

간호과정에 의한 간호시행 및 평가

서울의대 간호학과 조교수 박 정 호

간호과정에 의한 간호시행 및 평가를 설명하기 위하여 오가실 교수님과 하영수 박사님의 이론적 배경 및 간호사정, 간호진단에 대하여 간단히 정리하고 오늘 모이신 여러분은 대부분 병원에서 수고하시는 간호행정자이심을 감안하여 개인별 환자에게 어떻게 직접 질적간호를 위하여 간호과정을 적용시키느냐에 대한 문제보다는 중간관리층이나 간호최고 관리층에서 어떻게 간호과정을 실무에 적용시킬 수 있는가에 대한 간호행정의 기능으로서의 문제중심으로 생각해 보자 합니다.

I. 간호과정의 개념과 내용

간호과정 이론은 이미 간호교육 교과과정의 한 부분으로써 알려져 있으나 임상에서는 간호원들이 그 이론을 이용하지 못하고 있다. Sylvia Carlson도 지적했듯이 비록 우리가 간호과정 이론에 대한 것을 안다 할지라도 간호과정 기록을 위한 긍정적 체계를 선구적으로 세울만한 사람이 아무도 나타나지 않는 병원내에서는 어려운 문제가 되는 것이다. 그러던 과언 간호과정이란 무엇이며 그 내용은 무엇인지 간호연구자들의 여러 이론을 들어 보기로 한다.

첫째, 미네소타대학의 Ingoborg Manksch and Miriam David는 간호과정을 다음과 같이 설명했다.

“간호과정은 환자와 그들의 가족이 중심이 된다. 환자의 요구(Pt's Needs)들을 함축성 있는 전인적 과정을 통해서 확인한 다음에 그것들을 분석하고 순위를 정하여 논리적인 나열을 하는 것이다. 간호원-환자의 관계에서 환자의 요구에 의한 간호원의 능력에 따라서 간호시행이 결정되는 것이다. 이것은 목표 설정이 뚜렷해야

가능하며 한한 간호원, 환자가족이 합심해서 성취시켜야 된다”

간호개입의 계열(Series of intervention)을 통해서 수행되는 목표를 Nursing order 또는 Nursing action이라 칭하여 간호계획으로 총결산되는 것이다.

미네소타 대학병원에서는 간호과정과 아주 유사한 문제중심 과정(problem-oriented process)을 들었으며 과정의 내용은, 1) 정보수집, 2) 문제확인, 3) 문제점 해결을 위한 계획 설정, 4) 계획 실시, 5) 계획 평가 등을 포함하고 있다.

둘째, Sylvia carlson은 간호과정 이론의 실제적인 시도로서 기록제도를 만들었으며 간호과정을 다음과 같이 간단히 정의했다.

“환자와 간호원이 합심하여 수행되는 일종의 행동이다” 이러한 문제해결과정으로는 1) assesment, 2) Intervention, 3) Evaluation으로 구성된다.

Assessment는 간호력(Nursing history)과 간호진단(Nursing diagnosis)을 포함하고 Intervention은 간호명령 또는 간호계획 과정을 말하며 Evaluation은 간호예후(Nursing prognosis)를 말하는 것이다. 임상에서 Nursing process라기 보다는 medical process가 중요시 되었고 합리적인 판단 결정에 기초를 두기 보다는 어떠한 상황에서 자동적인 반응이나 예감이 흔히 작용하여 즉각적으로 간호기능을 발휘해 왔으며 Assessment에 의한 간호가 아니라 직감에 의한 간호였다. Medical process에 있어서 실제적 응용은 잘 시행되어 왔고 간호원들과 친숙해져 있으므로 간호과정 이론의 실제 응용은 Medical process와 비교했다. 간호과정은 Assessment로부터 시작되어야 하는데 이것은 간호원이 인터뷰 하는 과정에서 간호력이 수집되는 것이며 부

차적 정보는 환자 신체상의 관찰을 포함해서 그들의 병과 병원에 대한 반응이 포함된다. 이러한 정보는 간호원들의 지식에 영향을 받고 건강과 병에 대한 인간의 행동(Human behavior) 이해를 갖고 행해야 함은 물론이다. 이것을 갖고 간호진단을 내리는데 이것의 첫째 요소는 간호계획, 간호치료(Nursing treatment), 간호개입(Nursing intervention), 간호요법(Nursing therapy)으로서 간호명령을 증재할 수 있다. 어느 용어를 사용하든지 차이는 없다. 간호과정의 마지막 단계인 평가는 환자의 전 입원 기간을 통하여 계속적으로 시행되어야 한다. 간호과정은 하나의 기본적인 목표를 위해서 설립되는 것인데 궁극적 목표는 환자들이 자신의 병을 잘 관리하고 이겨 나갈 수 있도록 그들의 life process 나 life style을 이해시키는 과정에서 간호원의 문제해결 모색이 가능한 것이다. 간호과정의 한 단계로서 간호진단에 대한 체계적인 연구는 결국 간호의 질적 향상을 높일 수 있다. Komorita는 간호진단의 정의를 개개인의 간호요구에 대한 과학적 지식의 응용에 근거를 두어 환자의 「조건」에 영향을 주는 여러 요소들의 엄밀한 분석의 결과라고 말했다. Mary Durand와 Rosemary Prince는 특히 간호진단의 과정과 결정에 대하여 그 이론과 실제의 예를 제시하였다. 과거에는 진단이란 의사만이 내리는 것으로 알았으나 수년전 부터는 간호영역을 비롯한 서비스를 제공하는 전문직업에 있어서는 가장 중요한 것으로 알려졌다. 정확한 진단을 내리기 위해서는 진단이란 단어 자체가 말해 주듯이 지식과 더불어 체계적이고 분석적인 시도가 요구되는 것이다. 간호진단은 우리 환자들의 요구를 그것의 성질과 본질성을 비판적으로 인지하고 확인하여 환자 개인에게 적절한 간호를 시도하는 의미를 내포하고 있다. 그러면 간호원들은 어떻게 간호진단을 내릴 것이며 간호진단이란 무엇인가? 간호진단은 환자의 간호연구에서 유도된 정보를 인지하여 얻어진 결론이라고 정의한다.

그 진단의 과정으로서는 우선 간호연구를 통해서 수집하는 것이다. 이것은 환자의 관찰을 통해서나 의료요원 또는 주위 사람들로부터 얻어지는 것이다. 환자의 차트에 있는 정보 모두가 Written communication으로 가능하고 환자의 가족, 친지, 환자 자신과의 spoken communication으로 다양한 정보가 수집된다. 또 다른

방법은 오관으로 보고 느끼고 만지는 가운데서 정확한 관찰을 하는 것이다. 이러한 과정에서는 간호원 개인의 간호이념과 철학, 간호과정의 간호경험, 지식, 인생사회관 등이 영향을 끼치게 되는 것이다. 간호진단은 서술적이고 원인으로 표현해야 한다. 간호진단은 의사진단과는 구별되어야 한다. 간호진단은 좀 더 개별적인 경향이 있으며 의사진단은 환자의 여러 증상, 증후군을 그룹으로 요약해서 얻어지는 것이요, 간호진단은 한 가지의 증상 또는 증후로서 진단될 수 있는 것이다. 또한 간호진단은 환자의 상태가 진전됨에 따라 매일매일 병의 정도와 양상에 따라 변화할 수 있지만 의사진단은 고정적이다.

Nursing care의 개념을 Dynamic interactive process로서 소개한 것은 Orlands이다.

- 1) 환자의 행동(Behavior of the patient)
- 2) 간호원의 반응(Reaction of the nurse)
- 3) 환자의 이익을 위해서 계획된 간호행위와 같은 세가지 기본요소로 상호 관련성을 갖는다고 말했다. 여기에서 환자의 행동이란 간호원—환자입장(Nurse-Patient situation)에서 간호원이 관찰하는 행동등을 말한다. 간호원의 반응에는 1) 환자의 행동에 대한 지각, 2) 지각에 의해서 자극된 사고들, 3) 이러한 지각과 사고에 의해서 나타난 감정, 느낌들의 세가지 측면을 포함하고 있다.

II. 간호과정의 실제

1. 간호문제 발견

가. 간호정보수집

1) 일반적 사항

age, sex, occupation, education, mental, status, religion, hobby, address, admission data.

- ##### 2) Physical data—건강과 관련된 일반적인 정보, general appearance(옷차림·걸음걸이·안색), 성장상태(키·체중), 발달상태(운동기능·언어기능), 영양상태, 신체의 해부학적 기능적 이상, 앓았던 병의 종류 및 시기, 과거 병명으로 인한 잔유증후, 특이 체질·유전병, 가족중 상병자 및 그 병명, 예방접종력·이유시기, 수유상황(유아)·대소변 가리기, 월경·출산, 식사(편식, 양, 규칙성), 배변·수면·기호(술, 담배).

위생습관(목욕, 옷갈아 입기), 신체적 활동 상황(걸어 다니는 정도, 앉아 있는 시간)

3) 치료방법과 관련된 정보

환자가 주관적으로 불편을 호소하는 사항, 간호원이 객관적으로 관찰할 수 있는 병 증상, 발병 시기, 입원의 직접 동기, 입원 전 치료 경과, 병으로 제한받는 기능과 제한의 정도, 활력 증후, 현재 치료 받고 있는 상황, 추정하는 병명

4) 환자의 심리적 간호자료

병에 대한 반응—수용적 반응, 거부적 반응, 건강 및 회복에 참여하는 정도, 병으로 인한 정서적 압박감의 정도, 병원에서 도움을 받고자 하는 내용, 병으로 제한 받게 될 환자의 요구

5) 사회 경제적 정보

가족(구성 가족간의 정서적 밀착도, 거주상황), 사회적 교제의 범위와 형태, 사회적 지위, 경제—집(현시세, 내지, 문화시설) 수입원 및 정도, 지출상황, 저축 및 부채상황, 병원비 부담원, 거주지의 지리—환경적 특수성, 직업 및 작업환경의 특수성, 병에 영향을 주는 사회 가치 및 문화적 편견

나. 간호문제 확인

Data Collection 한 자료를 분석하여 문제를 확인하여 문제의 평가 및 이해를 하고 문제목록에 맞추고 간호진단을 내린다.

간호문제 목록(참고)

- 1) 좋은 위생과 신체적인 안락함을 유지하는 것
- 2) 적당한 활동을 도모—운동, 휴식, 잠
- 3) 손상이나 다른 외상, 사고를 예방하고 감염의 전화를 방지하므로써 안전을 도모하는 것
- 4) 훌륭한 신체기관을 유지하는 것과 불구 교정, 불구의 방지
- 5) 모든 신체세포로 산소공급을 원활히 유지하는 것
- 6) 모든 신체세포에 영양유지를 용이하게 하는 것
- 7) 배설상태를 용이하게 하는 것
- 8) 체액과 전해질의 균형유지를 원활하게 하는 것
- 9) 병리학적인 질병상태에서 생리적인 신체반응을 인식하는 것

10) 규칙적인 Mechanism과 기능 유지를 용이하게 하는 것

11) 감각기능 유지를 용이하게 하는 것

12) 부정적인, 긍정적인 표현, 감정, 반응을 받아 들이는 것과 구별하는 것

13) 감정과 기관적인 질병에 대한 관계를 받아 들이고 구별하는 것

14) 효과적인 비구두전달을 유지하는 것과 용이하게 하는 것

15) 풍요한 대인 관계의 발전 및 도모

16) 개인의 신성한 목표를 달성하기 위한 진보를 용이하게 하는 것

17) 치료적인 환경을 유지하거나 창조하는 것

18) 변화하는 신체적, 정서적, 발전적인 욕구를 가진 개인으로서의 자신을 알기를 용이하게 하는 것

19) 신체적, 정서적 제한으로 미루어 보아 적당히 실천 가능한 목표를 받아 들이는 것

20) 질병을 유발시키는 문제점을 해결하는데 보도로 지역사회자원을 이용하는 것

21) 질병의 원인에 영향을 주는 요인들로서 사회문제의 역할을 이해하는 것

2. 간호수행

간호사정을 통하여 환자문제를 확인한 간호진단을 어떻게 간호업무로서 시행하느냐와 문제는 먼저, 간호시행을 위한 계획이 우선 되어야 하며 이에 필요한 조건은 다음과 같다.

- 1) 개인화하여 이해를 명백히 할 수 있게 써야 한다.
- 2) 환자의 능력, 간호원과 기관의 능력한도 내에서 계획되어 성취할 수 있어야 한다.
- 3) 실시하는 수단, 시간을 명시하여 결과를 구체적으로 기록하여 측정할 수 있게 한다.

간호시행

- 1) 목적 1)에 대하여
 - ㄱ. 혈압을 10 : 00에 측정한다.
 - ㄴ. 조용히 누워있게 한다.
 - ㄷ. 투약의 이상반응을 관찰한다.
- 2) 목적 2)에 대하여
 - ㄱ. 활동을 훈련시킨다.
 - ㄴ. 하루 세번 걷는 것을 지도 감독한다.
 - ㄷ. 침대 모서리에 잠깐씩 앉게 한다.

단, 서기 전에 어지러운 것을 예방한다.

3) 간호요구에 대하여

- ㄱ. 수면—자기 전에 창문을 약간 열고 문을 닫음으로서 열방의 소리를 적게 함.
- ㄴ. 영양—열량을 줄일 것. 탄수화물을 먹고 저녁때는 다른 과자를 먹을 것
- ㄷ. 목욕—자기 전에 목욕을 하고 이때 목욕 의자를 사용하며 비누는 중성 용, 목욕 후 와세린을 바를 것

• 간호계획의 예 I

환자의 요구

1. The patient's need for food
2. The patient's need for fluids
3. The patient's need for body waste
4. The patient's need for oxygen

Needs or problem	Approach	Evaluation
3/15 unable to food self	Feed patient Wife comes for evening meal Milk for dinner and supper Feed all of one	3/16 eating well

• 간호계획의 예 II

- 목표—I) 혈압을 낮추고 낮은 정도에서 유지
- 2) 활동량을 줄임
 - 3) 독립적인 기능을 높이려고 할 수 있게 함
 - 4) 가정에 들어가 적용할 수 있는 가능성을 찾아 봄
 - 5) 병전 수준으로 신체활동 및 사회 참여를 할 수 있게 함

3. 간호평가

간호사정을 거쳐 간호진단에 의하여 간호업무 결과는 평가 되는데 이에 필요한 기준은

ㄱ. Nursing Care Plan에서 세운 환자간호에 대한 목적과 목표에 얼마만큼 도달했는지 살펴 본다.

환자의 육체적 간호면에서 볼 때 침대, 상 두대 너스콜(Nurse call)등이 쉽게 도달되나, Nursing care plan에 fluid가 요구되는 환자에게 I/O chek가 잘 되나, N.P.O 환자에게 구강 간호가 잘 되나, 환자의 육체적 간호—환자가 편안한가 보은, 체위가 잘 되었나, 환자의 심리상태(안정감; 병에 대한 심리적 변화), 환자의 교육적 요구가 만족되었나(환자의 식이, 불구, 질병, 치료, 투약)에 대해 알고 싶어 하는 요구

를 알게 되었나, 퇴원을 위한 계획이 되었나, 환자의 간호목표가 그에게 적절히 설정되었나.

- ㄴ. 간호진단, 간호계획수립, 간호행동과정 이 과학적인 원리에 알맞게 실시되었나. 또한 간호정보수집, 진단, 계획수립, 간호시행 등이 다음 과정에 연결되어 잘 되었나
- ㄷ. 간호목표에 제대로 도달하지 못한 저해요인을 발견하고 앞으로의 문제 해결을 위하여 다른 방향으로 하도록 재계획한다. 이는 간호기록 간호순회, 간호집담회를 통하여 파악한다.

III. 간호과정을 간호실무에 적용하기 위한 간호행정의 역할

간호업무를 계획하고 수행하는데 있어서 환자와 간호의 문제를 확인하여 해결하는 기술로서 간호과정을 적용하기 위하여 현 간호실무에 있어 개선점에 대하여 생각해 보고자 한다.

1. 간호업무의 목표설정에 대한 문제

간호과의 일반목표는 대부분 “질적간호를 하기위함” 또는 “전인간호를 하기 위함”이라는 막연한 목표설정이 되어 있어 실천할 수 있고 측정할 수 있는 구체적인 목표설정을 세우고 전인간호나 질적인 간호를 가능케 하는 과정을 삽입하거나 그 내용에 있어서 “간호과정의 실제”가 포함된 목표설정이 되었으면 한다.

2. 환자간호에 있어서 간호원의 책임과 역할의 확인

간호원의 책임과 역할은 각 기관의 정칙이나 규정에 따라 다르겠으나 병원행정가나 의사로부터 위임된 비독립적기능(Dependent function)에 대하여는 책임을 완수하고 있다고 하겠으나 간호원의 독립적인 기능(Independent function) 즉 Nursing process를 이용하여 환자 간호문제를 해결하는,

1. 간호정보수집기능
2. 환자의 사정기능(Assessment)
3. 간호진단을 하는 기능
4. 환자간호 계획기능
5. 간호를 수행하거나 수행하도록 위임한 간호 보조원, 학생간호원을 지도감독하는 기능에 대하여는 책임을 느끼지 않는다는 점은 스

스로 우리의 첫번째 기능과 책임 즉 Nursing process를 간호실무에 적용할 수 없는 점이므로 간호의 기능과 책임을 다시 확인하여 실천하도록 하여야겠다.

3. 간호분담 방법의 개선

간호단위내에 입원한 환자를 간호하기위한 업무분담방법으로 대부분의 병원에서 기능적 업무분담을 이용하고 있으나 이는 간호인력, 물자, 시간을 절약하는 이점은 있으나 질적인 전인간호를 가능케 하기는 어려운 업무분담 방법이다.

각 간호업무기능별 업무수행을 할 경우 환자를 하나의 인간으로 그들의 요구를 해결하기는 어렵기 때문에 이를 개선하여 환자분담방법 (Patient assignment)과 팀업무분담방법 (Team assignment)으로 전환하도록 하여야 하겠다.

4. 간호기록제도의 개선

간호과정을 실제로 적용하기 위하여는 무엇보다도 현재의 간호기록 행위로는 어렵고 환자중심의 체계적 기록제도 (Patient oriented systemic charting)를 적용하여, 1) 간호사정도구 (Nursing assessment tool)로서 간호력 기록지 (Nursing history form)를 개발, 2) 간호문제를 기록하는 간호문제 기록지 (problem list), 3) 간호수행의 계획, 수행을 기록하는 Nursing process note, 4) 환자문제를 사정, 계획, 수행한 결과를 평가하는 Final summary note 등을 만들어 간호기록제도를 개선하여야 한다.

5. 간호직원 능력개발을 위한 실무교육강화

환자문제 해결을 위한 기술을 습득하기 위한 간호과정의 이론과 실제응용 및 기록에 대하여 실무교육을 강화하도록 계획한다.

6. 간호평가제도의 개선

간호순회나 간호집담회를 통하여 간호수준을 향상시키고 간호평가의 기준을 설정하기 위해 간호의 표준, 질적 간호보장을 위한 계획을 마련한다. (간호평가 참조)

7. 간호감사제도의 활용

감사제도를 간호에 도입하게 된 것은 미국의 Helen Dunn이 간호감사제도를 소개한 이후이며 목적은 간호기록을 통하여 환자간호의 질을 평가하기 위함이다.

간호감사위원회를 조직하여 각 회원들은 분명한 목적을 갖고 날마다 몇개의 Chart을 검토한다. 도식, 수술전기록, 매 4시간마다 Charting, 간호관찰이나 개입이 적절했는지, 환자교육에 대하여 검토하므로써 감사는 적극적이고 계속적인 교육으로 설명하고 있으며 이를 적용할 준비를 하는 것이 좋겠다.

참 고 문 헌

1. Charlene F. Rubin/Leena A. Rinaldi/Ruth R Dietz, Nursing audit-Nurses Evaluating Nursing, A.J.N, May, 1972
2. Marie thomas; Implementing the Criteria for Evaluating a Hospital Department of Nursing. Nursing Outlook, Feb, 1968
3. M. Jean Daubenmire, Imogene M. King; Nursing Process Models; A Systems Approach, Nursing Outlook, Vol. 21, No. 8, August, 1973
4. Andrea U. Bircher; On the Development and Classification of Diagnosis, Nursing Forum Vol. 14, No. 1, 1975
5. Sylvia Cabson; A Practical Approach to the Nursing Process, Nursing Outlook Vol. 72, No. 9, 1972
6. Phyllis Tzyenhouse; Care plans for Nursing Home patients Nursing Outlook, March, 1972 p. 169~171
7. Mary Durand and Rosemary Prince; Nursing Diagnosis, Process and decision, Nursing Forum 66; 51~61, 1966
8. Komorita; Nursing Diagnosis, A.J.N, 63; 83~86, December, 1963
9. Bergren Yagornik; Teaching Nursing Process to Beginning Student, Nursing Outlook, July, 1968

—笑—少, —怒—老