碍，如老年痴呆	0分	
结果： 2-3分：无认知障碍；1分：可疑认知障碍；0 分：认知障碍。			

附录 H 便秘症状自评问卷 (PAC-SYM)

便秘症状自评问卷 (PAC-SYM)						
症状		严重程度 (无→非常严重)				
		0	1	2	3	4
粪便性状	粪质坚硬					
	粪量少					
直肠症状	排便次数减少					
	排便费力					
	排便疼痛					
	排便不尽感					
	有便意而难以排出					
	直肠出血或撕裂					
	直肠烧灼感					
腹部症状	胃痛					
	腹部痉挛、疼痛					
	腹部胀满					
评分						
评价标准：0分无症状，4分症状非常严重。分数越高说明患者便秘症状越严重。						

附录 I 国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷表简表 (ICI-Q-SF)

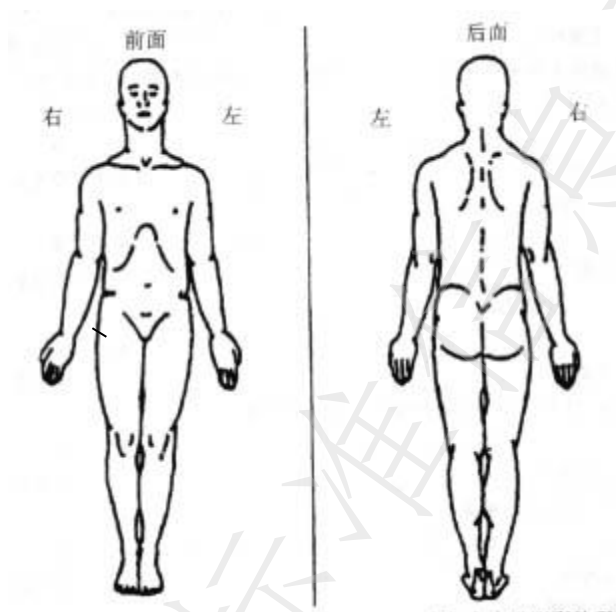
仔细回想你近四周来的症状，尽可能回答以下问题，在空格内打√。	
1.您的出生日期：年 月 日	
2.性别 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	
3.您漏尿的次数？	
从来不漏尿 <input type="checkbox"/>	(计 0 分)
一星期大约漏尿 1 次或经常不到 1 次 <input type="checkbox"/>	(计 1 分)
一星期漏尿 2 次或 3 次 <input type="checkbox"/>	(计 2 分)
每天大约漏尿 1 次 <input type="checkbox"/>	(计 3 分)
一天漏尿数次 <input type="checkbox"/>	(计 4 分)
一直漏尿 <input type="checkbox"/>	(计 5 分)
4.在通常情况下，您的漏尿量是多少（不管您是否使用了防护用品）	
不漏尿 <input type="checkbox"/>	(计 0 分)
少量漏尿 <input type="checkbox"/>	(计 2 分)
中等量漏尿 <input type="checkbox"/>	(计 4 分)
大量漏尿 <input type="checkbox"/>	(计 6 分)
5.总体上看，漏尿对您日常生活影响程度如何？	
请在 0（表示没有影响）~10（表示有很大影响）之间的某个数字上画圈	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
没有影响	有很大影响
6.什么时候发生漏尿？（帮助判断失禁类型）	
从不漏尿 <input type="checkbox"/>	
未能到达厕所就会有尿液漏出 <input type="checkbox"/>	
在咳嗽或打喷嚏时漏尿 <input type="checkbox"/>	
在睡着时漏尿 <input type="checkbox"/>	
在活动或体育运动时漏尿 <input type="checkbox"/>	
在小便完和穿好衣服时漏尿 <input type="checkbox"/>	
在没有明显理由的情况下漏尿 <input type="checkbox"/>	
在所有时间内漏尿 <input type="checkbox"/>	
评分：把第 3、4、5 个问题的分数相加	
评价标准：轻度尿失禁，尿失禁问卷得分 1-7 分；中度尿失禁，尿失禁问卷得分 8-14 分； 重度尿失禁，尿失禁问卷得分 15-21 分。	

附表 J 简明疼痛评估量表 (BPI)

1. 大多数人一生中都有过疼痛经历 (如轻微头痛、扭伤后痛、牙痛)。除这些常见的疼痛外, 现在您是否还感到有别的类型的疼痛?

(1)是 (2)否

2. 请您在下图中标出您的疼痛部位, 并在疼痛最剧烈的部位以“X”标出。



3. 请选择下面的一个数字, 以表示过去 24 小时内您疼痛最剧烈的程度。

(不痛) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (最剧烈)

4. 请选择下面的一个数字, 以表示过去 24 小时内您疼痛最轻微的程度。

(不痛) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (最剧烈)

5. 请选择下面的一个数字, 以表示过去 24 小时内您疼痛的平均程度。

(不痛) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (最剧烈)

6. 请选择下面的一个数字, 以表示您目前的疼痛程度。

(不痛) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (最剧烈)

7. 您希望接受何种药物或治疗控制您的疼痛?

8. 在过去的 24 小时内, 由于药物或治疗的作用, 您的疼痛缓解了多少?

请选择下面的一个百分数, 以表示疼痛缓解的程度。

(无缓解) 0 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% (完全缓解)

9. 请选择下面的一个数字, 以表示过去 24 小时内疼痛对您的影响

(1) 对日常生活的影响

(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)

(2) 对情绪的影响

(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)

(3) 对行走能力的影响

(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)

(4) 对日常工作的影响 (包括外出工作和家务劳动)

(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)

(5) 对与他人关系的影响

(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)

(6) 对睡眠的影响

(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)

(7) 对生活兴趣的影响

(无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)