주요개념 : 간호진단, 만족도, 간호기록

간호진단 프로토콜(Protocol)의 임상적용 효과에 관한 연구*

이향련**· 조미영**· 조결자**· 김윤희**· 김귀분**
김광주**· 문희자**· 박신애**· 강현숙**

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

1960년대 미국의 교육이 John Dewey의 경험중심 교육방법에서 Jerome S.Bruner를 중심으로 한 학문중심의 교육형태로 일대 변혁이 이루어지면서, 모든 학문은 그 학문 나름대로의 기본원리나 개념을 체계화시키기 위한 작업이 활발히 진행되었다. 이를 계기로 모든 학문은 그 학문 고유의 지식구조, 또는 지식의 체계를 정립하면서 학문으로서의 독자성이 더욱 확고해지게 되었다.

이러한 맥락에서 우리 간호학도 타 학문과 마찬가지로 독자적인 학문으로서의 위치를 확고히 정립키 위해, 간호이론 및 간호모형의 개발과 함께 모든 간호지식과 간호업무를 이론적 기틀이나 개념적 틀에 맞추어 조직하려는 노력이 활발해졌다. 또한 과학으로서의 간호지식 체계를 정립하는 과정에서 이론과 실제의 폭을 좁혀주고, 과학적 지식체계에 근거한 간호문제 해결을 위해 간호진단이라는 개념이 등장하게 되었고, 지금까지 많은 변화를 거듭해 왔다.

간호진단이란, 교육과 경험을 통해 치료할 수 있는 능력과 자격을 갖춘 전문 간호사에 의해 실제적이고 잠재적인 건강문제가 진술되는 것으로(Gordon, M., Nursing Diagnosis & the diagnostic process, Am. J. Nurs, 76 : 1298-1300, 1976) 한 인간이 나타내는 행동상의 신호들을 요약하는 일종의 간략한 용어이다(Roy, 1982).

그리고 간호진단은 체계적인 자료수집 및 분석과정을 통해 개인이나 가족, 지역사회에 대한 임상적 판단을 내리는 것으로 간호사가 책임지고 수행하는 처방의 기초가 되기도 한다(Shoemaker, 1984). 그러므로 임상적으로 유용한 간호 진단은 치료계획을 결정하고 받아들이는데 매우 중요한 역할을 하며(Mi Ja Kim, Gertrude K. McFarland, Audrey, M. McLane, Nursing Diagnosis, St. Louis, Toronto : The C.V. Mosby Company, 1984), 또한 간호진단은 이론과 실제의 거리를 좁히는 역할을 할 뿐만 아니라, 간호사가 해결할 수 있는 문제를 찾아내어 해결함으로써, 간호의 독특한 영역을 구축하게 된다.

그러나 이론적으로 완벽하고 임상적으로도 유용한 간호진단 분류를 개발하는 일은 간호전문직이 당면하고 있는 그 어느 작업보다도 가장 어렵고 복잡한 일이 아닐 수 없으나, 꾸준한 노력과 연구로 표준화된 분류체계나 명명법을 개발해 놓는다면 간호학이 전문직 기준에 도달할 수 있는 확고한 기반을 마련할 수 있으며, 독자적인 학문으로서의 간호과학이 정립될 수 있을 것이다. 또한, 간호고유의 영역이 구체화되고 그에 따른 간호사의 전문직 책임한계도 보다 명백해지면서 간호사 스스로도 더욱 뚜렷한 사명의식과 만족감을 갖게 될 것이며, 자신과 전문직의 발전을 위한 새로운 지식과 능력개발을 위한

* 이 논문은 1988년도 문교부 지원 학술진흥 재단의 자유공모과제 학술연구 조성비에 의하여 연구되었음
**경희대학교 의과대학 간호학과 교수

적극적인 연구의욕이 고취될 것이며, 따라서 간호에 대한 사회적 신뢰도도 신장될 것이다.

그러나 한편 간호진단이 환자의 개별적이며 질적인 간호를 계획하고 수행, 평가하는데 기초가 되며, 간호의 질적 향상을 위해서는 간호진단 적용이 시급하다는 것이 논의되면서, 우리나라에서도 간호진단의 중요성을 인식하고 간호교육 과정의 한 부분으로 포함되어 교육되어 왔으나 임상에서는 실제로 간호진단을 실무에 적극적으로 적용시키지 못하고 있는 실정이다(전산초, 1974).

이에 대해 복합적인 여러요인이 대두되나 특히 이들 요인 중, 우리나라 사회적 환경에 적합한 간호진단의 미개발과 간호인력의 부족 및 행정적 뒷받침의 결여가 큰 이유라고 볼 수 있다. 이에 본 연구자들은 가능한 한 편리하게 이용할 수 있는 형태의 간호진단별 프로토콜(protocol)을 제작하여 임상에 적용시켜 그 효과를 분석하고자 한다. 즉 간호진단별 프로토콜을 사용한 병동의 간호사와 사용하지 않은 병동의 간호사에 의해 수행된 간호활동에 있어서, 환자의 만족도와 간호사의 만족도 및 간호기록의 실태를 파악하고, 간호진단 적용에 영향을 줄 수 있는 요인을 분석해 봄으로써, 현행 간호실무에 있어 간호과정의 실제적 적용에 대한 자료 및 문제점을 제시하고, 이와같이 이론과 실제의 거리를 좁히는 노력을 통하여 앞으로 간호진단의 실행으로 보다 더 과학적 간호접근법을 증진시키기 위한 개선책의 모색에 도움이 되고자 본 연구를 시도하였다.

연구목적

본 연구는 간호진단을 적용한 실험군과 적용하지 않은 대조군간에 환자의 간호에 대한 만족도 및 간호사의 간호행위에 대한 만족도를 측정하고 간호기록을 토대로 간호진단별 프로토콜 사용의 효과를 분석하고자 한다.

이를 위한 구체적 목적은

1) 간호진단 적용과 전통적 간호수행에 대한 간호사의 만족도를 비교한다.
2) 간호진단 적용과 전통적 간호수행에 대한 환자의 만족도를 비교한다.
3) 간호진단 적용과 전통적 간호기록을 비교한다.
4) 간호사 및 환자의 만족도에 영향을 줄 수 있는 요인을 분석한다.

2. 연구문제

1) 간호진단을 적용하여 간호한 간호사는 간호진단을 적용하지 않고 간호한 간호사보다 만족할 것인가?
2) 간호진단을 적용하여 간호받은 환자와 전통적으로 간호받은 환자와는 만족도에 차이가 있을 것인가?
3) 간호진단을 적용한 간호기록지는 간호진단을 적용하지 않은 간호기록지 보다 환자상태 기록이 잘 되어 있을 것인가?

3. 가 설

제 1 가설 : 간호진단 프로토콜을 이용하여 간호한 간호사는 전통적인 방법으로 간호한 간호사 보다 간호의 만족도가 높을 것이다.

제 2 가설 : 간호진단 프로토콜을 적용하여 간호받은 실험군은 전통적인 방법으로 간호받은 대조군 보다 간호에 대한 만족도가 높을 것이다.

제 3 가설 : 간호진단 프로토콜을 적용한 실험군의 기록은 전통적으로 간호한 대조군의 기록 보다 간호기록이 잘 되어 있을 것이다.

제 1 부가설 : 실험군의 자료수집에 대한 간호기록은 전통적으로 간호한 대조군의 기록보다 잘 되어 있을 것이다.

제 2 부가설 : 간호진단 프로토콜을 적용한 실험군의 환자문제 진술에 대한 간호기록은 전통적으로 간호한 대조군의 간호기록 보다 환자문제 진술이 잘 되어 있을 것이다.

제 3 부가설 : 간호진단 프로토콜을 적용한 실험군의 간호수행에 관한 기록은 전통적으로 간호한 대조군의 기록보다 잘 될 것이다.

Ⅱ. 이론적 배경

1. 간호진단

간호의 정의와 기능에 대한 연구는 나이팅게일 시대부터 시작되었으며 20C 초에는 간호를 의학으로부터 분리하여 정의하기 시작하였다. 1955년 Henderson과 1960년 Abdellah는 질병중심의 교과과정을 탈피하여 간호문제와 환자요구에 따른 간호학 교과과정을 구성해야 한다고 제안하였고, 1960년 말에 와서는 간호이론, 간호모형의 발달과 함께 모든 간호지식과 실무를 이론적 기틀이나 개념틀에 맞추어 조작하려는 노력이 진행되었다(이인옥 외 6인, 1988).

간호사는 대상자의 간호요구를 파악하기 위해 항상

정보를 수집해 왔으나, 이러한 과정을 간호진단이라고 부르기 시작한것은 1950년 Louise McManus로서 전문직 간호사의 기능을 논의하면서부터였다(Marjory Gordon, 1979). 그 후 1953년 Fry는 간호과정중 간호계획 개발에 필요한 단계로써 간호진단이 포함되어야 한다고 했다(Fry, 1953). 1955년 Lesnik 과 Anderson은 간호사에게 책임지워야 할 것중 하나가 간호진단이라고 하였고(Lesnik & Anderson, 1956), 1956년 Hornung은 간호진단이란 정확한 용어의 사용으로 간호의 책임을 명확히 해 준다고 강조하면서 간호진단의 임상활용을 제언하였다(Hornung, 1956).

1960년대 부터는 간호진단에 대한 인식이 증가되면서 간호진단에 대한 연구가 활발히 진행되었으며(Komorita, 1963), 1973년 미국간호협회의 간호실무회의에서는 체계적인 간호실무를 위해 간호진단은 필수적이라 인정하여 St. Louis대학 간호학교 후원하에 간호진단 작성 및 진단분류체계 개발을 목적으로 2년마다 국제회의를 개최하고 있으며 1975년 Gebbie와 Lavin은 간호진단 분류체계의 필요성을 역설하였다(Gebbie & Lavin, 1975).

그후 1982년에는 NANDA(North American Nursing Diagnosis Association)가 조직되었으며, 1984년 6차 회의부터는 공식적 모임을 갖기 시작하여 오늘에 이르렀으며, 이의 노력은 간호진단의 필요성이 세계적으로 인정되는데 큰 몫을 담당하고 있다고 하겠다(이은옥 외 6인, 1988).

이러한 노력하에 개발된'간호진단의 개념을 살펴보면 문제의 진술 또는 문제 확인과정이라고 볼 수 있다.

1956년 Hornung은 간호사에 의해 내려진 진단이 간호진단이라고 하였고, 1957년 Abdellah는 간호를 받아야 하는 환자나 가족에 의해 나타난 간호문제의 범위와 본질을 결정하는 것으로 전문적 기능으로 해결해야 하는 것이라 하였다.

1959년 Johnson은 간호진단이란 전문간호사를 필요로 하는 독립된 판단이나 행동이라고 하였고, 1973년 Gebbie 는 간호사정의 결과로 얻어진 결론 또는 판단으로 정의하였다.

1975년 Bircher는 독립적인 간호기능으로 생의 주기를 통해 인간이 경험하는 발달위기 혹은 사고, 질병 기타 스트레스 사건에 대한 개인적인 반응에 대한 평가라고 하였다. 1976년 Gordon은 전문적 간호사에 의해 내려진 임상간호진단으로 간호원의 교육과 경험에 의해 치료가 가능하고 또는 치료가 허락된 현재 또는 잠재적 건강문제로 정의하였다.

1982년 Roy는 통합된 인간을 나타내는 실증적 지표들을 요약한 간결한 용어로 정의했고, 1984년 Shoemaker는 신중하고 체계적인 자료수집 및 분석에 의한 결론으로써 개인, 가족, 지역사회에 대한 임상적 판단이며, 이는 간호사가 책임져야 하는 명확한 치료나 처방의 기초를 마련해준다고 정의하였다.

이상의 개념에서 간호진단을 정의 요약해 보면, 법적, 교육적 준비하에 자격을 갖춘 간호사가 환자개인 및 가족과 지역사회를 대상으로 현존하는 실제적 건강문제나 예견되는 잠재적 건강문제에 대해 정보를 수집하여, 이에 적절한 어떤 특이한 개별 간호가 수행됨을 의미한다.

따라서 간호진단의 이용은 간호문제를 찾아내어 문제해결에 대한 간호의 목적이나 방향을 제시하며 간호고유의 영역을 구체화함과 동시에 간호사가 해결할 수 있는 문제를 찾아내어 해결하므로써 간호사의 전문직 책임한계가 보다 명백해지면서 사명의식을 갖게되며, 또한 자신과 전문직 발전을 위한 연구의욕이 고취되고 간호에 대한 사회적 신뢰도도 신장될 수 있다(김조자, 1981, 1986, 이은옥 1988).

간호교육에의 간호진단 도입은 대체로 병태생리 중심의 간호교육이 간호개념 중심의 교육으로 변화되고 있는 현재 간호진단이 교육과정의 주축을 이룬다면 구체적이고 합리적이며 주체성이 있는 교육이 될 수 있다. 즉, 간호진단의 개념 및 분류내용이 간호교육과정속에 종적이고 횡적인 관계로 도입되어 간호개념을 뚜렷이 부각하면서도 또한 자연과학과 사회과학의 통합적 교육과정을 형성할 때 보다 폭 넓은 간호가 가능하게 될 수 있다(이은옥 외 6인, 1988).

이상에서 간호진단의 사용은 과학적인 간호학의 체계를 확립하기 위한 노력이며, 이론과 실제의 거리를 좁히는 역할을 담당하고 있는 동시에 간호사 전문직 책임한계를 분명히 하는 과정이라고 볼 수 있다.

간호진단의 임상적용에 대한 문제점을 살펴보면(서문자 1986, 이원희 1987, 이은옥외 5인, 1988), 첫째, 간호진단 분류의 임상적용시 질병진단과는 별개의 것이어야 하므로, 간호진단만으로는 환자의 건강문제를 전부 파악하고 해결하기 어려운 점이 있다. 즉 간호활동은 간호진단을 통한 간호중재를 하는 독자적인 활동과 의사에게서 지시되거나 위임된 활동(Delegated work)인 의존적인 활동으로 구성되며 이 두 기능이 동시에 적절히 적용되어야 한다. 둘째, 간호진단의 합리적인 진술에 대한 문제로써, 어떤 진단은 너무 광범위하거나 모호하여 간호지시

의 촛점이 어려운 것도 있다. 셋째, 적당한 평가 지침과 도구가 아직 개발되지 않았고 개념도 익숙치 못해 실제 현장 활용이 어렵다. 넷째, 간호진단이 미국의 사회적 환경에서 제작, 실시로 현재 계속적인 검토단계에 있기 때문에 우리나라 적용에 많은 문제점과 혼동이 야기되고 있다. 다섯째, 개방적인 미국사회와는 엄연히 다른 한국적 고유 현실이나 문화적 상황들이 고려되어, 한국적 간호요구도, 간호수준 및 의료전달체계들이 도입된 간호진단이 개발되어야 하겠다.

이와같은 맥락속에서 NANDA에서 이미 공인된 간호진단목록(86년 72개, 88년 추가 33개, 총 105개)의 타당성과 신뢰성을 검증하여, 또한 한국고유의 진단명을 개발하기 위하여 현존하는 간호진단을 간호실무에 적용하여야하며, 진단분류의 적합성을 입증하기 위하여 주기적으로 검토하여 모든 간호사의 공동의식속에서 과학적 성숙과 전문직 발전을 향한 깊은 성찰과 노력이 있어야 한다.

2. 간호진단의 임상적용효과

1) 만족도

간호에 있어서 간호의 전문화는 무엇인가라는 문제에서 요근래 아직 미숙한 모습을 나타내고는 있지만 간호과정 중「간호진단」을 이용하여 간호를 독립적인 전문직으로서 확립하기 위한 새로운 시도는 수년동안 계속되어 오고 있다.

간호과정의 한 단계로서의 간호진단은 아직 영아기 상태이기는 하지만 질적 간호를 향상시키고 간호책임 영역을 서술하는 잠재력으로서 큰 의미를 가지며 또 유일한 간호지식체를 개발하는데 공헌하고 있다(Feild, 1979). 이러한 의미에서 간호진단은 간호의 전문화를 위하여 필수적인 것이 된다(Munns, 1988).

이러한 간호의 전문화는 간호사에 의해 제시되고 확정되어야 진정 간호가 전문학으로서의 의미를 갖는데 그 이유는 실제적이거나 잠재적인 건강문제들을 기술하고, 교육과 경험을 고루 갖춘 면허를 가진 전문직 간호사에 의하여 만들어지기 때문이다(Creason, 1985).

간호사가 전문직이라고 할 때, 오늘날 전문인에 대한 기준의 하나는 독립적인 판단을 할 수 있고 그 자신의 행위에 대한 책임을 진다는 것이라 할 수 있다. 그러므로 간호진단은 오늘날 간호사에게 요구되는 전문가 기질에 대한 많은 시사점을 제공한다(Pusushtham, Devamma 1981). 이론적으로 완벽하고 임상적으로 유용한 간호진단 분류를 개발하는 것은 전문직이 직면한 그 어느 작업보다 가장 어렵고 복잡한 일이 아닐 수 없지만 표준화된 분류체계(Toxonomy)나 명명법을 통하여, 즉 간호진단을 통하여 간호학이 전문직 기준에 도달할 수 있는 확고한 기반을 마련할 수 있다(이은옥 외 5인, 1988). 전문직 간호실무의 중심이 되므로 전문직 간호사는 대상자들의 건강요구에 대한 그들의 반응을 진단치료할 책임이 있다(Mandinger, 1975).

이와같은 간호진단들이 실제에 적용되었을 때 실무면에서 공헌할 수 있는 이점을 살펴보면 Dregor(1977)는 ①간호문제가 명확해지고 ② 의료전문직 사이의 의사소통이 원활해지며 ③ 연구가 촉진되고 ④ 개념적 이해를 바탕으로 한 효과적이고 적절한 간호중재를 선택할 수 있으므로 간호진단이 필요하다고 하였다. Marjory Gordon (1987)은 이외에 ⑤ 대상자에게 받은 간호의 유효성을 설명하고 ⑥ 대상자는 전문적인 조언과 치료에 대한 보충을 받을 수 있다고 하였다.

간호진단은 간호업무의 책임한계를 명확히 하면서 간호사 스스로 더욱 뚜렷한 사명의식을 가지게 되고 또 자신과 전문직의 발전을 위한 새로운 지식과 능력개발을 위한 적극적인 연구의욕이 고취될 것이며 사회적 신뢰도도 신장될 것이며(Brace, 1979; Feild, 1979 ; 이은옥외 5인, 1988), 전인간호를 계획하는데 필수적 여건이고 각 간호대상자의 요구를 효과적으로 충족시키기 위한 간호목적 설정에 필요한 것이다(전산초, 1974).

간호진단은 간호실무에서 과학적인 문제해결과정인 간호과정의 한 단계로 간호진단을 통해 문제의 확인과 자료의 분석과정에서 과학적인 근거를 제시할 수 있는 유용성을 가지고 있다. 또한 간호탐구에 대한 해결책을 제시할 수 있으며 현 상태의 간호를 정의하고 간호학의 영역을 분류하여 의학으로부터 간호학을 구분할 수 있는 근거를 제공할 수 있어 유용하다(박윤희, 1987). 그리고 미래사회에서 컴퓨터 사용의 증가는 간호진단 분류가 컴퓨터 사용에도 적합한 체계설정이 가능해지므로 컴퓨터 이용으로 간호사는 대상자에 대한 기록보존과 정보활용을 더욱 용이하게 할 수 있고(이은옥외 5인, 1988), 간호수가의 실비화를 위한 근거를 제시할 수 있게 될 것이다(박윤희, 1987).

이상과 같이 간호진단을 이용하여 환자간호를 수행했을 때 특히 실무면에서 많은 이점이 있음을 알 수 있다. 대상자에게 분명히 이점이 있다고 하는 방법으로 간호를 제공한 후 그 결과 환자의 건강상태가 변하고 지식이나 기술 및 만족도등이 변화된 상태를 보아 질 평가기준이

마련되어야 한다(서문자, 1980). 아무리 좋은 방법이라고 해도 그의 결과에 대한 평가가 좋지 않다면 그것은 좋은 방법이 못될 것이며, 평가가 좋은 방법이라면 어렵고 힘든 과정의 업무라 하더라도 개선하면서 실시하는 방법을 모색해야 한다.

지금까지 전통적인 방법으로 간호사들의 진료업무 보조에 치우친 상태에서 간호진단 프로토콜을 적용하면 진료보조업무 이외에 독자적인 신체적인 업무나 정신사회적 업무, 관찰이나 조절영역의 업무를 행하게 된다. 그러므로 간호의 궁극적인 목표인 전인간호에 도달할 수 있어 환자측에서 내리는 평가도 기존의 평가와는 다른 평가가 나올 것이다.

Marram(1974)은 간호행위에 대한 객관적인 평가는 환자로 부터의 호소에서 얻을 수 있고 이러한 평가는 상당히 중요하다고 하였으며, 간호사들은 환자들에 의한 평가를 동료나 감독에 의한 평가보다 더욱 중요하게 생각한다고 연구를 통해 증명하였다. 또 그는 간호사와 간호에 대한 환자들의 논평을 종합분류하였는데 즉 간호사의 기민성, 친절성, 간호사의 능력에 대한 확신, 간호에 대한 환자의 기호를 존중해 주는 간호사의 사려깊음, 간호를 제공하는 간호인력의 효율성, 환자를 돌아보는 간호사의 빈도, 용납하고 이해해 주는 간호사의 태도등에 관한 것이었다. 즉 이상의 환자측 논평은 환자의 만족조건이라고 볼 수 있다.

다음으로 간호사측에 대한 직무만족의 이유와 조건을 살펴보면 다음과 같다. 병원은 운영비의 60-65%가 직접 인건비와 관련있고, 간호감독자들과 기관행정자들에게는 장기결근, 근무이동, 돌발사고, 동기등의 견지에서 중요하므로 간호사의 직무만족은 주요 관심사가 아닐 수 없다(Longest, 1974). 그러므로 그들의 동기에 중심이 모아져야 하고 그들의 욕구를 만족시킬 기회를 어떻게 제공하느냐에 중점을 두어야 한다.

만족에 동기를 줄 수 있는 분야들로서는 물리적 조건, 시간, 임금, 승진, 특혜, 감독훈련, 조직구조, 직무의 질을 높이기, 자동화, 연금계획, 타근로자와의 상호작용의 양, 책임, 성취, 인정, 업무자체, 일을 완수하는 흥미감, 작업조건, 그룹의 상호작용등이 있다(Slavitt, 1978 ; Longest, 1974 ; House & Wigdor, 1967 ; Elton Mayo, 1954).

분명히 간호진단은 이를 적용함으로서 특히 간호사의 만족도의 조건인 업무의 질을 높이기, 업무의 책임한계 명료화와 독자적업무 완수에 의한 성취감, 타인과의 의사소통(대인관계), 사명감 고취, 신뢰도 신장으로 인한 사회적 인정, 자동화등을 얻게 되므로, 간호사의 만족도 조건을 충족시키는 결과로 이끌 수 있음을 이상의 살펴본 연구로서 알 수 있다.

또한 환자측 입장에서도 질 높은 좋은 간호를 받으므로 질평가기준(서문자, 1980)에 도달하는 환자의 건강상태변화, 지식과 기술의 신장, 만족도 증가가 오게 될 것이다. 아울러 간호사들의 수행결과는 간호기록에 남겨야 함은 간호사들의 당연한 업무이므로 간호기록도 잘 될 것이다.

그러므로 본 연구에서도 간호진단 프로토콜을 임상에 적용하여 질적인 간호를 제공함으로써 간호사와 환자의 만족도는 상승할 것이고 동시에 간호기록도 잘 될 것이라고 보아 간호진단 프로토콜 적용에 관한 효과를 간호사 및 환자의 만족도와 간호기록으로 평가하고자 한다.

2) 간호기록

실시된 임상간호가 그 목적에 어느 정도 효과적으로 달성되었는가를 규명하기 위한 평가는 간호에 있어서 대단히 중요하며 평가방법은 신뢰성과 타당성을 높일 수 있는 방법론이 요구된다. 임상간호에서 설정한 간호목적의 달성여부를 평가하는 방법은 두가지로서, 하나는 수행중인 간호활동의 직접관찰을 통해 보는 것이며, 다른 하나는 간호기록을 통하여 간호감사(Nursing audit)를 실증해 보는 방법이다(Phaneuf, 1976).

환자의 진료및 간호에 있어서 기록이란 매우 중요하다. 그 이유는 간호기록은 보다 질적인 치료와 간호를 함에 절대적인 매개체적인 역할을 하고 있으며, 동일목표를 위한 의료요원간에 서면화된 의사소통의 도구로서 큰 역할을 차지하고 있기 때문이다. 간호기록은 의무기록에서 분리할 수 없는 한 부분이며 이것은 환자의 상태를 계속적으로 기록하는 독자성을 지녀야 하고, 또한 이러한 기록을 토대로 전문의료요원은 서로 통합된 정보를 가지고 환자를 이해하여 환자의 문제점을 종합적으로 해결하는 역할을 한다(Bloon, 1971 ; Walker E.D., 1964).

간호기록에 있어서 그 내용은 의사, 치의사, 물리치료사등에 의하여 시행된 모든 치료과정의 기록과 의사의 처치지시서에 의하여 시행된 내용, 독자적 간호기능에 의해 실시된 간호술, 환자의 정신적, 육체적 행동변화에 대한 관찰정도, 치료나 간호에 대한 환자의 특별한 반응등이 포함(Alice, 1964 ; Kozier, 1967)되는 것으로 분류된다. 우리나라 의료법 시행규칙을 보면 간호기록부에는 체온, 맥박, 호흡, 혈압에 관한 사항, 섭취와 배설물에 관한 사항, 처치와 간호에 관한 사항을 기록해야 한다고

했다.

간호사들의 근무교대시 기록에 대해 Georgopoulos와 Sama(1971)는 환자간호 항목을 의사 지시있는 사항(활력증후 , 투약, 치료, 검사와 그 과정, 환자의 활동, 섭취와 배설, 정맥주사, 식이)과 간호사 독자적인 사항 즉, 환자의 신체기능상태, 수면, 환자의 경과, 신체적인 간호, 동통, 심리적인 간호, 환자의 참여정도, 환자의 능력과 불능, 환자의 기호와 흥미등으로 구분하였다. 또한 Dr.Weed(1969)는 최초로 문제제시 기록법(Problem Oriented Medical Record)을 소개하면서 환자의 문제를 과학적으로 해결하기 위하여 네가지 기본요소 즉, 기초자료의 정의, 문제목록의 작성, 초기계획이나 지시및 평가를 통한 진행기록부 작성을 해야만 환자의 문제해결이 가능하다고 하였다.

한편, Alice와 Kozier는 환자와의 면접시간이 가장 많은 간호사의 기록은 매우 중요한 의의가 있으며, 이 간호기록이 정확하고 신속하게 시행될 때 환자의 문제점을 종합적으로 해결할 수 있다고 하였고, Bronkosky (1972)는 환자의 문제파악에 있어서 체계적으로 조직화된 간호기록은 전인간호를 위한 가장 좋은 방법중의 하나라고 하였다.

또한, Georgopoulos와 Jackson(1970)의 연구에서도 Kardex 기록행위를 연구한 결과, 임상간호전문가가 있는 병동이 Kardex 기록행위에서 간호진단의 기록이 유의하게 차이가 있는 것으로 나타났다. Carlson(1972)의 연구에서는 Kardex와 간호지시서(Nurse's order sheet)를 함께 제공하여 간호과정의 기록을 증진시킨 결과를 나타냈으며, Keegan(1970)의 연구에서는 간호력과 간호계획서가 같이 되어 있는 Kardex를 만들어 환자의 문제점 파악에 대한 효과를 높였다. Hamdi(1970)의 연구에서는 사정도구의 사용이 간호문제를 확인하는데에 도움을 주는것으로 나타났다. 이와같이 간호기록은 그 가치와 중요성이 다각적 측면에서 논하여지면서 연구되고 있다. 그러나, 간호기록활동은 여러학자들의 연구노력과 함께 그 중요성이 강조되고 있음에도 불구하고 임상에서 실무를 담당하고 있는 간호사 자신들이 간호기록에 대한 개념이 확고하지 못하고 기록시행조차 질적 충실을 기하지 못함을 고려할 때 환자를 위한 종합적 간호과정의 성과를 기대하기 어렵다고 본다.

한편, 이와같은 현행 간호기록부진의 요인으로써는 1) 간호업무가 진료보조 위주 이기 때문에 2) 환자에 관한 정보를 간호사간에 구두보고로 그치기 때문에 3) 간호기록을 해도별로 이용되지 않기 때문에 4) 병동일이 바빠서 5) 환자의 문제발견이 곤란해서 6) 영어로 쓰는 것이 불편해서 7) 무엇을 기록해야 할 지 몰라서 등이 현행 간호기록 부진요인으로 제시되고 있다(Mitchell, 1973 ; Garant, 1972 ; Huang, 1969 ; Rogenberg, 1969).

Ⅲ. 연구방법

연구문제를 해결하기 위하여 시도된 연구설계 및 방법, 연구대상, 연구도구, 자료분석 방법 및 연구의 제한점은 다음과 같다.

1. 연구설계 및 방법

연구문제를 해결하기 위하여 본 연구에 이용한 연구설계는 유사실험 연구로서 비동등성 대조군 전후설계(nonequivalent control group pretest-posttest design)로 시행하였다(도1 참조).

〈도 1〉 연구설계 모형(비동등성 대조군 전후설계)

실험군(E)	OE_1	X	OE_2
대조군(C)	OC_1		OC_2

O_1 사전조사
O_2 사후조사
X 실험처치

연구방법은 병동의 구조 및 조건이 거의 같은 K대학 부속병원 내과병동 4개의 병동에 근무하는 간호사 61명 모두에게 현상태의 간호수행에 대한 만족도를 측정하고 2개 병동은 실험병동으로, 다른 2개 병동은 대조병동으로 배정하였다.

1988년 7월 18일 부터 25일까지 실험병동과 대조병동의 환자와 간호사에게 현행에서의 간호수행에 대한 만족도를 사전 측정(O_1)하였다. 그후 4개 병동(실험 및 대조병동)의 수간호사 및 주임간호사의 모임을 갖고, 연구목적을 설명한 후 실험병동의 간호사 모두(30명)에게 실험과 관련된 교육을 실시하기로 하였다.

교육내용은 간호진단 사용의 필요성, 간호진단의 발달과정, 간호진단과 간호과정, 간호진단 프로토콜 활용의 편이성, 간호진단 프로토콜 사용방법 등이었으며 2개 실험병동의 전체 간호사 30명에게 4회에 걸쳐 1시간씩 교육시켰다(1988년 7월 28일 13시와 15시, 8월 2일 13

시와 15시).

연구를 위하여 교육시 부터 4개 병동에 각 1명씩 4명의 간호사를 충원하였다.

교육 후 동년 8월 3일 부터 6일까지 4일간 예비단계로 간호진단 프로토콜을 실험병동에 배부하여 사용토록 한 후, 프로토콜의 내용을 수정보완하고 사용방법의 통일을 기하도록 본 연구자들이 지도감독하였다. 그후 동년 8월 7일부터 10월 8일까지 간호진단 프로토콜에 의해 실제적인 간호를 수행한 후, 프로토콜 사용에 대한 효과를 실험병동의 환자와 간호사(10월 7~8일측정)에게 만족도로서 사후측정(O_2)하였다.

이때 간호사는 O_1의 측정대상과 동일인이었으나 환자는 O_1과 O_2측정시 동일인이 아니었다. 이는 내과병동 환자의 평균 입원일 수가 5~7일 정도이었기 때문에 전통적인 간호방법을 간호받은 후와 프로토콜 적용후의 만족도를 비교 측정할 수 없었기 때문이다.

그러므로 대상을 통제하기 위하여 연구목적에 맞는 대상을 선정하였으며, X^2 검정을 하여 대상자의 특성이 비슷한지를 확인하였다(부록 1,2 참조). 또한 프로토콜 적용후의 효과를 간호기록으로서 측정하였다.

간호기록의 측정은 환자의 병록지중 입원일과 퇴원 1일전의 간호력과 간호기록지를 중심으로 내용을 조사하여 연구자들이 개발한 도구로 Check된 내용을 각각의 총화로 계산하여 실험군과 대조군을 비교하였다.

2. 연구 대상

연구대상은 K대 부속병원 내과 4개의 병동에 근무하는 간호사 전원(61명)과 이 병동에 입원한 환자를 대상으로 1988년 7월 18일부터 10월 8일까지 조사하였으며 대상자의 기준은 다음과 같다.

1) 의사소통이 가능한 의식이 있는 환자
2) 입원후 3~5일이 경과한 자
3) 암의 진단이 붙은 환자의 경우 본인이 암이라는 사실을 모르는 자
4) 연구에 참여를 허락한 자 등이다.

사전조사(O_1)는 상기기준에 맞는 환자 100명을 선정하였고, 사후조사(O_2)는 상기기준에 맞으면서 간호진단 프로토콜을 적용하여 간호를 받은 환자 55명이 선정되었다.

실험군(55명)과 대조군(100명)의 간호기록 상태를 비교하기 위하여, 환자의 퇴원후 병록지를 조사하였으며 이때 간호력의 기록이 없는 대상은 제외시켰다(실험군 9명, 대조군 25명 제외).

3. 연구도구

본 연구에 사용된 연구도구는 환자의 간호에 대한 만족도 측정도구와 간호사의 간호에 대한 만족도 측정도구 및 간호기록 측정도구이다. 또한 간호진단 프로토콜은 실험을 위해 연구자들이 제작하였다.

1) 간호사의 만족도 측정도구

본 연구도구는 본 연구자들이 문헌고찰과 전문가의 자문으로 제작하여 1988년 7월 2일 본 연구기준에 맞는 대상자 20명에게 사전조사하였으며, 문항분석 결과 α =.9231이었고 34문항을 그대로 사용하였다. 본 대상자에게 조사한 도구의 신뢰도는 α=.9448이었다.

도구의 내용은 일반적 특성 5문항, 관련변수 6문항, 간호수행에 대한 만족도 34문항이었다.

이는 "매우 그렇다"에서 "매우 그렇지 않다"까지 5점 척도로 되어 있으며, 점수가 높을수록 만족도가 높게 측정되였다.

2) 환자의 만족도 측정도구

본 연구도구로는 Risser(1975)의 만족도 도구를 임혜경(1980)의 번역으로 사용된 도구를 그대로 사용하였으며, 본 연구에서 측정한 도구의 신뢰도는 α=.8613이었다.

도구의 내용은 일반적 특성 7문항, 관련변수 6문항, 간호를 받은 것에 대한 만족도 25문항이었다.

이는 "항상 그렇다"에서 "전혀 그렇지않다"까지 5점 척도로 되어 있으며 점수가 높을수록 만족도가 높게 측정되었다.

3) 간호기록에 관한 측정도구

본 연구에 사용된 도구는 Hefferin과 Mitchell의 도구를 중심으로 우리 문화에 맞도록 수정보완하였다.

간호기록에 대한 도구는 자료수집, 환자의 문제진술 내용, 간호수행의 세 간호진단 조직으로 나누어, 이들 각각은 신체적 상태 15문항, 사회심리적 상태 7문항, 기타 3문항으로 조사하였다.

4) 간호진단 프로토콜

이 도구는 미국의 모병원에서 사용되는 간호진단 프로토콜을 번역하여 우리문화에 맞도록 조정한 후, 질병명

중심으로 입원환자에게 내릴 수 있는 간호진단과 간호수행 내용을 인쇄된 용지로 만들어 직접 병동에서 적용할 수 있도록 하였다. 또한 크기는 병록지(chart)크기에맞추어 병록지에 끼어 넣을 수 있도록 하였다.

본 연구의 실험대상은 비교적 입원율이 높은 질병명을 중심으로 하였으며 진단명은 아래와 같다.

만성 신부전, 급성 천식발작, 폐결핵, 당뇨병, 만성 폐쇄성 폐질환, 간경화증, 간염, 소화성 궤양, 위장 출혈, 기관지염, 원인불명열(부록 3참조).

4. 자료분석 방법

가설을 검증하기 위하여 실험전후 차의 평균치로 t 검정을 하였으며, 실험군과 대조군의 일반적 특성 및 관련변수에 차이가 없음을 확인하기 위하여 X^2 검정을 하였다. 만족도에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위하여 F검정을 하였고, 도구의 신뢰도를 검정하기 위하여 Cronbach α 계수를 산출하였다.

5. 연구의 제한점

본 연구에서 해결하기 어려운 제한점은 다음과 같다.

1) 실험병동의 모든 환자에게 간호진단 프로토콜을 적용하지 못하였다.
2) 간호사는 실험전과 후를 같은 대상으로 할 수 있었으나 환자의 평균입원일 수가 5-7일 정도였으므로 실험전과 후는 같은 대상으로 할 수 없었다.

Ⅳ. 연구결과 및 논의

1. 간호진단 프로토콜의 임상적용에 관한 효과분석

1) 제1가설 검정(간호사의 만족도)

"간호진단 프로토콜을 이용하여 간호한 간호사는 전통적인 방법으로 간호한 간호사보다 간호의 만족도가 높을 것이다"라는 가설을 검정하기 위하여 연구설계(도1)와 같이 실험군과 대조군에게 만족도를 조사하였다.

실험전과 실험후의 차에 대한 t-검정을 하여 두 군의 차이를 비교한 결과 실험군의 만족도가 대조군에 비해 높았지만 두 군간에 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않아 가설 1은 기각되었다(t=.54, df=58, p=.59)(표1 참조).

이는 실험병동의 간호사 모두가 모든 환자에게 간호진단 프로토콜을 적용하여 간호하지 않고 입원율이 높은 진단명을 중심으로 프로토콜을 제작하였으므로 전통적인 간호를 하면서 동시에 일부만 적용하였기 때문에 만족도에 변화가 오기는 어려웠을 것으로 사려된다. 또한 변화에 적응하는 기간은 상당기간이 요구되며 적용기간 동안은 잘 모르는 것에 대한 거부감 등으로 만족도가 높아지기는 어려웠기 때문에 실험군과 대조군간에 유의한 차이가 없었다고 생각된다.

House와 Wigdor(1967)는 만족의 조건을 성취, 인정, 업무자체, 책임의 순으로 중요도를 두었는데, 간호진단의 활용은 간호사가 임상실무에 대한 자율성과 책임감을 갖기를 요구하므로(Meridean, 1987) 독자적인 업무완수에 대한 성취감, 업무자체와 책임의 만족조건을 어느 정도 충족시킬 수 있다고 사려된다.

그리고 간호진단은 이론과 실제의 거리를 좁히는 역할을 담당할 뿐 아니라 간호사가 해결할 수 있는 대상자의 문제를 찾아내어 해결함으로써 간호의 독특한 영역을 구축하게 되고, 간호실무에 간호진단을 적용하는 간호사가 증가하면서 전문직으로써 사회에 공헌하는 간호의 역할과 영역이 뚜렷해지며, 전문직 기준에 도달하기 위한 간호과학의 지식체 정립을 위하여 중요한 역할을 담당할 것으로 기대된다.

또한 간호진단의 적용으로 간호고유의 영역이 구체화되고 그에 따른 간호사의 전문직 책임한계도 명백해지면서 간호사 스스로 더욱 뚜렷한 사명의식을 가지게 되고 자신과 전문직의 발전을 위한 새로운 지식과 능력개발을 위한 적극적인 연구의욕이 고취될 것이며 간호에 대한 사회적 신뢰도도 신장될 것이다(이은옥외 5인, 1988). 그러므로 House와 Wigdor(1967)가 언급한 만족의 요인을 충족시키는 결과가 될 것이라고 생각하며, 새로운

〈표1〉 간호진단 프로토콜 적용 전후 간호사 두군의 만족도 비교

집 단	대상자수(명)	평균		전후차의 평균치	전후차의 표준오차	t 값	자유도	p 값
		실험전	실험후					
실험군	30	109.55	114.65	5.10	4.59	.54	58	.59
대조군	31	118.80	120.93	2.12	3.17			

방법의 시행으로 인한 생소함과 힘든 과정의 업무로 인해 만족스럽지 못할지라도 간호진단 적용의 의의를 찾아 이를 극복해 나가는 의지도 필요하리라 생각된다.

2) 제2가설 검정(환자의 만족도)

"간호진단 프로토콜을 적용하여 간호받은 실험군은 전통적인 방법으로 간호받은 대조군보다 간호에 대한 만족도가 높을 것이다"라는 가설을 검정한 결과 실험군이 대조군보다 만족도의 점수가 4.90으로 높고 p=.05 수준에서 두 군에 유의한 차이를 나타내어 제2가설은 지지되었다(t=1.93, df=154, p=.05)(표2 참조).

Ciske(1974)의 연구에서 환자들이 간호사를 평가할 때, 많이 사용된 단어들인 이해심, 도움, 염려, 친절 등과 관련지을 때 본 연구에서 이용된 간호진단을 적용하므로써 간호사의 기본적인 인격적 신뢰는 이루어질 수 있다고 볼 수 있다.

전통적인 간호의 경우 주로 신체의 치료적인 면에 치우치고 있으므로 교육적인 면과 사회심리적인 면의 간호는 간호사들이 특별히 관심을 두지 않는 한 놓치기 쉬우나, 간호진단 프로토콜을 적용하여 간호받은 환자는 간호사들이 프로토콜의 간호내용을 확인하면서 간호하였기 때문에 신체적인 면은 물론 교육적인 면과 사회심리적인 면의 간호도 이루어지며, 환자의 실제적인 문제뿐만 아니라, 잠재적인 문제까지도 분석평가하여 그들에게 알맞는 간호를 제공하므로 보다 충실한 간호를 받을 수 있고, 환자와의 접촉도 많아지게 되어 원만한 대인관계도 유지하게 되므로 환자의 만족도는 높은 것으로 생각된다.

Brown Report(1948)에서도 가장 효과적인 환자중심의 간호를 시도하기 위해서는 여기에 대두되는 정서적, 신체적, 경제적, 사회적 문제를 진단해야 하며, 이러한 진단을 내리기 위해서는 환자에 대해 알려진 사실을 분석하고 평가하여 기초과학의 원리를 이용하고 환자와의 원만한 대인관계를 유지함이 필요하다고 강조하였다(전산초, 1975).

Graff(1979)는 (1) 제공자(간호사)들이 더 많은 정보를 주었을 때와 (2) 제공자들 자신이 보다 행복하고 보다 많은 개인적인 관심을 보였을 때에 더 많이 만족하는 경향이있다고 하였다. 간호진단을 이용하여 환자를 간호하는 경우에는 위에서 언급한 (1), (2)의 내용을 충족시킬 수 있으므로 환자에게 만족을 줄 수 있으며 질 높은 간호를 제공할 수 있다.

간호의 중심목적 중의 하나는 아픈 사람이 편안하고 만족스런 방법으로 건강을 회복하도록 돕는 것이며, 간호에 대한 환자의 만족은 간호사가 얼마나 잘 하는가에 달려있고, 또 환자가 가장 중요하다고 하는 욕구에 간호사가 함께 동의하며, 그 욕구가 해결되는 정도에 달려있다(Williamson, 1978).

또한 환자가 인간으로 대우받게 될 때 그들은 치료에 대해 더욱 만족하고 더욱 협조적이 되며 덜 절망적이고 덜 비판적이 된다(이훈구, 1983).

이로서 간호진단 프로토콜을 적용하여 환자를 간호할 때는 환자의 욕구를 쉽게 파악하게 되고, 환자를 총체적인 인간으로 보게되기 때문에 그들은 만족할 것이고 협조적이며 덜 비판적으로 될 수 있다고 본다.

3) 제3가설 검정(간호기록)

(1) 주가설 검정

"간호진단 프로토콜을 적용한 실험군의 기록은 전통적으로 간호한 대조군의 기록보다 간호기록이 잘 되어 있을 것이다"라는 주가설은 통계적으로 유의한 차이를 나타내어 지지되었다(t=6.40, df=79.90, p=.00)(표3 참조).

즉, 간호진단 프로토콜을 적용하고 있는 간호사의 경우 전통적인 간호를 실시하는 간호사에 비해 간호기록 점수가 높아 간호기록이 보다 잘 되고 있음을 나타냈다. 이와 같은 결과는 간호진단 프로토콜 적용에 대한 교육을 받은 실험군은 교육을 받지 않은 전통적 간호를 수행하는 대조군의 간호기록과 현저한 차이를 나타냄으로써, 간호진단 프로토콜 적용효과에 따른 간호 기록 행위에 변화를 가져온 것으로 해석된다.

또한 간호진단 프로토콜을 적용한 실험군은 프로토콜을 통하여 체계적이고 조직적으로 수집된 자료를 기반으로 환자에 대한 계속적인 관찰과 자료수집이 이루어져, 간호문제 발견과 간호수행이 잘 이루어진 것으로 볼

〈표2〉 간호진단 프로토콜 적용 후 환자 두군의 만족도 비교

집 단	대상자수(명)	평균	표준오차	t 값	자유도	p 값
실험군	56	91.14	2.02	1.93	154	.05*
대조군	100	86.24	1.52			

*p<.05

수 있다. 반면에 전통적 간호기록을 한 대조군의 경우 간호기록이 현저히 저조한 것으로 나타났다(실험군 : 25.21점, 대조군 : 17.52점). 이런 개념의 내용을 선행연구 결과와 비교하면 간호기록에 대한 실무교육을 받았던 군은 간호기록에 대해 적극적인 기록반응을 보인데 비해, 실무교육을 받지 않은 군에 있어서 소극적인 기록반응을 나타냈다는 "강(1976)," "Carson(1972)", "Keegan (1970)", "Georgopoulos(1971)", 의 연구보고는 본 연구 결과를 지지해 주고 있다.

현행 간호기록이 저조한 요인으로써 "강"(1976)은 "환자의 문제발견이 곤란" "무엇을 써야할 지 몰라서" 를 부진요인으로 들고 있으며, "서"(1978)는 간호기록의 실행상태에 대한 조사에서 간호기록의 생략원인은 "구두전달"의 경우가 32.6%로 가장 많았으며, "잊은 경우", "필요 없다고 생각해서", "바빠서"등의 순으로 보고하였다.

① 제1 부가설 검정(자료수집에 관한 간호기록)

"간호진단 프로토콜을 적용한 실험군의 자료수집에 대한 간호기록은 전통적으로 간호한 대조군의 기록보다 잘 되어 있을 것이다"라는 가설을 t-검정한 결과, 제1 부가설은 p=.05수준에서 기각되었다. 그러나 통계적인 유의성은 없었으나 그 평균점수는 실험군(17.42점)이 대조군(15.73점)보다 높았다(t=1.79, df=118, p=.07)(표3참조).

이와 같은 결과는 강(1976)에 의한 문제제시 간호기록과 전통적 간호기록에 대한 비교연구에서 전통적 간호기록은 단지 자료수집에 그치는 것이 대부분으로 98.6%를 차지하고 있었다는 연구보고와 대동소이하다.

② 제2 부가설검정(문제진술에 관한 간호기록)

"간호진단 프로토콜을 적용한 실험군의 환자문제 진술에 대한 간호기록은 전통적으로 간호한 대조군의 기록보다 환자문제 진술이 잘 되어 있을 것이다"라는 제2 부가설을 검정하기 위하여 두 집단간 기록의 평균점수에 대한 통계적인 차이를 본 바, 간호진단 프로토콜을 적용한 간호기록은 환자문제 진술기록이 되어 있었으나 반면에 전통적 간호기록은 환자문제 진술기록이 전혀되어 있지 않아 환자문제 진술기록 점수는 0점을 나타내었다. 따라서 양군간에 통계적으로 절대적인 차이를 보임으로써 제2 부가설은 지지되었다(표3 참조).

즉, 간호진단 프로토콜을 적용하고 있는 간호사는 전통적 간호기록을 하고 있는 간호사 보다 잘 되고 있음을 나타냈으며, 전통적 간호기록을 하고 있는 간호사군에 있어서는 환자문제 진술에 대한 기록이 전혀 언급되어 있지 않음으로써 현행 간호기록상 문제점을 시사 해 주고 있었다.

③ 제3 부가설검정(간호수행에 관한 간호기록)

"간호진단 프로토콜을 적용한 실험군의 간호수행에 관한 기록은 전통적으로 간호한 대조군의 기록보다 잘 될 것이다"라는 제3 부가설을 t-검정한 결과, 통계적으로 유의한 차이를 나타내어 지지되었다(t=9.20, df=52.85, p=.00)(표3참조).

즉 간호진단 프로토콜을 적용하고 있는 간호사는 간호수행에 대한 기록을 보다 잘 하고 있음을 보여 주었는데, 이와 같은 결과는 간호진단 프로토콜을 통하여 입원시 부터 체계적이고 조직적으로 수집된 자료를 기반으로 환자상태에 대해 포괄적으로 계속 문제를 발견하게 되고 간호진단 프로토콜 적용에 따라 간호수행을 할 수 있게 됨으로 생각된다.

Kozier도 기록의 정확신속성을 강조하면서 생략등으로 인한 부정확한 기록은 배제되어야 하고 처치후는 반드시 기록함이 필요하다고 하였다(Kozier, 1967). 또한 Bloom 도 구두전달이 많을 수록 확인과 평가가 어려워지므로 모든 간호시행은 기록화됨으로써 책임의 소재를 분명히 할 수 있다고 하였다(Bloom, 1971). 즉 전통적 간호기록

〈표3〉 집단간 간호기록지 차이검정

	집 단	대상자수(명)	평 균	표준오차	t 값	자유도	p 값
자료수집	실험군	47	17.42	.66	1.79	118	.07
	대조군	73	15.73	.62			
문제진술	실험군	47	2.00				
	대조군	73	.00				
간호수행	실험군	47	5.78	.42	9.20	52.85	.00*
	대조군	73	1.78	.11			
전 체	실험군	47	25.21	1.02	6.40	79.90	.00*
	대조군	73	17.52	.62			

*p<.05

을 하는 대조군의 경우 부가설 검증내용인 "자료수집기록 ", "환자문제 진술기록" "간호수행기록", 내용 중 "자료수집 기록"에 대해서만 비교적 관심을 보이고 기록하고 있었다.

2. 간호사의 만족도에 영향을 미치는 제 요인분석

1) 간호사의 만족도와 일반적 특성과의 관계

간호사의 만족도와 일반적 특성과의 관계를 확인하기 위하여 연령, 종교, 학력, 근무경력 및 현 병동근무경력을 분석한 결과는 〈표4〉와 같다.

이중 간호사의 만족도에 영향을 미친다고 볼 수 있는 변수는 p=.05 수준에서 한 변수도 없었다. 이를 다시 일반적 특성의 항목별로 살펴보면, 간호사의 연령별 만족도에서 30세 이상군이 119.0으로 가장 높았고, 다음은 26-30세군(114.3), 20~25세군(112.0)의 순으로 비교적 연령이 높은 군에서 만족도의 점수가 높았으나 통계적인 유의한 차이는 없었다.

종교의 유무와 근무경력에 따른 만족도는 통계적인 유의한 차이도 없을 뿐 아니라 평균점수에서도 큰 차이가 없었다.

학력은 전문대 졸업생이 대학이상 졸업자 보다는 만족도 점수가 높았으나, 현 병동의 근무경력에 따르면 26-48개월군의 만족도 점수가 가장 높았고(115.8), 다음은 1-24개월군(113.8), 48개월 이상군(108.0)의 순이었다.

이로서 간호사의 연령이 전반적으로 높아지면서 안정된 생활과 사회생활경험에서 오는 업무의 만족 때문이라고 생각된다.

〈표4〉 간호사의 일반적 특성에 따른 만족도 차이 검정

특 성	구 분	대상자수 (명)	평 균	표준오차	SS_B SS_W	자유도	MS_B MS_W	t혹은 F값	p 값
연령(세)	20~25	30	112.03	1.62	315.80	2	157.90	.78	.46
	26~30	23	114.30	3.98	11715.83	58	201.99		
	30~	8	119.00	4.95					
종 교	유	41	113.58	2.53		57.92		-.21	.83
	무	20	114.25	2.00					
교육정도	대학이상	7	112.14	13.53		6.12		-.47	.65
	전문대	54	118.59	1.32					
근무경력	1~24	22	114.59	1.46	84.17	3	28.05		
(개월)	25~36	8	112.50	6.48				.13	.93
	37~72	16	114.87	2.35	11947.46	57	209.60		
	77~	15	112.20	5.87					
현 병동 근무	1~24	26	113.84	1.72	403.63	2	201.81	1.00	.37
경력(개월)	25~48	26	115.76	2.41	11628.00	57	200.48		
	48~	9	108.00	9.06					

*p<.05

2) 간호사의 만족도와 관련변수와의 관계

간호사의 만족도와 이에 영향을 줄 수 있다고 생각되는 변수와의 관계를 보기 위하여 "학생시 간호과정 학습유무" "졸업후 간호과정 교육유무" "병원에서의 간호과정 적용 가능성" "임상에서 간호과정 적용 경험유무" "간호사가 된 것에 대한 만족여부" 및 "간호사를 평생직으로 생각하는지" 등의 변수를 t검정 혹은 F검정한 결과 "간호사가 된 것에 대한 만족여부"와 "간호를 평생직으로 함"의 두 변수에서 실험군과 대조군의 평균치에 유의한 차이를 나타내었다〈표5참조〉.

그리고 간호사의 만족도와 관련된 변수에 따라 간호진단 프로토콜의 적용군과 전통적 간호를 수행한 군을 X^2검정한 결과 통계적으로 유의한 차이가 없었다(부록 1 참조). 간호사의 만족도에 유의한 차이를 보인 변수인 "간호사가 된 것에 대한 만족여부"에서 불만족 점수(101.30)보다는 만족점수(117.18)가 15.88이 높아 유의한 차이를 나타내었다(t=-2.61, df=13.22, p=.02).

그리고 간호를 평생직으로 생각하는 군(117.52)이 그렇지 않은 군보다 평점이 10.81 높아 유의한 차이를 나타내었다(t=2.41, df=23.85, p=.02). 그밖에 "재학시 간호과정에 대해 학습한 경우"와 "졸업후 교육받은 경우"는 그렇지 않은 경우 보다 평균점수가 높았다.

〈표5〉 간호사의 제 변수에 따른 만족도 차이 검정

변 수	구 분	대상자수 (명)	평 균	표준오차	SS_B SS_W	자유도	MS_B MS_W	t혹은 F값	p 값
간호과정 학습유무	유	53	114.83	1.37		59		1.47	.14
	무	8	107.00	10.66					
졸업후 교육유무	유	46	114.84	1.59		16.33		.73	.47
	무	15	110.60	5.59					
간호과정 적용 가능성	충분함	8	114.00	1.99	211.06	2	105.53	.51	.59
	부족함	38	115.02	1.89	11820.57	58	203.80		
	교육받지 못함	15	110.60	5.59					
간호과정 적용경험	유	43	113.90	2.32		59		.09	.93
	무	18	113.55	2.71					
간호사 된것의 만족여부	불만족	13	101.30	5.93		13.22		−2.61	.02*
	만족	48	117.18	1.32					
간호를 평생직으로 함	예	40	117.52	1.31		23.85		2.41	.02*
	아니오	21	106.71	4.38					

*p<.05

간호사는 전인적 간호를 수행하기 위하여 환자의 상태에 대한 전체적이고 체계적인 자료를 수집하고, 수집된 자료를 분석조직함으로서 환자의 문제를 파악하며,환자 개개인의 개별적이며 포괄적인 간호진단을 내려야 한다(김정엽, 1980). 내려진 간호진단에 따라 알맞는 간호계획을 세우며 이를 수행, 평가 그리고 재조정하는 일련의 과정이 간호과정이다. 질적인 간호인 전인간호를 계획할 때는 이것이 필수적 여건(전산초, 1974)으로서 간호과정의 학습경험 혹은 간호과정의 적용경험으로 그의 가치를 인정할 수 있을 때는 간호수행 후의 만족감을 느낄 수 있을 것으로 기대하여, 관련변수로 측정하였으나 영향을 미치지 않았다. 간호진단 사용의 가치는 환자의 이익으로 돌아가는 질적 간호뿐만 아니라 간호사의 독립적인 기능을 보다 명확하게 이해할 수 있도록 하므로(Feild, 1979) 간호사의 현재 업무에서 의존적인 기능이 대부분을 차지하여 오는 업무 자체로 인한 불만족(House & Widgor, 1967)을 해소할 수 있도록 하여야 할 것이다.

그리고 간호사직을 사명감을 가지고 평생직으로 삼겠다고 하는 확고한 신념이 있을때는 전인간호의 시행은 물론 바람직한 결과를 위해 노력하고, 그 노력의 댓가로 대상자나 제공자 자신에게 만족감을 갖게됨은 당연한 일일 것이다.

3. 환자의 만족도에 영향을 미치는 제요인의 분석

1) 환자의 연령, 성별, 결혼상태, 종교, 교육정도, 직업 가족수의 일반적 특성중 환자의 만족도에 영향을 미치는 변수를 찾기 위하여 t혹은 F 검정한 결과 연령, 결혼상태 및 교육정도는 통계적인 유의한 차이를 나타내었다(표 6참조). 그리고 환자의 일반적 특성에 따라 간호진단 프로토콜을 적용하여 간호받은 환자군과 전통적인 간호를 받은 환자군을 X^2검정한 결과 성별 분포에서만 유의하였다(부록 1참조).

이를 다시 세부적으로 일반적 특성별로 만족도를 보면 다음과 같다. 연령별로 보면 비교적 나이가 많은 군이 만족하고 있는것으로 나타났는데 60세 이상군(92.71)의 점수가 가장 높았고, 다음은 50-59세군(91.89), 40-49세군(87.70), 16-39세군(81.72)의 순이었다($F=5.17$, $df=3/152$, $p=.00$). 결혼상태에 따르면 기혼자가 미혼자보다 만족하였으며($t=-2.39$, $df=154$, $p=.01$), 교육정도가 비교적 낮은군이 만족도가 높은 것으로 나타났는데 무학, 국졸(94.39) 중졸, 고졸(86.30), 대졸이상(83.32)의 순이었다($F=5.91$, $df=2/153$, $p=.00$). 그밖에 성별에서 남자(88.35)는 여자(87.51) 보다, 그리고 종교인(88.41)이 무종교인(86.97)보다, 또한 가족수가 5명 이상인 경우(89.06)가 이하인 경우(86.85)보다 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 그리고 직업별로 보았을 때 판매, 서어비스직(92.30)의 만족 점수가 가장 높았고 사무직이 가장 낮았다(82.9).

교육수준이 낮을수록 만족도가 높다는 것은 임(1980)과 Funkhouser(1976)의 결과와 동일하여 지적수준이 높아갈수록 심리적 갈등과 압력은 많은 문제를 내포하게 되며 또한 비판적이어서 낮은 평가를 했던 점과 관련이 있다고 생각된다. 그러나 결혼상태와 연령이 본 연구결과

〈표6〉 환자의 일반적 특성별 만족도 차이 검정

구 분		대상자수 (명)	평 균	표준오차	SS_B SS_W	자유도	MS_B MS_W	t 혹은 F 값	p 값
연령 (세)	16~39	50	81.72	1.87					*
	40~49	31	87.70	2.28	3378.14	3	1126.04	5.17	.00*
	50~59	37	91.89	2.71	33077.85	152	217.61		
	60~	38	92.71	2.64					
성 별	남자	90	88.35	1.58		154		.34	.73
	여자	66	87.51	1.95		154			
결혼상태	미혼	22	80.86	3.24		154		−2.39	.01*
	기혼	134	89.17	1.30					
종 교	유	111	88.41	1.50		154		.53	.59
	무	45	86.97	2.08					
교육정도	무학, 국졸	43	94.39	2.33	2615.56	2	1307.78	5.91	.00*
	중졸, 고졸	85	86.30	1.68	33840.43	153	221.17		
	대졸이상	28	83.32	2.19					
직 업	전문,기술행정직	24	84.20	2.95					
	사무직	20	82.90	2.83	1403.95	4	350.98	.51	.20
	판매서비스직	20	92.30	3.23	35052.04	151	232.13		
	주부, 무직	68	88.75	1.86					
	기타	24	90.33	3.64					
가족수	1~4	75	86.85	1.63		154		−.90	.37
(명)	5~	81	89.06	1.81					

*p<.05

에서는 환자의 만족도에 영향을 미쳤으나 임(1980)과 White(1972)의 연구에서는 영향을 미치지 않았다. 연령이 낮은자보다는 높은자가,그리고 미혼자보다는 기혼자의 경우에 사회경험 혹은 생활경험이 많기 때문에 사소한 불만족을 불만족으로 여기지 않을 수 있다고 보아 그들의 만족점수가 높은 것으로 사려된다.

2) 환자의 만족도와 관련변수와의 관계

환자의 만족도와 관련변수와의 관계를 보기 위하여 입원경험유무, 진단분류, 보험유무, 보호자 간호유무, 입원병동 및 입원일수와의 관계를 t검정 혹은 F검정한 결과 만족도에 영향을 미치는 변수는 하나도 없었다. 〈표7 참조〉

본 연구결과에서 입원과 관련된 제변수들이 환자만족에 영향을 미치지 못한다는 것은 임(1980)의 결과와 일치하였다. 특히 의료보험유무가 만족도에 영향을 미치지 않는것으로 나타난 본 연구결과는 특기할만한 사항으로서 Graff(1979)에 의한 "환자가 건강보험을 가졌을 때 더욱 만족하는 경향이 있었다"고 한 연구 결과와 대조적이었다.

4. 환자의 신체적, 심리적, 제상태에 따른 간호기록의 분석

간호기록중 자료수집, 문제진술, 간호수행에 대한 내용을 신체적, 심리적 및 기타상태인 교육적 요구, 기호 및 흥미, 경제 상태에로 분류하여 간호사군과 전통적 간호기록을 한 간호사군의 간호기록상 차이를 본 바 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(표8 참조).

즉 신체적 상태에 대한 기록(p=.000), 심리상태에 대한 기록(p=.019), 기타상태(p=.040)에 대한 기록 모두에서 양군간에 유의한 차이를 보여주었다. 따라서 간호진단 프로토콜을 적용한 간호사군이 전통적 간호를 하는 간호사군보다 환자상태에 대한 관찰 및 기록이 잘되고 있음을 나타내었다. 또한 간호기록에 나타난 환자상태 파악과의 관계에 대한 비교 연구에서 신체상태뿐만 아니라 심리상태적인 면에서 간호진단과 유의한 차이가 있는 것으로 나타난 "김"의 연구보고는 본 연구결과를 지지하여 주었다. 이와 같은 결과는 간호진단 프로토콜을 적용한 실험군은 입원시부터 프로토콜을 통하여 체계적이고 조직적인 자료를 수집하므로써 프로토콜에 의해 수집된 자료를 기반으로 환자에 대한 계속적인 관찰과

〈표7〉 환자의 제 변수에 따른 만족도 차이 검정

구 분		대상자수 (명)	평 균	표준오차	SS_B SS_W	자유도	MS_B MS_W	t 혹은 F 값	p 값
입원경험	유	96	88.93	1.54					*
	무	60	86.50	2.02		154		.97	.33
진단분류	호흡기계	36	88.61	2.68					
	간,위장계	59	89.11	2.01	263.87	3	87.95	.36	.77
	내분비계	25	87.64	2.78	36192.12	152	238.01		
	기타	36	85.80	2.59					
보험유무	유	142	88.07	1.28					
	무	14	87.21	3.98		154		.20	.84
보호자간호	만족	136	88.52	2.00					
	불만족	20	84.40	3.94		154		1.13	.26
입원병동	5	56	88.14	2.30					
(층)	6	18	84.88	2.41	2.4.55	3	68.18		
	7	52	88.67	1.56	36251.44	152	238.49	.28	.83
	8	30	88.43	1.98					
입원일수	4~7	94	89.04			154		1.05	.29
(일)	8~	62	86.41						

*p<.05

〈표8〉 집단간 간호기록지 차이 검정

	집 단	대상자수(명)	평 균	표준오차	t 값	자유도	p 값
신체적 상태	실험군	47	18.29	.76	7.08	80.43	.00
	대조군	73	11.95	.47			
심리적 상태	실험군	47	3.89	.32	2.28	118	.01*
	대조군	73	2.98	.22			
기 타	실험군	47	3.02	.18	2.09	71.51	.04*
	대조군	73	2.52	.09			

*p<.05

자료수집이 이루어져 환자의 신체적인 면은 물론 심리적인 상태까지도 포괄적으로 계속문제를 발견하고 간호수행을 하게 되기 때문으로 생각한다.

한편 환자상태에 대한 간호기록내용중 양군간에 점수차이를 나타낸 항목을 순위별로 보면 신체적 상태(대조군 11.96, 실험군 18.30), 심리적 상태(대조군 2.97, 실험군 3.90) 기타상태(대조군 2.58, 실험군 3.02)의 순위를 보임으로써 양군 모두 심리적 상태나 기타 상태보다는 신체적 상태 파악에 치중하고 있음을 나타내었다. 이 결과는 간호기록상에 나타난 환자의 상태에 대한 자료수집, 간호진단, 간호수행에 대한 연구에서 심리적 상태 46.9%)보다 신체적 상태(63.4%)에 더많이 집중되어 있음을 나타낸 "김"의 연구와 일치하고 있다. 양군 모두 신체적 상태에 관한 간호기록에 비하여 심리적 상태에 관한 기록이 현저히 부진함을 나타내고 간호기록이 주로 신체적 상태에 관한 기록에 집중되어 있음은 문제점으로 지적할 수 있으며 시정이 요구된다. 또한 기타항목의 교육적 요구에 대한 간호기록은 입원중 및 퇴원후 추후 간호교육계획에 관계된 것으로써 신체상태에 대한 간호기록 평균점수(대조군 11.96, 실험군 18.30)에 비하여 현저히 낮은 평균점수(대조군 2.58, 실험군 3.02)의 분포를 보임으로써 기타상태에 대한 간호기록도 문제점으로 제시되고 있다.

간호기록은 환자의 신체적 문제뿐만 아니라 환자의 내적 평형상태의 유지를 위해 중요한 요소인 자아의식 및 정서적 상태, 가족 및 사회와의 관계, 건강문제에 대한 인식, 환자의 개인적 특성을 함께 수집함으로써 간호의 질을 보다 더 효율적으로 증진시킬 수 있는 중요한 사정도구로써 역할을 할 수 있어야 한다.

V. 결 론

본 연구는 간호진단을 적용한 실험군과 적용하지 않은 대조군간에 환자의 간호에 대한 만족도 및 간호사의 간호행위에 대한 만족도를 측정하고 간호기록을 토대로 간호진단별 프로토콜 적용의 효과를 분석하기 위한것으로 1988년 8월 7일부터 10월 8일까지 서울시내에 소재한 K대학 부속병원 4개의 내과병동을 2개의 실험병동과 2개의 대조병동으로 나눈 후 환자(실험군 : 55명, 대조군 : 100명)와 간호사(실험군 : 30명, 대조군 : 31명)에게 현행에서의 간호수행에 대한 만족도를 측정하였다.

연구조사를 위한 준비로 실험군 간호사 30명에게 간호만족에 대한 사전조사를 실시한 후 실험과 관련된 교육을 실시하였다. 교육내용은 간호진단사용의 필요성, 간호진단의 발달과정, 간호진단과 간호과정, 간호진단 프로토콜 활용의 편이성, 간호진단 프로토콜 사용방법 등이었으며 2개 실험병동의 간호사 30명에게 4회에 걸쳐 1시간씩 교육시킨 후(1988년 7월 28일, 8월 2일) 간호진단 프로토콜에 의해 실험간호사군으로 하여금 간호를 수행케 하였다. 그 후 프로토콜 사용효과에 대한 만족도를 실험병동의 환자와 간호사에게 사후측정하였으며 또한 대조군 병동의 환자와 간호사에게도 만족도를 측정하여 양군간에 간호 만족도와 간호기록을 중심으로 한 임상적용효과를 비교검토하였다.

연구도구에서 환자의 만족도 측정도구는 임혜경(1980)의 연구논문에서 사용된 도구(α=.8613)를 그대로 사용하였으며, 간호사의 만족도 측정도구는 문헌고찰과 전문가의 자문을 얻어 본 연구자의 기준에 맞게 제작하여 사용하였다(α=.9448). 또한 간호기록에 관한 측정도구는 Hefferin과 Metchell의 도구를 우리 문화에 맞게 수정보완한후 사용하여 자료수집하였으며 수집된 자료는 SPSS로 전산처리하였다. 가설을 검정하기 위하여 실험 전후차의 평균치로 t검정을 하였으며 실험군과 대조군의 일반적 특성 및 관련변수에 차이가 없음을 확인하기 위하여 X^2 검정을 하였다. 만족도에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위하여 F검정을 하였고 도구의 신뢰도를 검정하기 위하여 Cronbach α 계수를 산출하였다.

그 결과 얻어진 결론은 다음과 같다.

1. 간호진단 프로토콜의 임상적용에 관한 효과분석

1) 제 1 가설 : "간호진단 프로토콜을 이용하여 간호한 간호사는 전통적인 방법으로 간호한 간호사보다 간호의 만족도가 높을 것이다"는 기각되었다.

2) 제 2 가설 : "간호진단 프로토콜을 이용하여 간호받은 환자는 전통적인 방법으로 간호받은 환자보다 간호에 대한 만족도가 높을 것이다"는 지지되었다(t=1.93, df=154, p=.05)

3) 제 3 가설 : 간호진단 프로토콜 적용 간호기록은 전통적 간호기록을 적용한 간호사의 기록보다 간호기록 점수가 유의하게 높음을 나타내었다(p=0.000). 따라서 "간호진단 프로토콜을 적용한 실험군의 기록은 전통적 기록을 적용한 대조군의 기록보다 간호기록이 잘 되어 있을 것이다"라는 주가설은 지지되었다.

(1) 제 1 부가설 : 간호진단 프로토콜을 적용한 간호사의 기록에 있어서 전통적 간호기록보다 자료수집에 대한 간호기록의 평균점수는 높았으나 두집단간에 유의한 차이는 없었다(p=0.076). 따라서 부가설1은 지지되지 않았다.

(2) 제 2 부가설 : 간호진단 프로토콜을 적용한 간호사군은 환자문제 진술 기록이 전혀 되어있지 않아 문제진술 기록 점수는 0점을 나타내었다. 따라서 양군간에 통계적으로 절대적인 차이를 보임으로써 부가설 2는 지지되었다(p=0.000).

(3) 제 3 부가설 : 간호진단 프로토콜 적용 유무에 따른 두 집단 간호사의 간호수행에 대한 기록에 있어서는 실험군의 평균점수가 대조군의 평균점수에 비해 간호기록 점수가 유의하게 높아(p=0.000) 부가설 3은 지지되었다.

2. 간호사의 만족도에 영향을 미치는 제요인

1) 간호사의 만족도에 영향을 미칠 수 있다고 보았던 일반적 제특성(연령, 종교, 교육정도, 근무경력, 현병동 근무경력)은 p=.05 수준에서 영향을 미치지 않았다.

2) 간호사의 만족도에 영향을 미치는 관련변수는 "간호사가 된것에 대한 만족여부"(t=−2.6, df=13.22, p=.02)와 "간호를 평생직으로 생각함"(t=2.41, df=23.85, p=.02)이었다.

3. 환자의 만족도에 영향을 미치는 제요인

1) 환자의 만족도에 영향을 미칠수 있다고 보았던 일반적 특성 7가지중 환자의 연령(F=5.17, df=3/152, p=.00), 결혼상태(t=−2.39, df=154, p=.01)및 교육정도(F=5.91, df=2/153, p=.00)등 3가지가 영향을

미쳤다.

2) 환자의 만족도에 영향을 미칠 수 있다고 보았던 관련변수(입원경험, 진단분류, 보험유무, 보호자간호, 입원병동, 입원일수) 6가지는 p=.05 수준에서 하나도 영향을 미치지 않는것으로 나타났다.

4. 환자의 신체적, 심리적 제상태에 따른 간호기록의 분석

환자의 상태(신체적 상태 : p=.000, 심리적 상태 : p=.019, 기타항목 : p=.040)에 대한 간호진단기록에 있어서 실험군이 대조군에 비해 간호기록은 유의하게 잘하고 있음을 나타내었다. 그중 신체적 상태가 타영역에 비해 평균점수가 가장 높았다.

이상의 내용을 중심으로 간호진단별 프로토콜을 적용하여 간호한 실험군의 경우 전통적인 방법으로 간호한 대조군보다 간호에 대한 만족도는 높지 않음을 나타냄으로써 간호사의 만족도가 낮은 요인이 무엇인지를 파악하기 위한 추후 계속 연구의 필요성이 제시되었다. 그러나 간호진단별 프로토콜을 적용하여 간호를 받은 환자는 전통적인 방법으로 간호받은 환자보다 간호에 대한 만족도가 높음을 알 수 있었고 또한 간호진단별 프로토콜을 적용한 간호기록에 있어서 전통적 간호를 적용한 간호기록보다 간호기록이 잘되어 있음을 본 연구를 통하여 확인하였다. 따라서 임상간호실무에서 간호진단별 프로토콜이 환자간호에 적용되므로써 간호의 질을 보다 더 효율적으로 증진시킬 수 있는 바람직한 변화를 유도할 수 있다고 생각된다.

이상의 결론을 근거로 제안을 하면 다음과 같다.

1. 간호진단별 프로토콜 적용에 관한 실험적연구를 장기간에 걸쳐 연차적으로 비교검토하여 한국적 현실에 적합한 간호진단 프로토콜 개발이 필요하다.

2. 간호진단별 프로토콜 적용에 대한 간호사들의 충분한 이해와 훈련과 행정적 뒷받침이 필요하다.

〈부록1〉 간호사의 일반적특성 및 관련변수에 따른 집단간 유의성 검정

구분		실험군 대상자수(%)	대조군 대상자수(%)	x^2	자유도	P값
연령	20~25세	14(46.7)	16(51.6)			
	26~30세	12(40.0)	11(35.5)	.16	2	.92
	30세이상	4(13.3)	4(12.9)			
종교	유	21(70.0)	20(64.5)	.03	1	.85
	무	9(30.0)	11(35.5)			
학력	대학이상	3(10.0)	4(12.9)	.10	1	1.00
	전문대	27(90.0)	27(87.1)			
근무경력	1~24개월	9(30.0)	13(41.9)			
	25~36개월	4(13.3)	4(12.9)	1.02	3	.79
	37~72개월	9(30.0)	7(22.6)			
	73개월이상	8(26.7)	7(22.6)			
현 병동근무경력	1~24개월	12(40.0)	14(45.2)			
	25~48개월	15(50.0)	11(35.5)	1.75	2	.41
	48개월이상	3(10.0)	6(19.4)			
간호과정 학습유무	유	25(83.3)	28(90.3)	.18	1	.66
	무	5(16.7)	3(9.7)			
졸업후 교육유무	유	26(86.7)	20(64.5)	2.92	1	.08
	무	4(13.3)	11(35.5)			
간호과정 적용가능성	충분함	5(16.7)	3(9.7)			
	부족함	21(70.0)	17(54.8)	4.17	2	.12
	교육받지못함	4(13.3)	11(35.5)			
간호과정 적용경험	유	25(83.3)	18(58.1)	3.54	1	.05*
	무	5(16.7)	13(41.9)			
간호사 된것의 만족여부	불만족	5(16.7)	8(25.8)	.31	1	.57
	만족	25(83.3)	23(74.2)			
간호를 평생직으로 함	예	19(63.3)	21(67.7)	.00	1	.92
	아니오	11(36.7)	10(32.3)			

*p<.05

〈부록2〉 환자의 일반적특성 및 관련 변수에 따른 집단간 차이 검정

	구분	실험군(N=55) 대상자수(%)	대조군(N=100) 대상자수(%)	x^2	자유도	P값
연령	16~39세	19(33.9)	31(31.0)			
	40~49세	12(21.4)	19(19.0)	.44	3	.93
	50~59세	12(21.4)	25(25.0)			
	60세이상	13(23.2)	25(25.0)			
성별	남자	40(71.4)	50(50.0)	5.90	1	.01*
	여자	16(28.6)	50(50.0)			
결혼	미혼	9(16.1)	13(13.0)	.08	1	.77
	기혼	47(83.9)	87(87.0)			
종교	유	36(64.3)	75(75.0)	1.51	1	.21
	무	20(35.7)	25(25.0)			
학력	무학·국졸	15(26.8)	28(28.0)			
	중졸·고졸	33(58.9)	52(52.0)	.98	2	.61
	대졸이상	8(14.3)	20(20.0)			
직업	전문·기술행정직	5(8.9)	19(19.0)			
	사무직	9(16.1)	11(11.0)			
	판매·서비스직	7(12.5)	13(13.0)	5.29	4	.25
	주부·무직	23(41.1)	45(45.0)			
	기타	12(21.4)	12(12.0)			
가족수	1~4명	29(51.8)	46(46.0)	.27	1	.59
	5명이상	27(48.2)	54(54.0)			
입원경험유무	유	40(71.4)	56(56.0)	2.98	1	.08
	무	16(28.6)	44(44.0)			
진단분류	호흡기계	17(30.4)	19(19.0)			
	간·위장계	29(51.8)	30(30.0)	19.42	3	.00*
	내분비계	1(1.8)	24(24.0)			
	기타	9(16.1)	27(27.0)			
보험유무	유	48(85.7)	94(94.0)	2.08	1	.14
	무	8(14.3)	6(6.0)			
보호자 간호	만족	55(98.2)	81(81.0)	8.03	1	.00*
	불만족	1(1.8)	19(19.0)			
입원일수	4~7일	51(91.1)	43(43.0)	32.66	1	.00*
	8일이상	5(8.9)	57(57.0)			

*p<.05

(부록3) 간호진단 프로토콜의 한 예 : 신부전(Renal failure) ----------절---------취---------선----------

발생일시	서 명	간 호 진 단	간 호 목 표	간 호 지 시	해결일시	서 명
		1. 조절기전과 관련된 체액과량	· 환자의 체중, 혈압 및 맥관계압 (Vascular Pressure) 은 정상을 유지한다.	1) 8시간마다, 필요시 체액과다의 임상증상을 사정한다 ; 두통, 안절부절, 호흡곤란, 폐울혈, 빈맥, 경정맥 팽창, 말초부종, 체중증가, 중심정맥압(CVP), 혈압등. 2) 같은 저울로 체중을 측정한다. 3) 처방에 따라 Na^+수치 감소를 관찰한다. 4) 1~8시간마다 정확한 섭취량 배설량을 관찰하고, 유지시킨다. 5) 필요시 침상머리를 45° 또는 그이상으로 올려준다. 6) 처방대로 환자가 염분을 제한하도록 돕는다. 7) 구강이 건조되지않도록 도와주고, 수분제한을 유지하기 위해서 ① 4~8시간마다, 필요시 구강간호를 해준다. ② 제한된 량으로 얼음조각(섭취량에 포함시킴)을 준다. ③ 식사후 또는 식간에 얼음이나 찬물을 준다. ④ 단단한 캔디나 껌을 준다. ⑤ 입술에 윤활제를 발라준다. ⑥ 찬레몬과 글리세린을 발라준다. 8) 수분제한을 유지한다. 낮____오후____밤____		
		2. 배출과다 또는 체액손실과 관련된 체액부족	· 환자의 체중, 혈압, 맥관계압은 정상을 유지한다. · 섭취량 및 배설량은 균형을 유지한다.	1) 8시간마다, 필요시 체액부족의 임상증상을 사정한다. -불량한 피부탄력, 체위변경(기립)에 따른 혈압하강, 심박동수 증가, 호흡기압이나 중심정맥압의 감소, 체온상승, 혈소판 증가, 체중감소. 2) 같은 저울로 체중을 측정한다. 3) 1~8시간마다 정확한 섭취량 및 배설량을 관찰, 기록한다.		
		3. 소화흡수장애(단백질 손실, 식욕부진, 소화기계 장애)와 관련된 영양결핍	· 체중의 안정, 상처 치유 및 근육의 강도를 유지한다.	1) 입원시 기본적인 영양상태와 식습관을 사정한다. 2) 환자가 식이제한을 지키도록 관찰하고, 도와준다. 3) 매일 같은 저울로 체중을 측정한다.		

발생일시	서 명	간호진단	간호목표	간 호 지 시	해결일시	서 명
				4) 신장식이 및 수분제한에 관하여 식이교육을 한다. 5) 4~8시간마다, 필요시 구강간호를 한다. 6) 상처가 있으면, 적절한 상처치유를 위해 매일 상처를 사정한다. 7) 매일 증가하는 근육약화의 진전을 사정한다. 8) 가능한한 조직의 이화작용(Catabolism)을 감소시키기 위해 활동한다. 9) 4~6시간마다, 자주 휴식시간을 준다.		
		4. 외적요인(혈단백, 혈소판, 헤모글로빈 감소, 뇨정체로 인한 감염)과 관련된 손상잠재성	· 열이 없다. · 정상 백혈구를 유지한다.	1) 감염의 증상을 관찰한다. ① 체온상승, 백혈구의 비정상, 배양결과 (+) 등. ② 8시간마다 국소감염 및 전신권태감을 나타내는 증상 2) 8시간마다, 필요시 개인위생을 유지하도록 환자를 돕는다. 3) 정체도뇨를 하고있으면, 1일 2회 도뇨간호를 철저히 한다. 4) 중요한 소견이나 결과는 의사에게 보고한다.		
		5. 내적요인(요독성으로 인한 신경계 기능부전)과 관련된 손상의 잠재성	· 지각기관이 정확하다. · 손상이 없다.	1) 8시간마다, 필요시 신경계 상태의 변화를 사정한다. 지남력, 발음의 정확성, 집중력, 흥분 / 안절부절, 우울, 섬세한 운동력, 의식수준의 감퇴등. 2) 매일 신경계 이상증상의 진전여부를 사정한다. 무감각, 저림, 근조절력 소실. 3) 처방대로, BUN, Creatinine을 관찰하고, 위의 증상과 연관시켜본다. 4) 언어적상호작용, 시계, 달력, TV / 라디오등으로 사람, 장소, 시간에 대해 알려준다.(지남력조사) 5) 환자자신의 간호에 참여하도록 환자를 격려한다. 6) 필요시, 손상입지 않도록 보호한다.(Pad를 댄 side rail, 억제대, 보행기, 면도, 운동시 돕는것 등) 7) 처방대로 간질 발작을 예방한다. 8) 물리치료에 관해 의사와 상의한다.		

발생일시	서 명	간호진단	간호목표	간호지시	해결일시	서 명
		6. 내적요인(요독성 소양증)과 관련된 피부손상	· 발적 또는 병변이 없는 피부를 유지한다. · 소양증이 완화된다.	1) 매일 자극, 발적 또는 병변이 있는지 피부를 사정한다. 증상이 있으면 손상된 피부간호계획을 세운다. 2) 중조나 녹말을 이용하여 찬물목욕/샤워를 한다. 비누사용은 피한다. 3) 필요시 로션 또는 칼라민을 바른다. 4) 손톱을 짧게 깎는다. 5) 소양증으로 부터 벗어날 수 있는 기분전환 활동을 하도록 돕는다.		
		7. 경험부족과 관련된 지식부족	· 환자/환자가족은 신부전의 증후나 증상, 식이, 투약, 활동계획을 안다.	1) 신질환에 대한 지식수준과 퇴원교육 능력을 사정한다. 2) 다음의 정보를 제공한다 ; ① 처방된 신장질환식이 및 수분제한에 관하여 ② 투약 ; 약명, 목적, 용량, 빈도, 잠재적인 부작용에 대하여 ③ 활동절차와 휴식시간의 필요성에 대하여 ④ 신기능 부전의 증후 및 증상과 이들을 즉시 의사에게 보고해야할 필요성에 대하여		

참 고 문 헌

강윤희, 전영자, "간호기록에 대한 간호원의 태도에 관한 연구", 1976, 중앙의학, 30 : 4.

김정엽, 간호기록상에 나타난 간호진단과 간호수행에 대한 분석적 연구, 연세대 학위논문, 1980. pp. 1-2.

김조자, "간호진단과 이론개발", 대한간호, 1986, 제25권 1호, pp.6-9.

김조자, "간호과정의 이론과 실제", 대한간호, 1981, 제20권 5호, pp.39-44.

박윤희, 5개 간호진단의 원인과 증상 징후에 대한 발현율 연구, 연세대학교 석사학위 논문, 1987.

서문자, "간호진단 분류", 대한간호, 제25권 1호, 1986, pp.10-15.

서문자, 결과적 측면에서 본 간호평가, 한·태 합동간호 연찬회 보고서, 연세대학교 간호대학, 1980, p.13.

서문자, "재직 일반 간호원의 간호기록에 관한 조사 연구", 최신의학, Vol. 21, No.4. 1978.

이원희, "간호진단의 예", 대한간호, 제26권 1호, 1987, pp.38-42.

이은옥 외 5인, 간호진단과 임상활용, 서울 : 수문사, 1988, pp.11-12.

이훈구, "간호와 인간행동 이해", 대한간호, 제22권 4호, 1983, p.15.

전산초, "전인간호의 임상학적 분석과 실행에 관한 연구", 간호학회지, 제4권 1호, 1974, pp.8-9.

Alice, L.P., *The art, Science and Spirit of Nursing, Ed. 3*, Philadelphia : W.B.Saunders Co., 1964.

Beaufort B. Longest, "Job satisfaction for registered nurse in the hospital setting", *Journal of Nursing Administration*, 1974, p.46.

Bircher A., "On the development and classification of nursing diagnosis", *Nursing Form*, No. 14 : 1975, pp.10-29.

Bloom, Judity T. et al., "Problem oriented charting", *AJN*, Vol. 71, No. 12, 1971, p.156.

Bonkosky, M.L., "Problem oriented medical record", *Nursing outlook*, 20 : No. 8, 1972, p.516.

Brace, J.A., 김복순, 이정희, 간호기록 분석에 의한 성인 환자의 간호진단 확인 연구, 중앙의대지, 10(2), 1985.

Carlson, S., "A practical approach to nursing practice", *American Journal of Nursing*, Vol. 72, No.9, 1972, pp.1589-1591.

Ciske, K.L., "Primary nursing evaluation", *AJN*, 74(8), 1974, p.1438.

Creason, N.S., and others, "Validating the nursing diagnosis of impaired physical mobility", *Nursing Clinics of North America*, 20(4), 1985. pp.669-683.

Elton Mayo, D.B., Slavitt et al, *op cit.*

Feild Lucy, "The Implementation of nursing diagnosis in clinical practice", *Nursing Clinics of North America*, 14(3), Sep. 1979, pp.497-508.

Fry, Vera S., "The creative approach to nursing", *AJN*, Vol. 53, No.3, 1953, p.301.

Garant, Carol, "A basis for care", *AJN.*, 72 :1972, pp.699-700.

Gebbie K., Lavim, M., "Classifying nursing diagnosis", *AJN*, 1974, pp. 250-253.

Georgopoulos, Basil S. & Sana, Josephine M., "Clinical nursing specialization and inter shift report behavior", *AJN.*, 71 : 1971, p.541.

Georgopoulos, B.S., and Jackson, M., "Nursing kardex behavior in an experi mental study of patient units with and without clinical nurse specialist", *Nursing Research*, Vol. 19, No. 3, 1970, pp.196-218.

Hamdi M.E., Hutelmyer C.M., "A study of effectiveness of an assessment tool in the identification of nursing care problems", *Nursing Research*, Vol. 19, No. 4., 1970, pp.354-359.

Hornung, Gertrude J., "The nursing diagnosis an exercise in judegment", *Nursing Outlook*, 4 : Jan., 1956, p.30.

Hous R.J., and Wigdor L.A., "Hergberg's dual-factor theory of job satisfaction and motivation : A review of the evidence and a criticism", *Pers. Psychol.* 20 :1967, p.369. Cited from, Beaufort B, Lougest(1974).

Huang, T. T., and Williams, R.D., "Mechanical monitoring of fluid intake and output in surgical patient", *A.J. Sur.*, 17 : 1969. pp.689-689,

Keegan, L.G., "Change in action", *Nursing Outlook*, Vol. 18, No. 12, 1970. pp.42-43.

Komorita, Nori, "Nursing diagnosis", *AJN*, 63 : Dec., 1963, pp.83-86.

Kozier & Dugas, *Fundermental of patient care, Ed. 3.*, W.B. Saunders comp, 1967.

Louis Graff, "On patient satisfaction, marketing research and other useful things, hospitals" *J.A.H.A.*, 53(2), pp.59.

Lesnik, M.J., and Anderson, Bernice E., *Nursing Practice and the Law*, 2nd ed., philadelphia, J.B., Lippincott Co., 1955, p.265.

Marjory Gordon, "Implementation of Nursing diagnosis : An overview", *Nursing Clinics of North America*, 22(4), Dec., 1987, p.875.

Marjory Gordon, "Nursing diagnosis & the diagnostic process", *AJN*, Vol. 76, No.8, Aug., 1976, pp.1298-1300.

Marram. G.D., "Outcomes for The Patient", Shiegel Margaret W. et al, *Primary Nursing*, Saint Louis : Mosby Co., 1974, pp.125-135.

Meridean L. Maas, "Nursing diagnosis : implementation organizational characteristics that facilitate the use of nursing diagnosis", *Nursing Clinics of North America*, 22(4), 1987, p.882.

Mitchell, Pamela H., "A systematic nursing process record, the problem oriented approach", *Nursing Forum*, 12, 1973, pp.187-190.

Munns P.C., "A validation of the defining characteristics of the nursing diagnosis : potential for violence", *Nursing Clinics of North America*, 20(4), 1988, pp.711-721.

Phaneuf M.C., "Nursing audit for evaluation of patient care", *Nursing Outlook*, 14 : June, 1976, pp.51-54.

Purushetham, Devamma, "Nursing diagnosis", *The Canadian Nurse*, June, 1981, pp.46-48.

Rogenberg, Mervin, et al, "Comparison of automated nursing notes as recorded by psychiatrists among nursing service personnel", *Nursing Research*, 18 : July, 1969, pp.350-357.

Shoemaker J., Essential Features of Nursing Diagnosis ; Classification of Nursing Diagnosis, Processing of the Fifth National Conference, St. Louis : The Mosby Co., 1984.

Slavitt D.B. et al., "Nurses satisfaction with their work satisfaction", *Nursing Research*, 27(2), 1978, p.115.

Walker V.H., "A study of the nature and uses of nurses notes", *Nursing Research*, 13 : Spring, 1964, pp.113-121.

Weed, L.L., *Medical Records, Medical Education and Patient Care*, Cleveland ; Press of Case Western Reserve University, 1969.

Williamson Y.M., "Methodological dilemmas in tapping the concept of patient's needs", *Nursing Research*, 27(3) 1978, pp.172-177.

-Abstract-

The Effects of Clinical Application of a Nursing Diagnosis Protocol

*Rhee, Hyang Yun** *Cho, Mi Young**
*Cho, Kyoul Ja** *Kim, Yoon Hee**
*Kim, Kwuy Bun** *Kim, Kwang Joo**
*Moon, Heui Ja** *Park, Sin Ae**
*Kang, Hyun Sook**

This study was conducted to measure the effects of clinical application of a Nursing Diagnosis Protocol. The dependent variables were the degree of patient's satisfaction and the degree of nurse's satisfaction with the nursing activity.

Analysis of the effect of the use of the nursing diagnosis protocol was based on the nursing record.

The subjects for this study were 61 nurses(experimental group 31, control group 30) and 155 patients (experimental group 55, control group 100) on four internal medicine wards in K University Hospital in Seoul.

* Professor, Department of nursing Kyung-Hee University.

Data collection was done from August to October 12, 1988.

The results obtained in this study can be summarized as follows,

1. Effect of the clinical application of the nursing diagnosis protocol.

1) The first hypothesis ;

" nurses who use the nursing diagnosis protocol will have higher degrees of satisfaction than those who use traditional methods" was rejected (t=.54, df=58, p=.59).

2) The second hypothesis ;

" patients nursed by nurses using the nursing diagnosis protocol will have higher degrees of satisfaction than those nursed with traditional methods" was supported(t=1.93, df=154, p=.05).

3) The third hypothesis : Major hypothesis ;

"the nursing records of the experimental group, who used the nursing diagnosis protocol, will be more detailed than those of the control group " was supported (t=6.40, df=79.90, p=.000).

(1) The first subhypothesis ;

"The recorded data collection of the experimental group will be more detailed than that of the control group" was rejected (t=1.79, df=118, p=.07).

(2) The second subhypothesis ;

"The recorded patient's problem statement of the experimental group will be more detailed than that of the control group" was supported.

(3) The third subhypothesis ;

"The nursing record of the experimental group will be more convenient for implementation than that of the control group" was supported.

2. Factors related to the nurse's degree of satisfaction with protocol.

1) No general characteristics(age, religion, education level, duty career, present duty career) were related to the nurse's degree of satisfaction.

2) Variables related to the nurse's degree of satisfaction were "satisfaction as a nurse" and "consider nursing as lifelong job" (t=-2.6, df=13.22, p=.02, t=2.41, df=23.85, p=.02).

3. Factors related to the patient's degree of satisfaction.

1) General characteristics related to the patient's degree of satisfaction with nurses using the protocol were age, educational level, and being married.(F=5.17, df=3 / 153, p=.00, t=-2.39, df=154, p=.01, f=5.91, df=2 / 153, p=.00)

2) The variables previous hospitalization, duration of hospitalization, the hospital unit, presence of a relative, medical insurance, or medical diagnosis were not related to the patient's degree of satisfaction.

1. The experimental group's nursing record was more detailed than the control group's record with regard to the physical and psychological state of the patients.

As noted above, the experimental group nurses, who use a nursing diagnosis had protocol were less satisfied than the control group who used traditional methods of the recording, but experimental group patients had a higher degree of satisfaction than the control group patients.

The nursing records of experimental group, using the nursing diagnosis protocol was more detailed than that of the control group.

If the nursing diagnosis protocol is used in clinical nursing practice, the quality of nursing care may be improved.