

## 간호정보조사지 개선을 위한 연구\*

박 경 숙\*\* · 지 성 애\*\* · 정 혜 경\*\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

간호대상자에게 적용되는 간호과정의 단계는 사정, 진단, 계획, 중재, 평가의 5단계로 구성되어 있다(김명자 등, 1996), 이중 간호사정은 간호과정의 첫번째 단계로 개인의 신체적, 심리적, 사회적 및 정서적 측면에 대한 자료를 체계적이고 순서적으로 수집하고 분석하여 대상자의 문제를 진단함으로써 개별화된 환자간호를 위해 대상자에 대한 정보를 정확하게 규명하는 데 무엇보다도 중요하다. 이를 위해서 각 환자마다 다른 요구와 문제점을 파악하기 위한 한 가지 방법으로써 간호력 혹은 간호정보조사지의 사용이 등장하였다(Mophitridge, 1968).

간호정보조사지는 간호계획을 세우는데 기초자료로서 환자의 현재력, 잠재력인 간호요구와 문제를 평가하는데 도움이 된다(한윤복, 전지자, 1993). 즉 간호정보조사지를 사용함으로써 환자의 개별적 간호에 필요한 여러 지식들을 과학적으로 그리고 체계적으로 얻을 수 있기 때문이다. 또한 간호정보조사지는 어느 환자집단에 어떠한 간호요구의 존재 여부와 어떤 특징적인 요소가 간호요구에 작용하는지를 찾아내는 것으로 개별적인 간호계획 수립에도 도움이 될 뿐아니라 간호학의 이론체계에도 도움이 된다고 본다(Fuller, Rosenaur, 1974, 전경애,

1977).

이와같이 간호정보조사지의 중요성이 강조되고 있음에도 불구하고 임상에서 실무를 담당하고 있는 간호사들이 간호정보조사지에 대한 개념이 확고하지 못하고 기록조차 질적 충실을 기하지 못함을 생각할 때 환자를 위한 종합적 간호과정의 성과를 기대하기 어렵다고 본다(Harris, 1979, Bertacci, 1974).

현재 임상실무에서 간호사들의 간호정보조사지 사용실태는 간호정보조사지를 작성해 놓는 정도의 형식에 그치고 있어 간호정보조사지를 작성함으로써 요구와 문제점을 파악하여 양질의 간호를 제공하는데 효과적으로 활용되지 못하고 있는 실정이다.

이러한 상황에서 현재 사용중인 간호정보조사지를 박현애 등(1999)이 개발한 간호정보조사지(성인)표준서식과 비교하는 내용분석과 문제점을 파악하여 효과적인 간호정보조사지 양식의 개선방향을 제시하는 연구가 필요하다.

간호기록에 대한 국내외의 연구경향을 보면 먼저 국내 연구로는 문제제시 간호기록방법이 간호기록행위에 미치는 효과(강윤희, 1977), 간호기록의 영문용어의 사용(지성애, 1978), 간호과정 적용에 따른 간호기록지 평가(이경혜, 김문실, 1980), 문제중심 간호기록(서부덕, 1984), 간호기록의 관리(정수경, 1984), 간호기록의 개선과 전산화를 위한 기초연구(지성애, 최경숙, 박경숙,

\* 이 논문은 1999년도 중앙대학교 학술연구비 지원에 의한 것임

\*\* 중앙대학교 의과대학 간호학과 교수

\*\*\* 중앙대학교 일반대학원 박사과정생

정용기, 1999)에 관한 연구가 있으며, 그밖에 입원시 정보수집을 위한 간호면담방법의 효과(이평숙, 1977), 간호진단의 임상적용 현황, 문제점, 개선방안(박신애 등, 1989), 간호진단 protocol의 임상적용효과(김귀분 등, 1989), 간호진단의 임상적용 활성화를 위한 연구(최영희, 이향련, 김혜숙, 김소선, 박광옥, 1996) 등 간호기록, 간호면담과 간호진단에 관한 연구가 보고된 바 있으며 간호정보조사지에 관한 연구는 간호력을 통해 본 내과입원환자의 간호요구(전경애, 1977)와 간호표준서식 개발 9종류 중 간호정보조사지를 개발(박현애 등, 1999)한 것이 있다.

국외의 경우를 보면 카텍스와 간호지시서를 함께 제공하여 간호과정의 기록을 증진시킨 연구와 간호정보조사지, 간호계획서가 같이 되어있는 도구를 만들어 문제점 파악에 대한 효과를 높인 Keegan(1970)의 연구가 있다.

또 사정도구의 사용이 간호문제 확인에 효과가 있는가를 확인한 Hamdi & Hutelmyer(1970)의 연구와 간호정보조사지를 이용한 자료수집은 면담이나 체계적인 관찰, 신체검진을 통해 이루어지며 면담은 대상자와 언어적 의사소통을 통하여 목표지향적인 대화가 이루어져야 한다고 한 Wolff, Erickson, Egglund(1977)의 연구 등이 있다.

간호의 질적수준이 절실히 요구되는 이 시점에서 효율적이고 새로운 간호기록의 개발에 필요한 기초자료로서 현재 각 기관마다 사용중인 성인용 간호정보조사지를 박현애 등(1999)의 연구결과인 간호정보조사지(성인)표준서식과 비교하는 내용분석과 간호실무자들의 실제사용에 관한 의견 수렴을 통해 문제점을 파악하고 개선방안을 제시하는 것이 본 연구의 목적이다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 간호기록

환자의 진료 및 간호에 있어서 기록이란 매우 중요하다. 그 이유는 간호기록은 보다 질적인 치료와 간호를 함에 절대적인 매개체 역할을 하고 있으며 동일 목표를 위한 의료요원간에 서면화된 의사소통의 도구로서 큰 역할을 차지하고 있기 때문이다. 또한 그 정보는 앞으로의 치료방침과 간호계획을 세우는데 중요한 길잡이가 되기도 한다(Walker, 1964 ; Iyer & Camp, 1995).

또한 환자 간호에 있어 기록은 중요한 간호업무 중의

하나로 의사소통의 중심이며 환자간호의 평가, 연구, 복습의 기초가 되고 환자, 병원, 그리고 전문가의 법적 근거가 될 뿐 아니라 연구와 교육을 위한 중요한 자료가 된다고 하였다(이경혜, 김문실, 1980).

이처럼 간호기록은 환자의 신체적 문제뿐만 아니라 환자의 내적 평형상태의 유지를 위하여 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 사정도구로서의 역할을 할 수 있어야 한다(박신애 등, 1989).

그리고 간호기록은 의무기록에서 분리할 수 없는 한 부분이며 이것은 환자의 상태를 계속적으로 기록하는 독자성을 지녀야 하고, 또한 이러한 기록을 토대로 전문의 료요원은 서로 통합된 정보를 가지고 환자를 이해하여 환자의 문제점을 종합적으로 해결하는 역할을 한다(Bloom, 1971).

한편, Kozier & Erb(1987)는 환자와의 면담시간이 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 문제 파악에 있어서 체계적으로 조직화된 간호기록은 전인간호를 위한 가장 좋은 방법중의 하나라고 하였다.

또 Keegan(1970)의 연구에서는 간호정보조사지와 간호계획서가 같이 되어 있는 카텍스를 만들어 문제점 파악에 대한 효과를 높였고 Hamdi et al(1970)의 연구에서는 사정도구의 사용이 간호문제를 확인하는데 도움을 주는 것으로 나타났다.

이와같이 간호기록은 그 가치와 중요성이 다각적인 측면에서 논하여지면서 연구되고 있다. 그러나 간호기록활동은 여러학자들의 연구 노력과 함께 그 중요성이 강조되고 있음에도 불구하고 임상에서 실무를 담당하고 있는 간호사 자신들이 간호기록에 대한 개념이 확고하지 못하고 기록시행조차 질적충실을 기하지 못함을 생각할 때 환자를 위한 종합적 간호과정의 성과를 기대하기 어렵다고 본다(Harris, 1979, Bertacci, 1974).

### 2. 간호정보조사지

간호정보조사지는 간호계획을 세우는데 기초가 되는 자료로써 환자의 현재적, 잠재적인 간호요구와 문제를

평가하는데 도움이 된다(한윤복 등, 1993). 이는 개별화된 환자간호를 위해 중요한 정보를 제공하는 것으로 각 환자마다 다른 요구와 문제점을 파악하기 위한 한가지 방법으로써 간호력 혹은 간호정보조사지의 사용이 등장하였다(Mophetridge, 1968).

즉 간호정보조사지를 사용함으로써 환자의 개별적 간호에 필요한 여러 지식들을 과학적으로 그리고 체계적으로 얻을 수 있기 때문이다. 또한 간호정보조사지는 어느 환자집단에 어떠한 간호요구가 있는지 규명하기 위해서도 사용할 수 있다. 즉 어떤 환자집단에 어떤 간호요구의 존재 여부와 어떤 특징적인 요소가 간호요구에 작용하는지를 찾아내는 것은 개별적인 간호계획 수립에도 도움이 될 뿐 아니라 간호학의 이론체계에도 도움이 되리라고 본다(Fuller, Rosenaur, 1974 ; 전경애, 1977).

또한 간호과정을 수행하는데 있어 간호문제 해결을 위한 가장 초보적인 단계로 건강에 대한 포괄적인 접근과 아울러 질적인 간호를 제공하기 위한 복합적 정보단위라 할 수 있다.

의료부분에서는 의료정보표준화의 기초작업으로 진료 기록서식에 사용되는 정보를 분석하고 퇴원환자 요약정보에 사용되는 필수항목에 대한 정의 및 사용범례를 제시한 바 있으나 (조한익 외, 1997) 간호서식은 대부분 누락된 것으로 나타났다 (박현애 외, 1998). Keegan (1970) 역시 보다 효율적인 환자 간호를 위해서는 간호계획을 세워야 하고 훌륭한 간호계획을 세우려면 무엇보다도 환자에 관한 많은 정보를 알아야 된다고 했다. 또한 간호정보조사지는 환자의 특성에 따라 적용시킬 필요가 있으며 이는 산부인과, 소아과, 정신과, 중환자실 등 특수 분야의 환자를 개별 간호하는데 필요한 정보가 다르기 때문이다(한윤복 등, 1993).

그리고 체계적으로 자료를 수집하기 위해서는 적절한 사정양식을 이용하는 것이 효율적이며 대상자에 따라 포괄적인 사정을 할 수 있도록 여러 가지 양식이 개발되어 있다.

간호정보조사지는 면담자에게 질문의 순서나 꼭 포함해야 할 내용을 제시하는 지침서로 사용되고 있으며 간호정보조사지의 초점은 개인의 현재 건강상태와 평소 기본요구를 충족시키는 방법 전반에 대한 정보를 수집하고 요구충족 과정에 대한 문제를 확인하는데 있고 (Eggland, 1977), 개인에 관한 자료수집 내용은 개인의 인적사항, 활력징후, 일상생활 활동, 신체상태, 신체사정조사결과, 성장발달기록, 사회기록, 사회·문화·경

제력, 현병력, 과거력, 가족력등을 포함한다(강윤희, 1974 ; Eggland, 1977).

이러한 간호정보조사지 사정을 위해 자료수집은 면담이나 체계적인 관찰, 신체검진을 통해 이루어지며 면담은 대상자와 언어적 의사소통을 통하여 목표지향적인 대화가 이루어져야 한다. 이때 직접적인 질문을 하거나 대상자가 자유롭게 말할 수 있도록 기회를 주는 자유흐름형의 면담, 광범위한 자료를 얻기 위한 개방형 면담등이 있다.

또한 간호정보조사지의 양식은 각 기관마다 다양한데 구체적이면서 고도로 구조화된 체크리스트 형식과 간호정보조사지와 간호계획서가 같이 되어 있는 간호력-카텍스 양식, 또 개방형 질문지 형식까지 다양화 되어 있다 (Keegan, 1970).

현재까지 개발된 표준간호서식중 간호정보조사지로는 임상간호사회에서 개발한 성인용 간호정보조사지가 있으며 응급실, 투석실, 분만실, 신생아실 간호정보조사지가 개발중에 있다(박현애, 1999).

### III. 연구 방법

#### 1. 연구대상 및 자료수집방법

본 연구의 대상은 자료의 포괄적인 수집과 항목분석을 위해 전국에 있는 36개 대학부속병원의 성인용 간호정보조사지를 선정하였다. 또한 해당병원 간호실무자 중 주로 내외과병동 수간호사 및 일반간호사를 대상으로 간호정보조사지의 사용시 문제점과 수정, 보완, 삭제 요망사항등에 관한 내용을 자가보고식 서술형식으로 설문조사하였다. 선정과정에서 대학병원의 경우 동일대학 산하의 부속병원이 2개 이상일 경우 간호정보조사지 내용의 유사성을 검토하여 1~2개로 축소하였으며 해당병원의 간호부서장에게 전화 및 서면으로 연구목적을 설명하고 협조를 얻은 후 자료를 수집하여 내용분석을 수행하였다.

#### 2. 연구기간 및 자료분석절차

본 연구의 자료수집은 1999년 5월부터 1999년 12월 까지 진행되었으며 자료의 구체적인 수집 및 분석절차는 다음과 같다.

- 총 36개 병원을 대상으로 현재 사용중인 성인용 간호정보조사지를 수집하였다.

- 수집된 간호정보조사지를 각 항목의 세부내용을 포함하여 항목별로 나열하고 내용분석을 하였다.
- 세부내용은 유사하나 항목의 명칭이 상이한 경우 가명칭을 사용하여 유사항목끼리 내용을 묶어 비교하였다.
- 36개 병원의 간호정보조사지에 포함된 항목의 빈도 및 백분율을 구하였다.
- 현재 사용중인 간호정보조사지에 대해서는 간호실무의 유용성과 사용상 문제점, 항목분류의 적절성, 타당성, 관련성등을 평가하기 위해 각 병원 간호실무자를 대상으로 설문지를 사용하여 의견을 조사 분석하였다.

#### IV. 연구결과 및 논의

##### 1. 연구대상의 일반적 특성

연구결과 36개 대학부속병원에서 수집된 설문지는 총 225부이며 응답자의 근무부서는 외과계가 130명이고 내과계가 95명이었다. 근무경력은 1년에서 5년미만이 62명, 5년~10년미만이 67명, 10년~20년미만이 77명, 20년이상이 19명으로 평균 9년 9개월이었다. 또 응답자 중 수간호사가 73명, 책임간호사가 12명이고 일반간호사가 140명이었다<표 1>.

<표 1> 연구대상의 일반적 특성 N=225

항 목	내 용	빈도(%)
근무부서	외과계	130(58)
	내과계	95(42)
근무경력	1년~5년 미만	62(28)
	5년~10년 미만	67(30)
	10년~20년 미만	77(34)
	20년 이상	19( 8)
직 위	수간호사	73(33)
	책임간호사	12( 5)
	일반간호사	140(62)

##### 2. 수집된 간호정보조사지 내용분석

본 연구의 대상병원에서 수집된 간호정보조사지를 항목별로 분류한 결과는 <표 2-1, 2, 3, 4>와 같다. 각 병원에서 현재 사용중인 서식의 항목내용은 그 명칭과 세부항목에 있어 구성간의 차이를 보여 원형 그대로를 비교하는데는 다소 무리인 것으로 판단되었다. 그러므로

박현애 등(1999)이 개발한 표준화서식을 기준으로 각 항목의 분류 및 명칭을 사용하였고 내용상 유사한 것은 하나의 용어로 통일하여 각각 비교하였다.

분석결과 이미 개발된 표준화 서식과 각 병원에서 현재 사용중인 서식간에는 항목분류에 있어서 비교적 많은 차이는 없었으나 세부내용 구성에 있어서 해당 항목수가 표준화 서식에 비해 많고 내용구성면에 있어 체계적이지 않은 점, 과별 특성을 고려하지 않은 항목등이 있음이 발견되었다.

세부내용을 보면 일반정보에 관한 내용의 비교분석에서는 입원일, 정보제공자, 작성간호사, 직업, 교육정도, 종교, 전화번호, 현주소, 흡연, 음주, 가계도 및 가족병력이 공통적으로 사용되고 있었고 기존서식을 사용하는 병원은 이외에도 경제상태, 주민등록번호, 출생지 및 성장지역, 신장 및 체중, 활력징후, 취미 및 습관, 가정에서의 환자위치, 커피, 입원시 동반자, 가족의 협조정도, 담당의, 보험가입유무, 면담시 관찰사항, 신체적 외모, 진단명, 입원전 검사항목을 각 병원별로 더 사용하고 있는 것으로 나타났다<표 2-1>.

입원과 관련된 정보에 관한 내용의 비교분석에서는 입원경로, 입원방법, 입원동기 - 주증상 병인, 과거병력 - 질환명 수술명 알레르기, 최근투약상태, 병에 대한 인식이 공통적으로 사용되고 있었고 기록서식을 사용하는 병원은 이외에도 과거병력 - 입원경력, 혈액형, 백신접종, 타병원방문 항목을 각 병원별로 더 사용하고 있는 것으로 나타났다<표 2-2>.

신체검진에 관한 내용의 비교분석에서는 기형, 동통, 식욕, 수면상태, 대변, 소변, 활동상태, 피부 - 피부상태 피부색갈, 소화기계 - 소화기장애, 순환기계 - 순환기계 장애 부종 요흔, 호흡기계 - 호흡기계장애, 신경계 - 동공크기 빛반사 시력장애 청력장애 신경근육 마비, 의식상태 - 지남력 의식 의사소통, 정서상태, 보조기구가 공통적으로 사용하고 있었고 이외에도 기존서식을 사용하는 병원은 정신상태, 비노생식기계 - 비노기장애 생식기 장애 월경출산력, 근골격계 - 근육장애 골격장애, 영양상태 - 식이, 위생상태를 각 병원별로 더 사용하고 있는 것으로 나타났다<표 2-3>.

입원시 간호 및 교육내용의 비교분석에서는 표준화서식의 입원시 준비물품, 병실내 시설안내, 병원시설안내, 가스전열기구 사용금지 및 화재방지, 귀중품관리 및 도난방지, 낙상방지, 보호자면회 및 식사시간, 지정진료, 진단서 발급, 의사회전시간이 기존서식의 입원시 간호

및 준비물품, 병실교육과 공통적으로 사용되고 있었다.

기존서식은 이외에도 정보분석 - 간호사의 기대 건강 상태에 대한 인식 건강회복에 대한 기대 초기문제목록,

퇴원간호계획을 각 병원별로 더 사용하고 있는 것으로 나타났다<표 2-4>.

<표 2-1> 일반정보에 관한 내용의 비교분석

N=36

표준화 서식		기존 서식			
대분류	중분류	대분류	중분류	빈도(%)	
일반정보	입원일	일반정보	입원일	18(50)	
	정보제공자		정보제공자	18(50)	
	작성간호사		작성간호사	17(47)	
	직업		직업	31(86)	
	교육정도		교육정도	32(89)	
	종교		종교	33(92)	
	전화번호		전화번호	30(83)	
	현주소		현주소	26(72)	
	흡연		흡연	35(97)	
	음주		음주	35(97)	
	가계도 및 가족병력			가계도(가족관계)	24(67)
				가족병력	31(86)
				경제상태	10(28)
				주민등록번호	16(44)
				출생지 및 성장지역	5(14)
				신장 및 체중	22(61)
				활력징후	27(75)
		취미 및 습관	5(14)		
		가정에서의 환자위치	4(11)		
		커피	11(31)		
		입원시 동반자	10(28)		
		가족의 협조정도	6(17)		
		담당의	6(17)		
		보험가입유무	8(22)		
		입원시 동반자	4(11)		
		면담시 관찰사항	6(17)		
		신체적 외모	11(31)		
		진단명	18(50)		
		입원전 검사	6(17)		
총계	11항목	총계	29항목		

<표 2-2> 입원과 관련된 정보에 관한 내용의 비교분석

N=36

표준화 서식			기존 서식			
대분류	중분류	세부항목	대분류	중분류	세부항목	빈도(%)
입원과 관련된 정보	입원경로		입원과 관련된 정보	입원경로		30(83)
				입원방법		28(78)
				입원동기		29(81)
	과거병력			과거병력		12(33)
				주증상		11(31)
				발병일		34(94)
				질환명		34(94)
				수술경험		28(78)
				알레르기		32(89)
				입원경력		12(33)
		최근 투약내용		3(8)		
		병에 대한 인식		8(22)		
		혈액형		4(11)		
		백신접종				
		타병원방문				
총계	6항목		총계	9항목		

<표 2-3> 신체검진에 관한 내용의 비교분석

N=36

표준화 서식			기존 서식			
대분류	중분류	세부항목	대분류	중분류	세부항목	빈도(%)
신체검진	기형		신체검진 (건강과 관련된 정보)	기형		10(28)
	동통			동통		26(72)
	식욕			식욕		9(25)
	수면상태			수면상태		34(94)
	대변			대변		35(97)
	소변			소변		35(97)
	활동상태			활동상태		19(53)
	피부	피부상태		피부	피부상태	23(64)
		피부색깔			피부색깔	11(31)
		소화기계			소화기계	34(94)
		순환기계			순환기계	31(86)
		부종			부종	25(69)
		요혼			요혼	14(39)
		호흡기계			호흡기계	32(89)
		신경계			신경계	9(25)
		빛반사			빛반사	8(22)
		시력장애			시력장애	30(83)
		청력장애			청력장애	30(83)
		신경근육			신경근육	20(56)
		마비			마비	21(58)
	의식상태		의식상태	29(81)		
	지남력		지남력	29(81)		
	의식		의식	29(81)		
	의사소통		의사소통	30(83)		
	정서상태		정서상태	31(86)		
	보조기구		보조기구	27(75)		
			정신상태	31(86)		
			비뇨생식기계	비뇨기장애	15(42)	
				생식기장애	12(33)	
				월경,출산력	10(28)	
			근골격계	근육장애	16(44)	
				골격장애	16(44)	
			영양상태	식이	10(28)	
			위생상태		23(64)	
총계	15항목		총계	20항목		

<표 2-4> 입원시 간호 및 교육내용의 비교분석

N=36

표준화 서식		기존 서식		
대분류	중분류	대분류	중분류	빈도(%)
입원시 간호 및 교육내용	입원시 준비물품	기 타	입원시 간호 및 교육내용	9(25)
	병실내 시설 안내		병실교육	14(39)
	병원시설 안내		정보분석	
	가스, 전열기구 사용금지 및 화재방지		- 간호사의 기대	4(11)
	귀중품 관리 및 도난방지		- 건강상태에 대한 인식	6(17)
	낙상방지		- 건강회복에 대한 기대	6(17)
	보호자 면회 및 식사시간		- 초기문제목록	4(11)
	지정진료, 진단서 발급, 의사회진시간		퇴원간호계획	9(25)
	총계		8항목	총계

### 3. 설문조사 내용분석

#### 1) 항목분류 및 세부내용 구성의 적절성 분석

간호정보조사지의 항목분류의 적절성에 있어서는 대부분 체계적으로 영역이 분류되어 있어 환자에게 필요한 정보의 파악이 용이하다고 응답하였으나 세부내용 구성의 적절성에 있어서는 비교적 많은 의견이 제시되었다. 우선 환자 사정시 필요한 항목이 대체적으로 갖추어진 병원의 경우 환자에 관한 정보의 누락을 방지할 수 있으며 신체계통별 사정이 이루어지므로 전체적인 상태파악이 가능하고 특히 체크리스트 형식인 경우는 시간절약의 효과도 있는 것으로 나타났다. 그러나 성인용 간호정보조사지가 내·외과로 분리되지 않고 동일한 형식을 취하고 있고 과별 특성을 고려하고 있지 않기 때문에 각각의 진료과에 따라서는 추가로 삽입해야 할 내용과 불필요한 항목이 있어 다른 간호기록지에 추가내용을 별도로 기록하고 있는 실정이므로 환자에 관한 정보를 한눈에 파악하기 어려워 간호정보지의 유용성이 감소된다고 하였다.

또한 지면활용도에 있어서 환자의 개별 추가내용을 기록할 수 있는 비교란이 없고 다른 기록지와 중복된 항목이 있어 시간 및 업무의 효율성에서 문제점으로 지적되고 있으며 세부항목에 있어서 정상인 경우 체크할 란이 없어 기록누락인지 정상인지에 관한 구분이 어렵고 좀더 구체적인 항목분류가 될 것을 언급하였다.

본 연구의 대상병원이 대학병원수준이라는 점을 감안한다면 대개의 간호정보조사지가 3~5가지 종류로 구분되어 사용되고 있으나 아직 과별 구분없이 한가지 서식으로 모든 환자의 간호정보를 기록하는 병원이 있어 소아나 산부인과, 정신과 환자에게는 부적합하여 간호실무에서의 활용도는 크게 떨어지는 것으로 조사되었다. 또한 현재 임상간호사회에서 개발된 표준화서식을 사용하고 있는 병원의 경우 전반적인 환자 상태를 파악할 수 있는 목록이 많고 체크리스트 형식으로 되어 있어 사용시 편리하다고 응답하였으며 반면 간호정보조사지외의 기록지는 기존에 병원에서 사용하고 있는 양식을 그대로 사용하고 있기 때문에 중복되는 항목이 있어 동일한 내용을 여러차례 기록해야 하는 불편함이 있다고 언급한 병원도 있었다. 이러한 사례는 표준화된 양식의 일부만 사용할 경우 발생될 수 있는 문제로 간호정보조사지외의 다른 표준화된 양식도 함께 사용하는 것이 바람직할 것으로 사료된다. 현재까지 개발된 표준간호서식은 성인용 간호정보조사지, 퇴원시 간호계획지, 전과전동 간호기록

지, 간호기록지, 간호처치 기록지, 임상관찰기록지, 수술 전 처치 및 간호상태 확인표, 간호계획지, 중환자 관찰기록지이며 개발중인 표준서식으로는 중환자실 간호기록지, 응급실 간호정보조사지와 간호기록지, 수술실 간호기록지, 회복실 간호기록지, 투석실 간호정보조사지, 복막투석 기록지(입원, 외래), 혈액투석 기록지, 투석환자 전원 의뢰서, 분만실 간호정보조사지와 퇴원시 간호계획지, 분만장 간호기록지, 신생아 출생정보조사지, 신생아실 간호정보조사지와 퇴원간호계획지, 신생아 관찰기록지가 있다(박현애, 1999).

또한 신체검진란의 기록에 있어 다소의 어려움이 있다고 응답하였는데 이는 기록지 사용전 작성간호사에 대한 체계적이고 충분한 사전교육이 있어야 할 것으로 사료된다.

#### 2) 추가·삭제·수정·기록누락항목의 분석

각 병원별로 다소 상이한 결과이기는 하나 현재 사용중인 간호정보조사지의 추가내용으로는 과거병력란에 발생빈도가 높은 질환 항목을 마련하여 체크형식의 기록을 할 수 있도록 하는 것과 결혼상태, 동거인, 보호자 연락처, 정보제공자 기록란의 추가사항이 가장 많은 빈도를 보이고 있었다.

삭제할 내용으로는 현주소와 전화번호, 환자구분(보험, 일반, 보호), 활력징후, 신장, 체중의 경우는 다른 기록지와 중복되는 경우가 많고 출생지와 성장지역, 수면시간, 환자의 건강상태에 대한 인식, 건강회복에 대한 기대, 간호사의 기대등은 형식적인 질문인 경우가 대부분이므로 삭제되어도 무방하다고 하였다. 그리고 입원간호 및 교육내용과 관련된 항목은 전반적인 내용을 모두 포함한 내용을 구성할 것과 반면 입원시 입원생활안내문이 별도로 제공되고 있기 때문에 안내문 제공유무에 관한 것만 기록하는 것이 바람직하다는 상반된 견해를 보이고 있었다.

또한 간호정보조사지 내용중 의사업무에 속하는 전문적인 내용, 예를 들어 심잡음 청취 등은 사정이 어렵고 정확성이 낮아 기록유무 및 기록누락이 빈번하므로 의사의 신체사정을 참고하는 방안이 오히려 정확성을 기하는데 효과적이라고 하였다.

수정내용으로는 기록내용에 비해 공간이 적은 경우 기록공간의 재분배와 서술형 기록이 반드시 필요한 경우를 제외하고는 체크형식의 기록이 시간절약효과 및 내용확인의 용이성면에서 더 편리하다고 하였다.

또한 상태정도의 구분시 해당기준이 모호한 경우(특히

음주나 흡연의 경우) 그 기준을 정확하게 구분할 수 있는 도구가 있어야 할 것과 신체검진에 대한 내용은 통증 사정도구와 같이 인체그림을 이용할 것을 제안하였다.

기록누락항목으로는 환자개인의 교육경도와 경제상태, 종교, 위생습관(목욕, 샴푸, 이발횟수), 성생활변화, 취미가 기록시 가장 많이 누락되는 것으로 조사되었는데 이는 실제 간호현장에서 간호정보조사시 간호사나 환자의 입장에서 개인의 프라이버시와 관련된 내용의 질문시 많은 어려움이 있는 것으로 나타났다. 그러나 이러한 항목은 간호정보중 환자간호에 필요한 내용이므로 간호사가 직접 질문을 통하여 파악하기보다는 환자나 보호자가 직접 기록하여 제출하게 하는 방법이 더 적절하다고 사료된다.

박현애 등(1998)이 개발한 표준화된 서식을 사용하고 있는 병원의 경우 입원환자 사정과 관련된 대부분의 항목이 포함되어 있어 포괄적인 자료수집이 가능하고 체크리스트 형식인 점에서 시간절약 및 사용시 편리함을 들고 있다. 그러나 과거병력란에 입원경험에 관한 내용과 간염란, 결혼여부, 가족병력이 추가될 것과 가계도와 가족병력란의 구분, 그리고 현주소와 전화번호는 입원장과 중복되어 기록되므로 삭제해도 무방할 것으로 지적하고 있으며 신체검진은 세부항목의 조절이 필요하다고 하였다.

또한 직업과 교육경도는 기존 서식지를 사용하고 있는 병원에서도 마찬가지로 개인의 프라이버시와 관련된 사항으로 환자와의 면담시 자주 누락되고 있다고 하여 이를 해결하기 위한 계속적인 검토가 있어야 할 것으로 사료된다. 그리고 계통별 사정에 있어서 특히 신경계와 호흡기계, 순환기계의 경우 검진시 숙련된 기술과 사전 교육이 필요하다고 하여 간호정보조사에 있어 면담방법과 신체사정술에 관한 철저한 계속교육이 이루어져야 할 것을 시사하고 있다.

### 3) 현 서식의 장·단점 분석

간호정보조사지와 퇴원간호기록지가 한 장의 전·후면에 위치한 병원의 경우 입원시 상태와 퇴원시 상태를 쉽게 비교할 수 있는 점과 중복기록의 문제점을 보완할 수 있다는 점에서 이를 장점으로 들고 있으며 일반적으로 간호정보조사지를 활용함으로써 환자파악이 용이하고 환자와 그의 가족에 관한 일반적 정보를 체계적으로 쉽게 알 수 있으며 재입원하는 환자의 경우 정보의 연결성이 있어 과거 정보를 참조하는데 도움이 되며 타 부서와 타 기관간의 간호정보의 공유화와 이후 전산화 프로그램개

발에 기여할 수 있는 점을 들 수 있다.

반면 본 연구대상병원의 간호정보조사지 및 응답내용을 수집하여 분석한 결과 항목분류나 세부내용에 있어서 체계적이지 않거나 불필요한 부분이 있고 실제적으로 필요한 부분이 누락되어 있어 간호 실무에 크게 도움이 되지 않는다는 병원도 있었다. 이러한 문제는 병원 자체내에서 간호정보조사지의 사용상 유용성이나 적절성, 업무의 효율성등에 관한 조사를 실시하여 보다 발전된 간호정보조사지를 개발하는데 힘써야 할 것으로 사료된다.

그리고 위에서도 언급한 바 있듯이 과별 특성에 맞는 간호정보조사지가 좀 더 세분화되어 개발되어야 할 필요성이 제시되며 단기 입원환자나 재입원환자의 경우 동일한 양식의 사용에 있어서 다소 문제가 있는 것으로 나타난 바 이러한 문제점을 보완할 수 있는 환자 특성에 맞는 양식의 별도 사용이 필요할 것으로 사료된다.

또한 각종 기록지의 전산화 추세에 발맞춰 이러한 양식개발이 필요하며 기존에 개발된 표준화 양식(박현애 외, 1998)의 사용을 활성화하고 추후 활용도 및 문제점에 관한 검토가 필요할 것이다. 2000년 1월 20일과 21일에 임상간호사회와 서울대학교 간호대학이 공동으로 개최한 특수간호분야 표준간호서식 공청회에서 조사한 바에 의하면 현재 표준간호서식을 활용하고 있는 병원은 21개 병원으로 나타났고 이 중 2개 병원은 표준간호서식을 간호업무 전산화에 활용하고 있으며 앞으로 표준간호서식의 활용을 계획하고 있는 병원은 전국 38개 병원으로 확대될 것으로 조사되고 있어 전국적인 확산이 될 것으로 사료되며 기본 간호 강의시에도 이 표준간호서식이 유용하게 이용되고 있는 것으로 나타났다 (박현애 외,1999).

### 4) 제안사항 분석

간호정보조사지를 작성하는데 있어 환자와의 면담시 간호현장에서 실제적인 어려움에 부딪히는 경우가 있는데 이는 환자입원시 여러 의료요원이 같은 내용을 중복해서 질문하게 되므로 환자가 거부반응 및 부담감을 보인다고 하였다. 이러한 문제점을 해결하기 위한 적극적인 방안의 모색이 필요할 것으로 사료되며 간호정보조사지 작성에 관한 체계적인 교육을 실시함으로써 작성자의 질향상을 꾀하여 보다 신뢰할 수 있는 정확한 정보를 얻을 수 있도록 해야 할 것이다.

또한 입원시 기록한 간호정보조사지의 내용이 실제 간호에 있어서 활용하는 사례가 많지 않은 것으로 조사된



것을 감안한다면 적용시의 문제점과 간호에 적용될 수 있는 방안의 모색이 있어야 할 것이다. 이렇게 함으로써 간호진단과 간호중재와의 긴밀한 연결성을 피할 수 있게 될 것이며 보다 나은 환자간호에 이바지할 수 있을 것이다. 아울러 간호정보조사지 내용중 환자가 직접 작성할 수 있는 내용을 구별하여 환자의 프라이버시를 존중, 유지할 수 있도록 탄력성있게 운영하는 방법도 고려되어야 할 것으로 사료된다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 현재 각 병원에서 사용중인 성인용 간호정보조사지의 내용분석과 간호실무자들의 실제 사용에 관한 의견수렴을 통해 서식의 문제점을 파악함으로써 임상 실무에서 효율적으로 활용할 수 있는 기초자료를 제시하고자 시도되었다.

본 연구는 전국 36개 대학부속병원을 대상으로 하였으며 이들 병원에서 현재 사용중인 성인용 간호정보조사지와 해당병원 간호실무자를 대상으로 간호정보조사지의 사용에 관한 내용을 설문조사하였다. 본 연구의 자료수집은 1999년 5월부터 1999년 12월까지 진행되었으며 분석에 사용된 설문지는 총 225부이고 응답자의 근무부서는 외과계가 130명, 내과계가 95명이었다.

본 연구결과는 다음과 같다.

1. 수집된 간호정보조사지를 내용분석한 결과 각 의료기관의 특성에 따라 간호서식의 명칭 및 구성된 내용이 다양한 형태로 사용되고 있음을 발견할 수 있었다. 또한 간호정보조사지에 포함되어야 할 항목에 대한 누락은 몇 개 병원에서 세부항목의 부분누락이 있었으며 항목수가 너무 많아 기록상 시간적 제약이나 형식적인 기록에 그치는 경우도 있는 것으로 나타났다.

2. 설문조사된 내용을 분석한 결과를 살펴보면

1) 항목분류 및 세부내용 구성의 적절성 분석에서는 대부분 체계적으로 영역이 분류되어 있어 환자에게 필요한 정보의 파악이 용이하다고 응답하였으며 특히 체크리스트 형식인 경우는 시간절약의 효과도 있는 것으로 나타났다. 그러나 성인용 간호정보조사지라 하더라도 과별 특성에 맞도록 양식을 세분화할 것과 표준화된 양식의 수정·보완이 있을 것을 제안하였다. 또한 신체검진란의 기록에 있어 다소의 어려움이 있다고 하였는데 이는 기록지 사용전 작성 간호사에 대한 체계적이고 충분한 사전교육이 있어야 할 것이라고 응답하였다.

2) 추가·삭제·수정·기록누락항목 분석에서는 각 병원별로 다소 상이한 결과이기는 하나 현재 사용중인 간호정보조사지의 추가내용으로는 과거병력란의 항목추가와 결혼유무, 동거인, 보호자 연락처 기록란의 추가사항이 가장 많은 빈도를 보이고 있었다. 삭제할 내용으로는 다른 기록지와 중복되는 항목이나 형식적인 내용인 경우는 삭제되어도 무방하다고 하였다. 수정내용으로는 기록공간을 재분배할 것과 가능한 한 체크리스트 형식의 기록이 시간절약효과 및 내용확인의 용이성면에서 더 편리하다고 하였다.

기록누락항목으로는 환자개인의 교육정도와 경제상태, 종교, 위생습관(목욕, 삼푸, 이발횟수), 성생활변화, 취미가 기록시 가장 많이 누락되는 것으로 조사되었는데 이는 환자의 프라이버시와 관련되어 있기 때문이라고 하였다.

3) 현 서식의 장단점 분석 중 장점으로는 체계적 정보수집과 환자파악의 용이성, 각 기록지간의 연결성, 중복기록의 감소등이며 이와 반대로 항목분류나 세부내용에 있어서 체계적이지 않거나 불필요한 부분이 있고 실제적으로 필요한 부분이 누락되어 있어 간호 실무에 크게 도움이 되지 않는다는 응답도 있었다. 또한 과별 특성에 맞는 간호정보조사지가 좀 더 세분화되어 개발되어야 할 필요성이 제시되었으며 단기 입원환자나 재입원환자와 같은 경우 동일한 양식의 사용에 있어서 다소 문제가 있으므로 이러한 문제점을 보완할 수 있는 별도의 양식이 필요하다고 하였다.

4) 제안사항 분석에 있어서는 환자입원시 여러 의료요원이 같은 내용의 중복된 질문으로 인해 환자에게 불편감이 초래되므로 이러한 문제점을 해결하기 위한 적극적인 방안모색이 필요하다고 하였으며 보다 신뢰할 수 있는 정보를 얻기 위한 체계적인 교육으로 작성자의 질 향상을 꾀하여야 한다고 하였다.

이러한 연구결과는 전국 대학병원 차원의 36개 병원을 중심으로 포괄적인 자료수집을 통하여 내용분석을 하겠다는 점과 좀더 효율적인 간호기록과 간호기록의 전산화, 정보의 공유화, 서식의 표준화를 위한 기초자료를 제공하였다는데 의의를 두고 있다. 또한 응답내용결과 입원시 기록한 간호정보조사지의 내용이 실제 간호에 있어서 활용하는 사례가 많지 않은 점을 감안하여 적용시의 문제점을 토대로 간호실무에 적용될 수 있는 적극적인 방안모색에 관한 추후 연구가 있어야 할 것이며 각 의료기관들이 표준화된 간호정보조사지를 사용하도록 하기 위한 전략이

필요할 것이다. 이렇게 함으로써 간호진단과 간호중재와의 긴밀한 연결성을 꾀할 수 있게 될 것이며 보다 나은 환자간호에 이바지할 수 있을 것이며 아울러 간호정보조사지 내용중 환자가 직접 작성할 수 있는 내용을 구별하여 환자의 프라이버시를 존중, 유지할 수 있도록 탄력성 있게 운용하는 방법도 연구되어야 할 것이다.

## 참 고 문 헌

- 강윤희 (1974). 간호기록행위에 관한 조사연구. 간호학회지, 4(1), 22-35.
- 강윤희 (1977). 문제제시 간호기록방법이 간호기록행위에 미치는 효과에 관한 실험적 연구. 대한간호학회지, 7(1), 1-9.
- 김귀분, 김광주, 이향련, 조미영, 조결자, 김윤희, 문희자, 박신애, 강현숙 (1988). 간호진단 프로토콜의 임상적용 효과에 관한 연구. 대한간호학회지, 19(1), 40-62.
- 김명자, 김금순, 김종임, 김정순, 박형숙, 송경애, 최순희 (1996). 기본간호학. 현문사.
- 박신애, 이향련, 강현숙, 문희자, 김광주, 조미영, 조결자, 김윤희, 김귀분 (1989). 간호진단의 임상적용현황, 문제점 및 개선방안. 대한간호학회지, 19(1), 24-39.
- 박현애, 조인숙, 김경덕, 김숙현, 박정숙, 이영선, 유경순, 정연이, 최원자, 한주랑 (1998). 간호정보 표준화를 위한 간호서식분석 및 항목 표준화. 대한의료정보학회지, 4(2), 69-79.
- 박현애, 조인숙, 윤순자, 한주랑, 최원자, 정연이, 유경순, 이영선, 박정숙, 김숙현, 김경덕, 근효근 (1999). 간호정보표준화를 위한 표준간호서식개발. 대한간호, 38(2).
- 박현애 (1999). 간호정보표준화 및 Data Base의 성인간호학 적용. 성인간호학회. 추계학술대회.
- 변남수, 신향순 (1997). 간호기록의 전산화 사례. 1997 의료정보학술대회 초록집. 대한의료정보학회, 대한의사협회, 221.
- 서부덕 (1984). 문제중심 간호기록지의 분석 - 간호지를 중심으로. 경북대학교 대학원 석사학위논문.
- 이경혜, 김문실 (1980). 간호과정 적용에 따른 간호기록지 평가. 간호학회지, 10(2), 87-94.
- 이평숙 (1977). 입원시 정보수집을 위한 간호면담 방법의 효과에 대한 연구. 대한간호학회지, 7(1), 88-98.
- 전경애 (1977). 간호력을 통해 본 내과입원 환자의 간호요구. 대한간호학회지, 7(2), 1-10.
- 정수경 (1984). 간호의 질보장에 관한 일 연구 - 간호단위별 간호기록관리중심으로. 경희대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 조한익 외 (1997). 의료정보표준화를 위한 퇴원환자 요약정보의 정의. 대한의료정보학회지, 3(2), 91-98.
- 지성애 (1978). 서울시내 일개종합병원의 영문간호기록에 대한 문제에 대한 조사. 대한간호, 17(4), 74-80.
- 지성애, 최경숙, 박경숙, 정용기 (1999). 간호기록의 개선과 전산화를 위한 기초연구. 대한간호학회지, 29(1), 19-31.
- 최영희, 이향련, 김혜숙, 김소선, 박광옥 (1996). 간호진단의 임상적용 활성화를 위한 기초조사연구. 대한간호학회지, 26(4), 930-945.
- 한윤복, 전시자 (1993). 간호과정. 현문사.
- Bertacci, M. (1974). Comparative study of progress note using problem oriented and traditional method of charting. Nursing Research.
- Bloom, J. T. (1971). Problem-oriented charting. AJN.
- Eggland, E. T. (1977). How to take a meaningful nursing history. Nursing, 7(7), 22-30.
- Fuller, D., Rosenaur, J. A. (1974). A patient assessment guide. Nursing Outlook, 22(7), 460-462.
- Hamdi, M. E., Hutelmyer, C. M. (1970). A study of effectiveness of an assessment tool in the identification of nursing care problems. Nursing Research, 19(4), 354-359.
- Harris, R. B. (1979). A strong vote for nursing process. AJN.
- Iyer, P. W., Camp, N. H. (1995). Nursing documentation : A nursing process approach. 2nd Ed. Mosby.
- Keegan, L. G. (1970). Chang in action. Nursing Outlook, 18, 42-43.

- Kozier, B., Erb, G. (1987). Fundamentals of nursing-concepts and procedures, 3rd Ed. Addison - Wesley.
- Mophetridge, L. M. (1968). Nursing history. AJN, 68-75.
- Walker, V. H. (1964). A study of the nature and uses of nurses notes. Nursing Research, 13, 113-121.
- Wolff, H., Erickson, R. (1977). The assessment man. Nsg Outlook, 25(2), 103-107.

- Abstract -

Key concept : Adult nursing assessment tool

## A study for innovation of Adult nursing assessment tool\*

*Park, Kyung Sook\*\* · Chi, Sung Ai\*\*  
Chung, Hae Kyung\*\*\**

This study tried to suggest the basic materials that can be efficiently applied in clinical cases by understanding problems through a content analysis of an adult nursing assessment tool and opinion agreement about nurse's practical usage presently used in the hospital.

The study was carried out in 36 attached hospitals in nationwide universities from May to December, 1999, the two hundred and twenty five reports were for analysis.

The contents of the collected nursing assessment tool were analyzed. It was found that the tool had been used with various names and content and there were instances of partial omission of a number of items, such as documentation and time records.

Other results revealed that they mostly had a systematic classification of items, formation of details a form of a check list, and the effect of saving time. In spite of the adult nursing assessment tool, it was suggested that its style be subdivided according to the specialized of a department and that standardized style be amended and supplemented. The respondents also answered that there had to be education about continuous and sufficient health assessment skills on the physical examination record. The most frequently suggested items to be added were: past history, marital status, patient and caregiver's address and telephone number.

It was found that a patient's education career, economic status, religion, hygienic practice, sexual life and hobby were the most frequently omitted items on record. The reason given was because the items were associated with his/her privacy.

These results highlight the importance of analyzing the content with an complete data collection, supplying basic content for a more accurate nursing record, computerization, sharing information and standardization of the form.

---

\* The Research was supported by the Chung-Ang University Research Grants in 1999

\*\* Professor, Department of Nursing, College of Medicine, Chung-Ang University

\*\*\* Doctoral Candidate, Department of Nursing, Chung-Ang University