

ASQ : 부모 작성형 아동 모니터링 시스템

다이안 브리커 · 제인 스퀴어스 · 린다 마운츠 · 라완다 포터 · 로버트 니켈 · 제인 패럴 지음
서울장애인종합복지관 옮김

©2000 서울장애인종합복지관

8 개 월

다음 장부터는 아동이 하는 활동들에 대한 질문입니다.
아동이 여기에 쓰여진 활동을 이미 하거나,
아직 못 하는 경우도 있습니다.
각 질문에 대해서 아동이 규칙적으로 하는지, 가끔 하는지,
아직 하지 못하는지를 표시해 주시기 바랍니다.

유의사항

- 표시하기 전에 아동과 함께 그 활동을 꼭 해보세요.
- 재미있는 놀이 같은 것을 아이와 함께 하면서 이 질문지를 작성하세요.
- 이 질문지는 ___월 ___일까지 작성해 주세요.
- 만약 아동에 관련된 것이나 질문에 대한 의문이 있으면
_____ 번으로 전화해 주세요.
- 다음 질문지는 ___개월 때 작성해 주세요.



ASQ : 부모 작성형 아동 모니터링 시스템

다이안 브리커 · 제인 스퀴어스 · 린다 마운츠 · 라완다 포터 · 로버트 니켈 · 제인 패럴 지음
서울장애인종합복지관 옮김

©2000 서울장애인종합복지관

8 개 월

다음 빈칸을 채우십시오.

아동 이름 : _____

생년월일 : _____ 년 _____ 월 _____ 일

작성일 : _____ 년 _____ 월 _____ 일

질문지 작성자 : _____

아동과의 관계 : _____

전화번호 : _____

주소 : _____

우편번호 : _____

질문지 작성에 도움을 준 사람들 : _____



<의사소통>

아이와 같이 해보십시오.

예 가끔 아니오

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. 아이가 보지 못하는 곳에서 아이를 불렀을 때, 아이가 당신의 목소리가 나는 쪽을 쳐다보니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. 큰 소음이 날 때, 아이가 소리가 나는 쪽으로 돌아보니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. 당신이 만약 아이가 내는 소리를 따라 하면, 아이가 다시 그 소리를 따라 합니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. 아이가 "다", "가", "카", "바" 같은 소리들을 낼 수 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. 아이에게 "안돼"라고 말할 때, 짧은 순간이라도 하던 행동을 멈추면서 당신의 목소리에 반응합니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. "바바", "다다", "가가" 처럼 2개의 비슷한 소리들을 낼 수 있습니까? (특정한 물체나 사람을 가리키는 말이 아닐 수도 있다.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| | | | 의사소통 총점 | ___ |

<큰 운동>

아이와 같이 해보십시오.

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. 아이를 바닥에 내려놨을 때, 아이가 앉아있는 동안 손을 바닥에 대고 지탱합니까? (만약 이미 손을 대지 않고 바르게 앉아 있을 수 있다면 "예"에 표시하십시오.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. 아이가 누워 있다가 옆드린 자세로 뒤집고, 양팔을 빼낼 수 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. 아이가 손과 무릎을 바닥에 대고 몸을 일으켜 기는 자세를 취할 수 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. 만약 균형을 잡을 수 있을 정도로만 손을 잡아주었을 때, 아이가 서서 자신의 몸무게를 지탱할 수 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. 아이가 바닥에 앉아 있을 때, 손으로 짚지 않고 몇 분 동안 똑바로 앉아 있을 수 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. 아이를 가구나 아기침대 난간 옆에 세워놨을 때 지지하기 위해 가슴을 기대지 않고 잡고 서 있을 수 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| | | | 큰 운동 총점 | ___ |



<작은 운동>

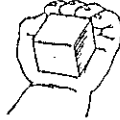
아이와 같이 해보십시오.

예 가끔 아니오

1. 아이가 작은 빵 조각이나 조리퐁을 가지려 하거나 손가락으로 그것을 만집니까? (만약 이미 콩만한 물건을 주어 들 수 있다면 "예"에 표시하십시오.)



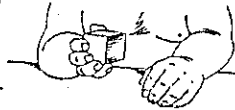
2. 아이가 작은 장난감을 집어들 때, 손 가운뎃가락에 놓고 손가락으로 감싸잡니까?



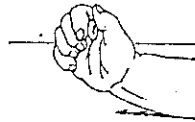
3. 아이가 잘 잡지 못해도 엄지손가락과 손가락 전체를 갈고리 모양으로 하여 작은 빵 조각이나 조리퐁을 집습니까? (만약 빵 조각이나 조리퐁을 이미 집어들 수 있다면 "예"에 표시하십시오.)



4. 아이가 보통 한쪽 손만을 사용해서 작은 장난감을 집습니까?



5. 아이가 엄지손가락과 손가락 전체를 갈고리 모양으로 하여 작은 빵 조각이나 조리퐁을 잘 집습니까? (만약 빵 조각이나 조리퐁을 이미 집어 들 수 있다면 "예"에 표시하십시오.)



6. 아이가 엄지손가락과 다른 손가락 끝으로 작은 장난감을 집어 들 수 있습니까? (아이의 손바닥과 장난감 사이에 공간이 있는지 꼭 보십시오.)



의사소통 총점 _____

<문제해결>

아이와 같이 해보십시오.

1. 아이가 장난감을 집어서 종종 입에 가져잡니까?

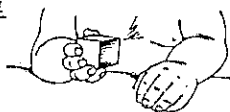


2. 아이가 누워 있을 때, 자신이 볼 수 있는 곳에 장난감을 떨어뜨렸다면 그것을 가지려고 합니까?

3. 아이가 장난감을 바닥이나 탁자에서 위 아래로 두드리면서 놀니까?



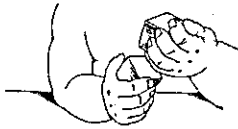
4. 아이가 장난감을 한 손에서 다른 손으로 옮겨 줍니까?



〈문제해결〉 (계속)

예 가끔 아니오

5. 아이가 작은 장난감 두 개를 양손에 각각 한 개씩 잡고 1분 동안 가지고 있을 수 있습니까?



6. 아이가 손으로 장난감을 잡고 탁자 위의 다른 장난감에 두드릴 수 있습니까?



문제해결 총점 _____

〈사회성〉

아이와 같이 해보십시오.

1. 아이가 누워 있을 때 발을 잡고 놀니까?



2. 커다란 거울 앞에서 아이가 거울을 톡 톡 두드리려고 팔을 뻗습니까?



3. 아이가 손이 닿지 않는 곳에 있는 장난감을 잡으려고 합니까? (잡기 위해 구르거나, 엎드린 채 회전을 하거나, 긴다.)

4. 아이가 누워 있을 때 발을 입으로 가져 잡니까?



5. 컵을 잡아주면 아이가 물, 주스, 혹은 분유를 컵으로 마실 수 있습니까?

6. 크래커나 쿠키를 아이 스스로 먹을 수 있습니까?

개인-사회성 총점 _____

<종합>

보충적인 의견을 위해 아래의 질문들을 사용합니다.

예 아니오

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. 아이가 소리를 잘 듣는다고 생각하십니까?
만약 그렇지 않다면, 어떻습니까? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 아이가 양 손을 똑같이 잘 사용합니까?
만약 그렇지 않다면, 어떻습니까? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 아이가 서도록 도와주었을 때, 대부분 발바닥 전체를 바닥에 대고
있습니까?
만약 그렇지 않다면, 어떻습니까? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 부모의 양쪽 가족 중에 어려서부터 청각장애나 시각장애를 가진
사람이 있습니까?
만약 그렇다면, 간략히 설명해 주십시오. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 지난 몇 달간 아이에게 의료문제가 있었습니까?
그렇다면, 어떤 것입니까? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 아이에 대해 염려되는 것이 있습니까?
그렇다면 어떤 것입니까? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8개월 ASQ 정보 요약

아동 이름 : _____ 생년월일 : _____
 ASQ 작성자: _____ 아동과의 관계 : _____
 주 소 : _____ 작성일 : _____
 전화번호 : _____ ASQ 작성 협조자 : _____

종합: 종합난의 기록을 써넣으시오.

- | | |
|---|--|
| 1. 소리를 잘 듣습니까? 예 아니오
소견: _____ | 4. 가족 중 청각장애인 사람이 있습니까? 예 아니오
소견: _____ |
| 2. 양 손을 모두 잘 사용합니까? 예 아니오
소견: _____ | 5. 최근 의료 문제가 있었습니까? 예 아니오
소견: _____ |
| 3. 아동의 발이 바닥에 평평하게 닿습니까? 예 아니오
소견: _____ | 6. 그 밖에 염려되는 것이 있습니까? 예 아니오
소견: _____ |

점수화

- 모든 질문에 응답이 되어 있어야 합니다. 만약 응답이 되어 있지 않은 칸이 있으면, 지침서의 비율 점수화 과정을 참조하십시오.
- 각 문항의 옆의 선에 적절한 수를 적어 점수를 매기십시오.
예=10 가끔=5 아니오=0
- 각 영역의 문항들의 점수를 더해 총점란에 적으십시오.
- 아동의 각 영역의 총점을 아래 도표의 적절한 원에 표시합니다. 예를 들어 만약 의사소통 영역의 총점이 50점이라면, 아래 도표의 첫 번째 열의 50에 해당하는 원을 표시합니다.

	총점수	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
의사소통		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
큰운동		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
작은운동		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
문제해결		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
개인-사회성		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
총점수		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60

위 도표의 해당 영역의 공란을 채웁니다.

- 만약 아동의 총점이 □영역에 있다면, 아동은 현재 이 영역에서 잘 수행하고 있다는 것을 나타 냅니다.
- 만약 아동의 총점이 □영역에 있다면, 전문가와 상담할 필요가 있고 아동은 깊이 있는 평가를 받아볼 필요가 있습니다.

선택사항 : 각 문항에 대한 특별한 질문은 아래의 요약도표에 적을 수 있습니다(예:Y, 가끔:S, 아니오:N).

		점수 기준점	의사소통	큰 운동	작은 운동	문제해결	개인-사회성
8개월	의사소통	36.7	1 ○ ○ ○	1 ○ ○ ○	1 ○ ○ ○	1 ○ ○ ○	1 ○ ○ ○
	큰 운동	24.3	2 ○ ○ ○	2 ○ ○ ○	2 ○ ○ ○	2 ○ ○ ○	2 ○ ○ ○
	작은 운동	36.8	3 ○ ○ ○	3 ○ ○ ○	3 ○ ○ ○	3 ○ ○ ○	3 ○ ○ ○
	문제해결	32.3	4 ○ ○ ○	4 ○ ○ ○	4 ○ ○ ○	4 ○ ○ ○	4 ○ ○ ○
	개인-사회성	30.5	5 ○ ○ ○	5 ○ ○ ○	5 ○ ○ ○	5 ○ ○ ○	5 ○ ○ ○
				6 ○ ○ ○	6 ○ ○ ○	6 ○ ○ ○	6 ○ ○ ○
			Y S N	Y S N	Y S N	Y S N	Y S N

ASQ : 부모 작성형 아동 모니터링 시스템

다이안 브리커 · 제인 스퀴이어스 · 린다 마운츠 · 라완다 포터 · 로버트 니켈 · 제인 패럴 지음
서울장애인종합복지관 옮김

©2000 서울장애인종합복지관

12 개 월

다음 장부터는 아동이 하는 활동들에 대한 질문입니다.
아동이 여기에 쓰여진 활동을 이미 하거나,
아직 못 하는 경우도 있습니다.
각 질문에 대해서 아동이 규칙적으로 하는지, 가끔 하는지,
아직 하지 못하는지를 표시해 주시기 바랍니다.

유의사항

- 표시하기 전에 아동과 함께 그 활동을 꼭 해보세요.
- 재미있는 놀이 같은 것을 아이와 함께 하면서 이 질문지를 작성하세요.
- 이 질문지는 ___ 월 ___ 일까지 작성해 주세요.
- 만약 아동에 관련된 것이나 질문에 대한 의문이 있으면
_____ 번으로 전화해 주세요.
- 다음 질문지는 _____ 개월 때 작성해 주세요.

