

(a)

날짜:  이름:

### 중증 천식 설문지



이 설문지는 중증 천식 환자의 삶의 질을 측정합니다.

천식으로 인해 귀하의 삶이 얼마나 힘든지 아래 척도를 참고하셔서 다음 페이지에 표시하여 주시기 바랍니다.

- 1 = 아주, 아주 힘들다 (상상할 수 있는 최악)
- 2 = 아주 힘들다
- 3 = 힘들다
- 4 = 중간 정도로 힘들다
- 5 = 약간 힘들다
- 6 = 아주 약간 힘들다 (겨우 알아차릴 정도로)
- 7 = 문제없다

귀하의 천식 증상과, 중증 천식으로 인해 투여 중인 약제 사용에 따른 부작용을 고려해 주시기 바랍니다.

귀하의 경우에 해당하는 숫자를 원으로 표시해주세요.

지난 2주 동안 천식 증상과 천식 약제 부작용으로 인해 귀하의 삶이 얼마나 힘들었습니까?

아주, 아주  
힘들었다.

문제없었다

	1	2	3	4	5	6	7
<b>1. 사회 생활.</b> 예: 친구 방문, 친구와 걷기, 친구와 대화하기, 바/식당/파티 가는 것.							
<b>2. 개인 생활.</b> 예: 샤워, 목욕, 옷 입기, 스스로 돌보기, 성 생활.							
<b>3. 여가 생활.</b> 예: 산책하기, 스포츠, 운동하기, 여행하기, 휴가 가기.							
<b>4. 가사 업무.</b> 예: 집안일, 장 보기, 집안 유지보수, 정원 가꾸기.							
<b>5. 직장 또는 학교 생활.</b> 예: 결근 또는 결석, 원하는 일이나 공부할 수 없음.							
<b>6. 가족 생활</b> (본인에게 미치는 영향). 예: 아이 돌보기, 가족 부양 의무.							
<b>7. 가족 생활</b> (가족 구성원에게 미치는 영향). 예: 가족 중 누군가가 본인으로 인해 휴가를 내야 하거나, 아이를 돌보는데 문제가 생기거나, 가족 중 누군가가 화를 냄.							

	아주, 아주 힘들었다							문제없었다
<b>8. 우울.</b>	1	2	3	4	5	6	7	
예: 상대방에게 버럭 화를 내거나, 울적해지는 것.								
<b>9. 예민함.</b>	1	2	3	4	5	6	7	
예: 상대방에게 버럭 화를 내거나, 필요 이상으로 화를 내는 것.								
<b>10. 전반적인 불안.</b>	1	2	3	4	5	6	7	
예: 일상에 대한 걱정, 항상 불안하거나 초조해지는 것.								
<b>11. 천식 악화에 대한 걱정.</b>	1	2	3	4	5	6	7	
예: 약이 더 이상 듣지 않거나, 더 자주 악화되는 것.								
<b>12. 약제 장기 복용 부작용에 대한 걱정.</b>	1	2	3	4	5	6	7	
예: 배내장, 당뇨, 골절에 대한 걱정.								
<b>13. 피로감.</b>	1	2	3	4	5	6	7	
예: 이유 없이 피곤하거나, 아침에 일어나면 피로를 느끼는 것.								
<b>14. 수면 문제.</b>	1	2	3	4	5	6	7	
예: 잘 들기 어렵고, 쉽게 잠에서 깨거나, 자주 잠에서 깨는 것.								
<b>15. 내 모습과 이미지.</b>	1	2	3	4	5	6	7	
예: 나의 체중 변화, 쉽게 명들거나, 사람들 앞에서 약을 먹는 것, 다른 사람들이 나를 안 좋게 평가하는 것.								
<b>16. 음식과 관련된 문제.</b>	1	2	3	4	5	6	7	
예: 배고픔을 많이 느끼거나, 먹는 것을 멈출 수 없거나, 소화가 안되는 것 (예: 복통, 더부룩함 등).								

(b)

이 페이지 왼쪽에 있는 척도를 이용해서 오른쪽에 귀하의 **천식 증상과 약제 부작용과 관련된 전반적인 삶의 질**을 평가해 주십시오.

- 100 완벽함
- 95 거의 완벽함
- 90
- 85 매우 좋음
- 80
- 75
- 70 좋음
- 65
- 60
- 55 중간 정도로 좋음
- 50
- 45
- 40 조금 나쁨
- 35
- 30
- 25 약간 나쁨
- 20
- 15 매우 나쁨
- 10
- 5 극도로 나쁨
- 0 최악

1. 지난 2주 동안의 나의 삶의 질은 \_\_\_\_\_ 점이었다 (숫자로 기입).

2. 지난 1년간 나의 천식 증상이 가장 좋았던 달 기준으로 나의 삶의 질은 \_\_\_\_\_ 점이었다 (숫자로 기입).

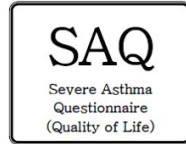
3. 지난 1년간 나의 천식 증상이 가장 나빴던 달 기준으로 나의 삶의 질은 \_\_\_\_\_ 점이었다 (숫자로 기입).

(a)

Date:

Name:

## Severe Asthma Questionnaire (SAQ)



This questionnaire measures the quality of life of people who have severe asthma.

Please show how difficult asthma makes your life using the scale:

- 1 = very, very difficult (worst possible)
- 2 = very difficult
- 3 = difficult
- 4 = moderately difficult
- 5 = slightly difficult
- 6 = very slightly difficult (just noticeable)
- 7 = no problem

Please take into account your **symptoms** of asthma, and **any side effects** from any of the medicines you take because you have severe asthma.

Circle the number that applies to you:

How difficult is this part of your life during the **last two weeks** because of your asthma symptoms and the side effects of your medicines?

	Very, very difficult			No problem			
	1	2	3	4	5	6	7
1. My <b>social life</b> . For example: visiting friends, walking with friends, talking with friends, going to bars/restaurants, and parties.							
2. My <b>personal life</b> . For example: washing, dressing, looking after myself, love life.							
3. My <b>leisure activities</b> . For example: walking for pleasure, sports, exercise, travelling, taking vacations.							
4. My <b>jobs around the house</b> . For example: housework, shopping, home maintenance, gardening.							
5. My <b>work or education</b> . For example, missing days, can't do all I want to do.							
Leave blank if not in work or education							
6. My <b>family life – how it affects me</b> . For example: caring for children, family responsibilities.							
7. My <b>family life – how it affects others</b> . For example: others taking time off work, problems with childcare, family members becoming upset.							

	Very, very difficult				No problem		
8. Depression. For example, feeling sad, fed up, blue.	1	2	3	4	5	6	7
9. Irritable. For example, snap at people, get angrier than I should.	1	2	3	4	5	6	7
10. Anxiety in general. For example, worry about things, always on edge.	1	2	3	4	5	6	7
11. Worry that asthma may get worse. For example, medicines no longer help, more frequent attacks.	1	2	3	4	5	6	7
12. Worry about long term side effects of medicines. For example, worry about cataracts, diabetes, bone fracture.	1	2	3	4	5	6	7
13. Getting tired. For example, feeling tired for no reason, waking in the morning feeling tired.	1	2	3	4	5	6	7
14. Problems at night. For example, difficulty going to sleep, being woken very easily, waking often at night.	1	2	3	4	5	6	7
15. The way I look. For example, my weight, my skin bruises easily, using medicines in public, other people judging me.	1	2	3	4	5	6	7
16. Problems with food. For example, I find I get very hungry, I just can't stop eating, stomach problems (e.g., pain, bloating, etc.)	1	2	3	4	5	6	7

(b)

Use the scale on the left of this page to rate your **OVERALL** quality of life due to your **ASTHMA SYMPTOMS** and the **SIDE EFFECTS** of your medicines.

<p>100 Perfect quality of life</p> <p>95 Nearly perfect quality of life</p> <p>90</p> <p>85 Very good quality of life</p> <p>80</p> <p>75</p> <p>70 Good quality of life</p> <p>65</p> <p>60</p> <p>55 Moderately good quality of life</p> <p>50</p> <p>45</p> <p>40 Somewhat bad quality of life</p> <p>35</p> <p>30 Bad quality of life</p> <p>25</p> <p>20</p> <p>15 Very bad quality of life</p> <p>10</p> <p>5 Extremely bad quality of life</p> <p>0 No quality of life</p>	<p>1. During the last <b>TWO WEEKS</b>, my quality of life has been</p> <p>_____ write a number</p>
	<p>2. During the month of the year when my asthma is at its <b>BEST</b>, my quality of life has been</p> <p>_____ write a number</p>
	<p>3. During the month of the year when my asthma is at its <b>WORST</b>, my quality of life has been</p> <p>_____ write a number</p>

**Figure S1** Korean version and original English version of (a) the Severe Asthma Questionnaire (SAQ) and (b) SAQ-global. English version of SAQ is reproduced with the permission from Hyland *et al.* (13).