



In collaboration with



National Cancer Centre Singapore  
Division of Supportive and Palliative Care  
新加坡癌症中心，支援及慈怀疗护部门

## 综合慈怀疗护结果量表 (IPOS)

请清楚地填写并打勾适合您的答案。您的答案将能帮助我们不断地改善您与他人的医疗护理。谢谢。

Q1. 在过去的三天内，您主要面对的问题或担忧是什么（健康、财务、幸福感等）？

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Q2. 以下是您已经经历或未经历的症状列表。对于每一个症状，请勾选一个最能描述过去3天它对您影响的方格。

|         | 一点也不                       | 有一点                        | 有些                         | 相当                         | 非常                         |
|---------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 疼痛      | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 呼吸短促    | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 虚弱或缺乏体力 | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 反胃      | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 呕吐      | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 食欲不佳    | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 便秘      | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 口疮或口干   | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 昏昏欲睡    | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 行动不便    | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

请列出以上没有提到的其他症状，并勾选一个最能描述过去3天它对您影响的方格。

|          |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 2. _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 3. _____ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

在过去三天：

|                           | 一点也不                       | 偶尔                         | 有时                         | 经常                         | 总是                         |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Q3. 您是否因为您的病情或治疗而感到焦虑或担忧？ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Q4. 您的家人或朋友是否有为您感到焦虑或担忧？  | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Q5. 您是否感到忧郁？              | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

|                            | 总是                         | 经常                         | 有时                         | 偶尔                         | 一点也不                       |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Q6. 您感到心情平静吗？              | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Q7. 您是否能如您所愿的与家人或朋友分享您的感受？ | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Q8. 您是否拥有您想要得到的信息？         | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

问题已解决/没有问题      大部分的问题已解决      有些问题已解决      问题几乎没解决      问题完全没解决

|                                       |                            |                            |                            |                            |                            |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Q9. 您是否已经解决任何因您的病情所导致的实际问题？（如财务或私人方面） | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

自己作答      在朋友或亲戚的帮助下      在工作人员的帮助下

|                  |                          |                          |                          |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Q10. 您是如何完成这份问卷？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

谢谢您的参与！