

병원중심 가정간호 기관의 기록체계개발

-미국 일개 종합병원을 대상으로-

강 창 희 (서울대학교 간호대학 강사)

〈目 次〉

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| I. 서 론 | 4. 조사결과 분석 |
| II. 문헌고찰 | V. 연구결과에 따른 실제적인 개선방안 |
| III. 조사대상 및 방법 | 1. 기록지 개발 |
| 1. 조사대상 및 기간 | 2. 의사소통의 방법 개선안 |
| 2. 조사방법 | 3. 개선안 적용을 위한 준비 |
| IV. 조사결과 | 4. 개선안으로 기대되는 효과 |
| 1. 기록의 문제점 | VI. 결론 및 제언 |
| 2. 현재 기록체계의 흐름과 의사소통 | 참고문헌 |
| 3. 간호 진단의 사용 빈도 | |

I. 서 론

간호기록은 환자에 대한 지속적인 간호 및 치료와 이에 대한 환자의 반응을 기록하는 것이며, 간호과정을 적용하여 문제를 해결해 나가는 일환으로 간호의 질(質)을 평가하는 중요한 자료가 된다.

가정간호에서 환자에게 제공한 간호에 대해 기록하는 것은 질적으로 수준 높은 간호를 제공하는 것과 마찬가지로 매우 중요하며, 제공된 간호가 임상적 표준에 도달했는가를 평가하는 기록에 대한 검토는 질적보장 프로그램의 중요한 요소이다. 따라서 가정간호사는 객관적이고 정확한 건강사정과

계속적인 자료수집, 건강사정에 따른 간호진단 및 계획, 간호중재를 기록해야 한다. 또한 환자나 가족에게 무엇을 교육했는가를 기록에 포함시켜야 한다. 자세하고 복잡한 내용의 교육이 필요한 경우는 표준화된 서면교육이 필수적이며 이에 대한 주기적인 검토와 환자의 반응이 기록되어야 한다. (Humphrey, Milone-Nuzzo, 1991)

이러한 기록체계에 대한 연구로는 같은 정보가 중복되어서 기록되는 서술형 간호기록이 의료팀 간에 효과적인 의사소통 수단이 되지 못하며, 시간소모와 직접간호의 시간을 감소시키는 문제점을 보고한 것이 있으며(Comstock, Moff, 1991), 간호

* 본 연구는 1990~1991 H. Humphrey Fellowship Program 기간 중 행한 연구임

기록에서 간호과정, 환자/가족 교육, 퇴원 계획이 누락되는 것을 막기 위해 각종 기록지의 형태를 간략하게 변화시킨 경우에 시간이 절약되며 간호감사가 용이해졌다는 것이 있다.(Edelstein, 1990) 또한 간호과정을 간호기록 속에 쉽게 나타낼 수 있는 초점 기록(Focus Charting)도 개발되었다.(Lampe, 1985)

기록은 보건의료의 정보매개체가 되기 때문에 중요하며(박, 1982) 기록을 이용한 의사소통이 효율적으로 이루어 질 수 있는 관리체계가 필수적이다. 병원과는 달리 의료팀 각자가 떨어져서 환자의 가정에서 의료와 간호를 제공하는 가정간호에서는 효율적인 의사소통이 더욱 절실히 요구된다.

이에 본 연구자는 병원중심 가정간호가 질적으로 수행되기 위해서, 기존의 실제 간호진단 사용 유무와 기록에서의 간호과정에 대한 기록 정도와 이를 실제 의사소통에 활용하는 정도를 규명하고자 한다. 나아가 병원가정간호에 유용한 기록체계를 개발하여 의료인 간의 의사소통 및 질적 가정간호의 관리체계를 효율적으로 확립하는데 기여코자 한다.

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 현 기록체계의 문제점을 파악한다.
- 기록과 관련된 의사소통에 있어서의 문제점을 규명한다.
- 문제점 개선을 위한 새로운 기록체계를 개발한다.
- 기록을 이용한 효과적인 의사소통 방안을 제안한다.

II. 문헌고찰

간호에는 독립적, 상호의존적, 의존적인 기능이 있는데 간호사들의 독립적인 기능의 중요한 부분은 간호에 대한 환자의 반응을 평가하고 기록하는 것이다. 이러한 독립적인 기능과 책임에 대해 강조하게 되면서 간호사의 평가적 판단에 대한 기록이 요구되었다.(Mayer, Norby Watson, 1977)

간호 진단은 수집된 자료를 근거로 내린 임상적 판단으로서 간호중재를 통해 해결해 나가려는 환자의 문제라고 할 수 있으며, 간호전문직이 간호진단에 대한 적절한 교육과 훈련을 받은 후 사용할

때 과학적인 실무와 장기적 적용이 가능하게 된다. 간호진단은 의료인들 사이에서 뿐만 아니라 환자와의 의사소통에도 활용되어서, 간호의 일차적인 목적인 환자의 독립적 수준향상은 간호계획을 환자/가족과 같이 나눌때에만 가능하다.(Martinson, Widmer, 1989;Stuart-Siddall, 1986)

환자교육은 환자의 독립적 수준의 향상을 위해서 가정간호사가 가장 많이 적용하는 간호중재이며, 교육계획, 교육한 방법, 환자/가족의 반응이 기록에 나타나야 한다. 환자 교육에 대한 기록은 간호사 책임의 한부분으로서 간호의 계속성 유지를 위해서도 필요하며, 환자의 지식결핍에 대한 사정과 환자교육에 대한 기록은 비용 지불자와 Medicare에 매우 결정적인 자료가 된다.(Humphrey, Milone-Nuzzo, 1991)

간호 기록과 관련된 연구를 보면, 전문 가정간호사는 자신의 직무중 가장 큰 갈등요인으로 과도한 기록 업무를 들었으며, 이로 인해 환자 간호 시간과 에너지가 부족한 점을 들고 있다. 그리고 Medicare 규정과 의료보험 지불 범위, 법적인 조사의 변화와 환자에게 제공되는 의료 서비스의 복잡성이 증가 됨으로 인해 기록에 대한 요구가 더욱 증가하고 있다.(Burke, 1990;Morrisser-Ross, 1988; Rovinski, Zastocki, 1989)

Humphrey와 Milone-Nuzzo(1991)는 가정간호를 받고 있는 환자에게 제공한 간호에 대해 기록하는 것은 질적인 간호를 제공하는 것과 마찬가지로 매우 중요하며, 제공된 간호가 임상표준에 도달했느냐를 보장하는 환자 기록에 대한 검토는 질적 보장의 중요한 요소라고 하였다. 따라서 가정 간호사는 모든 면에서 정확한 기록을 해야하고 주관적인 진술 보다는 객관적인 정보를 적으며 초기 간호사정과, 계속되는 자료수집, 간호중재가 반드시 기록되어야 한다고 주장했으며, 이러한 요구에 부응하기 위해 가정 간호기관에서는 특수한 형태의 기록지를 사용하고 있고, 의뢰서, 신체적 정보, 정신 사회적/사회경제적 정보, 투약정보지, 간호계획지, 방문기록지, 의사처방등이 포함된다고 하였다.

미국병원조직 합동위원회(Joint Commission of American Hospital Organization)같은 인가 기관에서는 간호기록에 간호과정이 나타나 있어야 하며, 간호계획에 따라 기록되고 환자의 호소와 요구에

반응해야 한다고 규정하고 있다.

Edelstein(1990)이 700병상 규모 병원에서 간호 기록의 문제점 파악과 질적인 개선을 목적으로 행한 연구에서보면 전체 의무기록 중 50%를 차지하는 기록에서 간호사들이 간호과정의 요소들을 누락시키고 있으며, 경과 기록지 중 64%가 전체 간호과정의 증거가 결여된 것으로 나타났다. 결과적으로 간호사들이 간호과정과, 환자/가족교육, 퇴원 교육에 대해 적절히 기록을 하지 않고 있다는 것을 시사하였다. 이에 대한 두가지 개선안으로는 간호사들의 태도 변화와 기록의 간략화가 제시되었다. 환자 간호의 계속성은 조직적인 환자 기록에서 가능하고, 간호계획, 경과 기록, 환자 교육 기록의 형식을 변화 시킴으로서, 시간을 절약할 수 있으며 동시에 간호 감사를 용이하게 하고 법적인 규정대로 부응할 수 있다고 제시하였다.

가장 핵심적인 의사소통 도구인 간호기록이, “적히지 않은 것은 행하지 않은 것이다.”라는 생각 때문에 다른 기록지로부터 간호일지에 중복해 옮겨 적고, 서술형 기록으로 간호과정이 잘 나타나지 않음으로써, 의료팀간의 의사소통이 원활히 되지 않으며 시간도 낭비되어 직접 간호에 관계되는 시간이 줄어 든다고 했으며(Comstock, Moff, 1991: Schmidt, Gathers, Stewart, Tyler, Hawins, Denton, 1990), Miller와 Pastorino(1990)는 외상병동의 기록 개선에 대한 연구에서 불필요한 환자 정보를 삭제하고 중요한 정보들은 통합되도록 하기 위해, 환자관찰과 간호에서 정기적으로 시행하는 요소를 표준화하고 이것을 간단한 부호로 표시할 수 있는 기록지 형식을 개발하여 전문적 간호를 전달할 수 있는 시간을 증진시킬 수 있다고 제안하였다. 최근에는 문제중심기록(POMR)형식이 도입되어 많은 병원에서 의사, 간호사들이 S.O.A.P(Subjective Objective Assessment Plan) 형식으로 경과일지를 적고 있으나, 실제적으로 간호사들이 S.O.A.P.형식을 맞추어 기록하는 것이 매우 어렵고, 문제 목록은 환자를 부정적으로 보게하는 측면이 있으며, S.O.A.P 용어들이 간호과정 기록에는 적절하지 못하다는 문제점이 지적되고 있다.(Lampe, 1985) 1980년 미네소타의 Eital 일개 병원에서 개발해낸 “촛점 기록(Focus Charting)”은 이러한 문제점을 보완한 것으로, 간호사들에 의해, 사용하기 쉽고 이해하기

쉬우며 자료를 조직하는데 도움을 준다고 평가되고 있다.(Edelstein, 1990)

“촛점 기록(Focus Charting)”은 간호과정을 기록해 나갈 수 있는 기록방법이며 환자의 행동이나 관심, 의미있는 환자상태의 변화, 또는 환자치료에 있어서 중요한 사건 등 다양한 상황을 표현할 수 있도록 유연성을 둔 것이 특징이며, 간호진단의 적용을 매우 쉽게 할 뿐 아니라 정보를 신속하게 기록할 수 있으며 간호감사에도 도움이 되는 기록형태이다.(Lampe, 1985)

Ⅲ. 조사대상 및 방법

1. 조사대상 및 기간

본 조사는 미국 Missouri주 St.Louis의 St.Mary Home Health기관의 기록지와 이 기관의 사업대상 가정에 비치된 기록지를 분석하였으며 이 기관에 근무하고 있는 전 직원을 대상으로 하여 면담을 통해 자료 수집을 하였다. 자료 수집 기간은 1991년 5월 4일부터 6월 22일까지였다.

연구의 한계 : 본 연구는 임의 표출로 일개 병원을 대상으로 하였으므로 유형이 다른 가정간호 기관에 연구 결과를 일반화하는데 제한이 있다.

2. 조사방법

(1) 기록검토

초기 간호계획이 계속적으로 평가되고 최근의 정보로 대체되는지 여부와 환자교육의 내용 및 교육에 대한 환자의 반응이 기록되었는지 알아보기 위해 가정간호 의무기록실에 보관중인 간호기록을 무작위로 추출하여 검토하였으며 간호감사하는 과정에도 참여하였다. 가정방문에도 동반하여 환자의 집에 비치해 두는 기록에 대해 조사하였다.

(2) 직원면담

이 기관의 장을 비롯하여 간호 관리자(2명), 서기(3명), 인력담당자(1명), 의무기록담당자(1명)와 만나서 그들의 역할에 대해 면담하였다. 간호사와의 면담을 위해서는 연구의 목적을 알리고 각 개인의 방문계획이 방해받지 않는 시간에 면담을 실시하였으며, 시간제 간호사 3명을 포함한 13명의

간호사와 면담하였다.

면담은 비구조적인 방법으로 일대일 면담을 실시하였으며 기록체계에 대한 의견을 묻고 기록체계 중 특히 간호계획지와 방문기록지에 대한 직원의 의견을 조사하였으며, 기록체계와 관련해서 질적인 간호와 간호의 계속성 유지에 대한 의견제시를 권하였다. 또한 견본으로 준비한 “초점기록 방문지(Focus Charting)”에 대한 의견을 수렴하고 작성된 기록지가 어떤 흐름을 통해 의사소통이 되는가 알아보기 위해 간호사 외에 의무기록담당자, 서기, 간호관리자(Nurse Manager)를 면담하였으며 가정방문에도 동반하여 환자의 집에 두고오는 기록지의 종류등을 살펴 보았다.

(3) 간호진단에 대한 조사

이 기관에서는 어떤 종류의 간호진단이 대상환자들에게 이용되고 있는지를 알아 보기 위해 31개 간호진단 목록을 제시하고 사용빈도에 대해 5점 척도로 표시하도록 하였다. 간호진단은 31개로 구성되었으며 간호진단 중에서 전혀 사용하지 않은 경우에는 0점이고 사용 빈도가 높을수록 점수가 높아진다. 간호진단 목록은 St.Mary 병원에서 표준간호계획과 함께 사용되고 있는 것을 이용하였다.

IV. 조사결과

1. 기록의 문제점

이 기관의 관리자(manager 이상급)들은 간호기록을 개선해야 한다는 문제점을 인식하고 있었으며 특히 간호계획이 간호가 진행됨에 따라 새롭게 최근의 것으로 수정되지 않고 있는 점과, 환자간호를 감독하고 의사와의 의사소통을 맡게되는 간호관리자가 환자기록을 손쉽게 볼 수 없으므로 해서 조정자 역할을 제대로 할 수 없고, 간호사 상호간에 환자에 대한 정보교환이 되지 않는다고 하였다.

간호기록을 검토해 보았는데 간호진단과 간호계획이 수립되고 방문기록은 S.O.A.P. 형식으로 하고 있지만 실제적인 수행과 평가되는 과정이 기록에 나타나지 않고 단지 S.O.A.P.라는 순서로 기록을 할 뿐이었다. 따라서 각 문제중심별로 구분되지 않고 환자에게서 관찰되는 모든 사항을 한꺼번에 나

열해 놓은 형식적인 것에 그치고 있었다.

방문기록지인 경우 현재의 기록방법으로는 환자의 문제가 무엇인지 명확하게 파악하기가 몹시 어려운 실정이었다. 간호사들이 기록에 대해 문제점이라고 생각하는 것은 간호계획이 퇴원요약 쓸 때에는 실제 간호에는 이용이 거의 안되고 의무기록에 사장되어 있으며, 변화되는 환자상태와 반응에 따라 역동적으로 최근의 정보로 대치되어야 하는 것이 몹시 힘들다는 것이었다. 또한 환자의 담당간호사 뿐 아니라 동일한 환자를 방문하게 되는 다른 동료 간호사나 시간제 간호사들이 환자의 간호계획에 대해 접할 기회가 없으며, 특히 시간제 간호사들은 기록한 환자에 대해 잘 파악하지 못한 채 방문하게 되는 경우가 많기 때문에 수행할 수 있는 간호를 충분히 전달하지 못하게 되어서 인력 활용이 비효율적인 것으로 나타났다. 간호사들은 기록할 내용이 많은 것에 몹시 부담을 느끼고 있었으며, 비슷한 문제를 가진 환자에게 매번 같은 내용의 간호계획을 모두 적어야 하는데 시간소요가 많아서 미리 인쇄된 표준간호계획지가 반드시 필요하다고 제안하였다. 표준간호계획지와 병행해서 자주 시행하게 되는 환자교육점검표가 있어야 된다고 했는데, 가장 많이 요구되는 교육내용으로는 당뇨병, 장루간호, 상처치료, 경관영양등이었다.

교육자료로서는 저염식, 저 콜레스테롤식, 당뇨식, 저혈당증세, 고혈당증세, 발 간호, 심울혈증의 증상, 약품에 대한 요구가 높았다.

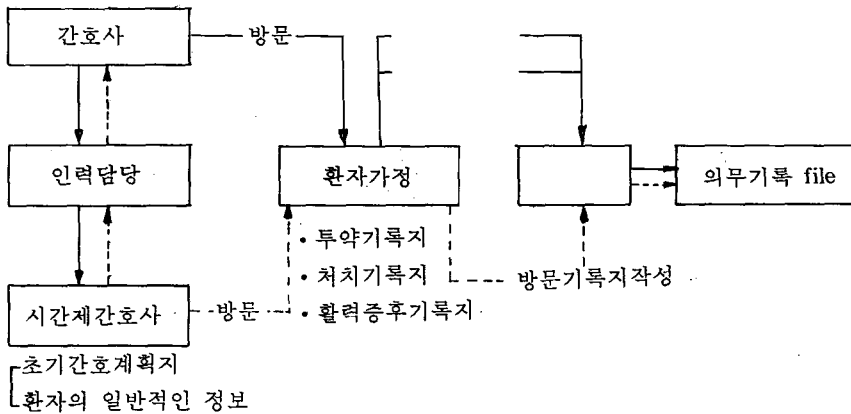
간호사들이 중요하게 생각하는 것은 새로운 기록체계가 환자를 중심으로 하는데 중요한 역할을 할 수 있어야 하며 어떠한 형태의 것이더라도 현재 보다는 기록하는데 시간절약이 되어야 한다는 것이었다. 방문기록지에 대해 현재의 형식에 별다른 문제점이 없다는 간호사들의 견해는, 간호관리자의 견해나 간호감사에서 나타난 것과는 상반된 것이었으나 견본으로 준비된 초점기록(Focus Charting)에 대해서는 긍정적인 반응을 보였고, 매 방문시 정기적으로 관찰해야 하는 피부상태, 배변, 의식상태에 대해서는 간단히 부호로 표시할 수 있어야 한다는 의견이었다.

2. 현재 기록 체계의 흐름과 의사소통

간호사가 환자를 방문한 후 작성하는 간호계획지와 방문기록지는 간호사의 활동기록과 환자별 방문기록을 위해 서기에게 전달되고 그 후 의무기록 file에 철하게 된다. 환자방문 싯점에서부터 간호기록을 제출할 때까지 시간을 48시간으로 규정하고 있으나, 완성의무기록 file에 포함될 때까지

걸리는 시간은 일정하지 않으며 대개 48시간이 초과되고, 4~5일 소요되는 경우도 있었다. 기록을 위해서 office hour를 일주일에 8시간씩 간호사가 자율적으로 환자방문 schedule에 따라 정해 놓고 있으며, 이 시간을 이용해서 기록을 하고 있었다.

〈표 1〉



간호계획을 매번 손으로 쓰고 있었으며 방문기록지는 서술형이어서 기록하는데에도 시간이 많이 걸릴뿐 아니라, 운영상의 필요로 의무기록에 포함되기까지 시간이 상당히 많이 걸리기 때문에 환자를 전체적으로 감독하는 관리자는 필요할 때에 기록을 살펴 보는 것이 매우 어렵다고 하였다. 환자의 집에는 투약기록지, 활력증후기록지와 처치내용을 적는 기록지를 비치해 두고 매 방문시 해당사항을 기록해 주고 있었다.

간호사는 그날의 가정방문이 끝난 후 사무실로 돌아오지 않고 전화로 방문결과를 간단히 보고하고 있었는데 이 일은 인력담당자가 맡아서 하고 있었으며, 시간제간호사가 일시적으로 환자방문을 하게 되면 보고 받았던 내용을 전달해 주고 있었다. 인력담당자가 이러한 중개 역할을 하게 된 것은 환자분담과 간호사 근무 schedule이 밀접하게 연관되어져 있고 시간제 간호사에게 위임하게 되는 일도 상호관련이 있기 때문이었다.

시간제 간호사는 최초의 간호계획지와 환자의 일반적 정보를 복사한 것을 자료로 해서 환자방문을 하고 방문후 결과를 인력담당자에게 보고하고 있었다. 환자에 대한 정보교환이 간접적인 의사소통의 방법에 의해서 이루어지고 있으며, 인력담당

이 간호사가 아니라는 점에서 단순한 사실 전달에 그치고 있었다.

이상에서 살펴볼 때 간호계획이 수립된 후, 이 계획이 계속 진행되는 환자 간호에 이용되지 않고 의무기록속에 묻혀져 있으며, 방문기록지도 방문후 즉시 작성되지 않고 시간이 경과한 후 작성되면서, 이것이 직원들 사이에서 정보로써 활발히 이용되지 못하고 있었다.

3. 간호 진단의 사용 빈도

각 간호사를 면담한 결과 총 31개 간호 진단 중 자주 사용되는 것은 5개에 불과하고 11개의 진단은 가끔 사용되며, 15개의 진단은 거의 사용되지 않고 있었다.〈표 2〉

〈표 2〉 간호진단의 사용빈도

평 균	간 호 진 단
3.1 이상	5 개
2.1~3.0	11 개
1.1~2.0	7 개
1.0 이하	8 개
계	31 개

자주 사용되는 5개의 진단은 그 사용 빈도 순으로 보면, 지식 부족, 피부 통합성 장애, 배뇨 장애, 체액 불균형, 영양 장애 순이었다.<표 3>

<표 3>

간 호 진 단	평균사용빈도
지식 부족	3.7
피부통합성장애	"
배뇨장애	3.1
체액불균형	3.0
영양장애	"
배변장애	2.9
자기간호결핍	2.8
심박출량감소	"
안위장애	2.7
비효과적인 호흡양상	2.6
활동내구성장애	"
비효과적인 기도청결	2.4
감염 잠재성	"
가스교환장애	2.3
기동성장애	"
조직통합성장애	2.0
손상 잠재성	1.7
사고과정장애	"
수면장애	1.6
불안/공포	1.3
대처장애	1.2
구강점막장애	1.1
의사소통장애	1.0
자기개념장애	0.8
가족과정장애	"
체온의 장애	"
영적인 장애	"
비통반응장애	0.5
폭행 잠재성	0.5
사회적 격리	0.3
성적 기능/반응 장애	0.2

지식 부족은 다른 진단보다 월등하게 사용빈도가 높은 것으로 나타났는데, 이는 환자나 가족에게 정확한 건강 정보의 요구가 높음을 시사하며, 가정간호사의 역할 증 교육이 차지하는 비중이 크다는

것을 나타낸다고 하겠다.

4. 조사결과 분석

이상에서 나타난 조사결과를 분석해 보면 간호기록체계의 비효과적 체계와 이를 통한 의사소통의 비효율성을 지적할 수 있다. 이러한 것을 개선하기 위해서는 효과적인 기록 체계와, 간호과정을 나타낼수 있는 표준간호계획지, 방문기록지, 교육기록지의 개발이 요구되며, 새로운 기록지를 이용해서 환자를 중심으로 관련된 의료인들이 효율적으로 정보교환을 할 수 있는 전달체제로 변환시켜야 한다.

V. 연구결과에 따른 실제적인 개선방안

1. 기록지 개발

가정간호에서 사용하는 기록지에는 의뢰서, 투약기록지, 퇴원요약지, 경과기록지, 간호계획지, 방문기록지 등 많은 종류가 있지만 간호과정을 적용하는데 핵심적인 부분이 되는 간호계획지, 방문기록지와 가정 간호사의 중요 역할인 교육에 대해 기록할 교육지를 다음과 같이 제시하였다.

(1) 표준 간호기록지

표준 간호기록지에는 간호진단을 기록하는 데 각 환자에게 서로 다르게 나타난 원인적인 요인을 적는 난을 마련해 두었으며, 기대되는 결과는 환자 중심으로 서술되었으며 미리 인쇄된 것 외에 측정기준치를 제시해야 될 필요가 있는 경우를 위해 추가 기록할 수 있는 여백을 두었다.

기대되는 결과를 평가하고 재계획하는데 기준시점이 되는 시간제한에 대해 적도록 하였고 가정간호의 대상자가 만성적 장기환자가 많은 것을 고려해서 여러번 재계획할 수 있는 여지를 두었다. 간호중재는 동일한 간호진단하에서 일반적으로 수행하게 되는데 간호중재를 기술하였고 각 항목당 구체적인 방법, 도구등을 기술할 필요가 있는 것은 빈칸을 두어 적도록 하였다. 일반적인 중재외에 특수한 간호중재에 대해서는 반응과 상태변화에 따라 어떻게 수정되고 추가되어 갔는지에 대한 내용을 일목요연하게 볼 수 있도록 하는 간호중재 진행표를 병행하도록 하였다. 이 진행표는 처음 중재

〈표 4〉 간호계획지

환자이름: _____

간호진단: _____ 관련된 지식부족

시작된 날: _____ 서명: _____ 해결된 날: _____ 서명: _____

기대되는 결과	시 한			
	시 한	재계획	재계획	재계획
환자/가족은 요구되는 기술이나 정보에 대해 이해하며 재현할 수 있다.				

간 호 증 재	증재의 진행: _____						
	날짜/서명						
# 다음의 정보를 제공한다. ▷ 투약: _____	/	/	/	/	/	/	/
▷ 질병: _____							
▷ 치료: _____							
▷ 활동: _____							
▷ 식이: _____							
▷ 의료기구: _____							
▷ _____							
# 치료의 목표와 기대효과를 설명한다.							
# 환자가 알고 싶어하는 시술과 간호기술을 교육한다. R/T _____							
# 간호와 교육에 중요한 타인을 포함한다. 이름/관계 _____							
# 교육보조물을 제공한다: # _____							
# _____							
# _____							

"I"-시작 "C"-계속 "D/C"-중지

를 시작한 것은 "I(Initiated)", 그 후 계속 진행된 것은 "C(Continued)," 중지된 것은 "DC(Discontinued)"로 표시하도록 하였다. 이러한 진행을 확인하는 간격은 환자의 상태, 방문간격, 기관의 정책에 따라 유동적으로 결정할 수 있으며, 처음 간호계획을 세웠을 때 간격을 결정해 놓게 된다.

(2) 교육 기록지

〈표 5〉 장루간호 교육기록표

환자이름: _____

내 용	교 육			평가(환자의 재현)		
	날짜/서명 방법	날짜/서명 방법	날짜/서명 방법	날짜/서명 평가	날짜/서명 평가	비고
장루형태와 효능						
배액의 영향						
장루색깔의 변화						
장루개구의 측정						
장루주머니 제거						
피부간호절차						
주머니세척및 제거						
기구의 재부착						
세정목적과 방법						
식이의 영향						
피부손상방지						

@방법: 구두 "V", 시범 "D", 책자이용 "L" 등

@평가: 완전습득 "M", 부분습득 "P", 계속교육요망 "I"

표준교육기록지와 병행해서 환자교육에 대한 내용, 환자의 반응, 평가등을 기록할 기록지가 필요하며, 환자교육을 반복해서 실시하는 경우가 많고 한번에 많은 양을 교육하기 보다는 단계적으로 조금씩 교육하는 것이 효과적이라는 것을 고려한 “환자교육기록표”를 개발하였다. 간호사들과 면담과정에서 요구가 많았던 당뇨병, 장루간호, 상처치료, 경관영양에 대한 교육기록표를 먼저 개발하였다.

〈표 5〉에서 보면 교육한 내용을 한가지 주제별로 구분해 놓았고 각 주제에 대해 언제, 누가, 어떤 방법을 이용해서 교육했으며 교육에 대한 환자의 반응과 결과를 기록할 수 있도록 구성되어 있다.

(3) 방문 기록지

〈표 6〉 방문 기록지

환자이름: _____

제가상태					방문시작
					방문 끝
체온	맥박	호흡	혈압	체중	
관찰사항	# 폐음	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 비정상: _____		
	# 심장	<input type="checkbox"/> 규칙적	<input type="checkbox"/> 불규칙적		
	# 음식섭취량	<input type="checkbox"/> 좋음	<input type="checkbox"/> 보통	<input type="checkbox"/> 나쁨	
	# 배변	<input type="checkbox"/> 규칙	<input type="checkbox"/> 불규칙적		
사항	# 마지막 배변:	_____			
	# 배뇨	<input type="checkbox"/> 어려움 없음	<input type="checkbox"/> 어려움		
	# 부종	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 유: _____		
찾점	# 혈당치	_____			
	# 임상검사	_____			
자료(주관적/객관적)	중재	평가및 재계획			
경과일지					

날 짜 : _____ 서 명 : _____

현재의 방문기록지는 일반적인 관찰사항과 서술형 기록으로 S.O.A.P.형식에 맞추어 기록되고 있었

다. POMR에서 시작된 S.O.A.P.형식은 번호를 주어서 각 문제별로 기록하는 데 “A(assessment)”와 P(plan)” 부분은 같은 내용을 불필요하게 반복하여 기록하는 경우가 많았다. 이러한 문제점을 보완하고 환자에게서 관찰된 자료와 간호중재, 평가, 재계획 등을 일목요연하게 표현할 수 있는 “초점기록(Focus Charting)”을 방문기록지에 도입하였다. 간호사가 매 방문시 정구적으로 관찰해야 될 내용은 윗 부분에 인쇄하고 간단한 부호로 표시함으로써 기록을 대신하도록 하였다. 간호사의 경우는 폐, 심장의 상태, 음식 섭취정도, 배변, 배뇨, 부종여부, 혈당치와 임상검사한 내용이 포함되어 있다. 초점기록(Focus Charting)은 길게 진술된 간호진단에 가장 초점이 되는 단어나 구를 이용해서 문제를 구분하고 자료수집이나 중재 평가에 대한 기록도 좀 더 체계적으로 할 수 있는 기록체계이다. 이러한 기록체계의 장점을 매번 길게 간호진단을 기술하지 않고도 문제 파악이 용이하며 기록에 걸리는 시간이 절약되며 간호과정의 전 과정이 좀 더 체계적으로 기록된다는 점이다. 또한 간호진단에 포함되지 않는 임시적인 문제가 있을 때에도 그 문제의 초점되는 것을 기록함으로써 간호진단이 내려진 문제의에는 기술하기 어려운 경직성에서 탈피하도록 하였다. “정보제공 결여와 지식부족(당뇨병)”이라는 진단을 가진 환자의 경우 초점이 되는 단어로 “지식 부족”만을 선택해서 쓸 수 있으며 간호하는 도중 의사가 새로운 약을 처방했다면 “새로운 투약”이라는 것을 초점으로 문제 기술을 할 수 있다.

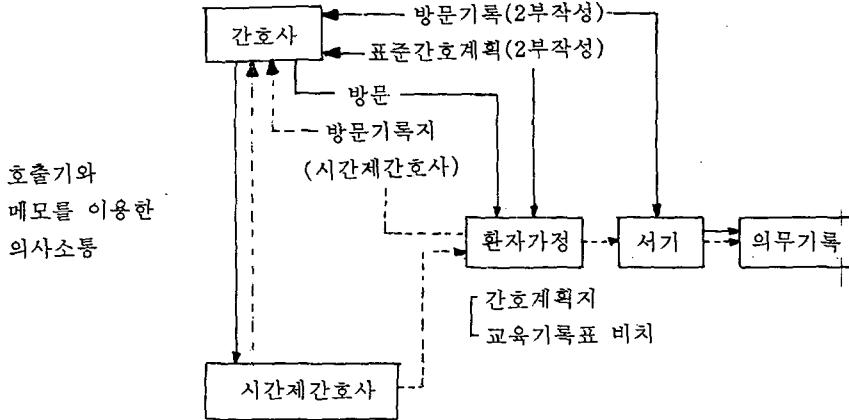
2. 의사소통의 방법 개선안

표준간호계획지를 이용하되 2부씩 작성하도록 하여 1부는 환자 집에 다른 기록지와 함께 두고 1부는 간호사가 소지하도록 하였다. 환자집에 계획지를 두는 것은 누가 환자를 방문하더라도 어떤 간호계획이 이루어졌으며 또 진행되고 있는지 계획지를 통해 자연스럽게 의사소통이 되며 환자편에서 보면 간호계획에 자신이 참여되고 있는 것을 느끼게 되는 장점이 있다. 간호사가 1부를 소지하는 것은 수시로 변화되는 내용을 계속 기록하기 위한 것이며 따른 간호사에게 자신의 환자를 위함

하는 경우 즉각적으로 정보를 제공해 줄 수 있다. 간호계획지는 환자의 문제가 해결되었거나 퇴원할 때 의무기록에 포함시킬 수 있으며 혹은 한번 쓰면 3장이 복제되어 나오도록 인쇄를 해서 1부는

미리 의무기록에 포함시켜 놓았다가 문제가 해결된 경우 바꾸어 철회 놓거나 나머지 1부를 간호감독을 하는 관리자에게 주어서 의사와의 의사소통을 효율적으로 돕는 방법도 가능하다. <표 7>

<표 7>



방문기록지도 2부가 복제되어 나오도록 하여 1부는 간호사가 소지하고 1부는 급료, 의료비용 청구등에 이용되도록 서기에게 전달하고 그것이 의무기록에 철회되도록 한다. 시간제 간호사는 간호사로부터 방문위임을 받은 환자를 방문한 뒤 방문기록지를 2부 작성하여 1부는 담당간호사에게 전달하고 1부는 서기를 준다.

이러한 방법을 사용했을 때 행정적인 필요로 방문기록지가 사용되는 것 때문에 환자가 기록에 적절히 이용되지 못했던 점이 보완될 수 있으며, 무엇보다도 담당간호사와 시간제 간호사들간의 의사소통이 긴밀해 진다는 점이다. 방문을 위임받을 때도 비전문인인 인력담당이 중개역할을 하게 하지 않고 직접 의사소통을 할 수 있는 방법을 고안해야 하는데 그 방법으로 호출기의 이용이 제안되었으며, 간호사, 시간제간호사 전원이 호출기를 소지하게 되었다. 호출기를 이용한 직접대화와 담당간호사가 간단한 메모를 남기는 것도 함께 제안되었으며, 시간제 간호사가 환자를 방문한 후에는 방문기록지를 담당간호사에게 줌으로서 실제 관찰한 내용과 간호내용등이 자세히 전달 될 수 있다.

3. 개선안 적용을 위한 준비

위에서 제안된 개선안들이 실제적으로 적용되기 위해서는 사용빈도가 높은 순서로 표준간호계획지와 교육기록지를 더 개발하고 각각의 새로운 기록지에 대한 작성지침서가 마련되어야 하며, 기록지를 이용한 의사소통방법에 대한 지침도 준비되어야 한다. 이와 더불어 가정 간호사와 관련 직원의 교육이 철실하게 요구된다.

4. 개선안으로 기대되는 효과

개선된 기록지와 의사소통방법을 활용했을 때 기대되는 효과로는 간호의 계속성 유지를 증진시킬 수 있고, 시간절약과, 계획된 방문, 체계적인 교육을 통해 생산성이 향상될 수 있다고 기대된다. 환자를 중심으로 관련된 직원들간에 좀더 긴밀한 의사소통이 가능해져서 정보교환이 용이하며, 질적 관리의 향상으로 간호의 질이 향상되며 따라서 환자의 만족도도 증가하리라 본다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 병원 중심 가정 간호에 있어서 기록체계의 문제점을 규명하고, 유용한 기록체계를 개발함으로써, 의료인 간의 의사소통 및 질적 가정간

호의 관리체계를 효율적으로 확립하는데 기여하고자 시행되었다.

연구의 대상은 미국 Missouri주 St.Louis의 일개 병원중심 가정간호기관이었으며, 연구기간은 1991년 5월 4일부터 6월 22일까지였다. 간호관리자, 가정간호사, 직원을 연구대상으로 하였으며 연구방법은 기록검토와 직원면담, 가정방문, 설문지가 이용되었다.

연구결과를 요약하면 다음과 같다.

1) 기록의 형식은 원천적으로 서술형이며 시간이 많이 걸린다.

2) 초기 간호계획이 계속적인 환자간호에 이용이 되지 못하고 있다.

3) 기록이 간호과정을 반영하지 못한다.

4) 환자기록이 관리자와 간호사 사이에 의사소통도구로서 효과적으로 이용되지 못한다.

5) 관리자는 환자에 대한 정보수집이 어렵고 따라서 조정자 역할을 효율적으로 하는데 어려움이 있다.

6) 환자에게 교육한 내용이나, 교육에 대한 반응, 평가가 기록에 잘 나타나지 않는다. 이에 따라 새로운 기록체계를 개발, 제시하고자 한다. 새로운 기록 체계내에서 가정간호사는 :

1) 간호진단과 기대되는 효과, 시간적 제한, 중재의 진행이 포함되어 있는 표준화된 간호계획지를 사용한다.

2) 간호계획지를 환자집에 등으로써 간호사-환자의 상호동의를 계획을 세우고, 직원들 사이의 의사소통도구로 이용한다.

3) 계속 진행되는 계획을 수정하기 위해 계획지 1부는 소지한다.

4) 교육기록표를 이용하여 교육하고 기록한다.

5) 간호과정을 촛점기록 방문기록지에 기록한다.

6) 방문기록지 1부를 소지한다.

7) 시간제 간호사로부터 위임했던 가정방문에 대한 보고로서 방문기록지를 받는다.

8) 간호기록을 간호사들간의 직접의사소통에 이용한다.

9) 호출기와 메모이용으로 직접 의사소통을 증진시킨다.

본 연구를 통해 다음과 같은 것을 제안한다.

1) 이 연구에서 개발된 기록지와 기록체계를 따

를 때의 소요시간과 업무의 효율성에 대한 추후연구가 필요하다고 본다.

2) 우리나라 가정간호에서 사용될 기록체계 개발에 대한 연구가 이루어져야 한다고 제안한다.

참 고 문 헌

1. 박성애, 일부 종합병원 간호원의 간호기록에 대한 태도조사, 최선의학, 1982, 25(1), 107-111
2. Burke, S.M., Home Health Challenges : Paperwork VS Peoplework, Nursing Management, 1990, Vol 21 No11, 64
3. Comstock, L.G., and Moff.T.E., Cost-effective, Time-efficient Charting, Nursing Management, 1991, vol 22, No 7, 44-48
4. Edelstein, J., A Study of Nursing Documentation, Nursing Management, 1990, Vol 21, No 11, 40-46
5. Fiesta, J., Law and Liability : A Guide For Nurses, New Youk : John Wiley & Son : 1983
6. Humphry, C.J., and Milone-Nuzzo.P, Home Care Nursing : An Orientation to Practice, Norwalk : Appleton & Lange, 1991
7. Lampe, S.S., Focus Charting : Streamlining Documentation, Nursing Management, 1985, Vol. 16. No.7, 43-46
8. Martinson, I.M., and Widmer A., Home Health Care Nursing, Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1989
9. Mayer, M.G., and Norby, R.B., and Watson, A. B., Quality Assurance For Patient Care : Nursing Perspectives, New York : Appleton-Century-Crofts. 1977
10. Miller, P., and Pastorino, C., Daily Nursing Documentation Can Be Quick and Thorough! Nursing Management, 1990, Vol.21, No.11, 47-49
11. Morrissey-Ross, M., Documentation, Nursing Clinics of North America, 1988, Vol.23, No.2. 363-371
12. Rovinski, C., Zastocki, D.K., Home Care, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1989.

13. Schmidt, D., Gathers, B., Stewart, M., Tyler, C., Hawkins, M., and Denton, K., Charting for Accountability, *Nursing Management*, 1990, Vol.21.No.1. 50-52

14. Stuart-Siddall, S.,(ed), *Home Health Care Nursing : Administrative and Clinical Perspectives*, Rockville : Aspen Publication, 1986

(ABSTRACT)

**Development of Documentation System in Hospital-based Home Health
— in one general hospital in the U.S.A. —**

Chang-Hee Kang (R.N., M.Ed.N., Instructor, College of Nursing, Seoul National University)

The purposes of this study were

- 1) to assess the current documentation system
- 2) to identify the problems in communication regarding to documentation
- 3) to develop new documentation system
- 4) to suggest effective communication channel using new documentation system

Research was conducted by direct observation, chart review, staffs interview and survey.

Results were as follows :

- 1) nursing care plans were not used in ongoing care
- 2) documentation format was primarily narrative and charting was time consuming
- 3) documentation did not reflect the nursing process
- 4) patient records were not used as effective communication tool between case manager and part time nurse
- 5) difficult access to patient record for nurse manager created inefficiency in coordinating
- 6) documentation of patient education did not describe the precise contents of education, and the responses of the patients and evaluation

To solve these problems, new documentation format was developed. With new formats nurses :

- 1) use standardized care plan which contains nursing diagnosis, expected outcome, time frame for evaluation, flow sheet for updating the plans
- 2) leave one copy of care plan at patient home for mutual agreement with patient and communication among nursing staffs
- 3) carry one copy of care plan for updating
- 4) document and evaluate the patient education using education check list keeping in patient's home
- 5) document nursing process in focus charting visit report
- 6) carry one copy of visit report
- 7) have one copy of visit report which was delegated to part time nurses
- 8) use documentation in direct communication with part time nurse
- 9) use beeper and memo to promote communication