

Supplementary Material

Korean version of the Sheffield Profile for Assessment and Referral to Care (SPARC)

돌봄에 대한 평가와 진료의뢰를 위한 셰필드 척도

연구번호 :

이름(약자) :

저희는 당신과 당신이 걱정하시는 바에 대해 조금 더 알고 싶습니다.

이 설문지를 작성하여 저희에게 돌려주십시오. 필요하다면 가족이나 주변 사람의 도움을 받으셔도 됩니다.

맞다거나 틀리다거나 하는 대답은 없으니 편하게 답해주십시오. 그리고 질문을 이해하지 못했거나 대답할 수 없으면 빈칸으로 남겨주세요.

감사합니다

시작일시 : 년 월 일 시 분

의사소통과 정보 관련 문제							
1.	당신의 상태에 대해 아래의 사람들 중 누군가와 말해본 적이 있습니까?				네	아니오	
	가	주치의					
	나	간호사					
	다	종교인					
	라	사회복지사					
	마	가족					
	바	그 외 (써 주세요)					

신체 증상		한줄에 하나씩 동그라미 하세요.			
지난 한달 간 아래의 문제로 힘들거나 괴로운 적이 있나요?		전혀 아니다	약간 그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
2	통증	0	1	2	3
3	기억력저하	0	1	2	3
4	두통	0	1	2	3
5	입마름	0	1	2	3
6	구강통증	0	1	2	3
7	숨가쁨	0	1	2	3
8	기침	0	1	2	3
9	메스꺼움	0	1	2	3
10	구토	0	1	2	3
11	대변문제 (변비, 설사, 변실금 등)	0	1	2	3
12	방광문제	0	1	2	3
13	쇠약감	0	1	2	3
14	피로감	0	1	2	3
15	야간 수면장애	0	1	2	3
16	낮시간 졸림	0	1	2	3
17	입맛 없음	0	1	2	3
18	체중 변화	0	1	2	3
19	삼키기 어려움	0	1	2	3
20	외모 변화에 대한 걱정	0	1	2	3
21	불안하고 초조함	0	1	2	3
22	증상이 좋아지지 않는 것 같음	0	1	2	3

정신적 문제		한줄에 하나씩 동그라미 하세요.			
지난 한달 간 아래의 문제로 힘들거나 괴로운 적이 있나요		전혀 아니다	약간 그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
23	불안함	0	1	2	3
24	우울함	0	1	2	3
25	혼란스러움	0	1	2	3
26	집중하기 어려움	0	1	2	3
27	외로움	0	1	2	3
28	모든 일이 힘들	0	1	2	3
29	사는 것이 의미 없는 것 같음	0	1	2	3
30	모든 것을 끝내야겠다는 생각	0	1	2	3
31	내 상태가 성생활에 영향을 미침	0	1	2	3

종교적, 영적 문제		한줄에 하나씩 동그라미 하세요.			
지난 한달 간 아래의 문제로 힘들거나 괴로운 적이 있나요?		전혀 아니다	약간 그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
32	죽음과 죽어감에 대한 걱정	0	1	2	3
33	종교적이거나 영적 욕구가 충족되지 못함	0	1	2	3

자립성과 활동성		한줄에 하나씩 동그라미 하세요.			
지난 한달 간 아래의 문제로 힘들거나 괴로운 적이 있나요?		전혀 아니다	약간 그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
34	혼자 할 수 있는 게 없어짐 (자립성 상실)	0	1	2	3
35	세수, 목욕, 용변 보기와 같은 일상생활에 변화가 생김	0	1	2	3
36	요리, 청소와 같은 일상적인 집안일 하는 것에 변화가 생김	0	1	2	3

가족 및 사회적 문제		한줄에 하나씩 동그라미 하세요.			
지난 한달 간 아래의 문제로 힘들거나 괴로운 적이 있나요?		전혀 아니다	약간 그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
37	당신이 원하는 바를 남들이 이해하지 못한다는 느낌	0	1	2	3
38	당신의 병이 가족이나 다른 사람들에게 미치는 영향에 대한 걱정	0	1	2	3
39	가족이나 다른 사람들로부터 도움을 받지 못한다고 느낌	0	1	2	3
40	가족이나 다른 사람한테 받을 수 있는 것보다 더 많은 도움이 필요함	0	1	2	3

치료와 관련된 문제		한줄에 하나씩 동그라미 하세요.			
지난 한달 간 아래의 문제로 힘들거나 괴로운 적이 있나요?		전혀 아니다	약간 그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
41	치료 부작용	0	1	2	3
42	치료가 줄 장기적인 부작용에 대한 걱정	0	1	2	3

개인적 문제					
			네		아니오
43.	개인적인 용무에 대하여 도움이 필요합니까?				
44.	당신의 상태나 치료에 대해서 다른 전문가와 상담하고 싶습니까?				
45.	다음 사항에 대한 더 자세한 정보를 원하십니까?				
	가	당신의 상태			
	나	돌봄			
	다	치료			
	라	다른 형태의 도움			
	마	금전적 도움			
	바	그 외(써 주세요):			

저희가 알기 원하는 다른 걱정이 있으신가요?

필요하면 다음 페이지에 이어서 작성하세요.

당신의 의사나 의료진들에게 묻고 싶은 것을 적으세요

질문 1

질문 2

질문 3

마지막으로(오늘을 포함하여)지난 일주일 동안 당신이 경험한 전반적인 고통(디스트레스)의 정도를 나타내는 점수(0-10)에 동그라미 하세요.

극심한 고통

10
9
8
7
6
5

4
3
2
1

고통이 없음

종료 시간 : 시 분