

## 환자간호 전문가의 역할

김 조 자  
(연대 간호대학 교수)

간호 전문가란 Doland의 정의에 의하면 “석사 학위를 소지한 자로서 특수한 환자 병동에 배치되지 않으며 병실 인력으로 계산되지도 않고 환자 간호계획과 수행에 능동적으로 참여하며 책임을 갖는 자”라고 하였다. 그리고 그들의 기능은 직접적인 간호기능으로 환자간호에 참여하여 전인 간호를 제공하는 것과, 간접적인 간호기능으로 행정자·감독자·관리자·상담자·연구자의 역할을 하는 것이다.

Georgopoulos와 Christman(1970)은 임상간호 전문가의 기능과 활동을 다음과 같이 구체적으로 제시하였다.

1. 환자간호 전문가는 환자의 간호요구를 설정하고 간호 계획을 세우며 간호 지식뿐만 아니라 의학, 생물학, 사회 과학으로 부터의 지식을 사용하고 간호 계획을 수행하기 위하여 적당할 때 간호지시를 쓰고 일반적으로 환자 병동에서 간호 제공을 지시한다.

2. 병동에서 간호원들에게 간호원의 능력과 환자의 간호요구에 기초해서 환자배당(assign)하고 자신들의 판단에 의해서 직접 환자간호를 해준다.

3. 병동에서 임상간호 실무의 표준을 만들고 평가·재평가 한다. 그리고 이 기준을 그 병동 간호원에게 알리고 시간이 지나면 필요한 대로 기준을 변경한다.

4. 특수한 간호 수행의 결과를 예기하고 예기치 않은 결과를 최소화하기 위하여 간호활동을 계획한다.

5. 의료진과 다른 건강요원과 환자간호 사정을 해석하고 의견을 나눈다. 의사의 치료계획과 다른 건강 요원들에 의해 제공된 환자 Service와 간호설계를 이야기한다. 또한 환자간호 계획의 수행을 용이하게 한다.

6. 양질의 환자간호와 간호 수행을 행하기 위하여 병동의 시설과 자원을 이용하고 조정한다.

7. 환자간호의 지침으로서 간호기록을 보존하고 간호계획, 진행기록, 간호상담기록, 기타 유사한 활동등 중요한 자료를 제본하기 위하여 간호원들을 격려한다.

8. 필요한 대로 다른 사람으로부터 상담을 한다.

9. 간호 수행을 고도로 유지, 지지, 촉진하기 위하여 유용한 행정적, 조직적 연계의 사용을 격려한다.

10. 임상에서 병동 간호원의 능력(Competence)을 향상하기 위한 기회와 교육을 마련하고 최근의 변형과 연구 결과를 임상 간호원들에게 해석하고 알린다. 또한 중요한 과학적 지식을 간호 실무에 적용한다.

11. 간호 실무의 개혁을 소개하고 간호 기술과 과정(procedure)을 재확인하고 간호실무의 새로운 format을 개념화하고 필요한 대로 특수한 간호실무들 수정한다.

12. 간호 실무의 특수한 문제를 조사하고 그 결과를 간호 수행과 환자 간호를 개선시키기 위하여 이용하고 때로는 이러한 조사 결과를 출판하기 위해 기록한다.

13. 건강 유지 연구의 보다 나은 이해를 얻을 수 있도록 선택적으로 환자를 교육한다.

14. 환자 병동에 효율적인 의사소통당을 유지한다.

이러한 간호 전문가의 여러가지 역할 중에서 환자 간호 전문가란 직접적인 간호기능을 하는 역할을 의미하는 것으로 사려되어 직접적인 환자 간호 기능면에서 다루어보고자 한다.

환자 간호 전문가의 기본 목적은 환자 간호의 질을 증진시키는 것이며 능숙한 간호실무자로서 발전된 지식과 기술을 소유하고 시빌할 수 있어야 한다. 또한 변화 촉매자로서 개별화된 양질의 환자 간호를 제공할 수 있어야 한다. 그러므로 환자 간호 전문가는 환자의 간호요구를 체계적으로 확인하고 합리화할 수 있어야 하며 비교적 정확한 전문적 판단을 내릴 수 있어야 하며 개개 환자의 복잡한 간호계획을 고안할 수 있어야 하고 과학적 지식은 환자간호에 적용할 수 있어야 한다. 또한 환자에 관해 관찰한 것을 감별할 수 있게 준비되어야 하며 각 환자에게 가장 유익이 되는 간호중재를 인정할 수 있게 준비되어야 한다. 더욱이 고도의 숙달로 환자간호 활동을 수행하는 한편 환자 간호에 능숙함을 보여주는 행동적 모델로 공헌해야 하며 병동에서 다른 사람들에게 자원인(Resource Person)으로 공헌해야 한다. 다른 간호원들에게는 간호 실무에 관한 과학적 접근의 합리성을 설명할 수 있어야 하며 환자간호 계획에서 의사를 돕고 환자 간호 문제에 충고를 주며 실무의 다방면에서 그리고 복잡한 과정(procedures)에서 다른 간호원을 도와야 한다. 부가해서 환자 간호전문가는 간호연구의 결과를 평가하고 연구결과를 간호 실무에 적용하며, 또한 환자 간호의 질을 높이기 위해 계획된 간호연구를 수행할 수 있어야 하며, 간호 진단을 내릴 수 있는 능력을 갖고 이 진단에 기초해서 간호 계획을 세우고 간호 계획을 수행하도록 다른 간호원을 지시할 수 있는 능력을 갖추어야 한다.

그러기 위해서는 환자와 가족의 전체적인 사정을 할 수 있어야 하고 그 결과를 명확히 기록

하여 의사소통할 수 있어야 한다. 시진, 촉진, 타진, 청진을 통해 건강 상태를 정확히 사정할 수 있어야 하며, 사정된 자료에 기초해서 간호 진단을 내려야 한다.

간호 계획을 세우는데 있어서 간호 진단의 우선 순위 결정, 적절한 간호 중재의 확인, 간호 중재에 대한 근거 제시, 간호 중재를 통해 기대되는 결과, 그리고 평가 기준을 포함하여야 한다. 다양한 setting에서 간호를 수행하고 특수한 기구 조작과 결과 해석에 자신있는 간호 행위를 보여 주어야 한다. 예를 들면, C.V.P, arterial pressure monitoring, Swan Ganz monitoring, E.K.G. monitoring, pacemakers, C.P.R.-defibrillation, Respirators 등이다.

환자나 가족교육에 교육 학습의 원리를 이용하고 간호 과정을 문제 중심 기록법을 이용하여 기록해야 한다. 이상에서 고찰한 바와 같이 환자 간호 전문가의 직접적인 간호 기능을 수행하는 기틀이 간호 과정이므로 여기서 Helen Yura와 Mary Walsh가 주장한 간호 과정의 4단계 즉, 사정, 계획, 수행 및 평가를 정의하고 각 단계의 구성 요소를 확인하므로써 간호 과정의 기초 이론을 제시하고 환자 간호 전문가로서 간호 과정을 실무에 적용함에 있어 가장 중요한 부분인 면서도 제일 약한 부분인 간호 진단에 대해 좀더 자세히 서술하고자 한다. 문제확인 즉 간호 진단이 약한 이유는 역사적으로 간호원들이 간호 실무의 기틀을 제공하는데 있어서 흔히 의학 진단에 의존했기 때문이다.

지나치게 의학적 섭생인 수행의 문제에 초점을 두므로써 특수한 간호 문제 확인에는 주의를 기울이지 않았다. 그러나 환자 간호를 위한 목적은 진단으로 부터 시작된다. 목표 설정, 간호 계획, 그리고 평가는 진단없이 합리적으로 진행될 수 없다. 그러므로 전문의가 의학치료를 위한 의학 진단을 내리듯이 환자 간호 전문가는 양질의 간호 제공을 위해 간호 진단을 내릴 수 있어야 한다.

### 간호 과정

간호 과정은 1955년 Lydia Hall에 의하여 처

음으로 주장되었는데 그는 환자를 간호하고 돌보는 활동 일체를 간호 과정이라고 설명하였다. 그 후 1961년 Ida Jean Orlando는 “간호는 3요소로 성립된다. 첫째는 환자의 말과 행동이요, 둘째는 간호원의 반응이요, 셋째는 간호원의 활동이다. 이상과 같은 요소가 서로 통합되어 있는 관계가 간호 과정이다.”라고 하였다. 1966년 Lois Knowles는 발견(Discovery), 정밀한 검사(Delve), 결정(Decide), 시행(Do), 식별(Discriminate)등의 5개의 ‘D’자로 간호 과정모형을 제시하였다. 즉, 간호원은 간호력이나 문헌, 대상자 또는 기타 자원에서 얻어진 정보로부터 알지 못했던 요인을 발견하고, 이를 정밀하게 분석, 검사한다. 이상의 단계를 거쳐 얻어진 정보에 기반을 두고 효과적인 간호활동을 하기 위해 가장 좋은 방법을 결정하며 그 결정된 간호활동을 시행하고 환자의 요구를 충족시키거나 문제해결을 위한 활동이 효과적이었나를 식별해야 한다는 것이다.

1973년 Heren Yura와 Mary Walsh는 간호과정을 “대상자의 문제 측정을 위한 조직적 방법, 그 문제를 해결하기 위한 계획의 설정, 그리고 이것을 시행하기 위한 계획으로서 우선순위 결정과 이에 따른 문제해결과 그 효과를 측정하는 것을 순서적으로 시행하는 것이다.”라고 하였으며 간호 과정의 단계를 사정, 계획, 수행 및 평가의 4단계로 주장하였다.

#### 간호 과정의 4단계와 구성요소

**사정 :** 간호과정의 첫단계로서 대상자의 문제를 진단하기 위한 목적으로 문제나 상황을 검토하여 문제를 확인하는 단계이다. 이 단계에서는 간호원의 5감각을 통한 관찰과 의사소통을 이용하여 환자의 건강 문제에 대한 자료를 수집하고 환자 문제의 진술 즉 간호 진단을 내리게 된다. 그러므로 사정 단계의 구성요소는 자료 수집과 문제의 확인 혹은 간호 진단이다. 수집된 자료에 주관적, 객관적 자료가 있을 수 있으며 자료의 출처로는 환자 및 친지, 환자 Chart에서의 의무기록, 임상 검사 결과 보고서, 건강팀 문헌등

이다. 자료 수집 방법으로는 면담, 간호력, 신체 검진, 심리 및 정신 건강 검진, 의뢰, 문헌고찰 등이 있다.

**계획 :** 계획은 대상을 도와 주기 위해 무엇을 수행할 것인가를 결정하는 것을 의미한다. 구성요소로는 목적 설정, 우선 순위의 결정, 문제해결 방법이 이 단계에 포함된다. 목적 설정은 분명하고 구체적이어야 한다. 우선 순위의 결정은 가장 절박한 문제를 우선적으로 해결하는 방향으로 계획해야 하는데 이때 Maslow의 ‘Hierarchy of Needs’를 기틀로서 사용하는 것도 하나의 방법이다.

**수행 :** 수행은 계획을 활동으로 옮기는 것으로 설정된 목적 달성을 위해 필요한 활동을 행하는 것을 의미한다. 구성요소로는 의존적 활동, 독자적 활동, 상호의존적 활동들이 있다. 의존적 활동은 처방된 약이나 처방된 치료와 절차를 시행하는 것과 같은 의사의 처방을 수행하는 것이다. 독자적 활동은 의사의 처방을 필요로 하는 것이 아니라 의사와는 완전히 독립적으로 수행되어 질 수 있는 것이다. 예를 들면 간호치료, 간호 관찰, 건강교육 등이다. 상호 의존적 활동은 다른 건강팀과 협조해서 간호원이 수행하는 활동을 의미한다. 즉 식이에 대한 교육을 할 때 영양사와 협조해서 교육하는 등이다.

**평가 :** 간호과정의 마지막 단계이면서 끊임없이 지속되는 단계로 간호수행에 따른 대상의 행동변화를 평가함을 의미한다. 즉, 대상을 위해 마련된 간호계획의 성취가 어느 정도 가능했는가를 평가하고 그결과에 따라 계획을 재조정해야 한다. 대상자에게 나타난 결과를 평가하는 기준으로는 활력 증상, 임상 검사 결과와 같은 객관적 자료 및 대상자와 그의 가족이 호소하는 내용으로 된 주관적 자료가 있다. 간호 감사도 평가의 한 방법으로 퇴원 환자의 간호 기록에 나타나 있는 간호 과정의 평가를 통해서 간호의 질을 평가하는 방법이다. 또한 평가를 통하여 사정 계획, 수행단계에서 탈락된 부분을 알게되므로 이에 따라 재사정, 재계획, 재수행 할 수 있다. 그러므로 간호 과정은 사정, 계획, 수행,

평가로 이어지는 연속되는 순환과정이라고 할 수 있다.

### 간호 진단

간호 진단이란 말은 1950년대 McManus에 의해 처음으로 논의되기 시작하였다. 그 후 Yura와 Walsh(1973), Gebbie와 Lavin(1974)은 이에 대해 논하였고 Aspinall (1976), Gordon(1976)등이 이에 관심을 갖고 의의를 주장하였다. 특히 Aspinall은 간호진단을 환자의 신체적 심리적 상태에서 관찰된 변화로부터의 임상적 추론을 내리는 과정이라고 하였고 Gordon은 간호원에 의해 치료될 수 있고 치료할 수 있다고 인정된 현재적 잠재적 건강 문제의 서술이라고 하였다. Komorito는 간호 진단이란 “분별있는 판단이며 과학적 지식체계에 근거를 두고 요구와 문제를 평가하여 체계적인 방법으로 간호하는 과정을 말하며 이는 환자 중심의 개별적인 간호를 위해 적절히 사용될 수 있는 것이다.”라고 하였다.

그러면 여기서 간호 진단을 개념화 하는데 도움이 되기 위해 의학진단과 간호진단을 비교해 보기로 한다. 두 가지 진단의 기원에는 어떤 유사성이 있고 용어가 중복될 수 있다. 예를 들면 “호흡기능 부전”은 간호 진단이지만 “폐기종”이라는 의학 진단의 한 증후일 수도 있다. 반대로 의학적 진단인 “골절”은 “운동성 손상”이라는 간호 진단의 한 증후일 수 있다. 또한 의학진단과 간호 진단은 그 목적과 진단 과정이 다르다. 대부분의 경우 간호 진단은 신체의 손상된 기능을 지시하며 의학적 진단은 손상의 근본 원인을 확인하는데 초점을 둔다. 의학 진단은 의학적요구를 규명할 수 있는 양상을 이루는 증상과 증후군에 기초하며 간호 진단은 간호 요구를 규명할 수 있는 양상에 기초한다. 같은 의학 진단을 가진 환자는 많은 유사한 문제와 요구를 가질 수 있는 반면에 간호진단은 개개인이 다르므로 여러가지 종류와 다른 간호를 요구할 수 있다. 환자의 의학진단은 그의 질병이 다 나올때까지 일정하지만 간호 진단은 매일 변하는 환자상태를

반영하여 복잡하고 변하기 쉽다. 예를 들면, 갑열성 간장염이라는 의학 진단은 환자가 입원해서 퇴원할 때까지 거의 변하지 않지만 간호 진단은 급성기에는 격리와 관련된 문제이고 회복기에는 허약, 제한된 운동 그리고 재사회화와 관련된 문제, 퇴원기에는 퇴원후 재활, 식어, 의학적 이행과 관련된 문제로 환자 상태의 진행에 따라 변하게 된다.

그러므로 하나의 질환을 위해 광범위하고도 다양한 간호 진단이 환자의 간호 계획에 반영되게 된다.

### 간호 진단의 구성 요소

간호 진단은 세가지 구성요소를 갖는다. ①환자의 상태 혹은 건강문제(Problem), ② 문제의 원인(Etiology), ③증상과 증후(Sign symptoms)이다. 이것을 PES-system이라고도 한다.

첫째 구성 요소인 환자의 문제는 “예기되는 불안” “독립심과 의존심의 갈등”, 혹은 “운동성의 손상”으로 서술할 수 있다. 문제를 좀 더 구체화하기 위하여는 여러가지 질적 혹은 양적 설명사를 사용할 수 있으며 급성 혹은 만성이라는 용어는 문제의 단계를 서술하는데 이용될 수 있다. 또한 현재적, 잠재적이라는 용어는 현재 나타난 문제이나 아니면 나타날 수 있는 가능성이 있는냐에 따라 사용할 수 있다.

두번째 구성요소는 문제의 원인이다. 여러가지 가능성 있는 원인들을 감별하는 것은 아주 중요하다. 왜냐하면 각 원인에 따라 다른 치료를 요구할 수 있기 때문이다. 예를 들어 외대 신장소에서 약물요법을 이행하지 않는 것은 지식의 부족, 동기 부족, 질병의 부정으로 초래될 수 있다. 그러므로 간호 행위는 환자 문제의 원인에 따라 선택되어 수행되어야 한다.

셋째 구성요소는 증상과 증후이다. 증상과 증후는 범주를 확인하며 진단을 내리기 위해 사용된 환자의 행동, 즉 주관적 객관적 자료이다.

### 간호 진단 과정의 4단계

적당한 자료 수집에 기초해서 간호 진단에 이

르기 위해서는 다음의 서로 관련 의존된 4단계  
를 거쳐야 한다.

### 제 1 단계 : 조사과정

이것은 주관적 그리고 객관적 정보의 수집에서 시작된다. 흔히 어떤 통찰이나 직감이 부가적인 정보를 찾는 데 암시가 되지만 간호 진단을 지지하기 위해서는 포괄적인 기초자료가 필요하다. 주관적 그리고 객관적 정보는 간호력과 의학력에서 얻을 수 있으며 환자와 계속 상호작용 하므로써 더욱 많아진다.

교통사고로 입원한 환자들 예르 들어보자. 그는 오른쪽 다리에 복합골절과 늑골 골절로 고통을 받고 있으며 견인 장치를 하고 있다. 지방에서 올라온 74세의 그는 간호력에서 이번이 첫 번째 입원임을 알 수 있었다. 주관적 자료 수집에서 지극 그를 괴롭히고 있는 것은 통증이나 사고 자체가 아니라 앞으로 어떤 일이 일어날지 모르는 것이라고 이야기하였다. 그는 견인장치가 하기 싫다고 하며 복방에 있기를 원했다. 그리고 T.V나 라디오도 원치 않았다. 그는 또한 빨리 퇴원하여 집으로 돌아갈 수 있는지를 알고 싶어했다. 그는 몹시 우울해 있었다. 그러나 이상의 주관적 자료가 중요하지만 이것으로 간호진단에 이르는 충분치 못하다. 객관적 자료가 필수적으로 요구된다. 객관적 자료는 신체 검진, 검사 결과, 간호원이나 다른 건강 전문요원, 가족·친지의 관찰로 부터 수집한 정보를 포함한다. 이 환자의 경우 의사의 관찰에서는 특별한 것이 없었다. 의사는 환자의 상태가 안정된 것으로 판단하고 진동제 prm., 활력증상 gid check, 그리고 dressing을 지시했다. 간호원의 사정에서는 환자가 불안정하고 식은 땀을 흘리는 것을 관찰할 수 있었고 맥박은 약간 빠르고 동공도 약간 확대되었음을 발견할 수 있었다.

### 제 2 단계 : 인지 과정

조사 과정에서 수집된 모든 자료를 분석하여 인지하는 과정은 우리가 매일 생활에서 사용하는 사고 과정과 다르지 않다. 다만 더욱 능숙함을 요구한다. 이때 자신의 과학적 지식과 철학, 과거의 경험 등이 활용되며 영향을 준다. 예를

들이 꽃이 피어 있는 정원을 살펴 본 대부분의 사람들은 단지 여러가지 아름다운 꽃이 다양하게 피어 있다고만 생각할 것이다. 그러나 연구와 경험을 통해 꽃에 대해 많은 지식을 갖고 있는 정원사는 정원에 된 모든 꽃들을 명명할 수 있고 그들을 분류할 수 있으며 문제가 있음을 가려낼 수도 있고 잠재적인 무제를 예상할 수 있다. 같은 방법으로 간호원들은 인간의 요구를 배우고 개인적 경험과 자연과학, 심리학, 논리학, 사회과학 등에서 배운 지식에 기초하여 관찰을 통해 건강하지 못한 반응을 인지할 수 있다.

### 제 3 단계 : 양상의 규명

양상의 규명이란 이미 알려진 사실과 현재 환자에게서 관찰된 사실들을 관련지어 생각해 보는 것은 의미한다. 처음에는 문제 목록을 발전시키는 것이 도움이 된다. 앞에서 예 들 든 환자의 경우 견인 장치를 한 환자간호와 관련된 모든 문제를 포함할 수 있다. 그러므로 문제 목록은 아주 많은 것이다. 즉 동통, 움직임과 숨쉬기의 어려움, 적당한 체위 유지, 운동, 체위 변경, 피부 간호의 요구를 포함한다. 결국 이 모든 것은 부동성(Immobility)과 관련된 문제의 양상을 형성한다.

그러나 간호계획이 효과적으로 되기 위하여 진단을 진술함에 있어 문제의 원인을 부가하는 것이 중요하다. 대개 원인을 부가할 때는 “~와 관련된” 혹은 “~로 인한”이라는 구를 부가하면 된다. 앞에서 예 들 든 환자의 경우 잠재적 간호 진단은 “늑골 골절과 다리 골절로 인한 부동성”이라고 할 수 있을 것이다. 이 환자는 그외에도 다른 문제를 나타내고 있다. “불안정, 빈맥, 발한, 동공 확대” 그러나 이러한 객관적 자료에만 기초해서 정확한 진단을 내리기에 너무 막연하다. 이들은 불안, 출혈성 Shock, 동통등으로 인한 자율 신경계의 자극으로 나타나는 현상이다. 그러므로 세가지 가능한 문제 중에서 제거하는 과정이 있어야 한다. 각 상대를 판결해서 제거하므로써 나머지 하나의 확률은 증가한다.

위의 환자의 경우 주관적, 객관적 정보를 중

합 분석하여 판결하고 제거하므로써 가장 확률이 높은 것을 선택해야 한다. 환자는 동통이 문제가 아니고 앞으로 어떤 일이 일어날 것인가가 두렵다고 하였으며 병원에서 빨리 퇴원하여 집으로 돌아 가기를 원했다. 그러므로 동통은 문제에서 제거될 수 있으며 확실한 것은 환자가 좋아하든 싫어하든 병원에 오랫동안 있어야 한다는 것이다. 의사는 환자의 상태가 안정되었다고 하였으므로 Shock은 문제에서 제거할 수 있다. 이상의 제거 과정에서 동통·불안·Shock 중 동통과 Shock이 제거될 수 있으므로 잠정적 간호 진단은 "입원으로 인한 중증도의 불안"이라고 내릴 수 있다.

#### 제 4 단계 : 확인

직관적인 사정으로 범할 수 있는 오류를 가장 명확히 분별할 수 있는 아주 중요한 단계이다. 확인은 적당하고 정확한 정보를 얻었는가를 확인하기 위하여 사전의 각 단계를 재검하는 것으로 이루어진다. 즉, 이것은 논리적으로 간호 진단에 이르게 하고 합리적인 어떤 양상을 규명할 수 있게 한다. 이 단계를 생략하는 것은 판단에 오류를 범하기 쉽다. 때로 단서가 에메하면 시간을 경과하여 더 자료를 수집하여 확인할 필요가 있다. 심리적인 진단은 인간행동의 다양성 때문에 환자를 여러가지로 탐구하여 확증하는 것이 중요하다.

위의 환자 경우에도 그의 두려움에 대해 더 깊이 비화를 하는 것은 사고로 인한 불안과 입원으로 인한 불안으로 두 개의 진단을 내릴 수 있다. 더욱이 또 하나의 잠정적 진단은 독방에서 움직이지 못하고 방문객도 없고 라디오와 T.V도 없으므로 이 환자는 쉽게 감각상실의 문제를 가져올 수 있을 것이다. 그러므로 "부적절한 환경적 자극으로 인한 잠재적 감각 이탈"이라는 진단을 부가할 수 있다.

이상으로 간호 진단 과정의 단계를 서술하였다. 대부분의 간호원들은 사정 단계에서 개인적인 증후와 증상으로서 그들의 관찰을 서술하는 것에 편안함을 느낀다. 그러나 조금 더 깊이 들어가 그들을 분석하고 관련지어 진단의 형태로

판단을 내리는 것이 필요하다.

간호 전문가로서 환자 간호에 간호 과정을 적용하며 정확한 간호진단을 내리므로써 대상자에게 좀 더 과학적이고 합리적인 간호를 제공하는 역할을 감당하며 간호학은 과학적인 학문으로 발전할 수 있을 것이다.

#### <참고문헌>

- 전산초의 2인, 간호과정. 기초이론, 대한 간호협회 출판부 : 서울, 1981, pp.3~5.
- Aspimall M.J., "Nursing Diagnosis-the weak link", *N.O.*, Vol. 24, July, 1976, pp.433~437.
- Gebbie, K.M.; Lavin, M.A., "Classifying nursing diagnosis", *A.J.N.*, Vol. 74, Fed., 1974, pp.250~253.
- Georgopoulos, B.C., Christman, L., "The Clinical Nurse specialist-A Role Model", *A.J.N.*, Vol. 70, May, 1970, pp.1030~1039.
- Gordon M., "Nursing diagnosis and the diagnostic process", *A.J.N.*, Vol. 76, Aug., 1976, pp.1298~1300.
- Hammond, K.R., "Clinical Inference in Nursing: part 2, A Psychologist's viewpoint", *N.R.*, Vol. 15, 1966, pp.27~38.
- Kelly, K., "An approach to the study of Clinical inference in Nursing: Part 3, Utilization of the "Ieus model" method to study the inferential process of the nurse", *N.R.*, Vol. 13, Fall, 1964, pp.320.
- Kelly, K., "Clinical inference in Nursing: Part 1, A nurse's viewpoint", *N.R.*, Vol. 15, 1966, pp.23~26.
- McGann, M., "The Clinical Specialist: from Hospital to Clinic, to Community", *J.N.A.*, Vol. 5, 1975, pp.34.
- Schaeffer, J., "Interrelatedness of decision making and the nursing process", *A.J.N.*, Vol. 74, Oct., 1974, pp.1852~1855.
- Shoemaker, J., "How Nursing diagnosis helps focus your care", *R.N.* Aug., 1979, pp.56~61