



연구참여자용 설명서 및 동의서 (성인용)

연구 과제명 : 편측무시 환자를 위한 사과 지우기 검사의 대한민국 표준화

연구 책임자명 : 장우혁 (강원대학교 작업치료학과 교수)

본 연구는, 편측 무시 종류를 감별할 수 있는 유용한 평가 도구인 “사과 지우기 검사 (Apple Cancellation Test)” 의 국내 표준화를 위한 연구입니다. 귀하는 대한민국 국민이며, 신체적으로 정신적으로 건강함으로 이 연구에 참여하도록 권유받았습니다. 이 연구를 수행하는 강원대학교 소속의 연구 담당자가 귀하에게 이 연구에 대해 설명해 줄 것입니다. 이 연구는 자발적으로 참여 의사를 밝히신 분에 한하여 수행 될 것이며, 귀하께서는 참여 의사를 결정하기 전에 본 연구가 왜 수행되는지 그리고 연구의 내용이 무엇과 관련 있는지 이해하는 것이 중요합니다. 다음 내용을 신중히 읽어보신 후 참여 의사를 밝혀 주시길 바라며, 필요하다면 가족이나 친구들과 의논해 보십시오. 만일 어떠한 질문이 있다면 담당 연구원이 자세하게 설명해 줄 것입니다.

<연구원 연락처>

- 정혜원: 010-8604-6330 -황형민: 010-4216-7883 -방진혁:010- 2241- 4275
- 장종식(공동연구자): 010-4445-4412 - 장우혁(연구책임자): 010-9377-0817

1. 이 연구는 왜 실시합니까?

본 연구는, 뇌졸중 환자의 편측 무시 종류(자기 중심/ 상대중심)를 감별할 수 있는 유용한 평가 도구인 “사과 지우기 검사(Apple Cancellation Test)” 의 국내 표준화를 위한 연구입니다.

2. 얼마나 많은 사람이 참여합니까?

대한민국의 정상 성인을 대상으로 20대부터 연령대별로 최소 30명씩, 총 210여명을 대상으로 진행할 것입니다.

3. 만일 연구에 참여하면 어떤 과정이 진행됩니까?

1) 연구의 내용은 간단합니다. 설문과 실험, 두 종류가 있습니다.

설문은 검사날짜, 만 나이 계산을 위한 생년월일, 성별, 학력, 거주지, 병력에 대한 6가지 문항이 포함됩니다.

실험(사과 지우기 검사)은 한 장의 용지로 구성된 검사지에 정답을 고르기만 하는 간단한 검사입니다. 모든 설문과 실험은 1회만 실시하면 됩니다.

2) 과정은 다음과 같습니다.

먼저 설문지를 작성해주시면 됩니다. 다음으로 사과 지우기는 용지 위에 여러 사과 그림들 중에서 구멍이 없는 온전한 사과를 골라 체크 하시면 됩니다. 사과의 크기는 관계없이 온전한



것만 모두 고르시면 됩니다. 일단 연습 용지에 연습부터 하시고, 이해되시면 본 검사를 진행하시면 됩니다. 앉은 자세에서 최대 6분 정도가 소요될 예정입니다.

모든 검사는 지금 대면하고 있는 현장에서 즉시 혹은 귀하가 원하시는 편안한 장소를 말씀해 주시면 방문하도록 하겠습니다.

4. 연구 참여 기간은 얼마나 됩니까?

지금 1회의 설문과 검사만으로 완료됩니다. 대략 총 6분 정도 소요 예상됩니다.

5. 참여 도중 그만두어도 됩니까?

예, 귀하는 언제든지 어떠한 불이익 없이 참여 도중에 그만 둘 수 있습니다. 만일 귀하가 연구에 참여하는 것을 그만두고 싶다면 담당 연구원이나 연구 책임자에게 즉시 말씀해 주십시오. 또한 조사된 정보와 내용은 즉시 파기하겠습니다.

6. 부작용이나 위험요소는 있습니까?

연구참여에 있어서 어떠한 부작용과 위험요소가 없습니다. 만일 연구 참여 도중 발생할 수 있는 부작용이나 위험 요소에 대한 질문이 있으면 담당 연구원이나 연구 책임자에게 즉시 문의해 주십시오.

7. 이 연구에 참여시 참여자에게 이득이 있습니까?

귀하가 이 연구에 참여하는데 있어서 직접적인 이득은 없습니다. 그러나 귀하가 제공하는 정보는 편측무시 환자를 위한 평가 기준의 국내표준화에 도움이 될 것입니다.

8. 만일 이 연구에 참여하지 않는다면 불이익이 있습니까?

귀하는 본 연구에 참여하지 않을 자유가 있습니다. 또한, 귀하가 본 연구에 참여하지 않아도 귀하에게는 어떠한 불이익도 없습니다. 또한 조사된 정보와 내용이 있을 경우, 즉시 파기하겠습니다.

9. 연구에서 얻은 모든 개인 정보의 비밀은 보장됩니까?

개인정보관리책임자는 강원대학교의 장우혁 교수(010-9377-0817)입니다. 저희는 이 연구를 통해 얻은 모든 개인 정보의 비밀 보장을 위해 최선을 다할 것입니다. 이 연구에서 얻어진 개인 정보가 학회지나 학회에 공개 될 때 귀하의 이름과 다른 개인 정보는 사용되지 않을 것입니다. 그러나 만일 법이 요구하면 귀하의 개인정보는 제공될 수도 있습니다. 또한 모니터 요원, 점검 요원, 생명윤리위원회는 연구참여자의 개인 정보에 대한 비밀 보장을 침해하지 않고 관련규정이 정하는 범위 안에서 본 연구의 실시 절차와 자료의 신뢰성을 검증하기 위해 연구 결과를 직접 열람할 수 있습니다. 귀하가 본 동의서에 서명하는 것은, 이러한 사항에 대하여 사전에 알고 있었으며 이를 허용한다는 동의로 간주될 것입니다.



10. 이 연구에 참가하면 댓가가 지급됩니까?

죄송합니다만 본 연구에 참가하는데 있어서 연구참여자에게 어떠한 금전적 보상도 없습니다.

11. 연구에 대한 문의는 어떻게 해야 됩니까?

본 연구에 대해 질문이 있거나 연구 중간에 문제가 생길 시 다음 연구 담당자에게 연락하십시오.

- 정혜원: 010- 8604- 6330 -황형민: 010- 4216- 7883 -방진혁:010- 2241- 4275
- 장종식(공동연구자): 010-4445-4412 - 장우혁(연구책임자): 010-9377-0817

만일 어느 때라도 연구참여자로서 귀하의 권리에 대한 질문이 있다면 다음의 강원대학교 생명윤리위원회에 연락하십시오.

강원대학교 생명윤리위원회

전화번호: 033-250-7905

동 의 서

1. 나는 이 설명서를 읽었으며 담당 연구원과 이에 대하여 의논하였습니다.
2. 나는 위험과 이득에 관하여 들었으며 나의 질문에 만족할 만한 답변을 얻었습니다.
3. 나는 이 연구에 참여하는 것에 대하여 자발적으로 동의합니다.
4. 나는 이 연구에서 얻어진 나의 정보에 대한 정보를 현행 법률과 생명윤리위원회 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
5. 나는 담당 연구자나 위임 받은 대리인이 연구를 진행하거나 결과 관리를 하는 경우와 보건 당국, 학교 당국 및 강원대학교 생명윤리위원회가 실태 조사를 하는 경우에는 비밀로 유지되는 나의 개인 신상 정보를 직접적으로 열람하는 것에 동의합니다.
6. 나는 언제라도 이 연구의 참여를 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해도 되지 않을 것이라는 것을 압니다.
7. 나의 서명은 이 동의서의 사본을 받았다는 것을 뜻하며 연구 참여가 끝날 때까지 사본을 보관하겠습니다.

연구참여자 성명	서명	날짜 (년/월/일) 2021.8.5
동의서 받은 연구원 성명	서명	날짜 (년/월/일) 2021.8.5
연구책임자 성명	서명	날짜 (년/월/일)