**MASCC 오심과 구토 측정도구 (MAT)**



#### MASCC 오심과 구토 측정도구: 사용방법



|  |  |
| --- | --- |
| 이름: |  |

**항암화학요법 시행일(이번 항암화학요법 주기):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

월 일 요일

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 담당간호사: |  | 전화번호: |  |
| 담당의사: |  | 전화번호: |  |

***본 측정도구에 대한 정보:***

MASCC 오심과 구토 측정도구는 의사와 간호사로 하여금 항암화학요법으로 인해 발생하는 오심과 구토를 예방하기 위한 최선의 치료 및 간호를 제공할 수 있도록 합니다. 항암화학요법에 동반하여 발생할 수 있는 오심과 구토가 최선의 방법으로 조절되고 있는지 의료진이 확인할 수 있도록 본 양식에 증상경험을 기록하여 주십시오. 다음은 본 양식에서 쓰이는 용어의 정의입니다.

**구토:** 위 내용물을 토해내는 것.

**오심:** 토할 것 같은 느낌(메슥거림, 울렁거림)

모든 문항에 답하십시오. 정답 또는 오답은 없으며, 귀하께서 느끼는 대로 답하시면 됩니다. 본 양식의 기록방법이나 기록시기에 대해 궁금한 점이 있으시면, 언제든지 문의해 주십시오 !

4번 문항과 8번 문항은 형식이 다르므로 주의하십시오. 이 문항들은 척도로 되어있습니다. 척도형 문항의 경우, 0부터 10의 숫자 중 귀하의 오심과 구토에 관한 경험에 가장 근접한 숫자에 동그라미를 치신 후 오른쪽의 네모상자 안에 해당 숫자를 기입하십시오. 척도형 문항의 예가 아래에 제시되어 있습니다(“주차”에 관한 문항입니다). 연습삼아 제시된 예문에 답을 기입해 보시거나, 또는 저희 의료진에게 기입방법에 대해 설명해달라고 요청해 주십시오.

|  |  |
| --- | --- |
| 오늘 귀하께서는 차를 주차하시는것이 얼마나 어려웠습니까?  전혀 어렵지않았음 최고로 어려웠음 | (상자안에 숫자를 기입하십시오) |

본 양식은 작성을 마치신 후 바로 제출하여 주십시오. 감사합니다 !

#### MASCC 오심과 구토 측정도구



**본 양식은 항암화학요법 시작일의 다음 날 기록하십시오:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

월 일 요일

**오심과 구토: 항암화학요법 시작 후 첫 24시간 동안의 경험**

(본 페이지는 항암화학요법 시작 후 첫 24시간 동안에 관한 내용입니다):

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 항암화학요법 시작 후 24시간안에 **구토**를 하셨습니까? | **예** **아니오**  (하나를 선택하십시오) |
| 2) 항암화학요법 시작 후 24시간안에 구토를 하셨다면, **몇 번** 구토를 하셨습니까? | (상자 안에 구토횟수에 해당하는  숫자를 기입하십시오) |
| 3) 항암화학요법 시작 후 24시간안에 **오심**을 경험하셨습니까? | **예**  **아니오**   (하나를 선택하십시오) |
| 4) 오심을 경험하셨다면, 어느정도 심하셨는지 가장 근접한 숫자에 동그라미를 치신 후 해당숫자를 오른쪽 네모상자 안에 기입하십시오.  지난 24시간안에 어느정도의 오심을 경험하셨습니까?  전혀 오심이 없었음 최고로 심한 오심을 경험함 | (상자 안에 숫자를 기입하십시오) | |

#### MASCC 오심과 구토 측정도구



본 페이지는 항암화학요법 치료를 받은 다음날부터 4일 동안에 관한 질문입니다.

즉, 항암화학요법 치료 후 하루가 경과한 이후의 오심과 구토에 관한 질문입니다.

**본 양식은 항암화학요법 시작시점으로부터 4일이 경과된 후 기록하십시오:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

월 일 요일

**지연성 오심과 구토**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5) 항암화학요법 치료 후 24시간이 경과된 이후에 **구토**를 하셨습니까? | | **예**  **아니오**  (하나를 선택하십시오) |
| 1. 이시기에 구토를 하셨다면, **몇 번** 구토를 하셨습니까? | | (상자 안에 구토횟수에 해당하는  숫자를 기입하십시오) |
| 7) 항암화학요법 치료 후 24시간이 경과된 이후에 **오심**을 경험하셨습니까? | | **예**  **아니오**  (하나를 선택하십시오) |
| 8) 오심을 경험하셨다면, 어느 정도로 심했는지 가장 근접한 숫자에 동그라미를 치신 후 해당 숫자를 오른쪽 네모상자 안에 기입하십시오.  이 기간 동안 어느 정도의 오심을 경험하셨습니까?  전혀 오심이 없었음 최고로 심한 오심을 경험함 | (상자 안에 숫자를 기입하십시오) | |