

상처 사정의 세 영역

made easy



© Wounds International | 2015년 5월 | www.woundsinternational.com

소개

상처 사정은 임상에서 목표 달성을(예, 상처 회복과 환자의 안녕감 증진) 위한 적절한 치료적 전략을 선택하는데 중요한 정보를 제공하게 된다. Made Easy(간편한 사정법)는 상처 사정의 세 영역 즉 임상가들로 하여금 상처 주변 피부를 규칙적으로 사정하고 관리함으로써 상처 가장자리에 국한하지 않고, 그 이상을 평가할 수 있도록 도움을 준다.

저자 : Dowsett C (영국), Protz K (독일), Drouard M (프랑스), Harding KG (영국) 。 저자의 자세한 이력은 6페이지에서 확인할 수 있음
역자 : YunJin L (한국), JungYoon K (한국)

상처사정의 중요성

상처 사정은 상처 관리 계획을 세우기 위한 임상 조사, 신체 검진, 질문, 관찰을 통해 얻어진 정보로 정의 될 수 있다. 이는 상처를 관찰하고, 시간 경과에 따라 치료 전략의 효과와 환자의 삶의 질에 미치는 영향을 확인하기 위한 기초 자료를 제공하게 된다.

많은 상처 사정 도구들이(wound assessment tools) 상처 기저부 준비라는 기본 원칙에 기반하여 개발 되어 왔고 이러한 상처 기저부 준비에 대한 개념과 더불어 상처 사정에 필요한 내용으로 구성된 TIME과 같은 상처사정의 개념적 기틀은 임상 실무에서의 상처 사정 결과에 따른 임상적 의사결정을 지원하는데 도움을 주기 위해 고안되었다.

상처사정에 새로운 접근이 필요한가?

상처 사정에 대한 새로운 접근의 필요성을 확인하기 위해서 2013년과 2014에 걸쳐 상처가 환자에게 어떤 영향을 미치는 지에 대한 이해와 일상적으로 수행되고 있는 실무차원에서의 상처 관리의 실제적 탐색을 위해 확인하기 위한 국제적 차원에서의 인류학적 연구가 수행되었다. 이 연구의 주된 연구 결과를 살펴보면, 임상 실무자는 상처를 상처 기저부(wound bed), 상처 가장자리(wound edge), 상처 주변 피부(periwound skin)의 세 영역으로 구분하고 있지만, 이는 상호 연결된 부분, 또는 같은 선상의 축으로 고려해야 한다는 것이다. 비록 상처 기저부를 가장 중요하게 살펴봐야 하는 부분으로 여겨져 왔지만 연구를 통해 의료 전문가, 환자 모두의 관점에서 상처 주변 피부 관리를 상처 회복의 중요한 부분으로 여겨야 한다는 사실이 드러났다.

문헌에 따르면, 상처 주변 피부 문제가 매우 흔하게 발생한다고 하는데, 영국 보건의료제도(national health service; NHS) 5개 기관의 조사에 의하면, 환자의 70%가 상처 주변 피부에 건조, 짓무름, 벗겨짐, 염증과 같은 문제를 가지고 있었다고 보고하였다. 최근 발표 자료에 의하면 삼출물 정도에 따라 상처의 60% ~ 76% 정도에서 상처 주변에 건강하지 못한 피부 상태를 가지거나 문제가 있었다고 설명하였다. 특히 건강하지

못한 상처 주변 피부는 만성 상처에 있어서 심각한 문제가 되기 때문에 상처 회복이라는 패러다임 관점에서 볼 때 상처 주변 피부에 대한 사정과 상처 진행 과정에 있어서의 이와의 관련성을 동시에 고려할 필요가 있다.

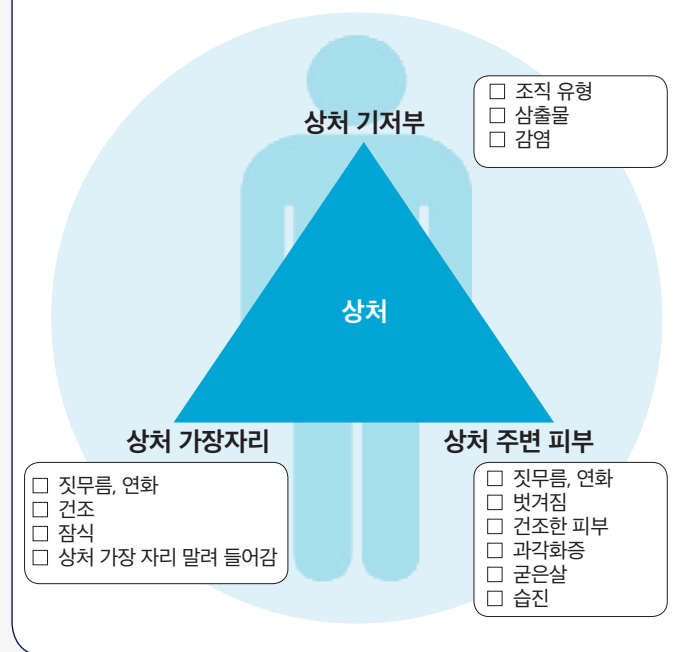
상처 주변 피부는 상처 가장자리로부터 4cm까지로 정의할 수 있는데, 그 이유는 드레싱으로 덮히는 피부의 경우 손상의 위험이 있는 부위이기 때문에 이를 사정에 포함시켜야 하며 또한 어떤 상처의 경우에는 상처부분의 바깥쪽으로 더 넓게 확장되어 손상이 나타날 수 있기 때문이다. 이러한 상처 주변의 흔한 피부 문제를 살펴보면 짓무름, 벗겨짐, 건조한(부서지기 쉬운) 피부, 과각화증, 균은살, 습진등을 들 수 있다.

하지만, 현재 상처를 사정하는데 사용되고 있는 표준화된 접근법은, 상처 자체에 국한되어 있을 뿐, 주변 피부에 대해 기술 하는데는 제한적이다. 따라서 상처회복이라는 패러다임 안에 상처주변 피부 사정까지 포함되어 쉽게 사용이 가능한 통합적인 상처 사정 도구가 요구된다.

상처 사정의 세 영역

상처사정의 세 영역(The Triangle of wound assessment)은 상처 가장자리(edge)뿐만 아니라 TIME에서 사용한 개념과 함께 상처 기저부 준비라는 최신 개념을 포함시킨 새로운 도구로 이는 상처 기저부, 상처 가장자리, 상처 주변 피부로 구분하고 있다. 또한 이러한 도구의 사용은 환자, 가족 그리고 주 돌봄자를 포함시킨 총체적 사정이라는 맥락 속에서 이루어져야 한다. (그림 1).

그림 1 | 상처 사정의 세 영역. 5를 편집 및 재구성



상처 사정의 세 영역 **made easy**



상처사정의 세 영역의 활용

상처사정의 세 영역(The Triangle of wound assessment)은 각각이 3개의 별개의 영역으로 구분되지만, 상호 밀접하게 연결되어 있다고 정의될 수 있다.

- **상처기저부:** 육아조직 확인, 상처의 생체 균주 부담(bioburden) 감소, 삼출물 관리, 죽은 조직 제거
- **상처 가장자리:** 잠식(undermining)의 크기를 감소시킴으로써 상처 회복을 저해하는 방해물 제거, 두껍고 안으로 말린 상처 가장자리 정리, 짓무름을 감소시키기 위한 삼출물 관리
- **상처주변 피부:** 건조한 피부에 수화, 피부 손상 위험성을 감소시키기 위한 과도한 삼출물 및 습기 노출을 피함

그림 2-4는 임상에서 의사 결정 시, 치료 목표와 문서화를 위한 지침에 도움을 주기 위해서 (그림 5) 상처사정의 세 영역을 어떻게 적용시켜야 할지를 보여주고 있다. 상처 사정의 세 영역(The Triangle of Wound Assessment)은 총체적인 환자 사정의 한 부분으로써 사용되어야 한다.

총체적 사정 수행

총체적 사정은 환자의 의학적 상태, 상처의 원인, 기간, 상태뿐 아니라 상처 회복을 방해하는 아래와 같은 요인들을 포함한 포괄적인 평가를 얻기 위해 시행된다.

- **동반질환:** 당뇨, 심혈관질환, 호흡기 질환, 정맥/동맥 질환, 종양
- **약물:** 코티코스테로이드(corticosteroid), 항응고제, 면역억제제, 항암제, 비스테로이드성 항염증제(NSAID)

그림 2 | 상처 사정의 세 영역 활용 - 상처 기저부

상처의 크기(길이, 넓이 또는 면적, 깊이), 모양, 위치의 초기 및 연속적인 측정이 치료에 대한 기초 자료와 효과를 관찰하는데 도움이 된다. 측정 방법은 구체적인 날(예: 7-14일)을 정해 시간에 따른 의미 있는 변화를 추적 관찰하기 위해 통일된 방법으로 지속적으로 이루어져야 한다. 상처 기저부의 문제는 상처 가장자리 뿐 아니라 상처 주변 피부까지 나타날 수 있다.(예: 짓무름 또는 연화, 홍반, 붓기)

상처 크기 기록 : 가로 ___ cm, 세로 ___ cm, 깊이 ___ cm
상처 위치 기록

조직 유형

체크 표시 하세요

괴사조직		△ ___%
부육조직		△ ___%
육아조직		△ ___%
상피화		△ ___%

상처 기저부의 조직 유형 및 실제 어느 정도 있는지 % 기록

괴사조직 제거가 목표(예, 감염 위험성 감소) 새로운 조직 성장 증진 및 보호

삼출물

△안에 체크 표시 하세요

양	양상
건조함 △	묽음 △
적음 △	진함 △
중간 △	흔탁함 △
많음 △	화농성(노란색/갈색/녹색) △
	핑크/붉은색 △

삼출물 양과 양상 기록 (예: 점도, 색깔)

원인 교정이 목표(예: 압박요법) 습기 정도 조절(건조한 상태의 괴저는 제외)

감염

△안에 체크 표시 하세요

국소	확산/전신
↑통증 증가, 새로운 통증 발생 △	국소증상 유사, 아래 증상 추가적 발생
홍반 △	↑홍반 △
부종 △	발열 △
국소열감 △	농양/농 △
삼출물 증가 △	상처악화 △
↑상처회복 지연 △	봉와직염 △
출혈성/약한 육아조직 △	전신 권태감 △
악취 △	WBC 상승 △
주머니(pocketing) 형성 △	림프관염 △

증상과 증후 기록, 병인을 구체적 명시

감염을 명확히 하는 것이 목표 감염 치료를 위한 생체 균주 부담 (Bioburden) 조절 약취조절

그림 3 | 상처 사정의 세 영역 활용 - 상처 가장자리

상처 회복동안 상피세포는 상처 표면을 덮기 위해 상처 기저부를 가로질러 이동하게 된다(상피화). 세포 이동을 위해서 상처 가장자리는 상처기저부와 같은 높이에 위치하여 서로 연결(밀착되어)되어져 있어야 하고, 손상 없이 촘촘하게 유지되어야 한다. 상처 가장자리 사정은 상처 발생 원인에 대한 정보와 상처회복 진행 여부, 현재 치료 방법이 효과적인지에 대한 정보를 제공해 줄 수 있다.

침묵, 연화

탈수, 건조함

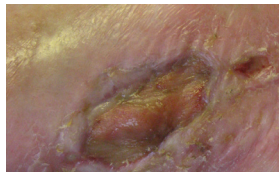
잠식(undermining)

안으로 말려들어간 상처 가장자리

△안에 체크 표시 하세요



△



△



△



잠식의 깊이
— cm



△

습기 정도를 파악하기 위한
상처 가장자리 평가

원인과 교정방법 세우는 것이
목표 환자 걱정을 호소하도록
격려할 전문가 의뢰

습기 정도를 파악하기 위한
상처 가장자리 평가

원인과 교정방법 세우는
것이 목표 (예: 재 수화)
전문가 의뢰

잠식의 위치를 기록하기 위해
시계 방향 이용
잠식의 범위 기록

잠식을 감소시키는 것이 목표
상처 가장자리가 다시 상처
표면에 닿도록 함(예: 육아조직
형성 자극)

상처 가장자리가 말려들어간 정도
사정(상처 가장자리가 두꺼운 것과
관련이 있을 수 있음)

상피화가 진행될 수 있도록
상처 가장자리를 정리하는
것이 목표

- 전신, 국소 감염(예: 골수염)
- 감소된 산소화(oxygenation) 및 조직관류
- 노화
- 통증
- 영양불량, 탈수
- 생활 스타일 (예, 과도한 음주, 흡연)
- 비만.

이 뿐만 아니라, 상처가 일상생활에 어떠한 영향을(드레싱 교환 동안 환자가 느끼는 통증 정도와 다음 드레싱 교환 시까지 그 사이에 느끼는 통증 정도, 수면 장애, 약취) 미치는지에 대해 이해하는 것 역시 매우 중요하다.

또한 어떤 상처의 경우 추가적인 검사가 필요할 수도 있다(예를 들어 동맥 또는 정맥성 궤양 환자의 경우 발목-상완 혈압지수(ABPI)가 필요하다).

일반적으로 상처 감염은 임상적인 결정에 따라 진단하게 된다. 이러한 진단을 위해 미생물 검사를 일상적으로 사용해서는 안되며, 만일 필요로 하다면, 가장 정확한 정보를 제공하는 상처 조직 생검을 시행 할 수 있다. 상처 감염의 증상 및 증후는

상처의 종류에 따라 다양하게 나타나게 되는데, 예를 들어 신경병증 또는 감염된 당뇨병성 궤양 환자의 경우에 상처 사정 시 통증이 나타나지 않기 때문에 이를 보고하지 않을 수 있다. 따라서 임상가들은 환자들의 이에 대한 지식이 제한적이라는 사실을 반드시 이해하고 구체적인 환자 사정을 위해 전문가에게 의뢰해야 한다. 특히 숙달되지 않은 의료진의 경우 환자들의 증상의 구체적인 사정을 위해서 가능한 첫 방문 후에 더 숙련된 전문가에게 즉각적으로 의뢰를 하는 것이 적절할 수 있다.

관리 계획 마련

상처 관리를 성공적으로 수행하기 위해서 가장 중요한 것은 환자 개인의 상처를 정확하고 규칙적으로 사정 하는 것이다. 일단 상처 사정이 완전하게 이루어 져야 적절한 관리 계획을 수립할 수 있으며, 이러한 치료 계획 수립 시에는 환자를 반드시 포함시켜야 됨을 염두에 두고, 환자의 의견을 수렴하고, 우선순위를 확인하는 것이 필요하다.

어떤 환자(예, 완화 요법을 받는 환자)에게는 상처관리의 주된 목표가 삼출물이나 약취를 조절하고 편안함을 제공하는 것이지만, 상처 치료에 있어서는 상처 회복이 주된 목표가 된다.

그림 4 | 상처 사정의 세 영역의 활용 - 상처 주변 피부

상처 주변 피부(드레싱 아래 피부 뿐 아니라 상처 가장자리로부터 4cm 이내 피부) 문제는 흔히 발생하며, 이는 상처 회복을 지연시키고, 통증과 불편감의 원인이 되며, 환자의 삶의 질에 부정적인 영향을 주게 된다. 삼출물의 양은 상처 주변 피부 손상 위험을 증가시키는 주된 원인으로 과도한 습기에 노출될 경우 피부 장벽 기능이 감소되고 이는 피부 손상 위험성을 증가시키게 된다. 이로 인하여 피부 짓무름(연화)이나 접촉성 피부염을 유발시킬 수 있다. 또한 흥반과 부어 오른 상태는(swelling) 감염의 지표가 되므로 국소적 프로토콜에 따라 치료되어야 한다.

상처 주변 피부 뿐 아니라 상처를 가진 환자에게 있어 피부에 영향을 미칠 수 있는 문제를 광범위하게 평가해야 한다.

짓무름, 연화

벗겨짐

피부 건조함

과각화증

굳은살

습진

△안에 체크 표시 하세요



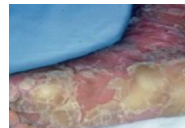
△ _ _ _cm



△ _ _ _cm



△ _ _ _cm



△ _ _ _cm



△ _ _ _cm



△ _ _ _cm

상처 주변 피부 사정 및 문제가 발생한 범위 기록(예 : 상처 가장자리로부터 1-4cm 이내)

상처 주변 피부를 보호하고, 손상없이 건강한 피부를 유지하는 것이 목표, 원인을 확인하고 교정(예 : 상처 주변 피부를 재수화하거나 습기 접촉 부위를 최소화)

각질이 증식되어 있는 과각화형 피부를 제거하고 재 수화하는 것이 목표

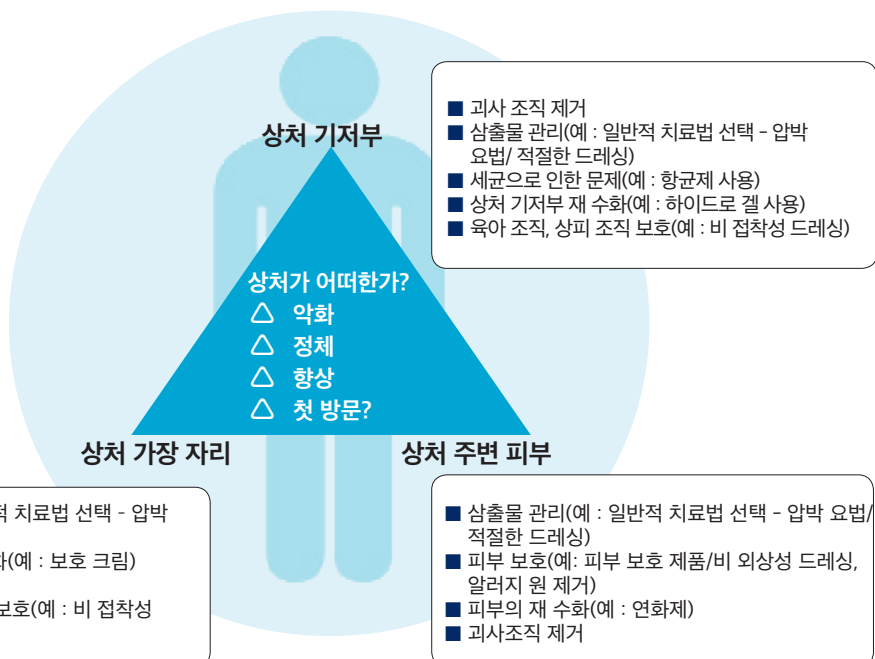
굳은살 제거, 재발을 막기 위해서는 압력 감소가 목표

증상 완화 및 알러지 원 제거가 목표

그림 5 | 상처 사정의 세 영역의 활용 - 관리 계획 마련

적절한 시기에 정확하게 상처를 사정하는 것은 진단의 정확성은 물론 상처 회복에 영향을 미치는 상처와 피부 문제와 함께 환자에 대한 치료 계획 수립에 중요하다. 치료 목표를 명확하게 한다.

예: 100% 육아 조직/상처 회복. 만일 2-4주 후 상처 회복이 보이지 않는다면 치료 계획을 다시 살펴보고 전문가에게 의뢰해야 한다.



치료 목표 설정

대부분 환자의 상처 치료는 원인을 해결하고(예, 정맥성 궤양의 경우 압박 요법, 욕창 또는 당뇨병성 족부 궤양 관리를 위해서는 압력 감소 방법), 상처 치유를 위한 국소 환경을 관리하는 것을 목표로 한다.

치료 목표는 다음과 같다.

- **육아조직 및 상피 조직 보호**
- **감염의 위험성을 감소시키기 위한 괴사조직 제거**
- **습윤한 상처 환경을 조성하기 위한 습윤 상태의 균형 관리(습윤한 상처 환경 조성을 위해 삼출물을 감소시키거나 수화시키는 방법 사용, 예, 적절한 드레싱 사용) 단 건조한 상태의 괴저는 예외적으로 습하지 않도록 건조한 상태로 유지시키는 것이 치료 목표가 된다.**
- **상처의 생체균주부담(bioburden) 감소와 감염 조절(국소 항균 요법(항균제 포함)이 국소적인 감염을 조절하기 위해서 사용될 수 있음, 또한 전신 감염, 국소 감염의 확산을 막기 위해 항생제와 병용하여 사용할 수 있음)**
- **상처주변 피부 보호(예, 과도한 습기로부터 조직 연화(짓무름) 위험성 감소, 건조한 피부의 수화)**
- **환자의 안녕감 향상(통증 및 상처 악취 감소)**

상처 치료의 목표는 시간이 지나면서 상처가 치유됨에 따라 변해야 한다. 이러한 치료 목표에 맞게 드레싱 교환 횟수를 설정하고, 만일 드레싱 교환 횟수의 변화가 필요한 경우 그 이유를(삼출물 양상, 드레싱 교환 시기) 문서화하여 기록하는 것이 중요하다. 상처는 매번 드레싱 할 때마다 현재 시행하고 있는 치료방법이 효과적인지 여부를 확인하기 위해 규칙적으로 재 사정되어야 한다. 예를 들어, 삼출물은 상처가 치유됨에 따라 일반적으로 그 양이 감소하게 된다. 따라서 삼출물의 점성 또는 색깔이나 냄새, 양의 증가의 어떤 변화가 있을 때 바로 즉시 살펴봐야 하고 치료 계획의 재 사정이 필요한지 살펴봐야 한다.

상처 사정 기록

상처 사정 기록지는 모든 관련된 영역을 확인을 했는지 그리고 무엇을 기록해야 하는지에 대한 지침을 제공하게 된다.

의료진 간의 의사소통을 원활하게 하고 상처를 모니터링하고 관찰하는데 도움을 주기 위해 관찰된 모든 사항과 사정된 내용(사진 포함), 관리 계획과 이에 대한 근거 그리고 재 사정 시기에 대한 내용은 모두 문서화 되어야 한다.

또한 명확한 기록을 하기 위해서는 대부분의 의료진들이 일반적으로 이해할 수 있는 언어와 용어를 사용해야 한다.

상처 사정의 한 부분으로 환자 포함

상처를 가진 환자의 경우 자신의 치료 및 관리에 있어 통제 능력을 상실했다고 생각하기 때문에 종종 무력감을 경험하게 된다. 상처를 사정하는 과정에서 환자의 경험과 우선순위를 고려하고 이에 따라 의사결정 결과를 공유하는 것은 환자에게 동기를 부여하는데 있어서 매우 중요한 방법이 된다. 더욱이 이러한 방법들은 환자와 의료진 간의 상호관계의 질을 향상시킬 수도 있다. 이같은 동기부여는 환자로 하여금 자기 스스로 상처를 관찰하고 관리할 수 있도록 그들은 격려할 뿐 아니라, 치료적 중재가 추구하는 바와 일치 되도록 강화시키는 효과가 있기 때문에 더 좋은 결과를 이끌어 낼 수 있다.

최근 시행된 연구에 따르면, 환자와 그들의 가족 대다수가 상처 관리에 적극적으로 참여하였고, 64%의 환자들이 자신과 그들의 가족들을 상처를 관리함에 있어서 가장 중요한 조력자로 인식하고 있었다고 보고하였다. 또한 환자의 90% 이상에서 자신의 상처와 상처 치료에 대해서 더 많은 지식을 원했으며, 하나 또는 그 이상의 자원으로부터 정보를 얻고자 하였다.

상처사정 세 영역(The Triangle of Wound Assessment)은 상처를 관리하는데 있어서 환자 참여를 유도시킬 수 있는 매우 간편한 도구이다. 이때, 환자에게 제공되는 정보는 환자가 쉽게 이해할 수 있는 언어를 사용해야 하며, 인쇄물을 제공하는 것은 구두로 전달된 정보를 강화시키는데 유용한 방법이 될 수 있다. 또한 상처사정의 세 영역(The Triangle of Wound Assessment)은 환자로 하여금 상처가 호전되는지 여부와 재사정이 필요한지, 또는 추가적인 중재가 요구되는지에 대한 징후를 인식할 수 있게 해줄 것이다.

상처사정의 세 영역 사용의 이점

상처사정의 세 영역(The Triangle of Wound Assessment)은 총체적인 환자 사정을 통합시킬 수 있도록 사용이 간편한(easy-to-use) 틀을 제공하기 위해 개발되었다.

상처 사정을 세 영역으로 단순화시킨 본 도구는 상처 관리를 하는데 있어 환자 참여를 유도하고 나아가 관여하도록 만드는 데 사용될 수 있다.

또한 이것은 직관적인 상처 사정의 도구로서 상처를 사정하는데 상처 가장자리와 상처 주변 피부를 포함시켜 상처 관리에 대한 시야를 확대함으로써 치료를 위한 의사결정 증진에 도움을 줄 수 있다. 뿐만 아니라 상처 주변 피부에 문제가 발생될 위험이 있는 환자를 조기에 발견할 수 있도록 도움을 주고, 적절한 예방과 치료 전략을 수행할 수 있도록 상처 관리 실무를 발전시킬 수 있다.

이처럼 상처 사정을 위한 본 도구는 최근의 연구를 기반으로 하여, 상처를 사정함에 있어서

현재 가지고 있는 사고에 대한 진화를 보여주고 있다. 다시 말해, 상처 주변 피부 사정을 상처 사정에 통합시키는 것은, 환자는 물론 임상가들에게도 매우 중요하다는 점을 제시해주고 있다.

References

- Nix D. Skin and wound inspection and assessment. In: Bryant RA, Nix DP (eds). Acute and chronic wounds. Missouri, USA: Elsevier Mosby, 2012.
- Falanga V. Classifications for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds. *Wound Repair Regen* 2000; 8(5): 347–52.
- Schultz G, Sibbald G, Falanga V, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair Regen* 2003; 11: 1–28.
- Greatrex-White S, Moxey H. Wound assessment tools and nurses' needs: an evaluation study. *Int Wound J* 2013; doi: 10.1111/iwj.12100.
- Dowsett C, Gronemann M, Harding K. Taking wound assessment beyond the wound edge. *Wounds International* 2015; 6(1): 6–10.
- Ousey K, Stephenson J, Barrett S, et al. Wound care in five English NHS Trusts: results of a survey. *Wounds UK* 2013; 9(4): 20–8.
- Cartier H, Barrett S, Campbell K, et al. Wound management with the Biatain Silicone foam dressing: a multicentre product evaluation. *Wounds International* 2014; 10(4): 26–30.
- Ferretti DE, Harkins SM. Assessment of periwound skin. In: Milne CT, Corbett LQ, Dubuc DL (eds). *Wound Ostomy, and Continence Nursing Secrets*. Philadelphia, PA: Hanley & Belfus Inc; 2003: 45–8.
- Brown A, Flanagan M. Assessing skin integrity. In: Flanagan M (ed). *Wound healing and skin integrity. Principles and Practice*. Wiley-Blackwell, 2013: 52–65.
- Anderson K, Hamm RL. Factors that impair wound healing. *J Am Coll Clin Wound Specialists* 2012; 4(4): 84–91.
- Guo S, DiPietro LA. Factors affecting wound healing. *J Dent Res* 2010; 89(3): 219–29.
- Gethin G. The importance of continuous wound measuring. *Wounds UK* 2006; 2(2): 60–8.
- Langemo D, Anderson J, Hanson D, et al. Measuring wound length, width and area: which technique? *Adv Skin Wound Care* 2008; 21(1): 42–7.
- Baranoski S, Ayello EA, Langemo DK. Wound assessment. In: Baranoski S, Ayello EA (eds). *Wound care essentials: practice principles*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2012: 101–25.
- Leaper D, Schultz G, Carville K, et al. Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years? *Int Wound J* 2012; 9(Suppl. 2): 1–19.
- RCN Clinical Guidelines. Management of patients with venous leg ulcers. Audit protocol, 2000. Available from: <http://bit.ly/117usyt>
- World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principles of best practice: wound infection in clinical practice. An international consensus. London: MEP Ltd, 2008. Available from: www.woundsinternational.com
- Cutting K, White R, Mahoney P. Clinical identification of wound infection: a Delphi approach. In: European Wound Management Association (EWMA) Position Document. Identifying criteria for wound infection. MEP: London, 2005.
- Eagle M. Wound assessment: the patient and the wound. *Wound Essentials* 2009; 4: 14–24.
- Grey JE, Enoch S, Harding KG. Wound assessment. In: Grey JE, Harding KG (eds). *ABC of Wound Healing*. Blackwell Publishing, 2006: 1–4.
- McManus J. Principles of skin and wound care: the palliative approach. *End of Life Care* 2007; 1(1): 8–19.
- Lawton S, Langøen A. Assessing and managing vulnerable periwound skin. *World Wide Wounds* 2009. Available from: www.worldwidewounds.com
- Cameron J. Exudate and the care of the peri-wound skin. *Nursing Standard* 2004; 19(7): 62–8.
- Dowsett C, Newton H. Wound bed preparation: TIME in practice. *Wounds UK* 2005; 1(3): 58–70.
- Strohal R, Apelqvist J, Dissemund J et al EWMA Document: Debridement. An updated overview and clarification of the principle role of debridement. MA Publishing, 2014.
- Wounds UK. Debridement in a changing NHS. A consensus document. Wounds UK, 2014. Available from www.wounds-uk.com
- Romanelli M, Vowden K, Weir D. Exudate Management Made Easy. *Wounds International* 2010; 1(2): Available from: www.woundsinternational.com
- World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principles of best practice: wound exudate and the role of dressings. A consensus document. London: MEP Ltd, 2007. Available from: www.woundsinternational.com
- Swanson T, Grothier L, Schultz G. Wound infection made easy. *Wounds International* 2014. Available from: www.woundsinternational.com
- Langøen A, Lawton S. Dermatological problems and periwound skin. *World Wide Wounds* 2009. Available from: www.worldwidewounds.com
- Bianchi J. Protecting the integrity of the periwound skin. *Wound Essentials* 2012; 1: 58–64.
- Wounds International. Optimising well being in people living with a wound. An international consensus. London: Wounds International, 2012. Available from: www.woundsinternational.com
- European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Pain at wound dressing changes. London: MEP Ltd, 2002.
- Ousey K, Cook L. Wound assessment made easy. *Wounds UK* 2012; 8(2). Available from www.wounds-uk.com/made-easy
- Bradshaw LM, Gergar ME, Holko GA. Collaboration in wound photography competency development: a unique approach. *Adv Skin Wound Care* 2011; 24: 85–92.
- de Jesus Pereira MT, Salome GM, Openheimer DG, et al. Feelings of powerlessness in patients with diabetic foot ulcers. *Wounds* 2014; 26(6): 172–7.
- Aujoulat I, d'Hooore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns* 2007; 66(1): 13–20.
- Bastable SB. *Essentials of Patient Education*. Jones and Bartlett, 2004.
- Protz K, Verheyen-Cronau I, Heyer K. Use of comprehensive brochures supporting patient education in MRSA, compression therapy and wound knowledge. *Pflegewissenschaft* 2013; 15(12): 658–78.

저자 약력

Dowsett C¹, Protz K², Drouard M³, Harding KG⁴.

- Nurse Consultant Tissue Viability, East London NHS Foundation Trust/Tissue Viability Service, The Centre Manor Park, London, UK
- Nurse/Project Manager Wound Research, Institute for Health Services Research in Dermatology and Nursing, University Medical Centre, Hamburg, Germany
- Dermatologist, Hôpital Huriez, Lille, France
- Dean, Cardiff University and Medical Director, Welsh Wound Innovation Centre, Wales, UK

본 내용은 콜로플라스트의 교육 보조금 지원에 의해 이루어졌으며, 본 논문에 표현된 견해에 있어서는 콜로플라스트의 의견은 전혀 반영되지 않았다.

요약

상처 사정에 대한 새로운 접근 방식은 의료인들이 상처를 사정할 때 뚜렷하게 나누어지는 세 가지 영역 즉 상처 기저부, 상처 가장자리 그리고 상처 주변 피부로 구분하여 상처를 살펴봐야 한다는 선행 연구로부터 개발되었다. 상처 사정을 위한 본 도구의 사용은 의료인들로 하여금 상처 그 자체를 넘어서, 총체적 사정의 한 부분으로서 임상 또는 환자 결과에 매우 중요한 시야를 갖도록 하는데 도움을 줄 것이다.