

Supplementary

SCOPA-자율신경

이 설문지는 지난 한 달 동안 소변을 보기 어렵거나 땀이 많이 나는 등 신체기능과 관련된 문제들이 어느 정도 있었는지 파악하기 위한 것입니다. 당신의 상황에 해당하는 네모 안에 가위표를 해서 답을 하여 주십시오. 답을 바꾸고 싶다면, '잘못 표시한' 네모를 검게 칠하고, 알맞은 네모에 가위표를 합니다. 지난 한 달 동안 설문지에 언급된 증상들 때문에 약을 복용하였다면, 약을 복용하는 상태에서의 증상을 표시하여 주십시오. 약물 복용은 설문지 마지막 페이지에서 답하시면 됩니다.

		전혀 없음	가끔	주기적으로	자주
1.	지난 한 달 동안 음식을 삼키기 어렵거나, 음식을 먹다가 목이 메인 적이 있었습니까?				
2.	지난 한 달 동안 침을 질질 흘린 적이 있었습니까?				
3.	지난 한 달 동안 음식물이 목에 걸린 적이 있었습니까?				
4.	지난 한 달 동안 식사 중 배가 너무 쉽게 부르다는 느낌을 받은 적이 있었습니까?				
5.	변비는 대변을 잘 못 보는 증상으로, 일주일에 두 번 이하로 대변을 보는 상태입니다. 지난 한 달 동안 변비 증상을 겪은 적이 있었습니까?				
6.	지난 한 달 동안 안간힘을 써서 대변을 본 적이 있었습니까?				
7.	지난 한 달 동안 자신의 의지와 상관 없이 대변을 지린 적이 있었습니까?				

질문 8번에서 13번은 소변에 대한 질문입니다. 도뇨관(소변줄)을 사용하고 있다면, “도뇨관 사용”이라는 네모 안에 가위표를 하십시오.

		전혀 없음	가끔	주기적으로	자주	도뇨관 사용
8.	지난 한 달 동안 소변 참기가 어려운 적이 있었습니까?					
9.	지난 한 달 동안 자신의 의지와 관계 없이 소변을 지린 적이 있었습니까?					
10.	지난 한 달 동안 소변을 보고 난 후 방광에 소변이 남아 있는 느낌이 든 적이 있었습니까?					
11.	지난 한 달 동안 소변 줄기가 약했던 적이 있었습니까?					
12.	지난 한 달 동안 소변을 본지 두 시간도 안 되어 다시 소변을 보아야 했던 적이 있었습니까?					
13.	지난 한 달 동안 수면 중에 소변을 보아야 했던 적이 있었습니까?					

		전혀 없음	가끔	주기적으로	자주
14.	지난 한 달 동안 일어서다가 어지럼, 시야가 흐려짐, 또는 정신이 혼미해짐 등의 증상이 있었습니까?				
15.	지난 한 달 동안 조금 서 있다가 보면 어지럼을 느낀 적이 있었습니까?				
16.	지난 6개월 동안 기절한 적이 있었습니까?				
17.	지난 한 달 동안 낮에 지나치게 땀을 흘린 적이 있었습니까?				
18.	지난 한 달 동안 밤에 지나치게 땀을 흘린 적이 있었습니까?				
19.	지난 한 달 동안 밝은 빛에 지나치게 눈이 부신 적이 있었습니까?				
20.	지난 한 달 동안 추위를 참기 어려운 적이 얼마나 있었습니까?				
21.	지난 한 달 동안 더위를 참기 어려운 적이 얼마나 있었습니까?				

다음 3가지 질문은 남성들을 위한 것입니다.

22. 지난 한 달 동안 발기가 안되거나 발기 상태를 유지할 수 없었던 적이 있었습니까?

전혀 없음 가끔 주기적으로 자주 해당 없음

23. 지난 한 달 동안 사정이 안되는 일이 얼마나 자주 있었습니까?

전혀 없음 가끔 주기적으로 자주 해당 없음

23a. 지난 한 달 동안 발기 부전으로 약을 복용하였습니까(약의 이름은 무엇입니까)?

아니오 예 _____ 26번으로 가시오.

다음 두 가지 질문은 여성들을 위한 것입니다.

24. 지난 한 달 동안 성행위를 하는 동안 질이 너무 건조하였습니까?

전혀 없음 가끔 주기적으로 자주 해당 없음

25. 지난 한 달 동안 오르가즘에 도달하는 것이 어려웠습니까?

전혀 없음 가끔 주기적으로 자주 해당 없음

다음 질문은 모든 사람들을 위한 것입니다.

아래 질문은 의사의 처방을 받았거나 혹은 처방 없이 사용한 모든 약물 복용에 대한 것입니다.
복용하고 있는 약이 있으면 약물의 이름을 써 주십시오.

26. 지난 한 달 동안 다음 약물을 복용하였습니까?

- a. 변비약 아니오 예 _____
- d. 소변약 아니오 예 _____
- e. 혈압약 아니오 예 _____
- f. 다른 증상 아니오 예 _____
(파킨슨병과 무관한 증상)

© © 본 설문은 영리 및 비영리 연구를 진행하는 모든 이를 위하여 제작된 것으로 저자의 허락하에 무료로 이용할 수 있습니다. 심리측정 목적으로 자료 공유를 요구받을 수 있습니다 허락 없이 질문의 내용을 변경할 수 없습니다. 다음 문헌을 참조할 수 있습니다. : Marinus J, Visser M, van Hilten JJ, Lammers GJ, Stiggelbout AM. 파킨슨 병 수면 증상 측정(Assessment of sleep and sleepiness in Parkinson disease). SLEEP 2003;26:1049-1054.

자세한 점은 레이덴 의과 대학 신경과(Leiden University Medical Center, Department of Neurology)의 J. Marinus 박사에게 연락하십시오(K5Q), P.O. Box 9600, NL-2300 RC Leiden (email: j.marinus@lumc.nl).