

간호 진단 및 계획

I. 간호 진단 및 계획

간호진단 및 계획은 환자의 문제를 확인하고 개별화된 간호를 제공하기 위해 과학적 혹은 체계적으로 계획하는 것을 의미한다. 환자 개인의 특수한 요구와 필요를 충족시키기 위한 효과적인 간호계획은 그 환자의 요구와 필요가 무엇인지에 대한 정확하고도 종합된 간호진단 없이는 사실상 불가능하다. 그러한 정확한 간호진단을 하기 위해서는 환자에 관한 종합된 자료를 수집할 필요가 있다.

II. 체계적 자료수집

간호력, 입원시 면접법, 간호문제 평가지침서 등 여러가지의 양식이 있으나 모두 자료수집을 위해 사용되는 것들이다.

간호문제 평가지침으로서의 간호력 :

간호력의 기록은 조직적 면접을 통해 자료를 수집할 수 있는 한 양식이다. 물론 이러한 양식은 기관에 따라 다를 수 있다. 그러나 대부분의 양식은 입원시의 간호평가 지침으로 사용된다.

환자의 사회 경제적 및 문화적 배경을 위시해서 건강과 안전, 평안 및 복지상태에 관련된 질문이 이에 포함된다.

참점 : (1) 간호진단 혹은 계획에 필요한 자료

를 제공해 준다.

(2) 간호력의 기록을 통해 최초로 간호원과 환자의 치료적 대인관계가 시작된다.

(3) 정보의 교환을 통해 환자로 하여금 치료 및 간호활동에 참여하는 것을 인식하게 한다.

(4) 간호원으로 하여금 환자를 개인으로 이해하고 최선을 다하는 사명감을 재 강화시킨다.

(5) 시간과 energy를 절약시킨다.

(6) 간호원과 환자와의 상호기대에 대한 이해를 증진한다. 간호력의 기록은 수간호원, 팀책임자 등 간호를 직접 담당한 간호원이 하게 되며 보통 병실, 간호원 사무실 혹은 필요시에는 가정에서 면접 기록한다.

간호력을 기록할 때 간호원은 환자에게 자신을 소개하고 면접의 목적을 분명히 제시하며 기록할 것을 양해 받아야 한다.

III. 간호교육 중심의 간호계획

간호교육에 있어 간호계획은 학생들이 환자의 문제를 확인하고 환자에게 개별화된 간호를 제공하기 위해 과학적 혹은 체계적으로 계획하는 것을 배우는 일종의 학습을 위한 기초적 도구이다.

비록 교수나 학생에 따라서 사용되어지는 간호계획의 형식은 다를 수 있으나 간호교육에 있어서 지식의 기초를 이루는 문제해결의 원칙은

동일하다. 일반적으로 학생들은 이론상으로나 실제상으로 환자의 문제를 구체적으로 확인하고 그리고 자기에게 배당된 환자를 위한 육체적 심리적 그리고 사회적 문제를 구체적으로 정의한다.

확인된 문제나 환자가 필요로 하는 것에 그 이유나 원인이 무엇인지를 분명히 진술하고 또 문제해결을 위한 간호목적이나 간호활동이 진술되어야 한다.

간호계획의 교육적 개념은 수행된 간호행위에 대한 합리성을 진술하는데 있다. 이러한 진술은 학생으로 하여금 환자의 문제나 요구를 확인하는데 관련된 기초적 원리를 재강조해 준다. 또한 흔히 평가적 진술이 포함되기도 한다. 평가적 진술은 간호행위가 어느 정도 성공적인지 혹은 실패적인지의 원인을 분명히 해주며 간호행위의 조정을 위한 제안을 포함한다. 교육적 도구로서의 간호계획은 가치있고 유효한 것이다. 그러나 즉시 임상에 적용되는 것은 아니다. 교육적 도구로서의 일차적 목적은 환자의 건강 문제의 파악과 문제해결을 위한 합리적인 학습방법을 제공하는데 있다. 교육적 환경에 있어 비로소 처음으로 문제해결의 방법을 배우게 된다. 학생들은 문제를 정의하고 확인하는 것을 배우고 자료를 수집하고 분석하며 해결방법을 모색한다. 또한 자료분석의 과정과 수집의 과정을 통해 검증하는 것을 배우고 문제성을 분명히 정의함으로써 적절한 문제해결의 방법을 제시할 수 있음을 재인식 하게 된다.

A 교육적 간호계획의 적용상의 문제

실제로 교육을 통해 배워진 간호계획이 실제 상황에 적용되지 못할 때 간호원은 실망하게 된다. 간호원은 직접 간호계획을 수립하고 실제 상황에 계획대로 적용되기를 희망한다. 그러나 교육적 간호계획은 오직 교육적 모형일 따름이라는 것을 잘 인식해 둘 필요가 있다. 교육적 간호계획은 교수-학습 활동의 훌륭한 도구이다. 그러나 실제로 임상에 있어서의 계획과는 큰 차이가 있다. 교육에 있어서 간호계획은 인간의 건강 문제에 관한 이해와 개념과 기초적 원리를 터득하는데 활용된다. 그러므로 간호계획은 고도로 구체적이고 모든 관련된 문제를 확인할 수 있도록 방법이 제시될 수 있어야 한다. 이러한 방법으로 학생들은 건강문제를 포괄적으로 학습

할 수 있게 된다. 반면에 실무중심의 간호계획은 일차적으로 별도의 목적을 필요로 한다. 즉 실무에 있어서의 간호계획은 간호전달의 도구이기 때문이다. 환자 간호에 관한 관계자료를 신속하고 그리고 효과적으로 파악하는데 그 목적이 있다. 자세한 학습적 접근은 빠르고 효과적일 수 없다. 간호 전달 도구로서의 간호계획은 쉽게 읽혀지고 또 활용되어야 한다. 즉 일반적으로 잘 알려진 형식을 필요로 하고 또 기능적 정의와 같은 방법으로 모든 간호원들에 의해 활용되어야 한다. 특히 최소한의 시간이 정보나 자료수집에 있어 사용되어야 한다.

B 간호교육 중심의 간호계획에는 다음의 것들이 포함된다.

- (1) 환자의 문제를 문제별로(일반적 특별한) 정의 확인한다.
- (2) 문제와 관련된 과학적 사실과 원리를 진술하고 문제의 원인을 진술한다.
- (3) 기대되는 결과나 목적을 진술한다.
- (4) 구체적으로 간호활동을 진술한다.
- (5) 제시된 간호활동의 과학적 원리와 타당성을 진술한다.
- (6) 간호에 대한 환자의 반응을 알아본다.
- (7) 제시된 간호활동의 성과를 평가한다.
- (8) 간호활동을 계속 유지하고 조정하기 위해 필요한 제언을 한다.

IV. 간호실무 중심의 간호계획

간호실무가 조직적으로 수행되기 시작한 이래 간호계획은 간호실무에 있어 중요한 일부분이 되어왔다. 간호가 발달 되어짐에 따라 환자의 복지상태를 효과적으로 증가시키기 위해 간호계획에 대한 간호원들의 관심이 높아지고 있다.

간호계획은 대체로 비공식적으로 받아들여지고 있으나 이러한 관심과 함께 간호실무에 있어 기초적 부분이 되고 있다. 즉 많은 의료기관이나 간호상황에 있어 간호계획을 위한 어떤 종류의 형식(format)을 작성해서 간호원으로 하여금 환자의 문제와 필요를 진술하고 그 진술에 따른 간호 접근을 할 수 있도록 조력하고 있다.

간호계획의 형식(format)에는 보통 다음의 5가지의 내용이 포함된다.

- (1) 전반적인 치료 목표와 기대
- (2) 퇴원(혹은 부양)을 위한 간호기준
- (3) 투약, 치료, 진단검사(의사의 처방)
- (4) 가장 빈번히 처방되는 치료 및 간호처치

와 간호기준에 대한 검목표(check list)

(5) 특별한 문제

1) 전반적 치료목표와 기대: 전반적 치료 목표란 의사의 일반적 목적진술 혹은 환자의 현재의 입원과정과 치료방법에 대한 기대를 의미한다. 이러한 정보는 의학적 진단에 있어서와 마찬가지로 간호계획에 있어서도 중요한 것이다. 환자가 간호를 받기위해 입원하게 되면 이미 그의 기록에는 이름, 성별, 종교, 의학적 진단을 위시해서 그의 사회경제적 혹은 문화적 배경 등 환자의 기초적 배경을 확인할 수 있는 내용이 포함되어 있다. 이러한 자료는 물론 중요하나 간호원들이 알기 원하는 다른 여러가지 필요한 자료를 제공해 주지는 않는다.

즉 이번의 경우는 전염적인 사례일 것인지 아니면 합병증을 기대할 수 있는 경우일 것인지, 만일 합병증을 기대하는 경우라면 어떤 종류의 합병증일 것이라고 의사는 예측하는지, 의사는 환자가 잘 치료되어 퇴원할 것으로 보는지? 아니면 달리 변화되어질 것으로 보는지, 대략 얼마 동안 환자가 치료를 받아야 한다고 생각하는지, 이러한 질문들에 대한 답변은 간호진단을 위해 체계를 마련해 주고 시간과 노력을 절약하게 되며 간호의 우선 순위를 결정하는데 도움을 준다.

2) 퇴원(혹은 부양)을 위한 간호기준: 퇴원을 위한 간호기준이라고 하는 것은 현재의 입원이나 치료 과정에서 기대되는 결과 혹은 간호의 전반적 (혹은 장기적) 목적 진술을 의미한다. 즉 적당한 환자 중심적 간호목적 혹은 기대되는 결과의 진술을 의미한다. 퇴원 혹은 부양이라는 말은 기대되는 결과를 달성하기까지의 시간적 제한을 말한다.

퇴원은 환자를 위해 간호 또는 간호업무의 수행이 더 이상 필요하지 않을 때를 말한다. 병원 환경에 있어서 이 시기는 정상적으로 환자가 퇴원할 때를 의미한다. 그러므로 전반적으로 기대되어지는 결과는 기대되는 환자의 태도에 대한 것이나 퇴원시에 기대되는 상태에 대한 진술을 포함한다. 또한 다른 환경 즉 가정이나 보호기관에서의 간호는 환자를 그 당시의 상태로 계속 유지시켜야 한다. 이러한 경우 간호기준의 진술이 필요하다. 이러한 기준의 진술은 전반적 혹은 장기적 간호의 목적을 제시하는 점에서 필수적이라 하겠다.

3) 투약, 치료, 진단검사: 의사의 처방은 의

사가 간호원에게 의뢰하는 특수한 활동이다. 이것은 투약, 치료, 검사등을 포함한다. 의사의 처방은 간호원에게 잘 알려져 있으므로 그 이상의 설명을 필요로 하지 않는다. 그러므로 의사의 처방은 전체적 간호계획의 한 부분이 된다.

4) 가장 빈번히 처방되는 치료 및 간호처치와 간호기준에 대한 검목표: 급성환자 간호에 있어 흔히 활용되어지는 간호계획 형식의 하나이다. 가장 빈번히 처방되는 치료 및 간호처치와 간호기준(예: Vital Sign 침상안정, 배뇨, 식이, 병실에서 간호기준 및 상대적 간호등)에 대한 검목표 또는 어떤 처치가 처방되고 현재 이행되고 있는지를 용이하게 파악할 수 있게 도움을 준다. 또한 이 검목표에는 환자 개인의 기호(예: 커피를 뜨거운 차(茶) 마시기, 오후에 낮잠 취침전 복용)가 포함된다.

5) 특별한 문제: 환자의 특별한 문제는 간호계획에 있어 하나의 중요한 진술이 된다. 이것은 보통 기대되어지지 않은 특별한 문제 즉 환자가 만족스럽게 질병-환경에 대응하지 못하는 것을 의미한다. 다시말해서 환자에 관해 수집된 자료를 분석, 평가하게 되면 보통 몇가지의 문제점에 당면하게 될 수 있으며 이 경우 이 문제를 특별히 고려해야만 한다. 환자의 문제점을 검토할 때 간호원은 어떤 문제들을 보통 기대될 수 있거나 예측할 수 있으며 상대적 치료 및 간호를 통해 만족스러운 해결을 가져올 수 있는 것임을 알 수 있다. 이러한 기대되어지는 혹은 예측 가능한 문제들은 일반적 문제이다. 예를 들어서 수술후 통증은 일반적으로 볼 수 있는 문제이다. 특별한 문제란 보통으로 예측이 불가능하고 기대되어지지 않은 문제점을 말한다. 환자의 특별한 문제를 잘 발견하기 위해 간호원은 "환자의 생리적, 심리적, 사회적 문제는 무엇인가"에 대해 스스로 자문해 볼 필요가 있으며 문제에 대해 자세히 진술해야 한다. 또한 환자의 문제의 원인이 무엇인가에 대한 진술을 해야한다.

예: 1. 습관적으로 항상 물을 적게 마시기 때문에 수분의 섭취가 부족하다. (800ml 3/24)

2. 부동자세와 영양실조로 인한 미물 부위에 욕창(직경 2 inch 깊이 1/4 inch)이 발생하였다.

또한 가급적 문제를 실제적(Actual), 잠재적(Potential), 가능한(Possible) 문제별로 진술함이 효과적이다.

㉔ 실제적 문제: 환자의 문제를 체계적으로 분석 확인(Assessment)할 당시의 간호원의 판단

에 의해 정의된 문제이다.

예 : 1. 안면열상으로 우울해 한다.

2. 남편이 사고로 사망한데 대해 극히 슬퍼하고 있다.

㉞ 잠재적 문제 : 환자가 어떤 이유로 합병증 혹은 위험상태로 발전되거나 그러한 경험을 하게 될 어떤 잠재적 문제성을 말한다.

예 : 1. 골반골절 환자인 경우 일반적으로 압박부위의 피부가 열상을 입을 가능성이 크다. (문제분석 : 환자의 문제를 평가할 당시에는 피부열상이 없었으나 만일 예방하지 않으면 피부의 열상이 불가피 하게 된다.)

2. 혈우병(hemophilia)으로 인해 수술후 출혈 가능성이 있다.

㉟ 가능한 문제 : 가능한 문제는 실제적 혹은 잠재적 문제 두가지 모두 아닌 문제이다. 어떤 이유로 환자의 문제를 규정짓기 위해 필요한 여러가지 자료를 더 수집해야 할 아직 확정되어 있지 않은 문제이다.

예 : 1. 누저 부인이 심장기능부전증(Congestive heart failure)으로 입원했다. 호흡근관과 동통으로 불안해 한다. 집에 두고온 아이들을 걱정한다. (문제분석 : 생리적장해(질병)로 인해 입원후 수시간 동안 간호원은 환자의 문제를 체계적으로 분석 확인할 수 없다. 아이들을 돌봐줄 사람을 구하는 문제가 있을 수 있다.)

간호계획에는 무엇을 기술할 것인가? 간호계획에는 특별한 문제에 한해서 기록한다.

㊱ 특별한 문제의 진술 : 문제를 한가지씩 별도로 기술한다. 문제의 진술은 또한 간략하게 그 문제의 원인이 무엇이라는 것을 간호원의 판단에 의해 요점을 기록해야 한다.

예 : 시일 특별한 문제

3/25 수분섭취 부족(800ml 3/24), 일상적으로 충분한 수분을 섭취하지 않는버릇으로 인해.

㊲ 기대되는 결과 및 시한부 : 퇴원시 기대되는 결과 혹은 간호의 구체적 목적(예 : 환자의 만족한 상태를 제시하는 배도, 자제, 능력, 혹은 증후, 증상, 기대되는 상태등)을 진술해야 한다. 또한 전반적으로 기대되는 결과는 규칙적으로 검토되고 평가, 조정되어야 한다.

예 : 시일 특별한 문제 기대되는 결과 시한부

3/25 수분 섭취 부족 (800ml 3/24) 수분 섭취 3/26
일상적으로 충분 1,200ml 3/25까지 매일
한 수분을 섭취않 1,800ml 3/26
는 버릇으로 인해. 2,500ml 3/27
그후 매일

㊳ 간호활동 : 간호활동의 제시란 어느 정해진

시간 까지의 문제 해결을 위한 활동을 의미한다.

제시란 용어는 간호원이 간호원에게 의뢰하는 것을 말하며 어떤 간호활동을 제시할 때에는 내용을 분명히 기록해야 한다. 간호활동을 제시할 때에는,

① 할일이 무엇이고,

② 어떤 환경이나 상황에서 해야하며,

③ 언제해야 한 다는것을 분명히 기록해야 할 것이다.

예 : 시일 특별한 문제 기대되는 결과 시한부

3/25 수분섭취 부족 (800ml, 3/24) 수분 섭취 3/27
일상적으로 충분 1,200ml 3/25까지 매일
한 수분을 섭취않 1,800ml 3/26
는 버릇으로 인해 2,500ml 3/27
그후 매일

간호활동

환자에게 수분섭취를 적극적으로 권장하고 섭취량의 Schedule 을 작성 기록한다.

(환자는 물을 마셔야 할 필요성을 이해한다 자신도 섭취량을 기록한다).

환자반응 : 환자의 반응이란 제시된 간호활동에 대한 환자의 반응 혹은 진술을 의미한다.

간호실무 중심의 간호계획을 요약하면 다음과 같다.

- (1) 환자를 단점 관찰하며 (그의방법도 필요시 마다 적용하며 모든 관련된 사실과 자료를 수집.
- (2) 자료를 분석하고 환자의 모든문제를 확인.
- (3) 문제를 일반적, 특별한 문제로 분류 (4) 일반적 문제 해결을 위한 적절한 간호 활동을 제의.
- (5) 특별한 문제들을 간호계획의 일정한 부분에 기록. (6) 특별한 문제에 대한 간호 결과에서 기대되어 지는 성과를 진술하고 그 다음 관련된 간호 활동을 진술. (7) 간호 활동을 제시하는 간호원의 이름을 서명 날인. (8) 제시된 간호활동이 간호체계 속에서 원활히 수행되고 있는지를 확인. (9) 적당한 간격으로 환자를 평가하고 필요시마다 간호계획을 재 조정한다.

참고문헌

1. Ruth Murray and Judith Zentner et al, Nursing Assessment & Health Promotion through the life Span, Prentice-Hall, Inc., 1974
2. Marlene Glover Mayers, A Systematic Approach to the Nursing Care Plan, Appleton-Century-Crofts, 1973.
3. Dorothy M. Smith, "A Clinical Nursing Tool", A.J.N., Vol.68, No.11, 1968, pp.2384~88.