



<5단계 간호과정 모델>

1. 정의 및 목적

정의: 대상자의 요구를 충족시키기 위하여 기초자료를 수집하고 간호요구를 규명하고 우선순위, 목표 및 기대되는 결과를 설정하여 계획을 수립하고 중재를 수행하며 간호효과를 검토하는 것.

목적: 간호실무 통합하고 표준화하여 체계적인 간호실무 방법 제공

2. 체계: Lydia Hall (1955), 간호진단 개정(북미간호진단 NANDA)은 매 2년마다 회의를 통해...

3. 기초이론: 문제해결방법, 과학적 방법

간호과정: 사정→진단→계획→중재→평가

과학적방법: 문제→가설→추가자료수집→가설설정→결과추론→결과실험→적용

문제해결: 문제직면→자료수집→문제의 본질규명→행동계획 설정→계획수행→계획평가→행위 계획

4. 간호과정 단계

1) 간호사정: 자료수집, 자료확인, 분류, 기록

<주요 모델>

- NANDA 인간반응양상: 13개 영역, 47개과 220개 간호진단(2012년),
- Goldon 기능적 건강양상: 11개 항목
- Doenges & Moorhouse 분류체계: 13개 항목

(1) 자료수집

- 주관적 자료(subjective data): 대상자가 말한 그대로 기록. 예) "잠들기 어려워요", "배가 아파요"
 - 객관적 자료(objective data): 신체검진(자료수집자 자신의 오감을 이용해 수집된 자료), 의무 기록, 검사실자료와 진단적검사결과, 대상자가족이나 건강관리팀요원등으로부터 수집된 자료
- ☞기본요소: 생물지리학적 및 인구학적 정보, 건강관리기관을 찾은 이유, 대상자의 기대, 과거

건강상태, 가족력, 환경력, 심리사회력, 현 건강상태 및 증상의 검토

<방법>

- 면담 15~30분정도, 편안한 상태에서, 의사소통 전략사용
- 신체검진: 시진, 청진, 촉진, 타진
- 행위관찰: 신체적, 발달적, 정신적, 사회적 기능 수준 관찰
- 의무기록: 질병력, 검사결과, 진단적자료 및 의사의 치료계획등의 의무기록, 간호기록
- 기타자원: 간호 및 의학문헌, 가족과 친지 및 건강관리팀의 정보

(2) 자료확인

(3) 자료분류: 전문적 지식을 기초로 수집된 자료를 정리하여 의미있는 기록물 되도록 조직화

(4) 자료기록: 사실에 입각, 정상과 비정상 모두 기록, 철저히 기록

2) 간호진단

자료분석, 건강문제 위험 및 장점 확인, 진단적 진술기록

(1) 자료분석과 해석

(2) 문제규명: 실제적 진단, 위험진단, 안녕진단, 가능한 진단

- 실제적 진단(Actual nursing diagnosis): 관련요인이 있고 증상 및 징후가 있는 경우
- 위험진단(risk nursing diagnosis): 일어날 가능성이 있는 진단
- 안녕진단(wellness diagnosis): 어떤 수준의 안녕에서 보다 높은 수준의 안녕으로 증진(지역사회와 가정간호에서)
- 가능한 진단(possible diagnosis): 문제가 존재할 수 있으나 의심되고 자료가 더 필요한 경우 (의사의 감별진단과 유사)

(3) 간호진단의 진술

- PES(문제 Problem, 원인 Etiology, 증상과 징후 Symptom & Sign)
'~와 관련된', '~으로 나타나는', '~에 의해 입증되는'
'첫 입원으로 나타나는 수면장애와 관련된 피로'
- PE 형식: S를 생략하고 간호문제와 관련요인 두 부분만 진술
'분비물 정체와 관련된 비효율적 기도개방'

- ★ 문제: 대상자의 반응을 규명한 것-간호진단 목록
- ★ ~와 관련된: 문제와 원인과의 관계를 연결시키는 것, (인과관계만을 연결하는 것이 아님)
- ★ 원인: 문제의 관련요인 혹은 기여요인
기여요인마다 각각의 간호진단이 필요

- 간호진단의 특성 및 장점

“대상자의 기능 및 안녕이 최고수준에 도달하도록 돕는 것”

일관성있고 체계적 문제해결 가능→간호 효율성 증진

간호사와 다른 건강전문직간의 의사소통 향상

-기록: 시간적 순서로 기록, 우선순위에 따라

-오류 방지 및 교정

의학적 진단을 포함하지 말 것
증상보다는 진단적 진술을 규명
간호중재 가능한 원인을 규명
처치나 진단검사 그 자체보다는 그로 인해 야기되는 문제를 규명
기구 그 자체보다는 기구로 인한 대상자 반응을 규명
간호사의 문제가 아닌 대상자의 문제를 규명
목표보다는 대상자의 문제 규명
편견적 판단이 아닌 전문적 판단 이용
법적으로 타당한 원인 규명
문제와 원인을 규명

3) 간호계획

- 우선순위 설정: 생을 위협하는 응급요구~비응급적요구, 생명위협을 주지 않는 요구~장기적요구 (Maslow의 요구단계)
- 목표와 기대되는 결과
목표: 전체적이고 광범위한 방향으로 환자가 도달할 수 있는 현실적인 목표
기대되는 결과: 세부적 단계적 목표
기준: 대상자중심, 단일적, 관찰가능한, 측정가능한, 시간제한적, 상호적, 현실적
- 간호중재 설계: 간호실무-독자적, 협동적, 의존적
- 계획의 기록양식: 기관에 따라, 전산화된 간호계획, 표준임상경로(Critical Pathway, CP),
*학생용 간호계획(표 5-10) p.114
- 기록시 주의: 간호중재 수행을 위한 활동, 빈도, 양, 방법 혹은 사람에 대해 생략하지 말 것.

4) 간호중재

- (1) 대상자 재사정
- (2) 계획의 검토와 수정
- (3) 자원의 조직화: 기구나 물품, 직원, 환경, 대상자
- (4) 합병증 예상과 예방
- (5) 중재 시행: 인지적기술, 대인관계기술, 전문적 기술
- (6) 중재방법
 - 직접간호:
일상생활돌봄기(Activities of Daily Living, ADL)
도구적 일상생활돌봄기(Instrumental Activities of Daily Living, IADLs)
예방적 간호행위: 건강사정, 건강교육, 위험요소 확인 등
역반응에 대한 대응: 약물, 진단검사, 치료적 처치로 인한 해로운 혹은 의도하지 않은 결과
 - 간접간호:
상담 및 교육
- (7) 수정: 대상자의 반응과 상태에 따라 중재의 수준, 종류와 양을 조정
- (8) 기록: 정보중심기록, 문제중심기록, p132

5) 간호평가

목표성취에 대한 평가, 간호과정 진행, 질 향상의 평가

(1) 목표성취에 대한 평가과정

5가지 요소:

- ① 평가기준과 표준규명
 - ② 기준/표준 달성을 측정하기 위한 자료수집
 - ③ 결과해석과 요약
 - ④ 결과와 임상파단 기록
 - ⑤ 간호계획 종결, 지속 혹은 수정
- 목표기준달성: 간호중재의 성공을 의미
 - 기대되는 표준도달: 단계별 진행상태의 진술
 - 결과해석과 요약

진술된 목표 검토→대상자의 행위나 반응 존재여부 사정→평가기준과 비교→기준과 반응사이의 일치정도 판단→일차하지 않는 경우 그 이유를 검토

(2) 간호과정의 진행: 평가는 대상자와 함께 진행, 목표달성 실패시 전체 간호과정 재 활성화

- 질향상 활동

1. 의사소통방법

정보교환 종류: 기록, 보고, 지시, 협의, 의뢰

- 1) 보고(reporting): 보고 듣고 행했거나 염려되는 것에 대한 정보를 주는 것, 직접 혹은 녹음
- 2) 지시(directing): 지도하거나 명하는 것. 누가, 무엇을, 언제할 것인지 명확히
- 3) 협의(conferring): 다른 사람과 생각을 교환하는 것
- 4) 의뢰(referring): 활동이나 도움을 청하기 위해 사람을 보내거나 지시하는 것

2. 대상자의 기록

- 1) 목적: 의사소통, 사정, 간호계획, 감사(기록검토), 법적문서, 연구, 교육
- 2) 원칙: 사실성, 정확성, 완결성, 동시성, 형식성, 보안성

☞ 즉시 기록해야 하는 행위
 활력징후, 투약과 처치, 진단적 검사나 수술을 위한 준비, 상태변화에 대한 사정
 입원/이동/퇴원/사망, 갑작스러운 변화에 대한 처치

3) 기록의 유형

(1) 정보중심 대상자 기록(Source-Oriented patient Records)

예) 입원기록지, 활력징후기록지, 투약기록지 등

(2) 문제중심 대상자 기록(Problem Oriented Records): SOAP형식

- SOAP 기록: 건강문제와 관련된 간호경과기록

S(subjective data): 대상자의 말을 이용

O(Objective data): 관찰과 측정가능한 자료를 의미, 증상과 징후포함

A(Assessment): 진단, 가진단, 상태변화등

P(Plan): 간호중재 계획

I(intervention): 중재-간호수행한 상태 기록

E(Evaluation): 평가-사정,진단,계획, 중재의 전과정을 평가

R(Revision): 재교정-수정방안 기록

- PIE (Problem, Intervention, Evaluation) 기록

- 초점(핵심) DAR기록:Focus DAR charting)

D(data): 주관적, 객관적 자료 의미

A(Action): 중재한 내용 기록

R(Response): 치료결과를 기록

- 특이사항 기록: 실무표준을 사용하여 기록하고 표준에 없는 것은 서술적 기록

- 사례관리 모델: 같은 질병을 가진 환자 그룹에 적용되는 기록도구

표준임상경로(critical pathway): **질병군에 따라 치료와 간호등 미리 계획**

변동기록(variance charting): **예기치 못한 사건, 그 사건의 원인, 사건시 간호행위, 특별퇴원계획**

- 국제간호실무용어(International Classification for Nursing Practice, ICNP)

3가지 요소: 간호현상(문제,요구,진단), 간호활동(중재), 간호결과(결과)

간호현상 분류체계 축; 초점, 판단, 방법, 활동, 시간, 장소, 대상 p 135, (그림 6-1)

4) 기록양식

기록 내용: 대상자 이름 및 인구학적자료, 치료 및 과정에 대한 고지된 승낙서(permission), 입원시 간호력, 간호기록, 과거력, 의학적진단, 치료적 지시와 치료, 경과기록, 신체사정의 보고, 진단적 검사와 결과, 수술과정의 요약, 퇴원요약 및 계획

5) 간호기록

- (1) 입원기록: 직원소개, 병실안내, 입원시 안내문설명, 활력징후 측정, 체중과 신장, 면담 및 관찰, 신체검진결과, 침상과 병실 문 앞에 이름표 부착, 주치의에게 입원환자 알리기
- (2) 병동이동 기록: 이동직전 환자의 활력징후, 이동시 건강상태, 검사결과, 남은 약품이나 물품 및 각종 기록물 인계사항
- (3) 퇴원기록: 현재 건강상태, 검사결과나 치료결과의 요약, 최근 투약상황, 퇴원교육, 상담내용

6) 기록관리

<기록관리 지침>

- 사실을 정확하게
- 명료하게
- 날짜와 시간이 포함
- 이름을 기록하고 서명
- 복사, 지우개, 교정용액은 사용금지
- 부정확한 기입은 붉은 선을 긋고 오류(error)라고 표시
- 빈칸이나 부분 빈칸은 허용하지 않음
- 승인된 약어와 기호만을 사용
- 내용은 명확하고 자세히 기록

7) 보고

(1) 종류

- 근무교대 시 보고: 근무교대시 구두, 서면, 녹음기, 간호회진 등을 통해 이루어짐.
내용: 대상자 이름과 진단명등 인적사항, 현재 건강상태, 건강상태 변화와 치료반응, 간호진단 및 목표달성 상태, 입원과 퇴원,이동한 대상자에 대한 보고
- 간호회진 시 보고: 장점: 실제 간호결과 확인이 가능, 대상자들의 참여가능
- 전화보고: 담당의사와 정보교환이나 상황변화 보고→반드시 서면으로 기록 남겨야 함.
- 전화처방(telephone order): 긴급한 경우에만 사용. 처방기록지에 기록하고 전화처방임을 명기
- 사건보고(incident report): 낙상, 주사바늘자상, 감염, 투약사고, 지시된 치료의 누락, 그 외 부주의로 인한 사고등 발생시 사건보고서 작성

3. 전자의무기록(Electronic Medical Record, EMR; Electronic Health Record, EHR)

종이매체를 이용한 의무기록을 전산화하여 입력, 관리, 검색하는 시스템

그외 처방전달체계(OCS, Order Communication System), 의료영상 저장전달 시스템(PACS, Picture Archiving Communication System), 병원정보 시스템(HIS, Hospital Information System)

1) 장점

- 종이기록보다 읽기쉽고 정확
- 자료의 접근성 향상
- 환자 정보 공유와 의료진간 의사소통 촉진
- 의료의 질 향상

- 효율적 행정, 경영, 관리 가능
- 연구정보 효율적 제공

2) EMR에서의 간호기록

(1) 기능

건강 정보와 자료, 결과관리, 처방 입력 관리, 의사결정 지원, 전자적 communication 연결, 환자 지원(교육, 모니터링 자료등), 행정적관리, 보고 및 인구집단 건강관리

(2) EMR 사용 후 기록업무

- 간호계획, 관리, 평가가 용이
- 자료 활용이 용이
- 간호서비스 증가
- 기록업무가 단축
- 기타 간소화: 처방진행상황 조회, 타과의뢰 및 진행상황조회, 추가/변경/응급처방구분, 간호행위 즉시 기록가능하고 의사소통가능