

# 支援性護理中的患者篩選問題

本問卷是標準護理的一部分，所有患者需要完成本問卷。請用幾分鐘時間完成以下問題以幫助我們更好地滿足您的需求。

在過去 14 天內，您受到以下問題困擾的頻率有多高？<sup>1</sup>

每行請選擇相應的一個框

完全不 幾天 超過一半的天數 幾乎每天

感覺不安、焦慮或緊張	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
無法停止或控制擔心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
對做事沒多大興趣或樂趣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感到情緒低落、壓抑或無望	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

指出在過去 7 天內您是否擔心過以下情況，請為各問題選擇「是」或「否」。

是 否 實際問題<sup>2</sup>

是 否 身體問題<sup>2</sup>

- 兒童護理問題
- 食物或住房支付出現的問題
- 治療時的交通問題
- 工作/學校問題
- 保險範圍問題或無健康保險
- 用藥或醫療護理的支付事宜

- 呼吸
- 便秘
- 腹瀉
- 發燒
- 惡心或嘔吐
- 睡眠
- 排尿變化
- 咀嚼或吞嚥困難
- 口腔潰瘍
- 口乾
- 胳膊或腿腫
- 感覺易飽或腹脹

是 否 家庭/護理人問題<sup>2</sup>

- 性親密或性功能故障
- 皮膚乾/搔癢，水泡/疼痛
- 手/腳刺痛
- 外貌蒼老
- 意欲酗酒/吸毒

- 擔心我的孩子
- 擔心我的配偶
- 擔心我的護理人
- 生育能力
- 擔心其他家庭成員

是 否 營養問題<sup>2,3</sup>

- 體重下降或缺乏食慾
- 體重增加
- 口味問題
- 擔心營養和食物

是 否 治療或護理問題<sup>4</sup>

是 否 精神/信仰/宗教問題<sup>5</sup>

- 我想更好地瞭解我的癌癥診斷情況或所處階段
- 我想更好地瞭解我的預後或長期結果
- 我有與我的治療選項、用藥或護理計劃相關的問題
- 我想獲得相關幫助，以便說明我的治療意願

- 我有一種目標感或意義感
- 我感到平靜
- 我能感覺到我的信仰和信念的力量

請見背面以完成問卷

是 否

過去 7 天內您是否感受過疼痛？<sup>1,6</sup>

如果沒有疼痛，跳過此部分並轉到「疲勞/精神不振」，如果有，您感受過疼痛，請在下列每行中選擇相應的一個框

	無痛	輕度	中度	嚴重	非常嚴重
在過去 7 天內疼痛最嚴重時是什麼程度？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在過去 7 天內疼痛的平均強度是多大？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您現在的疼痛程度是多大？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 疲勞/精神不振

每行請選擇相應的一個框<sup>7</sup>

	完全不	很少一點	有一些	相當嚴重	非常嚴重
過去 7 天內我感覺疲勞（精神不振）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過去 7 天內我很難開始做事，因為我很累	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過去 7 天內您平均感覺有多疲憊？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過去 7 天內您平均感覺有多疲勞？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 體力活動

每行請選擇相應的一個框<sup>8</sup>

	沒有任何困難	有一點困難	有一些困難	非常困難	無法完成
您能做家務嗎，例如吸塵或整理庭院？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您能以正常速度上下樓梯嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您能外出辦事和購物嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您能保持一天大部分時間不在床上嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您能照顧自己的個人需求嗎（穿衣、梳頭、如廁、飲食、洗浴）？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

其他問題或擔憂<sup>2</sup>： \_\_\_\_\_

\*本工具改編自：(1) 以下人員設計的 PHQ-4：Robert L. Spitzer、Janet B.W. Williams、Kurt Kroenke 博士及同事；(2) 國家綜合癌症網路，NCCN 指南版本 2.2014 悲傷治療；(3) Kaiser, M.J. 等人，微型營養評估法的驗證短表 (MNA-SF)：識別營養狀態的實用工具。J Nutr Health Aging, 2009. 13(9): p. 782-8.; (4) 健康生活癌癥資源中心悲傷緩解工具。(5) Munoz, A. R. 等人(2015).慢性疾病治療功能性評估參考值-精神健康：美國癌癥協會對癌癥倖存者的研究報告。癌癥121(11)：1838-1844。(6) 承諾試題庫 v1.0 疼痛強度短表 3a；(7) 承諾試題庫 v1.0 疲勞短表 4a；(8) 承諾試題庫 v1.0 身體功能短表 4a；和承諾試題庫

Any clinician seeking to apply or consult the Coleman Supportive Oncology Initiative Follow Up Reference is expected to use independent medical judgement in the context of individual clinical circumstances to determine any patient's care or treatment. The Coleman Foundation makes no representations or warranties of any kind regarding their content, use or application and disclaims any responsibility for their application or use in any way.