

## 가정간호기록지 개발에 관한 연구

한경자 · 박성애 · 하양숙 · 윤순녕 · 송미순\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

최근 우리나라는 만성퇴행성질환이 전체 사망원인의 75.9%를 차지하고(김정순, 1993) 근골격계, 만성소화기계, 만성순환기계, 만성호흡기계 등의 질환이 40대 이후에 급격히 증가하는 것으로 보고되고 있으며(최경혜, 1990), 이와 같은 만성질환과 노인인구의 증가로 인한 장기환자는 합병증 예방과 재활간호가 필요한 대상자로서 지속적으로 전문간호사의 도움을 받을 수 있도록 가정간호의 요구가 큰 것으로 사려되고 있다.

그러나 우리나라에서 1990년부터 법적으로 인정되고 있는 가정간호제도는 가정간호 교육과정이 실시되어 가정간호사를 배출시키고는 있지만 아직 가정간호의 직무범위, 가정간호수가와 지불방법 등의 가정간호체계가 확립되지 못한 상태이므로 가정간호사들이 실무에서 활동하기에 매우 어려움이 크다.

가정간호사업 운영에서 기록은 가정간호사의 업무지침이 될 뿐만 아니라 계획의 수립, 업무 수행, 업무 평가의 근거가 되므로 가정간호사업을 활성화하기 위해 가정간호기록지 개발은 매우 중요하고 필수적인 부분이라 하겠다. 일반적으로 간호평가는 간호효과에 영향을 주는 요인으로서 구조적 측면, 과정적 측면, 결과적 측면

의 기준을 포함하는데 기록은 간호업무, 기능, 활동에 대한 과정적 측면의 기준과 간호의 결과에 대한 결과적 측면의 기준을 포함하게 되므로 간호평가중 소급평가와 동시평가의 기준이 되고 간호감사의 자료로 이용되며 간호업무의 법적 근거자료가 될 수 있다.

미국에서는 가정간호기관에서 제공된 간호의 질(quality)에 대한 책임이 강조되고 있으며 서비스의 비용-효과 분석에 대한 많은 연구가 이루어지고 있으나 우리나라에서는 아직 가정간호사업에 대한 연구가 매우 부족한 실정이다.

가정간호에 대한 연구로서는 가정간호요구조사가 대부분으로서(김은경, 1993; 조원정 외, 1991; 조윤희, 1990), 병원에서 퇴원하는 환자를 대상으로 퇴원 후 필요한 가정간호요구에 관한 연구가 이루어졌으나 실제 가정간호사업에 대한 접근에 유용한 연구는 거의 없는 실정이다. 또한 가정간호 대상자들에게 제공되는 가정간호 업무 표준이 다르므로 연구결과의 일관성을 찾기가 어려우며 가정간호사업의 효과를 평가하기 위한 기초조사가 부족한 상태이다. 그러므로 우리나라 가정간호사업을 체계화하고 가정간호사업의 수가 및 가정간호사업 평가의 기초가 되는 가정간호사업의 표준을 근거로 한 가정간호사업의 기록체계가 절실히 필요하다고 사료된다.

\* 서울대학교 간호대학

## 2. 연구목적

본 연구는 신생아 및 아동, 성인, 노인, 만성질환자를 대상으로 가정간호요구를 파악할 수 있는 기록지를 개발해서 가정간호 수가의 근거자료가 되고 나아가 가정간호사업의 효과를 평가할 수 있는 기초자료로서 활용하는데 그 목적이 있다.

## 3. 용어의 정의

- 1) 신생아와 산모 : 출생 후 1개월 미만의 신생아와 산모
- 2) 아동 : 신생아를 제외한 1세-6세까지의 아동
- 3) 성인 : 19세-64세까지의 대상자
- 4) 노인 : 65세 이상의 성인
- 5) 만성질환자 : 3개월 이상 지속되거나 자주 재발되는 질환으로 약을 복용할 정도의 건강문제를 호소하는 환자 또는 이환기관에 상관없이 만성질환으로 분류되는 질병이 있는자
- 6) 가정간호 요구가 있는 대상자 : 퇴원직후 환자, 신생아 및 산모, 특수장치를 가지고 생활하는자, 정상적 질병조절 및 회복이 안되는 만성질환자, 건강관리 행위를 수행하지 못하는 사람, 교육적 간호요구가 있는 사람, 가족의 지지 및 지원이 부족한 사람으로서 이중 한가지 범주 이상의 요구가 있는 경우.

## II. 문헌고찰

미국에서는 지역사회에 있는 가정간호기관에서 제공된 간호의 질(質)에 대한 책임이 점차 강조되고 있다. 또, 보건의료소비자들의 의료요구가 높아져 보건의료 제공자에 대한 인식이 신뢰할 만한 것보다는 책임을 요구하는 쪽으로 옮겨가고 있다. 즉, 이러한 인식전환은 안전한 질적 서비스제공을 요구하고 있다는 점이다. 또, 수단불의 정부재원, 제3자불자 수의 증가와 책임성있는 통계기전을 확보하려는 전문인단체들의 노력이 부족한 결과로 복잡한 규정제정을 초래하기도 하였다. 이러한 규정들은 제공된 서비스가 적절하며 비용-효과적인지를 보장하려는 목적으로 만들어지게 되었다.

가정간호의 철학은 환자의 기본권리와 보건의료제공자들이 정해진 간호표준에 책임감이 있고 성실성을 지녀야 한다고 믿는다. 이를 위한 가정간호사업의 질적수준에 대한 감사(audit)는 구조, 과정, 성과 측면에서 행해진다. 과정 측면의 감사는 어떠한 순서로 무슨 서비스

가 제공되었는지를 확인하는 것이며 기록검토나 직접관찰에 의해 이루어진다. 성과측면의 감사는 서비스를 받은 환자의 건강수준은 어떻게 달라졌는가를 확인하는 것이며 과거지향적으로 실시된다.

특히, 가정간호대상자에 대한 간호과정이 성공적일 때 바람직한 결과를 얻을 수 있게 된다. 즉 체계적인 건강문제 파악과 이의 해결을 위한 계획수립과 수행후 건강문제가 얼마나 효과적으로 해결되었는가를 평가하는 과정을 말한다. 이러한 업무 수행을 나타내는 중요한 것 중의 하나가 기록(documentation)이며, 이 기록은 보건의료전문직으로서의 성실성과 책임감을 나타내주는 도구이기도 하다. 간호기록지의 보관 유지는 질적인 서비스를 감사하는데 있어서 다음과 같은 중요한 역할을 한다.

첫째는 주어진 모든 서비스에 대한 성문화된 확증이며, 둘째는 의사와 다른 보건의료전문인과의 의사소통방법이 되고, 셋째는 통계자료의 원천이 된다. 그리고 넷째는 중앙정부와 도정부의 지침에 따랐는지를 확인할 수 있고, 다섯째는 간호수가 청구의 원천이 된다.

환자기록지의 중요한 부분이 간호계획이며 이 계획은 개별환자에 대한 체계적이고 무엇이 행해졌는가를 말해주는 의사소통 도구이다. 기록은 기록자와 타인에게 간호행위에 대한 책임성, 접근방법을 알게 해준다. 그러므로 정해진 간호표준에 따라 행해진 환자간호계획과 성과기준이 일치되어야만 한다(Kinke & Wilson, 1987).

기록을 보관하는 목적은 요구사정이나 간호진단 또는 건강문제목록을 작성하고 간호활동력(活動力)을 제공하고 역할을 예측하고 최근 정보를 위한 기초를 제공하고 기금조성을 위한 자료가 되고 지역사회내에 있는 자원과 요구에 대한 서비스 제공에 관한 자료로 사용코자 함이다.

최근에는 기록보관을 전산화하고 있으며 주정보저장 체계에 따라 지부사업소나 각 개인용 컴퓨터에 연결이 가능하다. 전산화에는 요구사정을 위한 정보가 들어있는 데이터베이스시스템, 통계와 인력배치를 기록하는 파일시스템, 이환율과 사망율, 사업 대상 집단의 수와 방문횟수들을 보건통계로 분석하는 통계패키지와 재정-회계시스템을 위한 스프레드시트(spread sheet) 등이 포함된다.

모든 간호기록체계는 가능한한 간명하면서도 동시에 제공한 간호내용을 입증해야만 한다. 이 기록을 통해 일반간호사에게 조언하거나 기록검토를 통해 인력배치업무에도 도움이 된다. 가정간호기록지는 개인 환자 기록지와 가족기록지로 나눌 수 있다.

기록체계는 문제중심의 의료기록(problem oriented medical record 이하 POMR로 표기)을 함으로 불필요한 기록을 줄일 수 있다. 필수적인 정보는 진행기록지(progress notes와 flow sheet를 말함)에 기록한다. 내용으로는 간호진단과 이에 목적모형에 근거하여 현재 환자의 건강수준, 제공된 간호내용, 간호계획 수행에 대한 평가가 포함된다. POMR과 간호분류체계는 양적인 기록, 전산화, 분석에 기여하게 되고 더 나아가 재정체제에도 이용된다(Keating & Kelman, 1988).

이에 대해 진행기록에 포함될 내용을 더 구체적으로 열거하면 진행기록은 재가 환자의 건강수준을 정기적으로 나타내어야 하며 주관적, 객관적 관찰내용이 있어야 하고 분명하고 간명하게 문제를 해결하기 위해 제공된 간호중재와 보건교육과 가족참여 등이 강조되어 기록되어야 한다. 그리고 이러한 교육과 간호중재에 대한 환자나 가족의 반응을 포함하며 앞으로 목표에 이르기 위한 중재계획과 방문횟수의 증감에 대해서 기록에 남겨야 하고 가족내에 일어나고 있는 사회심리적 변화도 보여 주어야 한다.

간호업무수행에 관한 기록은 영구적으로 보존되어야 하며 법적인 의무이다. 기록은 간호수행이 적절했는지에 대한 파악과 간호수가 산정에 기초가 된다. 기록양식과 요구수준이 가정간호기관마다 다르다하더라도 기록체계는 기본이며 주관적, 객관적 사정과 계획(subjective, objective assessment and planning, SOAP)양식이 사용되기도 한다.

재가환자를 대상으로 하는 기록은 대상자의 문제를 다루기 위해 행해진 간호내용에 초점을 두고 기록되어야 하며 현재 환자의 불안정한 상태를 있는 그대로 기록하는 것도 중요하다(Humphrey, 1986).

가정간호기록지 개발에서 환자의 사정, 계획 중재평가를 위해 어떠한 간호분류체계를 기본으로 할 것인가도 중요하다. 국내연구를 보면 지역사회거주노인의 가정간호 요구과악을 기능상태를 5개 영역인 사회자원, 경제적 자원, 정신건강, 신체적 건강, 일상생활 활동과 환경, 가족을 포함한 연구(이인숙, 1990)가 있다. 만성 폐쇄성폐질환자를 대상으로 한 사례연구(이미에, 1992)와 산욕부와 신생아를 대상으로 한 사례연구(전은미, 1994)를 통해 퇴원, 입원 또는 가정간호대상자를 판정한 도구와 가정간호대상자의 사정도구, 방문기록지와 진행기록지(주관적, 객관적 자료로 구분)를 이용하여 사업내용을 분석한 연구 등 입원환자를 대상으로 사정도구가 개발되기도 하였다. 앞으로는 우리나라 이환

율과 사망율의 대부분을 차지하는 심혈관계 질환, 뇌졸중, 또는 악성신생물질환자에 대한 가정간호사정도구 개발이 필요하며 특히 지역사회의 보건소와 보건진료소에서 사용할 수 있는 표준화된 사정도구 개발이 필요하다.

그러므로 간명하고 정확한 비용효과중재의 기록이 가능하며 기록에 소요되는 시간을 줄이고 서류 작성 작업에 따른 스트레스를 줄이면서도 자료 재생이 용이하고 간호연구를 용이하게 하는 기록체계 개발이 앞으로 더욱 필요하다.

### Ⅲ. 연구방법 및 절차

본 연구는 방문간호사업시 사용할 기록지를 개발하기 위하여 그 1단계로 1993년 7월부터 실시한 경기도 연천군 지역의 가정간호 요구조사(한경자 외, 1994)에서 가정간호의 우선순위가 높은 고혈압, 당뇨, 신경계 마비가 있는 재가환자를 위한 질병사정도구와 노인 영유아를 위한 기록지 개발과, 2단계로 상기 대상자들의 가정간호요구 내용에 근거하여 중간성과 측정에 초점을 둔 방문간호(가정간호)사업의 효과를 측정하는데 필요한 기록지를 개발하고자 다음과 같은 연구절차를 통하여 수행한 기록지 개발연구이다.

본 연구팀은 연구 기록지 양식 개발을 위해 미국 가정간호사업장에서 현재 사용되고 있는 기록지들을 근간으로 하여 아동, 성인 및 노인의 초기사정양식, 질병별 기록지 양식과 업무에 필요한 의사처방기록지, 환자이송 기록지 등을 개발하고 이를 직접 지역사회 가정간호 사업에 사용하였다.

1단계 개발당시에는 뉴욕 방문간호협회의 기록양식을 일부 참고하였으나 신생아와 아동, 노인을 위한 새로운 사정도구를 따로 개발하였다. 초기 질병 사정 기록지 개발을 위한 과정을 설명하면 다음과 같다.

전공이 다른 간호학 교수 5인(간호관리학, 아동간호학, 정신간호학, 지역사회간호학, 성인간호학)이 여러 문헌을 참고로 하고 수차례의 토의를 통하여 가정간호의 요구가 있는 대상자의 범주를 7가지로 정하고 이 범주를 사정하기 위한 세부 설문지를 개발하였다. 선정된 7가지 가정간호요구가 있는 대상자의 범주-퇴원직후 환자, 특수장치를 가지고 생활하는 사람, 신생아 및 산모, 정상적 질병조절 및 회복이 안되는 만성질환자, 건강관리 행위를 수행하지 못하는 사람, 가족의 지원·지지가 부족한 사람, 교육적 간호요구가 있는 사람-로 정하였다. 세부 설문지는 각 가구의 특성을 파악하기 위한 공

통부분과 각 건강문제에 따른 가정간호요구를 개인별로 파악하기 위한 설문지로 나뉘어져 있다. 개인건강 문제를 사정하는 세부설문지는 만성질환을 지닌 일반인 및 노인용, 신생아 및 산모용, 아동용으로 구분하여 개발하였다.

2단계에서는 1993년 12월부터 1995년 3월까지 공공보건 조직을 통한 방문간호사업 모형 개발 연구를 위하여 방문간호 시행전 6개월간에 걸친 준비과정과 공공보건 조직내 보건진료원의 방문간호 업무지침서와 대상자 질병별 임상경과 기록지 및 기록지침을 개발하고 수정하는 작업을 수행하였다. 총 연구기간 중 방문간호사업에 대한 실무교육 및 기록지의 타당성 및 유용성 검증을 위하여 연구자들은 지역사회 보건사업 실무자 및 보건진료원들과의 4차례에 걸친 연찬회를 실시하였으며 자세한 일정을 소개하면 다음과 같다.

93년 12월-94년 6월 까지 고혈압, 당뇨, 신경계, 영유아, 노인 등 111명을 대상으로 하여 기록지<표 1>를 개발하였으며, 그 후 상기 과정을 통하여 개발된 기록지를 일부 수정하고 사용할 보건진료원의 실무 능력 향상을 위하여 1차(94년 6월 10일-11일), 2차(94년 11월 24일), 3차(94년 12월 20일)에 걸쳐 연찬군 7개군 소재 보건진료원들과 함께 업무지침서와 기록지를 실무에 적용하였고 이러한 기록지 개발 과정과 함께 가정방문을 실시한 기간은 1995년 1월에서 3월까지로 이 기간동안 계속적으로 연구자들과 보건진료원들과의 교육, 평가, 재계획 그리고 기록지 수정작업 등이 이루어졌다.

3단계로 연찬군 보건진료소 방문간호사업 연구 결과 개발된 기록지를 최종적으로 검토하고 개선·보완하

<표 1> 방문간호사업 대상자별 기록지 종류

초회방문시 사용을 위해 개발한 기록지	
고혈압	성인 또는 노인초기사정 고혈압 임상기록지 만성질환 사정 고혈압 사정
당뇨	성인 또는 노인초기사정 당뇨임상기록지 만성질환 사정 당뇨병 사정
신경계	성인 또는 노인초기사정 신경계 임상기록지 만성질환 사정 신경계 사정
노인	노인초기사정 치매 노인 임상기록지
아동	신생아, 아동 사정 기록지 부모 지지 및 교육요구 측정

며, 이 기록지를 이용하여 보건진료소 방문간호사업의 활성화를 모색하기 위하여 경기도 내 공공보건 관계자와 보건진료원 25명 그리고 관련 전문가 총 45명이 연찬회를 95년 5월 8일에 개최하였다.

기록지 개발 연구단계 및 절차 과정은 <표 2>와 같다.

#### IV. 연구결과

본 연구를 통하여 개발된 사정양식은 <표 3-1>부터 <표 3-12>와 같다.

<표 2> 방문간호사업을 위한 기록지 개발과정

	93년 12월	94년 1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	1월	2월	3월	4월	5월
방문간호사업 요구사정	→																	
사업체계구축 및 기록지 개발	→ 고혈압, 당뇨, 신경계, 영유아 치매 대상 기록지 수정 9/8, 10/20 → 기록체계개발 5/8 (경기도 보건진료원)																	
보건인력 훈련 및 개발	→ 연찬회(6/10-11, 7/27) 11/24, 12/20, 1/20-28, 3.29 1,2차 연찬회 가정방문시행 실무능력 자료수집정리 및 평가회																	
방문간호사업 지침서	→ 업무지침서 개발 → 업무지침서 실무적용																	

〈표 3-1〉가족건강기록부

세대번호 :

세대주명 : 전 화 :

현 주 소 :

전입일자 : 19    년    월    일            전거주지 :

방문기간	방문자	방문기간	방문자	방문기간	방문자

가족 : 구조(완전, 불완전 가족), 형태(직계가족, 방위가족, 핵가족), 발달단계 :

이웃 : 지역적 특성(주택가, 상가, 재개발예정지역)

지역사회시설(노인정, 유아원, 교회, 새마을회관, 기타                    )

지형(고지대, 저지대, 평지), 반사회 참석정도 :                    회/년

가옥 : 형태(한옥, 양옥, 연립주택, 아파트, 기타 :                    ), 가옥의 향(                    )

가구당 세대수 :                    세대                    소유상태(자택, 전세, 월세)

사용방수 :                    개                    위치(지하, 지면, 2층 이상)



주로 행하는 보건의료행위(방치, 자가치료, 전문의료인에 의해)

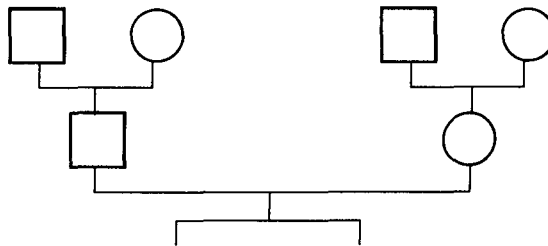
자가치료시 방법 \_\_\_\_\_ 의료행위의 결정자

건강문제가 있는 가족구성원에 대한 가족들의 관심(유, 무) “무”이던 이유 :

간호자 \_\_\_\_\_

전문의료인의 도움(필요, 불필요)

가계도 / 외부체계도



특기사항 및 기타

종료시 가족건강문제

종료년월일	가족건강문제	가정간호사서명

〈표 3-2〉 성인의 초기 사정과 보고

방문일 \_\_\_\_\_ 방문시간 \_\_\_\_\_ 부터 \_\_\_\_\_ 까지 성명 \_\_\_\_\_ 등록번호 \_\_\_\_\_

<b>일반자료</b>	<b>주로 돌보는 사람</b>
주소 _____	주로 돌보는 가족원 _____
성별 _____ 결혼상태 _____ 전화 _____	환자와 함께 사는가? 예, 아니오
종교 _____ 출생지 _____ 교육 _____	주로 돌보는 사람이 기꺼이 간호계획에 참여하는가? 예, 아니오
생년월일 _____ 나이(만) _____	주로 하는일(돌보는 내용) _____
직업 _____	주로 돌보는 사람이 필수적인 치료에 대해 배우고자 하는가? 예, 아니오

<b>정신사회적 사정</b>	<b>환 경</b>																																	
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 70%;">환자에게 나타나는 문제행동 유무</th> <th style="width: 15%;">Y</th> <th style="width: 15%;">N</th> </tr> <tr> <td>기억력 결핍</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>의사결정의 장애</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>보호자의 없을때의 방향</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>언어의 남용이나 부적절한 사용</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>공격적, 폭력적 신체행동</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>환자가 스스로 자신을 돌볼 수 없음</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>타인과의 만남을 꺼리는가?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>환자가 가정에서 혼자있기에 안전하지 못함</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>혼자 응급구조를 요청할 수 없음.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>수면양상의 곤란</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	환자에게 나타나는 문제행동 유무	Y	N	기억력 결핍			의사결정의 장애			보호자의 없을때의 방향			언어의 남용이나 부적절한 사용			공격적, 폭력적 신체행동			환자가 스스로 자신을 돌볼 수 없음			타인과의 만남을 꺼리는가?			환자가 가정에서 혼자있기에 안전하지 못함			혼자 응급구조를 요청할 수 없음.			수면양상의 곤란			환자의 질병과 관련하여 일상생활에 영향을 주는 주거환경은 적절한가? 예, 아니오 의견 _____
환자에게 나타나는 문제행동 유무	Y	N																																
기억력 결핍																																		
의사결정의 장애																																		
보호자의 없을때의 방향																																		
언어의 남용이나 부적절한 사용																																		
공격적, 폭력적 신체행동																																		
환자가 스스로 자신을 돌볼 수 없음																																		
타인과의 만남을 꺼리는가?																																		
환자가 가정에서 혼자있기에 안전하지 못함																																		
혼자 응급구조를 요청할 수 없음.																																		
수면양상의 곤란																																		
	<b>응급시 연락처</b>																																	
	이름 _____ 전화 _____																																	
	주소 _____																																	
	<b>경제적 요소</b>																																	
	수입이 충분한가? 예, 아니오																																	
	가족수 _____ 명 월수입 _____ 만원																																	

<b>투약사정</b>	<b>영양사정</b>
현재 투약내용 _____	하루의 식사횟수 _____ 간식횟수 _____
처방대로 약을 복용하는가? 예, 아니오	치료식이 _____
환자가 투약관리에 대하여 알고 있는가? 예, 아니오	치료식을 지키는가? 예, 아니오
환자가 투약목적에 대하여 알고 있는가? 예, 아니오	음식섭취는 적절한가? 예, 아니오
환자가 투약의 부작용에 대하여 알고 있는가? 예, 아니오	수분섭취는 적절한가? 예, 아니오
환자에게 투약으로 인한 부작용이 있는가? 예, 아니오	저작문제 : 유, 무
	연하문제 : 유, 무
	치아문제 : 유, 무

<b>기능수준 및 ADL</b>									
기능수준 및 ADL(점수)	독립 1	부분의존 2	전적의존 3	보조기구사용 2	기능수준 및 ADL(점수)	독립 1	부분의존 2	전적의존 3	보조기구사용 2
먹기					옷입기				
식사준비					투약				
배뇨 및 배변관리					의사지시의 수행				
자리 옮기기					장보기				
걷기					청소 및 세탁				
계단 오르내리기					재정관리				
목욕									

## 전체점수 \_\_\_\_\_ 점

기타 중요사항 / 문제 : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

병원 방문 예정일 \_\_\_\_\_ 성명 \_\_\_\_\_



<표 3-3> 노인의 초기 사정과 보고

방문일 \_\_\_\_\_ 방문시간 \_\_\_\_\_ 부터 \_\_\_\_\_ 까지 성명 \_\_\_\_\_ 등록번호 \_\_\_\_\_

일반자료	주로 돌보는 사람
주소 _____	주로 돌보는 사람의 이름 _____
성별 _____ 결혼상태 _____ 전화 _____	환자와 함께 사는가? 예, 아니오
종교 _____ 출생지 _____ 교육 _____	주로 돌보는 사람이 기꺼이 간호계획에 참여하는가? 예, 아니오
생년월일 _____ 나이(만) _____	주로 하는일(돌보는 내용) _____
직업(은퇴하였으면 이전직업) _____	주로 돌보는 사람이 필수적인 치료에 대해 배우고자 하는가? 예, 아니오
현재 혹은 과거직업 _____	
가장 가까운 사람 _____	
경제적 상태	환 경
가정의 자원 : 연금, 기타	환자가 사용하는 공간과 가구는 적절한가? 예, 아니오
수입이 충분한가? 예, 아니오	의사소통 양상
가족수 _____ 명 월수입 _____ 만원	언어장애 : 유, 무 실어증 : 유, 무
의료보험(직장, 공무원 교원) 의료보호	
배설양상	영양사정
<소변문제>	하루식사횟수 : _____ 간식횟수 : _____
소변이상 : 유, 무	치료식이 : _____
24시간동안 얼마나 자주 소변을 보는가? _____	치료식이를 지키는가? 예, 아니오
소변에 관계된 약을 사용한 적이 있는가? 예, 아니오	식사에 있어 특수한 선호음식이나 제한점 : _____
소변 배설을 잘 하기위해 사용하는 방법 _____	식욕정도 : _____ 식사시의 친구 : _____
소변이 마려우면 곧 화장실에 가는가? 예, 아니오	음식구입과 준비능력 : _____
소변 보는 중 소변을 멈출수 있는가? 예, 아니오	저작의 문제 : 유, 무
방광과 골반저 근육 강화운동을 한 적이 있는가? 예, 아니오	연하의 문제 : 유, 무
소변의 양상 : 색깔 _____ 양 _____	치아의 문제 : 유, 무
맑기 _____ 냄새 _____	비타민이나 영양보조제의 사용 : 유, 무
<대변문제>	현재 체중에 만족하는가? 예, 아니오
대변이상 : 유, 무	대상자 자신의 영양상태 평가 : 양호, 보통, 불량
설사 : 유, 무 변비 : 유, 무	소화관계의 장애 : 유, 무
치질 : 유, 무 출혈 : 유, 무	가치화 양상
	종교활동 :
	예배나 종교의식에의 참여 : 유, 무
	기타 _____

<p><b>순환호흡상태</b></p> <p>홍통 : 유, 무                      빈맥 : 유, 무  부종 : 유, 무                      사지저림 : 유, 무  호흡패턴 : _____  호흡에 도움이 되는 것 _____     방해가 되는 것 _____  호흡이 나빠지는 경우는 어떤 경우인가?  _____  호흡이 나쁠 때 쓰는 방법 _____  <b>관련증상</b>  호흡장애 : 정상, 비정상  숨쉴때소음 : 정상, 비정상  기침 : 정상, 비정상  가래의 양상 : 정상, 비정상</p>	<p><b>피부, 손톱, 머리카락</b></p> <p>피부관리 :  크림이나 오일사용 : 유, 무  목욕빈도 _____ 회/주  비누사용 : 유, 무  피부문제 : 유, 무  피부 문제시 관리 방법 _____  피부상태 : 건조, 습윤, 반점  <b>손톱관리 :</b>  손톱깎기 빈도 _____ 회/달  깎는 방법 : _____  깎을 수 있는 능력 : 유, 무  <b>머리카락 관리 :</b>  머리카락 관리 능력 : 유, 무  염색약 사용 : 유, 무</p>																																																																						
<p><b>관계형성양상</b></p> <p>대상자가 서술하는 일상적인 하루생활  _____  과거 사용한 피임방법 _____  피임약 사용경력 : 유, 무  <b>여성 생식기 장애</b>  질분비물 :                      가려움 : 유, 무  유방이상 :                      유방통증 : 유, 무  정기적 유방검사 : 유, 무  생식기관에 관련된 흉문이나 약제사용 : 유, 무  <b>남성 생식기 장애</b>  음낭부종 : 유, 무                      분비물 : 유, 무  전립선 문제 : 유, 무  성기 및 음낭의 자가검진 : 유, 무</p>	<p><b>기동양상</b></p> <p>사회적 활동 혹은 오락활동 : 유, 무  원하는 활동을 할만한 에너지가 있는가?                      예, 아니오  신체상태에 대한 자가 평가 :                      매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨  규칙적 운동 : 유, 무  <b>기능수준 및 ADL</b></p> <table border="1" data-bbox="702 1066 1210 1593"> <thead> <tr> <th>기능수준 및 ADL</th> <th>독립</th> <th>부분의존</th> <th>전적의존</th> <th>보조기구</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>식사하기</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>식사준비</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>배뇨 및 배변관리</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>자리 옮기기</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>걸기</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>계단 오르내리기</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>목욕</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>옷입기</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>투약</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>의시지시의 수행</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>장보기</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>청소 및 세탁</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>재정관리 (은행, 가계부)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	기능수준 및 ADL	독립	부분의존	전적의존	보조기구	식사하기					식사준비					배뇨 및 배변관리					자리 옮기기					걸기					계단 오르내리기					목욕					옷입기					투약					의시지시의 수행					장보기					청소 및 세탁					재정관리 (은행, 가계부)				
기능수준 및 ADL	독립	부분의존	전적의존	보조기구																																																																			
식사하기																																																																							
식사준비																																																																							
배뇨 및 배변관리																																																																							
자리 옮기기																																																																							
걸기																																																																							
계단 오르내리기																																																																							
목욕																																																																							
옷입기																																																																							
투약																																																																							
의시지시의 수행																																																																							
장보기																																																																							
청소 및 세탁																																																																							
재정관리 (은행, 가계부)																																																																							
<p><b>지각양상</b></p> <p><b>감각상태</b>  청력장애 : 모든 소리, 고음, 기타 _____  시력장애 : 모든 시력, 색깔 구분, 야간 시력     깊이 지각, 주변 시야, 독서 장애  미각 : _____                      후각 : _____  촉각 : _____  압력과 통증 : _____                      온도감각 : _____  보조기구 : 청각보조기구, 전화확성기, 안경     콘택트렌즈, 기타 _____  기본상태 : 좋음, 보통, 나쁨  당신의 정서적 욕구는 만족되는가?                      예, 아니오</p>	<p><b>감정양상(대상자 자신의 지각)</b></p> <p>불안 : 유, 무                      지루함 : 유, 무                      공포 : 유, 무  긴장 : 유, 무                      우울 : 유, 무                      의심스러움 : 유, 무</p>																																																																						

선택양상	지식양상																																																																									
<p>환자의 현재 건강상태에 대한 지각 : 매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨</p> <p>예방주사 : 폐렴      독감      기타 _____</p> <p>알러지 : 유, 무      알러지원 _____</p> <p>건강검진 최근 6개월 사이에 병원 또는 보건(진료)소를 방문하여 건강검진을 받은 적이 있습니까?      예, 아니오 건강검진을 받았으면 다음 중 어느 것입니까?</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">종 류</th> <th rowspan="2">검진장소</th> <th colspan="2">결 과</th> </tr> <tr> <th>정상</th> <th>비정상</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>신체검진</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>치과검진</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>시력검진</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>청력검진</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>유방검진</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>자궁암 혹은 전립선 검사</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>잠혈검사</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>흉부방사선 검사</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>튜넬링 검사</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>호흡기능 검사</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>질병력 : 관절염    간염    백내장    폐렴    당뇨병    녹내장 경련성질환    감상선질환    고혈압    심장질환 결핵    신장질환    간질환    폐양    기타 _____</p> <p>입원/수술 : 종류 _____ 날짜 _____      입원기간 _____</p> <p>투약</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="3">현재 투여하는 약품</th> </tr> <tr> <th>약명 _____</th> <th>용량 _____</th> <th>빈도 _____</th> </tr> <tr> <th>시작일 _____</th> <th>지식정도 _____</th> <th></th> </tr> <tr> <th colspan="2">투 약 사 정</th> <th>예    아니오</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">처방대로 약을 복용하는가?</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">환자가 투약관리에 대하여 알고 있는가?</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">환자가 투약목적에 대하여 알고 있는가?</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">환자가 투약 부작용에 대하여 알고 있는가?</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">환자에게 투약으로 인한 부작용이 있는가?</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>건강에 나쁜 습관 흡연 : 종류 _____ 양 _____ 금연욕구 : 유, 무 음주 : 술의 종류 _____ 빈도 _____ 회/주 카페인 : 커피 _____ 빈도 _____ 회/주</p>	종 류	검진장소	결 과		정상	비정상	신체검진				치과검진				시력검진				청력검진				유방검진				자궁암 혹은 전립선 검사				잠혈검사				흉부방사선 검사				튜넬링 검사				호흡기능 검사				현재 투여하는 약품			약명 _____	용량 _____	빈도 _____	시작일 _____	지식정도 _____		투 약 사 정		예    아니오	처방대로 약을 복용하는가?			환자가 투약관리에 대하여 알고 있는가?			환자가 투약목적에 대하여 알고 있는가?			환자가 투약 부작용에 대하여 알고 있는가?			환자에게 투약으로 인한 부작용이 있는가?			<p>&lt;한국판 MMSE-K&gt; (5) 오늘은 _____ 년 _____ 월 _____ 일 _____ 요일 _____ 계절 (무학은 +1) (4) 당신의 주소는 _____ 도 _____ 군 _____ 면 _____ 리 (1) 여기는 무엇을 하는 곳입니까? _____ (3) 물건이름 세가지(예&gt; 나무, 자동차, 모자) (3) 3-5분뒤에 위의 물건 이름들을 회상하기 (5) 100-7=_____, -7=_____, -7=_____, -7=_____, -7=_____ (무학은 +2) (3) "삼천리강산"을 거꾸로 말하기 (2) 물건이름 맞추기 (예&gt; 연필, 시계) (3) 오른손으로 종이를 집어서 반으로 접어 무릎위에 올려놓기(3단계 명령) (1) 5각형 2개를 그리기(3가지 이름 다시 회상) (1) '간장공장공장장'을 따라 하기 (1) '웃은 왜 빨아 입습니까?'라고 질문 (1) '길에서 남의 주민등록증을 주웠을 때 어떻게 하면 쉽게 주인에게 되돌려 줄 수 있었습니까?'라고 질문 ##전체점수 _____ 점</p> <p>&lt;의식&gt; 의식수준 : 명료, 기면, 혼수 인지능력 : 의사결정 장애 : 유, 무 기억력(최근 및 과거) 결핍 : 유, 무 학습의 어려움 : 유, 무 쉽게 배우는 방법 _____ 보호자가 없을 때의 방향 : 유, 무 언어의 남용(예 : 욕)이나 부적절한 언어 사용 : 유, 무 신체적 공격 및 폭력 : 유, 무 환자가 스스로 자신을 돌볼 수 있는가?      예, 아니오 타인과의 만남을 꺼리는가?      예, 아니오 환자가 가정에서 혼자 있어도 안전한가?      예, 아니오 혼자 응급구조를 요청할 수 있는가?      예, 아니오 수면양상의 곤란 : 유, 무</p> <p>기타 _____</p> <p>기타 중요한 사항/문제 _____ _____</p> <p>제공한 간호내용 _____ _____</p> <p>다음 방문을 위한 계획(사정, 교육, 처치) _____ _____</p>
종 류			검진장소	결 과																																																																						
	정상	비정상																																																																								
신체검진																																																																										
치과검진																																																																										
시력검진																																																																										
청력검진																																																																										
유방검진																																																																										
자궁암 혹은 전립선 검사																																																																										
잠혈검사																																																																										
흉부방사선 검사																																																																										
튜넬링 검사																																																																										
호흡기능 검사																																																																										
현재 투여하는 약품																																																																										
약명 _____	용량 _____	빈도 _____																																																																								
시작일 _____	지식정도 _____																																																																									
투 약 사 정		예    아니오																																																																								
처방대로 약을 복용하는가?																																																																										
환자가 투약관리에 대하여 알고 있는가?																																																																										
환자가 투약목적에 대하여 알고 있는가?																																																																										
환자가 투약 부작용에 대하여 알고 있는가?																																																																										
환자에게 투약으로 인한 부작용이 있는가?																																																																										



---

---

중요한 간호문제(성인 초기 사정도 고려하시오)

---

제공한 간호(치료, 교육, 환자와 가족의 재시범에 대한 평가)

---

계획 : 수정된 목표, 사정, 교육, 처치

조정 : 방문빈도 \_\_\_\_\_ 타과의뢰 내용 \_\_\_\_\_  
중결계획에 대한 협의 - 환자, 가족, 의사( \_\_\_\_\_ )

---

병원방문에정일 \_\_\_\_\_ 재방문날짜 \_\_\_\_\_ 성명 \_\_\_\_\_

〈표 3-5〉 당뇨 임상기록지

방문일 \_\_\_\_\_ 방문시간 \_\_\_\_\_ 부터 \_\_\_\_\_ 까지 성명 \_\_\_\_\_ 등록번호 \_\_\_\_\_

<p>체온(경구) _____ ℃                  맥박(A.R) _____ /분 불규칙: 유, 무                  호흡수 _____ /분 호흡곤란: 유, 무                  혈압(누워서): _____ / _____ mmHg                  (앉아서): _____ / _____ mmHg                  (서서): _____ / _____ mmHg                  부종: 좌-유, 무 우-유, 무                  체중 _____ Kg</p>	<p>현재치료: 식이 _____ Kcal                  인슐린-약명 _____                  용량 _____                  경구혈당강하제 _____                  합병증: _____</p>												
<p>혈당 측정도구 _____                  혈당 측정</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width:25%;">측정시간</th> <th style="width:25%;">혈당</th> <th style="width:25%;">요당</th> <th style="width:25%;">케톤</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>공복</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>식후 ( ) 시간</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	측정시간	혈당	요당	케톤	공복				식후 ( ) 시간				<p>저혈당: 유, 무 빈도 _____ 시간 _____                  자각증상-두통, 배고픔, 기절, 식은땀, 신경과민, 불안                  고혈당: 유, 무                  자각증상-혼돈, 기운없음, 오심, 구토, 다뇨, 다갈, 다식, 아세톤호흡</p>
측정시간	혈당	요당	케톤										
공복													
식후 ( ) 시간													
<p>중추신경계: 의식수준-명료, 기면, 혼수                  지남력-사람(유, 무) 장소(유, 무)                  시간(유, 무)                  시력변화-유, 무</p> <p>심, 호흡기계: 흉통-유, 무 _____                  숨이 참-유, 무 _____                  문제의 서술 _____</p>	<p>말초혈관계: 족배동맥맥박-좌: 정상, 미약, 부재                  우: 정상, 미약, 부재                  온도-좌: 정상, 뜨거움, 차가움                  우-정상, 뜨거움, 차가움                  색깔-좌: 정상, 비정상 _____                  우: 정상, 비정상 _____                  통증-좌: 유, 무 _____                  우: 유, 무 _____                  감각-좌: 유, 무 _____                  우: 유, 무 _____                  피부탄력-정상, 비정상 (건조, 축축함, 번쩍거림)                  상처-유, 무                  부위 _____ 크기 _____ × _____                  깊이: 표피, 진피, 피하                  분비물(색, 양) _____                  냄새, 발적, 부기, 통증</p>												
<p>소화기계: 식이문제-유, 무 수분섭취문제-유, 무                  배변-빈도 _____ 변화-유, 무                  기타 _____</p> <p>비뇨기계: 배뇨가 정상인가? 유, 무                  배뇨시 비정상적 증상-유, 무 _____                  야뇨증-유, 무 빈도 _____ /밤                  배뇨량은 섭취량과 투약에 적절한가? 예, 아니오                  기타 _____</p>													
<p>기동성: 누워만 있음, 휠체어, 보행가능(안정/불안정) 보조자 _____ 기구 _____</p> <p>투약:                  투약명 _____ 투약변경내용 _____                  투약지식-유, 무 투약이행-유, 무 부작용-유, 무</p> <p>기타: 환자나 그 가족의 호소 및 관심사, 방문간호사가 발견한 사항, 위의 내용에 대한 세부사항, 다른 서비스의 내용 등을 기록하십시오.</p>													

---

---

중요한 간호문제(성인 초기 사정도 고려하시오)

---

제공한 간호(치료, 교육, 환자와 가족의 재시범에 대한 평가)

---

계획 : 수정된 목표, 사정, 교육, 처치

조정 : 방문빈도 \_\_\_\_\_ 타과의뢰 내용 \_\_\_\_\_  
중결계획에 대한 협의 - 환자, 가족, 의사( \_\_\_\_\_ )

---

병원방문에정일 \_\_\_\_\_ 재방문날짜 \_\_\_\_\_ 성명 \_\_\_\_\_





방 문 횟 수	1	2	3	4	5	6	7
방문날짜							
방문시간(분)							
중추신경계							
<b>【1】 의식수준</b>							
(1) 눈을 뜨는 반응 :							
① 자발적으로 눈을 뜬다							
② 이름을 부르면 뜬다							
③ 자극을 가했을때 뜬다							
④ 반응이 없다							
(2) 언어반응 :							
① 정상적인 어조로 대화 가능							
② 대화 가능하지만 지남력 장애							
③ 상황에 맞지 않은 단어 나열							
④ 알아 들을 수 없는 신음소리							
⑤ 반응없다							
(3) 지남력 :							
① 사람, 장소, 시간에 대한 지남력이 있다							
② 사람에 대한 지남력이 없다							
③ 장소에 대한 지남력이 없다							
④ 시간에 대한 지남력이 없다							
(4) 운동반응 :							
① 지시어에 잘 따른다							
② 아프게 하면 위치를 가리킨다							
③ 자극에 구부리면서 피한다							
④ 자극에 구부리기만 한다							
⑤ 자극에 쪽 편다							
⑥ 반응 없다							
(5) 정서반응 :							
① 정상							
② 불안정							
③ 안절부절							
④ 신경질적							
⑤ 무기력							
⑥ 과다행동							
<b>【2】 뇌신경 기능</b>							
(1) 시야 이상							
① 없음							
② 동시에 양측에 손가락을 보여주었을때 한쪽은 지각 못한다							
③ 얼굴 정면에 손가락을 보인후 손을 가장 자리로 이동함에 따라 눈동자가 따라 오지 못한다.							

방 문 횟 수	1	2	3	4	5	6	7
방문날짜							
방문시간(분)							
(2) 표정 이상							
① 없음							
② 웃을때 비대칭적이다							
③ 편안히 있을때도 비대칭적이다							
④ 한쪽으로 침을 흘린다							
(3) 구음 장애							
① 없음							
② 경증							
③ 중증도							
④ 고도							
(4) 연하 장애							
① 없음							
② 경증(가끔 사래 들린다)							
③ 중등증							
④ 고도(경관 영양 필요)							
<b>【3】운동 기능 : 신체의 좌, 우를 비교한다</b>							
(1) 근력 :							
① 양손이나 다리를 평행으로 20-30초동안 들고 있을 수 있다							
② 보통의 저항에 이긴다							
③ 약한 저항에만 이긴다							
④ 팔이나 다리를 윗쪽으로 움직일 수 있으나 약한저항에도 윗쪽으로 들어올리지 못한다							
⑤ 팔이나 다리를 측면으로만 움직일 수 있고 윗쪽으로는 들어올리지 못한다							
⑥ 약간의 근육 움직임만 관찰된다							
⑦ 근육 움직임이 전혀 없다							
(2) 보행 :							
① 정상 속도로 걸을 수 있다							
② 약간의 장애는 있으나 속도, 거리의 감소는 없다							
③ 도움없이 걸을수 있으나 속도가 느리다							
④ 도움없이 걸을수 있으나 속도 및 거리에 제한이 있다							
⑤ 부축을 받아도 거리에 제한이 있다							
⑥ 부축을 받고 일어설 수 있으나 걸을 수는 없다							
⑦ 서있는 것도 불가능하다							

방 문 횟 수	1	2	3	4	5	6	7
방문날짜							
방문시간(분)							
<b>【4】감각 기능</b> (1) 일차 감각 기능 : ① 사지의 감각이 정상이다 ② 경도의 통각 감퇴(정상의 50% 이상) ③ 중중-심한 통각 감퇴(50% 이하) ④ 무통각 (2) 입체 감각 기능 : ① 100원, 500원짜리 동전을 눌렀을때 구별이 가능하다 ② 500원짜리와 100원짜리 동전을 구별한다 ③ 동전과 열쇠를 구별한다 ④ 어느것도 구별하지 못한다							
<b>【5】방광 기능</b> (1) 배뇨 양상 : ① 정상 ② 빈뇨-수면시 배뇨를 위해 잠을 깬다 ③ 뇨 배설시 통증이 있거나 뇨 배설 후 시원감을 느끼지 못한다 ④ 소변 색깔이 선홍색이거나 콜라색이다 (2) 실금상태 : ① 정상 ② 어쩌다 실금한다 ③ 자주 실금한다 ④ 항상 실금한다							
<b>【6】기동성</b> ① 일상생활 가능 ② 부분의존 ③ 전적의존 ④ 보조기구							
<b>【7】합병증</b> ① 없음 ② 욕창 ③ 뇨도감염 ④ 근력약화 ⑤ 기타 _____							
투약 투약변경 : ① 있음   ② 없음 투약지식 : ① 있음   ② 없음 투약이행 : ① 수행함   ② 수행하지 못함 부 작용 : ① 없음   ② 있음							

---

---

중요한 간호문제(성인 초기 사정도 고려하시오)

---

제공한 간호(치료, 교육, 환자 및 가족의 재시범에 대한 평가)

---

계획 : 수정된 목표, 사정, 교육, 처치

조정 : 방문빈도 \_\_\_\_\_ 타과의뢰 내용 \_\_\_\_\_  
종결계획에 대한 협의 - 환자, 가족, 의사( \_\_\_\_\_ )

---

병원방문에정일 \_\_\_\_\_ 재방문날짜 \_\_\_\_\_ 성명 \_\_\_\_\_

서울대학교 간호대학 가정간호시범사업단

〈표 3-7〉 신경계 임상기록지(축약형)

방문일 \_\_\_\_\_ 방문시간 \_\_\_\_\_ 부터 \_\_\_\_\_ 까지 성명 \_\_\_\_\_ 등록번호 \_\_\_\_\_

체온(경구) _____ °C	주소 : _____
맥박(A.R) _____ /분 불규칙 : 유, 무	진단명 : _____
호흡수 _____ /분 호흡곤란 : 유, 무	마비 : 무, 유 편마비 : 좌, 우
혈압(누워서) : 상지-좌 _____ / _____ mmHg	하지마비
우 _____ / _____ mmHg	사지마비
부종 : 무, 유 상지(좌, 우) 하지(좌, 우)	언어장애 : 유, 무
체중 _____ Kg	발병시기 : _____

피부	호흡기계 : 숨이 참 : 무(안정시/활동후), 무
색 : 정상, 비정상	인공기도 : 무, 유(기관절개, E-TUBE)
피부문제 : 무, 유 부위 : _____	산소사용 : 무, 유
피부특성 : 창백, 발적, 수포, 욕창, 부종	비율 _____ L/min 기구 _____
이상정도 : 크기 _____ X _____	빈도/지속시간 _____

위장기능	영양사정
음식섭취 : 적절, 부적절	하루식사횟수 _____ 간식횟수 _____
수분섭취 : 적절, 부적절	치아 상태 양호 : 예, 아니오
배 변 : 규칙, 불규칙	식욕이 있는가? : 예, 아니오
변의양상 : 정상, 비정상	소화기관의 장애 : 예, 아니오
체중유지 : 유지됨, 증가, 감소	치료 식이를 지키는가? : 예, 아니오
대변양상 : 변비, 설사, 실금, 출혈	경관 영양 : 예, 아니오

중추신경계

【1】 의식수준

- (1) 눈을 뜨는 반응 : 자발적으로 눈을 뜬다  
 1) 예 2) 아니오 ① 이름을 부르면 뜬다  
 ② 자극을 가했을때 뜬다  
 ③ 반응이 없다
- (2) 언어반응 : 정상적인 어조로 대화 가능  
 1) 예 2) 아니오 ① 대화 가능하지만 지남력 장애  
 ② 상황에 맞지 않은 단어 나열  
 ③ 알아 들을 수 없는 신음소리  
 ④ 반응없다
- (3) 지남력 : 사람, 장소, 시간에 대한 지남력 있다  
 1) 예 2) 아니오 ① 사람  
 ② 장소  
 ③ 시간
- (4) 운동반응 : 지시어에 잘 따른다  
 1) 예 2) 아니오 ① 아프게 하면 위치를 가리킨다  
 ② 자극에 구부리면서 피한다  
 ③ 자극에 구부리기만 한다  
 ④ 자극에 쪽 편다  
 ⑤ 반응 없다
- (5) 정서반응  
 1) 정상 2) 비정상 ① 불안정  
 ② 안절부절  
 ③ 신경질적  
 ④ 무기력  
 ⑤ 과다행동



<표 3-8> 치매노인 임상기록지

방문일 1회 : \_\_\_\_\_ 2회 : \_\_\_\_\_ 3회 : \_\_\_\_\_ 4회 : \_\_\_\_\_ 5회 : \_\_\_\_\_  
 방문시간(분) 1회 : \_\_\_\_\_ 2회 : \_\_\_\_\_ 3회 : \_\_\_\_\_ 4회 : \_\_\_\_\_ 5회 : \_\_\_\_\_  
 성명 \_\_\_\_\_ 등록번호 \_\_\_\_\_

구분	정 도					점 수				
	정상:CDR 0	의증:CDR 1	경증:CDR 2	중등증:CDR 3	중증:CDR 4	1회	2회	3회	4회	5회
기억	기억력 상실이 없거나 약간 번덕스런 건망증	약간 지속적인 건망증; 사건을 부분적으로 회상; 병적이 아닌 건망증	최근 사건에 대해 현저한 기억력 상실; 일상 생활의 조정 결핍	심한 기억력 상실; 매우 깊게 학습된 사건만을 기억; 새로운 사건에 대한 기억을 빨리 상실	심한 기억력 상실; 단편적 회상					
지남력	정확한 지남력		시간, 관계에 대한 지남력이 다소 떨어짐; 장소와 사람에 대한 지남력은 있으나 지리적 지남력 상실을 보임	시간 지남력 항상 상실, 장소 지남력 자주 상실	사람에 대한 지남력만 있음					
판단과 문제 해결	일상의 문제를 잘 해결. 과거 경험과 관련하여 정확히 판단	정상과 비슷하고, 다른 문제해결에 있어 의심스러운 손상만 보임	복잡한 문제해결이 어려움; 사회적 판단을 유지	문제해결에 심한 손상; 사회적 판단 상실	판단이나 문제해결을 할 수 없음					
지역 사회 생활	지역 사회 모임, 쇼핑, 사업, 재정, 자원봉사, 사회적 모임에 참여 가능	이러한 활동에 경미한 손상이나 의심 발생	이러한 활동을 독립적으로 수행할 수 없음; 그러나 결여로는 정상적으로 보임	집 바깥에서 독립적 기능을 못함						
가정과 취미	가정, 취미, 지적 흥미 생활을 잘 유지	가정, 취미, 지적 흥미 생활을 잘 유지하거나 약간 손상	가정에서의 기능에 약간 손상; 어려운 집안 잡일은 피함; 더욱 복잡한 취미와 흥미도 피함	단순한 집안 잡일만 유지; 매우 제한된 흥미만 약간 유지	자신의 방 밖의 가정일에는 기능이 없음					
자가 간호	자가간호 수행가능		때때로 자극이 필요	개인 위생에 부분적인 도움이 필요	개인위생을 위해 전적인 도움이 필요; 잦은 실금, 실변					
총 점										

중요한 간호문제(성인 초기 사정도 고려하시오)

제공한 간호(치료, 교육, 환자와 가족의 재시범에 대한 평가)

계획: 수정된 목표, 사정, 교육, 처치

조정: 방문빈도 \_\_\_\_\_ 타과의뢰 내용 \_\_\_\_\_  
 종결계획에 대한 협의-환자, 가족, 의사( \_\_\_\_\_ )

병원방문예정일 \_\_\_\_\_ 재방문날짜 \_\_\_\_\_ 평가자 \_\_\_\_\_ (인)

서울대학교 간호대학 가정간호시범사업단

<표 3-9> 신생아 사정기록지

방문일 \_\_\_\_\_ 방문시간 \_\_\_\_\_ 부터 \_\_\_\_\_ 까지 등록번호 \_\_\_\_\_

신생아				엄마			
이름 : _____ 출생일 : _____ 출생시간 : _____ 출생순위 : _____ Apgars: _____ 체중: _____ Kg 신장: _____ Cm 수유법 : 모유영양, 우유영양, 혼합영양 특별한 문제나 질병 : _____				이름 : _____ 엄마의 주관적 자료 _____ _____			
방문 횟수	1	2	3	방문 횟수	1	2	3
방문 날짜				방문 날짜			
<객관적 자료> 체온(액와) 심첨맥박수 호흡수: 비정상적 호흡음 건축 피 부: 탄력성 청색증 황달 제 대: 발적 냄새 분비물 출혈 탈락 눈 : 분비물 발적 황달 반 사: 모로 흡철 파악 바빈스키 기타 의식: 깊은수면, 가벼운수면 졸림, 기민, 활발한 기민 기민성: 눈동자움직임(느림, 빠름) 몸동작(느림, 빠름) 탄력성: 자세(굴곡, 이완) 반응성: 응시, 미소, 무표정, 발성, 정그림, 사지움직임 포피절제술: 유, 무 출혈 주된 수면자세: 복위, 좌위, 측위 소변: 평균 _____ 회/일 대변 : 분비물 기타 다른 질병 증상				<객관적 자료> 체온( _____ ℃) 맥박( _____ /min) 호흡수( _____ /min) 혈압( _____ /mmHg) 유방울혈: ① 유 ② 무 유두: ① 돌출 ② 함몰 ③ 편평 자궁저부 위치 자궁저부경도: ① 부드러움 ② 견고함 회음부 상처: ① 정상 ② 비정상 질분비물 색깔: ① 정상 ② 비정상 질분비물 양: ① 많음 ② 보통 ③ 적음 부종: ① 무 ② 유 부위 _____ 배노곤란: ① 유 ② 무 배변장애: ① 유 ② 무			
<주관적 자료> _____ _____				<부모역할수행> 1. 모유수유의 만족도 : ① 거부 ② 불편함 호소, 모유수유를 시도 ③ 만족 2. 수유계획 : ① 엄마의 계획 ② 아기의 규칙적 계획 ③ 아기가 원할때 3. 부모역할 수행지지 (① 항상필요 ② 가끔필요 ③ 혼자서잘함) 수유 - 잠재우기 - 목욕시키기 - 기저귀갈기 - 환경조성 - 기타			



---

---

중요한 간호문제

1회방문 :

2회방문 :

3회방문 :

---

제공한 간호(사정, 부모의 역할 수행에 대한 평가, 교육, 상담, 의뢰, 기타)

1회방문 :

2회방문 :

3회방문 :

---

계획 : 수정된 목표, 사정, 교육, 의뢰

1회방문 :

2회방문 :

3회방문 :

조정 : 방문빈도 \_\_\_\_\_ 타과의뢰 내용 \_\_\_\_\_

중결계획에 대한 협의 - 부모

---

준비물 : 1회방문 \_\_\_\_\_

2회방문 \_\_\_\_\_

3회방문 \_\_\_\_\_

---

간호사 재방문 날짜 \_\_\_\_\_ 방문자 서명 \_\_\_\_\_

〈표 3-10〉 아동 사정기록지

방문일 \_\_\_\_\_ 방문시간 \_\_\_\_\_ 부터 \_\_\_\_\_ 까지 등록번호 \_\_\_\_\_  
 부모연령 : 부 \_\_\_\_\_ 모 \_\_\_\_\_ 부모직업 : 부 \_\_\_\_\_ 모 \_\_\_\_\_

이름 : \_\_\_\_\_ 성별 : 남, 여 생년월일 : \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일 출생순위 : 첫째, 둘째, 셋째 이상  
 체격 : 신장 \_\_\_\_\_ Cm \_\_\_\_\_ % 체중 \_\_\_\_\_ Kg \_\_\_\_\_ % 두위 \_\_\_\_\_ Cm  
 임신, 분만 : 임신 중 질병(무, 유) 있었다면 \_\_\_\_\_ 제태기간 \_\_\_\_\_ 주  
 분만형태 : 질식분만, 제왕절개, 기타 \_\_\_\_\_ 병원입원기간 \_\_\_\_\_ 일  
 출생시 체중 \_\_\_\_\_ Kg 신장 \_\_\_\_\_ Cm 출생시 호흡곤란 : 예 \_\_\_\_\_ 아니오 \_\_\_\_\_  
 기타 다른 문제 \_\_\_\_\_

가족력 : 가족수 \_\_\_\_\_ 명  
 부모는 건강한가? 예 \_\_\_\_\_ 아니오 \_\_\_\_\_ 가족중 만성질환자가 있는가? 예 \_\_\_\_\_ 아니오 \_\_\_\_\_  
 아기를 돌보는데 정기적으로 도와주는 사람이 있는가? 예 \_\_\_\_\_ 아니오 \_\_\_\_\_  
 가족관계상 특기사항 \_\_\_\_\_

부모가 필수적인 간호내용을 기꺼이 배우려고 하는가? 예 \_\_\_\_\_ 아니오 \_\_\_\_\_  
 배울 수 있는가? 예 \_\_\_\_\_ 아니오 \_\_\_\_\_  
 수입은 충분한가? 예 \_\_\_\_\_ 아니오 \_\_\_\_\_ 월수입 \_\_\_\_\_ 만원

영양(24시간 평균식이 섭취량) 예방접종

식품명(단위)	아침	점심	저녁	간식	취침	총계
모유(분)						
우유(1봉)						
두유(1봉)						
채소(1/2컵)						
사과(1/2개)						
굴(1개)						
밥(1/4그릇)						
식빵(1쪽)						
비스킷(3개)						
라면(1/4)						
고기(35g)						
굴비(15g)						
두부(1/4모)						
계란(1개)						
총계						

시행된 예방접종 종류	예	아니오
• B.C.G.		
• 간염 1차 2차 3차		
• DPT와 소아마비 1차 2차 3차		
• 추가접종 : DPT와 소아마비 1차 2차		
: 간염		
• 홍역		
• MMR		
• 기타		

발달	환경	정신사회적 사정
DDST결과 : 정상 _____ 비정상 _____ 의심 _____	사고경험 : 화상 _____ 중독 _____ 질식 _____ 타박 및 자상(장난감) _____ 기타 _____ 아동이 사용하는 공간과 장난감은 적절한가? 예 _____ 아니오 _____	아동에게 다음의 행동이 있는가? 수면장애 _____ 과다행동 _____ 학습지연 _____ 이상식욕 _____ 언어장애 _____ 격노성 발작 _____ 손가락 빨기 _____ 손톱 물어뜯기 _____

---



---

신체사정

---

전신상태 \_\_\_\_\_

활력징후 : 혈압(3세 이후) \_\_\_\_\_ mmHg 맥박 \_\_\_\_\_ /min 체온 \_\_\_\_\_ °C 호흡수 \_\_\_\_\_ /min

동통 : (무, 유) 부위 \_\_\_\_\_

부종 : (무, 유) 부위 - 안검, 사지, 복수, 전신, 기타

피부 : 불결, 창백, 황달, 청색증, 색소침착, 탈수, 발진, 습진, 두드러기, 물집, 기타

머리 : 탈모, 탈색, 소천문(개, 폐), 대천문(개, 폐), 기타

눈 : 안경, 사시, 충혈, 출혈, 황달, 분비물, 안검하수, 기타

귀 : 청력장애(좌, 우), 비대칭성 형태, 분비물, 이통

코 : 분비물양 증가, 코막힘, 출혈

구강 : 충치, 출혈, 케양 및 케사, 기타

목 : 인후통, 편도선 및 아데노이드 비대, 발적, 경부임파결절 촉진, 경직

호흡, 순환 : 호흡곤란, 비정상 흉곽형태, 비대칭적 움직임, 견축, 부정맥, 비정상 호흡음, 심잡음

소화 : 오심, 구토, 복통, 설사, 변비, 혈변

배뇨 : 배뇨동통 혹은 불편감, 야뇨증, 혈뇨, 피뇨, 빈뇨, 실금

중추신경 : 지남력(무, 유), 현기증, 발작, 진전

지난 방문 이후 발생한 건강문제 \_\_\_\_\_

기타 특이사항 \_\_\_\_\_

---

중요한 간호문제

---

제공한 간호(사정, 부모의 역할 수행에 대한 평가, 교육, 상담, 의뢰, 기타)

---

계획 : 수정된 목표, 사정, 교육, 의뢰

---

조정 : 방문빈도 \_\_\_\_\_ 타과의뢰 내용 \_\_\_\_\_

종결계획에 대한 협의 - 부모

---

아동의 병원방문예정일 \_\_\_\_\_ 간호사 재방문 날짜 \_\_\_\_\_ 방문자 서명 \_\_\_\_\_

---

〈표 3-11〉 부모지지 및 교육요구 측정기록지

<p>엄마</p> <p>연령 <input type="checkbox"/>세</p> <p>직업 <input type="checkbox"/>유 <input type="checkbox"/>무 기타 _____</p> <p>교육정도 <input type="checkbox"/>중졸 <input type="checkbox"/>고졸 <input type="checkbox"/>대졸 기타 _____</p> <p>분만형태 <input type="checkbox"/>자연분만 <input type="checkbox"/>제왕절개</p> <p>수유형태 <input type="checkbox"/>모유 <input type="checkbox"/>분유 <input type="checkbox"/>혼합 기타 _____</p>	<p>아기</p> <p><input type="checkbox"/>년 <input type="checkbox"/>월 <input type="checkbox"/>일생</p> <p>성별-<input type="checkbox"/>남 <input type="checkbox"/>여</p> <p>출생순위-<input type="checkbox"/>째, 현재질병 <input type="checkbox"/>유 <input type="checkbox"/>무</p> <p>임신기간-<input type="checkbox"/>주, 출생시 체중 _____Kg</p> <p>현재체중-_____Kg</p>
--	---

1. 당신은 현재 자녀양육에 대하여 어떻게 생각하고 계십니까?

	매우그렇다 5	그렇다 4	그저그렇다 3	그렇지않다 2	매우그렇지않다 1
1) 나의 자녀를 돌보는 일은 즐겁다					
2) 나에게 자녀양육은 부담이 된다.					
3) 자녀 돌보기로 인해 피곤하다.					
4) 나는 자녀돌보기에 적합하지 않다.					
5) 자녀를 돌보는 일에 보람을 느낀다.					
6) 자녀양육은 나에게 활력을 준다.					
7) 나는 자녀를 돌보는 일이 만족스럽다.					
8) 자녀 양육문제로 우리 부부는 다툰다.					
9) 자녀 양육으로 인해 부부간 상호이해의 폭이 넓어져서 도움이 된다.					
10) 자녀 양육 지식이 없어서 찼절맨다.					

2. 당신의 자녀에게 다음의 행동이 있습니까?

	전혀없다 2	가끔있다 1	자주있다(2회이상/주) 0
1) 수면장애			
2) 과다행동			
3) 이상식욕			
4) 손가락 빨기			
5) 언어장애			
6) 학습지연			
7) 손톱 물어뜯기			
8) 격노성 발작			
9) 주의산만			

3. 당신은 자녀의 건강관리를 수행하는데 어느 정도의 도움이 필요하십니까?

	자주 필요하다. 1	가끔 필요하다. 2	전혀 필요하지 않다 3
1) 부모, 자녀 상호작용			
2) 목욕			
3) 영양 관리			
4) 예방접종			
5) 치아관리			
6) 발달촉진 환경조성			
7) 사고예방			
8) 수면장애			
9) 훈육			
10) 배변훈련			
11) 성교육			
12) 이상행동관리			
13) 응급대처			
14) 통상질병관리			

4. 당신은 다음 내용에 대하여 교육 및 상담을 어느 정도 필요로 하십니까?

	매우 필요하다. 1	필요하다. 2	전혀 필요하지 않다 3
1) 부모, 자녀 상호작용			
2) 목욕			
3) 영양 관리			
4) 예방접종			
5) 치아관리			
6) 발달촉진 환경조성			
7) 사고예방			
8) 수면장애			
9) 훈육			
10) 배변훈련			
11) 성교육			
12) 이상행동관리			
13) 응급대처			
14) 통상질병관리			



<표 3-13> 타의료기관 의뢰서

---

---

환자의 이름 \_\_\_\_\_ 등록기간 : \_\_\_\_\_ 부터 \_\_\_\_\_ 까지 담당간호사 \_\_\_\_\_

환자의 주소 \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_ 생년월일 □□년 □□월 □□일

환자의 성별  남  여

---

환자의 현상태 및 문제점

---

의사의 처치(투약, 병원 방문 등)

---

---

가정간호사 이름 \_\_\_\_\_ 연락 전화(소속) \_\_\_\_\_ 일시 \_\_\_\_\_

---

서울대학교 간호대학 가정간호사범사업단

## V. 논 의

가정간호의 운영에 있어 기록은 가장 중요한 분야이다. 기록지는 간호활동을 바르게 이끌어 주기위한 가이드가 되는 것은 물론이고 간호활동을 분석하고 계획하고 평가하는데도 중요하다. 그러므로 새로운 조직을 운영하는데 있어 기록양식의 개발은 가장 중요한 과정이 된다고 할 수 있다.

### 1. 초기 사정 도구

초기 사정도구는 가정간호사가 처음 새대상자에게 가정간호를 시작할때에 대상환자를 전체적으로 사정하기 위한 목적으로 개발된 도구이다. 초기사정도구는 가족 전체, 신생아(산모포함), 영유아, 성인, 노인을 위한 사정도구가 분리되어 있는데 초기 양식은 너무 길고 내용이 많아 이 도구를 처음 이용한 간호사들이 어려움을 호소하였다. 이 문제를 개선하기 위해 간략하면서도 중요한 것을 모두 포함하는 형식이 되도록 각 분야의 전문가가 몇번의 수정을 하였고 그 결과 노인초기사정 도구의 예는 1-2매정도의 비교적 간략한 형식이 되도록 하였다. 신생아 사정기록지는 초기사정지를 3회정도 가정방문시에 계속 사용할 수 있도록 만들었기 때문에 한 장으로 신생아기간 동안 계속 사용할 수 있어 매우 간략한 형식으로 개발이 되었다고 생각한다. 영유아 사정 기록지는 계속적으로 아동이 발달되는 상황을 관찰해야 되는 특성으로 하여 초기 사정지와 계속 방문시 사용하는 형식을 동일하게 만들었다. 성인사정 형식은 2장 정도의 길이로 심리, 사회, 신체, 및 환경적인 사정이 모두 포함될 수 있도록 고려 하였는데 사용에 별로 무리가 없었다. 노인 초기사정 기록지는 경제적 상태등 11가지 양상의 사정 측면이 고려되어 깊이 있는 사정이 되도록하여 다장기(multi-organ) 만성질환이 있는 노인들을 대상으로 완전한 사정이 되도록 고려하였고 사회적 지지나 물리적 환경도 평가에 포함되도록 하였다. 그러나 노인 초기사정 기록지는 3페이지 이하로 줄이기가 어려웠고 이 면담지를 활용하는 경우 노인의 특성상 면담시간이 1시간이상 정도 소요되어 앞으로 더욱 간략한 형식이 되도록 수정할 필요가 있다.

본 연구에서는 연구기간이 짧은 관계로 가족, 성인, 및 노인의 초기사정을 1회밖에 사용하지 않았으나 만일 장기간 가정간호 사업을 계속한다면 6개월 혹은 일정기간 마다 초기 사정을 반복하도록 하는 방안도 필요할 것으로 생각한다. 왜냐하면 매 가정방문시 사용하는 질병

별 기록지 만으로는 성인이나 노인을 전체로 사정할 수 있는 내용은 포함 되어 있지 않아서 장기간의 가정간호를 받는 환자에서도 질병의 다른 변화를 확인하기가 어렵기 때문이다. 연천군시범사업(한경자외, 1995)에서 이 초기사정 기록지들을 이용하여 111명의 가정간호 대상자에게 가정간호사업을 실시 후 기록지를 평가한 결과 일부 양식이 보완되어 실제 업무활용에 큰 무리가 없을 것으로 생각된다.

### 2. 질병별 임상경과기록지

본 연구에서 개발된 질병별 임상경과 기록지는 신경계 환자, 당뇨병자, 상처(육창)환자, 고혈압환자(심혈관계), 치매환자, 정신질환자 등으로 지역사회에서 가장 흔히 볼 수 있는 만성질환들이 포함되었다. 이들 질병별 기록지는 초기개발 당시에는 방문시 마다 새 종이에 기록하도록 하였으나 다음방문시의 결과를 이전 결과와 비교하는 것이 불편하여 나중에는 체크리스트와 같은 형식으로 수정하여 같은 종이에 여러번 방문한 결과를 평가할 수 있도록하여 쉽게 이전 방문시 상태와 비교가 가능하게 되었고 종이도 절약할 수 있는 장점이 있었다. 그러나 고혈압환자임상기록지와 당뇨병자 임상기록지는 내용을 조정하기가 어려워 이전대로 매번 새 종이를 사용하는 형식으로 두었다. 앞으로 이 분야도 체크리스트 형식으로 수정하는 것이 바람직하다고 생각된다.

본 연구에서 개발된 형식들은 전문분야 의사와도 상의하여 결정된 내용으로 각 질병의 환자 사정시 필수적인 내용이 모두 포함되었다고 생각된다. 그러나 앞으로 가정간호 서비스를 받게될 모든 환자를 생각한다면 다른 질병환자를 위한 사정양식도 필요하다. 그러나 일단 가장 유용하다고 생각하는 형식이 만들어 졌기 때문에 다른 질병에 적용할 수 있는 기록양식의 개발은 별로 어려움이 없으리라고 생각된다.

앞으로 개발이 필요하다고 생각되는 양식은 가정간호의 요구가 있으리라고 생각되는 집단을 위한 기록지인데 만성질환 중에서는 본 연구자들이 시행한 연천군의 가정간호요구조사 연구(한경자외, 1994)에서 일부 요구가 있는 것으로 밝혀졌으나 숫자가 적어 실제 가정간호 시범사업에서는 제외된(한경자외, 1995) 중양환자와 근골격계 환자를 위한 기록지 형식의 개발이 필요하다.

본 연구에서는 공공보건조직을 중심으로하는 가정간호사업에 사용할 기록지를 개발하였기 때문에 이에 맞는 기록지를 개발하였으나 만일 병원에서 퇴원한 환자



를 위한 병원중심가정간호 체계를 운영하려 한다면 병원중심 가정간호를 사용하는 환자의 비율을 고려하여야 할 것이다. 우리나라에서 4개병원에서 시행된 병원중심 가정간호 시범사업 결과(황나미, 1996)에 의하면 제왕절개 환자의 비율이 39.7%로 가장 큰 비율을 차지하였다. 본 연구팀은 정상분만을 한 산모와 신생아를 위한 기록지만 개발하였기 때문에 병원중심 가정간호사업에 본 도구를 활용하려면 제왕절개후 산모를 위한 기록지가 추가로 필요하리라 생각된다.

### 3. 의사 처치지시서와 환자 의뢰기록지

의사처치지시서는 가정간호사가 환자를 방문시에 필요한 처치의 의사로부터 처방받기 위해 개발한 기록지이다. 지역사회 중심의 가정간호사업의 경우 환자의 주치의는 여러병원에 있는 의사들이 되므로 각 의사와 접촉하여 처방을 받기위해 개발한 기록지인데 연천군 사업의 경우에는 보건진료원들이 돌보던 환자가 대부분이었고 이들 진료원들은 어느정도 처방이 가능 하였기 때문에 이 기록지가 본 연구에서는 별로 활용되지 못하였다. 그러나 병원중심 혹은 지역사회에서 가정간호사업을 하는 경우에는 의사의 처치지시가 필수적이기 때문에 꼭 필요한 부분이라고 생각된다. 이 기록지는 앞으로 실무적용후 수정이 필요하리라 생각된다.

환자의뢰 기록지는 가정간호사가 환자를 의사에게 다시 의뢰해야하는 경우를 위해 개발한 것이다. 연천군 시범사업에서 환자를 의사에게 보내야하는 경우는 일회에 불과하여 많은 활용은 없었으나 무난하게 활용되었다. 만일 의사에게서 의뢰 되어온 환자가 계속 의사의 추후관리를 받으면서 가정간호서비스를 받는다면 별로 필요가 없겠으나 가족에게서 의뢰되어온 환자를 다시 의사에게 의뢰하는 경우에는 필요할 것이다. 이 기록지형식도 현재까지는 별로 활용되지 못하였으나 앞으로 실무적용후 수정이 필요할 것이다.

본 연구에서 개발된 기록지들은 각 대상자의 요구를 고려하여 초기 사정기록지, 질병별 임상경과기록지 등 여러 종류로 되어 처음 사용하는 가정간호사들이 혼란스럽다는 반응도 있었으나 각 기록지를 다른 색깔로 인쇄하여 쉽게 구분이 되도록 하고 각 사용하는 시기를 표로 만들어 간호사들이 활용하도록 한 결과 가정간호사업이 끝났을때의 반응은 비교적 좋았다.

본 연구에서 사용된 가정간호 기록지들의 취약점이라면 이 기록지들이 어떤 간호학적인 이론들에 의해 개발

되지는 못하였다는 점이다. 초기사정지의 경우 노인초기사정기록지는 11가지양상에 따른 사정 형식을 선택하였으나 다른 초기사정지는 그러한 틀이 없이 기존양식을 기초로 만들어 졌다. 또 임상경과 기록지는 질병별로 구분되어 개발이 되었다. 본 연구의 초기과정에서 간호진단을 중심으로 기록지를 개발하는 방안이 제시되었으나 현실적인 이유에서 시도되지 못하였다. 즉, 가정간호사들 대부분이 간호진단에 익숙하지 못하고, 의사와의 의사소통에 질병중심기록이 더 용이할 것으로 생각되었고, 간호진단을 이용한 임상경과기록지를 사용하는 경우 질병특성에 따른 필요부분만을 발췌하기가 어려워 오히려 더 많은 사정시간이 걸릴 것으로 생각되었기 때문이다. 그러나 우선은 이 형식을 이용하면서 장기적으로 각 질병을 가진 가정간호대상 환자들에서 어떤 간호진단이 있는지를 연구한 후 이에 의해 간호진단 중심의 기록지 형식도 개발될 수 있으리라 생각된다.

현재 각 지역에서 여러 유형의 가정간호사업이 시작되는 단계에 있고, 가까운 시일내에 병원중심 가정간호사업이 활성화 될 것으로 보인다. 이미 활동을 하고 있는 기관들에서는 각기 나름대로의 기록 형식을 갖추어 활용하고 있는 것으로 생각되나 서로 어떤 내용으로 사용하고 있는지 알려지지 않고 있어 앞으로 이러한 분야 종사자들의 상호 의사소통을 통해 보다 완전한 기록지가 개발 될 수 있으리라 생각된다. 또한 이러한 자료는 새로 가정간호사업을 계획하는 지역사회중심 혹은 병원중심 가정간호기관에는 커다란 도움이 될 것으로 생각한다.

본 연구에서 개발한 기록지 형식은 완전하다고 하기는 어렵지만 여러해에 걸친 전문가들의 노력과 실무적용을 통해 수정을 거친 기록지 형식으로서 새로 가정간호사업 시작시에 활용하는데 무리가 없으리라 생각한다. 그러나 앞으로 가정간호사들이 활용하면서 계속 수정작업을 거쳐 더욱 완전한 형식을 갖추어 가야할 것이며 이를 통하여 가정간호 사업에 참여하는 여러 인력들 간에 의사소통이 용이해지고 가정간호활동의 틀로서 확립되며 질적인 보장도 강화될 수 있으리라 생각된다.

## VI. 결 론

1993년 7월부터 1995년 3월까지 시행된 공공보건조직을 이용한 가정간호요구조사 및 방문간호사업의 효과측정을 위한 연구에 필요한 기록지 개발을 위하여 보건진료원의 방문간호사업을 위한 방문간호 업무지침서,

초기 질병사정지, 질병별 임상경과 기록지 및 기록지침을 개발하고 수정하는 작업을 수행하였다. 총 연구기간 중 방문간호사업에 대한 실무교육 및 기록지의 타당성·유용성 검증을 위하여 지역사회 보건사업실무자 및 보건진료원들과의 4차에 걸친 연찬회를 실시하였다.

본 연구를 진행하는 동안에 개발한 기록지를 이용하여 실제 방문간호사업을 수행한 기간은 1995년 1월에서 3월까지였으며 이 기간동안에 계속적으로 본 연구자들과 보건진료원들은 방문간호과정을 위한 교육, 평가, 재계획 작업을 통하여 공공보건 조직을 이용한 방문간호사업 기록지 즉, 초기 질병사정지, 질병별 임상 경과기록지, 의사처리지시서, 환자 의뢰기록지 등을 개발하게 되었으며 그 유용성도 확인하였다.

### 참 고 문 헌

김은경(1993). 개심술 환자의 퇴원 후 교육요구에 대한 조사. 서울대학교 대학원 석사학위논문.

김정순(1993). Transition of health promotions in Korea with changing socioeconomic status. Asia Pacific Region Symposium. 서울대학교 간호대학 부설연구소

이인숙(1990). 지역사회가정간호의 실행모형개발을 위한 연구-노인간호요구에 대한 보건진료원 활용적 절성을 중심으로- 서울대학교 보건대학원 박사학위 논문.

이미애(1992). 가정간호사업을 위한 만성폐쇄성 폐질환 환자의 사례연구. 연세대 대학원 석사학위논문.

전은미(1994). 산욕부과 신생아의 가정간호사례연구. 연세대 대학원 석사학위 논문.

조원정, 김용순, 김주희, 김진순, 연기순, 이광옥, 한경자(1991). 가정간호사업의 수요추정과 모형설정을 위한 연구. 대한간호, 30(2)

조윤희(1990). 뇌혈관질환자의 자가간호능력과 가정간호요구도와와의 관계. 서울대학교 보건대학원 석사학위 논문.

최경혜(1990). 만성질환의 유병양상 및 진료추이분석. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문.

한경자, 박성애, 하양숙, 윤순녕, 송미순(1994). 일개 군 지역의 가정간호 요구조사, 대한간호학회지, 24(3), 484-498.

한경자, 박성애, 하양숙, 윤순녕, 송미순(1995). 공공보건조직에서의 방문간호사업모형개발 : 보건진료소

방문간호사업, 대한간호학회지, 25(3), 472-484.

황나미(1996). 병원중심가정간호시범사업 평가, 한국보건사회연구원.

Humphrey, C. J.(1986). Home Care Handbook. Norwalk : Appleton Century Crafts, 31-36.

Keating, S.B., & Kelman, G.B.(1988). Home Health Care Nursing : Concepts and Practice, London : J. B. Lippincott, 35-36, 98-105.

Kinke, L.T. & Wilson, A.A(1987). Outcome Measure in Home Care(Vol II service). New York, Mational League for Nursing, Pub No.21-2195, 129-146.

- Abstract -

### A Study on the Development of the Record forms for the Home Care Nursing

*Han, Kyung Ja · Park, Sung Ae · Hah, Yang Sook  
Yun, Soon Nyoung · Song, Mi Soon\**

The objective of this study is to develop the record forms for the home care nursing.

Through the literature review and 4 times of workshop participated with the health practitioner and nursing professors from July 1993 to March 1995, the standands of home nursing care, initial assessment tools, progress notes by diseases and the referral sheet were developed.

The Community health practitioner were trained for home nursing care and participated with 5 nursing professors in the workshop to validate the content of the record forms.

It is suggested that the more refinement of these record forms fased a defined conceptual framework in the various home nursing area is needed in the future.

\* College of Nursing, Seoul National University.