



<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:  
일상생활돕기(Activities of Daily Living, ADL)  
도구적 일상생활돕기(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