

간호사를 위한 설문지

당뇨 간호사/교육간호사 양식 – 환자 당 1 장의 양식 작성

Coding:

_____/_____/_____
Country telephone code Centre number Patient number
(in sequence from 1-25)

1. 당신의 환자가 갖고 있는 당뇨병은 어떤 타입인가요?
 - 제 1 형 당뇨
 - 제 2 형 당뇨
 - 임신성당뇨
2. 이 환자가 사용하는 인슐린의 종류는 무엇인가요? (해당되는 모든 항목 표기)
 - 속효성 휴먼인슐린 (R 또는 레귤러 인슐린)
 - 초속효성 인슐린
 - 중간형 인슐린
 - 지속형 인슐린 (레버미어 [디터미어] 또는 란투스 [글라르진])
 - 혼합형 인슐린
3. 사용중인 인슐린의 하루 총 투여량 (하루에 투여하는 모든 인슐린을 종류별로 단위를 모두 합하여 해당하는 인슐린에 표시한다.)
 - 속효성 휴먼인슐린 _____ (total/day)
 - 초속효성 인슐린 _____ (total/day)
 - 중간형 _____ (total/day)
 - 지속형 인슐린 _____ (total/day)
 - 혼합형 인슐린 _____ (total/day)
4. 하루 총 단위 (위의 값을 모두 더한다) _____ (total/day)
5. 자주 주사하는 부위에 순위를 매긴다면: 가장 자주=1, 두 번째로 자주 = 2, 등등

복부

허벅지

엉덩이

팔

□

6. 환자를 관찰한 후, 주사부위를 시진했을 때 발견한 것을 표시하세요. (알맞은 곳에 표시)

	정상	지방비대증 확인	지방위축증 확인	염증/ 붉게보임/ 부어오름
복부	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
허벅지	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
엉덩이	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
팔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. 촉진 한 후, 이상징후가 느껴진 부위의 크기를 측정해 주세요. (mm 로 표기)

	정상	지방비대증 존재? 그렇다면, 크기는? (mm)	지방위축증 존재? 그렇다면, 크기는? (mm)
복부	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
허벅지	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
엉덩이	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
팔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. 문항 6,7 번을 고려해보았을 때, 어떤 부위에서든 시진 또는 촉진을 통해 지방비대증을 확인 할 수 있었나요?

- 그렇다
- 아니다

9. 만일 이 환자가 지방비대증이 있다면, 환자가 그 부위에 주사를 하나요?

- 그렇다
- 아니다

10. 만일 그렇다면, 얼마나 자주하나요?

- 매 주사 시 마다
- 자주 (매일, 하루 한번 정도)
- 때때로 (매주, 일 주일에 한번 정도)
- 가끔씩 (매달, 한 달에 한번 정도)

11. 매번 주사할 때 마다 환자가 주사부위를 순환하나요?

- 그렇다
- 아니다

12. 환자에게 주사부위를 순환하는 방법을 보여달라고 요청합니다. 이 환자는 올바른 방법으로 주사부위를 순환하나요? (올바른 부위순환: 매 번 주사할 때마다 이 전에 주사한 곳에서 최소한 1cm 떨어진 곳에 주사하는 것)

- 그렇다
- 아니다

13. 환자에게 주사하는 것처럼 흉내 내어 보라고 요청합니다. 이 환자는 주사를 할 때 피부를 집어 올리나요?

- 그렇다
- 아니다

14. 만일 그렇다면, 이 환자는 어떻게 피부를 집어 올리나요?

- 손가락 1 개 또는 2 개와 엄지손가락으로
- 손 전체를 이용해서

15. 집어 올린 피부를 언제 놓아주나요?

- 일단 바늘이 피부에 들어가면
- 일단 인슐린이 전부 주사되면
- 일단 인슐린이 주사되고 피부에서 바늘이 제거되면

16. 환자가 주사를 할 때 주사 바늘의 각도는?

- 45°
- 90°

17. 이 환자는 바늘을 한 번 이상 사용하나요?

- 그렇다
- 아니다

18. 만일 그렇다면, 한 개의 바늘을 몇 번 사용 하나요?

- 2 회
- 3~5 회
- 6~10 회
- 10 회 이상

19. 환자가 사용하는 바늘을 확인 해 보세요. 현재 환자가 사용하는 바늘의 길이는 _____mm, 게이지 _____G 입니다.

20. 환자를 위해 이러한 바늘 길이를 선택한 이유는 무엇인가요? (해당 항목 모두 표기)

- 환자가 원해서
- 환자가 주사하는 부위에 적합해서
- 우리 병원의 표준 관행이라서
- 환자의 통증을 덜어주고 더 편안하게 주사할 수 있어서
- 근육주사의 위험을 줄일 수 있어서

21. 이 환자의 최근 당화혈색소 수치는 _____%

22. 이 환자의 혈당수치를 관찰한 결과, 이 환자가 ‘**짚은 설명되지 않는 저혈당**’* 이 나타날 수 있었을까요?

- 그렇다
- 아니다

* ‘저혈당’은 1 회 이상의 저혈당 증세 (심계항진, 피로감, 발한, 극심한 배고픔, 어지럼증, 떨림)와 혈당기의 측정수치가 60 mg/dL (3.3 mM/L) 이하로 정의한다. ‘**짚은 설명되지 않는 저혈당**’은 약물, 식이요법, 신체활동량의 변화와 같은 확실히 영향을 주는 요인이 없이 저혈당이 일주일에 1 회 또는 그 이상 발생할 때로 정의한다.

23. 이 환자의 혈당 수치를 관찰한 결과, 이 환자가 ‘혈당의 가변성’** (glycemic variability)이 생길 수 있었을까요?

- 그렇다
- 아니다

** ‘혈당의 가변성’은 혈당의 가변 폭이 60 mg/dL (3.3 mM/L) 이하부터 250 mg/dL (13.9 mM/L) 이상까지 일주일에 최소한 3 번 예상불가능하고 설명 불가능한 패턴으로 나타나며 이러한 패턴이 이전에 최소 6 개월 동안 있었다는 증거가 있을 때로 정의함

다음 섹션은 교육자당 1 번만 작성하세요.

24. 당신의 직업은? :

- 일반 간호사
- 당뇨 간호사
- 당뇨 교육자
- 의사 (일반의, 가정의)
- 의사 (전문의)

25. 당뇨병에서 국내 또는 국제적인 주사 권고안이 있다는 것을 알고 있나요?

- 그렇다
- 아니다

만일 그렇다면, 다음 질문에 답하세요.

26. 이 권고안이 당신의 실무에 끼친 중요도는 어느 정도 입니까? (1=중요하지 않다; 5=매우 중요하다)

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. 권고안이 나온 후 당신의 임상실무가 바뀌었나요?

- 그렇다
- 아니다

28. 만일 그렇다면, 실무 중 어떤 분야가 바뀌었나요? (해당되는 항목 모두 표기)

- 주사하는 환자의 심리적인 관리 (psychological care)
- 효과적인 주사법 교육
- 주사부위 관리
- 인슐린 보관과 부유액 (suspension)
- 주사하는 과정
- 펜의 올바른 사용법
- 주사기의 올바른 사용법
- 인슐린 종류에 따른 흡수율의 차이
- 아동 및 청소년을 위한 바늘 길이
- 피부집어 올리기
- 지방비대증
- 주사부위순환
- 주사부위의 출혈과 멍
- 임신기간 중 주사
- 안전 바늘
- 주사용품의 폐기

Thank you for your time