

【Appendix 1】 Questionnaire for Content Validity

본 설문지는 폐암으로 항암화학요법을 받는 환자의 통합의학 임상경로(critical pathway) 내용의 타당도를 확인하고자 하는 설문입니다. 해당항목에 항목에 체크(✓)해주시고,

1. 일반적 특성

1.1. 귀하의 성별은 무엇입니까?

- 남성
 여성

1.2. 귀하의 연령은 어떻게 되십니까?

- 20~29세
 30~39세
 40~49세
 50~59세
 60세 이상

1.3. 귀하의 학력을 선택해 주십시오.

- 대학교 졸업
 석사과정
 석사
 박사과정
 박사

1.4. 귀하의 직책을 선택하여 주십시오.

- 교수
 전임의
 수련의(일반, 전문)
 간호사
 기타 (구체적으로 기입해주시고 :)

2. 다음은 폐암으로 항암화학요법을 받는 환자의 통합의학 임상경로(critical pathway)에 관한 서식입니다. 각 항목에 해당하는 점수를 체크해 주십시오.

1. 전혀 적절하지 않다. 2. 적절하지 않다. 3. 적절하다 4. 매우 적절하다. 5. 판단하기 어렵다.

항암화학요법 폐암 환자의 예비 종합의학 임상경로 개발 및 타당도 평가

항목	환방병원 입원시 (DAY - 1)					DAY - 2					DAY - ()					퇴원시(DAY - 14)					1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
사정	<input type="checkbox"/> V/S check <input type="checkbox"/> EORTC-C30 설문지 <input type="checkbox"/> EORTC-LC13 설문지 <input type="checkbox"/> 입원 필수검사항목 (입원 전 7일 이내 검사 결과가 있는 항목에 check) <input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> LRFT <input type="checkbox"/> U/A <input type="checkbox"/> electrolytes <input type="checkbox"/> hsCRP <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> 흉부 x-ray <input type="checkbox"/> 입원 선택 검사항목 (입원 전 7일 이내 검사 결과가 있는 항목에 check) <input type="checkbox"/> Brain MRI <input type="checkbox"/> PET CT																								
						<input type="checkbox"/> V/S check tid <input type="checkbox"/> Acupuncture 부위 감영 확인					<input type="checkbox"/> V/S check tid <input type="checkbox"/> Acupuncture 부위 감영 확인					<input type="checkbox"/> V/S check <input type="checkbox"/> EORTC-C30 설문지 <input type="checkbox"/> EORTC-LC13 설문지									

항목	한방병원 입원시 (DAY - 1)					DAY - 2					DAY - ()					퇴원시(DAY - 14)							
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
<input type="checkbox"/> Acupuncture qd - 合谷, 太衝, 足三里, 三陰交, 內關, 列缺, TI-T5 협착혈, 양측 2-3개의 승모근 trigger points - 피내침 : 璇璣, 華蓋 <input type="checkbox"/> 오심구토 : 中脘, 公孫, 胃俞 <input type="checkbox"/> 신경병증 : 八風八邪 <input type="checkbox"/> 불면 : 神門, 百會, 三陰交 - <input type="checkbox"/> 기타(증상 :) 형위 :						<input type="checkbox"/> Acupuncture qd - 合谷, 太衝, 足三里, 三陰交, 內關, 列缺, TI-T5 협착혈, 양측 2-3개의 승모근 trigger points - 피내침 : 璇璣, 華蓋 <input type="checkbox"/> 오심구토 : 中脘, 公孫, 胃俞 <input type="checkbox"/> 신경병증 : 八風八邪 <input type="checkbox"/> 불면 : 神門, 百會, 三陰交 - <input type="checkbox"/> 기타(증상 :) 형위 :						<input type="checkbox"/> Acupuncture qd - 合谷, 太衝, 足三里, 三陰交, 內關, 列缺, TI-T5 협착혈, 양측 2-3개의 승모근 trigger points - 피내침 : 璇璣, 華蓋 <input type="checkbox"/> 오심구토 : 中脘, 公孫, 胃俞 <input type="checkbox"/> 신경병증 : 八風八邪 <input type="checkbox"/> 불면 : 神門, 百會, 三陰交 - <input type="checkbox"/> 기타(증상 :) 형위 :						<input type="checkbox"/> Acupuncture qd - 合谷, 太衝, 足三里, 三陰交, 內關, 列缺, TI-T5 협착혈, 양측 2-3개의 승모근 trigger points - 피내침 : 璇璣, 華蓋 <input type="checkbox"/> 오심구토 : 中脘, 公孫, 胃俞 <input type="checkbox"/> 신경병증 : 八風八邪 <input type="checkbox"/> 불면 : 神門, 百會, 三陰交 - <input type="checkbox"/> 기타(증상 :) 형위 :					
<input type="checkbox"/> Electroacupuncture (필요시) <input type="checkbox"/> Cupping (필요시) <input type="checkbox"/> 증기욕 (필요시) <input type="checkbox"/> Moxa (필요시) <input type="checkbox"/> Phy-Tx (필요시) <input type="checkbox"/> 통증 호소시 추가치치 (Auricular acupuncture, 파프 등) 시행 <input type="checkbox"/> 호흡곤란시 O2 요법						<input type="checkbox"/> Electroacupuncture (필요시) <input type="checkbox"/> Cupping (필요시) <input type="checkbox"/> 증기욕 (필요시) <input type="checkbox"/> Moxa (필요시) <input type="checkbox"/> Phy-Tx (필요시) <input type="checkbox"/> 통증 호소시 추가치치 (Auricular acupuncture, 파프 등) 시행 <input type="checkbox"/> 호흡곤란시 O2 요법						<input type="checkbox"/> Electroacupuncture (필요시) <input type="checkbox"/> Cupping (필요시) <input type="checkbox"/> 증기욕 (필요시) <input type="checkbox"/> Moxa (필요시) <input type="checkbox"/> Phy-Tx (필요시) <input type="checkbox"/> 통증 호소시 추가치치 (Auricular acupuncture, 파프 등) 시행 <input type="checkbox"/> 호흡곤란시 O2 요법						<input type="checkbox"/> Electroacupuncture (필요시) <input type="checkbox"/> Cupping (필요시) <input type="checkbox"/> 증기욕 (필요시) <input type="checkbox"/> Moxa (필요시) <input type="checkbox"/> Phy-Tx (필요시) <input type="checkbox"/> 통증 호소시 추가치치 (Auricular acupuncture, 파프 등) 시행 <input type="checkbox"/> 호흡곤란시 O2 요법					

항목	환방병원 입원시 (DAY - 1)	1	2	3	4	5	DAY - 2	1	2	3	4	5	DAY - ()	1	2	3	4	5	퇴원시(DAY - 14)	1	2	3	4	5
활동	<input type="checkbox"/> Normal ambulation (필요시 ward/walker 사용) <input type="checkbox"/> 양방검사 consult (필요시) <input type="checkbox"/> po-med (필요시)						<input type="checkbox"/> Normal ambulation (필요시 ward/walker 사용) <input type="checkbox"/> 양방검사 consult (필요시)						<input type="checkbox"/> Normal ambulation (필요시 ward/walker 사용) <input type="checkbox"/> 양방검사 consult (필요시)						<input type="checkbox"/> Normal ambulation (필요시 ward/walker 사용) <input type="checkbox"/> 양방 검사 consult (필요시)					
의뢰	<input type="checkbox"/> po-med (필요시) <input type="checkbox"/> 한방신경정신과 의뢰 - <input type="checkbox"/> screening 개인력 조사, SCL-90-R, HADS, K-BAS <input type="checkbox"/> 심리평가 설명 및 심리치료 제안 ① <input type="checkbox"/> 한방 정신요법 미시행 ② <input type="checkbox"/> 한방 정신 요법 시행 (오지상승위 요법, 자율훈련법 등. 2회/주)						<input type="checkbox"/> 한방신경정신과 의뢰 (입원당일 미시행시) - <input type="checkbox"/> screening 개인력 조사, SCL-90-R, HADS, K-BAS <input type="checkbox"/> 심리평가 설명 및 심리치료 제안 ① <input type="checkbox"/> 한방 정신요법 미시행 ② <input type="checkbox"/> 한방 정신 요법 시행 (오지상승위 요법, 자율훈련법 등. 2회/주)						<input type="checkbox"/> ER transfer (BT 38도 이상 fever, 극심한 통증 호소시, 호흡문란으로 SpO2 저하시)						<input type="checkbox"/> 한방신경정신과 F/U					
식이	<input type="checkbox"/> Tolerable Diet						<input type="checkbox"/> Tolerable Diet						<input type="checkbox"/> Tolerable Diet						<input type="checkbox"/> Tolerable Diet					

항목	한방병원 입원시 (DAY - 1)					DAY - 2					DAY - ()					퇴원시(DAY - 14)									
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
<input type="checkbox"/> po-med() 투약						<input type="checkbox"/> Herbal medicine(과립제) - <input type="checkbox"/> 피로(약이름 :) - <input type="checkbox"/> 호흡기증상 (약이름 :) - <input type="checkbox"/> 소화기증상 (약이름 :) - <input type="checkbox"/> 손, 발 신경병증 (약이름 :) - <input type="checkbox"/> 손, 발 통증, 경련 (약이름 :) - <input type="checkbox"/> 통증, 경련 (약이름 :) - <input type="checkbox"/> 감신증 (약이름 :) - <input type="checkbox"/> 기타증상(약이름 :)										<input type="checkbox"/> Herbal medicine(과립제) - <input type="checkbox"/> 피로(약이름 :) - <input type="checkbox"/> 호흡기증상 (약이름 :) - <input type="checkbox"/> 소화기증상 (약이름 :) - <input type="checkbox"/> 손, 발 신경병증 (약이름 :) - <input type="checkbox"/> 손, 발 통증, 경련 (약이름 :) - <input type="checkbox"/> 통증, 경련 (약이름 :) - <input type="checkbox"/> 감신증 (약이름 :) - <input type="checkbox"/> 기타증상(약이름 :)					동일(지속 복용 필요시)				
한방 검사						<input type="checkbox"/> 수양명경락기능검사 <input type="checkbox"/> 양도락검사 <input type="checkbox"/> 체성분검사										<input type="checkbox"/> 수양명경락기능검사 <input type="checkbox"/> 양도락검사 <input type="checkbox"/> 체성분검사									
교육						<input type="checkbox"/> 한방 입원치료 필요성 안내 <input type="checkbox"/> 한방치료 계획 설명 <input type="checkbox"/> 입원치료 일정 안내										<input type="checkbox"/> 수양명경락기능검사 <input type="checkbox"/> 양도락검사 <input type="checkbox"/> 체성분검사 <input type="checkbox"/> 통원치료 안내 <input type="checkbox"/> 임상생활관리 교육									

항목	한방병원 입원시 (DAY - 1)					DAY - 2					DAY - ()					퇴원시(DAY - 14)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
기타						<input type="checkbox"/> 중한 병발증 또는 합병증 발생시 전원 <input type="checkbox"/> 환자 및 가족이 원할시 퇴원										<input type="checkbox"/> 중한 병발증 또는 합병증 발생시 전원 <input type="checkbox"/> 환자 및 가족이 원할시 퇴원				

3. 위의 서식에 대해 대안이 있으면 아래에 자유롭게 기재해주시길 바랍니다.