

문제중심 간호사정의 이론 및 실제

김 순 용
(고려외대 간호학과 조교수)

—차 례—

- I. 문제중심 간호사정의 필요성
 - II. 문제중심 간호사정의 구성요소
 - A. 간호문제목록
 - B. 일차계획
 - C. 간호 진행기록
 - D. 간호회원개요
 - III. 간호과정 및 문제 중심간호사정의 구성요소간
연관 비교표
- Bibliography

I. 문제중심간호사정의 필요성

전문직 간호원으로서의 능력은 문제해결자로서의 기능을 어느 정도 잘 발휘하느냐에 달려 있으며, 오늘날 사회에서는 진보된 건강간호를 제공할 수 있는 간호원을 크게 필요로 하고 있다. 사회의 변화속도가 빠른 시대에서는 간호교육과정에서 배운 지식들이 졸업후 이 년만 지나도 소용이 없어지기 때문에⁽¹⁾, 문제해결 능력없이 는 학교 교육과정에서 습득한, 암기하고 있는 지식의 정도에 따라 간호원의 기능이 기계적, 비창조적으로 될수밖에는 없다. 간호에서는 사실(fact)들도 중요하지만 각각 분리된 사실 및 각각 분리된 문제를 통합된 하나로 조직하여 유용하게 하는 능력이 필요하다. 문제중심 건강기록 체계는 1970년초에 Lawrence Weed, M.D.에 의해서 제시되어 그 후 많은 건강관리 기관에서 그 기관의 구조 및 체제에 맞게 방법을 변화시켜 활용되어져 왔다. Weed가 환자의 건강기록자의 체제를 발전시킨 목적은 필요로 하는 모든 자료를 체계적으로 조직해서 정확하게 문제를 진단하고 환자를 치료하자는데 뜻이 있으므로 이것을 기초로 우리 현실에 맞는 방법을 모색하고 실제 예를 소개하여 이해를

돕고자 한다.

간호학도 간호이론의 뒷받침없이 기술만을 강조할때 기술적으로 전환되기는 하지만, 간호학은 이론으로서의 논리만을 추구하는 학문이라기 보다는 오히려 행위를 수행하는 전문직이라는것을 감안할 때 간호과정이론은 (Nursing Process Theory) 간호과학으로서의 학문을 뒷받침해 주고 있고, 간호과정을 실천하는 문제중심간호사정을 통해서 실제 업무를 실행하게 된다.

1950년대에 "Professionalism"이 논의되었고, 간호학이 전문직의 기준에 맞는지 논쟁이 되어졌다. 몇몇 학자들이 전문직의 기준을 제시하였고, 간호원들은 이 기준을 인용하여 간호가 전문직이라는 것을 받아들이고 있고 거기에 대해서는 의심을 하지 않는다. 그러나 간호가 전문직이 되기 위해서는 대상자를 위해서 질적인 간호(Quality Care)를 제공해야한다는 것이다. 그러므로, 간호원의 모든 에너지는 간호행위와 간호를 받는 대상자에 중점을 두어야 한다. 앞에서 말한 질적인 간호란 타 생산분야에서 흔히 대두되고 있는 제품에 대한 품질보증(Quality Assurance)과 일치한다고 볼 수 있다. 간호학에서 주장하는 최종의 결과는 간호를 이용하는 모든 대상자를 위한 질적인 간호인데 이것을 실현하기 위해서는 간호행위는 문제해결과정이 중요하고, 그러기 위해서는 문제 해결기술을 발달시켜야 한다. Larkin과 Backer 도, 성공적인 간호업무에 근본이 되는것은 문제해결과정 및 상호간의 이해라는 것을 전제로 하고 있다.⁽²⁾ 그러므로 문제중심 간호사정은 간호학에서 문제해결과정의 도구로서의 역할을 담당한다고 할 수 있다. 다시 말해서, 문제중심 간호사정은 간호과정을 수행하는 방법이 되며⁽³⁾, 간호과정은 근본적으로 문제해결기술이 된다.⁽⁴⁾

(1) Patricia Larkin and Barbara Backer, *Problem-Oriented Nursing Assessment*. (McGraw-Hill Book Co., 1977) p.1

(2) Ibid., p.2

(3) 최연순, 최영희, 김광주, 김조자, *진강사정법(I)*. (수문사 1979) p.17

(4) Helen Yura and Mary Walsh, *The Nursing Process*. (A Publishing Division of Prentice-Hall, Inc. 1973) p.20

문제중심간호기록이란 문제중심간호 사정의 결과를 간호일지에 기록하는 것을 말한다. 전통적으로 간호원들이 많이 사용했던 "Source Oriented" 기록은 간호원들이 파악하고자하는 사항을 명확하게 해주지 못하고 있다. 이 방법은 대상자의 전체를 하나로 고려하는데 있어 혼동을 주기가 쉽고 자료를 기초로 한 대상자의 상황에 대한 간호원의 생각을 파악하기가 어렵다. 반면에 문제중심간호기록은 각각의 자료와 문제들을 조직해서 통일된 하나로 만드는 것이므로 간호원이 대상자의 문제에 대해서 어떻게 생각하는지를 나타내 주고 있고, 이해되기 쉬운 내용을 건강관리요원들에게 제공해 줄 수 있으므로 이들간의 의사소통을 원활히하고 명확성을 기하기 위한 도구가 된다.

문제중심간호사정을 한다면여도 Florence Nitingale 이후 이어져 왔던 간호원의 본질은 언제나 같은데 왜냐하면 문제중심간호사정이란 대상자 문제를 관리하는데 있어서 과학적인 접근을 하는 태도를 의미하고 있기 때문이다.

II. 문제중심간호사정의 구성요소

A. 간호문제목록(자료해석 및 문제확인)

문제중심간호사정은 간호력, 신체검진 및 검사실검사결과를 포함한 기초자료로 시작되므로 기초자료를 수집하는것은 간호과정 및 모든 전문직 건강사정의 첫 단계이다. 자료라 하는것은 정보인데 전문직 간호인에 의해서 수집된 정보는 간호행위를 위해서만 필요한 것뿐만 아니라 다른 건강관리 요원들에게도 가치가 있다. 정보를 수집하는데 있어서 중요한 것은 반드시 특적이 있어야 하며, 구별을 지을 수 있어야하며(정상-비정상...) 체계적이어야 한다는 것이다.

수집한 자료로부터, 주의를 필요로하는 문제를 끌어내게 된다. 즉, 문제해결과정중 다음 단계는 자료(정보)를 해석하고 분석하는 단계이다. 전문직 간호원이 수집한 자료는 대상자의 건강상태를 확인하고, 간호의 효과를 평가하기 위해서 이용되고 있다. 어떤 자료들은 비표준에 나와 있는 정상들과(예를 들어, 체중, 신장, 검사실 검사 결과 및 활력증상 등등) 대조해 보므로써 해석이 용이한 반면, 육아법 및 정서적 반응등과 같은 자료들은 해석하는데 많은 기술을 요구하고 있다.

수집된 자료를 해석하기 전에 "정상"의 개념에 대해서 특별히 살펴볼 필요가 있다. 정상이란 평균 혹은 가장 보편적인 것을 말한다. 신체적인 면 및 검사실

검사결과와는 무작위 방법에 의해서 많은 숫자의 대상자를 뽑아서 특수한 양을 측정하므로써 결정된다. 대부분의 대상자가 일정범위내에 속하게 되면 그것이 평균 혹은 보편적인 것이 된다. 예를들어, 정상 성인의 심장 박동수는 일분에 60회에서 100회 사이가 된다. 이 범위에 속하지 않을 경우에는 항상 그런것은 아니나 흔히 육체적 혹은 정서적 상태와 관련이 있다고 본다. 정상이라하는 것은 또한 연령별, 성별, 사회경제 및 인종별 요소에 따라 달라진다. 예를 들어서, 한국 성인 남자의 키가 1m70cm라고 한다면 정상적이거나, 성인 여자나 혹은 10세의 남자 아이가 1m70cm라 한다면 보편적인 것은 아니다. 이것과 마찬가지로 대상자에게서 수집한 자료를 연령별, 성별, 혹은 다른 적절한 기준과 비교해서 정상범위에 속한다든지 혹은 정상범위를 벗어났다든지 하는것을 전문직 간호원이 결정할 수 있어야 한다.

그러면 대상자에게서 나타난 행동은 어떻게 결정할 것인가? 왜냐하면 흥분도, 활동성, 혹은 육아법등을 혈압을 측정하듯이 쉽게 혹은 객관적으로 측정하지 못하기 때문이다. 이러한 경우에 있어서 "정상"이라하는 것은 문화 및 사회적 습관에 따라 크게 좌우되므로 대상자의 행동들을 해석하기 전에, 전문직 간호원은 대상자의 문화 및 가치관을 파악해서 평가해야만 의미있는 것이 된다. 문화적인 측면에서 기대하는 행동과 다른 행동은 대상자의 행동이 정상에서 벗어난것을 의미하므로 대상자를 아주 잘 알아야만 행동을 정확하게 해석할 수 있다. 대상자에게 있어 어떤 것이 특이하다 하는 것을 파악하기 전까지는 그 사람의 행동을 정확하게 해석할 수가 없다. 왜냐하면 인간이 나타내는 모든 행동은 의미가 있기 때문이다.

건강수준의 자료를 수집하고 그 자료의 뜻을 해석하는 목적은 간호원으로 하여금 대상자의 문제를 결정하기 위함이다. 사정의 첫 단계에서는 수집된 자료가 정상범위에 속하는 것이 아니라면 이것이 확인될때까지는 문제로(problem)보아야 한다. 일반적으로, 간호문제는 다음의 다섯 부류중 하나가 된다.

1. 보편적이지 못하며 설명할 수 없는 일로써, 확인을 더 필요로 하는 일.
예 : 설명할 수 없는 체중감소 혹은 체중 증가
2. 설명은 되나 보편적이지 못하며 전문요원의 도움을 필요로 하는 일.
예 : Allergic to penicillin
3. 대상자가 생각하기에 문제라고 하는 일.

예 : 에테베이터 타기를 두려워 한다.

가까운 거리내에는 병원이 없다.

- 4. 대상자의 연령, 성별, 과거력 혹은 인종에 따라 이차적으로 나타나는 잠재성의 문제들.

예 : 백내장, sickle cell anemia, 유전질환...

- 5. 건강을 유지하는에 필요한 행위—건강을 유지하기 위해서 대상자 자신의 강점을 인식하고 또 그것을 사용할 수 있도록 도와주거나 혹은 문제에 직면해서 적절히 대응하도록 도와주는것이 전문직 간호원의 기능중의 하나이다. 간호원과 대상자가 수행하는 건강유지 행위란 깊은주의를 기울이지 않으면 건강의 상태를 상실하는 것을 말한다.

예 : 전염병 질환에 대비한 면역접종, 안과 및 치과의 정구검사, 매식사후 양치질하는 것, 피부 청결 유지...

이상과 같이 문제들은 의학적, 심리적 혹은 사회적 일수가 있다.

문제목록이라함은 논문이나 서적에 있어 차례(Table of Contents, Frame of Reference)와 같은 역할을 하므로 대상자의 건강기록지에서 다른 기록보다 선행되어야하고 항상 다음과 같은 사항을 포함시켜야 한다.

1. 날짜—간호원이 문제를 확인한(혹은 발견한) 날짜. 기관에 따라서는 문제가 시작된 날짜를 쓰거나 혹은 옆에 문제가 발견된 날짜를 같이 쓰기도 한다.
2. 문제번호—문제명 앞에 문제 번호를 기록하는 데 이 번호가 대상자의 기록 전체에 걸쳐 해당 문제를 지칭하게 된다.
3. 문제명—간호원으로써 자료 수집한 내용을 어느 정도 이해했나를 반영해 주는 것이 된다. 이것은 일문에 심박동수가 104회에서 120회 사이라면 문제목록에는 “심장질환”이라고 쓰는것 대신에 “심박동이 지속적으로 100회 이상임”이라고 기록해야한다. 사정이나(Assessment) 문제를 추측해서 만들어서는 안된다.

문제 목록의 예 :

- #1 8/14/84 Allergic to valium
- #2 8/20/84 제은 상승
- #3 8/22/84 가족이 병원에 오지 않음(대상자가 확인한 문제)

#4 8/25/84 자살시도력

#5 8/25/84 노인정에 참여

B. 일차계획(중재를 위한)

서술된 문제에 대해서 일차적으로 관리하는것을 “일차계획”이라 한다.⁽⁵⁾ 문제목록에 기재된 문제들은 일차계획의 근간이 되고 있다. 모든 문제들이 항상 즉시 간호할 수 있는 것은 아니어서 어떤 문제를 먼저 다루고 어떤 문제를 나중에 다룰 것인지는 항상 전문직 간호인의 판단에 의한다.

다음은 일차 계획 내용의 차이점 및 또 두개의 각각 다른 전문적이 대상자에게 혜택을 주는 계획을 포함하고있음을 인식하기 위해서 의학 및 간호전문직의 일차계획 내용을 서로 비교해 보고자 한다.

(1) 의학 중재를 위한 일차계획

의학 중재에 포함되는 일차계획의 구성요소로는,

1. 문제 번호 및 문제명
2. 문제 관리방법—진단적 방법
치료적 방법
환자교육 방법
3. 위의 문제관리방법을 수행하는데 필요한 행위
진단적 방법이라 함은 문제 관리를 좀 더 원활히 하기 위해서 혹은 문제를 좀 더 명확히 알기 위해서 수행하는 행위를 말한다.

예. 1. 흉통(chest pain)

진단적 방법 : R/O Myocardial Infarction
E.C.G.
Serial Enzymes
R/O Dissecting Aneurysm
Chest X-ray
careful palpation of carotid pulses

치료적 방법에는 문제를 관리하기 위해서 시도하는 투약 및 특수 과정을 자세히 서술하는 것을 말한다.

여기에 포함될 수 있는 방법에는,

Medical treatment(투약 및 수술)

식이 및 활동범위

기타(물리요법 등)

대상자 교육방법에는 문제에 대해서 대상자와 협의해야 되는 내용을 자세히 서술하는 것을 말한다. 환자

(5) Leslie Sandlow and Philip Bashook, *Problem Oriented Medical Records*. (Michael Reese Hospital and Medical Center Chicago, Illinois 1978) p.iii

교육에서 다루어야 될 범위는,

1. 질병의 원인 및 치료를 했을때와 하지 않았을 때의 진병경로
2. Diagnostic and Treatment Procedures—언제, 어떻게 시행하며 이것의 효과는 어떤 것들이 있는 지 등
3. 건강유지를 위한 자가 관찰 및 자가 관리방법

위의 내용에 해당되는 일차계획은 의사用 진행기록부에 기초자료를 기록한 다음에 반드시 서술하고, 주치의들의 치료 및 진단적 검사 의뢰를 위해서는 의사명령지(order sheet)를 사용하고 있다. 의사 명령지에 기록하는 내용들은 보통 다음의 세가지 부류로 구분할 수 있다.

1. 안위에 대한것
2. 기초자료 수집에 대한것
3. 문제관리방법. 예를들어 진단적 방법, 치료방법, 혹은 환자 교육내용 등.

(2) 간호중재를 위한 일차계획

문제중심간호사정 체제내에서 일차계획의 역할은 수집된 자료를 기초로 계획하고 또 계획된 내용에 대해서 대상자 자신은 물론 그 가족들과도 명확하게 의사소통하도록 하는데 있다. 또한 간호중재에 대한 계획을 서면으로 기록하므로써 계획된대로 실시가 되었는지와 그 효과에 대한 송환정보(Feed back information) 확인할 수가 있다.

“일차계획”이란 말 그대로 문제목록에 나와있는 각 문제에 대해서 첫번째로 계획을 작성해서 기록하는 것을 말한다. 그러므로 문제중심진강기록에는 각 문제에 대해서 단지 한개의 “일차계획”이 있을 뿐이다; 일차계획이 일단 기록지에 기록되면 그 후에 그 문제와 관련하여 기록되는자료, 간호사정, 간호계획등은 진행기록(progress notes)으로써 기록이 되는 것이다. 일차계획의 구성요소 내지 일차계획의 작성순서는 다음과 같다.

1. “일차계획”임을 맨 위에 기록하고 날짜 및 시간, 문제번호, 문제명을 기록한다.
2. 문제에 해당되는 주관적자료(subjective data)를 기록한다. 대상자 및 가족, 친구가 구두로 나타내는 증상들은 모두 주관적인 자료가 되는데 주관적 자료는 간략하게 요약해서 기록하도록 한다. 예를

들면, 총계 오름때 흉통 및 호흡곤란을 호소하십시오. 혹은 대상자의 호소를 그대로 인용해서. “나는 악몽에 시달려서 수면제 없이는 잘수가 없습니다.” 라고 기록해도 좋다.

3. 문제에 해당되는 객관적 자료(objective data)를 기록한다. 간호원의 관찰내용, 신체검진결과, consultation내용, 대상자의 건강기록지, 검사실 검사결과, 주치의의 명령지등을 참조해 이것들의 내용을 요약해서 객관적 자료를 작성한다. 예를들면, (1) Apical Rate 82/min. Regular No murmur (2) 구겨진, 매일 똑 같은 옷을 입고 있음. 물음에 대해서 간단하게 답변하거나 혹은 고개를 끄덕이거나 혹은 머리를 흔드는 것으로 대신한다.
4. 사정(Assessment). 문제중심간호 사정중에서 가장 중요한 부분인데 전문직 간호원은 문제에 대한 자신의 생각을 이 부분에서 서술할 수 있다. 사정이란 하는것은 주관적, 객관적 정보에 대한 간호원의 해석을 요약한 것으로 다음 사항중 하나나 혹은 그 이상의 해당 내용을 포함시킬 수 있다.

① 그 문제가 왜 나타나게 되었는지 가능한 설명(Etiology) 및 문제의 진행과정(course of the problem), 그 결과로 어떤 다른 잠재적 문제를 예측하는지.

② 문제해결에 영향을 미치는 긍정적 요소 및 부정적요소 예를들어, 연령, 경제적으로, 독립하고 싶어하는 욕구 등.

③ 문제가 대상자의 건강상태에 얼마나 현저한지.(어느정도 영향을는지)

④ 간호중재를 시도하는 이유에 대한 설명 및 그 결과로 무엇을 기대하는지.

⑤ 간호계획에 대한 환자의 반응

사정부분은, 기록할 당시에 수집된 자료에 대한 간호원의 이해 정도를 나타내주고 있고 사정의 복합—단순여부는 문제를 얼마만큼 잘 이해했느냐에 달려 있다. 즉, 전문직 간호원으로써 그 문제를 어떻게 보며 간호중재를 시도하는 이유를 나타내주고있다. (6) (Emphasis mine) 어떤 경우에는 단지 문제를 제 서술한 것에 불과하기도 하다. 예를들면, “원인 불명의 체중감소”와 같은 경우에서는 첨가적으로 자료를 더 수집해야하는 계획이 유도되도록 하고, 문제를 해결하는데 있어 우선 순위를 결정해주는 사정으로는 “지속적인 고열은 생명을 위협한다”가 있는데 이러한 사정은 가능한 한 빨리 체온을 하강시켜야 되는 계획을 논리적으로 유도

(6) Patricia Larkin and Barbara Backer, *Problem-Oriented Nursing Assessment* (McGraw-Hill Book Co., 1977) p. 84

하고 있어 위의 두 사정은 간호중재의 이유를 간접적으로 포함시키고 있음을 볼 수 있다.

5. 계획(plan). 간호를 계획하는데에는 두가지 수행기준(performance criteria)이 있다. 첫째는 사정과 간호계획사이에는 직접적인 관계가 있어야 하고 둘째는 간호계획이 환자에게 받아들여질 수 있는 것이어야 한다.⁽⁷⁾ 직접적인 관계라 함은 사정(assessment)에 나와 있는 이유(rationale)로 부터 계획되어야 한다는 뜻이다.⁽⁸⁾

간호문제를 관리하는 방법 혹은 간호중재방법에는 보통 세가지 부분으로 되어 있다. 즉, 진단적 계획, 치료적 계획, 대상자 교육, 때로는 의뢰 계획을 네번째 부분으로 삽입하기도 한다. 간호원에 의해서 기록하는 계획이라 함은 실제적으로는 간호조사가8되는데 이 말은 문제를 어떻게 관리할 것인가를 서술한 것이거나 혹은 대상자의 문제를 중재하는데 있어 누가, 어디서, 어떻게, 무엇을 수행할 것인가를 정회하게 일일이 열거한 것이다.

진단적 계획: 사정에서 서술한, 문제에 대한 여러가지 원인을 알기 위해서 부수적인 자료를 수집해야 할 필요성이 있음을 많은 경우에 임상에서 느끼곤 한다. 또 때로는 대상자와 함께 대상자가 자신의 문제를 어떻게 생각하는지 얘기해야 할 필요성을 느낄때도 있다 그래서 진단적 계획이라함은 정보를 더 수집하기 위해서 간호원이 무슨 계획을 하고 있는지 자세히 서술하는 것을 말한다. 진단적 계획의 예로는,

- Hgb 및 Hct의 결과를 알아본다. (오전에 혈액 채취함)
- 어떤 종류의 ROM운동을 병실에서 계속해야 하는지 물리요법사와 상의한다.
- Check I.S.O.

치료적 계획: 치료적 계획에서는 대상자와 간호원이 아래의 사항중 어느것을 해야한다는 것을 자세히 기록한다.

- 문제 혹은 증상 및 부작용을 완화시키는 일.
 - 더 이상의 합병증을 예방하는 일.
 - 건강을 회복해서 유지시키도록 대상자를 도와주거나 혹은 문제를 갖고 적응해나가는 새로운 방법을 배우도록 도와주는 일
- 치료적 계획은 문제와 관련되고 문제에 영향하는 특

수분야에 대한 간호중재를 서술하는 것으로 예를 들면 일상생활 활동(Activity of Daily Living), 영양, 약학, 환경적 요소, 급만성 간호요소, 정서적 상태등이 특수분야가 될수 있다. 간호조사를 할 때는 반드시 명확하게 서술해서 "정서적 지지를 한다"와 같은 분명하지 않은 용어는 피해야 한다. 만약 노인대상자가 계속해서 "아무도 소용 없습니다"라고 얘기한다면 간호원의 간호계획을 좀 더 자세히 기록하므로써 도움을 줄 수 있게 된다. 예를들면, "대상자의 과거 선생으로써의 경력 및 가족 생활에 귀를 기울여 준다."가 구체적인 계획이 될 수 있다. 비슷한 예로써, "욕창예방"이라고 간단히 기록한 계획은 좀 더 자세한 설명을 필요로 하기 때문에 "2시간마다 자세변경(좌수시간). 침상열에 있는 자세변경기록지 참조."가 더 구체적인 것이고, 또 다른 예로는,

- 왼쪽 젖 가슴길 발적부위에 하루에 한번 아침목욕 후 10Am에 로손을 발라준다.
- 양쪽 side rail을 자기전에 올려준다.
- 하루에 한번 밤 9시에 240cc의 오펜지쥬스를 준다 등이 있다.

교육계획: 이 부분에서는 간호원이 대상자 및 그 가족들에게 문제 및 치료에 대해서 무엇을 교육한 것이 라는 계획을 서술하는데 즉, 대상자가 알기를 원하고 또 알 필요성이 있는 사항 및 대상자가 건강관리기관을 떠났을때, 대상자관리에 도움이 되는 내용을 가족이 알아야 할 때 교육한다. 교육계획에는 식이, 두약, 환 등, 진단적검사, 치료 및 다음 내원 날짜를 포함시킨다. 여기에서는, 대상자 및 가족에게 무엇을 얘기했거나 혹은 무엇을 얘기한 계획임을 정확하게 기록해야만 필요로 하는 정보를 줄 수 있고 어떤 내용을 교육했는지 건강관리요원들이 알 수 있게 되어 교육이 이종으로 일어나지 않아 불필요한 에너지 낭비를 막을 수 있고 또 잊어버리고 교육을 하지 않는 일도 없게 된다. 교육계획의 예로는,

- wheelchair에서 침대로 가는법을 가르켜 줌. 대상자가 가르켜준대로 잘 따라함. 내일 오후에 가족이 오면 다시 교육할 예정이고, 가족이 어떻게 대상자를 도울 수 있는지 시범을 보여줄 예정임.
- 이런 주내로 퇴원할 예정임. 대상자에게 우울증의 증상에 대해서 논의할 예정임. —식욕부진, 아

(7) Elinor V. Fuerst; Lu Verne Wolff; and Marlene H. Weitzel. *Fundamentals of Nursing*. (J.B. Lippincott Co., 1974) p. 73

(8) Lillian Brunner and Doris Suddarth, *The Lippincott Manual of Nursing Practice*. (J.B. Lippincott Co., 1982) p. 12

침에 일찍 깬, 철퇴 행위, 흥미상실.....이런 증상이 있으면 다음 내원일(7/8/84) 이전에라도 의뢰인과 주치의의 면담을 만나도록 제시할 예정이다.

의뢰계획 : 의뢰계획에 포함될 수 있는 것으로는, 수간호원에게 구두보고를 하는 것이 있다. 또 대상자가

건강관리기관에서 퇴원하던 가정에서의 추후간호를 위해서 지역사회 보건소에 의뢰할 수도 있다. 예로는
• 이완기 혈압이 60이하로 떨어지면 주치의에게 즉시 보고한다.

일차계획의 예 :

일 차 계 획

11/6/84 10Am #3. 양쪽 손가락의 ROM 감소

S. "손가락들이 뻣뻣해요. 더 이상 쓸 수가 없어요."

O. 방에서 하루종일 TV만 보고있고, 그 외의 활동에는 참여하지 않는다.

ROM평가 : 양쪽 손가락을 다 펴지 못한다. 손가락을 다 펴던 동통을 호소한다. 부종이나 혹은 redness는 없다. 손과 손가락을 만졌을 때 차다. 일상생활중 손가락으로 섬세한 활동을 하는데 지장이 있다.

A. 손가락의 운동범위 감소는 활동이 감소된 것과 관련이 있다. 만약 현재와 같이 활동이 적으면 잠재적 문제로 관절유동성과 근육의 힘이 감소될 것이다. 일상생활에서 손으로 하는 섬세한 운동이 이미 영향을 받았기 때문에 스스로 간호할 수 있는 능력이 점차적으로 감소되므로써 독립심이 없어질 것이다. 수동적으로 손가락을 펴는것은 가능하나, 등통이 생기므로 운동하고 싶은 마음을 상실시킨다. 현 시점에서 ROM 운동은 일상생활의 활동을 유지시켜 주고, 수축을 예방한다.

P. 진단적 계획

1. 더운물로 손을 씻은 다음에 손가락의 ROM을 다시 검사해본다.
2. 손가락의 ROM을 일주일에 한번씩 검사하고 기록한다.(매 화요일)

치료적계획

1. 일상생활에서 수행할 수 없는 활동들을 도와준다. —예, 단추끼워주기. Zipper올려주기, 구두끈 매어주기.....
2. 매일 목욕중에 양쪽 손가락의 수동적인 ROM운동을 시작한다. (at 10Am)

교육계획

1. ROM운동의 목적을 설명한다—to prevent stiffness, contractures, and to maintain use of hands and fingers
2. 스스로 운동을 수행하도록 11/8/75에 가르칠 예정이다.

의뢰계획

1. 지속적인 간호를 해주기 위해서 위의 계획에 대해서 수간호원과 상의한다.
2. Kardex에 계획을 기록한다.
3. 현재의 제한된 ROM에 대해서 가능한 활동들을 불리요법사와 상의한다.

○○○ R.N.

첫글자를 모아서 만든 S.O.A.P.는 일차계획의 단계를 기억하는데 도움을 주고 있다. 주관적 자료나 객관적 자료는 항상 기록될 수 있는것은 아니다. 예를들어 말하지 못하는 의식이 없는 환자나 어린아이일 경우 객관적자료만 있을 수 있다. 그 외에 또 일시적으로 발생하는 일들은 간호기록부에 기록하기는 하나 문제번호 및 문제명은 쓰지 않아도 된다. 예를들어서,

• To X-ray by wheelchair for G.B. series

- S.S.E. given-Results
- Abdominal prep. done
- Bone marrow biopsy done

C. 간호진행기록 및 계획의 평가

문제해결과정에 있어 평가단계는 건강기록부에서 진행기록으로 나타나고 있다. 이 단계에서는, 간호원 및 대상자가 둘 다 계획을 수정한 후에 무슨일이 일어났

능가를 평가하는 것이다. 다시 말해서, 진행기록부는 문제를 관리하는 기간 중에 생긴 새로운 자료를 서술하고 있고 이 자료를 기초로 계획을 세운 것이다.

일차계획에서 사용되어졌던 것 같이 S.O.A.P. 형식이 다시 활용되어 주관적 자료 및 객관적 자료를 쓰는데 왜냐하면 처음에 수집한 기초자료에는 없는 새로운 정보이기 때문이다. 일차계획에서도 그렇듯이 각 항에 해당되는 새로운 자료가 없으면 쓰지 않아도 된다.

주관적 자료에서는 문제에 대해서 대상자가 발한 것을 요약한 것이고 시간적으로는 간호기록부의 마지막 기록부터 현 시점사이에서 생긴 일을 말한다. 중요한 것은 그 동안 일어난 일에 대한 대상자 자신의 관찰과 느낌이 간호원의 사정과 일치하지 않는다 하더라도 주의 깊게 살펴야 하는데 왜냐하면 대상자는 이 시점에서 계획을 변경시킬 것을 제시하기도 하기 때문이다. 그러므로, 주관적 자료를 적는 의미는 문제해결을 대상자와 함께, 같이하는 과정임을 의뢰하기도 한다.

진행기록부에서 객관적 자료는 마지막 기록을 한 이후 문제에 대한 간호원의 새로운 관찰을 적는 것으로 여기에는, 검사실 검사결과, 신체검진, 의뢰 및 가능하면 일차 진단적 계획에서 추후 간호한 내용을 포함시킬 수 있다.

진행기록부에 있어서 사정부분은 일차계획에서 나오는 사정과 비슷한 목적으로 이용되어져, 문제에 대한

간호원의 생각을 서술하고 주관적 및 객관적 자료에 대한 해석을 요약한 것이다. 또 문제에 대한 간호원의 사정은 일차계획에서 내리진 사정과는 다를 수 있는데 왜냐하면 새로운 자료가 더 수집되어 다른 문제를 규정하고, 관리과정을 평가하기 때문이다. 첨가해서, 계획이 현실적으로 어떻게 이루어지고 있고 실행하는데 있어 영향하는 부정적 — 긍정적 요소, 대상자의 참여능력 및 간호계획을 이해하는 정도에 대한 간호원의 생각을 포함시킨다. 진행기록부에 있어서 주관적 — 객관적 자료는 계획의 효율성에 대한 간호원의 전문적 판단을 지지해 주어야하고 현 간호계획을 변화시키거나 계속하거나 혹은 삭제하는 것에 대한 적절한 이유를 서술해야 한다.

진행기록부에 있어서 계획단계는 일차계획과 비슷해서 진단적, 치료적, 교육적 및 의뢰계획을 포함시킬 수도 있다. 계획은 간호를 계속하라는 간호원의 지시이고 문제의 상태에 따른 반응, 문제에 대한 대상자의 반응, 새로운 정보에 대한 소개등 계속적으로 재 평가해야 한다. 간호계획을 적절히 잘 실행하기 위해서 Kardex를 많이 사용하고 있으나 이 Kardex가 진행기록을 대신하기 위해서 사용되는 것은 아님을 기억해야 하겠다.

다음은 Fever를 떨어뜨리기 위한 계획으로 Aspirin을 부여한 후의 진행기록을 작성한 예이다.

4/18/84 10Am #7 Fever

S. “기운은 없지만 전 보다는 나아졌어요.”

O. TPR o 8Am 39°C (oral), 96, 18

o 9 : 30Am 37.8°C (oral), 84, 14

Sweating skin cool to touch 자정 이후 구강으로 100cc 섭취. 입술은 건조하고 갈라짐.

A. Fever는 Aspirin투여 후 떨어짐. 발열로 인한 탈수현상의 가능성.

P. 진단적 계획 : Check I : 0

치료적 계획 :

1. Continue original plan of acetylsalicylic acid —mg p. o. Q 4h. (p.r.n) for temp. ↑ 38°C.
2. Check TPR q lb
3. Apply lip care qid. 10—2—6—10
4. Give fluid today to total 2000cc by 10pm. (See fluid chart at bedside)
5. Give bed bath.

진행기록은 또한 그 문제와 함께 최근에(혹은 현재에) 어떤 일이 일어났는지 기록하는 것이다. 예를 들어서, 혈압이 상승된 대상자에 대한 간호라면, 이 대상자의 혈압이 상승되었는지 혹은 하강되었는지, 혹은

적절한 선을 유지하는지 또 혈압에 영향을 주는 체중, 감정상태, 활동범위등은 어떤지 알고 싶을 것이다. 간호원은 이것에 대한 자료들을 기록하는데 서술형 기록 혹은 상태기록을 사용할 수도 있다. 상태기록은 진행

기록부의 일부로 흔히 사용되는데 특정한 문제에 있어서는 진행기록부를 보강한다.⁽⁹⁾ 또 상래기록은 불필요한 말을 없애주면서 정보를 충분히 전달해주는 역할을 한다. 문제를 관리할 때는 흔히 여러개를 동시에 비교해야 될 때가 있는데 상래기록은 이러한 비교를 눈으로 할 수 있도록 하는 효과가 있다. 즉, 맥박, 혈압, 호흡, 체온과 같은 생리적인 변화에 대해서 간결하고 조직적으로 확인할 수 있다.

얼마나 자주 진행기록을 작성하느냐 하는 것은 문제의 상태, 문제에 대한 환자의 반응도, 새로운 자료에 대한 소개 및 수행한 간호의 효과를 관찰하는데 필요한 시간등에 달려있다. 만약 간호원이 열을 떨어뜨리

기 위해서 Aspirin을 투여했다면 대상자의 반응을 1시간 내지 2시간내에, 그러나 Stroke후에 대상자교육을 했다면 간호원의 접근 방법이 효과적이었는지를 평가할 때는 며칠이 지난후에 행해야 할 것이다. 각 문제에 대한 진행기록은 반드시 일정한 간격으로 적어야 된다는 원칙은 없다. 새로운 자료를 수집하고, 재평가하고, 재 계획하는것은 문제가 해결될때까지 계속해야 하므로 건강을 유지하고 예방하기 위한 도구로서의 진행기록은 끝이 없이 계속되는 것이다.

다음은 앞에서 일차계획을 수행한후의 진행기록을 작성한 예이다.

11/10/84 11Am #3 양쪽 손가락의 ROM 감소

- S. “손가락 운동은 많이 도움이 되지만, 나혼자서는 하지 못하겠습니다.”
- O. 더운물로 목욕한 후에는 손가락의 ROM이 약간 증가되었음. 손가락의 수동적인 ROM 운동을 매일 시행하고 있음. 목욕중에 시행하는 손가락펴기 운동시에는 아무런 통증도 호소하지 않음. 일상생활수행상 아직도 도움을 받고있음. 환자는 입원전에는 등공예 group의 회원이였음은 물론 교회활동에도 열심히 참석하였음. 물리요법사와 상의하니 바느질은 가능하다고 제시함. 환자는 아직도 대부분의 시간을 방에서 혼자서 지내고 있음.
- A. ROM운동이 손가락펴는데 도움이 됨. 환자는 운동의 필요성을 이해는 하나, 직접 참여하지는 않음. 이것은 역할의 변화 및 병원생활에 적응이 안되기 때문에 그러한 것으로 사려됨. 환자는 입원前에는 능동적이었고 독립적인 생활을 한 것으로 미루어, 병원에서는 “아픈사람”의 역할을 수행해야 된다고 생각하는것 같음. 손가락운동 및 전신운동이 수축(contracture)을 일으키기 전에 운동의 필요성을 알려주어야 권 것이다.
- P. 진단적 계획 :
 - 1. 오후 2시에 병원생활에 대해서 어떻게 생각하는지 또 느낌은 어떤지 환자와 얘기할 예정임. 또한 관심이 있어 하는것에 대해서는 상대가 되어 매일같이 시간을 보낼 계획임.
- 치료적 계획 :
 - 1. 목욕중 양쪽 손가락의 ROM운동을 매일 계속한다. 목욕후에는 손 및 손가락에 로손을 발라준다. — 환자 스스로 바르도록 한다.
 - 2. 일상생활을 하는데 계속 도움을 준다. 긴 구두주걱을 사용하고 신축성있는 구두끈을 사용하므로써 가능한 스스로 할 수 있도록 도와준다.
- 교육 및 의뢰계획 :
 - 1. 위의 간호계획을 일주일 되는날에 검토할 예정임→11/17/84

○○○ R.N.

D. 간호회원개요

대상자의 기록 전체가 너무 길어서 적절한 의사소통 도구로서의 역할을 못 할때가 있으므로 건강상태요약, 혹은 가장 현저한 자료를 간결하게 서술, 문제 확인 및 사용된 중재방법과 그것의 효과가 때로는 의사소통

도구로써 더 효율적일때가 있다. 또 수집한 모든 자료, 시도한 계획, 실행한간호중재를 전체적으로 살펴보면으로써 이러한 모든 것들이 어떻게 “whole person”에 연관되어 있는지 간호원의 생각을 명확하게 해 줄 수 있는 기회가 된다. 간결하게 요약한 내용을 전문요원들과의 conference시간에 발표할 수도, nursing round

(9) Leslie Sandlow and Philip Bashook, *Problem Oriented Medical Records*. (Michael Reese Hospital and Medical Center Chicago, Illinois) 1978

때, 혹은 대상자에 대한 간호를 끝내고 관리를 다른 사람에게 위임할때(예, 전실, 다른 기관으로 옮겨갈 때, 건강관리기관에서 퇴원해서 집으로 갈때) 이용할 수 있다.

퇴원개요는 문제 중심형식으로 기록하고 각 문제는 그것의 번호와 이름으로 확인하고 문제들을 번호순서

대로 살펴보므로써 사소한 문제라도 누락되지 않았음을 확인시켜주고 제공된 간호를 전체적으로 평가하는 좋은 기회가 되며 결론에 도달한 것을 의미한다.

다음은 집으로 퇴원하는 대상자의 퇴원개요의 한 예이다.

4/18/84 2Pm 간호퇴원노트

38세의 가정주부 김영이씨는 3/20/84에 입원해서 4/18/84에 집으로 퇴원하심. 김영이씨는 psychotherapy를 위해서 일주일에 한번 외래로 오실것임.

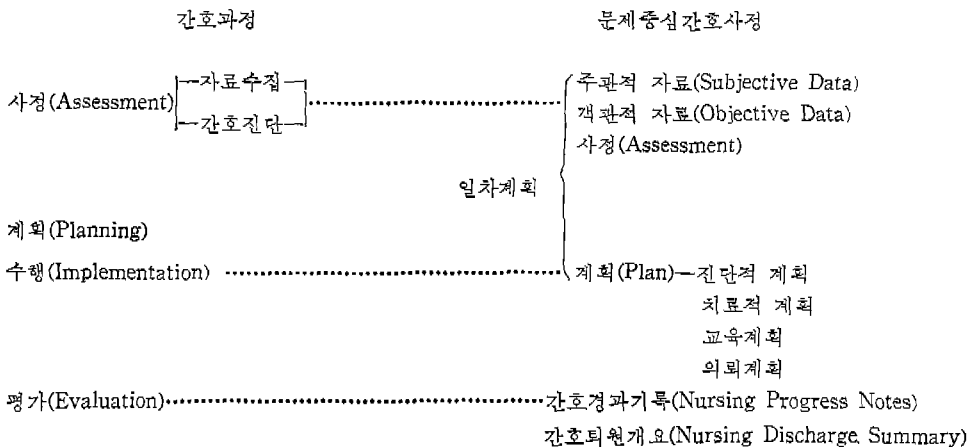
문제명	Active/해결
3/20/84 #1 두통	Active
3/24/84 #2 근시(Myopia)	해결 3/30/84—새안경
3/26/84 #3 Anxiety	Active
4/1/84 #4 불면증	해결 4/5/84

문제 #1 두통

- S. 환자는, 대학 다닐때는 두통이 간헐적으로 있었는데 입원하기전 3개월 동안은 매일 두통이 있었다고 얘기하심. 두통의 정도를 dull, constant, “머리에 고무줄을 맨 것 같은” 압감이라고 표현하심. 원인을 모르고 trauma도 받지 않았고, 두통의 가족력도 없으심. 입원 첫날 두통을 호소하시고 그 이후에는 없으셨음. 집에서 Aspirin을 섭취했는데 두통이 완화되지 않으셨음.
- O. 신체검진 또 Rrutine Lab. test는 정상 범위임 : Skull X-ray 및 E.E.G.는 negative. Mental Statue-인터뷰에 반응을 적절하게 점조적으로 하시는 지적인 환자이나 anxious 하심을 발견. 별리서 혼자서 살고계신 어머니의 건강을 염려하심. 병원에서 투여한 valium이 두통을 완화시켰음.
- A. 객관적 자료상으로 기질적 변화(organic change)는 없고, Tension headache의 원인은 정서적인 것이다.
- P. 환자는 두통이 일어날때 어떤 상황에서 일어나는지, 또 얼마나 자주 일어나는지 기록하도록 말씀드렸더니, 동의하심. 투약 Valium (p.o)

문제 #3. Anxiety

Ⅲ. 간호과정 및 문제중심간호사정의 구성요소간 연관비교표



Bibliography

- Patricia Larkin and Barbara Backer, *Problem-Oriented Nursing Assessment*. McGraw-Hill Book Co., 1977
- Helen Yura and Mary Walsh, *The Nursing Process*. A Publishing Division of Prentice-Hall, Inc. 1973
- Elinor V. Fuerst; Lu Verne Wolff; and Marlene H. Weitzel. *Fundamentals of Nursing*. J.B. Lippincott Co., 1974
- Lillian Brunner and Doris Suddarth, *The Lippincott Manual of Nursing Practice*. J.B. Lippincott Co., 1982
- Leslie Sandlow and Philip Bashook, *Problem Oriented Medical Records*. Michael Reese Hospital and Medical Center Chicago, Illinois 1978
- Lawrence Weed, "Medical Records That Guide and Teach," *New England Journal of Medicine*, March 1968
- Pamela Holsclaw Mitchell, *Concepts Basic to Nursing*. McGraw-Hill, New York, 1977
- Barbara Bates, *Physical Examination*. J.B. Lippincott Co., 1974
- Mary Woody and Mary Mallison, "The Problem-Oriented System for Patient-Centered Care," *American Journal of Nursing*, 73: 1168~1175, 1973
- Francis Neelon and George J. Ellis, *A Syllabus of Problem-Oriented Patient Care*. Little, Brown, Boston, 1974
- Joanne Com; McCloskey, "The Problem-Oriented Record vs. the Nursing Care Plan: A Proposal," *Nursing Outlook*, August 1975
- 이미자, 간호과정의 기본 개념과 그 의의, 대한간호 제17권 4호
- 전준영, 간호의 질 향상방안, 대한간호 제19권 4호
- 오가실, 간호과정의 이론적 배경, 대한간호 제15권 6호
- 전산호, 김조자, 유지수, 간호과정과 기록이론, 대한간호협회 출판부, 1981
- 강윤희, 전영자, 간호기록에 대한 간호원의 태도에 관한 연구, 중앙의학 30: 4, 1976
- 강윤희, 문제제시 간호기록방법이 간호기록 행위에 미치는 효과에 대한 실험적 연구, 대한간호학회지 제 7 권 1호