

노인장기요양 care manual

방문간호 급여제공 매뉴얼



CONTENTS

I. 급여제공기준	5		
가. 기본원칙	6		
나. 급여제공 절차	8		
다. 급여내용 및 범위	12		
II. 급여제공과정	15		
가. 건강 관리	17		
가-1. 건강상태 확인			
가-1-1. 활력징후 측정	18		
가-1-2. 혈당 및 요당검사	22		
가-1-3. 건강상태 관찰	27		
나. 기본 간호	29		
나-1. 위생 관리			
나-1-1. 구강 간호	30		
나-1-2. 특수 구강 간호	32		
나-1-3. 눈·귀·코 간호	34		
다. 신체기능 관리	37		
다-1. 관절구축			
다-1-1. 능동적 관절가동범위 운동	38		
다-1-2. 수동적 관절가동범위 운동	42		
다-2. 이동 장애			
다-2-1. 보행 관리	47		
라. 질병 관리	51		
라-1. 투약 관리			
라-1-1. 약물 관리	52		
라-1-2. 투약이행 관리	55		
		라-2. 통증 관리	
		라-2-1. 통증 사정	59
		라-2-2. 온·냉요법	63
		라-3. 감염 예방	
		라-3-1. 감염 예방	66
		라-4. 호흡기 간호	
		라-4-1. 기관지관 흡입	69
		라-4-2. 기관지관 관리	71
		라-4-3. 산소요법	73
		라-5. 상처 관리	
		라-5-1. 단순 상처치료	75
		라-5-2. 염증성 상처치료	77
		라-5-3. 발 관리	79
		라-6. 욕창	
		라-6-1. 욕창 예방	82
		라-6-2. 욕창 간호	84
		마. 인지기능	89
		마-1. 인지기능 장애	
		마-1-1. 인지기능 평가	90
		마-1-2. 인지기능 강화	96
		바. 영양 관리	99
		바-1. 영양 관리	
		바-1-1. 영양상태 확인	100
		바-1-2. 체액 관리	103
		바-1-3. 연하기능 강화	108
		바-1-4. 경관영양 식이 제공	111
		바-1-5. 비위관 교환 및 관리	113

재가급여제공 매뉴얼 활용 안내

요양보호사가 현장에서 급여제공 방법을 쉽게 보고 따라할 수 있도록 매뉴얼 및 동영상으로 제작하였습니다. 매뉴얼 및 동영상 자료는 노인장기요양보험 홈페이지 등을 통해 자료 확인할 수 있으며, 종사자 교육 자료로 활용 가능합니다.

매뉴얼

- 노인장기요양보험 홈페이지(<http://www.longtermcare.or.kr>)

• 종사자마당 → 기관종사자교육코너 → 직무교육자료실

게시번호	제목
60009	재가급여 매뉴얼(방문요양·방문목욕, 주·야간보호, 방문간호)

동영상

- 노인장기요양 홈페이지(<http://www.longtermcare.or.kr>)

• 종사자마당 → 기관종사자교육코너 → 직무교육자료실

게시번호	제목
60007	서비스매뉴얼 동영상(한 눈에 쓱쓱! 요양보호사 업무 따라하기)

- 포털사이트 검색

• 네이버 TV, 유튜브 → (검색어)'요양보호사 업무매뉴얼'

※ 모바일 시청 시 데이터 요금이 부과될 수 있습니다.

내 용

1. 한눈에 쓱쓱! 요양보호사 업무 따라하기 (전체)
2. 급여제공 준비하기, 급여제공 마무리
3. 인지훈련(힘내체조/회상요법 및 미술요법)
4. 식사도움(일반식사)
5. 이동도움 : 보행돕기, 휠체어이동
6. 배설도움 : 변기사용 도움, 침상 배뇨·배변 도움, 기저귀 교환
7. 옷 갈아입기 도움
8. 신체청결 도움(몸 씻기 도움)
9. 체위변경(측위/반좌위)

사. 배설 관리	115
사-1. 배뇨 장애	
사-1-1. 단순도뇨	116
사-1-2. 유치 도뇨관 삽입 및 관리	118
사-1-3. 배뇨 훈련	122
사-1-4. 방광 세척	124
사-2. 배변 장애	
사-2-1. 관장	127
사-2-2. 장루 간호	130
Ⅲ. 급여제공정보	135
가. 구성	136
나. 수급자 사고 예방 및 관리	
1. 욕창 예방 및 관리지침	137
2. 낙상 예방 및 관리지침	139
3. 탈수 예방 및 관리지침	141
4. 치매 예방 및 관리지침	142
5. 응급상황 대응지침	145
6. 실종 예방 및 대응지침	149
7. 학대 대응지침	150
다. 근로 및 고충처리	
1. 업무범위 및 부당요구 대응지침	151
2. 고충처리	154
3. 부당청구 신고	155
4. 성희롱 예방 및 대응지침	156
5. 개인정보 보호지침	159
라. 건강 및 안전관리	
1. 감염 예방	160
2. 손 씻기	164
3. 근골격계 질환 예방법	166
4. 근골격계 질환 예방운동	168
5. 전기사고 예방	171
6. 가스 및 유류화재 예방	172

I. 급여성공기준

- 가. 기본원칙
- 나. 급여성공 절차
- 다. 급여성공 내용 및 범위





가. 기본원칙

나. 급여제공 절차

다. 급여내용 및 범위

1. 의료법과 노인장기요양보험법에 명시된 방문간호급여제공

- 관리책임자의 지도·감독 하에 의사, 한의사의 지시서(이하 “방문간호지시서”라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 서비스를 제공한다.
- 방문간호 제공자인 간호(조무)사는 방문간호 지시서에 명시된 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 등의 업무를 수행한다.
- 건강이상 증상 또는 증후 발견 시 방문간호 담당자는 관리책임자에게 보고하여 적절한 치료 및 관리방법을 확인한다.
- 관리책임자는 방문간호 제공인력의 간호제공을 월 1회 지도·감독한다.
- 전문적인 치료가 필요하다고 판단되는 경우에는 전문 의료기관에 의뢰한다.

2. 수급자 중심의 급여 내용

- 수급자 또는 보호자와 상담을 실시하고, 제공할 급여내용을 상세히 설명한다.
- 수급자의 욕구, 문제, 현재의 기능, 장점 및 잠재능력 등을 종합적으로 파악하고, 개별적인 욕구를 반영하여 서비스를 제공한다.
- 수급자의 낙상위험도, 욕창위험도는 반드시 사정하고 관련 자료를 제공한다.
- 욕구사정, 낙상위험도, 욕창위험도, 인지기능상태는 연 1회 평가한다.
- 모든 간호제공의 목적과 방법을 사전에 설명한다. 필요시 해당 간호를 가족에게 교육한다.

3. 급여제공계획과 기준에 근거한 급여제공

- 급여계획 수립에 따른 계획표를 작성하고 급여를 제공한다.
- 방문간호지시서에 따라 급여를 제공하고 있는지 확인한다.
- 수급자별로 급여제공내용과 상태변화를 장기요양급여제공기록지에 자세히 기록하고 관리하며, 수급자 또는 보호자에게 제공한다.
- 구체적인 급여제공내용과 방법은 급여제공매뉴얼과 최신 간호서적을 참고·활용한다.
- 탈수예방, 노인학대예방, 관절구축예방, 치매예방에 대해 설명하고 자료를 제공한다.
- 건강이상 증상 또는 증후 발견 시 방문간호 담당자는 관리책임자에게 보고하여 적절한 치료 및 관리방법을 확인한다.
- 급여제공과정에서 수급자의 상태변화 및 반응, 적응정도를 반영하여 급여제공계획을 수정·보완한다.
- 계획된 대로 급여가 제공되고 있는지 방문시마다 평가한다.
- 매월 초, 전월 급여이용에 대한 장기요양급여비용 명세서(본인부담금 안내)와 당월 급여제공계획서를 보호자에게 전달한다.
- 장기요양급여제공시 알게 된 수급자와 그 가족의 개인정보 등의 비밀을 다른 사람에게 누설하거나 직무상 목적 외의 용도로 이용하여서는 아니 된다.
- 장기요양급여제공시 성, 연령, 건강상태 및 장애, 경제상태, 종교 및 정치적 신념 등의 사유로 급여제공과정에서 수급자를 차별 또는 학대하여서는 아니 된다.

4. 권리와 책임에 따른 급여제공

- 급여를 제공할 때는 항상 단정하고 위생적인 복장을 착용하도록 한다.
- 매년 건강검진을 받고, 평소 계획적인 휴식과 운동, 건강 관리를 통해 근골격계질환이나 감염을 예방하기 위해 노력한다.
- 수급자에 대한 학대나 기관의 부당행위를 발견하였을 경우는 지체 없이 관련 절차에 따라 신고한다.
- 만약 방문간호 제공직원이 바뀌는 경우에는 급여제공 전에 새로운 직원을 소개하고 인수인계 내용을 기록한다.
- 건강상태 악화되었거나 높은 등급으로 변경되어 타 급여를 원하는 경우 지역 내 이용할 수 있는 서비스(지역 내 해당되는 모든 기관 안내)에 대한 안내를 실시하여, 수급자가 서비스를 편리하게 전환할 수 있도록 지원한다.
- 수급자가 전원·퇴소시 연계기록지를 작성하고 제공해야 한다.



가. 기본원칙

나. 급여제공 절차

다. 급여내용 및 범위

방문간호지시서에 따라 급여제공은 신청을 한 이후, 방문간호급여를 제공하는 과정은 다음과 같다.



1. 이용 상담 및 계약

- ① 급여 이용을 원하는 수급자(보호자)등이 전화, 내방 등을 통해 방문간호 이용관련 상담을 의뢰한다.
- ② 급여 이용을 원하는 수급자에 대한 기본적인 사항을 체크한 후 기관방문일정을 정한다.
- ③ 기관 방문시 관리책임자와 방문간호 제공 담당자 소개를 한다.
- ④ 급여 이용을 원하는 수급자의 일반적인 상황을 확인한다.
 - 장기요양수급자 여부(인정서 확인)
 - 장기요양등급
 - 장기요양인정번호
 - 다른 재가급여 이용여부
 - 보험 자격(의료급여 등) 등
- ⑤ 급여 이용을 원하는 수급자에 대한 기본 정보를 수집한다.
 - 수급자(보호자)의 현황(성명, 수급자와의 관계, 연락처, 이용사유 등) 파악
 - 수급자의 기본사항(성별, 나이, 주소, 거주지 약도, 전화번호 등) 파악
 - 수급자의 현황(건강·인지·신체상태 및 케어상황 등), 현재의 문제점 및 욕구 파악
- ⑥ 방문간호 지시서와 수급자의 정보를 참조로 하여 방문간호 이용여부를 결정한다.
 - 방문요양급여 또는 방문목욕급여를 이용하는 1등급부터 4등급까지의 수급자 중 인정 조사·간호처치 영역의 증상유무의 '있다'란에 하나 이상 표시된 자는 월 1회에 한하여 월 한도액과 관계없이 예방관리 등을 위한 방문간호급여를 이용할 수 있다.
 - 5등급 수급자에게 최초 방문간호지시서 발급일부터 6개월 동안 매월 1회 이상 치매전문 교육을 이수한 간호사 또는 간호조무사가 방문간호급여를 제공하여야 한다.
 - 등급을 처음 판정받은 1~5등급 치매수급자는 등급을 받은 날부터 60일 이내에 월 한도액과 관계없이 방문간호급여를 총 4회 범위 내에서 월 2회까지 이용할 수 있다.
 - 이용이 가능한 경우 급여제공을 결정하고, 이용이 어려운 경우 타 기관 정보제공 및 의뢰를 한다.
 - 이용이 결정되면 이용신청 관련서류 작성하고, 등록방법에 대해 설명하며 이용관련 구비 서류(장기요양인정서, 방문간호지시서, 건강보험카드, 주민등록등본, 사진 등)에 대해 보호자에게 요청한다.
- ⑦ 급여 이용에 대한 계약을 체결한다.
 - 수급자에게 이용결과 및 급여 수립계획을 알리고, 수급자나 그 가족과 방문 간호급여 이용을 위한 계약서를 작성한다.
 - 계약서와 함께 개인정보 제공 및 활용에 관한 동의서에도 서명을 받는다.
 - 계약서 작성 후, 기관과 이용가족 각자 계약서를 보관하도록 한다. 반드시 수급자에게 계약서 부분을 제공한다.

2. 사정

- ① 수급자의 욕구와 문제, 현재의 기능, 장점과 잠재능력, 요구되어지는 서비스 등을 관찰, 평가하여 기관이용의 적합성을 확보함과 동시에 수급자의 문제에 대해 원인을 규명하고 그것을 해결하거나 감소시킬 수 있는 방법에 대해 전문적인 판단을 하는 것을 말한다.
- ② 사정을 통해 파악해야 할 내용들은 다음과 같다.
 - 신체상태 욕구사정(일상생활동작 수행능력 등), 질병 욕구사정(과거병력, 현 진단명 등), 인지상태 욕구사정(정신상태, 감정 등), 의사소통 욕구사정(청취능력, 발음능력 등), 영양상태 욕구사정(음식섭취 패턴, 배설 양상 등) 가족 및 환경적 욕구사정(가족상황, 거주환경, 수발부담 등), 자원이용 욕구사정(의료기관, 사회복지기관, 그 외 서비스 기관 등), 개별적으로 호소하는 주관적 욕구사정
 - 욕구사정지를 비치하여 보관하고, 사정지에는 전반에 대한 총평을 기재한다.

3. 급여제공계획 수립

- ① 초기 사정에서 확인된 수급자 및 보호자에게 여러가지 문제 및 요구가 있을 때, 우선순위를 결정하여야 한다. 급박하고, 수급자의 요구가 큰 문제부터 해결한다.
- ② 수급자와 보호자의 문제 및 욕구의 우선순위에 따라 수급자와 가족과 합의된 문제 해결 목표를 수립한다.
- ③ 목표는 사정단계에서 확인된 문제를 해결하는 것으로 한다. 목표 수립 시 방문간호 서비스에 대한 수급자의 욕구정도, 수급자의 장애, 질환의 특성 정도, 수급자 잔존 기능 정도, 보호자 및 가족의 수발 정도를 고려한다.
- ④ 목표는 현실적이어야 하고, 단기목표와 장기목표로 구분하여 수립한다.
- ⑤ 급여 우선순위 및 목표에 따라 제공할 서비스 내용을 결정한다.
- ⑥ 급여 내용을 효과적으로 지원해 줄 수 있도록 서비스횟수, 일정을 결정한다.
- ⑦ 이를 바탕으로 일정표를 포함한 급여제공계획서를 작성한다.
- ⑧ 방문간호 지시서에 따라 급여를 제공하고 있는지 확인한다.

4. 급여제공

- ① 초기 사정 및 급여 계획에 따라 급여를 제공한다.
- ② 탈수예방, 노인학대예방, 관절구축예방, 치매예방에 대해 설명하고 자료를 제공한다.
- ③ 모든 급여는 장기요양급여제공기록지 작성방법에 따라 장기요양급여제공기록지(방문간호)에 자세히 기록되어야 하며, 반드시 수급자별로 자료를 관리한다.

- 급여제공기록지는 수급자 또는 보호자에게 주 1회 이상 방문, 우편, 모사전송 등의 방법으로 제공한다. 만약 공단이 운영하는 가정방문급여관련 기록, 전송 시스템으로 전송한 경우에는 월 1회 이상 제공할 수 있다.

- ④ 급여제공과정에서 수급자의 상태변화 및 반응, 적응정도를 반영하여 급여제공계획을 수정·보완할 수 있다.
- ⑤ 매월 초, 전월 급여이용에 대한 장기요양급여비용 명세서(본인부담금 안내)와 당월 급여제공계획서를 보호자에게 전달한다.
- ⑥ 만약 제공직원이 바뀌는 경우에는 급여제공 전에 새로운 직원을 소개하고 인수인계 내용을 기록한다.

5. 모니터링 및 재평가

- ① 재평가 결과 및 수급자의 욕구 변화를 반영하여 급여제공계획을 수정·보완할 수 있다.
- ② 계획된 대로 급여가 제공되고 있는지 방문시마다 평가하여야 한다.
- ③ 급여제공 효과를 보기위해 일정한 간격으로 다음 급여 목표 달성정도를 평가하여 가족과 공유한다.
 - 방문간호 급여에 대한 수급자의 욕구정도
 - 수급자의 장애, 질환의 특성 정도
 - 수급자 잔존기능 정도
- ④ 욕구사정, 낙상위험도, 욕창위험도, 인지기능상태는 연 1회 평가한다.

6. 이용 종료 및 적정서비스 연계

- ① 급여 계약기간이 종료될 시점에서 기관은 계약종결 및 연장에 대해 수급자 혹은 보호자에게 알리고, 재계약 의사를 확인한다.
- ② 수급자가 급여종결을 원할 경우에는 종결확인서를 작성하여 이용을 종료하고 만약 연장을 원할 경우 연장 계약서를 재작성한다.
- ③ 건강상태가 악화되었거나 높은 등급으로 변경되어 타 급여를 원하는 경우 지역 내 이용할 수 있는 서비스(지역 내 해당되는 모든 기관 안내)에 대한 안내를 실시하여, 수급자가 서비스를 편리하게 전환할 수 있도록 지원한다.
- ④ 수급자가 원하는 경우, 연계가능한 서비스에 대해 정보를 제공하고, 적절히 연계하여야 한다. 연계기관에 대해서는 연계 의뢰지를 작성하여 제공하되, 정보제공 수준은 수급자와 협의하여 결정한다.
- ⑤ 수급자가 전원·퇴소시 연계기록지를 작성하고 제공해야 한다.



가. 기본원칙

나. 급여제공 절차

다. 급여내용 및 범위

대분류	중분류	소분류	코드	연번
기본건강 관리	건강상태 확인	활력징후 측정	가-1-1)	1
		혈당 및 요당검사	가-1-2)	2
		건강상태 관찰	가-1-3)	3
기본 간호	위생 관리	구강 간호	나-1-1)	4
		특수구강 간호	나-1-2)	5
		눈·귀·코 간호	나-1-3)	6
신체훈련	관절구축	능동적 관절가동범위 운동	다-1-1)	7
		수동적 관절가동범위 운동	다-1-2)	8
	이동 장애	보행 관리	다-2-1)	9
질병 관리	투약 관리	약물 관리	라-1-1)	10
		투약이행관리	라-1-2)	11
	통증 관리	통증사정	라-2-1)	12
		온·냉요법	라-2-2)	13
	감염 예방	감염 예방	라-3-1)	14
	호흡기 간호	기관지관 흡입	라-4-1)	15
		기관지관 관리	라-4-2)	16
		산소요법	라-4-3)	17
	상처 관리	단순 상처치료	라-5-1)	18
		염증성 상처치료	라-5-2)	19
		발 관리	라-5-3)	20
	욕창	욕창 예방	라-6-1)	21
욕창 간호		라-6-2)	22	

대분류	중분류	소분류	코드	연번
인지훈련	인지기능 장애	인지기능 평가	마-1-1)	23
		인지기능 강화	마-1-2)	24
영양 관리	영양 관리	영양상태 확인	바-1-1)	25
		체액 관리	바-1-2)	26
		연하기능 강화	바-1-3)	27
		경관영양 식이 제공	바-1-4)	28
		비위관 교환 및 관리	바-1-5)	29
배설 관리	배뇨 장애	단순도뇨	사-1-1)	30
		유치도뇨관 삽입 및 관리	사-1-2)	31
		배뇨 훈련	사-1-3)	32
	배변 장애	방광 세척	사-1-4)	33
		관장	사-2-1)	34
		장루 간호	사-2-2)	35

Ⅱ. 급여성공과정

- 가. 건강 관리
- 나. 기본 간호
- 다. 신체기능 관리
- 라. 질병 관리
- 마. 인지기능
- 바. 영양 관리
- 사. 배설 관리



Ⅱ. 급여성공과정

가. 건강 관리





- 1) 활력징후의 측정
- 3) 건강상태 관찰

2) 혈당 및 요당검사



목적

- 가장 기본적인 건강사정으로 혈압, 체온, 맥박, 호흡을 측정하여 수급자의 상태변화 및 이상을 조기에 발견하기 위함이다.



주의사항

- 활력징후 결과의 정확성이나 절차에 영향을 미칠 수 있는 어떤 주관적 혹은 객관적 특성이 있는지 사정한다.
- 수급자의 경우에는 의식이 완전하지 않거나, 설사, 경련 등의 문제가 있을 수 있으므로 가능하면 구강체온이나 직장체온은 피하고 액와체온으로 측정한다. 어깨 부위 수술 후 석고붕대 또는 탄력붕대 등을 하고 있는 수급자는 액와체온 측정을 금한다.
- 맥박을 사정하기 전에 수급자는 편안한 자세이어야 하며 매번 일관된 자세로 맥박을 측정하도록 한다.
- 호흡 측정 시 호흡을 최대한으로 하기 위한 편안한 자세를 취하도록 해야 한다.
- 정서적 불안, 통증, 힘쓰, 식사 혹은 흡연에 의해 고혈압이 나타날 수 있다. 이러한 혈압상승은 촉진요인이 제거될 때 사라진다. 그러므로 정확한 혈압사정을 위해서는 이러한 요인을 최소화하도록 해야한다.

01 준비물

전자체온계(측정 부위에 따라 적절한 체온계 준비, 대부분 액와체온 측정), 또는 귀적외선 체온계, 혈압계 및 커프, 초침이 있는 시계, 청진기, 알코올 솜

02 방법

1) 액와체온

- 액와를 노출하고, 액와에 습기가 없도록 마른 타올로 닦은 후 액와의 중앙에 전자체온계를 위치하도록 넣고 상박을 붙이고 손을 가슴위로 놓는다.
- 전자체온계의 숫자판의 숫자를 읽는다.
- 전자체온계를 알코올 솜으로 닦은 후 보관한다.

2) 귀체온

- 귀체온계를 사용하기 전 깨끗한 새 렌즈필터를 부착하여 정확하게 체온을 측정 한다.
- 스타트(start)버튼이나 I/O 버튼을 누른다.
- “삐”소리와 함께 액정화면에 준비기호가 표시될때까지 기다린다.
- 렌즈를 이도에 삽입하고 스타트(start)버튼이나 I/O 버튼을 누른다.
- 렌즈가 이도에 잘 맞춰진 상태로 측정이 되었다면, 측정 후 삐소리가 길게 난다. 측정결과는 액정화면에 표시된다.

3) 맥박

- 맥박을 측정할 부위를 결정한다. 요골 맥박을 측정할 경우에는 누운 자세에서 측정한다.
- 팔을 바로 펴고 손바닥을 밑으로 하여 전박을 굽혀 가슴위에 놓는다. 측정자의 가운데 손가락을 수급자의 요골동맥위에 대고 가볍게 누른 후 측정한다.
- 맥박이 규칙적이면 30초간 측정하여 2배로 하고 불규칙적이면 1분간 측정한다.
- 맥박을 측정하는 동안 맥박의 강도와 규칙성을 사정한다.

4) 호흡

- 요골맥박을 측정한 후 손목을 계속 잡으면서 수급자 모르게 호흡 횟수를 측정한다.
- 흡기와 호기를 합쳐 1회로 하며, 규칙적이면 30초간 측정하여 2배로 하고 불규칙적이면 1분간 측정한다.
- 호흡을 측정하는 동안 호흡의 속도, 깊이, 용이함을 사정한다.

5) 상완혈압

- ① 혈압 측정 5~10분 전부터 안정된 상태였는지 확인한다.
- ② 편안하게 눕힌 후 팔을 심장 높이와 같은 위치에 두고 손바닥이 위로 오게 한다.
- ③ 혈압계의 수은주가 0에 있는지 확인하고 연령에 맞는 커프를 선택한다.
- ④ 수급자의 옷소매를 걷어 올려 상완동맥 박동이 잘 확인되는 곳에서 2cm 상부에 손가락 두 개가 들어갈 정도의 여유를 두고 감는다.
- ⑤ 팔꿈치 안쪽 부위에 맥박이 촉진되는 상완동맥 위에 청진기를 댄다.
- ⑥ 밸브조절기를 잠근 다음 맥박이 촉진되지 않은 점보다 20~40mmHg 더 높이 공기를 넣는다.
- ⑦ 2~3mmHg/초의 속도로 공기를 빼며 처음 박동음이 들리는 시점의 눈금을 읽어 수축기압으로 하고, 박동음이 없어지거나 변하는 시점의 눈금을 읽어 이완기압으로 한다.
- ⑧ 측정결과와 부위, 관찰사항을 기록한다.

03 확인

- 수급자와 처음 접촉할 때 얻은 활력징후 수치를 기준으로 결과를 비교한다.
- 혈압, 맥박, 체온 및 호흡에 의미있는 변화가 있는 경우 방문간호 담당자는 관리책임자에게 보고하여 전반적인 사정이 이루어지도록 한다.
- 활력징후에 의미있는 변화가 관찰되어 전문적인 치료가 필요하다고 판단되는 경우에는 전문 의료기관에 의뢰한다.

TIP 기초지식: 활력징후에 영향을 미치는 요인들

- 성인의 정상적인 맥박 수는 분당 60~90회로 이 범주를 넘어선 속도 또는 의미 있는 변화는 지속적인 사정의 필요성을 의미한다. 특히 심맥관 문제가 있거나 강심제를 복용하는 사람에게 맥박 속도상의 의미 있는 변화가 있다면 전반적인 사정이 필요하다.
- 수급자의 정상 호흡수는 젊은 성인과 비슷하며 분당 12~20회의 호흡이 정상이다. 호흡수의 증가는 흔히 불안, 통증, 체온상승, 활동 증가 시에 나타난다. 약간의 불규칙한 호흡은 수급자에게 보기 드문 일이 아니지만 심하게 불규칙적인 리듬, 호흡곤란 혹은 움직임 때 숨기쁨과 같은 비정상적인 결과는 원인을 파악하기 위한 건강사정이 필요하다.
- 혈압약이 투여되는 수급자에게는 혈압이 정기적으로 모니터링 되어야 한다. 지속적인 혈압상승(수축기 혈압이 160mmHg 혹은 그 이상, 이완기 혈압이 90mmHg 혹은 그 이상)은 고혈압을 의미하기 때문에 전문적인 치료가 필요하다.



- 1) 활력징후의 측정
- 3) 건강상태 관찰

2) 혈당 및 요당검사

목적

- 당뇨병 수급자에게 식사, 운동, 약물요법이 잘 되는지 확인하기 위해서이다.
- 하루 4회 이상 저혈당 또는 고혈당 증세가 있거나 운동량의 변화가 있을 때에 적용한다. 특히 밤에 저혈당 증세가 자주 나타나는 사람에게 실시하여 저혈당증과 고혈당증으로 인한 위험에 대비하기 위해서이다.

주의사항

- ① 혈당측정기를 이용하여 혈당을 측정하는 경우 손가락을 짜서 혈액을 내지 않도록 한다. 혈당측정 전 식사와 간식섭취 시간을 확인한다.
- ② 당뇨의 관리를 위해서는 공복시와 식후 2시간에 일정기간 동안 혈당 측정을 해야 한다. 4~8시간 금식 후 검사를 하는 것이 바람직하며 정기적으로 혈당측정을 하도록 한다.
- ③ 요당검사시 식후 뇨인지, 공복시 뇨인지 요 채취 시점을 확실히 확인해야 한다. 식 후 1~2시간 후에 하는 것이 가장 정확하다. 비타민 C를 대량 섭취하면 요당이 음성으로 나타날 수 있으므로 검사 전에 확인한다.

01 준비물

- ① 혈당측정: 혈당측정기, 채혈침, 검사 테이프, 알코올 솜
- ② 요당검사: 소변 시험지

02 방법

1) 혈당검사

- ① 채혈 전 흐르는 따뜻한 물에 손을 비누로 깨끗이 씻고 잘 말린다. 알코올로 소독하는 경우 알코올이 완전히 마른 후 채혈한다.
- ② 채혈부위 손을 약 10~15초간 아래로 떨어뜨린 후 채혈 부위를 선택하여 손끝 방향으로 압박을 주면서 밀어 모이도록 한다.
- ③ 채혈부위는 손가락 끝의 가장자리로 하되 돌아가면서 한다.
- ④ 손끝의 가장자리를 찌른 후 피가 충분히 나오도록 손가락을 심장보다 낮춘다. 채혈침으로 찌른 부위 주위를 절대로 쥐어짜지 않는다.
- ⑤ 혈당측정기를 켜고 혈당측정 검사지를 넣은 후 검사지 끝에 혈액을 댄다(혈당측정기 마다 사용방법이 다를 수 있으므로 혈당측정전 사용설명서를 읽는다). 액정화면에 혈당수치가 나타난다.

2) 요당검사

- ① 막대처럼 길쭉한 시험지 끝을 잡고 소변에 시험지를 완전히 적신다.
- ② 시험지를 검체 용기의 가장자리에 가볍게 두드려 과잉의 소변을 털어낸다.
- ③ 일정한 시간 경과 후 시험지의 색상변화를 표준색상과 비교한다.

03 확인

- 혈당 및 요당검사에서 의미있는 비정상 수치가 관찰되면 방문간호 담당자는 관리책임자에게 보고하여 전반적인 사정이 이루어지도록 한다.
- 당뇨병 수급자의 경우 운동 전후, 아픈 경우, 저혈당이 의심되는 경우에 즉각적으로 혈당측정을 하여 혈당 기록지에 기록하도록 교육한다 (활용자료 - 자가혈당 기록지).

TIP 기초지식: 혈당 검사들

- 당뇨병 여부 및 중증도를 확인하는 진단법으로 널리 시행되고 있다. 공복 혈당 70~100mg/dl이 정상이며, 식후에는 일시적으로 100~140mg/dl정도까지 상승하나 160mg/dl은 거의 넘지 않는다. 건강한 사람의 경우, 식후 두 시간이 지나면 80~120mg/dl로 떨어진다. 혈당치가 170mg/dl이상일 경우, 일반적으로 요에 당이 섞여 나온다.

○ 식전후의 혈당수치(대한당뇨병학회, 2007)

(단위: mg/dl)

	정상	목표치
공복혈당	70~100 mg/dl	70~130 mg/dl
식후2시간혈당	140 mg/dl 이하	90~180mg/dl
당화혈색소	4~6%	< 6.5 %

활용자료 - 자가혈당 기록지

- 자가 또는 가족이 당뇨병 수급자에게 측정한 혈당을 볼펜으로 아래의 혈당기록지에 기입한다. 혈당측정이후에 저혈당 또는 고혈당 등으로 이루어진 조치에 대해서 기록하도록 한다. 혈당조절이 어려워 하루에 여러 번 혈당을 측정하는 경우에 하루의 혈당변화를 그래프로 그려 살펴보는 것이 효과적이다.

〈혈당기록지의 예〉

(단위: mg/dl)

일시	아침		점심		저녁		밤	새벽	비고
	식전	식후	식전	식후	식전	식후	취침전	새벽 2~3시	
1/1			110	140				61	저혈당 있어 사탕 먹음

〈혈당기록지〉

일시	아침		점심		저녁		밤	새벽	비고
	식전	식후	식전	식후	식전	식후	취침전	새벽 2~3시	

<1일 혈당치 기록 그래프>

300 이상								
290								
280								
270								
260								
250								
240								
230								
220								
210								
200								
190								
180		V182						
170								
160								
150	^158							
140								
130								
120								
110								
100								
90								
80								
70								
70 이하	아침식전	아침식후	점심식전	점심식후	저녁식전	저녁식후	취침전	새벽 2~3시경



- 1) 활력징후의 측정
- 3) 건강상태 관찰

2) 혈당 및 요당검사



목적

- 전반적인 조사를 통해 수급자의 중요한 건강문제를 확인하고 가능한 적절한 방법으로 대처하게 하기 위함이다.



주의사항

- ① 초기 건강상태와 비교, 이전 방문시 사정했던 건강상태와 비교하여 평가한다.
- ② 수급자를 돌보는 가족과 영양보호사를 통해서도 자료를 수집한다.

01 준비물

- 없음

02 방법

- ① 자연스러운 대화와 관찰을 통해 수급자의 전반적인 외모와 행동을 확인한다. 체형, 자세, 걸음걸이의 변화가 있는지, 위생상태, 질병의 징후(피부색, 자세, 호흡, 통증, 불편감), 감정, 태도 및 정서, 인지 과정을 확인한다.
- ② 피부의 색, 피부의 혈관상태, 출혈여부를 확인한다. 신체 전반에 걸쳐 질환 또는 손상된 조직이 있는지 확인한다. 피부의 온도, 결, 습도 및 긴장도를 촉진을 통해 확인한다.
- ③ 수급자의 시력과 청력의 변화 및 의사소통 능력을 사정한다. 수급자가 읽을 수 있는지 텔레비전을 보거나 시력이 필요한 활동에 참여할 수 있는지 관찰한다. 또한 대화를 통해 청력의 상태를 확인한다. 수급자가 만약 시력 또는 청력 보조기구를 착용하고 있다면, 착용하여 적절하게 기능하는지 확인한다.

- ④ 수급자가 주변 환경에 대하여 인지하고 있는지 관찰한다. 대화를 나누는 과정에서 수급자의 상호작용의 형태와 빈도, 양을 관찰함으로써 수급자의 심리사회적 상태를 확인할 수 있다.
- ⑤ 일상생활 수행능력의 변화가 있는지 관찰한다.
- ⑥ 지난 방문이후로 몸무게의 변화, 영양상태의 변화, 구강 문제 등의 건강상의 문제가 있는지 질문한다. 혈압, 혈당 등의 건강상태 변화도 체크한다.
- ⑦ 수급자의 활동정도와 수면시간을 확인한다.
- ⑧ 지난 방문이후로 의료기관 방문, 새로운 약물 복용 등의 변화가 있는지 확인한다.
- ⑨ 수급자에게 관찰된 정상과 비정상 상태의 증상 및 증후를 기록한다.

03 확인

- 전반적인 건강상태 관찰에서 이상한 증후 및 증상이 관찰되면, 방문간호 담당자는 관리책임자에게 보고하여 전반적인 사정이 이루어지도록 한다.

TIP 기초지식

- 수급자의 건강상태 관찰을 통해 수급자의 신체적 간호요구를 확인한다. 신체적 간호요구는 개인위생, 피부통합성, 체온유지, 활동, 휴식과 수면, 안위, 영양, 수분과 전해질, 배뇨 및 배변, 산소화 과정을 모두 포함한다. 수급자의 건강상태는 계속되고 지속적으로 사정되어야 한다.

Ⅱ. 급여성공과정

나. 기본 간호





1) 구강 간호

2) 특수 구강 간호

3) 눈·귀·코 간호



목적

- 구강내 질병여부를 확인하고 바람직한 구강위생과 예방적 조치를 제공하기 위함이다.



주의사항

- 수급자가 구강 간호를 받을 수 있는 상태인지를 확인한다.

01 준비물

- 칫솔, 치약(또는 구강세정액), 물컵, 곡반, 수건, 화장지, 설압자, 장갑, 방수포

02 방법

- ① 설압자를 이용하여 구강 상태를 점검하고 칫솔에 치약을 묻혀 치아를 닦는다.
- ② 치아를 닦은 후 혀를 부드럽게 닦는다.
- ③ 곡반을 턱 밑에 대어 주어 물로 입을 행구어 내도록 한다.
- ④ 입술에 윤활제를 바른다.
- ⑤ 구강 간호를 제공하는 과정에서 치아, 구강 상태를 사정한다.

03 확인

- 간호제공 전후의 수급자의 구강상태와 처치 내용을 기록하고 필요시 보고한다.
- 심각한 구강문제 발견 시 방문간호 담당자는 관리책임자에게 보고하여 적절한 치료와 관리가 이루어지도록 한다.

TIP 기초지식: 구강사정

- 구강 간호 시 입술, 볼 점막, 잇몸, 혀의 색깔, 습기, 덩어리, 궤양, 병변, 출혈, 부종 및 삼출물 있는지 검진한다. 또한 혀의 운동성, 저작과 연하능력을 사정한다.

〈 가능한 구강문제 〉

구강문제	원인과 증상
구내염	• 세균, 바이러스, 기계적인 외상, 담배와 같은 자극물의 접촉, 비타민 결핍, 전신적인 감염 또는 화학요법 시 약물사용으로 생기는 구강 점막의 염증으로 고열, 통증, 타액의 증가와 구강악취가 있을 수 있음
설염	• 혀의 염증으로 감염성 질병, 화상 또는 깨물었거나 다른 손상으로 인해 발생
구순염	• 대부분 비타민 B 복합체 결핍에 의해 야기되는 입술의 궤양으로 입 가장자리가 빨갛게 갈라짐
건조한 구강점막	• 단순한 탈수로 발생하거나 구강호흡, 타액기능의 변화, 투약에 의해 발생
구강암	• 구강 내 또는 주위에 혹이나 궤양으로 보임. 흰색 혹은 붉은 반점들, 영구적인 궤양, 종창, 출혈, 무감각 혹은 구강내 통증을 느끼면 즉시 의사 또는 치과 의사의 진료를 받도록 한다.
구취증	• 구강의 여러 문제들로 나는 악취로 규칙적인 구강위생을 하도록 함. • 금기사항이 아닌 경우는 수분 섭취를 증진시킴

TIP 기초지식: 보청기 관리

- 수급자가 보청기를 사용할 경우 규칙적으로 전지를 체크하고, ear pieces는 날마다 물과 순한 비누로 세척하도록 한다. 또한 보청기 착용 수급자를 위한 가족 교육을 실시한다.
- 대화를 할 때 시끄러운 장소를 피한다.
- 대화의 실마리를 알 수 있도록 말하는 사람의 얼굴, 입술, 손 등이 잘 보이는 밝은 장소를 선택한다.
- 손을 컵 모양으로 만들어 귀 뒤에 댄다.
- 상대방이 이야기할 때 수급자 앞에서 하도록 요청한다.
- 잘못 들은 경우 다시 한 번 천천히 반복해 줄 것을 요청한다.
- 소리를 크게 하지 않고서도 TV나 라디오 소리를 들을 수 있도록 소리를 증폭시키는 장비구입을 고려한다.

Ⅱ. 급여자제공과정

다. 신체기능 관리





1) 능동적 관절가동범위 운동 2) 수동적 관절가동범위 운동

목적

- 관절이 정상적으로 움직일 수 있는 최대한의 운동범위인 관절가동범위 운동을 통해 관절의 기능을 유지한다.
- 능동적 운동은 관절가동성을 증진시키고 환부의 순환을 증가시키며, 근육의 크기, 강도, 힘을 증가시켜 심폐기능을 향상시킨다.

주의사항

- 정상적인 일상생활이 전부 또는 일부분이 불가능한 경우 전혀 사용되지 않는 관절이나 사용에 제한이 있는 관절에 주의를 기울여야 한다.
- 관절가동범위 운동은 수급자의 신체적 조건이 허용하는 한 능동적으로 실시해야 한다. 금기사항이 아니라면 수급자별로 능동적, 능동-보조적, 수동적인 관절가동범위(ROM) 운동을 계획하여 규칙적으로 수행하도록 한다.
 - 능동적 운동은 수급자가 독자적으로 완전한 관절가동범위 운동(등장성 운동)으로 관절을 움직인다.
 - 능동~보조적 운동에서 간호(조무)사는 최소한의 지지를 제공한다.
 - 수동적 운동에서 수급자는 독자적인 움직임이 불가능하고 간호(조무)사가 각 관절을 가동범위에 따라 움직여 준다.

01 준비물

- 준비물품: 각도계

02 방법

1) 간호사정

- ① 수급자의 전반적인 움직임과 걸음걸이를 관찰한다.
- ② 서 있는 자세에서 신체선열을 관찰한다.
- ③ 간호(조무)사는 시진과 촉진을 이용하여 관절과 관절가동범위, 주변 조직을 검진한다.
 - 관절가동범위는 정상적으로 가능한 완전한 움직임의 범위를 말한다.
 - 관절의 가동범위를 확인할 때 관절과 주변조직의 특징을 함께 확인한다.

- 관절의 크기, 모양, 색깔, 좌우대칭, 덩어리, 기형, 근위축 여부
- 각 관절의 관절가동범위
- 관절가동범위의 제한이나 평상시와는 다른 관절가동성의 증가(개인에 따라 관절가동범위는 다양할 수 있으나 나이가 들수록 감소한다)
- 저항에 대항하여 관절가동범위를 수행할 때 근육의 강도
- 부종, 열감, 압통, 통증, 결절 또는 염발음(만지거나 들을 수 있는 우두둑 우두둑 부서지는 소리 또는 가동범위 운동에서 생기는 삐걱거리는 감각)
- 한쪽 관절의 소견과 반대쪽 관절의 비교

〈ROM (신체 관절가동범위)측정〉

부위	운동범위	각도	Rt	Lt
어깨	굴곡(Flexion)	0-180		
	신전(Extension)	0-60		
	외전(abduction)	0-180		
	내회전(Internal Rotation)	0-70		
	외회전(External Rotation)	0-90		
팔꿈치 및 전완	굴곡~신전(Flexion-Extension)	0-150		
	회외(Supination)	0-80		
	회내(Pronation)	0-80		
손목	굴곡(Flexion)	0-80		
	신전(Extension)	0-70		
	척골편향(Ulnar Deviation)	0-30		
	요골편향(Radial Deviation)	0-20		
엉덩이 관절	굴곡(Flexion)	0-120		
	신전(Extension)	0-30		
	외전(abduction)	0-45		
	내전(adduction)	0-30		
	내회전(Internal Rotation)	0-45		
	외회전(External Rotation)	0-45		
무릎	굴곡~신전(Flexion-Extension)	135-0		
발목	족배굴곡(DorsiFlexion)	0-20		
	족저굴곡(PlanterFlexion)	0-50		
	내반(Inversion)	0-35		
	외반(Eversion)	0-15		

- ④ 수집된 자료를 분석하여 관절가동범위 운동계획을 수립한다.
- ⑤ 관리책임자는 수급자의 기동성 상태에 맞는 관절가동범위 운동 계획인지 여부를 평가한다.

03 확인

- 운동이 끝난 후에는 정상적인 신체선열의 자세를 유지한다.
- 운동 전후 수급자의 상태를 평가하고 기록한다.
- 운동을 실시하는데 불편한 반응을 보이면 관리책임자에게 보고하며, 의사의 방문간호 지시가 있을 때까지 운동을 보류한다.

TIP 기초지식: 관절운동범위 운동 시 기본지침

- 수급자가 무슨 운동을 하고 왜 이 운동을 해야 하며 어떻게 해야 하는지를 이해할 수 있도록 교육하는 것이 중요하다.
- 수급자가 피로를 느낄 정도까지 운동을 하지만 과로는 피해야 한다.
- 목의 과신전과 모든 관절에서 완전한 관절가동범위로 운동하는 것을 피한다.
- 일상생활 활동을 수행하는데 필요한 관절의 적절한 가동범위를 권장한다.
- 운동은 점차적으로 시작하고 천천히 수행한다.
- 각 관절은 통증이 아닌 어떤 저항이 느껴질 때까지 움직인다.
- 관절은 중립자세를 유지한다.
- 피부의 손상을 최소화하기 위하여 사지를 움직일 때 마찰을 최소화 한다.



1) 능동적 관절가동범위 운동

2) 수동적 관절가동범위 운동



목적

- 수동적 운동을 통해 관절가동성을 유지하고 관절 경축과 강직을 예방하기 위함이다.
- 수급자가 독립적으로 움직일 수 없을 때 간호(조무)사가 각각의 관절을 정상관절가동범위 운동에 따라 움직여 줌으로써 관절의 가동성을 유지시키기 위함이다.



주의사항

- 가능한 능동적인 정상 관절가동범위 운동을 하도록 해야 한다.

01 준비물

- 없음

02 방법

- ① 수급자가 편안한 앙와위를 취하게 한다.
- ② 신체선열을 관찰한다.
- ③ 운동은 각 동작을 수급자의 상태에 따라 2~5회씩 하루에 2회 시행한다.
- ④ 목부터 시작하여 한쪽으로 발가락까지 내려오며 시행하고, 다시 반대쪽으로 가서 반복한다.

1) 목 운동

- ① 간호(조무)사의 한 손을 수급자의 머리 뒤에, 반대쪽 한 손은 턱에 대고 턱이 가슴에 닿도록 머리를 구부린다(굴곡).
- ② 수급자의 볼 양 옆을 간호(조무)사의 손으로 지지하고 귀가 어깨에 닿도록 머리를 옆쪽으로 기울인다(측방굴곡).
- ③ 볼 양쪽 옆을 간호(조무)사의 손으로 지지하여 턱이 어깨 위에 닿도록 머리를 옆쪽으로 돌린다(회전).
- ④ 볼 양 옆을 손으로 지지하고 가능하면 반원의 폭으로 머리를 한쪽으로 순환시키면서 돌리고 반대로 돌린다(순환).

2) 어깨 운동

- ① 한 손은 수급자의 팔꿈치 아래로 팔을 지지하고 다른 손은 수급자의 손목을 붙잡는다. 수급자의 팔을 뺀어 머리 위쪽으로 굴곡시킨다. 머리위쪽으로 뺀어 팔을 그대로 몸 옆으로 내려 신전시킨다(굴곡, 신전).
- ② 팔꿈치와 손목을 붙잡은 채로 수급자의 팔을 신체로부터 옆으로 움직여 어깨를 외전시킨다. 팔을 중앙으로 돌리면서 어깨를 내전시킨다(외전, 내전).
- ③ 수급자의 팔꿈치를 어깨 수준으로 벌려 직각이 되게 하고 한손으로 팔꿈치를 고정시킨 후 다른 손으로 손목을 잡고 전박만 움직여 손을 머리쪽으로 180도 원을 그리며 외측회전한다. 다시 손을 허리 옆쪽으로 반원을 내리며 내측회전한다(내측회전, 외측 회전).

3) 팔꿈치 운동

- ① 수급자의 팔을 몸과 나란히 측면에 놓고 한손으로 수급자의 팔꿈치를 잡고 전박을 상박쪽으로 굴곡하고 신전시킨다(굴곡, 신전).

4) 전박 운동

- ① 한 손으로 수급자의 전박을 지지하고 다른 손으로 수급자의 손을 붙잡는다. 손바닥을 아래로 향하게 돌려 회내회전시키고 손바닥이 위로 향하게 돌려 회외회전시킨다(회내회전, 회외회전).

5) 손목 운동

- ① 굴곡, 신전, 과신전: 한손은 수급자의 손목을 잡고 다른손은 수급자의 손바닥을 잡아 손목을 구부리고 손목을 전박수준으로 신전하며 또 과신전시킨다.
- ② 요측편위, 척측편위: 수급자의 손바닥이 아래를 향하게 하여 손목을 신전시킨 후 손목을 새끼손가락쪽으로 구부리고 엄지손가락쪽으로 구부린다.

- ③ 순환: 가능한 한 원형으로 넓게 손목을 돌리는데 천천히 조심스럽게 움직인다. 먼저 한 방향으로 돌리고 다시 다른 방향으로 돌린다.

6) 손가락과 엄지손가락 운동

- ① 외전, 내전: 한 손은 손목을 잡고 다른 손의 손가락을 수급자의 손가락과 마주 깎지 끼어 손가락이 벌어지게 하여 외전시킨다. 수급자의 손가락을 간호(조무)사의 손에 모아 쥐면 손가락이 내전된다.
- ② 수급자의 손가락을 주먹을 쥐게 하여 굴곡시키고 기존의 위치로 손가락을 펴서 신전 시킨다. 엄지손가락 끝에 각각의 다른 손가락 끝이 닿도록 손가락들을 구부리면서 대립된다(굴곡, 신전, 대립).
- ③ 엄지손가락을 한 방향으로 넓은 원을 그리면서 순환시킨 후 다른 방향으로 순환시킨다(순환).

7) 몸통 운동

- ① 침대의 머리 쪽을 올려 수급자를 앉게 한다. 수급자의 어깨부위를 손으로 잡고 수급자가 자기 앞으로 몸통을 구부리게 하고 다시 편다. 간호(조무)사 편에서 먼쪽으로 수급자의 목과 어깨를 밀면서 허리를 간호(조무)사쪽으로 당긴다(굴곡, 측방굴곡).
- ② 간호(조무)사편에서 먼쪽의 수급자 어깨 바로 밑의 신체 상부를 붙잡고 간호(조무)사 쪽으로 수급자를 끌어당기면서 수급자의 전박이 허리를 가로질러 놓이게 하면 몸통이 회전된다. 가까운 쪽 신체 상부도 반대로 회전시킨다(회전).

8) 둔부와 무릎 운동

- ① 침대를 다시 수평으로 하여 수급자를 양와위로 눕힌다. 한손은 수급자의 무릎 아래에 놓고 다른 손은 발목을 지지하여 수급자의 둔부와 무릎이 굴곡되어 닿도록 굽힌다. 이때 대퇴 위쪽이 복부 쪽을 향하며 무릎과 둔부를 신전시킨다(굴곡, 신전).
- ② 한 손은 수급자의 발목을 잡고 다른 손은 무릎을 지지하면서 무릎을 구부려 구부린 쪽 발이 다른 쪽 무릎옆에 놓이게 한 후 발을 훌리불에서 들고 굴곡된 자세를 유지하면서 무릎을 간호(조무)사 쪽으로 돌린다. 무릎을 중앙선 아래로 가로질러 움직이면서 발은 중앙선에서 멀리 움직이도록 한다(내회전, 외회전).
- ③ 무릎 밑과 발목을 붙잡고 침대에서 다리를 편 후 다리 전체를 침대의 가장자리 쪽으로 움직인다. 다리전체를 침대 가운데로 옮긴다(외전, 내전).
- ④ 수급자의 편 다리 전체의 발목과 무릎 아래를 지지하고 가능한 크게 반원을 그리면서 순환시킨다(순환).

9) 발목 운동

- ① 간호(조무)사의 전박 위에 발바닥을 의지하게 하고 발뒤꿈치를 손으로 받친다. 다른 손은 무릎 아래를 지지한다. 간호(조무)사의 전박으로 발바닥을 다리쪽으로 민다. 무릎 아래를 지지했던 손으로 발등을 잡고 발바닥쪽으로 민다(족배굴곡, 족저굴곡).
- ② 수급자의 발꿈치를 손으로 받치고 다른 손으로 발의 끝부분을 붙잡아 중앙선쪽으로 발바닥을 돌린다. 발을 중앙선에서 바깥쪽으로 돌린다(내번, 외번).
- ③ 수급자의 발목을 손으로 붙잡고 다른 손으로 발끝을 잡아 가능한 넓게 원을 그리며 발목을 돌린다. 먼저 한 방향으로 돌리고 다시 다른 방향으로 돌린다(순환).

10) 발가락 운동

- ① 손으로 수급자의 발목의 위쪽을 고정하고 다른 손으로 수급자의 발가락을 붙잡고 굴곡시킨다. 발등쪽으로 발가락을 밀어 과신전시킨다(굴곡, 과신전).
- ② 수급자의 발가락 사이로 손가락을 넣어 외전시키고 발가락을 위에서 잡아 내전시킨다(외전, 내전).
- ③ 양와위로 있는 수급자의 양쪽 측면의 운동이 모두 끝나면 수급자를 복위로 눕히고 목, 어깨, 둔부의 과신전, 순환운동을 실시한다.

11) 복위 목 운동

- ① 간호(조무)사의 한 손은 수급자의 머리 뒤에, 다른 한 손은 턱에 대고 조심스럽게 목을 과신전시킨다(과신전).
- ② 가능한 한 크게 반원을 그리면서 목을 순환운동시킨다(회전).

12) 복위 어깨 운동

- ① 한손으로 수급자의 팔꿈치를 받치고 다른 손으로 손목을 잡아 상박을 들어올린다(과신전).
- ② 가능한 크게 반원을 그리면서 어깨를 순환운동시킨다(순환).

13) 복위 둔부 운동

- ① 수급자의 무릎 밑에 손을 받치고 다른 손은 수급자의 발목부위를 잡아 무릎이 신전 된채로 다리를 들어 둔부를 과신전시킨다(과신전).
- ② 가능한 한 크게 반원을 그리면서 순환운동을 시킨다(순환).

2) 1인 보조법

- ① 침대에 있는 경우에는 간호(조무)사는 수급자와 발을 벌리고 마주선다. 간호(조무)사의 어깨를 붙잡도록 하고 수급자의 허리를 붙잡고 침대에서 내려오는 것을 돕는다. 바닥에 앉아 있는 경우에는 부축하여 일어서도록 한다.
- ② 간호(조무)사는 수급자 옆에 서서 수급자 가까이 있는 팔로 수급자의 허리를 껴안듯이 잡고 반대편 팔로는 간호(조무)사 어깨 위에 있는 수급자의 팔을 잡는다. 이때 필요하다면 수급자는 한 팔로 상처부위를 지지할 수 있다.
- ③ 간호(조무)사와 수급자는 서로 반대편 발을 앞으로 내딛어 발을 맞추어 걸으며, 약한 쪽 다리를 먼저 보행하도록 한다.

3) 목발 보행

- ① 침대에 있는 경우에는 간호(조무)사는 수급자와 발을 벌리고 마주선다. 간호(조무)사의 어깨를 붙잡도록 하고 수급자의 허리를 붙잡고 침대에서 내려오는 것을 돕는다. 바닥에 앉아 있는 경우에는 부축하여 일어서도록 한다.
- ② 간호(조무)사가 발을 벌리고 수급자와 마주 서서 수급자에게 간호(조무)사의 어깨를 붙잡도록 하고 간호(조무)사가 수급자의 허리를 붙잡고 수급자가 침상에서 내려 오는 것을 돕는다.
- ③ 수급자에게 팔꿈치를 30도 구부린 상태에서 양쪽 손으로 목발을 잡게 한다.
 - 2점 보행: 한쪽 하지가 어느 정도 몸무게를 지탱할 수 있는 경우 시행하는 보행방법으로 정상보행과 유사하다. 수급자에게 오른쪽 목발과 왼발이 동시에 앞으로 나가고 난 다음 왼쪽 목발과 오른발을 동시에 앞으로 내딛게 한다.
 - 3점 보행: 수급자의 한쪽 하지는 몸무게를 지탱할 수 있으나 다른 쪽 하지는 지탱할 수 없거나 약간 견딜 수 있는 경우에 선택하는 보행 방법이다. 수급자에게 양 목발과 지탱할 수 없는 하지를 먼저 앞으로 나가도록 한다. 수급자를 지탱할 수 있는 하지를 더 앞으로 내딛게 한다.
 - 4점 보행: 양쪽 하지에 몸무게를 지탱할 수 있으나 균형을 유지하기 어렵거나 근력이 약해서 보행을 위한 충분한 능력이 갖추어지지 않은 수급자가 시행하는 보행방법이다. 보행능력이 진전되면 2점 보행으로 진전한다. 하지와 목발 각각 하나씩 앞으로 나가는 방법이다.
 - 왼쪽 목발이 앞으로 나간다.
 - 오른발이 연이어 앞으로 나간다.
 - 오른쪽 목발을 앞으로 내딛는다.
 - 마지막으로 왼발을 내딛는다.

03 확인

- 정기적으로 보행 보조기구의 올바른 사용을 확인한다.
- 보행 시 통증을 호소하는 부위가 있을 때는 관리책임자에게 보고한다.

TIP 기초지식: 목발 보행의 원칙

- 목발 보행 시 정상보행시의 신체선열을 유지하기 위해 머리를 들고 앞을 보면서 걸으며 등은 곧게 펴고 발목과 고관절은 구부린다.
- 목발은 수급자의 발 15cm 앞과 발가락 끝으로부터 옆으로 15cm 정도 떨어진 지점에 가볍게 둔다.
- 액와가 아닌 손바닥으로 몸무게를 지탱한다.
- 몸무게를 목발로부터 정상 혹은 비정상인 하지로 부드럽고 쉬운 리듬으로 이동하도록 한다.
- 목발의 길이는 적절한 길이로 측정되어야 목발 마비를 예방할 수 있다.
- 미끄러지는 것을 방지하기 위해 목발 밑에 고무 뚜껑을 씌운다.
- 보행법은 하지의 능력에 따라 결정한다.
- 목발 보행전에 팔과 어깨근육의 강화를 위해 충분히 운동하도록 한다.

Ⅱ. 급여제공과정

라. 질병 관리





1) 약물 관리

2) 투약이행 관리



목적

- 의식이 명료하고 구강투약에 문제가 없는 수급자와 가족을 대상으로 투여하고 있는 약제의 정보를 파악하여 약제의 올바른 투여와 보관을 도와주며, 약물 투여 후 부작용 및 약물 남용여부를 확인하고 교육하여 적절한 약물치료가 될 수 있도록 한다.



주의사항

- ① 수급자의 이해정도와 요구에 맞추어 투약 정보를 조사하여야 한다.
- ② 관리책임자는 수급자에게 적합한 투약 관리 및 투약교육이 이루어졌는지 반드시 확인한다.

01 준비물

- 준비물품: 투약정보 조사지, 약물 정보집

02 방법

- ① 수급자가 어떤 약물(처방, 비처방, 한약 등)이 어디에 있는지 확인한다. 가능하다면 약물이 어디에 보관하고 있는지도 확인하여 기록한다.
- ② 모든 약의 유효기간을 확인하여 오래된 약을 확인하고 수급자의 동의를 얻은 후 한 번에 버린다.
- ③ 정기적으로 먹는 약과 필요시 먹는 약을 구분하여 보관한다.
- ④ 수급자와 가족이 약물 복용목적, 복용량, 복용시간, 복용방법을 아는지 확인한다.

<투약정보 조사 양식>

약 이름	복용목적	1회 복용량	복용방법	투여시간	효과		처방여부	보관장소
					긍정적인	부정적인		

- ⑤ 약제별로 주된 정보를 제공하고 본인의 지병에 대한 경과와 치료방법 등에 대해 연관성을 갖게한다.
- ⑥ 수급자가 복용하고 있는 약제와 약제별 상호 부작용을 파악하며 감기 등 일시적인 증상과 관련되어 필요시 복용하는 약제는 호전 또는 치유 여부를 확인하여 계속 복용여부를 관리한다.
- ⑦ 의사의 처방 없이 투여하고 있는 약제는 다른 약제와의 상호작용과 중복여부를 확인하고 지도한다. 약제별 보관방법을 확인하고, 교육하여 약물을 바르게 보관하도록 지도한다.
- ⑧ 의사의 지시 없이 치료약물을 중단하고 있는 경우 중단사유를 확인하고 담당의사와 상의하도록 한다.
- ⑨ 약물투약을 기억할 수 있도록 하는 방법이 무엇인지 조사한다.
- ⑩ 수급자의 투약 관리 계획을 수립한다.
- ⑪ 관리책임자의 지도·감독 하에 수급자에 맞는 투약 관리 방법을 적용한다.

03 확인

- 월 1회 이상의 정기적인 방문을 통해 투약 관리 현황을 확인한다.
- 투약으로 나타나는 반응에 대해 모니터링하고 기록한다.
- 투약으로 인한 부정적 반응이 있는 경우에는 관리책임자에게 보고하며, 처방 약물의 중지 및 변경이 필요하다고 판단되는 경우에는 전문 의료기관에 의뢰한다.



TIP 기초지식

- 가정에서 거주하고 있는 수급자는 약물에 대한 지식과 약물치료 이행에 어려움을 경험할 수 있다. 특히 여러 약물을 복용할 때 문제가 발생할 수 있다.
- 수급자의 생리적 변화로 인해 발생할 수 있는 약물반응
 - 연동운동의 지연, 위의 산성도가 떨어지는 생리적 변화가 발생할 수 있다. 이로 인해 아스피린(Aspirin)과 같이 산성이 강한 약으로 인해 위벽이 자극받고 궤양이 발생하기 쉽다. 그러므로 위장의 불편증상 또는 혈변이 있는지 관찰해야 한다.
 - 지방조직이 증가하고 체액이 감소하며, 간 기능 및 신장 기능의 저하로 인해 약물의 혈중농도가 높은 상태로 오래 지속되거나 배설이 느려져 약물독성의 가능성이 높아진다. 약물의 독성증상과 축적 작용의 가능성을 인지하고 관찰한다.
 - 말초혈관의 탄력도의 저하로 인해 혈압 하강제 또는 이뇨제 사용 시 성인보다 더 큰 효과가 나타날 수 있다. 그러므로 활력징후를 정기적으로 측정하며, 체위 변경 시 서서히 하도록 교육 할 필요가 있다.
 - β -blocker 약물 사용 시에는 어지럽거나 의식상태의 혼란을 보일 위험이 크다. 그러므로 긴밀히 사정하고 낙상 등의 안전대책을 마련해야 한다.

1) 약물 관리

2) 투약이행 관리

📄 목적

- 수급자에게 처방된 약물을 올바르게 복용하도록 함으로써 건강을 유지하고 투약사고를 예방한다.
- 구강으로 음식을 섭취할 수 없는 수급자에서 비위관이나 위루관을 통해 올바른 투약이 이루어질 수 있도록 하여 건강을 유지하고 투약 사고를 예방하기 위함이다.
- 간호(조무)사는 수급자에게 처방되는 약물의 종류를 파악하여 약물의 효과여부를 조사하고, 부작용을 예방하거나 조기에 발견하여 올바른 방식으로 처방된 약물을 이행하도록 돕는다.

🔍 주의사항

- ① 인지기능이나 감각기능의 한계가 있는 수급자에서 투약사고의 위험이 높다. 그러므로 우선적으로 수급자의 인지기능과 감각기능을 사정해야 한다.
- ② 구강으로 음식을 섭취할 수 없는 수급자에서는 투약을 담당하는 가족을 대상으로 투약 관리 교육을 한다.
- ③ 3가지 이상의 약물을 복용하고 있는 경우 수급자에게 혼란을 초래하여 불이행이 발생할 수 있으니 주의해야 한다.

01 준비물

- ① 투약이행 관리: 투약정보 조사지, 투약 계획 및 알림(달력 등)
- ② 비위관이나 위루관을 통한 투약: 주사기, 미지근한 물, 청진기

02 방법

1) 투약이행 관리

- ① 수급자가 이용하기 편리한 방법으로 규칙적인 일상생활과 연관된 투약계획을 수립 한다(예, 일어나자마자 먹기, 잠자기 전에 먹기, 아침, 점심, 저녁 식사 전 또는 후 에 복용하기). 만약 특별한 시간에 약물을 복용해야 한다면 추가계획을 수립해야 한다.
- ② 불이 밝은 곳에 약을 보관하고 투약하도록 한다.
- ③ 약물보관함에 있는 개별 약물에 수급자가 식별가능한 정확한 이름이 부착되어 있는 지 확인한다. 또한 색깔과 질감을 통해 약물 복용시간을 구분하도록 한다. 예로 아침에 먹는 약은 빨간색, 밤에 먹는 약에는 검은색으로 표시한다. 또한 1회 복용 시 한 알을 먹어야 하는 약물 함에는 하나의 색깔 테이프로 표시하고, 1회 복용 시 두 알을 먹어야 하는 약물은 두 개의 색깔 테이프로 표시할 수 있다. 아침, 점심, 저녁에 복용하는 약을 한 단위로 포장한 약물인 경우에는 관리가 더 용이하다.
- ④ 수급자의 신체적 기능에 따라 약물보관함을 사용하기 용이하도록 조정한다. 정제 약병을 여는 방법, 지시문을 읽고 정확하게 복용 하는 방법 등을 설명하고 시범을 보인다.
- ⑤ 혼란을 초래할 수 있는 약물인 경우 구분하여 보관하고 약물 용기에 명확하게 표기하여 투약사고를 예방한다.
- ⑥ 투약이행을 높일 수 있는 방법을 계획한다. 약물을 날짜와 시간에 따라 구분하거나 달력을 이용하여 약물 투약 여부를 기록하게 할 수도 있다. 필요시 투약시간을 알려 줄 수 있는 알람을 이용할 수 있다.
- ⑦ 투약순응도 모니터링 계획을 수립한다. 약물보관함에 보관한 약의 수를 헤아리거나 약물 투약여부를 기록하게 하는 방법 등을 통하여 모니터링 한다.
- ⑧ 투약순응도와 함께 투약을 한 이후의 효과 및 부작용도 함께 조사한다. 만약 투약불이행이 있었다면 이유를 함께 확인하고 대책을 마련한다.

2) 비위관으로 위루관을 통한 투약 및 약물 관리

- ① 비위관이나 위루관을 통해 투입할 약을 준비한다.
- ② 투약 전에 튜브가 위장에 잘 있는지 확인한다.
- ③ 약 주기 전에 10~15ml의 물을 준다.
- ④ 주사기를 이용하여 약물을 투입한다. 가능하면 적은 양의 따뜻한 물과 섞어서 주사기를 통해서 준다.

- 비위관이나 위루관을 통해 투입할 약물의 적합성을 사전에 꼭 확인해야 한다. 액체 약물 이거나 물에 탄 가루약을 줄 수 있다. 그러나 알약은 튜브가 막힐 수 있으므로 주어서는 안 된다. 정제는 가루로 만들거나 캡슐은 열어서 가루로만 주어야 한다. 위에서는 녹지 않고 장에서 녹는 성질의 피막으로 만들어진 정제는 가루로 만들어 주어서는 안 된다. 물약은 실온 상태로 투여한다.

- ⑤ 약 준 이후에 10~15 ml의 물을 준다.
- ⑥ 투약 이후에 튜브를 잠그고 위의 내용물이 장으로 잘 내려가도록 수급자의 오른쪽을 향한 반좌위 체위를 취한다.

03 확인

- 정기적으로 투약이행 관리를 한다. 가능한 가족을 통하여 매일 투약 이행을 모니터링하는 것이 바람직하다.
- 투약순응도와 함께 투약을 한 이후의 효과 및 부작용도 함께 조사한다. 만약 투약 불이행이 있었다면 이유를 함께 확인하고 대책을 마련한다.
- 심각한 투약불이행, 약물오용 및 남용 등의 투약 이행상에 심각한 문제를 발견한 경 우에는 관리책임자에게 보고하며, 전문적인 치료가 필요하다고 판단되는 경우에는 전문의료기관에 의뢰한다.



TIP 기초지식

- 투약순응도를 높이기 위한 약물 교육에 포함시켜야 하는 정보
 - 약물 이름(상품명 또는 일반명)
 - 약물 복용시기 혹은 시간
 - 약물 준비 시 주의사항
 - 약물 복용량
 - 약물의 바람직한 효과
 - 가장 일반적인 부작용
 - 부작용이 발생할 때 취해야 하는 행동
 - 약 복용을 잊은 경우 취해야 하는 행동
 - 만약 오심이나 구토로 약물을 구강으로 복용할 수 없는 경우 취해야 하는 행동
- 약물의 갑작스런 중단으로 발생하는 문제
 - 알파-효능 고혈압 치료약, 협심증 치료제, 항경련제, 파킨슨병 치료제, 정신병 치료제, 근이완제, 진정제, 베타-효능 차단약, 부신피질 호르몬제, 마약성 진통제, 진정-최면제, 삼환계 항우울제 등은 갑작스런 약물의 중단으로 금단 증상 또는 증상악화가 발생할 수 있다.
 - 예로 고혈압 치료제는 갑작스럽게 중단하면 반동적으로 혈압이 상승하며, 부신피질 호르몬제를 중단하면 과거에 없었던 무력감이나 오심 증상이 발생할 수 있다. 또한 약물의 중단으로 인해 건강상태가 악화되기도 한다. 그러므로 전문 의료인과의 상담을 통해 약물의 중단 및 약물 복용량의 변경을 결정하도록 한다.

1) 통증 관리

2) 온·냉요법



목적

- 간호(조무)사가 경청과 주의 깊은 관찰을 통해 통증 정도를 사정하고 관리하기 위함이다.

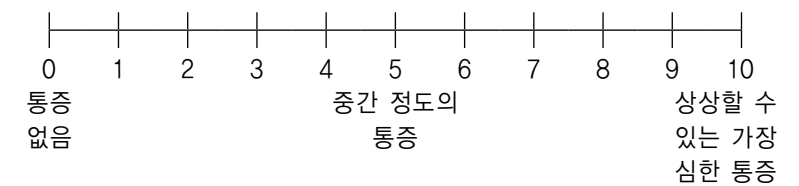


주의사항

- 통증은 주관적인 지각으로 모든 사람은 독특한 방법으로 통증을 경험하므로, 수급자가 통증을 느낀다고 하면 자세한 사정을 통해 통증 정도를 사정해야 한다.

01 준비물

- 통증사정 척도
 - : 숫자평정척도(Numeric Rating Scale): 지난 이틀(48시간)동안의 통증수준



02 방법

- ① 수급자가 통증을 호소하는 경우 통증의 심한 정도와 특징을 철저히 사정한다.
 - 격심한 통증이나 일시적 완화
 - 어떤 활동이나 상황이 있을 때 통증이 발생하였는지 확인한다.
 - 통증이 갑작스럽게 또는 점차적으로 발생하였는지 확인한다.
 - 통증을 악화시키거나 완화시키는 요인이 무엇인지 확인한다.

- 통증의 질
 - 통증을 어떻게 느끼는 지를 사정한다. 수급자의 말을 그대로 인용하여 기록한다.
- 통증 부위, 방사 및 전이
 - 통증 부위를 어디인지 지적하게 한다.
 - 통증부위가 국소적인지 몇 군데 있는지 물어본다.
 - 통증부위가 다른 부위로 전이되는지 확인한다.
- 통증이 심한 정도
 - 1~10까지 얼마나 통증이 심한지 확인한다.
 - : 심한 정도(7~10점 사이의 통증), 보통의 정도(5~6점 사이의 통증), 가벼운 통증(1~4점 사이의 통증)
 - 얼굴 그림을 보고 어떤 얼굴 그림이 가장 맞는지 확인하도록 한다.
- 통증 기간
 - 언제 통증이 시작되고 얼마나 지속되는지 확인한다.
 - 통증이 지속적인지 간헐적인지 물어본다.
 - 통증이 하루 중 특정한 때에 나타나는지 물어본다.
- 추가 질문
 - 과거에 이러한 통증을 경험한 적이 있는지 확인한다.
 - 통증 약을 복용하고 있는지 확인한다.
 - 통증 약이 통증 완화에 효과적인지 물어보고 얼마나 오랫동안 효과적인지 확인한다.
 - 만약 수급자가 의사소통이 원활하지 않다면 비언어적인 표현을 관찰한다. 특히 수급자를 잘 알고 있는 가족 또는 보호자의 도움을 받아 수급자의 행동을 해석한다.

② 통증과 관련된 수급자의 행동적·정서적 반응을 관찰한다.

- 행동적 반응
 - 자세 및 운동: 특별한 부위를 문지르거나 지지하는지, 자주 자세를 바꾸는가? 특별한 신체 부분을 기대는지 어떤 부위를 보호하고 감싸는지 확인한다.
 - 얼굴 표정: 괴로운 표정을 짓거나 얼굴을 찡그리는지 불안하고 긴장된 표정을 짓는지 확인한다.
 - 언어적 표현: 한숨 쉬고 신음하며 비명 지르고, 울고, 반복적으로 같은 말을 하는지 관찰한다.
- 정서적 반응
 - 불안해하거나 우울하고 걱정스러운 표현을 하는지 확인한다.
 - 다른 사람 앞에서 통증이 있을 때와 없을 때 어떻게 행동하는지 관찰한다. 또한 친근한 사람이나 돌봐주는 사람에게 통증이 있을 때 어떻게 반응하는지 확인한다.

③ 일상생활을 방해하거나 통증에 대처하는 정도를 사정한다.

- 일상생활을 방해하는 정도
 - 통증이 수면과 휴식 시간을 방해하는지 확인한다. 음식 섭취량의 변화가 있는지도 확인한다.
 - 통증이 친밀한 대인관계나 사회생활에 어떠한 영향을 미치는지 확인한다.
- 통증에 대처하는 방법
 - 통증 대처를 돕기 위해 집에서 어떤 기술을 사용하는지 확인한다.

④ 자세변경, 마사지, 배변 등의 방법을 제공하여 통증을 감소시킨다.

⑤ 수급자를 이동시키거나 움직일 때 통증이 증가되지 않도록 조심해야 한다.

⑥ 통증이 심한 경우 전문 의료기관을 통해 통증조절을 위한 약물을 처방받도록 한다. 통증 조절을 위해 처방대로 약물을 복용하도록 한다.

03 확인

- 정기적으로 수급자의 통증상태를 사정한다.
- 투약된 약물을 규칙적으로 투약하는 지를 사정하고, 약물요법에도 불구하고 통증이 지속되는 경우에는 전문 의료기관에 의뢰한다.

2) 냉요법

- ① 수급자가 냉요법 적용을 할 수 있는 상태인지 냉요법을 적용할 부위의 피부상태, 체온 등을 관찰한다.
- ② 아이스팩을 준비한다(개별 제품설명서 참조).
- ③ 아이스팩을 건조하게 하고, 면 커버나 타월 등으로 감싼다.
- ④ 주머니를 적용할 부위의 피부를 완전히 건조시킨 후 아이스팩을 대어 준다.
- ⑤ 한 부위에 15분 이상 대지 않도록 하며, 15분 적용, 1시간 휴식하는 간격으로 반복하고 감각이 둔한 곳은 주의하도록 한다.

03 확인

- 온·냉요법 적용 후 수급자의 상태와 처치 내용을 기록한다. 만약 피부 등에 이상 반응이 관찰되는 경우 관리책임자에게 보고한다.
- 온·냉요법 적용시의 주의사항에 대해 가족에게 교육한다.

TIP 기초지식

- 열의 국소적 효과
 - 열은 피부와 조직의 온도를 상승시켜 혈관을 확장시킨다. 혈관 확장은 세포의 국소적 신진대사를 증진시켜 그 결과 조직의 산소 요구량을 증가시킨다.
 - 열은 모세혈관의 투과성을 증가시키고 따라서 세포외액 및 혈장 단백질과 같은 물질이 세포벽을 더 잘 통과하여 부종을 초래하는데 이것은 열 적용의 부작용 중에 하나이다.
 - 열은 식균세포의 활동을 증가시켜 염증 과정을 촉진한다. 또한 근육을 이완시키고 근육경련을 완화하며 관절강직을 감소시킨다.
 - 복부의 열적용은 연동운동을 감소시키고 위장관계와 위장점막의 혈류를 감소시키고 위산 분비를 감소시킨다.
- 냉의 국소적 효과
 - 냉은 피부와 조직의 온도를 낮추고 혈관을 수축시킨다. 혈관수축은 조직으로의 혈류를 감소시키고 산소와 대사산물의 공급을 감소시킨다.
 - 냉은 모세혈관의 투과성을 감소시켜 조직으로의 체액유출을 방지하고, 따라서 염증 과정과 관련된 종창을 예방한다.
 - 냉은 열과 마찬가지로 근육경련을 감소시킨다. 또한 근수축성을 감소하여 근경련과 관련된 통증을 완화시킨다.
 - 냉에 장기간 노출될 경우 순환장애, 세포파괴, 산소와 영양분의 결핍으로 결국 조직의 손상을 초래할 수 있으므로 주의해야 한다.



1) 감염 예방



목적

- 감염의 징후와 증상을 감시함으로써 감염을 조기발견하고 치료하기 위함이다.



주의사항

- 감염의 위험이 높은 수급자를 대상으로 감염 예방을 위한 활동에 중점을 둔다.

01 준비물

- 준비물품: 개인 보호기구(장갑, 마스크, 보안경), 체온기, 청진기 등

02 방법

- ① 수급자와 접촉 전과 후, 모든 처치 전후 손을 씻는다.
- ② 감염력이 있는 수급자와 접촉 시에는 개인 보호 기구(장갑, 마스크, 보안경 등)를 이용한다.
- ③ 오염되었거나 이미 사용한 물품들은 즉시 적절한 용기에 버리도록 한다.
- ④ 수급자가 직접적으로 다른 사람에게 기침과 재채기, 호흡하는 것을 피하도록 한다. 일회용 휴지를 제공하여 입과 코를 막게 함으로서 비말핵이 공기를 통해 전파되지 않도록 한다.
- ⑤ 수급자에게서 폐, 요로계, 피부의 감염 징후를 확인한다.
 - 폐렴 증상은 열, 오한, 숨참, 화농성 객담을 동반한 기침, 흉막염으로 인한 흉통 등이다. 수급자에서는 혼돈, 혼수상태가 유일한 증상일 수 있다. 폐렴 증상은 비특징적으로 나타나기도 하는데 마른기침과 폐 이외의 부위에 두통, 근육통, 피로, 목 따끔거림, 오심, 구토, 설사 등의 증상이 나타날 수 있다.

- 요로감염은 요로에 도뇨관을 가지고 있는 경우 흔히 발생할 수 있다. 수급자에서 요로 감염이 있을 때는 임상수치의 변화가 생기기 전에 인지변화나 행동변화가 나타날 수 있다. 따라서 일상생활 수행능력 또는 인지기능의 변화가 발생한 경우에도 감염을 의심해 보아야 한다. 수급자는 체온이 낮고 면역반응이 감소되어 있어 발열이 감염의 지표로 적합하지 않을 수 있다.
- 피부 감염은 원인균에 따라 다양한 증상이 나타날 수 있다. 일반적으로 감염 부위에 열감, 압통, 홍반, 부종 등이 나타날 수 있으며 분비물이 배출되기도 한다. 전신증상으로는 발열, 오한, 쇠약 등이 나타날 수 있다.

⑥ 가족에게 가정에서의 기본적 감염 예방 활동에 대해 교육한다.

- 수급자에게 제공하는 음식 준비 전과 식사 전에 손을 씻는다.
- 음식은 충분히 높은 온도에서 준비한다.
- 도마와 주방 기구는 주의하여 사용하고, 생고기 취급 전후에 손을 씻는다.
- 음식은 냉장고에 보관한다.
- 껌 과일과 야채는 먹기 전에 씻는다.
- 저온 살균 우유를 사용한다.
- 화장실 사용 후 손을 씻는다.
- 수건, 칫솔 같은 개인위생 용구는 개별화하여 사용한다.

03 확인

- 가정에서 감염 예방 행위를 실천하도록 교육하고 방문시마다 실천 여부를 확인한다.
- 수급자에게 감염 증후 여부를 확인하고 기록한다.
- 감염 증후가 확인되면 관리책임자에게 보고하며, 전문적인 치료가 필요하다고 판단되는 경우에는 전문 의료기관에 의뢰한다.

- ⑨ 일회 시행 후 도관으로 소량의 생리식염수를 통과 시켜 도관속의 분비물을 제거하고 도관을 행군다.
- ⑩ 기관지 흡인 후 코와 입을 흡인한다.
- ⑪ 기관지 흡인 완료시에는 기관절개 부위를 깨끗하게 유지한다.
- ⑫ 수급자가 안정될 때 까지 옆에서 반응을 관찰한다.

03 확인

- 기관지관 흡인 후 수급자의 기관지관 삽입 부위와 호흡 상태를 평가한다.
- 흡인 전후 수급자의 상태와 처치 내용을 기록하고 필요시 관리책임자에게 보고한다.
- 흡인 중에 청색증, 과도하게 빠르거나 느린 맥박 수 혹은 갑작스럽게 혈액이 섞인 분비물이 발견되면 간호(조무)사는 즉시 흡인을 중지하고 산소를 공급한 후 관리책임자에게 보고하며 필요시 전문 의료기관에 의뢰한다.

TIP 기초지식

- 흡인 시 주의사항
 - 흡인을 장시간 실시하면 수급자에게 적절한 산소공급량이 감소되기 때문에 총 흡인시간은 5분을 넘지 않도록 한다.
 - 분비물이 진하고 점액성이 강하면 주사바늘이 제거된 주사기를 이용하여 기관으로 생리식염수 3~5ml를 점적한 후 흡인을 실시한다.
 - 흡인병, 카테터, 멸균용액을 자주 교환한다.
- 흡인 시 나타날 수 있는 합병증
 - 흡인이 올바르게 수행되지 않았다면 불안과 통증이 증가하고 호흡성 마비를 초래할 수 있다. 또한 합병증으로 감염, 심부정맥, 저산소증, 점막손상, 그리고 사망할 수 있다. 그러므로 수급자의 얼굴색, 맥박 수, 분비물의 색깔, 양 그리고 점도를 계속해서 관찰해야 한다.



- 1) 기관지관 흡인
- 2) 기관지관 관리
- 3) 산소요법

목적

- 기관지관 주위의 피부를 보호하고 감염되지 않도록 하기 위함이다.
- 기관지관이 폐쇄되지 않도록 하기 위함이다.

주의사항

- 기관지관 교환 시 수급자에게 충분한 설명을 제공하여 안도감을 준다.

01 준비물

- 준비물품: 멸균 장갑, 기관지관 흡인기, 멸균 기관지관 및 드레싱세트, 석션팁(suction tip), 생리식염수

02 방법

- ① 멸균 세트의 오염 방지를 위하여 무균법을 지킨다.
- ② 호흡 수를 측정하고 호흡곤란이 없는지 확인하고, 피부색을 관찰하여 산소 부족 현상을 사정한다. 필요시 경피적 산소 포화도 측정기로 산소포화도를 측정한다.
- ③ 기관지관 교환이 가능한지를 결정한다.
- ④ 분비물이 배출되기 쉽도록 수급자에게 기침을 두 번 시킨다.
- ⑤ 기관지관을 교환하기 전에 필요하면 기관지 흡인(기관지 흡인 참조)을 실시한다.
- ⑥ 드레싱 세트를 풀어 소독액과 소독된 Y자 거즈를 준비한다.
- ⑦ 기관지관을 고정하고 있는 줄을 풀고, Y자 거즈를 제거하고 기관지관만 남긴다.
- ⑧ 소독장갑을 끼고 기관지관을 느슨하게 하여 관의 이음쇠 아래 stoma 부위를 소독액으로 깨끗하게 소독한다.



- 1) 기관지관 흡인
- 2) 기관지관 관리
- 3) 산소요법

- 목적**
- 폐포 내 산소분압을 증가시켜 저산소혈증을 개선하기 위함이다.
 - 폐포 내 산소분압을 유지하는데 필요한 호흡작업량을 감소시키기 위함이다.
 - 동맥혈 산소분압을 유지하는데 필요한 심근작업량을 줄이기 위함이다.
- 주의사항**
- 저혈압, 고혈압, 빈호흡, 청색증이 있는 수급자에게 적용한다.

- 01 준비물**
- 준비물품: 산소통, 산소메타(유량계), 비강 캐놀러(산소연결줄), 반창고, 생리식염수(멸균증류수), 연결튜브

- 02 방법**
- ① 호흡수를 측정하고 호흡곤란의 정도와 피부색을 관찰하여 산소 부족 현상을 사정한다. 필요시 경피적 산소포화도측정기로 산소포화도를 측정한다.
 - ② 산소요법이 필요한지를 결정한다.
 - ③ 산소가 있는지 산소메타의 눈금을 확인한다.
 - ④ 산소메타기의 통에 생리식염수(멸균증류수)를 2/3 가량 채운다.
 - ⑤ 비강 캐놀러를 산소메타에 연결한 후 압력 조정기를 열어 산소가 나오는지 확인한다.
 - ⑥ 비강 캐놀러를 수급자의 비강에 맞추어 끼우고 반창고로 고정한다.
 - ⑦ 안면 마스크인 경우에는 얼굴에 맞게 채워 새는 부분이 없도록 한다.

- ⑨ stoma 부위를 소독 거즈로 깨끗하게 닦은 후 기관지관 주위를 Y자 거즈로 드레싱한다.
- ⑩ 기관지관의 이음쇠의 양쪽을 고정 시킨다.
- ⑪ 필요시 기관지, 코와 입을 흡인한다.
- ⑫ 기관지 흡인 완료시에는 기관절개 부위를 깨끗하게 유지한다.
- ⑬ 수급자가 안정될 때까지 옆에서 반응을 관찰한다.

- 03 확인**
- 기관지관 교환 후의 수급자의 호흡 상태를 평가한다.
 - 수급자의 상태와 처치 내용을 기록하고 필요시 관리책임자에게 보고한다.

TIP 기초지식

- 기관지관
 - 기관지관은 유연성있는 폴리염화비닐, 나일론, 실리콘, 혹은 금이나 은 같은 금속으로 만들어지며 다양한 각도와 크기의 관의 생산되고 있다.
 - 기관지관은 폐쇄장치, 내관, 외관으로 구성된다. 팽창된 커프는 튜브 주변의 공기 누출을 방지하고 기도 흡인을 예방하며 기계적 환기를 용이하게 한다. 기관지관의 드레싱은 감염과 피부자극을 방지하기 위해 무균적으로 시행되어야 하며 목에 묶은 끈을 교환할 때는 빠지지 않도록 주의한다.



TIP 기초지식

- 노인은 피부의 노화로 인해 손상을 입기 쉽다. 표피층이 얇아지고 피하지방층은 감소되며 이는 피부열상이나 욕창과 같은 외상성 손상의 위험을 증가시킨다. 모세혈관벽이 약해지기 때문에 멍 드는 것이 더욱 흔하다.
- 또한 다양한 건강문제를 치료하는 약물이 피부 문제를 유발할 수 있다. 코티코스테로이드는 피부를 약하게 하고, 항응고제는 출혈의 위험을 증가시켜 가벼운 외상을 초래한다. 그러므로 피부문제에 대해 주의 깊게 관찰하여야 하며, 문제가 생긴 경우에는 적절한 치료와 방법으로 신속하게 해결해야 한다.

- 1) 단순 상처치료
- 2) 염증성 상처치료
- 3) 발 관리



목적

- 감염, 심각한 조직손상, 출혈 및 상처 주위의 피부손상을 예방하고 청결을 유지하며 배액 및 상처회복을 증진시키기 위함이다.



주의사항

- 상처와 배액튜브를 가진 수급자에게 실시한다.

01 준비물

- 준비물품: 드레싱 세트, 생리식염수, 소독액, 항생 연고, 멸균 거즈와 반창고

02 방법

- ① 감염 예방을 위하여 무균법을 지킨다.
- ② 피부의 상태와 상처의 정도를 사정한다.
 - 기존 드레싱 제거 시 상처의 출혈을 관찰한다. 출혈이 있으면 배액에 의해 혈관이 손상되었거나 혈액응고가 떨어지는 것을 의미하므로 즉시 압박하고 전문 의료기관을 방문하도록 한다.
- ③ 상처의 부위, 크기, 깊이 및 배액 특징을 사정한다.
- ④ 염증성 상처 드레싱이 필요한지를 결정한다.
 - 상처의 끝에 염증이 보이는지 확인한다. 배액이 화농성이면 원인 균에 따라 노란색, 녹색, 갈색으로 나타난다.
- ⑤ 드레싱 세트를 무균법을 지켜 열고, 소독 장갑을 낀다.
- ⑥ 농성 분비물이 있을 경우 멸균 거즈에 생리식염수를 적셔 분비물을 닦아낸다.



- 1) 단순 상처치료
- 3) 발 관리

2) 염증성 상처치료



목적

- 발 관리를 통하여 활동에 제한이 없도록 하기 위함이다.
- 당뇨병이 있는 수급자가 스스로 발 관리를 잘하여 족부병변이 발생하는 것을 예방하기 위함이다.



주의사항

- ① 수급자는 자신의 발을 직접 볼 수 없거나 발까지 닿을 수 없어 발의 문제를 간과할 수 있다. 그러므로 간호(조무)사가 발을 직접 시진하여 수급자에게 흔한 발 문제인 티눈, 굳은 살, 발톱 진균, 파고든 발톱, 통풍, 외반증 등이 있는지 확인한다.
- ② 당뇨병이 있는 수급자에게 다음 교육내용을 빠짐없이 교육하고, 발 및 신발, 양말 착용 상태를 관찰하여 필요한 내용을 상세히 보충 설명한다.

01 준비물

- 준비물품: 당뇨 발 관리 교육자료

02 방법

1) 일반적인 발 관리

- ① 오래되고 건조한 피부를 제거하기 위해 따뜻한 물에 발을 담근다.
- ② 발을 담근 후에 세게 문지르기보다는 두들기면서 말려야 한다.
- ③ 발가락들 사이에 주의깊게 보면서 발이 완전히 말랐는지 확인한다. 만약 가능하다면 발톱은 가로로 똑바로 자르고 날카로운 부분은 다듬도록 한다.

- ⑦ 소독용액이 묻은 코튼 볼로 상처의 가운데부터 시작하여 가장자리로 둥글게 소독한다. 코튼 볼은 한번 사용 후 버리며, 적절한 횟수로 소독한다.
- ⑧ 염증성 상처의 상태에 적절한 연고를 도포한다.
- ⑨ 거즈를 덮고 반창고를 붙여 상처 부위를 드레싱한다.

03 확인

- 상처치료 후의 수급자의 상태를 평가한다.
- 수급자의 상태와 처치 내용을 기록하고 발열, 압통, 상처부위의 통증의 증가, 백혈구 상승 등의 감염증후가 확인되는 경우 관리책임자에게 보고하며 필요시 전문 의료기관에 의뢰한다.

TIP 기초지식

- 배액튜브를 가지고 있는 경우
 - 드레싱 교환 시 배액체계가 적절히 기능하는지 확인한다. 만약 배액 주머니나 흡인 용기가 있는 경우에는 반드시 상처부위보다 아래에 있도록 교육한다.

- ④ 피부완화제는 발의 피부가 매우 건조할 때 사용된다. 피부 완화제를 발에 사용할 때에는 미끄러지는 것을 방지하기 위해 양말을 신는 것이 중요하다는 것을 알고 있어야 한다.
- ⑤ 깨끗한 양말을 착용하여 감염의 위험을 줄이도록 한다. 양말이 잘 맞는지 확인하고 발목이나 종아리에 꼭 끼지 않도록 주의해서 사용하도록 한다.
- ⑥ 발 관리를 위하여 적절한 수분 섭취와 좋은 영양을 취하도록 한다.

2) 당뇨 발 관리

- ① 매일 따뜻한 물에 발을 씻어서 항상 청결히 하고, 주의 깊게 발을 관찰하여 상처나 무좀이 생기는지 살핀다.
- ② 발을 너무 습하거나 너무 건조하게 하지 않는다. 발을 씻은 후에는 마른 수건으로 발가락 사이를 잘 닦아서 건조시킨다. 발이 너무 건조할 때에는 습성 크림으로 발을 마사지하여 갈라지거나 다치지 않도록 한다.
- ③ 당뇨인의 발은 감각이 무디어 화상이나 동상을 입기 쉬우므로 절대로 열이나 냉 자극을 주지 않는다.
- ④ 발톱은 목욕 후 발이 깨끗하고 발톱이 부드러울 때 깎는 것이 좋다. 밝은 곳에서 일직선으로 자르되 너무 바짝 깎지 않도록 한다. 모서리를 둥글게 자르거나 바짝 자르다가 발가락에 상처를 낼 수 있기 때문이다. 만약 발톱이 살 속으로 파고들면 바로 병원을 방문한다.
- ⑤ 작은 신발이나 구두는 피한다. 앞이 좁은 구두나 뒷굽이 높은 것은 티눈이나 굳은살이 잘 생긴다. 굳은살이나 티눈이 생긴 경우 수급자 자신이 발에다 칼을 대어 잘라내려 하거나 티눈 빼는 약을 사용해서는 안 된다.
- ⑥ 발 감각이 둔해져 상처를 받기 쉬우므로 실내에서도 절대로 맨발로 다니지 말고 슬리퍼도 안정성이 없으므로 사용하지 않는다.
- ⑦ 혈액순환을 좋게 하기 위해 거들, 코르셋, 벨트 등의 사용과 너무 꼭 조이는 양말, 버선의 착용은 피한다. 양말도 합성수지보다 땀 흡수가 잘 되는 면이나 모로 만든 양말을 신는 것이 좋다.
- ⑧ 발이나 다리의 혈액순환을 돕기 위하여 책상다리나 다리를 꼬는 자세는 피한다.
- ⑨ 담배는 혈액순환에 장애를 주므로 금한다.

03 확인

- 수급자의 발이나 발목에 어떤 손상이나 병변이 발견된다면 관리책임자에게 보고하고, 적절한 치료를 한다. 감염증후가 발견된다면 전문 의료기관에 의뢰한다.

TIP 기초지식

- 당뇨병성 족부병변
 - 발에 생긴 상처로 균이 들어가거나, 혈관이상으로 발에 혈액순환이 원활하지 못하여 피부가 썩어 들어가 생긴다. 이 부위는 붓고 화끈거리고 고름이 흐르고 살점이 떨어져 나가는 등 흉한 모습이 되어 나중에는 발을 절단하게 된다. 당뇨병성 족부병변 수급자의 대부분이 당뇨병성 신경병증이 있어 감각을 잘 느끼지 못하고, 아프지 않으므로 병원을 찾는 시기가 늦어져 치료시기를 놓치는 경우가 많다.



1) 욕창 예방

2) 욕창 간호



목적

- 욕창 상처의 분비물을 줄이고 크기를 줄여 궁극적으로 욕창 상처가 치유됨을 목적으로 한다.



주의사항

- 순환의 문제, 제한된 움직임, 의식수준의 변화, 변 실금 또는 요실금, 영양불량 등의 고위험 수급자에게 욕창이 발생하지 않도록 주의깊은 관리가 필요하다.

01 준비물

- 준비물품: 멸균드레싱 세트, 일회용 장갑 및 멸균장갑, 생리식염수, 상처 세척도구, 처방된 국소 소독제(포타딘 등), 온수, 비누, 마른 수건, 처방된 드레싱 재료

02 방법

- ① 필요한 물품을 준비한다.
- ② 손을 씻고 일회용 장갑을 낀 후, 멸균 드레싱 세트를 풀고 용액 용기의 뚜껑을 연다.
- ③ 수급자의 욕창 부위를 노출시킨 후 상처주위에 멸균포를 깔아 멸균 영역을 확보한다.
- ④ 일회용 장갑을 끼고 온수와 비누로 욕창 상처 주위의 피부를 세척한다.
- ⑤ 수건으로 가볍게 두드려 피부를 철저히 건조시킨다.
- ⑥ 멸균장갑으로 바꿔 낀다.
- ⑦ 생리식염수나 처방된 소독제로 욕창부위를 세척한다. 특히 깊은 상처를 세척하는 데는 19G 주사침이 달린 주사기를 사용한다.

- ⑧ 상처의 괴사조직을 제거한다. 괴사조직 제거술에는 효소제를 이용한 화학적 방법과 소용돌이 목욕과 같은 물리적 방법을 이용한다.
 - 화학적으로 괴사조직을 제거하기 위해서는 효소제를 나무 설압자에 묻혀 주위피부에 묻지 않게 주의하면서 조직괴사 부위에 직접 소량을 바른 후 상처 위에 거즈 드레싱을 놓고 테이프로 고정시킨다.
 - 소용돌이 목욕 시 povidine-iodine 용액을 타서하면 세척효과가 높아진다.
 - 상처에 괴사조직이나 진한 삼출물이 있을 때는 전문 의료기관에 의뢰한다.
- ⑨ 처방된 밀폐드레싱을 적용한 후 드레싱을 고정시킨다.
 - 드레싱을 선택할 때 상처부위에 습기를 유지해 주는 다양한 종류의 드레싱을 하며 소요되는 간호시간을 고려한다.
 - 상처를 계속해서 습기있게 유지하는 드레싱을 유지한다. Wet-to-dry 드레싱은 상처에서 죽은 조직과 이물질 제거한 상처에서 사용한다.
 - 삼출물을 흡수하는 드레싱을 선택한다.
 - 습기를 보유하는 드레싱은 치유환경을 조성해 주어 상피세포들이 상처의 표면으로 보다 쉽게 연결되도록 해준다.

종류	기본제품	설명 및 적응증
하이드로 콜로이드 (Hydrocolloid)	DuoDerm Tegasorb Restore Comfeel	• 얇고 납작한 모양의 드레싱으로 두께와 모양이 다양하다. • 겔을 형성하기 위해 삼출물과 섞은 수화성 입자로 상처부위를 축축하게 해준다. 이 겔은 냄새가 지독해서 감염이 생긴 것으로 오해 하기가 쉽다.
투명드레싱 (Transparent dressing)	ACU-derm BIOCLUSIVE OP .site Tegaderm	• 상처 부위와 주변 환경과의 사이에 가스 교환이 가능하다. 구멍이 작으므로 세균 침입을 막아준다. 비흡수성과 수액이 모인 바닥 쪽은 가끔 화농성 삼출물로 오인되기도 한다. 흡수력이 없어 삼출물이 있을 경우 상처 주위 피부에 손상을 줄 수 있고 감염된 상처에 사용하면 안된다. 24~72시간 정도 유지할 수 있다.
친수성 겔 (Hydrogels)	AQUASORB Biolex Clearsite Vigilon	• 상피세포화를 증진시키는 친수성 콜로이드 겔 형태. 세포의 이동을 위한 촉촉한 상처환경을 유지한다. • 비폐쇄적이고 감염이 있을때도 사용한다. 괴사조직을 수화하여 육아와 상피세포에 손상없이 괴사조직의 자연분해를 촉진한다. • 삼출물을 흡수하는 능력에 한계가 있고 과도한 상처배액이 있는 경우에는 사용하면 안된다. • 8~48시간 정도 유지할 수 있다.

종류	기본제품	설명 및 적응증
흡수 드레싱 (Absorption dressings)	Bard Absorption Dressings DEBRISA	<ul style="list-style-type: none"> • 파우더, 페이스트 등으로 되어 있고 친수성 흡수분자의 연고와 가루 형태로 삼출물을 흡수한다. • 상처모양과 크기에 따라 변형된다. • 교환할 때 상처를 세척해야 한다. • 24시간 동안 유지할 수 있다.
거즈 드레싱 (Gauze dressing)	4*4s Adaptic Vaseline gauze Xeroform	<ul style="list-style-type: none"> • 면이나 합성 재질로 만들어진 직조 또는 비직조물 • 치유를 향상시키는 약들이 도포되어 있다. • 상처를 습기있는 상태로 유지하는데 한계가 있다. • 오염을 예방하거나 그 부위에 오래 부착하기 위해서는 다른 드레싱이 필요하다. • 투명 드레싱으로 덮여있는 경우 8~24시간 정도 유지할 수 있다.

- ⑩ 드레싱 고정이 끝나면 편안한 체위를 취해준다.
- ⑪ 물품을 정리한 후 장갑을 벗고 손을 씻는다.

03 확인

- 수급자의 욕창 상처의 상태, 드레싱에 사용한 국소소독제, 드레싱의 종류, 상처 드레싱 시 수급자 반응 등을 기록한다.
- 관리책임자와 함께 욕창관리 상황을 정기적으로 확인하여 관리주기를 결정한다. 욕창상태가 심각하여 의료적 치료가 필요하다고 판단된다면 전문 의료기관에 의뢰한다.

TIP 기초지식

- 욕창은 지속적 압박에 의해 초래되는 피부 조직의 손상 상태를 말한다. 욕창은 예방이 우선이며 일단 발생하면 치료가 어렵고, 이로써 수급자와 가족이 경험하는 경제적, 육체적 고통은 매우 심각하다.
- 욕창의 발생기전
 - 욕창 부위의 병리적 변화는 보통 체중에 의한 압력에 의해 초래된 혈관의 허탈로 인한 것이다. 혈관에 대한 압력으로 혈액순환에 장애가 발생하면 세포에 산소나 영양분이 차단되어 노폐물이 세포에 축적되고, 압력이 장기간 지속되거나 제거되지 않으면 모세혈관이 손상되어 무산소증 또는 저산소증을 일으켜 조직이 죽어 결국 괴사가 생기면서 특징적인 궤양이 발생한다.
 - 욕창발생을 유도하는 중요한 기전 두 가지는 혈관을 압박하는 외부압력과 혈관을 찢어지게 하고 손상을 주는 마찰과 응집력이다.

Ⅱ. 급여성공과정

마. 인지기능





1) 인지기능 평가

2) 인지기능 강화



목적

- 인지기능의 변화를 평가함으로써 조기에 발견하고 치료할 수 있도록 돕기 위함이다.



주의사항

- ① 수급자에서 우울이나 건망증은 치매와 혼동하기 쉬우므로 정확한 평가를 내릴 수 있도록 해야 한다.
- ② 여러 질병과 약물, 알코올 섭취 등이 인지기능에 영향을 미치므로 인지기능 평가 시 함께 사정한다.

01 준비물

- 준비물품: 치매선별용 간이정신상태평가(MMSE-DS)

02 방법

- ① 치매선별용 간이정신상태검사서를 이용하여 수급자의 지남력, 주의 집중과 계산능력, 언어 능력, 판단력을 평가한다.
- ② 인지기능 평가 결과에 따라 치매 또는 치매 의심인 경우는 전문 의료 기관에 의뢰하여 의학적 진단을 받도록 한다. 정상인 경우는 치매 예방 활동을 하도록 교육한다.
 - 손발의 운동으로 뇌의 활동을 자극한다. 걷거나 뜨개질, 공작물 만들기, 그림 그리기 등의 작업은 뇌의 활동을 자극할 뿐만 아니라 주의를 집중하고 정서적 안정을 도모하여 치매를 예방하는데 도움이 된다.
 - 보고 즐기는 단순한 활동보다는 신문 사설을 읽거나 글쓰기 등 두뇌를 사용하는 활동을 하도록 한다.
 - 사람들과 어울려 사교활동을 하고 많은 대화를 나누도록 한다.

- 기초식품을 균형 있게 섭취하고 신선한 채소와 어류의 섭취를 하도록 한다. 정상체중을 유지하도록 한다.
- 수급자에게 적합한 스트레스 해소 방법을 찾도록 한다. 근육 이완, 명상이나 심호흡 운동 등 심신 안정에 도움이 되는 활동을 한다.
- 급격한 온도변화에 노출되지 않도록 한다.

03 확인

- 인지기능 평가 동안의 수급자의 상태, 반응에 대해 기록한다.
- 정기적으로 인지기능 평가 계획을 수립하고 가족에게 인지기능의 변화가 관찰되는 경우 알리도록 한다.

TIP 1 기초지식

- 한국어판 치매선별용 간이정신상태검사(MMSE-DS) 결과판정 기준표

교육기간	0~3년		4~6년		7~12년		13년이상	
	여	남	여	남	여	남	여	남
60~69세	19	20	23	24	25	25	26	26
70~74세	18	21	21	23	25	25	26	26
75~79세	17	20	21	22	24	25	26	25
80세이상	16	18	20	22	24	24	27	25

* 각 학력/연령/성별 기준에 따라 위 표에 제시된 점수 이하인 경우 진단검사로 의뢰함

TIP 2 치매선별용 간이정신상태검사(MMSE-DS)

“지금부터 ○○○님의 기억력과 집중력을 알아보기 위해 몇 가지 질문을 드리겠습니다. 질문 중 몇 가지는 쉽지만 몇 가지는 어려울 수도 있습니다.”

NO	질문	틀림	맞음	참고사항
1	올해는 몇 년도입니까?	0	1	해당년도를 정확하게 4자리 숫자로 대답해야 정답처리
2	지금은 무슨 계절입니까?	0	1	3~5월은 봄, 6~8월은 여름, 9~11월은 가을, 12~2월은 겨울로 하되, 간절기에는 최대 2주의 간격범위에서 이전 또는 다음 계절을 대담해도 정답처리
3	오늘은 며칠입니까?	0	1	수급자가 음력을 사용하는 경우 실제와 맞으면 정답처리
4	오늘은 무슨 요일입니까?	0	1	요일에 대한 개념 설명시 특정 요일만 언급하지 말고 월요일부터 일요일까지 세글자 형태로 모두 보기로 제시함
5	지금은 몇 월입니까? (피검자가 음력을 사용하면 음력으로 묻는다)	0	1	수급자가 음력을 사용하는 경우 실제와 맞거나 숫자 대신 정월, 동지 등으로 대답하여도 정답처리
6	우리가 있는 이곳은 무슨 도/특별시/광역시입니까?	0	1	행정구역 순서에 따라 높은 행정구역부터 차례로 질문하며, '도'의 개념 설명시 해당도가 아닌 다른 2개의 도를 예로 들어주면 북도와 남도를 정확하게 구분하여 대답하여야 정답처리
7	여기는 무슨 시/군/구입니까?	0	1	정확하게 답해야 하고 두 개를 답한 경우에는 하나를 고르도록 함.
8	여기는 무슨 읍/면/동입니까?	0	1	정확한 이름이 아니더라도 통상적으로 허용되는 부분적인 이름은 정답처리
9	우리는 지금 이 건물의 몇 층에 있습니까?	0	1	정확하게 답해야 하고 두 개를 답한 경우에는 하나를 고르도록 함.
10	이 장소의 이름은 무엇입니까?	0	1	정확한 이름이 아니더라도 통상적으로 허용되는 부분적인 이름은 정답처리

NO	질문	틀림	맞음	참고사항
11	지금부터 제가 세 가지 물건의 이름을 말씀해 드리겠습니다. 끝까지 다 들으신 다음에 세 가지 물건의 이름을 모두 말씀해 보십시오. 그리고 몇 분 후에는 그 세 가지 물건의 이름들을 다시 물어 볼 것이니 들으신 물건의 이름들을 잘 기억하고 계십시오.			끝까지 듣고를 강조하여 반드시 세 단어를 한꺼번에 불러주고 따라하도록 한다. 첫 응답으로만 정답을 평가한다. 성공적으로 말한 단어 수로 채점한다(3점 만점) 첫 응답에서 모든 물건이름을 말하지 못한 경우 13번 문항을 위하여 세 단어를 불러주고 기억하도록 반복한다. 이 과정은 총 3회까지 시행 한다. 반복 시도에서 첫 응답보다 많은 단어수를 말했다더라도 점수에 반영하지 않는다.
	나무, 자동차, 모자			
	이제 ○○○님께서 방금 들으신 3가지 물건 이름을 모두 말씀해 보세요.			
	나무	0	1	문항 11은 첫 응답으로만 평가한다. 첫 응답에서 물건의 이름을 모두 말하지 못한 경우는
	자동차	0	1	문항 13의 지연 회상을 정확하게 검사하기 위해 '물건 이름을 불러주고 기억하도록 하는 과정'을 3회까지 반복할 수 있다.
	모자	0	1	
12	100에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	0	1	답이 틀려도 틀렸다는 표현을 하지 않고 계속 하며 맞는 부분에 대하여만 독립적으로 채점함. 즉, 이전의 답이 틀렸더라도 그것을 기준으로 계산결과가 맞는 경우에는 정답으로 처리
	거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	0	1	
	거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	0	1	
	거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	0	1	
	거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	0	1	
13	조금 전에 제가 기억하라고 말씀드렸던 세 가지 물건의 이름이 무엇인지 말씀하여 주십시오.			
	나무	0	1	11번에서 불러준 세 단어를 회상하는 것으로 성공적으로 회상한 단어 수로 채점
	자동차	0	1	
모자	0	1		

수급자 성명 :


항 목	반 응	점 수
시간 지남력 (/5)	년 (1)	
	월 (1)	
	일 (1)	
	요일 (1)	
	계절 (1)	
장소 지남력 (/5)	나라 (1)	
	시, 도 (1)	
	무엇하는 곳 (1)	
	현재 장소명 (1)	
	몇 층 (1)	
기억등록 (/3)	비행기 (1)	
	연필 (1)	
	소나무 (1)	
주의집중 및 계산 (/5)	100-7 (1)	
	-7 (1)	
	-7 (1)	
	-7 (1)	
기억회상 (/3)	비행기 (1)	
	연필 (1)	
	소나무 (1)	
언어 및 시공간구성 (/9)	이름대기 (2)	
	명령시행 (3)	
	따라말하기 (1)	
	오각형 (1)	
	읽기 (1)	
	쓰기 (1)	
총 점		/30

▶ 평가 (30점 만점)

- 24점 이상: 확정적 정상
- 20점~23점: 치매의심
- 19점 이하: 확정적 치매

* 무학, 문맹의 경우: 시행점수+4점(시간지남력(1), 주의집중력(2), 언어기능(1))

년 월 일
(직종) 작성자 (인)

NO	질문	틀림	맞음	참고사항
14	(시계를 보여 주며)이것을 무엇이라고 합니까?	0	1	동일 의미의 사투리로 표현해도 정답처리
	(연필을 보여 주며)이것을 무엇이라고 합니까?	0	1	
	(실제 시계와 연필을 보여 준다.)			
15	제가 하는 말을 끝까지 듣고 따라 해 보십시오. 한 번만 말씀드릴 것이니 잘 듣고 따라 하십시오.			한 번만 말해 주고 반복하지 않으며 정확히 따라한 경우에 정답처리
	<u>간장공장공장장</u>	0	1	
16	지금부터 제가 말씀드리는 대로 해 보십시오. 한 번만 말씀드릴 것이니 잘 들으시고 그대로 해 보십시오. 제가 종이를 한 장 드릴 것입니다. 그러면 그 종이를 오른손으로 받아, 반으로 접은 다음, 무릎 위에 올려 놓으십시오.			지시할 때 오른손, 반, 무릎 위를 강조하여 말한다. 지시를 반복하지 않으며 옆에서 도와주면 안된다. 수급자의 오른손을 보지 않고 지시를 하며 지시를 끝낸 후에 종이를 건네준다. 오른손을 쓰지 못하는 수급자에게는 문향을 왼손으로 변경 하여 사용할 수 있다. 직사각형 종이를 이용하여 종이를 건네줄 때에는 책상 위에 올려 놓지 말고, 한손으로 들어 건네준다. 직사각형 종이를 반으로 접는 경우 정답으로 하며, 대각선으로 접거나 모퉁이만 접으면 틀린 것으로 채점한다. 무릎 위에 놓지 않고 배 앞에 엉거주춤 들고 있으면 틀린 것으로 채점 한다.
	<u>오른손으로 받는다.</u>	0	1	
	<u>반으로 접는다.</u>	0	1	
	<u>무릎 위에 놓는다.</u>	0	1	
17	(겹친 오각형 그림을 가리키며)	0	1	여기에 오각형이 겹쳐져 있는 그림이 있습니다. 이 그림을 아래 빈 곳에 그대로 그려 보십시오.
				
18	웃은 왜 빨아서 입습니까?	0	1	더러우니까 깨끗하게 입으려고 등의 위생과 청결에 대한 내용이면 정답처리
19	'티끌 모아 태산'은 무슨 뜻입니까?	0	1	"아무리 작은 것이라도 모이고 모이면 큰 것이 된다. 조그만 것을 모아 크게 된다. 아껴야 한다"등의 내용이면 정답처리

최종점수 /30



1) 인지기능 평가

2) 인지기능 강화



목적

- 치매수급자의 간호 또는 치료를 이해하기 위해 사용되는 요법을 적용함으로써 인지기능을 유지하고 강화하기 위함이다.



주의사항

- 인지행동 요법을 적용하는 경우에는 목표와 방법을 간략하게 하고 수급자의 문제에 중점을 둔 이해가능하고 쉬운 방법을 적용한다.

01 준비물

- 준비물품: 준비프로그램별 준비물

02 방법

- ① 수급자의 인지기능을 평가하여 적절한 프로그램을 선택한다.
- ② 인지기능 강화를 위하여 일상생활을 중심으로 문제 중심의 대처행위 훈련, 사회활동 강화, 반복적 기억력 강화를 위한 활동을 교육한다.
- ③ 아래 명시된 인지강화 프로그램 중 수급자의 인지기능과 선호도에 맞는 프로그램을 선택하여 적용한다.

인지	현실 적응훈련(Reality orientation): 지남력이 상실하거나 혼돈상태에 있는 수급자에게 인지 및 심동적 기능향상을 위해 실시할 수 있는 프로그램이다. 달력이나 시계를 이용하거나 날씨를 통해 수급자에게 인지기능 및 감각을 자극시켜주기 위해 사용한다.
	인지 자극치료(Cognitive stimulation therapy): 뇌에 자극을 제공함으로써 주변 환경을 인지하고 통합할 수 있는 능력을 증진시키기 위해 실시한다.
자극	레크리에이션 치료(Recreation therapy): 퍼즐 맞추기 또는 게임을 통하여 뇌의 활동을 증진하기 위한 치료이다. 수급자에게 좋은 감정을 유도하고 주변인과 관계를 형성하고 대화를 나누게 한다.
	음악 치료(Music therapy): 수급자의 신체적, 정신적 건강에 영향을 미치는 음악을 활용함으로써 잔존 기능을 이용하고 정서적 안정을 취하며 이완되고 뇌의 기능을 자극함으로써 신체적 기능을 유지하는 효과를 보인다.
	아로마 치료(Aromatherapy): 자연스럽게 아로마 원액을 냄새 맡음으로써 뇌의 대뇌변연계에서 신호를 유도하고 시상하부에서 자율신경으로 전환되어 신체적 기능에 영향을 미치는 것이다. 또한 대뇌변연계에 영향을 미쳐 좋은 기억, 감정, 이완, 슬픔을 참는 것 등의 심동적 효과를 나타낸다.
	빛 치료(Phototherapy): 낮 동안 밝은 빛을 쬐고 밤 동안 신체적, 정신적 기능을 안정시킴으로써 생물학적 주기를 유지하도록 하는 것이다. 치매에 직접적인 효과는 없지만 정상적인 수면/각성 시간 주기는 밤 동안에 선망 또는 이상행동을 감소시켜 수급자와 돌보미의 심리적 부담을 감소시킨다.
	애완동물 치료(Animal-assisted therapy): 개 또는 고양이와 같은 동물을 이용하여 함께 놀거나 터치함으로써 정서를 안정화하고 이상행동을 감소시키는 것이다.
	마사지(Massage): 이완이나 불안 및 배회감소, 간호제공자에 대한 저항을 줄이기 위하여 신체를 부드럽게 마사지 하는 것이다.
행위	인지행동치료(Cognitive behavior therapy): 과거 행위습관을 증진시키기 위하여 배회 또는 요실금 등의 문제행동의 원인을 분석하기 위한 심리사회적 접근방법이다.
정서	회상치료(Reminiscence therapy): 수급자의 과거 경험에 대한 공감적, 반영적 반응을 통하여 심리적 안정 또는 인격적 통합을 이룰 수 있다.
	검증요법(Validation therapy): 치매수급자와 대화를 나누는 것을 목적으로 한다. 공감, 동의를 이용한 경청, 얼굴표정, 언어반복, 눈 맞춤, 터치, 회상 등을 이용하며 이 치료를 통해 수급자를 이해하고, 존중감을 제공하며 신뢰감을 형성하여 불안과 스트레스를 줄일 수 있게 한다.
	감각통합치료(Sensory integration therapy): 수급자가 감각적 자극의 종류, 양, 질을 통제함으로써 수급자의 생활기능을 향상시키는 치료이다. 성원과 통화를 통해 수급자의 삶의 기억을 떠올리고 경청하도록 하는 것이다.
	체험요법(Simulated presence therapy): 수급자 가족구성원과 통화를 통해 수급자의 삶의 기억을 떠올리고 경청하도록 하는 것이다.

④ 프로그램 이후 참여의욕의 적극성, 프로그램에서의 내용 및 양, 정서적 표현, 의사소통능력 및 참여만족도를 1-4점으로 평가하여 기록한다.

	좋다-나쁘다			
	4	3	2	1
참가의욕	4	3	2	1
발언내용, 양	4	3	2	1
정서적 표현	4	3	2	1
의사소통	4	3	2	1
만족도	4	3	2	1

03 확인

• 인지기능 프로그램 전, 후의 수급자의 상태, 반응에 대해 기록한다.

TIP 기초지식

• 인지기능은 인간이 사고나 감지의 대상으로 생각하고 느끼며 기억하는 과정에서 의미하는 대뇌피질의 기능으로 정보를 선택, 습득, 분류, 통합하는 수용기능과 정보의 저장과 인출을 나타내는 기억과 학습기능, 정보의 조직과 재조직의 사고 기능, 정보를 의사소통하거나 행위를 하는 표현기능으로 정의할 수 있다(Lezak, 1995). 이러한 인지기능의 저하는 수급자의 의식주 등 기초생활을 크게 위협하게 된다.
 그러므로 지속적으로 지적능력을 발휘하거나 인지활동을 하는 경우 인지기능의 쇠퇴가 적게 나타난다. 수급자를 대상으로 인지행동 요법을 적용하는 경우에는 수급자가 치료과정과 치료자 역할에 대한 이해도가 낮기 때문에 목표와 방법을 간략하게 하고 수급자의 문제에 중점을 둔 이해가능하고 쉬운 방법을 적용하는 것이 효과적이다.

II. 급여성공과정

바. 영양 관리





- 1) 영양상태 확인
- 2) 체액 관리
- 3) 연하기능 강화
- 4) 경관영양 식이 제공
- 5) 비위관 교환 및 관리



목적

- 영양의 적절성을 사정하고 영양을 증진시키기 위함이다.



주의사항

- 부적절한 영양은 영양실조 또는 비만과 같은 문제를 야기한다.

01 준비물

- 준비물품: 줄자, 체중계, 식이 기록지

02 방법

- ① 수급자의 체중을 매주 측정하고 식이기록을 하도록 한다.
 - 현재의 신장과 체중을 측정한다.
 - 지난 3~6개월간 체중이 감소하거나 증가하였는지 확인한다.
 - 매일 섭취한 식사내용(식이의 양, 종류, 섭취 횟수 등)을 기록하게 한다.
- ② 식욕의 변화가 있는지 확인한다.
 - 식욕이 변화하였는지 확인한다. 식욕 변화가 있다면 어떤 이유인지 확인한다.
 - 식이제한을 하고 있는지 확인하고 식이제한의 이유를 이해하고 있는지 확인한다.

- ③ 영양섭취에 문제점이 있는지 확인한다.
 - 혈당수치를 측정한다.
 - 빈혈을 암시하는 창백함, 어지러움, 쉽게 피곤해짐과 같은 증상이 관찰되는지 문진 한다.
 - 섭취하지 않는 특정 음식이 있는지 어떠한 종류의 음식을 가장 많이 섭취하는지 확인한다. 실제 각 식품 종류에서 어느 정도를 섭취하는지 확인한다.
- ④ 기타 영양섭취에 영향을 미치는 요인을 확인한다.
 - 집에서 적절한 음식을 섭취하는지 음식을 직접 조리할 수 있는지 음식을 조리하고 섭취하는 데 도움을 줄 가족이 있는지 확인한다.
 - 음식을 구입할 적절한 자금이 있는지 식품을 구입하려 스스로 또는 도움을 받고 갈 수 있는 지를 확인한다.
- ⑤ 피부, 체모, 손발톱, 점막의 상태를 확인하여 영양 상태를 확인한다.
- ⑥ 관리책임자의 지도·감독 하에 수급자에 맞는 영양섭취 방법을 계획한다.

• 영양섭취를 증가시키는 방법

- 수급자가 섭취하기를 희망하는 음식을 조사하여 식사를 준비하거나 제공한다.
- 식사 도중에 과도한 수분섭취를 제한한다.
- 영양이 부족한 경우 간식으로 식품섭취를 보충하도록 한다.
- 청결하고 밝은 분위기에서 식사를 하도록 한다.
- 식사를 하는데 재촉하지 않도록 한다.
- 저작기능에 문제가 있는 경우는 음식형태를 조절한다.
- 식사 전에 구강 간호를 제공한다.
- 식사 전에 화장실에 다녀오도록 한다.
- 식욕을 저하시키는 약물의 투여시간을 조절한다.
- 식욕을 저하시키는 정서적 문제가 있다면 전문 의료기관을 방문하도록 한다.

• 영양섭취를 감소시키는 방법

- 과일과 채소 같은 부피는 많고 칼로리가 적은 음식을 섭취하여 포만감을 제공한다.
- 식이제한이 있는지 확인하고 없다면, 저칼로리 음료나 버터없는 팝콘 등의 간식을 제공한다.
- 간식을 줄이기 위한 기분전환 활동을 늘린다.
- 산책 등 가벼운 운동을 통해 칼로리를 소모한다.

03 확인

- 영양문제가 있다고 판단된다면 전문 의료기관을 방문하여 필요시 혈액검사를 받도록 한다.
- 정기적으로 영양 상태를 확인하고, 필요시 관리책임자의 지도·감독 하에 영양계획을 수정하고 적용한다.

TIP 기초지식

- 수급자에서 부적절한 영양섭취의 원인은 다음과 같다.
 - 만성질환으로 인해 식욕 억제 또는 저하
 - 우울, 외로움, 사회적 고립으로 인해 음식에 대한 흥미 상실
 - 시력 등 감각기능의 변화
 - 인지기능의 변화
 - 허약감, 활동능력 저하



- | | | |
|---------------|----------------|------------|
| 1) 영양상태 확인 | 2) 체액 관리 | 3) 연하기능 강화 |
| 4) 경관영양 식이 제공 | 5) 비위관 교환 및 관리 | |



목적

- 적절한 수분공급을 통해 체액균형을 유지하기 위함이다.



주의사항

- ① 부적절한 수분섭취는 탈수와 같은 심각한 문제를 야기한다.
- ② 수급자는 성인에 비해 약 45%의 체액이 적다. 수급자에서 수분량의 변화는 작은 문제도 심각한 문제로 발전할 수 있으므로 주의 깊은 관찰이 요구된다.

01 준비물

- 준비물품: 줄자, 체중계, 초시계, 청진기, 혈압기, 체온계, 섭취 및 배설량 기록지

집중배설관찰기록표

일자: 년 월 일 / 성명:

일반 () / 기저귀 착용 () / 장루(요루)() / 도뇨관삽입 () / 기타 ()

시간	소변량		섭취량	배설여부		기저귀 또는 옷 교환	작성자
	기저귀 착용	장루(요루)/ 도뇨관삽입		소변	대변		
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					
		ml					

∴ 적음, ●: 많음, ○: 없음

02 방법

1) 체액부족

- ① 수분섭취와 관련하여 아래의 문제가 있는지 확인한다.
 - 지식 부족으로 필요량을 모르거나 인지장애로 수분섭취를 잇는 경우
 - 수분섭취가 적거나 요실금 문제가 있는 경우
 - 신체적 능력이 저하되거나 연하반사가 손상된 경우
- ② 수분을 섭취하지 않는 수급자에게는 자주 수분을 제공한다.
- ③ 수분섭취가 어려운 수급자에게는 체위변경, 연하훈련, 처방된 경관 영양 등의 방법으로 수분공급이 필요하다.
- ④ 수분섭취가 적거나 요실금 문제가 있는 경우에는 수분섭취의 중요성을 설명하고 섭취하도록 한다.
- ⑤ 체액부족의 증상을 보이는지 확인한다.
 - 건조한 점막, 갈증, 피부탄력 감소, 체중의 3%를 초과하는 체중감소, 눈의 함몰, 허약감, 소변량 감소, 요비중 증가 등
 - 활력징후에서 맥박의 증가, 맥압 감소, 기립성 저혈압이 나타나거나 체온증가가 나타날 수 있다.
- ⑥ 체액부족의 위험이 높은 수급자는 섭취 및 배설량을 기록하도록 한다.
- ⑦ 매일 아침식사 전에 체중 및 복부둘레를 재도록 한다.
- ⑧ 관리책임자의 지도·감독 하에 적절한 수분 섭취를 유지하도록 수분 섭취 계획을 수립 한다.
 - 소량의 수분을 30~60분마다 섭취하도록 한다.
 - 수급자가 선호하는 음료를 준비한다.
 - 음료를 제공할 때는 작은 컵을 사용하여 4~5회 나누어 먹도록 한다.
 - 어디서든지 음료를 섭취할 수 있도록 한다.
 - 과일, 채소 등과 같은 수분 함량이 많은 음식 섭취를 장려한다.
 - 필요시 방문간호 지시서에 따라 비위관, 위루관 혹은 비경구를 통해 수분을 제공한다.
- ⑨ 매일 수분 섭취량과 배설량을 확인하여 체액균형여부를 확인한다.
- ⑩ 체액 부족으로 건조하고 악한 피부는 피부접촉시 주의깊은 관리를 통해 손상되지 않도록 한다.

2) 체액과다

- ① 체액과다는 과도한 수분섭취 또는 부적절한 수분배설로 나타날 수 있기 때문에 매일 수분 섭취량과 배설량을 기록하여 확인하여 체액과다의 문제를 조기에 사정한다.
- ② 체액과다의 증상을 확인한다.
 - 부종이 나타나는지 확인한다.
 - 복부둘레가 증가하거나 폐부종으로 인해 호흡곤란, 기침, 호흡시 팔팔 흘러나오는 소리가 들리며 거품이 있는 가래가 관찰될 수 있다.
 - 체중이 갑작스레 증가할 수 있다(수분 1L는 1kg에 해당한다).
 - 불안정, 불안 등의 행동변화가 나타날 수 있다.
- ③ 매일 아침식사 전에 체중 및 복부둘레를 재도록 한다.
- ④ 수분섭취를 감소시키기 위해 관리책임자의 지도·감독 하에 수분섭취 감소계획을 수립 한다.
 - 가까운 곳에 음료를 두지 않는다.
 - 구강 간호를 자주 제공한다.
 - 타액분비를 자극할 수 있는 사탕을 제공한다. 단, 당분섭취에 대한 식이제한이 있는 경우와 의식이 명료하지 않는 경우에는 적용하지 않는다.
 - 제한된 수분섭취량을 나누어 섭취하도록 계획을 세운다.
 - 수분함량이 높은 음식은 제한한다.
- ⑤ 매일 수분 섭취량과 배설량을 확인하여 체액균형여부를 확인한다.
- ⑥ 체액과다로 부종이 있는 피부는 체위를 자주 변경하거나 피부 접촉 시 주의 깊은 관리를 통해 손상되지 않도록 한다.

3) 섭취량과 배설량의 측정

- ① 수급자 또는 가족에게 섭취량과 배설량을 기록해야 하는 이유를 설명한다.
- ② 식간, 식사 후 섭취한 수분이 함유된 음식물의 종류와 시간을 구체적으로 적는다.
- ③ 매일 섭취한 총량과 배설한 총량을 계산하고 전날과 비교한다.
- ④ 탈수나 지나친 수분섭취의 증상이 보이는지 확인한다.
- ⑤ 부적절한 섭취 또는 배설이 관찰된다면 관리책임자에게 보고한다.

03 확인

- 체액불균형과 관련된 이상증상과 증후에 대해서는 기록하고 관리 책임자에게 보고한다.
- 필요시 전문 의료기관을 방문하여 체액 감소 또는 체액 과다를 확인하기 위한 혈액검사를 받도록 하거나 방문간호 지시서에 따라 혈액 검사를 실시한다.
- 체액불균형을 교정하기 위해 의사 처방에 따라 약물을 복용하는 경우 약물에 대한 수급자의 반응을 확인한다.

TIP 기초지식

- 수급자 체액부족의 위험요인은 다음과 같다.
 - 연하반사 저하, 오심, 구토, 설사, 먹고 싶지 않음.
 - 도움 없이 적절한 수분섭취가 불가능함.
 - 인지기능의 변화, 수분요구에 대한 인지부족
 - 상처배액, 개방성 욕창 및 궤양
 - 이뇨제 복용
 - 신장질환
 - 저염식이
- 수급자 체액과다의 위험요인은 다음과 같다.
 - 나트륨 섭취 과다, 고혈당증, 약물로 인한 이차적인 수분섭취 증가
 - 신장기능 장애로 인한 이차적인 소변량 감소
 - 단백질 섭취 부족, 과도한 단백질 손실
 - 스테로이드 요법
 - 신장질환, 간질환 혹은 알코올 중독 병력



- 1) 영양상태 확인
- 2) 체액 관리
- 3) 연하기능 강화
- 4) 경관영양 식이 제공
- 5) 비위관 교환 및 관리



목적

- 연하곤란이 있는 수급자에게 수분, 에너지, 그리고 다른 필수 영양분의 필요량을 충족시킬 수 있도록 삼키는 능력을 향상시키기 위함이다.
- 연하장애가 있는 수급자가 연하 곤란식을 제공함으로써 적절한 영양 상태를 유지하게 하기 위함이다.



주의사항

- ① 수급자에서 연하곤란은 식도운동 장애, 뇌졸중, 파킨슨 질환, 퇴행성 신경근질환, 협착이나 경련과 같은 물리적 폐쇄로 발생할 수 있다.
- ② 연하곤란은 이동성 연하곤란으로 음식이나 수분을 삼키고 입에서부터 식도로 이동하는데 문제가 있는 경우이며 삼키지 못하거나 삼키는 중에 사레가 들고, 구개근육의 쇠약으로 인해 쉼 목소리를 낸다. 또 다른 유형은 식도성 연하곤란으로 삼킨 후에 식도 아래로 음식이나 수분을 운반하는데 어려움이 있는 경우이다. 삼킨 후에 음식이 멈춰있거나 목에 남아 있는 느낌을 호소한다.

01 준비물

- 없음.

02 방법

- ① 연하곤란이 있는 수급자에 맞는 식이요법을 적용할 수 있도록 교육한다.
- ② 우선 수급자의 연하곤란 정도를 사정하고 연하곤란의 정도에 따른 식사형태를 제공한다.

- 연하곤란식 1단계: 처음 연하곤란이 있는 경우에서 적용하는 식사로 모든 음식을 완전히 갈아서 걸쭉한 상태로 제공하는 것이다.
- 연하곤란식 2단계: 소량의 씹기 쉬운 음식은 섭취 가능하지만 묽은 액체를 섭취할 수 없는 수급자에게 제공되는 식이로 갈아서 만든 흰죽, 사과, 두부찜 등의 부드러운 형태의 음식을 제공한다.
- 연하곤란식 3단계: 음식을 갈지 않고 곱게 다지거나 잘게 잘라서 제공하며, 수급자의 상태에 따라 소량의 국물음식을 약간 허용할 수 있다.
- 연하곤란식 4단계: 부드러운 질감의 음식은 씹을 수 있고 모든 종류의 액체를 마실 수 있는 수급자를 위한 식이로 죽이나 밥의 형태로 제공한다.

③ 연하곤란이 있는 수급자에서 식사요법의 원칙은 다음과 같다.

- 삼키는 능력에 따라 단계별 식사형태를 제공한다.
- 물, 주스, 우유 등 묽은 액체는 흡인의 위험이 높으므로 상태가 호전될 때까지 삼간다.
- 묽은 액체 대신 되직한 액체를 제공한다.
- 실온 상태의 부드러운 음식을 제공한다.
- 입천장에 달라붙는 끈적끈적한 음식은 피한다.
- 작은 조각으로 된 음식은 피하고, 입안에서 덩어리를 형성하는 음식으로 바나나, 으깬 감자 등을 선택한다.
- 다양한 음식을 제공하여 특정음식에 실증을 느끼지 않도록 한다.
- 식사량이 적을 때에는 1일 5~6회 소량의 음식을 자주 제공한다.

④ 연하곤란이 있는 수급자에서 식사 시 주의사항은 다음과 같다.

- 허리를 쭉 펴고 똑바로 앉을 수 있도록 하고 고개를 약간 숙이도록 하여 턱을 아래로 향하게 한다
- 식사 전후 15~30분간 앉아 있도록 한다.
- 젓가락 사용은 금하고 숟가락을 사용한다.
- 한쪽에 마비가 왔을 경우 마비가 오지 않는 쪽으로 음식을 넣어준다.
- 식사는 천천히 하도록 하고 식사 도중에 수급자가 이야기 하지 않도록 한다.
- 수급자가 입 안에 음식을 물고 있는지 살피고, 물고 있으면 손가락으로 수급자의 뺨을 바깥쪽에서 안쪽으로 부드럽게 마사지해 주거나 살짝 밀어준다.
- 음식을 입에 떠 넣어 준 후 즉시 입을 닦아주지 않도록 하고 삼킨 것을 확인한 다음 음식을 넣어준다.
- 식사 전후 입 안에 음식물이 남아 있는지 살펴보고 젖은 거즈로 입안을 닦아주며 수분을 이용하여 닦아내지 않도록 한다.



- ⑤ 자주 언어적 신호를 주어 입안에 있는 음식물을 삼킬 수 있도록 한다.
- ⑥ 주의가 산만하지 않도록 조용한 분위기에서 식사를 하도록 한다.
- ⑦ 식사 전후로 흡인의 증후가 있는지 관찰한다. 수급자 옆에 흡인기구를 늘 준비하여 사용 가능하도록 한다.
- ⑧ 식사 전후에 구강 간호를 통해 식욕을 증진시키고 음식물을 제거한다.
- ⑨ 정기적으로 체중측정, 혈액학적 검사를 통해 영양 상태를 확인한다.

03 확인

- 연하곤란의 악화 또는 불량한 영양상태가 관찰된다면 관리책임자에게 보고한다.
- 적절한 구강섭취가 불가능한 경우에는 전문의료기관을 방문하여 의사와 상담하도록 한다.

TIP 기초지식

- 허용식품과 제한식품
 - 섭취하기 좋은 음식물의 형태
 - 밀도가 균일한 음식
 - 적당한 점도를 유지하여 흘러져 떨어지지 않는 음식
 - 구강이나 인두를 통과할 때 변형이 용이한 음식
 - 끈끈한 상태로 점막에 달라붙지 않는 음식
 - 되직한 액체 음식
 - 먹기 어려운 음식물의 형태
 - 밀도가 일정하지 아니한 음식
 - 딱딱한 음식
 - 구강 내에서 변형이 어려운 음식
 - 맑은 액체 음식

- 1) 영양상태 확인
- 2) 체액 관리
- 3) 연하기능 강화
- 4) 경관영양 식이 제공
- 5) 비위관 교환 및 관리



목적

- 입으로 음식을 섭취할 수 없는 경우에 관을 통해 위내 유동식을 공급하여 영양 상태를 유지하도록 돕는다.



주의사항

- ① 입으로 먹을 수 없는 수급자가 삼키기 힘들어 음식이나 액체가 폐로 흡인될 위험이 높은 수급자에게 실시한다.
- ② 연하곤란, 호흡곤란, 심한 영양실조, 인두나 식도의 선천적 기형, 악골 골절, 구개분열, 망상증 또는 정신병, 무의식 수급자, 입·입술·목 수술을 받은 수급자에게 실시한다.

01 준비물

- 준비물품: 경관영양용 50cc 주사기, 경관 영양백(feeding bag), 영양식(유동식), 물, 걸대(pole)

02 방법

- ① 수급자의 영양상태를 사정한다.
- ② 비위관의 삽입 위치와 관의 개방성을 확인한다.
- ③ 유동식의 온도를 실내 온도와 비슷하게 준비한다.
- ④ 침상을 30도 정도 올려 식사가 들어가는 동안과 식후 1시간 동안 올린 상태로 유지 한다.
- ⑤ 식사를 제공하기 전 10~15ml 정도의 물을 튜브에 통과시킨다.
- ⑥ 경관 영양백(feeding bag)에 적절한 용량(350~500cc)의 음식을 준비하여 걸대에 걸고, 백에 연결된 챔버에 적절히 채워 공기가 주입되지 않도록 한다.



- 1) 영양상태 확인
- 2) 체액 관리
- 3) 연하기능 강화
- 4) 경관영양 식이 제공
- 5) 비위관 교환 및 관리

- ⑦ 경관 영양백을 비위관 튜브와 연결시킨다.
- ⑧ 적절한 주입 속도가 되게 조절기로 조절하여 주입한다.
- ⑨ 주입에 걸리는 전체 시간이 너무 빠르지 않도록 관찰한다.
- ⑩ 주입이 끝난 후 영양백을 제거하고 10~15ml 정도의 물을 튜브에 통과시킨다.

03 확인 • 수급자의 상태와 처치내용을 기록하고 필요시 관리책임자에게 보고한다.

TIP 기초지식

- 비위관
 - 입으로 직접 음식을 넘길 수 없는 경우에 영양물질 투여를 위해 코에서 위로 직접 연결한 실리콘 관을 비위관튜브 또는 레빈튜브(Levin Tube)라고 하며, 영양주입을 목적으로 삽입한 레빈 튜브일 경우에는 피딩튜브(Feeding Tube)라고도 한다.

목적 • 영양, 검사, 위내의 내용물 및 가스를 제거하는 등 다양한 목적으로 비위관 삽입하거나 교환하거나 제거한다.

주의사항 • 비위관 삽입 시 튜브가 기관에 들어가지 않도록 하며, 삽입 이후에는 위치를 반드시 확인해야 한다.

01 준비물 • 준비물품: 드레싱 세트, 경관영양용 50cc 주사기, 비위관(Levin tube), 청진기, 생리식염수 반창고, 외과용 젤리, 멸균 장갑

02 방법

1) 비위관 교환

- ① 수급자의 식사 시간과 소화 정도를 사정한다.
- ② 반좌위상태로 상체를 올리고 앉는다.
- ③ 삽입 길이는 코끝에서 귓볼까지, 귀에서 검상돌기까지를 합한 길이가 된다.
- ④ 드레싱 세트에 레빈튜브와 외과용 젤리를 준비한다.
- ⑤ 멸균 장갑을 낀다.
- ⑥ 레빈튜브에 젤리를 바르고, 한 쪽 손으로 동글게 말아친 후 수급자의 비강 속으로 부드럽게 튜브를 삽입한다.
- ⑦ 튜브가 인후에 이르면 구역질을 하며, 이때 고개를 앞으로 숙이게 하고 삼키도록 격려한다.

- ⑧ 수급자가 협조할 수 있으면 삼키도록 하고 삼킬 때마다 5~10cm 정도 밀어 넣는다. 수급자에 따라 튜브를 측정된 삽입 길이까지 밀어 넣는다.
- ⑨ 적절한 길이로 들어가면 레빈 튜브의 위치를 확인한다. 뚜껑을 열어 50cc 주사기를 연결한다.
- ⑩ 주사기를 이용하여 10~30cc 정도의 공기를 레빈 튜브를 통해 밀어 넣으면서 복부에서 청진하여 공기 주입 소리가 나는지 확인한다.
- ⑪ 위가 있는 위치에서 공기 주입 소리가 나지 않으면 5cm정도 더 넣은 후 위의 방법을 반복한다.
- ⑫ 주사기 피스톤을 당겨 음압을 주어 위 속 내용물이 나오는지 확인한다.
- ⑬ 튜브가 제자리에 위치한 것을 확인한 뒤, 반창고로 튜브를 콧등에 고정시킨다.
- ⑭ 비위관 교환 후의 수급자의 상태를 평가한다.

2) 비위관 제거

- ① 비위관을 제거할 때는 수급자를 반좌위로 만들고 가슴에 수건을 펴 놓은 후 위관을 조절기로 잠근 다음, 숨을 깊이 들이마시고 멈추도록 한 상태에서 한 번에 중간속도로 위관을 뽑는다.
- ② 비위관제거 후에는 구강과 비강간호를 하고, 튜브제거시간, 수급자의 반응, 배출액의 양상 등을 기록한다.

03 확인

- 수급자 상태와 처치내용을 기록하고 필요시 관리책임자에게 보고한다.

TIP 기초지식

- 비위관 제거 시 유의사항
 - 비위관을 제거할 때는 수급자를 반좌위로 취하게 하고 가슴에 수건을 펴 놓은 후 위관을 조절기로 잠근 다음, 숨을 깊이 들이마시고 멈추도록 한 상태에서 한 번에 중간속도로 위관을 뽑는다.
 - 비위관제거 후에는 구강과 비강간호를 하고, 튜브제거시간, 수급자의 반응, 배출액의 양상 등을 기록한다.

II . 급여성공과정

사. 배설 관리





- 1) 단순도뇨
- 2) 유치 도뇨관 삽입 및 관리
- 3) 배뇨 훈련
- 4) 방광 세척



목적

- 방광의 내용물을 비우거나 무균적으로 소변을 받아 검사하기 위함이다.
- 배뇨 후 방광에 남아 있는 소변의 양을 측정하기 위함이다.



주의사항

- 요 정체, 하복부 종양, 실금 등으로 자연배뇨가 불가능한 경우, 외음부 창상으로 자연배뇨 시 소변으로 오염될 우려가 있는 경우, 내진 또는 하복부 수술 후 단순도뇨를 실시할 수 있다.

01 준비물

- 준비물품: 드레싱 세트, 단순 도뇨관(Nelaton catheter), 외과용 젤리, 멸균 장갑, 변기

02 방법

- ① 감염 예방을 위하여 무균법을 지킨다.
- ② 수급자의 배뇨 상태를 사정한다.
- ③ 침상이 소변으로 적셔지지 않도록 회음부 아래에 방수패드를 깐다.
- ④ 드레싱 세트에 도뇨관과 외과용 젤리를 준비한다.
- ⑤ 멸균 장갑을 낀다.
- ⑥ 베타딘 소독액(또는 생리식염수)으로 회음부를 위에서 아래 방향으로 닦는다.
- ⑦ 도뇨관을 한 쪽 손으로 쥐고 젤리를 바른 후 수급자의 요도구를 찾아 부드럽게 삽입 한다.
- ⑧ 튜브를 10~15cm 길이까지 밀어 넣는다. 적절하게 들어가면 도뇨관에서 소변이 나오기 시작한다. 이때 멸균된 변기를 대고 소변을 받는다.

- ⑨ 소변이 더 이상 나오지 않으면 도뇨관을 살며시 잡아당기면서 잔여 소변까지 나오도록 한다.
- ⑩ 소변이 다 나왔다고 판단되면 도뇨관을 뺀다.

03 확인

- 도뇨 후의 수급자의 상태를 평가한다.
- 수급자의 상태와 처치 내용을 기록하고 필요시 관리책임자에게 보고한다.

TIP 기초지식

- 소변정체
 - 정상적으로는 배뇨 후에 50ml 이하의 소변이 방광에 남지만 방광정체를 경험한 노인은 배뇨 후에도 종종 몇 백 ml의 소변이 남아있다. 수급자의 소변정체는 방광벽의 근육 긴장도 감소, 수분 섭취 감소, 전립선 비대, 회음부 근육의 외상, 약물 또는 불안으로 인해 생길 수 있다. 소변 정체의 증상은 방광에 팍 찬 느낌, 방광의 불편감이나 압통, 불안감, 발한 등이다. 소변 정체를 경험한 노인은 배뇨할 수 없거나 소량(25~50ml)의 소변만을 배출하는 것에 대한 불편감을 호소한다. 심한 정체가 전립선 비대와 같은 폐쇄에 의해 야기된 것이라면 심각한 방광손상을 막기 위해 도뇨가 필요하다.



- 1) 단순도뇨
- 2) 유치 도뇨관 삽입 및 관리
- 3) 배뇨 훈련
- 4) 방광 세척

목적

• 장시간 자연배뇨가 불가능할 때 배뇨시키기 위함이다.

주의사항

- ① 하복부수술, 하반신 마비, 장시간의 수술에 적용한다. 수급자의 경우에는 하반신 마비로 인하여 요의가 없이 요도 괄약근 조절이 불가능한 경우 유치 도뇨관을 삽입한다.
- ② 유치 도뇨관을 삽입하고 있는 수급자는 방광근육의 탄력 향상을 위해 2~3시간 동안 도뇨관을 막는 훈련을 시행한다.
- ③ 유치 도뇨관을 보유한 수급자도 침대에서 자유로이 움직일 수 있으며 때로는 보행할 수도 있음을 알려주어 절대적인 안정을 피하도록 한다.
- ④ 요실금이 있는 수급자는 하루에 2,000ml의 수분을 섭취하도록 하되 깨어있는 낮 동안에 섭취하게 하며, 규칙적인 배뇨습관을 위한 방광 훈련을 한다. 질회음근 강화운동인 Kegel exercise를 실시하도록 한다.
- ⑤ 도뇨나 관장을 할 경우, 수급자가 수치심을 느끼지 않도록 스크린을 설치하거나 간호(조무)사와 수급자를 제외한 사람은 출입을 금하고, 방문을 닫은 후 실시한다.

01 준비물

- ① 도뇨관 삽입: 도뇨키트(또는 드레싱 세트, 방수포), 멸균 정체도뇨관 (urinary catheter), 소변백(urine bag), 수용성 윤활제, 멸균 장갑, 검자 (kelly), 멸균수를 담은 주사기(카테터 풍선에 들어갈 용량), 소독액, 0.5% chlorhexin 슌, 생리식염수, 반창고
- ② 회음부 간호: 드레싱 세트(소독솜, 0.5% chlorhexin 슌, 생리식염수, 핀셋, 비닐장갑) 구멍포, 방수포와 반시트

02 방법

1) 도뇨관 삽입

- ① 감염 예방을 위하여 무균법을 지킨다.
- ② 수급자의 배뇨 상태를 사정한다.
- ③ 수급자를 배횡와위 또는 양와위로 눕힌다.
- ④ 침상이 소변으로 적셔지지 않도록 회음부 아래에 방수패드를 깐다.
- ⑤ 드레싱 세트에 도뇨관과 외과용 젤리를 준비한다.
- ⑥ 멸균 장갑을 낀다.
- ⑦ 드레싱 세트내의 물품을 준비한다.
- ⑧ 멸균수가 채워진 주사기를 카테터에 연결하여 풍선을 부풀려보아 이상 유무를 확인한 다음 멸균수를 뺀다.
- ⑨ 소변주머니 연결관 끝을 검자로 잠근다.
- ⑩ 카테터 삽입부위에 윤활제를 발라두고, 소변 배출구는 용기에 넣어둔다.
- ⑪ 생리식염수가 묻은 소독솜 또는 0.5% chlorhexin 슌으로 요도구를 치골 부위에서 항문 방향으로 닦는다.
- ⑫ 도뇨관 끝에서 5~7cm되는 곳을 단단히 잡고 수급자의 요도구를 찾아 부드럽게 삽입한다. 소변이 나오기 시작(남자 10~13cm, 여자 4~6cm) 하면 카테터를 2.5~5cm 가량 더 밀어 넣는다.
- ⑬ 용량대로 용액을 주입하여 풍선을 부풀린다. 수급자가 불편감을 호소 하면 용액을 빼고, 카테터를 더 밀어 넣은 후 풍선을 다시 부풀린다.
- ⑭ 소변백에 연결하고 검자를 풀어 소변이 흐르게 한다.
- ⑮ 카테터를 허벅지 안쪽(남자는 허벅지 위쪽)에 움직임에 지장이 없도록 여유를 두고 고정한다.
- ⑯ 소변백의 튜브도 침대에 고정시키고, 소변백은 항상 방광보다 낮은 위치에 있도록 한다.

2) 회음부 관리

- ① 간호(조무)사의 손을 씻는다.
- ② 수급자에게 회음부 간호의 목적과 방법을 설명하고 협조를 구한다.
- ③ 스크린이나 커튼을 치거나, 처지장소에 간호(조무)사와 수급자만 남기고 밖으로 나가줄 것을 요청한다.
- ④ 수급자를 측위로 눕히고, 엉덩이 밑에 반 접힌 방수포와 반시트를 깐다. 수급자를 다시 반대편 측위로 돌아 눕히고, 반 접힌 방수포와 반시트의 반대편을 편다.

- ⑤ 간호(조무)사는 소독된 비닐장갑을 낀다.
- ⑥ 구멍포의 구멍부분이 회음부에 오도록 맞춰 회음부를 제외한 부분을 덮는다.
- ⑦ 회음부를 면밀히 관찰하여 상처, 분비물, 비정상적 냄새 등이 있는지 확인한다.
- ⑧ 한 손은 수급자의 대음순과 소음순 사이를 잡아 벌리고, 한 손은 핀셋으로 생리식염수가 묻은 소독솜 또는 0.5% chlorhexin 솜을 집어 한쪽 대음순 → 반대쪽 대음순 → 한쪽 소음순 → 반대쪽 소음순을 순서대로 닦는다.
 ※ 이때 솜은 반드시 한번만 사용한다.
- ⑨ 마지막으로 용액이 흘러내린 곳은 마른 솜으로 닦는다.
- ⑩ 구멍포를 접어 치우고, 간호(조무)사는 비닐 장갑을 벗는다.
- ⑪ 엉덩이 밑에 방수포와 반시트도 치우고, 수급자의 하의를 입혀준다.

03 확인

- 도뇨관 삽입 후의 수급자의 소변배출 상태를 평가한다.
- 회음부의 특이사항, 수급자의 반응 등을 상세히 기록한다.
- 수급자의 상태와 처치 내용을 기록하고 필요시 관리책임자에게 보고한다.

TIP 기초지식

- 유치 도뇨관 삽입
 - 유치 도뇨관 삽입은 실금을 치료하는데 권장되는 방법은 아니다. 요로 감염의 위험은 이러한 침투적 절차로 증가될 수 있다. 그러므로 도뇨관은 수급자에게 위험보다 유익한 점이 많을 때 사용되어야 한다.
 - 유치 도뇨관을 삽입할 때 엄격한 무균술을 지켜야한다.
 - 도뇨관이 삽입할 때, 상행성 요로 감염의 가능성을 줄이기 위해 적절한 회음부 간호가 필요하다.
 - 제한된 시간동안 유치 도뇨관이 있었던 수급자들이 도뇨관 제거이후 실금의 위험이 증가할 수 있다. 일단 도뇨관이 삽입되어 있을 때 방광은 가압된다. 일단 도뇨관이 제거되면, 방광은 유의한 양의 소변을 저장하는 것에 적응할 수 없다. 그러므로 도뇨관을 제거하기 전에 방광용적을 증가시키기 위해 도뇨관을 간헐적으로 잠그는 것을 통해 이러한 문제를 해결할 수 있다.



- 1) 단순도뇨
- 2) 유치 도뇨관 삽입 및 관리
- 3) 배뇨 훈련
- 4) 방광 세척



목적

- 정해진 스케줄대로 배뇨를 하게 하여 방광의 저장능력을 증가시키고, 더 오래 소변을 참을 수 있게 하기 위함이다.
- 빈뇨의 잘못된 습관을 고치고 긴박감을 조절해서 화장실에 자주 가고 싶은 욕구를 없애기 위함이다.



주의사항

- 요실금이 있는 경우 적용한다.

01 준비물

- 없음

02 방법

- ① 3~5일간 배뇨일지를 작성하여 배뇨패턴을 점검한다.
- ② 1주 단위로 적용할 수 있는 스케줄을 만든다.
- ③ 방광훈련의 목적과 방법을 설명한다.
- ④ 변기나 화장실을 이용하여 규칙적으로 배뇨하도록 계획을 세운다.
- ⑤ 긴박감을 조절할 수 있는 전략(Kegel exercise 등)을 가르친다.
- ⑥ 수급자에게 정해진 간격으로 배뇨하도록 하고, 배뇨조절이 가능해지면 배뇨 시간 간격을 늘릴 수 있다.
- ⑦ 오후 5시 이후에는 수분을 금지하거나 제한하고 밤에는 2회 정도 소변을 보게 한다.
- ⑧ 수급자에게 섭취한 수분의 양과 시간, 배설량과 시간을 계속 기록하도록 한다.

- ⑨ 수급자에게 가능하면 지정된 시간까지 참도록 격려하고, 목표달성시 긍정적인 강화를 한다.
- ⑩ 필요시 의사 지시에 따라 도뇨하고 잔뇨검사를 한다.

03 확인

- 수급자에게 섭취한 수분의 양과 시간, 배설량과 시간을 지속적으로 확인한다.
- 이상반응이 관찰되면 관리책임자에게 보고하고 필요시 전문 의료 기관에 의뢰한다.

TIP 기초지식

- 골반저부 근육운동(Kegel exercise)
 - 3개월 꾸준히 시행하는 것이 중요하다.
 - 우선 골반저부 근육운동을 위해 사용할 근육을 확인하게 한다.
 - 앉거나 선다. 다리, 엉덩이, 복부 근육은 긴장하지 않고 항문 주변의 근육환을 단단하게 조이고 항문을 뒤로 잡아 올리도록 상상한다. 또는 소변을 볼 때 잠시 멈추었다가 다시 시작하게 한다.
 - 매일 적어도 2분 동안 3회, 운동을 하도록 한다.
 - 앞으로 뒤로, 천천히 4까지 세면서 근육을 조인 후 이완하도록 한다. 이 운동은 TV를 보면서 또는 버스를 기다리는 동안 등 어디서든 할 수 있다.
 - 배뇨할 때마다 5번 소변을 멈추었다 다시 배뇨하도록 한다. 이것을 연속적으로 여러 번 시행하도록 하고 배뇨할 때마다 시행할 수 있도록 기억을 돕기 위한 내용을 화장실에 붙여 둔다.

- ⑥ 비닐장갑을 끼고 위쪽 둔부를 약간 밀어 올려 항문을 노출시킨 후 튜브 끝을 항문에 잠깐 대었다가 괄약근이 이완되면 배꼽 방향으로 항문에서 7.5~10cm 정도 삽입한다.
- ⑦ 가스가 있는 수급자는 관장 통을 내려 가스를 배출시킨 다음 시작한다. 관장 통을 직장보다 40~50cm 정도 위에 위치하게 한다.
- ⑧ 튜브의 조절기를 열어 용액이 천천히 흘러들어가게 하며, 한 손으로 튜브를 고정한다.
- ⑨ 용액이 잘 주입되지 않으면 관장통의 높이를 잠깐 올려 압력을 가한다. 대부분의 수급자는 팽만감을 느낄 때까지 용액의 흐름을 느끼지 못한다.
- ⑩ 수급자가 불편감을 호소하거나 용액이 튜브 주위로 흘러나오면 튜브를 빼지 말고 잠깐 멈춘다. 수급자가 불안해하지 않도록 안심시킨다.
- ⑪ 준비한 용액 500mL가 다 주입되면 튜브를 잠근다. 휴지로 항문과 튜브 둘레를 누르면서 한 손으로 튜브를 뺀다. 소아의 경우 관장 액의 양은 2~5mL/kg이다.
- ⑫ 튜브는 휴지에 싸서 곡반에 놓거나 관장 통에 집어넣고 장갑을 벗는다.
- ⑬ 가능하면 5~10분간 무릎을 굽힌 채 그대로 누워 있도록 한다. 입으로 서서히 숨을 쉬도록 권하며 휴지로 항문을 누르고 있도록 한다.
- ⑭ 변기를 대어주거나 화장실 가는 것을 돕는다.
- ⑮ 어지럽거나 복통, 오심 또는 배변시 항문에 불편감이 없었는지 물어본다. 결과를 관찰하고 필요시 검사물을 채취한다.
- ⑯ 사용한 물품을 정리하고 침상을 정돈한다.

TIP 기초지식

- 변비
 - 변비는 개인마다 다르며 질환이 아닌 증상이다. 수급자에게 가장 흔히 호소되는 불편감으로 수급자의 25%이상이 변비를 경험하고 여성에게 더 흔한 문제이다.
 - 노화와 관련된 복부 근육 긴장도 감소, 비활동성 부동, 부적절한 수분섭취, 부적절한 고형식이, 질환 상태, 약물, 하제나 관장에 대한 의존성, 다양한 환경적 상태 등이 변비의 위험을 증가시킨다. 또한 변비의 위험은 뇌졸중, 당뇨증, 갑상선 기능 저하증, 낭창, 피부경화증, 다발성 경화증, 파킨슨병, 치매, 우울 등을 포함한 많은 질병 과정과 함께 증가한다.
 - 수급자에서 복용하는 약물이 많으면 많을수록 약물로 인한 변비 위험이 커진다. 여러 해 동안 변비 문제가 있는 수급자들은 하제 복용 또는 습관적인 관장을 하게 된다.

03 확인

- 관장시간, 관장액의 종류와 양, 수급자의 반응 등을 기록한다.
- 이상반응 관찰시 관리책임자에게 보고하며, 필요시 전문 의료기관에 의뢰한다.

2) 결장루 세척

- ① 수급자가 침대에 누워있는 경우 측위로 눕히고 침대 위에 방수포를 깔고 그 위에 변기를 놓고 세척액·배액용 비닐주머니 끝을 변기 속에 넣는다. 수급자가 화장실로 이동할 수 있는 경우는 수급자를 변기에 앉히고 세척 용액을 직접 변기로 배출할 수 있도록 세척액 배액용 비닐주머니의 끝을 변기 속에 넣는다.
- ② 세척통의 밑 부분이 수급자의 앉은 자세의 어깨 높이(누에서 상방 30~45cm의 높이)에 위치하도록 IV걸대에 건다.
- ③ 장갑을 끼고 결장루 카테터를 튜브에 연결한다.
- ④ 용기에 세척용액을 넣고 조절기를 열고 용액을 흘러 보내 세척관 속에 든 공기를 배출시키고 세척을 위해 조절기를 잠근다.
- ⑤ 더러워진 결장루 주머니를 제거하여 방수 쓰레기 주머니 안에 넣는다.
- ⑥ 세척액 배액용 비닐주머니를 누 위치에 맞추고 편안하게 붙인다.
- ⑦ 누 깔때기나 결정 세척관 끝에 윤활제를 바른다.
- ⑧ 회전 운동을 하면서 세척액 배액용 비닐의 윗부분을 통해 카테터나 누 깔때기를 누 안으로 부드럽게 삽입한다. 세척관은 7cm 정도 삽입하고 적당히 위치할 때까지 누 속에 삽입한다. 세척관 삽입 시 어려움이 있으면 무리하게 힘을 가하지 않는다.
- ⑨ 속도 조절기를 풀어 용액을 5분 이상 천천히 주입한다. 심한 복통이 일어나면 주입을 정지했다가 통증이 가라앉으면 다시 주입한다. 만약 용액을 주입하는 즉시 용액이 쏟아져 나오면 누 깔때기나 봉합장치를 누에 대고 눌러 막는다. 깔때기나 봉합장치가 없는 경우 누 주위를 손가락으로 눌러 세척관을 누에 밀착시킨다. 한 번에 250cc를 주입하되 500cc가 넘지 않게 한다.
- ⑩ 용액을 모두 주입한 후에는 세척관이나 깔때기를 제거하고 대장이 비워지도록 한다. 또는 처음 변이 나올 때까지 복부를 부드럽게 마사지 하고 10~15분간 조용히 앉아 있도록 하기도 한다.
- ⑪ 세척액 배액관 비닐을 비우고 제거한다.
- ⑫ 누 주변을 깨끗이하고 완전히 말린다.
- ⑬ 필요하면 장루 보조기구를 붙인다.
- ⑭ 세척한 절차, 세척시간, 주입한 용액의 종류와 양, 배설한 내용물과 수급자의 반응을 기록한다.

3) 장루 간호

- ① 결장루나 회장루를 한 수급자에게 조절해야 할 음식 및 관리에 대해 교육한다. 수술후 6~8주 동안 섬유질이 풍부하거나 설사를 일으키거나 많은 양의 가스를 배출하는 음식은 피하도록 한다.

• 냄새를 유발할 수 있는 음식

생선, 브로콜리, 마늘, 양배추, 양파, 달걀, 일부 향신료

• 가스를 생성하는 음식과 음료

콩, 맥주, 옥수수, 브로콜리, 오이, 양배추, 버섯, 완두콩, 탄산음료, 시금치

• 변을 단단하게 하는 음식과 음료

바나나, 치즈, 쌀, 끓인 우유, 모든 형태의 면

• 변을 묽게 하는 음식과 음료

맥주나 다른 종류의 술, 자두나 자두 주스, 신선한 과일(바나나 제외), 매운 음식, 포도 주스, 향신료 등

• 섬유질이 풍부하여 폐색을 초래하는 음식

양배추 샐러드, 버섯, 옥수수, 견과류, 마른 과일, 팝콘, 소화되지 않은 껍질이 있는 음식(사과, 감자, 포도) 등

- ② 점진적으로 새로운 음식을 섭취하게 하며, 점차 정상식으로 건강을 증진시킬 수 있게 한다.
- ③ 물은 하루에 최소한 2000cc 정도 마시도록 한다.
- ④ 정기적인 세척 또는 매일 정해진 시간에 결장을 습관적으로 비워서 결장 개구부로 부터 분변이 배설되는 것을 조절할 수 있다.
- ⑤ 정상 활동이 가능하지만 무거운 물건을 들거나 직접 신체적 접촉을 하는 것은 피해야 한다.

03 확인

- 누 크기에 변화가 있거나 피부자극이 있을 때는 관리책임자에게 보고하며, 필요시 전문 의료기관에 의뢰한다.
- 용액 또는 대변이 안 나오거나 튜브 삽입이 잘 안 되는 경우, 누 주위 피부의 발적, 자극, 누의 변색 등을 관찰하여 문제가 있을 때는 관리 책임자에게 보고하며, 필요 시 전문 의료기관에 의뢰한다.

TIP 기초지식

- 정상적인 누(stoma)는 혈관이 많고 신체의 다른 점막과 비슷하고 붉고 매끄럽다. 누 주위 피부는 정상으로, 발적이나 손상 징후가 없어야 하지만 때로는 염증이 생기기도 하고 심지어 세포가 괴사되기도 한다. 그러므로 조심스럽고 지속적인 사정이 필요하다.
- 누는 처음 부종이 있더라도 5~10일이 지나면 가라앉는다. 푸르스름하거나 보랏빛을 띤 암적색 이거나 누 주위 피부가 빨갱거나 표피박리가 되었으면 즉시 보고한다.
- 가스를 형성시키는 양배추, 마늘, 옥수수, 콩류와 배설물의 냄새를 증진시키는 치즈, 오이, 배추 종류, 무, 양파 등은 피한다. 파슬리나 요구르트 등은 대변의 냄새를 감소시킨다.
- 세척법으로 배변시간을 조절하고자 할 때에는 매일 같은 시간에 시행하며 약간의 식이조절을 병행한다. 세척은 횡행 결장루나 하행 결장루에 사용되며 상행결장루나 회장루와 같이 성분이 주로 수분인 경우는 하지 않는다.
- 결장루 세척이나 사용하는 용액 등의 세척방법은 의사의 처방에 따른다.

III. 급여성공정보

- 가. 구성
- 나. 수급자 사고예방 및 관리
- 다. 근로 및 고충처리
- 라. 건강 및 안전관리





가. 구성
다. 근로 및 고충처리

나. 수급자 사고 예방 및 관리
라. 건강 및 안전관리

구분	내용
수급자 사고 예방 및 관리	1. 욕창 예방 및 관리지침
	2. 낙상 예방 및 관리지침
	3. 탈수 예방 및 관리지침
	4. 치매 예방 및 관리지침
	5. 응급상황 대응지침
	6. 실종 예방 및 대응지침
	7. 학대 대응지침
근로 및 고충처리	1. 업무범위 및 부당요구 대응지침
	2. 고충처리
	3. 부당청구 신고
	4. 성희롱 예방 및 대응지침
	5. 개인정보 보호지침
건강 및 안전관리	1. 감염 예방
	2. 손 씻기
	3. 근골격계 질환 예방법
	4. 근골격계 질환 예방 운동
	5. 전기사고 예방
	6. 가스 및 유류화재 예방



가. 구성
다. 근로 및 고충처리

나. 수급자 사고 예방 및 관리
라. 건강 및 안전관리

1. 욕창 예방 및 관리지침

① 욕창이 자주 발생하는 부위

- ① 양 무릎 사이나 발목, 어깨뼈, 척추, 머리 뒷부분, 발꿈치, 천골 등과 같이 체중이 집중되는 곳.
- ② 피하층과 근육층에 위축으로 연조직과 모세혈관 압력이 증가된 곳.

② 욕창 위험요인

- ① 와상상태: 운동성이 감소한 수급자는 스스로 압력을 제거하는 능력이 없으므로 지속적인 압력을 받게 된다.
- ② 부적절한 영양: 체중감소, 근육 위축 및 피하지방 감소 등의 현상이 나타나 피부와 뼈 사이의 완충지대가 감소하게 되어 욕창 발생 가능성이 커진다.
- ③ 요/변실금: 습기로 인한 피부 연화는 표피의 손상을 일으키고 미생물을 번식시켜서 피부 통합성을 파괴하고 감염을 일으킨다.
- ④ 기타: 몸에 꽉 끼는 옷을 입는 경우, 비관적이고 의욕이 없어서 움직임이 적은 경우, 수급자를 잘못 들어 올리거나 침대에서 잘못 잡아 끈 경우

③ 욕창의 단계

- ① 1단계: 피부는 분홍색 혹은 푸른색이다. 누르면 색깔이 일시적으로 없어지며 딱딱하고 열감이 있다. 이 시기에 마사지를 함으로써 욕창 진행을 예방할 수 있다.
- ② 2단계: 피부가 갈라지고 물집이 생기며 조직이 상한다.
- ③ 3단계: 깊은 욕창이 생기고 괴사조직이 발생한다.
- ④ 4단계: 뼈와 근육까지 괴사가 미친 경우이다. 이 단계가 되면 수급자의 전체적인 건강 상태가 매우 나빠지기 쉽다.

4 욕창 예방 및 관리

- ① 피부를 건조하고 청결하게 유지한다.
- ② 침대에서는 2시간 간격으로 체위를 변경하고, 의자에서는 2배 정도 자주 체위 변경 해준다.
- ③ 젖은 침대 시트는 바로 교체하고 피부에 오염물질이 묻어 있으면 재빨리 부드러운 천이나 스펀지, 자극이 없는 비누, 미지근한 물을 사용하여 씻고 말린다.
- ④ 시트의 구김살과 부스러기 등으로 인한 자극을 줄이기 위해 침상은 항상 주름이 없도록 팽팽하게 펴주고 청결을 유지한다.
- ⑤ 신체의 약한 부위에 압력이 가는 것을 덜어줄 특수 매트리스(에어매트)와 베개를 장만 한다.
- ⑥ 충분한 단백질과 비타민 C를 공급하고 적당한 수분을 섭취하며 균형이 잡힌 식사를 제공한다.
- ⑦ 관절의 최대운동범위(Range of Motion) 운동을 한다.
- ⑧ 호발부위에 베개를 대주고 자주(적어도 4시간)마사지를 하여 혈액순환을 돕는다.
- ⑨ 손상 받은 피부에 피부 보호 연고나 스프레이를 뿌린다.
- ⑩ 발적된 부위가 있으면 윤활제를 사용하여 마사지를 해준다.
- ⑪ 마비된 부분은 부딪히거나 미끄러지거나, 넘어지거나, 비벼지거나, 뜨거운 물이나 음식이 쏟아지는 등의 상해로부터 보호한다.
- ⑫ 압박감을 나타내는 저릿저릿함과 변색된 피부 등이 있는지 살펴본다.
- ⑬ 가능하면 침대 머리를 30도 이하로 유지하여 쓸림을 감소시킨다.

TIP 욕창 초기 증상 대처법

- 약간 미지근한 물수건으로 째질하고 마른 수건으로 물기를 닦아낸다.
- 주의를 나선형으로 그리듯 마사지 하고 가볍게 두드린다.
- 미지근한 바람으로 건조시킨다.
- 춤지 않을 때에는 30분정도 햇볕을 쬐인다.

2. 낙상 예방 및 관리지침

1 낙상 예방을 위한 환경 정비

<생활공간 공통사항>

- ① 주변에 흩어진 줄이나 전선, 방석이나 양탄자를 치운다.
- ② 부득이 바닥에 양탄자나 이불을 깔아야 한다면 가장자리를 고정시킨다.
- ③ 전화기, 의자나 탁자 등 조그만 가구는 되도록 벽 쪽 익숙한 장소에 둔다.
- ④ 바닥재는 덜 미끄럽고, 탄성이 있어 충격을 흡수할 수 있는 재질을 사용한다.
- ⑤ 위험과 연결되는 장애물, 턱 등에 대하여 단차를 적게 한다.
- ⑥ 가구는 모서리가 둥근 형태의 것을 사용하고, 벽 및 가구 표면에는 뽀족한 못 등 날카로운 것이 없어야 한다.
- ⑦ 모서리가 곡선처리된 가구를 사용하거나, 모서리 쿠션, 모서리 안전 가드 등을 부착한다.
- ⑧ 누워있거나, 잠든 동안에는 침대난간을 올려 고정한다.
- ⑨ 바닥에 물이 떨어진 경우, 즉시 닦는다.
- ⑩ 깨지기 쉬운 물건, 위험한 것들은 보관함 및 캐비닛에 보관하고 잠금장치를 한다.
- ⑪ 앉고 일어설 때 천천히 움직인다. 고혈압이나 심혈관질환이 있는 수급자는 어지러움 증이 유발될 수 있다.

<의복 및 신발착용>

- ① 날씨가 추울 때는 가벼운 옷을 여러 겹 입고 몸을 움츠려 균형 감각이 저하되지 않도록 한다(적정온도 및 습도: 18℃~22℃ / 40%~70%).
- ② 슬리퍼나 바닥이 미끄러운 신발은 신지 않는다.
- ③ 미끄럼방지 양말을 신는다.
- ④ 굽이 낮고, 폭이 넓으며, 미끄럽지 않은 고무바닥, 뒤가 막힌 신발을 신는다.
- ⑤ 보행에 어려움이 있을 경우, 보행(보조)차나 지팡이 등을 사용한다.

<조명활용>

- ① 실내 적정조도: 200~300Lux 유지(편하게 책을 읽을 수 있고, 그림자가 생기지 않을 정도의 밝기)
- ② 거실과 계단, 현관, 화장실은 항상 환하게 밝혀 두거나 센서등을 설치한다.

<화장실>

- ① 벽과 변기 근처에 안전손잡이를 설치한다.
- ② 욕조 안, 욕실 바닥에 미끄럼방지 방수용 테이프를 붙이거나, 미끄럼 방지역을 도포한다.

〈 조리대 〉

- ① 조리대 근처 바닥에는 미끄러지지 않도록 고무매트를 깔아놓는다.
- ② 물을 엮지른 경우에는 즉시 닦는다.

㉒ 낙상 시 응급대처

- ① 낙상했을 경우 당황하지 말고 수급자를 안정시킨다.
- ② 만약 낙상한 상황을 눈으로 확인하지 못했다면 의사를 표현할 수 있는 경우 상황을 묻고, 무리하지 않고 가장 편안한 상태로 있게 한다.
- ③ 현장 종사자는 낙상 사실을 담당 관리자 또는 기관장에게 즉시 보고한다.
- ④ 가장 가까운 가족 및 보호자에게 사고 사실을 반드시 알린다.
- ⑤ 추가 위험상황이 발생할 우려가 없으면, 의료진이 올 때 까지 낙상한 장소에서 이동하지 않는다.
- ⑥ 간호(조무)사는 출혈이 있으면 지혈하고, 환부를 부목 등으로 고정하는 등의 조치를 취하고, 가능한 신속히 의료기관으로 옮긴다.

3. 탈수 예방 및 관리지침

㉑ 탈수의 원인과 위험

- ① 나이가 들면서 세포내의 액이 감소하여 결국 전체 체액의 감소를 일으킨다.
- ② 갈증 감각 저하와 여러 가지 건강문제들이 탈수를 일으키기 쉬운 상태로 만든다.
- ③ 건강한 사람에게는 문제가 되지 않으나 수급자에게는 생명을 위협할 정도로 치명적일 수 있다.

㉒ 탈수의 증상

- ① 탈수의 증상으로는 혼돈, 건조한 혀와 점막, 맥박증가, 소변농축 등이다.
- ② 수분의 부족은 감염, 변비, 방광팽창의 감소, 수분전해질 불균형을 초래한다.

㉓ 탈수의 예방

- ① 노화에 따라 갈증감각이 저하되므로, 갈증이 나지 않아도 하루 6~8컵(1500~2000cc)의 수분을 섭취하도록 한다.
- ② 치매나 우울증이 있는 수급자의 경우, 돌보는 사람이 충분한 수분섭취를 시킨다.
- ③ 요실금이 있는 수급자에게 수분제한을 하지 않도록 한다. 고농축된 소변은 방광을 수축시켜 요실금을 유발할 수 있다.

4. 치매 예방 및 관리 지침

1 치매의 예방

- ① 손을 바쁘게 움직인다.
- ② 지나친 흡연을 피한다.
- ③ 과도한 음주를 줄인다.
- ④ 바람직한 식습관으로 뇌를 건강하게 만든다.
 - 신선한 야채와 과일, 특히 호두, 잣 등의 견과류는 뇌기능에 좋으므로 이러한 식품을 적당히 섭취해야 한다.
- ⑤ 적절한 운동을 통해 몸을 자주 움직인다.
 - 적절한 운동은 치매의 원인이 되는 고혈압, 당뇨병, 고지혈증 등을 예방하고 증상을 호전시킨다. 일주일에 2회 이상, 30분이 넘게 땀이 날 정도로 운동을 한다.
- ⑥ 사람들과 만나고 어울린다.
- ⑦ 치매가 의심될 경우 치매지원센터에 간다.
- ⑧ 치매에 걸리면 가능한 빨리 치료를 시작하는 것이 좋다.
 - 치매 초기에는 치료 가능성이 높고, 중증으로 가는 것을 방지할 수 있다. 따라서 치매는 가능한 빨리 발견하여 치료하는 것이 중요하다.
- ⑨ 치매 치료와 관리를 꾸준히 한다.
 - 치매를 방지하게 되면 뇌가 손상되어 돌이킬 수 없기 때문에 꾸준히 관리를 한다.

2 치매의 증상

다음의 10가지 경고증상이 있으면 치매를 의심해 볼 필요가 있다. 경고증상이 있을 때에는 미루지 말고 전문의(정신건강의학과 또는 신경과 의사)를 찾아 상의하는 것이 필요하다.

- ① 일상생활에 지장을 초래할 정도로 최근 일에 대한 기억력 상실이 있다.
- ② 언어 사용이 어려워 졌다.
- ③ 시간과 장소를 혼동한다.
- ④ 판단력이 저하되어 그릇된 판단을 자주한다.
- ⑤ 익숙한 일을 처리하는데 어려움이 있다.
- ⑥ 돈 계산에 문제가 생겼다.
- ⑦ 물건 간수를 잘 못한다.
- ⑧ 기분이나 행동에 변화가 있다.
- ⑨ 성격에 변화가 있다.
- ⑩ 자발성이 감소되었다.

3 치매 대응요령

<주의할 점>

- ① 갑자기 환경을 바꾸지 않는다.
- ② 한 번에 여러 가지 정보를 주지 않고 간결하게 정확히 이야기한다.
- ③ 1m이내에서 대화를 하고 의사소통이 어려운 경우, 손을 잡거나 미소 등의 비언어적인 방법으로 소통을 시도한다.
- ④ 가능한 쉬운 단어를 사용한다.
- ⑤ 규칙적인 생활을 한다.
- ⑥ 잔존기능을 활용한다.
 - 청소, 빨래 개기 등 습관적으로 하던 일을 계속하게 하면 좋은 자극이 될 수 있다.
- ⑦ 달력이나 일력을 사용하여 현실을 알린다.
- ⑧ 회상을 통해 수급자 자신의 존재를 알려준다.
- ⑨ 수급자에게 신체적, 심리적 압박이 있으면 상태가 악화된다는 것을 알고 있어야 한다.

<망상과 환각>

- ① 대화를 할 때, 부정하거나 논쟁하지 않는다.
- ② 감정을 이해하고 수용한다.
- ③ 물건을 둔 곳을 미리 알아두고 빨리 찾아준다.
- ④ 청각 및 시각에 대한 정기검진을 한다.

<불안, 초조>

- ① 낯선 곳이나 사람이 많은 곳을 회피한다.
- ② 복잡한 일은 요구하지 않는다.
- ③ 자존심을 상하게 하는 말이나 행동을 하지 않는다.
- ④ 신체적인 불편이 있는지, 의복이 불편한지, 대·소변이 보고 싶은지 등 수급자의 상태를 수시로 확인한다.

<배회>

- ① 밤에는 수면을 방해하지 않는 선에서 필요시 야간 등을 켜다.
- ② 야간 요의를 줄이기 위해 취침 전 수분섭취를 조절한다.
- ③ 배회를 할 경우, 원인이 무엇인지 확인한다.
- ④ 계단, 화장실, 침대 등 낙상하지 않도록 유의한다.
- ⑤ 주변공원을 산책하거나 산책공간을 만들어 배회를 완화시킨다.
- ⑥ 낮 시간에 충분히 운동을 하도록 한다.

〈반복적인 질문과 행동〉

- ① 같은 질문에 대답하기 보다는 손을 잡아주는 등 수급자를 다독거리려 준다.
- ② 맛있는 음식을 주거나 좋아하던 행동을 하도록 유도한다.

〈부적절한 성적 행동〉

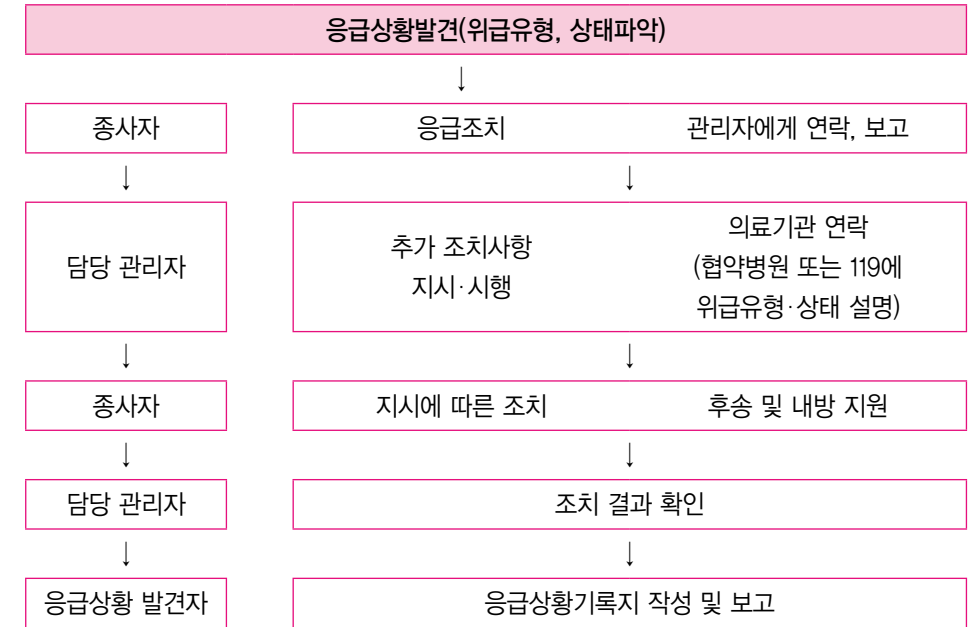
- ① 당황하는 태도를 보이거나 비난하지 말고 옷을 입혀준다.
- ② 손을 잡아주거나, 팔짱을 끼는 등의 다정한 스킨십을 통해 애정의 욕구를 만족시켜 준다. 단, 종사자와 수급자가 이성일 경우 손잡는 정도 외 가급적 신체접촉을 삼간다.

5. 응급상황 대응지침

① 유의사항

- ① 응급상황이 발생했을 경우, 현장의 종사자는 자체적으로 판단하지 말고, 담당관리자 또는 기관장에게 즉시 보고한다.

② 응급상황 대응절차



▶ 단, 경미한 상황에서도 요양보호사는 자체적으로 판단하지 말 것

③ 응급상황의 유형

기도폐쇄	호흡곤란	쇼크 (저혈당, 기립성 저혈압)	낙상으로 인한 골절 및 외상	고혈압
경련	화상	뇌졸중	출혈(코피)	가슴통증

4 응급조치 방법

구분	응급조치 방법
기도 폐쇄	<ol style="list-style-type: none"> 음식 섭취 시 질식 상태가 되면 입안의 음식물을 빨리 꺼낸다. 구개 반사 요법을 시행 - 설압자를 사용하여 구도를 유도한다. 손바닥으로 어깨뼈 사이에 있는 등 부분을 세게 때려 이물질이 올라와 기침으로 뱉어낼 수 있도록 한다. 바로 흡인을 할 수 있는 장소로 옮긴다. 호흡곤란 시 산소를 제공한다.
호흡곤란	<ol style="list-style-type: none"> 산소를 제공할 수 있는 곳으로 옮긴다. 자세를 반좌위나 좌위로 취한다. 심리적 안정을 위하여 주위를 편안하게 해준다. 병원으로 이송한다.
저혈당 쇼크	<ol style="list-style-type: none"> 증상 <ul style="list-style-type: none"> 식은땀, 어지러움, 허기짐, 실신, 의식장애, 기력저하 응급처치 <ul style="list-style-type: none"> 활력징후 및 혈당을 체크한다. 저혈당 쇼크가 왔을 때 <ul style="list-style-type: none"> - 의식이 있을 경우: 적합한 음식과 양은 음료수(사이다, 콜라)1/2잔, 우유1잔, 주스(가당)1/2잔, 요구르트 1병, 설탕 1큰 술, 사탕3~4개, 초콜릿 3쪽, 꿀 1큰 술을 제공한다. - 의식이 없을 경우: 음식물 섭취를 금하고 의료진에게 연락을 한다.
골절	<ol style="list-style-type: none"> 증상 <ul style="list-style-type: none"> 낙상 또는 부딪힘 등으로 인하여 통증 호소. 통증을 호소하지는 않았지만 검사가 필요하다고 판단된 경우. 응급처치 <ul style="list-style-type: none"> 되도록 몸을 적게 움직이게 하고 불필요한 행동은 못하도록 한다. 신속히 의료진을 부른다. 골절 부위에 피가 나면 지혈을 해주고, 상처가 있으면 깨끗한 천으로 덮거나 붕대로 느슨하게 감싸준다. 나무판이나 두꺼운 잡지 등을 이용한 부목을 골절 부위에 대고 골절 부가 움직이지 못하도록 고정한다.
고혈압	<ol style="list-style-type: none"> 증상 <ul style="list-style-type: none"> 두통, 어지러움 등 응급처치 <ul style="list-style-type: none"> 활력징후 측정: 의식이 없을 시 아무것도 먹거나 마시지 않도록 한다. 혈압이 160/90 이상 시 누워서 머리를 올리는 자세로 누워서 안정을 취한다. 필요시 병원으로 이송한다.

구분	응급조치 방법
화상	<ul style="list-style-type: none"> 화상부위의 깊이, 넓이를 확인한다. 찬물에 15분 이상 씻어주며 열기를 식혀준다. 흐르는 물에 직접 닿게 되면 수압으로 인해 피부가 손상되므로 주의한다. 화상부위의 옷은 잡아당기거나 벗기지 말고 잘라내고 장신구는 빨리 제거한다. 세균 감염에 주의 하도록 한다.
뇌졸중	<ol style="list-style-type: none"> 증상 <ul style="list-style-type: none"> 갑작스럽고 심한 두통, 심한 구토 의기소실 - 마비현상 - 의식소멸 입가가 밑으로 처지고 침을 흘리며, 말을 더듬거나 발음이 어눌해짐 응급처치 <ul style="list-style-type: none"> 활력징후를 측정한다. 상체를 높이고 다리를 낮춘다. 기도폐쇄를 예방한다. 목이나 가슴을 조이는 옷은 풀어 순환과 호흡을 원활하게 한다. 금식시킨다.
심근경색 및 협심증	<ol style="list-style-type: none"> 증상 <ul style="list-style-type: none"> 갑작스럽게 짓누르고 조이는 것 같은 앞가슴 통증 청색증, 오심, 식은땀, 호흡곤란 불규칙한 맥박, 의기소실 응급처치 <ul style="list-style-type: none"> 활력징후를 측정한다. 좌위나 반좌위 자세를 유지한다. 목이나 가슴, 허리를 조이는 옷을 풀어준다. 필요 시 산소를 흡입시킨다. 금식 시킨다. 니트로글리세린 응급약을 혀 밑에 넣어준다. 필요 시 병원으로 옮긴다.
출혈	<ul style="list-style-type: none"> 출혈 시 3~5분 지압한다. 활력징후를 측정한다. 출혈 부위는 심장보다 높게 유지한다. 지압 시 병싯포를 대어준다. 필요 시 병원으로 이송한다.

구분	응급조치 방법
기립성 저혈압	1. 증상 <ul style="list-style-type: none"> • 현기증이나 두통, 사지가 차갑고 무기력함. • 식은땀, 안면 창백. • 불면증상과 서맥(맥박이 서서히 뛰는 것) • 구역질, 실신 등의 증상 2. 응급처치 <ul style="list-style-type: none"> • 머리는 낮추고 다리는 올리는 자세로 휴식을 취한다. • 의식저하 시 바로 의료팀에게 연락한다. • 필요 시 병원으로 이송한다.
코피	<ul style="list-style-type: none"> • 콧방울 위로 지압을 한다. • ice bag을 대주기와 떼기를 반복한다. • 10분간 압박해보고 코피가 계속나면 다시 반복한다. • 콧속 거즈 등으로 막아준다. • 필요 시 병원으로 옮긴다.
경련	<ul style="list-style-type: none"> • 경련의 양상을 관찰한다. • 끼는 벨트나 단추 등은 풀어준다. • 주변의 위험한 물건을 치운다. • 질식 예방을 위해 기도를 확보하도록 한다. • 필요 시 병원으로 이송한다.

6. 실종 예방 및 대응지침

① 실종의 예방

- ① 현관이나 출입구, 계단 쪽에 문이 열려있는지 확인한다.
- ② 수급자 혼자 돌아다니지 않는지 여부를 늘 관찰하고 방치하지 않도록 한다.
- ③ 치매수급자 중 배회증세가 있는 수급자결에서 자리를 비우지 않는다.
- ④ 서비스 중간에 수급자를 확인해 본다.
- ⑤ 인식표를 발급받는다.
 - 치매 등으로 인해 실종이 염려되는 수급자를 돌보는 가족 또는 본인은 '배회 가능 어르신 인식표'를 무료로 발급받을 수 있다(보건소나 치매지원센터 신청).

② 실종시 확인 사항

- ① 집과 집주변 및 정류장, 평소 자주 가던 곳을 확인한다.
- ② 가고 싶다는 말을 자주 했거나, 과거 실종경험이 있는 지역을 확인해 본다.
- ③ 큰 도로를 따라 이동하면서 찾아보거나, 구석진 곳 및 지하실 등을 살펴본다.
- ④ 평소 가까이 지낸 지인들에게 연락해본다.
- ⑤ 과거에 살았던 곳이나 추억이 깊은 곳에 확인해 본다.

③ 실종시 신고 방법

- ① 경찰청 ☎112
- ② 중앙치매센터-실종치매노인지원 ☎1666-0921



가. 구성

다. 근로 및 고충처리

나. 수급자 사고 예방 및 관리

라. 건강 및 안전관리

7. 학대 대응지침

1 노인학대의 정의

노인에 대하여 신체적·정신적·성적 폭력 및 경제적 착취 또는 가혹행위를 하거나 유기 또는 방임을 하는 것을 말한다(노인복지법 제1조의2제4호).

2 노인학대의 유형

- ① 신체적 학대: 물리적 힘 또는 도구를 이용하여 노인에게 신체적 혹은 정신적 손상, 고통, 장애를 유발시키는 행위
- ② 정서적 학대: 비난, 모욕, 위협, 협박 등의 언어 및 비언어적 행위를 통하여 노인에게 정서적으로 고통을 주는 행위
- ③ 성적 학대: 성적수치심 유발행위나 성폭력(성희롱, 성추행, 강간) 등 노인의 의사에 반하여 강제적으로 행하는 모든 성적 행위
- ④ 경제적 학대: 노인의 의사에 반(反)하여 노인으로부터 재산 또는 권리를 빼앗아가는 행위로서 경제적 착취, 재산에 관한 법률 권리 위반, 경제적 권리와 관련된 의사결정에서의 통제 등을하는 행위
- ⑤ 방임: 보호자로서 책임이나 의무를 거부, 불이행 혹은 포기하여 노인의 의식주 및 의료를 적절하게 제공하지 않는 행위(※노인 스스로가 최소한의 자기보호 관련 행위를 의도적, 비의도적으로 포기하여 심신이 위험한 상황, 사망에 이르게 하는 자기방임 포함)
- ⑥ 유기: 보호자 또는 부양의무자가 노인을 버리는 행위

3 노인학대 신고의무

노인복지시설과 장기요양기관의 장과 종사자는 노인학대 신고의무자이다(노인복지법 제39조의6제2항).

- ① 신고의무자는 그 직무상 노인학대를 알게 된 때에는 즉시 노인보호전문기관 또는 수사기관에 신고하여야 하며, 이를 위반하여 노인학대를 신고하지 않은 사람에게는 500만원 이하의 과태료가 부과된다.
- ② 신고인의 신분은 보장되며, 신고인의 신분보호 및 신원노출 금지의무를 위반한 자는 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다(※노인보호전문기관은 신고자의 개인정보에 대한 비밀을 보장하며, 신고인이 원하는 경우 사례에 대한 결과를 제공할 수 있다).
- ③ 노인학대를 목격하거나 의심될 때는 전국 어디서나 국번 없이(24시간 상담) 1577-1389(노인보호전문기관) 또는 129(보건복지콜센터)로 연락한다.

1. 업무범위·부당요구 대응지침

1) 방문요양의 업무범위 및 부당요구 대응지침

1 업무범위

구분	업무내용
방문 요양	- 신체활동지원 및 인지활동지원, 정서지원, 가사 및 일상생활지원
	- 수급자 급여제공기록지 기록 및 유지
	- 수급자 관찰기록 및 유지
	- 수급자 서비스 제공 계획수립 및 변경에 관한 보고
	- 특별행사 등의 경우 보충적 활동제공

2 부당요구의 유형 및 대처법

- ① 동거 가족의 서비스(가족의 조리, 청소, 세탁)를 무리하게 요구하는 경우
 - 첫째, 현재 제공하는 서비스의 지원내용과 계약된 활동시간이 적정한지 판단해 본다. 필요시 관리자에게 수급자 중심으로 활동시간을 재편성해줄 것을 요청한다.
 - 둘째, 종사자가 수급자의 가정을 방문하여 해야 할 일에 대하여 수급자 또는 가족과 사전에 합의한다. 정해진 활동시간 내에 할 일을 수급자와 가족에게 공지하여 이해를 구한다.
- ② 명절 상차림, 외지 가족에 대한 식사 접대 등 특별한 조리를 요구하는 경우
 - 수급자에 대한 서비스가 아니므로 업무범위에 해당되지 않는다는 점을 설명 한다. 종사자 선에서 해결되지 않을 경우, 언쟁을 피하고 기관 관리자와 상의 하도록 한다.
- ③ 농사일 등을 시키는 경우
 - 급여범위에 포함되지 않는 업무로 수급자나 가족에게 차분히 설명한다. 종사자 선에서 해결되지 않을 경우, 언쟁을 피하고 기관 관리자와 상의하도록 한다.
- ④ 모든 의료행위(관장, 욕창치료 등)를 요구하는 경우
 - 의료행위는 의사와 이를 위임받는 방문간호(조무)사 밖에 할 수 없다는 것을 명심

하여야 한다. 노인장기요양보험제도에서는 사회복지사, 방문간호(조무)사, 물리치료사, 작업치료사 등 인력기준을 정하여 전문서비스를 제공하는 것을 원칙으로 하고 있으므로 요양보호사의 업무범주를 넘는 것은 하지 말아야 한다. 관리자와 상의하여 다른 재가장기요양기관 또는 의료기관과 연계하여 제공하도록 조치해야 한다.

- ⑤ 부재 시 집을 방문하여 서비스를 제공하여 달라고 하는 경우
 - 가사 등 일상생활지원을 중심으로 제공하는 서비스가 아니므로 수급자에게 직접 지원을 원칙으로 하여야 한다. 수급자가 병원에 입원해 있는 경우 등에 서비스를 제공한다면 부당청구에 해당되므로 주의하여야 한다.

2) 주·야간보호의 업무범위 및 부당요구 대응 지침

① 업무범위

구분	업무내용
주·야간 보호	<ul style="list-style-type: none"> - 건강 및 여가생활지도, - 개인위생지도 - 물품관리(개인물건 수리·수선 및 비품관리) - 프로그램 운영 및 지원 - 수급자 급여제공기록지 기록 및 유지

② 부당요구 대응지침

- ① 수급자가 서비스를 받음에 있어 모든 서비스의 내용을 본인의 초점에 맞추어 이루어 지도록 요청하는 경우, 전체 수급자의 서비스 제공에 제약이 가해질 수 있기 때문에 무리가 없는 한도 내 개별적 서비스가 제공되어야 한다.
 - 관리자 및 종사자는 자신의 직업의식과 정체성을 확고히 세우고 그에 맞는 전문성을 기르도록 노력해야 한다.
- ② 수급자가 서비스 제공시간 외 본인의 개인적인 일을 요청하기 위해 관리자 및 종사자에게 업무범위 외의 활동을 요청할 경우, 이에 대해 관리자나 기관장에게 보고하여 적절한 선에서 수급자의 요구에 대해 중재할 수 있도록 한다.
- ③ 수급자 및 보호자가 기관의 운영규정원칙에 위배되는 사안을 요구하거나 요청하는 경우, 관련 운영규정을 근거로 하여 적절하게 대처할 수 있어야 한다.
- ④ 수급자 및 보호자가 종사자 및 관리자에게 폭언, 협박 또는 인격적·성적 불쾌감을 유발하는 행위 등을 할 경우, 관리자나 기관장에게 상세히 보고한 후 관련 운영규정 등 통상적인 규정이나 절차에 의거하여 부당한 대우에 대한 대처를 할 수 있도록 한다.

- ⑤ 종사자를 비롯하여 관리자는 업무와 관련되지 않는 모든 부당대우 및 요청, 개별적인 부당요구에 대해 기관장에 의하여 처리할 수 있거나 다면상담, 고충처리건의함, 인권위원회의 진정함에 건의 할 수 있는 등 공식적인 구제절차에 의해 고충을 처리할 수 있다.

3) 부당요구 대응절차(공통)

- ① 부당요구: 수급자 또는 가족
- ② 1차 응대: 부당요구의 유형을 분류하고 이에 대하여 설명한다(1차 설명).
- ③ 해결: 해결이 된 경우는 종결한다(1차 설명으로 종결된 경우).
- ④ 갈등: 1차 설명이 충분치 않아 부당요구를 지속하는 경우
- ⑤ 2차 응대: 부당요구에 대하여 일단은 수용하며 기관과 상의하겠다고 갈등을 피한다.
- ⑥ 보고: 부당요구에 대하여 관리자 또는 기관장에게 전화, 메일, 서면으로 보고한다.
- ⑦ 방문: 관리자 또는 기관장은 부당요구를 접하고 수급자 또는 가족을 방문하여 의견을 접수한다.
- ⑧ 조치계획수립: 관리자 또는 기관장은 상담일지를 기록하고 부당요구의 내용을 기록하고 조치계획을 수립한다.
- ⑨ 중재: 조치계획에 의거 수급자 또는 가족과 중재한다.
- ⑩ 해결: 해결한 경우는 종결한다.
- ⑪ 사후평가: 추후에 부당한 요구가 이루어지고 있는지 종사자는 관리자 또는 기관장에게 보고한다.

2. 고충처리

① 근로계약 체결 및 사회보험가입

- 장기요양기관에 종사하는 요양보호사는 기관의 장(사용자)과 직접 근로계약을 체결한 근로자여야 한다. 따라서 기관의 장(사용자)과 요양보호사 모두 사용자-근로자 관계로서 관련 법령이 정하는 바에 따라 사회보험에 가입하여야 하며, 근로기준법 등 노동 관련 법령을 준수하여야 한다.

② 관리책임자 등의 지휘감독 필요

- 요양보호사가 장기요양기관의 관리책임자 등의 지휘감독을 받지 않고 근로 시간이나 서비스 내용 등까지 요양보호사의 자율에 맡겨져 그 급여제공 사실만으로 대가를 지불한다면 사용자-근로자 관계를 인정받을 수 없으며 관리책임자로서의 책임을 다하지 않은 것으로 간주될 수 있다.

③ 장기요양기관의 장의 고충해결 의무

- 장기요양기관의 장은 요양보호사와 수급자간에 부당한 요구나 성적 괴롭힘, 잦은 교체 요구 등으로 갈등이나 문제가 발생했을 경우, 이를 해결할 수 있는 분쟁처리나 고충해결 절차를 구체적으로 마련해야 한다.

④ 요양보호사 고충상담

- 국민건강보험공단은 장기요양 종사자의 권익보호 및 근로환경 개선을 위하여 장기요양서비스 제공 중에 발생하는 고충을 상담해주는 전용전화를 운영하고 있다.
- 상담기간: 평일 오전 9시부터 오후 6시까지
- 상담내용: 장기요양서비스 제공 중에 발생하는 고충
- 지원대상: 장기요양서비스 제공 중인 종사자(요양보호사, 사회복지사, 간호(조무)사 등)
- 상담전화: 033)811-2282
- 홈페이지 주소: 노인장기요양보험홈페이지(www.longtermcare.or.kr)

3. 부당청구 신고

※ 신고방법: 노인장기요양보험 홈페이지(www.longtermcare.or.kr)

① 부당청구 장기요양기관 신고포상금 제도안내

- 부당한 방법으로 장기요양급여비용을 청구한 장기요양기관을 신고할 경우 포상금을 지급하고 있다.

② 장기요양기관 불법 부당 운영사례신고

- ① 수급자 소개, 알선 및 유인하는 행위를 하는 경우.
- ② 본인부담금 할인 또는 면제 행위를 하는 경우.
- ③ 입소 및 이용계약 시 불필요한 서비스를 강요하는 경우.
- ④ 정당한 사유 없이 시설 입소 및 이용을 거부하는 행위를 하는 경우.

③ 요양보호사 교육기관 불법 부당운영사례 신고

- ① 출석부, 실습확인서, 경력인정서 등 서류를 허위로 작성하는 경우.
- ② 교육시간을 단축하거나, 무자격·무등록된 강사가 강의하는 경우.
- ③ 실습생이 실습지도자 없이 실습을 받거나, 적정 인원수를 초과하여 실습하는 경우.
- ④ 수강료를 덤핑하거나, 교육기관 간 가격담합 또는 승인받지 않은 자체할인을 하는 경우.
- ⑤ 취업전망·급여 등에 대한 허위·과장광고 및 상담을 하는 경우.
- ⑥ 경품, 상품권, 이용권을 증정하는 경우.

④ 장기요양종사자 의견수렴, 고객제안 등

- 이외에도 장기요양종사자 의견수렴, 고객제안 등 장기요양보험제도의 올바른 정착을 위해 많은 의견개진 창구를 운영하고 있다.

4. 성희롱 예방 및 대응지침

1 성희롱의 정의

- 업무 고용 그 밖의 관계 등으로 성적 굴욕감 또는 혐오감을 느끼게 하거나 성적 언동 기타 요구 등에 대한 불응을 이유로 불이익을 주는 것

2 성희롱의 성립 유형

- 남녀 또는 직책의 구분 없이 발생할 수 있다.

• 유형1: 종사자→ 종사자	• 유형2: 종사자→ 수급자
• 유형3: 수급자→ 종사자	• 유형4: 수급자→ 수급자

3 성희롱 유형과 사례

구분	내용
육체적 행위	<ul style="list-style-type: none"> • 입맞춤이나 포옹, 뒤에서 껴안기 등의 신체적 접촉 • 가슴, 엉덩이 등 특정 신체 부위를 허락 없이 만지는 행위 • 안마나 애무를 강요하는 행위 • 회식자리 등에서無理하게 옆에 앉혀 술을 따르도록 강요하는 행위
언어적 행위	<ul style="list-style-type: none"> • 음란한 농담이나 음담패설 등 • 외모에 대한 성적인 비유나 평가 • 성적인 사실 관계를 묻거나 성적인 내용의 정보를 의도적으로 유포하는 행위 • 성적인 관계를 강요하거나 회유하는 행위 • 음란한 내용의 전화통화
시각적 행위	<ul style="list-style-type: none"> • 외설적인 사진, 그림, 낙서, 음란 출판물 등을 게시하거나 보여주는 행위 • 성과 관련된 자신의 특정 신체부위를 고의적으로 노출 및 만지는 행위 • 직·간접적으로 음란한 편지, 사진, 그림을 보내는 행위
기타	<ul style="list-style-type: none"> • 사회통념상 성적 굴욕감을 유발하는 것으로 인정되는 언어나 행위

4 성희롱 발생 예방요령

- ① 상대방을 인격과 존엄성을 가진 존재로 인정하고 평소 상호존칭을 사용한다.
- ② 성희롱 예방교육에 적극 참여한다.
- ③ 평소 기관 내에 성희롱이 용납되지 않는 분위기를 조성한다.
- ④ 공적인 것과 사적인 것을 구분하고 자신의 지위나 남성의 우월성 등을 이용하여 사적인 행위를 강요하지 않는다.
- ⑤ 동료 및 수급자들 간의 음담패설을 하지 못하게 한다.
- ⑥ 수급자의 외모나 사생활에 지나치게 간섭하지 않는다.
- ⑦ 수급자가 자신의 성적언동에 적극적으로 동의하지 아니하고 불쾌한 표정을 짓거나 자리를 피하는 등의 행동을 하면 이를 거부사으로 받아들이고 즉각 행동을 중지한다.
- ⑧ 수급자가 명시적인 의사표현을 하지 않더라도 그것을 긍정의 의사로 오해하여서는 안 된다.
- ⑨ 수급자 신체 케어 시 음담패설을 하지 않는다.

5 성희롱 발생 시 대응

<기관의 대처 방법>

- 성희롱 발생 시 목격자는 이를 즉시 중단시키고 기관장 또는 관리자에게 보고하여야 하며, 관리자는 관계자에 대한 확인 및 조사를 실시하고 교육하여 재발되지 않도록 하여야 한다. 또한, 성희롱 예방 및 발생 시 다음과 같이 조치한다.
- ① 성희롱 예방 및 대응 교육을 연 1회 이상 실시
 - ② 성희롱 예방 및 대응지침을 공개된 장소에 비치
 - ③ 성희롱 피해자 등에 대해 불이익을 주는 행위 금지
 - 성희롱으로 인한 피해가 있을 경우(유형1 또는 유형3) 그 피해자에게 원하지 않는 업무배치 등의 불이익한 조치를 해서는 안 된다.
 - 성희롱으로 인한 피해가 있을 경우(유형2 또는 유형4) 그 피해자에게 원하지 않는 숙소 및 급여제공자 배치 등의 불이익한 조치를 해서는 안 된다.
 - ④ 성희롱 행위자에 대한 조치 실시
 - 종사자에 의한 성희롱이 발생하였을 경우에는(유형1 또는 유형2) 그 행위자를 징계한다.
 - 성희롱을 한 대상자에게는(유형3 또는 유형4) 재발 방지를 위한 서비스 중단 등의 적절한 조치를 행할 수 있다.

〈개인의 대처방법〉

- ① 감정적인 대응은 삼가고, 단호히 거부의사를 표현한다.
 - 단호히 거부의사를 표시하고 시정을 요구한다.
 - 유형3의 경우 가족에게 사정을 말하고 시정해 줄 것을 요구한다.
 - 시정요구에도 상습적으로 계속할 경우 녹취하거나 일지를 작성해 둔다.
 - ② 기관의 관리자나 기관장에게 보고하여 적절한 조치를 취하도록 한다.
 - 모든 피해사실에 대하여 기관의 관리자나 기관장에게 보고하여 기관에서 적절한 조치를 취하도록 한다.
 - ③ 외부기관의 도움을 요청한다.
 - 심리적 치유상담 및 법적 대응이 필요하다고 판단될 경우 외부의 전문기관(성폭력 상담소, 여성노동상담소, 국가인권위원회 등)에 상담하여 도움을 받는다.
 - ④ 평소 성폭력에 대한 충분한 예비지식과 대처방법을 숙지한다.
 - ⑤ 음담패설을 삼간다.
- ⑥ 성희롱 피해접수처
- ① 한국성폭력상담소: 02)338-5801
 - ② 여성긴급전화: 1366
 - ③ 국가인권위원회: 1331

5. 개인정보 보호지침

① 수급자의 개인정보보호 및 기록물 관리지침

- 수급자에 대한 개인적 정보와 기관이 개인과 공유하는 비밀은 존중되고 보호되어야 한다.
- 수급자 및 가족들은 자신의 정보에 대한 비밀이 보장될 권리가 있으며, 정보제공은 알아야 할 필요성을 가진 사람에게만 허가되어야 하며, 반드시 사전에 동의를 구해야 한다.
- 관리자 및 종사자는 수급자의 개인정보를 퇴직한 이후에라도 전적으로 수급자의 이익이나 의사에 반하여 공개해서는 아니 된다.
- 수급자 및 보호자의 개인정보는 담당 종사자 또는 관리자에 한하여 업무와 관련된 범위 안에서 공개 및 열람되어진다.
- 수급자의 정보가 담긴 컴퓨터는 비밀번호가 걸려있어야 하며, 개인정보가 기록된 서류는 잠금장치가 마련된 수납장에 보관하거나, 접근 제한 등의 조치를 취해야 한다.
- 수급자의 정보가 담긴 문서를 폐기할 경우, 신상정보가 노출되지 않도록 반드시 분쇄하여 폐기한다.
- 수급자의 정보를 다루는 모든 종사자 및 관리자는 서비스 제공 관련 상담자 등 외부인이 컴퓨터 모니터 및 문서 등을 볼 수 없도록 자리를 배치해야 한다.
- 관리자는 모든 종사자의 수급자 또는 가족의 개인정보 관리 상태를 상시적으로 감독 및 관리하여 원하지 않는 정보가 누출되지 않도록 해야 한다.



가. 구성

다. 근로 및 고충처리

나. 수급자 사고 예방 및 관리

라. 건강 및 안전관리

1. 감염 예방

방문간호 제공인력은 자기 자신뿐만 아니라 다른 종사자 및 밀접한 접촉을 하는 사람들의 건강과 안전을 위해 임상적으로 중요한 전염성 질환에 대해 예방접종을 실시하여 면역을 가지고 있어야 한다. 예방접종은 질병에 대한 예방효과가 확실하고, 비용이 효과적인 것으로 기관 정책에 맞게 실시한다. 장갑, 마스크, 가운, 큰 안경, 신발 덮개, 심폐소생에 사용한 특수 소생기구 등은 감염물질에 노출된 이후에 적절하게 처치하여 감염 위험을 줄일 수 있다.

① 표준주의

표준주의는 진단명이나 감염여부에 상관없이 모든 수급자를 간호할 때 적용하는 것으로 혈액, 모든 체액 포함 유무에 상관없이 땀을 제외한 분비물과 손상된 피부나 점막 등에 미생물이 감염되는 것을 예방하기 위해 적용한다.

② 업무관련 질병 및 노출시 관리

종사자 건강관리의 중요한 기능은 업무와 관련된 질병을 신속하게 진단하고 처리하는 것이며 감염위험에 노출된 직원에게 적절한 예방 조치를 취하는 것이다.

감염질환에 걸린 종사자가 다른 종사자나 수급자에게 옮기지 않도록 대책을 강구하는 것이 기관의 책임이다. 때로는 영양보호사가 수급자와 접촉하는 것을 제한할 수 있는데, 감염의 전파경로나 질병의 특성에 따라 근무제한 여부를 결정한다. 기관뿐만 아니라 지역사회에서도 다른 사람과의 접촉을 제한하도록 한다. 근무제한이 필요한 질병과 기간에 대한 기준은 정확하게 문서화 한다. 종사자 스스로 감염질환이나 노출사항을 보고하도록 유도 하고, 그로 인해 월급, 업무내용, 업무이득 등과 관련하여 불이익이 없도록 한다.

③ 감염 예방을 위한 손 씻기 주의사항

- ① 손 씻기는 감염 예방의 기본이므로 장기요양기관의 종사자는 수급자의 가정에 들어 가기 전과 가정을 나오기 전에 아래와 같은 방법으로 반드시 손을 씻어야 한다.
- ② 수급자도 화장실을 다녀와서 식사 전, 외출 후에는 아래와 같은 방법으로 반드시 손을 씻어야 한다.
 - 화장실을 이용 한 후
 - 날 음식을 처리했을 때
 - 담배를 피운 후
 - 음식찌꺼기를 처리했을 때, 또는 식기를 닦고 난 후
 - 음식을 먹거나 음료를 마시기 전이나 마신 후
- ③ 손톱 밑에도 미생물이 모이기 쉬우므로 가능한 손톱을 짧게 깎는다.

④ 옴 관리

- 옴벌레라는 0.4mm정도의 작은 진드기가 피부 깊은 곳에 기생하여 발생하는 병으로, 사람이 사람에게로 직접 감염시킨다. 옴 진드기는 주로 야간에 사람 피부의 가장 겉 부분인 각질 층 내에 굴을 만들고 이때 진드기에서 나오는 분비물로 알레르기 반응을 유발하여 밤에 가려움증이 심해진다.
- 진드기가 피부에서 알을 낳아 3주 안에 어미로 변하고, 가려워서 긁었을 경우 진드기와 알이 손톱에 묻어 전염된다. 알레르기와 혼동하기 쉬우므로 심한 가려움은 병원을 방문하도록 한다.
- 주로 손가락 사이, 팔이 접히는 부분, 가슴, 발등, 발꿈치, 겨드랑이, 생식기, 엉덩이 등에 잘 생기며, 주로 각질층이 두꺼워져 있는 면역 저하 수급자와 고령자에게 발생 하며 가려움증이 없는 경우가 많아 진단하기 어려울 수 있어 다른 사람에게 전파 될 가능성이 높다.
- 옴의 전염은 대개 전형적인 옴을 갖고 있는 사람과 장시간의 피부접촉으로 인해 일어나지만 단시간의 피부접촉으로도 옴이 전염될 수 있다. 영양보호사가 수급자에게 스펀지 목욕을 시키거나, 들어 올릴 때, 또는 몸에 로션을 바르는 과정에서 옴이 옮겨 갈 수 있다. 손을 잡거나 옴 진드기가 기생하는 침구, 의복 또는 다른 매개물을 통한 일상적인 접촉에 의해 전염되는 경우도 있다.
- 전형적인 옴 수급자의 주위 환경, 특히 내의, 침구 등은 삶아서 빨거나 다림질하고, 의류 및 침구류의 소독은 진드기를 제거하는데 도움이 되며, 개인위생을 철저히 해야 한다.

- 몸에 감염된 종사자는 전형적인 옴의 양상을 보이는 감염된 진드기 수가 적어 옴 살충제를 1회 정확하게 도포하는 것으로 전파 가능성이 즉시 감소하게 된다. 도포는 취침 전 얼굴 아래부터 온 몸에 꼼꼼히 바른 후 아침에 샤워하도록 한다.
 치료 시에는 침구를 함께 사용하는 배우자를 포함하도록 한다.
- 옴에 걸린 수급자는 치료하지 않으면 수년간 계속될 수 있고, 치료용 연고를 바르면 가려움증은 빨리 없어지며, 1~2주간 치료하면 다른 증상도 없어진다. 또한 반복적인 치료가 요구되며, 진드기 감염의 재발을 관찰하여야 한다. 옴에 걸린 종사자는 치료 후 의학적인 평가와 판단으로 감염이 없어졌다고 판단될 때까지 수급자를 돌보는 업무를 제한하는 것이 바람직하다.

TIP 기초지식: 감염 예방수칙

- ① 손 씻기
 - 혈액, 체액, 분비물, 배설물에 오염된 물건을 만졌을 경우, 장갑 착용 여부와 상관없이 손 씻기를 실시한다.
 - 수급자 처치 후 다른 수급자 처치 시 손을 씻으며 동일한 수급자라도 다른 부위를 처치할 때도 손 씻기를 실시한다.
 - 평상시에는 일반 비누를 사용해도 무방하나 감염관리상 필요한 경우에는 소독비누를 사용한다.
- ② 장갑 착용
 - 혈액, 체액, 분비물, 오염된 물건, 손상된 피부, 점막 접촉 시에 장갑을 착용한다.
 - 수급자나 처치 부위가 바뀔 때마다 장갑을 교환한다.
 - * 장갑 착용이 손 씻기를 대신할 수 없다.
 - * 비닐장갑의 안정성은 보장할 수 없다.
- ③ 모자, 마스크, 보안경, 안경보호대 착용
 - 수급자의 체액, 혈액, 분비물, 배설물이 튀 가능성이 있을 때 착용한다.
- ④ 가운
 - 피부나 옷 등이 수급자의 혈액, 체액 분비물 등으로 오염될 가능성이 있을 때 착용한다.
 - 가운이 오염되면 바로 벗고 손 씻기를 한다.
- ⑤ 처치기구의 처리
 - 혈액이나 분비물, 체액, 배설물로 오염된 것은 피부나 점막이 오염되지 않도록 적절한 방법으로 재빨리 씻어 낸다.
 - 재사용 물품은 세척 후 반드시 멸균하거나 소독한다.
 - 일회용품은 분리수거하여 버린다.
 - 날카로운 물품은 천공이 안 되는 용기에 버린 후 지정된 장소에 버린다.
- ⑥ 환경관리·수급자 주위환경은 깨끗이 하며 필요시 소독제를 이용하여 소독한다.
- ⑦ 침구 관리·혈액, 배설물, 분비물, 체액 등으로 오염된 것은 따로 수거하여 별도로 세탁실로 보내며 피부나 점막이 오염되지 않도록 운반·처리하도록 한다.
- ⑧ 날카로운 기구에 자상을 입지 않도록 주의한다.

2. 손 씻기

일시적으로 발생하는 오염균은 피부와 표피층에 집락을 이루는 미생물로서 잠재적인 병원성 세균을 의미한다. 이러한 미생물은 흔히 수급자나 수급자 주변의 오염된 환경과 접촉하면서 얻게 되고 대부분 감염과 균의 전파를 발생시키는 것으로, 일반적인 손 씻기로 제거가 가능하다. 따라서 손 씻기는 감염 예방의 가장 중요한 행위이다.

〈손 씻기의 적용〉

- ① 수급자와 직접 접촉 전·후
- ② 장갑 착용 전·후
- ③ 수급자의 체액이나 분비물, 점막, 손상 있는 피부, 상처 부위 드레싱과 접촉한 후
- ④ 동일한 수급자라도 오염부위에서 청결부위로 이동 시
- ⑤ 수급자와 바로 인접한 장소에 있는 물체와 접촉한 후
- ⑥ 수급자의 가정방문 전·후
- ⑦ 식사 전 및 화장실을 사용한 후

〈물과 비누를 이용한 손 씻기〉

- 감염을 예방하기 위해 물과 비누를 이용한 손 씻기 방법은 다음과 같다.
- ① 손에 물을 적신다.
 - ② 적당량의 비누를 손 전체에 묻힌다.
 - ③ 양 손바닥을 비빈다.
 - ④ 손가락을 마주잡고 양 손바닥을 비빈다.
 - ⑤ 오른손 바닥을 왼손 등에 겹쳐 문지르고 손가락 사이 역시 문지른다. 손을 바꿔 반복한다.
 - ⑥ 오른손 엄지손가락을 왼손 바닥으로 돌려 문질러준다. 손을 바꿔 반복한다.
 - ⑦ 양손 손가락들을 모은 후 서로 반대 편 손바닥을 비빈다.
 - ⑧ 오른쪽 손가락의 끝을 모아 왼손 바닥에 비빈다. 손을 바꿔 반복한다.
 - ⑨ 손을 물로 씻는다.
 - ⑩ 1회용 타월을 이용하여 손을 말린다.
 - ⑪ 사용한 타월로 수도꼭지를 잠근다.

〈손 씻는 방법〉



〈알코올 젤을 이용한 손 씻기〉

- 감염 예방을 위해 장소에 구애받지 않고 손 씻기를 할 수 있는 또 다른 방법은 알코올 젤을 이용하는 것으로, 이는 물과 비누가 없어도 손 씻기가 가능하며 구체적인 절차는 다음과 같다.
- ① 손을 오므려 양 손 전체를 바를 수 있을 정도의 알코올 젤을 짬다.
 - ② 양 손바닥을 서로 비빈다.
 - ③ 손가락을 마주잡고 양손 바닥을 서로 비빈다.
 - ④ 오른손 바닥을 왼손 등에 겹쳐 문지르고 손가락 사이 역시 문지른다. 손을 바꿔 반복한다.
 - ⑤ 오른손 엄지손가락을 왼손 바닥으로 돌려 문질러준다. 손을 바꿔 반복한다.
 - ⑥ 양손 손가락들을 모은 후 서로 반대 편 손바닥을 비빈다.
 - ⑦ 오른손 손가락의 끝을 모아 왼손 바닥에 비빈다. 손을 바꿔 반복한다.
 - ⑧ 손을 완전히 말린다.

〈손 건조법〉

- ① 비치된 타월로 닦아내기
 - 타월이 처음에는 깨끗하지만, 곧 수분을 흡수하게 되어 더러워지고, 축축해지며 곧 이어 미생물이 증식하게 된다.
- ② 핸드 드라이기로 건조시키기
 - 이상적인 방법이나 약간의 시간이 걸리며, 장치가 필요없다.
- ③ 종이타월로 닦기
 - 간단하고 확실하며 값이 싸다.

3. 근골격계 질환 예방법

- ① 근골격계 질환의 원인, 종류에서 계속 강조되는 내용은 부적절한 자세와 반복적인 동작의 위험성과 휴식의 중요성 등이다. 모든 근골격계 질환의 발생 시 휴식을 통한 근육의 피로회복이 첫 번째 치료인 것을 알 수 있다. 무엇보다도 근골격계 질환은 예방이 중요하며 업무 중 그리고 휴식 중에도 바른 자세가 요구된다고 할 수 있다.
- ② 업무 중 수급자를 부축하거나 이동시키는 업무를 수행하면서 뼈와 관절 등에 무리가 갈 수 있다. 이때 지켜야 할 원칙은 수급자를 부축할 때는 최대한 내 몸에 밀착시킨 후 하체의 힘을 이용하여 수급자를 들어 올리는 것이다. 흔히 범하기가 쉬운 실수가 무거운 물건이나 수급자를 이동할 때 팔만 뻗어서 이동시키려 하거나, 하체의 힘이 아닌 허리의 힘을 이용하는 것이다. 이는 척추에 큰 부담과 충격을 주게 되므로 피해야 한다.
- ③ 종사자에게 수급자의 모든 체중이 실어지는 것을 피하기 위해 이동시 수급자에게 침대 난간이나 손잡이 등 고정된 것을 잡을 수 있도록 설명하여 무게를 분산시키는 것이 좋다. 의사소통이 잘 되는 수급자와는 이동하거나 부축할 때 서로 대화하며 호흡을 맞추어서 움직이는 것도 중요하다. 종사자가 힘을 주는 타이밍과 수급자가 종사자에게 의지하는 타이밍이 맞지 않을 때 서로 다칠 위험이 있다. 또한 관절에 무리가 갈 정도로 무거운 물건은 동료와 반드시 협조하여 옮기도록 하며 이때에도 동료와 의사소통을 하여 협동이 잘 이루어지도록 힘을 중요하다.
- ④ 안전한 업무를 위한 기본자세는 수급자를 들거나 이동할 때는 다리의 강한 근육을 사용하기 위하여 무릎을 약간 구부리고 양발을 각각 앞, 뒤로 위치시키는 것이다. 그리고 무게중심을 유지하기 위해 다리를 어깨 너비만큼 벌리고 가능한 자신의 몸 가까이에서 수급자를 들도록 하는 것이다. 이렇게 바른 자세를 취한 후 종사자가 일하기 편리한 높이에서 이동을 도와주는 것이 좋다.
- ⑤ 근골격계 질환의 예방을 위해서는 주변 환경을 정리하는 것도 매우 중요하다. 화장실이나 다용도실, 부엌 등 타일류 바닥은 약간의 물기에도 매우 미끄러운 상태가 되므로 순간 방심하면 넘어져 골절과 염좌 등 근골격계 질환이 발생하게 된다. 만약 뜨거운 음식이나 뜨거운 물 등을 옮기는 중이었다면 화상을 입을 수도 있다. 바닥에 물기는 그 즉시 제거하도록 하며, 미끄럼 방지 테이프 등을 붙이는 것도 좋은 방법이다. '잠깐인데 괜찮겠지'하는 생각으로 바퀴가 달린 의자 위에 올라가 물건을 꺼내는 일도 매우 위험하다. 때로는 바퀴가 달린 의자 또는 접이식 의자에 앉다가 무게 중심을 잘못 잡아 의자와 함께 넘어지는 사고를 당할 수도 있다. 높은 곳에 자주 사용하는 물건을 보관하지 않도록 하고, 바퀴달린 의자 및 접이식 의자는 사용하지 않도록 한다.
- ⑥ 배에 힘을 주고 걷게 되면 복부 근육이 점점 강화되어 늘어졌던 근육에 탄력이 생겨 짧아질 것이다. 척추의 건강은 복부근육의 길이에 영향을 받는다는 것을 명심해야

한다. 어깨도 축 늘어뜨리지 말고 열어젖히듯이 바르게 펴고 걷는다. 또한 목은 바르게 펴고 걷는데, 이것은 턱을 들고 걷는 것과는 다른 느낌이다. 하체와 상체를 바르게 한 연장선에서 목도 바르게 펴는 것이다.

〈근골격계 질환 예방을 위한 자가 체크리스트〉

분야	항목
1. 활동 전 충분한 몸풀기	□ 허리는 충분히 풀었는가?
	□ 어깨와 팔 근육의 긴장을 완화하였는가?
	□ 즐거운 마음 자세를 갖고 있는가?
2. 수급자와 활동 전 대화하기	□ 수급자에게 제공할 서비스 내용을 숙지하였는가?
	□ 수급자에게 서비스 내용을 충분히 전하였는가?
	□ 수급자와 충분한 논의가 이루어졌는가?
3. 이동 경로를 면밀히 검토 후 실시하기	□ 바닥에 떨어져 있는 물건들을 정리하였는가?
	□ 바닥은 미끄러운지 점검하였는가?
	□ 바닥에 물기는 제거하였는가?
4. 혼자 힘으로 어려울 때 동료에게 도움을 요청하거나, 이동 도구 활용하기	□ 업무 진행의 곤란함을 동료와 상의하는가?
	□ 이동 도구의 위치는 확인하였는가?
	□ 도구의 사용법을 숙지하였는가?
5. 이동시 수급자를 몸에 최대한 근접시키기	□ 수급자의 복장은 어떠한가?
	□ 수급자의 현재 상태에 대해 확인하였는가?
	□ 수급자의 사용 가능한 관절을 파악하였는가?
6. 허리근육을 사용하기 보다는 다리의 큰 근육을 활용하기	□ 서비스 전 다리의 근육 활용을 위해 다리를 적절히 벌렸는가?
	□ 허리는 곧게 펴고 있는지 확인하였는가?
	□ 발이 미끄러지지 않도록 자세를 완전히 잡았는가?
7. 오래서서 일할 때는 의자나 발 받침대를 활용하기	□ 오래 서서 일하는 상황인지 사전에 확인하였는가?
	□ 중간 몸 풀기를 하는가?
	□ 의자나 발 받침대가 안전한지 확인하였는가?
8. 적절한 운동을 꾸준히 하기	□ 팔다리 강화를 위한 운동을 매일 하는가?
	□ 여가시간에 신체단련운동이나 활동적인 프로그램에 참여하는가?
	□ 규칙적인 스트레칭을 하는가?
9. 충분한 휴식과 수면을 취하기	□ 스트레스에 의해 업무 진행의 곤란함을 자가진단 할 수 있는가?
	□ 매일 일정한 휴식시간을 가지는가?
	□ 스트레스 해소를 위한 시간(여행, 등산, 영화 등)을 가지는가?
10. 규칙적인 식생활을 유지하기	□ 하루 세끼 규칙적인 식사를 하는가?
	□ 충분한 수분을 섭취하는가?
	□ 적절한 영양을 고려하여 음식을 섭취하는가?

4. 근골격계 질환 예방운동

- 근골격계 질환을 예방하기 위해서는 적절한 스트레칭이 필수적이다. 근육을 과도하게 사용하는 운동선수들에게도 스트레칭 체조가 컨디션 조절에 매우 유용한 것으로 알려져 있기 때문에 운동 전·후 필수적으로 수행한다. 또한 예상치 못한 근골격계 질환을 예방하기 위하여 준비운동으로 스트레칭을 하기도 한다.
- 스트레칭은 근육과 건, 인대의 유연성을 높이고 관절의 운동범위를 향상시킴으로써 업무 수행 시 생길 수 있는 근골격계의 부담을 줄여준다. 또한 말초의 혈액순환을 잘되게 하는 효과가 있으며 이에 따라 심신이 이완되고, 운동신경과 근육의 기능을 순조롭게 하기도 한다. 특히 스트레칭은 중·고령자의 건강증진, 일상생활 자세 개선, 근력 향상의 목적으로 필수적인 운동방법이 되고 있다. 한국산업안전보건공단에서 권고하는 근골격계 질환을 예방하는 스트레칭 운동은 다음과 같다.

< 허리 스트레칭 >

- 허리를 굽혔다 폈다 반복하는 업무는 허리에 분명히 부담을 주게 되어 있다. 오랜 시간 반복적으로 허리를 사용하면 천천히 관절은 변형되기 시작하며, 바른 자세가 오히려 불편한 만큼 잘못된 자세에 익숙해질 것이다. 따라서 허리에 부담을 줄여주고 근골격계 질환을 예방할 수 있는 스트레칭을 생활화 하는 것이 좋다.

① 전신 스트레칭 A

• 다리를 어깨 너비로 벌리고 선다. 그 다음 두 손을 깍지를 끼고 머리 위로 올려 쪽 뻗어준다. 그 상태에서 10~30초간 자세를 유지한 후 1회 더 반복 실시한다.

② 상체 스트레칭 A

• 두 다리를 어깨 너비로 벌리고 선다. 그 다음 양손으로 깍지를 끼고 머리 뒤통수를 받치고 선다. 이 자세를 유지한 상태에서 고개를 천천히 뒤로 젖힌다. 이 상태에서 10~30초 간 유지한 후 쉬었다가 1회 더 반복 실시한다.

③ 상체 스트레칭 B

• 다리를 어깨 너비로 벌리고 균형을 잡는다. 양손을 허리 위에 올리고 천천히 허리를 둥글고 크게 돌린다. 충분히 돌린 후에 반대쪽으로도 허리를 돌린다.

④ 상체 스트레칭 C

• 두 다리를 어깨 너비로 벌리고 선다. 두 손을 깍지 낀 후 머리 위로 쪽 뻗어 올린다. 그리고 상체를 천천히 오른쪽으로 내린다. 이 자세로 10~30초 간 유지한 후 반대 쪽을 실시한다.

⑤ 다리 스트레칭 A

• 한쪽 다리를 뒤로 무릎을 완전히 굽혀 발꿈치가 엉덩이에 닿도록 한 후 손으로 발등을 잡아 균형을 잡는다. 이 상태로 10~30초간 유지한 후 반대쪽 다리도 실시한다. 만약 균형을 잡기가 어려우면 안전한 곳에서 반대쪽 손으로 벽을 잡아도 무방하다.

⑥ 상체 스트레칭 D

• 두 다리를 어깨 너비로 벌리고 서서 한쪽 다리를 앞으로 내민다. 내민 다리의 무릎을 양손으로 누르면서 다리가 쪽 펴지도록 한다. 자세가 고정되면 10~30초간 유지한다. 반대쪽도 같은 방법으로 실시한다.

⑦ 전신 스트레칭 B

• 다리를 어깨 너비로 벌리고 선다. 팔을 쪽 편 상태로 양팔을 뒤로 크게 원을 그려 준다. 호흡을 유지한 상태로 반복 실시한다.



〈만성피로 예방 스트레칭〉

– 피로는 근골격계 질환의 발생 원인이자 주요한 증상 악화 요인이기도 하다. 요양보호 업무를 수행하다 보면 업무에 집중하느라 근무시간 내내 허리 한번 펴기 힘들 만큼 여유가 없기도 하다. 이러한 나날이 반복되면 머리는 점점 무거워지고 근육이 경직된 시간이 길어질수록 피로는 쌓여만 간다. 피로가 쌓이는 대로 풀릴 수 있도록 운동을 통하여 예방하는 것이 가장 좋지만, 피해갈 수 없는 피로상태를 해결하는 방법으로 가장 좋은 것 또한 스트레칭이다. 주 3회 규칙적으로 시간을 내서 운동을 하지 못한다면, 짧은 시간이라도 직장이나 집에서 스트레칭을 하는 습관을 기르도록 한다.



①



②



⑤

- ① 다리를 어깨 너비로 벌리고 허리를 바로 세운다. 한손을 등 뒤로 잡은 후 살짝 당기면서 당기는 쪽으로 목을 기울인다. 5~10초간 자세를 유지하고 반대쪽도 반복한다.
- ② 다리를 어깨 너비로 벌리고 선다. 어깨의 양손을 올리고, 팔을 천천히 크게 돌려준다. 반대 방향으로도 돌려준다.
- ③ 다리를 어깨 너비로 벌리고 서 양팔에 힘을 빼고 어깨에 힘을 주어 최대한 목부분으로 어깨를 끌어 올린다. 5~10초 동안 자세를 유지했다 풀어주고, 반복 실시한다.
- ④ 다리를 어깨 너비로 벌리고 선다. 등 뒤로 두 손을 깎지 끼고 가슴을 펴준다. 5~10초 동안 자세를 유지한다. 팔이 벌어지지 않도록 유지하면서 반복 실시한다.
- ⑤ 다리를 어깨 너비로 벌리고 선다. 한쪽 팔을 머리 뒤로 보내서, 반대 팔로 고정해 준다. 최대한 뒤로 보낸 상태에서 고개를 들고 5~10초 동안 자세를 유지한다. 허리를 세우고, 반대쪽으로도 실시한다.
- ⑥ 다리를 어깨 너비로 벌리고 선다. 한쪽 팔을 쭉 펴고 몸통 쪽으로 당겨준다. 5~10초 동안 자세를 유지한다. 반대쪽 팔도 같은 방법으로 실시한다.



②



④



⑥

5. 전기사고 예방

① 전기사고 및 화재 예방

〈예방 요령〉

- ① 전기기구는 반드시 지시에 따라 잘 작동하여야 한다.
- ② 만일 수급자가 전기에 감전되었을 때 전류가 나갈 때까지 수급자를 만지지 말고 안전한 곳으로 옮겨야 한다.
- ③ 의료기구는 반드시 접지용 2핀 플러그를 사용하며 콘센트로부터 플러그를 뺄 때는 플러그를 꼭 잡고 똑바로 뺀다. 코드를 잡아당기면 코드와 플러그가 손상 된다.
- ④ 전기사고를 줄이기 위한 지침은 하나의 콘센트에 많은 전기코드를 꽂지 않으며, 연결 코드는 가급적 사용하지 않는다.
- ⑤ 세면대, 욕조 등 물이 있는 곳에서는 가급적 전기기구를 사용하지 않는다.
- ⑥ 물은 전기를 쉽게 전도시키므로 세면대, 욕조, 샤워장 등 물이 있는 곳에서는 콘센트에 보호용 커버를 씌운다.
- ⑦ 전기코드와 기구가 아동의 손에 닿지 않도록 보호용 커버를 씌운다.
- ⑧ 코드 사용 전에는 전선의 파손 및 벗겨짐을 확인하며 이상이 있으면 사용하지 않는다.
- ⑨ 전기기구를 세척할 때는 전기를 연결하지 않은 상태에서 세척한다.
- ⑩ 전기기구 사용 시 전기가 통하는 찌릿한 느낌이 들거나 소음 또는 냄새가 나면 즉시 사용을 중단하고 확인한다.
- ⑪ 전기기구를 사용하지 않을 때에는 스위치를 끄고 플러그를 뽑아 둔다.
- ⑫ 개폐기(두꺼비집)는 과전류 차단장치를 설치하고 습기나 먼지가 없으며 사용하기 쉬운 위치에 부착한다.
- ⑬ 각종 전기공사 및 전기시설 설치 시 전문 면허업체에 의뢰하여 정확하게 규정에 따른 시공을 하도록 한다.
- ⑭ 콘센트에 플러그를 깊숙이 꽂지 않으면 흔들려 열이 발생하므로 완전히 꽂아 사용하도록 한다.
- ⑮ 누전으로 인한 화재를 예방하기 위해서 누전차단기를 설치하고 월 1~2회 작동유무를 확인한다.
- ⑯ 전선이 꼬이거나 묶어서 사용하면 열이 발생하여 위험하므로 전선이 꼬이지 않도록 한다.
- ⑰ 비닐전선은 열에 견디는 힘이 약하다. 따라서 백열전등이나 전열 기구 등 고열을 발생 하는 기구에는 고무코드 전선을 사용한다.
- ⑱ 비닐전선이나 양탄자 밑으로 전선을 사용한다.
- ⑳ 전기기구 구입 시 「전」, 「검」, 또는 「KS」표시가 있는지 확인하고 사용 전에는 반드시 사용설명서를 읽어본다.

6. 가스 및 유류화재 예방

1 가스화재 예방

- 현대생활에 있어 가스는 사용하기에 편리할뿐더러 열량이 높고 공해가 적어 가정이나 직장 등에서 주 에너지로 사용되고 있으나 잘못 다루면 가스중독 또는 폭발을 동반할 대형화재를 유발시킨다. 따라서 가스배관과 연소기 등에 대한 정기점검을 철저히 실시하고 가스사용 안전수칙을 준수하여야 한다.

① 사용 전

- 가스 불을 켜기 전에 새는 곳이 없는지 냄새를 맡아 확인한다.
- 가스 연소 시에는 많은 공기가 필요하므로 창문을 열어 실내를 환기시킨다.
- 가스레인지 주위에는 가연물을 가까이 두지 않도록 한다.

② 사용 중

- 점화용 손잡이를 천천히 돌려 점화시키고 불이 붙어 있는지 꼭 확인한다.
- 요리 시에는 자리를 뜨지 않도록 한다.
- 가스연소 시에는 파란 불꽃이 되도록 공기조절기를 조절하여 사용하도록 한다.

③ 사용 후

- 가스사용 후에는 콕크와 중간밸브를 반드시 잠근다.
- 장시간 집을 비울 때에는 용기밸브(LPG의 경우)나 메인밸브(도시가스)까지 잠가 두는 것이 안전하다.
- 가스레인지는 자주 이동하지 말고 한 곳에 고정하여 사용한다.

④ 평상 시

- 연소 시 불구멍(버너헤드)이 막히지 않도록 항상 깨끗이 청소를 하고 호스(배관)와 이음새 부분에서 가스가 새지 않는지 비눗물이나 점검액 등으로 수시 누설여부를 확인한다.
- 이사할 경우 가스시설의 철거나 설치하는 반드시 관할도시가스 대행 업체에게 의뢰하여 철거나 설치를 하도록 한다.
- LPG용기는 직사광선을 피해 보관하도록 한다.
- 휴대용 가스레인지를 사용할 경우 그릇의 바닥이 삼발이보다 넓은 것을 사용하지 않도록 하고 다 쓰고 난 캔은 반드시 구멍을 뚫어 잔류가스를 제거하고 버리도록 한다.

⑤ 가스가 누설되었을 때

- 가스누설을 발견한 즉시 콕크와 중간밸브, 용기밸브(도시가스는 메인밸브)까지 잠근다.
- 주변의 불씨를 없애고 전기기구는 조작하지 말아야 한다.
- 창문과 출입문 등을 열어 환기시키며, 빗자루나 방석, 부채 등으로 쓸어내린다.

2 유류화재 예방

- 유류는 인화성 물질로서 주로 석유류 등을 말하며 우리 생활에 많은 도움을 주지만 화재 위험이 높고 불이 붙으면 순식간에 확대되므로 취급에 세심한 주의를 기울여야 한다.

- 유류는 이외의 다른 물질과 함께 저장하지 않도록 하고, 유류저장소는 환기가 잘 되도록 하며 가솔린 등 인화물질은 용도에 맞게 사용한다.
- 급유 중 흘린 기름은 반드시 닦아 내고 난로 주변에는 소화기나 모래 등을 준비해 둔다.
- 석유난로, 버너 등은 사용 도중 넘어지지 않도록 고정시켜 둔다.
- 튀김기름 가열을 시작하여 15분 정도 지나면 발화하게 되므로 튀김요리 도중 절대로 자리를 비우지 말아야 한다.
- 석유난로 주변은 늘 깨끗이 하고 불이 붙어있는 상태로 이동하거나 주유를 해서는 안 된다.
- 보일러나 난방 가구에 이상이 있을 때에는 즉시 수리해서 사용한다.
- 휘발유 또는 신나(희석제)는 휘발성이 극히 강해 낮은 온도(겨울철)에서도 조그마한 불씨와 접촉하게 되면 순식간에 인화하여 화재를 일으키기 때문에 절대로 담뱃불이나 불씨를 접촉해서는 안 된다.
- 열기구 가까이에 가연성 물질을 놓아서는 안 되며, 한 방향으로 열기가 나가도록 되어 있는 열기구의 경우에는 가연물이 그 방향으로부터 적어도 1m 이상은 떨어져 있도록 해야 한다.
- 석유난로 사용할 시 주전자의 물이 끓어 넘쳐흐르면 불꽃이 튀기 때문에 위험하다.
- 열기구의 받침은 열을 전달받는 금속체를 피하고 석면과 같이 열을 받지 않는 것을 사용하여야 한다.
- 주유소나 기타 위험물취급 장소에서는 절대로 담배를 피우지 않도록 하고 불조심에 대한 교육을 실시한다.
- 실내에 페인트, 신나 등으로 도색작업을 할 경우에는 창문을 완전히 열어 충분히 환기를 시킨다.

노인장기요양
방문간호 급여제공 매뉴얼

발행일 : 2019년 6월

발행처 : 보건복지부·국민건강보험공단

주소 : 강원도 원주시 건강로 32

대표전화 : 1577-1000

〈 비매품 〉

본 매뉴얼은 장기요양 급여제공의 표준지침으로 작성한 것이니 참고자료로 활용하시기 바랍니다.

