

응급실 복통환자의 간호진단과
간호중재의 분석

연세대학교 간호대학원

응급간호전공

오 현 식

응급실 복통환자의 간호진단과
간호중재의 분석

지도 김 인 숙 교수

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2006년 6월 일

연세대학교 간호대학원

응급간호전공

오 현 식

오현식의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

연세대학교 간호대학원

2006년 6월 일

감사의 글

먼저 이 결실을 맺을수 있게 늘 곁에서 나를 사랑해주고 한결같이 지켜 주셨던 부모님, 사랑하는 가족에게 고마운 마음과 감사를 드립니다.

본 논문이 완성되기까지 저의 부족함을 이해해 주시고 바쁘신 중에도 지도를 아낌 없이 주신 김인숙 교수님, 푸근하고 따뜻한 마음으로 보듬아 주시고 지도해 주신 고일선 교수님, 섬세하고 꼼꼼하며 논문의 방향을 이끌어 주신 오의금 교수님, 힘든 응급실에서 일을 하면서 이렇게 결실을 맺도록 학문적 지도를 해주신 교수님들 덕분에 끝마칠 수 있었습니다. 그리고 대학원 과정동안 세세한 일까지도 챙겨 주셨던 김은정 교수님께 감사드립니다.

임상에서 직장생활을 하며 전문적 실무를 하고 싶은 마음으로 모여 서로에게 지지와 격려를 주었던 동고동락한 대학원 동기들, 응급실에서 항상 쾌활하고 명쾌한 모습으로 간호의 길을 이끌어 주시고 간호사임을 자랑스럽게 보여주셨던 최희강 수간호사님, 그리고 응급실 동료 선.후배 간호사들에게 감사드립니다.

오늘의 결실이 있도록 논문의 자료수집에 적극적인 배려와 격려를 주셨던 조정숙 응급간호팀장님, 자료수집에 도움을 주었던 후배 지연이에게 감사드립니다. 그리고 응급실 선배이면서 대학원 동기로 힘을 주고 이끌어 주며 조그만 일도 챙겨 주고 논문의 방향도 함께 고민하고, 응급실을 사랑하는 마음과 열정을 가진 유지성 선생님에게 감사드립니다. 힘든일이 있을때 마다 위로를 아낌없이 주고 위안을 줬던 응급실 동료 정희언니와 양영란선생님에게 감사드립니다.

끝으로 나의 마음에 촛불을 밝혀주며 뒤에서 묵묵히 바라봐줬던 창민오빠에게 감사의 마음을 전합니다.

2006년 6월

오현식 올림

차 례

감사의 글	i
차례	ii
표차례	iv
국문요약	v
I. 서 론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	4
3. 용어의 정의	4
II. 문헌고찰	6
1. 복통	6
2. 간호진단	11
3. 간호중재	13
4. 복통 환자의 간호진단과 간호중재	15
III. 연구방법	19
1. 연구설계	19
2. 연구대상	19
3. 자료수집방법	19
4. 연구절차 및 분석방법	20
IV. 결 과	21
1. 복통환자의 일반적 특성	21
2. 복통환자의 간호진단별 건수	23

3. 복통환자의 간호진단별 간호활동과 건수	24
4. 복통환자의 간호진단별 따른 간호활동과 간호중재의 건수	25
V. 논 의	46
1. 복통환자의 일반적 특성에 대한 논의	46
2. 복통환자의 간호진단에 대한 논의	47
3. 복통환자의 간호진단별 간호중재에 대한 논의	49
VI. 결론 및 제언	57
1. 결론	57
2. 제언	58
참고문헌	59
부 록	63
영문초록	73

표 차 례

표1. 복통환자의 일반적 특성	22
표2. 복통환자의 간호진단별 건수	23
표3. 복통환자의 간호진단별 간호활동 종류와 건수	24
표4. 급성통증의 간호활동과 간호중재의 건수	26
표5. 낙상위험의 간호활동과 간호중재의 건수	27
표6. 감염위험의 간호활동과 간호중재의 건수	28
표7. 체액불균형 위험성의 간호활동과 간호중재의 건수	29
표8. 비효과적 조직관류-위장관의 간호활동과 간호중재의 건수	32
표9. 체액부족의 간호활동과 간호중재의 건수	33
표10. 피부통합성 장애위험의 간호활동과 간호중재의 건수	35
표11. 고체온의 간호활동과 간호중재의 건수	37
표12. 오심의 간호활동과 간호중재의 건수	38
표13. 심박출량 감소의 간호활동과 간호중재의 건수	40
표14. 비효과적 조직관류-뇌조직의 간호활동과 간호중재의 건수	41
표15. 비효과적 조직관류-신장의 간호활동과 간호중재의 건수	41
표16. 수면양상장애의 간호활동과 간호중재의 건수	42
표17. 비효율적 호흡양상의 간호활동과 간호중재의 건수	42
표18. 영양불균형; 신체요구량 보다 적음의 간호활동과 간호중재의 건수	43
표19. 설사의 간호활동과 간호중재의 건수	44
표20. 변비의 간호활동과 간호중재의 건수	44
표21. 이동장애의 간호활동과 간호중재의 건수	45
표22. 언어적 의사소통장애의 간호활동과 간호중재의 건수	45

부 록 차 례

부록1. 복부질환에서 제시된 간호진단	63
부록2. 복부질환별 간호진단	64
부록3. 복통환자의 간호진단별 영역, 과, 간호중재의 건수	66

국문 요약

복통은 응급실을 내원하는 환자가 호소하는 흔한 증상 중의 하나이다. 또한 복통은 경미한 증상부터 극심한 통증, 수술적 치료가 필요한 복통 등 다양하다. 환자는 즉각적인 통증 완화를 기대하며 즉각적인 간호의 중재를 기대하므로 응급실 간호사에게는 중요한 간호문제이다.

본 연구의 목적은 응급실에 내원한 복통 환자에 대한 간호진단과 간호중재의 기초자료 제공의 목적이 있다.

본 연구는 후향적 조사연구로서, 연구대상은 2006년 4월 1일부터 2006년 5월 31일까지 2개월 동안 서울소재 일개 대학병원 응급실에 내원한 비 외상성 복통환자로 만 15세 이상의 성인 환자의 간호기록지에서 간호진단이 도출된 115부로 하였다. 연구절차 및 분석방법은 115부의 간호기록지에서 도출된 간호진단을 NANDA가 개발한 간호진단 목록으로 어휘를 통일한 후 건수를 조사하였고, 도출된 간호진단별 간호활동의 건수를 조사한 뒤에 최종적으로 간호진단별 간호활동을 IOWA 간호중재분류 팀에 의해 개발된 간호중재를 활용하여 간호중재 영역, 과, 간호중재로 분류하여 각 진단별 간호중재 영역, 과, 간호중재의 건수를 조사하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 응급실에 복통으로 내원한 환자 115부 기록지에서 간호진단은 19개 도출되었다. 가장 높은 건수를 보인 것은 급성통증(89건)이며 다음이 낙상의 위험(71건), 감염의 위험(39건), 체액불균형 위험성(38건) 순이었다.

2. 간호진단 19개에서 도출된 간호활동 종류는 총 380개였고 간호활동의 건수는 2,267건이었다.

3. 간호진단 상위 5순위까지 간호진단별 간호중재의 영역 건수를 보면 급성통증에서는 생리학적; 기본적 영역(234건), 생리학적; 복합적 영역(80건), 안전 영역(69건), 건강체계 영역(33건)이었다. 낙상위험에서는 안전 영역(116건), 가족 영역(48건)이었다. 감염의 위험에서는 안전 영역(116건), 생리학적; 복합적 영역(103건),

건강체계 영역(3건), 생리학적; 기본적 영역(1건)이었다. 체액불균형 위험성에서는 생리학적; 기본적영역(331건), 안전 영역(50건), 생리학적; 복합적 영역(50건), 행동학적 영역(19건), 건강체계 영역(5건)이었다. 비효과적 조직관류-위장관에서는 생리학적; 기본적 영역(300건), 안전 영역(44건), 생리학적; 복합적 영역(24건), 행동학적 영역(15건), 건강체계 영역(1건)이었다.

4. 간호진단 상위 5순위까지 간호진단별 간호중재의 과 건수를 보면 급성통증에서는 신체 안위증진(232건), 약물관리(74건), 위험관리(67건), 정보관리(33건)순이었다. 낙상위험에서는 위험관리(116건), 수명간호(48건)순이었다. 감염의 위험에서는 위험관리(116건), 체온조절(56건), 약물관리(38건)순이었다. 체액불균형 위험성에서는 신체안위증진(132건), 영양지지(131건), 위험관리(50건), 활동과 운동관리(38건), 배설관리(30건)순이었다. 비효과적 조직관류-위장관에서는 신체안위증진(125건), 영양지지(108건), 위험관리(44건), 활동과 운동관리(31건), 배설관리(26건)순이었다.

5. 간호진단 상위 5순위까지 간호진단별 간호중재의 중재 건수를 보면 급성통증에서 통증관리(186건), 투약(71건), 감시(40건)순이었다. 낙상방지에서는 낙상방지 (116건), 가족동원(48건)순이었다. 감염의 위험에서는 감염에 대한 보호(82건), 체온조절 (56건), 투약(38건)순이었다. 체액불균형 위험성에서는 튜브간호; 위장관(114건), 통증관리(69건), 감시(35건)순이었다. 비효과적 조직관류-위장관에서는 튜브간호; 위장관(108건), 통증관리(54건), 구토관리(43건), 운동요법;걷기(31건)순이었다.

본 연구는 응급실에 내원한 보통환자에게 사용하고 있는 간호진단과 간호중재의 건수를 조사하여 응급실에 내원한 보통 환자에게 간호진단과 간호중재의 활용에 기초적 자료로 사용되기를 기대한다.

핵심되는 말 : 보통, 간호진단, 간호중재

I. 서 론

1. 연구의 필요성

응급실에 내원하는 주 호소는 복통, 흉통, 어지러움, 허약감, 호흡곤란 등 다양하다. 미국에서 1999년 통계에 따르면 응급실에 급성 복통으로 내원하는 환자는 3천 4백만명으로 추산되고 다양한 원인으로 급성통증이 유발되며 삶에 큰 위협을 주고 전체 복통 환자의 20-25%가 심각한 상태로 병원에 입원한다고 하였다 (Jesse, Lori, Annara, John, Rajagopalan, Chris, 2005).

응급실 내원환자에서 복통환자의 비율을 보면 윤여규외(1994)의 연구에서 16%, Jung외(1997)의 연구에서는 8.1%. 최희강(1997)의 연구에서는 13.83%, 장석준외(2000)의 연구에서는 10%의 분포를 보였다.

이처럼 복통은 응급실을 내원하는 환자가 호소하는 흔한 증상 중의 하나이며, 경미한 증상부터 극심한 통증, 수술적 치료가 필요한 복통 등 그 원인이 다양하다. 복통은 때때로 어려우며, 수술적 응급상황에 따른 빈번한 민사 소송을 가져오며 그 이유는 임상적으로 평가를 하기 어렵기 때문이라 하였다(Chris, Richar, Kenny, Thomas, 2002). 복통은 흔한 증상이지만 진단하기 어렵고 진보된 통증 관리에도 불구하고 많은 환자들은 여전히 부적절한 통증 조절을 경험하게 된다(Rawal, 2002).

복통으로 내원한 대부분의 환자들은 즉각적인 통증 완화를 기대하지만 의료진은 진단이 내려질 때까지 진통제의 사용을 금하고 있다. 일반외과 의사의 89%가 문진하기 전 응급실에서의 진통제 사용을 꺼리고 있으며 그들 중 23%만이 문진까지 1시간 이상이 걸릴 경우에 진통제 사용을 동의한 바 있다. 이는 진통제의 사용이 극히 제한적이며 응급실에서 오랜 시간이 지난 후에 투여하는 것을 보여준다 (정진희외, 2005).

그러나 응급실 간호사는 환자가 즉각적인 통증 완화에 대한 기대를 가지고 치료를 원하므로, 신속하게 환자를 관찰하고 사정하여 증상을 완화하고 악화되지 않

도록 중재하며 통증을 조절해줘야 한다. 응급실 환자는 자신의 상태와 요구에 간호사가 신속하게 반응할 때 간호 만족도가 상승하는 것으로 연구된 바 있다(Kim, 2003). 따라서 응급실 간호사는 신속한 반응과 전문직으로서 고도의 지식과 기술을 바탕으로 간호행위를 제공하여 전문가로서의 면모와 환자에게 질적간호를 제공해야 한다.

전문직으로서의 간호는 독립적인 지식체에 근거한 간호사의 독자적인 기능이 핵심이다(McCloskey & BuleCheck, 1996). 독자적인 실무를 통한 전문직 간호를 통해 체계화된 간호의 지식체를 가지고 표준화된 용어로 독자적으로 대상자의 건강문제를 해결하기 위한 과학적이고 체계적인 접근 방법이 간호사정, 진단, 계획, 중재, 평가로 이어지는 간호과정이다(배영숙, 1994 ; 윤혜영, 2002).

간호과정의 한 단계인 간호진단은 문제의 확인과 자료의 분석과정에서 과학적인 근거를 제시하고(김조자, 1986), 전문직 간호사의 상호간 의사소통의 공통분모를 제공하며 간호의 효율성 및 표준화를 제공하며 일관성있는 간호중재를 위한 목적과 방향을 제시하여 간호의 신뢰도와 타당도를 증진시켜 궁극적으로 간호의 질을 향상시키는 유용성이 있다(배영숙, 1994 ; 윤혜영, 2002).

이런 필요성에도 불구하고 여러 연구에서 간호진단의 임상 적용시 문제점에 대한 연구결과를 살펴보면 최영희외(1997)은 시간 및 인력의 부족이 가장 큰 문제점이라고 했으며, 김기란(1997)은 간호진단과 중재를 연결할 때 간호진단에 따른 간호중재의 우선순위 설정에 어려움이 있다고 하였다. 간호진단의 적용에 너무 많은 시간이 필요하다는 점(김용순, 1995), 배영숙(1994)은 간호업무량이 많은 반면, 간호인력이 부족하고, 간호진단에 대한 간호사의 인식정도가 낮으며, 간호진술이 광범위하고 모호하여 진단을 내리기 어렵다는 문제점들을 지적했다.

응급실 사정 또한 다양한 원인으로 인해 간호진단을 내리고 중재를 하기 어렵다. 대학에서 간호진단에 대한 교육을 받으며 필요성에 대한 중요성을 배우지만 응급실 상황은 급박하며, 응급상황에 따른 위기 중재, 시간을 다투는 과중한 업무와 혼잡한 상황, 밀려드는 다양한 환자, 자원의 한계, 인력의 부족 등 여러 난관이 존재하며, 다양한 원인으로 인해 수행되고 있지 못하다.

그러나 응급실에서 환자의 증상에 따른 중증도에 기인된 우선순위를 통한 간

호진단이 정확하고 신속하게 이뤄져야 환자에게 적절한 간호중재를 제공할 수 있으며 간호의 질이 높아질 수 있다. 간호사가 하나의 전문직으로 인정을 받거나 각 개인의 간호사가 업무 만족도를 상승시키기 위해서는 의사의 처방에 의한 수행이 아니라 간호진단을 통한 간호중재를 정확히 환자에게 제공하여 환자에게 수행되는 간호의 질과 만족도를 향상시켜야 한다. 또한 응급환자 간호에 있어 간호사가 환자에게 일어날 상황이나 현재 상태, 검사 및 치료 절차에 대해 설명해 주고 감정입과 정서적 지지를 제공하는 것은 매우 중요하다(Morse & Protor, 1998 ; Hawley, 2000 ; Baldursdottir).

이런 감정입과 정서적 지지를 제공하기 위해서는 간호진단의 우선순위를 통한 응급실 환자의 흐름을 이해함과 동시에 적절한 간호중재의 수행이 필요하다.

기존의 연구들을 보면 심혈관계 중환자에서 간호중재에 대한 조사(김문숙, 1997), 가정간호사가 수행한 간호중재 분석(김지현, 1999), 영양과 배설기능 장애와 관련된 간호진단과 중재 전산 시스템 개발 및 평가(이지연, 1999), 간호진단과 간호중재 연계에 대한 타당도 조사(김경희, 1999), 내외과 중환자 간호진단에 따른 간호중재 프로토콜 개발(윤혜영, 2002), 신경외과 간호업무 표준에 따른 간호활동 개발(길윤경, 2002), 회복실 환자의 간호진단, 간호결과, 간호중재 연계 프로토콜 개발(이민경, 2004), 간호 의사결정 지원시스템을 위한 간호진단-간호중재 연계(박성희, 2006) 등 다양한 연구들이 있지만 응급실에 내원한 응급환자를 대상으로 한 연구는 찾아볼 수 없었다.

본 연구에서는 북미간호진단협회(NANDA)가 개발한 간호진단 분류체계와 IOWA 간호중재분류 팀에 의해 개발된 간호중재를 이용하여 보통으로 내원한 응급실 환자에게 사용되는 간호진단과 간호중재의 빈도를 조사하여 응급실에 내원한 보통 환자에게 필요한 간호진단과 간호중재의 기초자료가 되기 위함이다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 NANDA가 개발한 간호진단 분류체계와 IOWA 간호중재분류 팀에 의해 개발된 간호중재를 이용하여 응급실에 내원한 복통환자에게 실무에서 사용하고 있는 간호진단과 간호중재의 건수를 조사하여 응급실에 내원한 복통환자 간호진단과 간호중재의 기초자료 제공의 목적이 있다.

구체적인 목적은 다음과 같다

- 1) 응급실 복통환자의 간호진단의 건수를 확인한다.
- 2) 응급실 복통환자의 간호진단별 간호활동의 건수를 확인한다.
- 3) 응급실 복통환자의 간호진단별 간호활동을 간호중재 영역, 과, 중재로 분류하여 영역, 과, 간호중재의 건수를 확인한다.

3. 용어의 정의

1) 복통

복통이란 복강내 또는 복강외의 부위에서 갑자기 발생한 통증을 말한다(Judith, 2001). 복통의 원인은 다양하며 본 연구에서는 응급실에 내원한 환자에게 염증, 내장의 기계적 폐쇄, 혈관장애, 대사성 복통, 수술후 발생한 통증, 신경성 원인등으로 기인한 복통을 말한다.

2) 간호진단

간호진단은 삶의 과정이나 건강문제에 있어서 실제적, 잠정적 건강문제와 삶의 과정에 대한 개인, 가족 혹은 지역사회사의 반응을 임상적으로 판단하는 것으로 예

상된 결과를 성취하기 위해 어떤 간호중재를 선택할 것인가에 대한 근거를 제공한다(NANDA, 1999).

본 연구는 북미간호진단협회가 개발한 간호진단 분류체계를 번안한 172개 간호진단 목록(고일선외, 2006)중에서 응급실 복통환자에게 도출된 간호진단을 말한다.

3) 간호중재

간호중재란 간호사가 환자/대상자의 간호결과를 향상시키기 위해 임상에서의 판단과 지식을 기반으로 하여 수행하는 처치로서 직접간호와 간접간호를 포함한다(McCloskey & Bulechek, 2000).

본 연구는 응급실 복통환자에게 도출된 간호진단별 간호활동을 IOWA 간호중재분류 팀에 의해 개발된 간호중재를 번안한 문헌(엄영희외, 1998)을 활용하여 간호중재 영역, 과, 중재로 분류한 간호중재를 말한다.

II. 문헌고찰

1. 복통

통증은 Latin에서 유래한 단어로서 poena, punishment, torment의 의미를 갖고 있으며, 이는 신체에 불쾌한 자극이나, 질병, 외상의 존재를 느끼게 하는 감각의 경험이다. 통증은 자각 증상이고 다른 사람이 이를 느끼지 못하므로 객관적으로 그 심도를 판단하기는 쉽지 않다. 또한 통증은 불쾌한 자극에 대한 경험뿐 아니라 생리적, 정신적 반응의 결과로도 발생한다. 복통으로 환자가 응급실에 내원하였을 경우, 임상 증상 또한 모호하며 비특이적이므로 이 복통이 수술을 요하는가 요하지 않는가를 결정하는 데는 어렵다(노경식,1998. 김세경,1991).

복부통증의 위치는 해당 장기의 발생학적 기원에 따라 달라진다. 위장관은 발생학적으로 전장, 중장, 후장에서 형성된다. 구강에서부터 십이지장의 제 2부까지와 간, 담도계, 췌장, 비장 등은 전장에서 십이지장 제 3부부터 횡행결장의 근위부 2/3 까지는 중장에서, 횡행결장의 원위부 1/3에서 직장까지는 후장에서 발생한다. 이들 장기와 장기들을 둘러싸고 있는 장측복막은 이들 각 부위에 혈액을 공급하는 혈관들을 따라 주행하는 신경들의 지배를 받는다. 명치부분의 동통은 전장기원 장기에서 발생한 통증이 복강 신경을 통해 전달되어 발생하고 배꼽주위 동통은 중장 기원 장기에서 발생한 통증이 상장간동맥 구심신경을 통해서 전달되어 발생하는 경우가 많다(김세경, 1991).

복강내의 통증 자극은 3통로를 통해서 복강내 장기로부터 내장 구심성 신경을 따라서 중추신경에 도달하게 되는데, 이는 첫 번째는 교감신경, 둘째는 부교감신경, 셋째는 복막, 체벽, 횡경막, 장간막의 통증 자극이 체간구심성신경인 분절부신경이나 횡경막 신경을 따라서 상행하게 된다.

복통은 위장관, 복막내의 여러 원인과 복막외의 여러 질환에 의해 발생한다. 복강내의 원인으로 생긴 복통은 복막, 위장관, solid viscera, mesentery, pelvic organ의 질환에 의해 발생한다(노경식, 1998. 김세경, 1991).

복부의 염증은 급성충수염, 담낭염, 급성췌장염, 궤양성 대장염, 중독성 거대 결장증, 식도염, 위염.소화성 궤양이 있다(서문자외 2004).

급성충수염은 충수돌기의 유입구가 폐쇄되어 혈액 공급이 감소하고, 세균침입이 초래되어 치료를 하지 않고 염증이 지속되면 괴사, 마침내는 복강내로 파열이 된다. 복통, 복부경련, 오심, 구토, 빈맥, 권태, 식욕부진, 오한과 발열이 나타난다. 최초에는 전체적으로 분포하며 제부 근처에만 느껴지지만 나중에는 심각해지며 우상복부로 국한된다. 급성충수염의 최종치치는 수술이며, 복강경 수술을 권장한다(Lorene, 2003).

담낭의 염증은 낭포성관이 폐쇄 되었을때 팽대를 초래한다. 흔히 E.coli, streptococcus, salmonella와 같은 세균의 침입 또한 담낭염을 초래한다. 담석은 담낭염을 악화시키는 원인이다. 증상은 대개 튀긴음식이나 지방식을 섭취한뒤 갑작스럽게 발생한 복통이다. 통증은 상복부로부터 우상복부로 방사되거나 우측 쇄골상부로 전이된다. 미열, 빈맥, 오심, 구토, 가스팽만이 흔한 징후이다(Lorene, 2003).

급성췌장염은 췌장의 염증에 의해 유래되나, 정확한 기전은 불명확하다. 담즙이나 십이지장으로부터 역류, 세균감염, 췌장효소에 의한 자가 분해, 관내 고혈압등의 가설이 있다. 원인은 담관질환이나 알콜섭취로 추정할 수 있다. 췌장염의 70% 내지 80%가 담관질환인데, 총담관을 폐쇄하여 관내 고혈압과 췌장효소 활성화를 초래한다. 알콜남용은 독성 대사물질을 생성하여 췌장에 손상을 주고 염증을 초래한다. 임상적 특징은 상복부에 발생한 복통이 배부로 방사되는 것이다. 복부압통, 반동압통이 대개 나타나며 오심, 구토 복부팽만이 있다. 환자는 빈맥, 빈호흡, 저혈압을 동반한 발열이 있다(Lorene, 2003).

궤양성 대장염의 임상적 증상은 혈변, 설사, 복부경련, 체중감소, 쇠약이 있고, 천공된 경우 열, 빈맥, 폐혈증의 일반적 증상이 나타난다(서문자외 2004).

중독성 거대 결장증은 결장이 심하게 확장된 상태로 결장염을 동반한다(서문자외 2004).

식도염은 대개 위산의 역류로 인해 생기는 식도의 염증상태를 말한다. 식도 열공헤르니아 또는 위궤양시 동반되며, 양젓물 또는 강산이나 강알칼리성 물질을 섭

취했을 때도 발생한다. 지속적인 흉골하 통증을 호소하며 연하시 통증이 더 심해진다. 가끔 구토를 하며 체중감소, 폐색, 출혈이 있으며 호흡시 악취가 난다(서문자의 2004).

소화성 궤양은 위와 십이지장에 발생하며 대개 과산증이 원인이다. 상복부가 쓰리며 대개 이른 아침과 식전에 나타난다(서문자의 2004).

위장염은 위와 장이 바이러스, 세균, 원생동물, 기생충에 감염되어 염증을 일으킨 것이다. 세균감염이 급성 설사질환의 20%을 차지한다. 정상균주의 불균형에 의해 발생하는 위장염은 오염된 음식섭취에 의해서도 초래된다. 환자는 오심, 구토, 설사, 복부경련, 과잉장음, 발열, 두통도 발생할 수 있다(Lorene, 2003).

벽측 복막의 염증에 의한 통증은 지속적으로 아픈 특징이 있고 염증이 있는 부위에서 아프며 벽측 복막에 분포하는 체신경에 의해 전달되므로 정확한 위치를 알 수 있다. 통증의 강도는 주어진 시간동안 복막에 노출된 이물질의 유형과 양에 의해 좌우된다.

복막염의 통증은 항상 기침이나 재채기, 움직이거나 배를 만지는 등 압력이나 복막의 긴장의 변화에 의해 악화 된다. 복막 자극의 또 다른 특징은 병변이 있는 몸부위 복부 근육의 강직성 반사성 경직이다. 강직성 근육 경직의 정도는 염증 반응이 있는 복막 위치나 복막염이 진행되는 속도, 신경계 등에 달려있다.

맹장 후방의 천공이나 소복막강으로의 소화성궤양의 천공은 그 위에 있는 장관에 의해 경직이 미미 하거나 없을 수 있다. 복막염과 같이 천천히 진행되는 염증은 근육 경직을 둔화시킨다. 소화성궤양의 천공과 같은 매우 급박한 응급상황에서 중증의 환자나 전신 상태가 불량하거나 정신과적인 문제가 있는 환자에서는 복통과 복부 근육의 경직을 발견 못하는 경우가 있다(Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, 2002).

장관의 폐쇄로 인한 통증은 간헐적인 산통이 특징적이다. 하지만 장관이 팽창되는 경우 간헐적으로 복통이 악화되면서 지속적인 통증만이 있을 수도 있다. 비록 벽측 복막염시의 통증의 위치와 같이 확실하지는 않아도 일반적으로 대강의 위치는 알 수 있다.

소장폐쇄로 인한 복통은 배꼽 주위나 배꼽위에서 아프고 위치를 정확히 알 수

없을 때도 있다. 장이 점점 늘어나 장의 긴장이 사라지면 산통이 덜 확실할 수 있다. 교액성 폐쇄가 동반된 경우 장간막이 긴장되면 통증은 아래쪽 요추부로 퍼질 수 있다.

대장 폐쇄로 인한 산통은 보통 소장 폐쇄 때보다 통증의 강도가 약하며 배꼽 아래쪽에 위치한다. 담낭의 확장으로 인한 통증은 우상복부에 통증이 있으며 흉곽의 오른쪽 뒤편으로 방사되거나 우측 견갑골 끝으로 방사되며 총수담관 확장의 통증은 상복부에 있으며 요추부 위쪽으로 방사된다.

췌장관의 확장에 의한 통증은 총수담관의 통증과 비슷하나 누우면 심해지고 앉으면 통증이 완화된다. 방광 폐쇄에 의한 통증은 무디고 약하다. 약간 의식이 떨어진 환자가 특별한 통증호소 없이 안절부절 못할 때는 대부분 소변에 의한 방광 확장 때문이다. 하지만 방광속의 요관의 갑작스런 폐쇄는 옆구리의 통증 및 같은 쪽 복부로 방사된다.

복부 혈관에 의한 통증은 갑작스럽고 비극적 양상이라고 잘못 이해되고 있다. 확실히 상장간막 동맥의 색전이나 혈전 혹은 복부 대동맥궁이 곧 터지려 하는 동맥류 등은 심하고 광범위한 통증을 유발한다. 하지만 상장간막 동맥폐쇄 환자에서 혈관 허탈이나 복막염이 나타나기 전 2-3일 동안은 통증이 약하고 지속적이다. 초기에는 복막염 보다는 증가된 연동운동으로 인한 의미 없는 불편감 정도로 보인다(Braunwald외, 2002).

혈관 질환이 있는 환자에서 지속적이며 광범위한 통증이 있으면서 압통과 근육강직이 없는 것은 상장간막 폐쇄의 특징이다. 천추나 옆구리, 생식기로 방사되는 복통은 항상 복부 대동맥 동맥류의 파열의 가능성을 암시한다. 이 통증은 파열이나 허탈 전 수일동안 지속될 수 있다(Braunwald외, 2002).

복벽에서 발생한 통증은 보통 지속적이고 쑤신다. 움직이거나 오래 서있거나 압박 등은 불편함과 근육강직을 악화시킨다. 항응고요법 중 흔히 접하게 되는 직근막의 혈종은 보통 하복부에 위치한다. 신체 다른 부위의 근육에서 동시에 일어나는 통증은 같은 부위에서 일어나는 복부내 염증과 복부근육염을 구분해준다(Braunwald외, 2002).

흉곽, 척추, 생식기로부터의 방사통은 급성담낭염이나 소화성 궤양의 천공등 상

복부의 질환이 흉곽내 합병증을 같이 가지고 있어 진단을 어렵게 한다. 가끔 잊혀지는 가장 중요한 것은 상복부에 국한된 복통이 있을때 항상 흉곽내 질환의 가능성을 생각하는 것이다. 복부에서 기인된 통증이라는 결론을 내리기위해 수시간 동안의 관찰이 필요하며 이 시간동안 반복적 질문과 적절한 진단을 위해 필요하다. 흉곽에서 기원되는 방사통은 복부에서의 통증과 비교하여 관련된 한쪽 흉곽이 호흡시 처지고 움직임이 덜하다. 복부의 방사통 부위를 촉진시 통증의 악화는 없고 대부분 감소한다.

고환이나 부고환에서 기원된 복부 방사통은 해당기관의 가벼운 자극으로도 악화된다. 복부 불편함은 둔감한 양상이며 통증 부위를 뚜렷이 지적할 수 없다 (Braunwald외, 2002).

대사성 복통은 다른 복부내 질환의 복통과 유사하다. 고지질 혈증과 같은 경우는 췌장염과 잘 동반되는 대사성 질환으로 알아차리지 못하면 개복술을 하게 된다. 복통의 원인이 애매한 경우 반드시 대사성 질환을 의심해야 한다.

요독증이나 당뇨에 의한 통증은 비특이적이며 위치나 강도가 수시로 변한다. 급성 충수돌기염이나 장폐쇄로 인해 당뇨병성 산혈 등이 악화 될 수 있으므로 대사성 장애의 교정으로 복통이 해결되지 않으며 장기의 이상을 의심해 보아야 한다(Braunwald외, 2002).

작열통은 감각신경의 손상으로 일어날 수 있다. 통증은 불에 타는듯하며 말초신경의 분포지역에 국한되어 있다. 접촉이나 온도변화 등 정상적인 자극에도 이러한 통증이 올수 있고 종종 쉬고 있는 환자에게도 발생된다.

도움이 되는 소견은 피하 통증점이 불규칙하게 존재하는 것으로 이것은 작열통을 발생시킨 오랜 신경지역을 나타낸다. 비록 가벼운 자극에도 통증이 유발되나 복부 근육경직은 없고 호흡이 방해받지 않는다. 복부팽만은 드물고 음식물 섭취와 통증과는 관계가 없다.

척추신경이나 신경근에서 오는 통증은 갑자기 나타나고 전격적이다. 헤르페스 조스터에 의해 발생할 수 있고 관절염, 종양, 척추 디스크, 당뇨, 매독 등에 의해 발생할 수 있다. 통증은 음식섭취나 복부 팽만 혹은 호흡과 관계없다. 신경척수로 때와 같이 격심한 근육경직은 복부를 촉진함으로써 통증이 완화되거나 약해질 수

있다. 통증은 척추를 움직일 때 심해지고 몇 개의 신경지역에 국한되어 나타난다 (Braunwald외, 2002).

2. 간호진단

간호가 전문직이기 위해서는 간호사의 실무행위를 규명하고 표현하는 용어체계가 요구되며 이는 정보화시대에 동참하기 위한 시대적 요구이기도 하다. 지금까지 약 30여 년 동안 간호사들은 용어체계를 개발해 왔으며 이들은 종이형태와 전자시스템의 형태로 묘사되고 기록되는 방식으로 표준화에 기여해 왔다. 간호사는 대상자의 간호요구를 파악하기 위해 항상 정보를 수집해 왔으나, 이러한 과정을 간호진단이라고 부르기 시작한 것은 1950년 Louise McManus로서 전문직 간호사의 기능을 논의하면서 부터였다(Gordon, 1979).

1960년대부터는 간호진단에 대한 인식이 증가되면서 간호진단에 대한 연구가 활발히 진행되었으며(Komorita, 1963), 1973년 미국간호협회는 간호요구 결정을 위한 기초로서 간호진단을 지적하고(McDonald, 1985), 간호진단 작성 및 진단분류체계 개발에 관한 제 1차 전국건의를 개최하였다. 1978년 NGCND에서는 간호진단의 구조적인 구성요소에 문제, 원인, 증상/증후를 포함시키기로 결정하였다(Gordon, 1979). 그 후 1982년에는 NANDA가 조직되었으며, 1984년 6차회의부터는 공식적인 모임을 갖기 시작하여 오늘에 이르렀으며, 이런 노력은 간호진단의 필요성이 세계적으로 인정되는데 큰 몫을 담당하였다(이은옥 등, 1988).

NANDA 간호과정이란 모든 간호행위의 중심이며 실제적이거나 잠재적인 건강변화에 대한 개인 또는 집단의 독특한 반응을 확인, 처리하는데 초점을 맞추어 개별적인 간호를 제공하는 것으로 객관적이고 과학적인 접근방법이다(김조자, 1993). 간호과정의 구성요소는 사정, 간호진단, 계획, 수행, 평가 등 5단계로 이루어지며, 이들 각 요소는 간호진단을 해결, 증진시키기 위해 지속적인 피드백을 통해 결과를 수정, 보완하게 된다(Nettina, 1996).

간호진단은 간호과정의 한 단계로 전문직 간호사가 자료수집 및 분류과정을

통해 개인이나 가족, 지역사회가 가지고 있는 실제적이고 잠재적인 건강문제를 진술하는 것으로, 전문직 간호사에 의해 내려진 임상적 진단이며, 간호사의 교육과 경험에 의해 치료가 가능한 건강문제이다(Gordon, 1976).

간호진단은 간호사가 책임져야 하는 간호결과에 도달하기 위한 간호중재 선택의 근거를 제공하며(MaFarland & Mclane, 1995), 간호진단을 실제로 적용하여 간호업무를 수행함으로써, 질적 간호의 제공, 간호사 역할에 대한 기대수준의 평가 향상(Field, 1979), 간호문제를 찾아내어 문제해결에 대한 간호의 목적이나 방향을 제시하며 간호고유의 영역을 구체화함과 동시에 간호사가 해결할 수 있는 문제를 찾아내어 해결함으로써 간호사의 전문직 책임 한계가 보다 명백해지면서 사명의식을 갖게 되며, 또한 자신과 전문직 발전을 위한 연구 의욕이 고취되고 간호사에 대한 사건적 신뢰도도 신장될 수 있다(김조자, 1986 ; 이은옥등, 1988). 환자가 질적 간호를 제공받을 뿐 아니라 간호사의 독자적인 역할 수행으로 역할에 대한 기대수준을 높이고(Field, 1979), 환자의 간호에 대한 만족도 증가(이향련 등, 1989), 직원간의 의사소통 향상 및 일관성 있는 간호 수행 등으로 효율적인 간호가 이루어지게 된다.

이러한 간호진단의 유용성에도 불구하고 국내에서 간호사들이 간호진단에 대한 교육 경험률은 97%인데 비해 ‘항상 간호진단을 적용한다’가 23.9%로 나타났고(박신애 등, 1989), 최영희 등(1997)의 연구에서도 48%만이 간호진단을 사용했다는 결과를 통해 환자 간호시 간호진단 사용이 어려운 실정임을 알 수 있다. 간호진단의 임상 적용시 문제점에 대한 조사결과 최영희 등(1997)은 시간 및 인력의 부족이 가장 큰 문제점이라고 했으며, Creason(1985)은 부적절한 지식과 기억의 한계, 실무상황에 부적절한 도구에 의존한 진단의 비효율성을 지적하기도 하였으며, 김기란(1997)은 간호진단과 중재를 연결할 때 간호진단에 따른 간호중재의 우선순위 설정에 어려움이 있다고 하였다.

배영숙(1994)은 간호업무량이 많은 반면, 간호인력이 부족하고, 간호진단에 대한 간호사의 인식정도가 낮으며, 간호진술이 광범위하고 모호하여 진단을 내리기 어렵다는 문제점들을 지적했다. 간호진단을 임상에 적용할 때 간호진단 분류의 임상적용시 질병 진단과는 별개의 것이어야 하므로, 간호진단만으로는 환자의 건강

상태를 전부 파악하고 해결하기 어려운 점이 있고, 어떤 진단은 너무 광범위하거나 모호하여 간호지시의 초점이 어려운 것도 있다. 적당한 평가지침과 도구가 아직 개발되지 않았고 개념도 익숙치 못해 실제 현장 활용이 어렵다. 간호진단이 미국의 사건적 환경에서 제작, 실시로 현재 계속적인 검토 단계에 있기 때문에 우리나라 적용에 많은 문제점과 혼동이 야기되고 있다(서문자, 1986 ; 이원희, 1987 ; 이은옥 등, 1988).

이런 문제들을 해결하고 간호진단 임상적용시 신뢰성, 간호진단의 타당성, 민감성 등을 고려해야 한다고 했으며, Whitely & Gulanick(1996)은 간호진단에 대한 지속적인 교육과 간호진단의 전산화에 의한 정보제공과 상담이 필요하다고 하였다.

3. 간호중재

간호중재는 간호진단과 정해진 목표에 따라 예견된 방법으로 간호사가 대상자의 이익을 위해서 실시하는 자율적 행위이며, 간호사가 대상자의 기대되는 결과에 도달하기 위해서 임상적 판단과 과학적 지식을 기반으로 수행하는 모든 종류의 활동이다(McCloskey & Bulechek, 1992). 간호사가 전문적으로 수행하는 활동이 무엇인가를 제시하고 의료전달체계 내에서 간호사의 역할이 무엇이라고 말할 수 있는 의사전달 도구라고 하였으며 간호진단에 근거한 간호 과정부분을 지칭하는데 동의하고, 대상자에게 필요한 요구를 충족시키거나 문제를 해결하고 문제의 발생을 예방하며 대상자로 하여금 건강을 증진하도록 돕는 독자적 행동으로 정의하였다(Synder, 1992). 간호사들은 항상 환자를 위해 중재를 수행하지만 지난 몇 십년 동안 간호사들이 행한 중재에 대한 설명이나 분류는 많지 않았다(McCloskey & Bulechek, 1992).

간호중재 분류의 필요성이 절실한 이유는 간호사들이 간호중재 간에 우선순위를 설정하지 못하고 있으며 간호 진단분류에 따른 서적들은 있으나 이들은 간호중재를 연결시켜 설명해주지 못하고 있기 때문에 임상에서 간호진단과 이에 따르

는 중재의 사용 및 기록, 활용에 어려움을 겪고 있기 때문이다(김조자, 1997 ; Iowa intervention Project, 1993). 또 간호기록 면에서 간호사들은 그들이 시행한 간호를 기록하는데 많은 시간을 소모하고 있지만 이런 기록들은 간호의 지식을 발전시키고 간호 실무를 발전시키고 환자 간호를 증진시킬 수 있도록 체계적으로 조직화되어 있지 않은 실정이다.

다른 건강 전문직과의 유사성뿐만 아니라 간호의 독특성을 설명함으로써 간호가 건강관리에 기여하는 바를 효율적으로 가시화하기 위해서는 간호중재의 체계적인 분류작업이 이루어져야 한다(McCloskey, 1997).

최근 간호중재를 명명하고 분류하는 연구가 외국에서 활발히 진행되었으며 NIC, Home Health Care Classification, Omaha System의 중재분류는 ANA에 의해 인정받은 체계이다. 1987년에 Iowa 대학교 간호대학의 간호 분류 센터에서 경험이 많은 여러 연구팀에 의해 개발되기 시작한 NIC은 7개의 영역, 30개의 과, 486개의 중재 및 120000개 이상의 중재 활동들로 이루어져 있다. NIC의 목적은 특정 영역에 관계없이 간호사들에 의해 수행되는 모든 간호활동들을 일관성 있게 표준화하는 것으로 어느 현장이나 대상자들에게도 사용할 수 있다는 강점을 지닌다(McCloskey & Bulechek, 2000).

이러한 중재는 간호 진단에 따라 행하는 간호사 주도이며 치료, 의학 진단에 따라 행하는 의사 주도 치료, 진단과 관련은 없지만 스스로 행할 수 없는 대상자를 위해 간호사가 해주는 필수적인 일상 기능의 수행을 포함하는 것으로 정의한다.

Yom(1995)은 NIC 간호중재 336개를 활용하여 우리나라 간호사들이 행하는 간호중재를 분류하였으며 염영희(1999)는 간호중재 443개를 활용하여 병원간호사를 중심으로 간호중재 수행 분석을 하였다. NIC 2판의 443개 간호중재를 활용하여 내과, 외과, 중환자실, 산부인과 및 소아과 병실의 간호사 311명을 대상으로 수행빈도를 조사하였다. 이 연구에서는 각 단위별로 적어도 하루에 한번 정도 수행된 간호중재는 내과계가 16개, 외과계가 29개, 중환자실 37개, 산부인과 및 소아과에서 10개로 나타났다. Cullen(1992)은 순환계 간호중재와 관련된 연구를 통해 간호용어를 NIC에 준하여 표준화하는 자료를 마련하였으나 각 간호중재간의 구별력이

더 필요하며 또 새 간호중재명 개발에 대한 연구와 중재명의 적절성에 대한 검토가 필요하다고 제언했다(김지현, 1999). 그동안 국내에서는 간호중재 분석, 간호중재 분류체계의 타당도 검증, 간호진단과 분류체계 연계의 연구가 지속적으로 이루어져 왔다. 손행미 등(1998)은 성인간호단위에서 근무하는 간호사를 대상으로, 김문숙(1997)은 심혈관계 중환자실에서 NIC의 적용가능성을 조사하였으며 류은정 등(1998)도 내·외과계 중환자실 간호사들이 수행하는 간호중재를 NIC을 이용하여 조사하였다.

간호중재 분류는 간호에 대한 의사소통의 중요한 도구이며 간호정보화 체계를 제공할 수 있고 간호수가 책정의 기본단위가 되며, 표준화되고 통일된 언어체계로 간호교육에서 중요한 지침이 되므로 임상에서 적용되고 있는 간호중재를 확인하고 이를 바탕으로 한 간호중재 분류체계의 개발을 통해서 간호의 본질을 확립하고 의료전달체계 내에서 전문인으로서의 독특한 간호의 위치를 확립할 수 있다.

4. 복통과 관련된 간호진단과 간호중재

복통은 일상생활 중에 흔히 볼 수 있는 증상으로 그 원인은 매우 다양하다. 갑자기 복통이 발생한 환자를 가리켜 급성복증이란 용어를 사용한다.

복통으로 내원하는 위장관 응급질환들은 환자들이 응급실로 내원하는 흔한 이유이다. 위장관 응급질환들은 간단한 질환부터 매우 심각하고 치명적인 문제들까지 다양하다. 급성복통을 유발하는 원인으로 장천공이 있거나 없이 오는 감염, 장기 함몰로 인한 장폐색, 위장관의 출혈, 복부의 외상 등으로 분류한다. 환자질환의 악화를 방지하기 위해 신속한 진단을 통해 내과적인 치료 또는 외과적 중재가 필요한지 결정해야 한다(Braunwald외, 2002).

대부분의 위장관 응급질환들은 유사한 임상양상을 나타내므로 병력과 이학적 검사가 환자에게 매우 중요하다. 상태를 분류하여 즉각적인 주의를 기울이는 것이 응급실 간호사에게 필요하다(Lorene, 2003).

복통을 유발하는 복부 질환을 살펴보면 급성충수염, 급성췌장염, 궤양성 대장염, 거대결장증, 식도염, 위염, 소화성궤양, 장폐색, 담낭염, 식도폐색, 감돈탈장, 상부 위장출혈, 출혈성 소화성궤양 등 다양하다.

Lorene(2003)은 위장관 응급질환에 대한 간호진단을 통증, 체액부족, 지식부족, 감염위험성, 불안, 가스교환장애 6가지로 제안했다.

복부 질환별 간호진단을 살펴보면 위염에서 서문자의(2004)는 통증, 영양부족을 제안했으며, 최정신의(2002)는 통증, 영양부족, 체액부족, 지식부족을 제안했다 <부록-1>.

소화성 궤양의 간호진단은 서문자의(2004)에서 통증, 비효율적 이행의 위험성, 신체손상 위험성, 지식부족을 제안했으며, 최정신의(2002)에서는 통증, 지식부족, 불안을 제안했다.

급성 충수염의 간호진단은 서문자의(2004)에서 통증, 체액부족의 위험성, 감염위험성을 제안했으며, 최정신의(2002)에서 통증, 지식부족, 체액부족을 제안했다.

복막염의 간호진단은 서문자의(2004)에서 감염위험성, 체액부족의 위험성을 제안했고, 최정신의(2002)에서 통증, 체액과 전해질 부족을 제안했다.

염증성 장질환의 간호진단은 서문자의(2004)에서 설사, 영양부족, 통증, 비효율적 대응 위험, 지식부족, 손상위험성, 신체상장애 위험성, 비효율적 이행위험성, 성기능 장애를 제안했으며, 최정신의(2002)에서 통증, 체액부족, 영양부족, 전해질 부족, 지식부족, 불안을 제안했다.

장폐색의 간호진단은 서문자의(2004)에서 체액부족, 조직관류 변화와 위험성을 제안했으며, 최정신의(2002)에서 통증, 체액과 전해질 부족, 조직관류감소를 제안했다.

담도계 질환의 간호진단은 서문자의(2004)에서 통증, 체액부족, 지식부족, 신체손상 위험성, 비효율적 대응, 불안, 지식부족을 제안했으며, 최정신의(2002)에서 통증, 지식부족, 영양과 체액부족을 제안했다.

췌장염의 간호진단은 서문자의(2004)에서 통증, 불안, 체액부족, 비효율적 호흡양상, 영양부족, 지식부족, 신체손상위험성, 지식부족, 비효율적 대응을 제안했으며, 최정신의(2002)에서 통증, 영양부족, 체액부족, 전해질 부족, 피부손상 위험성, 감염

위험성을 제안했다.

진단별 간호중재를 살펴보면 통증에 대한 간호중재는 서문자외(2004)에서 통증 조절, 통증 완화를 제안했으며, 염영희외(1998)에서 가스생성감소, 직장탈출 관리, 지압, 피부자극, 환경관리; 안위도모, 열·냉찜질, 통증관리, TENS, 진통제 투여; 척수내, 진통제 투여, 마취제 투여, 의식의 진정, 투약, 투약; 늑막내, 투약관리, 투약처방, 환자 자가 진통제 투여 보조, 불안감소, 분만중 간호; 고위험 분만을 제안했다.

지식부족에 대한 간호중재는 서문자외(2004)에서 치료의 효율적 관리, 정보제공, 환자 교육을 제안했으며, 염영희외(1998)에서 교육; 절차/치료, 학습 준비 강화, 교육; 질병과정, 교육; 처방된 활동과 운동, 교육; 처방된 약물, 교육; 정신 운동성 기술, 교육; 개인, 교육; 처방식이, 감각에 대한 예비 정보 제공, 환자 관리 보호, 학습 촉진, 건강체계 안내를 제안했다.

영양부족에 대한 간호중재는 서문자외(2004)에서 영양관리, 적절한 영양유지를 제안했으며, 염영희외(1998)에서 단계별 식이 요법, 음식섭취 장애관리, 수액감시, 영양상담, 영양섭취 모니터링, 연하요법, 체중증가보조, 체중관리, 활력증상 감시, 영양요법, 영양모니터링, 수액관리를 제안했다.

신체손상 위험성에 대한 간호중재는 서문자외(2004)에서 궤양의 합병증관리, 신체손상 위험성 예방을 제안했으며, 염영희외(1998)에서 조직손상 위험성, 조직관류 감소, 피부손상 위험성을 해결하기 위한 간호중재는 운동요법, 운동증진, 순환장애 예방을 위한 간호, 발간호, 투약, 체위변경, 압박관리, 국부치료를 위한 피부간호, 부목대기, 견인/부동시 간호, 창상간호, 감시, 피부감시, 욕창간호, 감염에 대한 보호, 감염통제, 투약; 국소를 제안했다.

비효율적 이행의 위험성에 대한 서문자외(2004)의 간호중재는 치료의 효율적 관리를 제안했으며, 설사에 대한 서문자외(2004)의 간호중재는 배변조절이었다.

체액부족의 위험성에 대한 서문자외(2004)의 간호중재는 체액관리를 제안했다.

체액부족에 대한 서문자외(2004)의 간호중재는 수분과 전해질 균형 유지, 체액유지를 제안했으며, 염영희외(1998)에서 출혈감소, 출혈예방을 위한 간호 출혈감소, 혈액제제 투여, 전해질관리, 수액/전해질관리, 수액감시, 정맥주사용법, 쇼크관리,

쇼크 예방, 출혈 예방을 위한 간호, 출혈 감소; 위장, 심장 간호; 급성, 전해질 관리, 전해질 모니터링, 수액 관리, 저혈량증 관리, 정맥 주사 놓기, 감시, 활력 증상 감시를 제안하였다.

감염 위험성에 대한 간호 중재는 서문자외(2004)에서 감염 관리를 제안했으며, 염영희외(1998)에서 목욕, 전해질 모니터링, 감염 조절, 감염으로부터의 보호, 투약 처방, 회음부 간호, 감시, 감염 통제, 체위 변경, 영양 관리, 면역/예방 주사, 수액/ 전해질 관리, 운동 증진, 기침 장려를 제안했다.

조직 관류 변화 위험성에 대한 간호 중재는 서문자외(2004)에서 위장 조직 관류 유지를 제안했으며, 수분과 전해질 부족을 해결하기 위한 간호 중재는 염영희외(1998)에서 수액/ 전해질 관리, 수액 감시, 전해질 관리, 정맥 주사 요법, 전해질 모니터링, 정맥 주사 놓기, 활력 증상 감시, 감시를 제안했다.

불안에 대한 간호 중재는 서문자외(2004)에서 불안 경감을 제안했으며, 염영희외(1998)에서 불안 감소, 평정법, 대응 능력 강화, 치매 관리, 검사 보조, 함께 있기, 전화 의뢰를 제안했다.

Lorene(2003)에서는 위장관 응급 질환에 대한 간호 진단 6가지로 제안했으며, 서문자외(2004)와 최정신외(2002)에서 제안된 간호 진단의 종류는 총 26개였으며 각 복부 질환에 따른 간호 진단은 다르게 나타났다 <부록-1>. 또한 서문자외(2004)와 염영희(1998)에서 제안한 간호 중재 또한 다양하며 다르게 나타났다.

복부 질환에 따른 간호 문제를 해결하기 위해 제안된 간호 진단과 중재는 다양하며 각 간호 중재에 해당하는 간호 활동은 광범위하다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 2개월 동안 서울소재 일개 대학병원 응급실에 복통으로 내원한 환자의 간호기록지를 분석한 후향적 조사연구였다.

2. 연구대상

2006년 4월 1일부터 2006년 5월 31일까지 2개월 동안 서울소재 일개 대학병원 응급실에 내원한 비 외상성 복통환자로 만 15세 이상의 성인 환자의 간호기록지에서 간호진단이 도출된 115부였다.

3. 자료수집방법

본 연구에서는 간호진단별 간호활동 기록 조사표를 만들어 간호진단별 간호활동을 건수로 조사하였다. 간호중재를 분석하기 위해서 간호활동을 간호중재 NIC2판을 번역한 문헌(엄영희등,1998)을 활용하여 간호중재 과를 찾아 나눈 뒤에 각 간호중재 과를 상위의 개념인 간호중재 영역으로 묶어 분류하여 간호중재 수집 조사표를 영역, 과, 간호활동으로 만드는 작업을 한 후에 건수를 표기하였다. 그 뒤에 간호중재 과의 하위 개념인 간호중재를 찾아 분류하여 간호중재 수집 조사표에 간호중재를 삽입하는 작업을 한 뒤에 영역, 과, 간호중재, 간호활동으로 분류한 후 건수를 표기하였다.

3. 연구절차 및 분석방법

본 연구의 자료는 다음의 절차를 통해 수집하였다.

서울소재 일개 대학병원 간호부에 연구의 목적과 자료수집 방법을 제출하여 동의를 얻었다. 응급실 수간호사에게 연구의 목적과 방법에 대해 설명 후 동의를 얻어 연구를 진행하였다.

첫째, 2006년 4월 1일부터 5월 31일까지 복통으로 내원한 환자의 간호기록지에서 간호진단이 있는 총 115부에서 복통환자의 일반적 특성을 조사하였다. 성별, 연령, 복통의 원인, 재원시간, 기저질환, 귀가로 목록화하여 일반적 특성에 대해 건수를 조사했다.

둘째, 선정된 간호 기록지 총 115부에서 간호진단과 건수를 조사했다. 선정된 간호기록지 1부에서 간호진단의 건수가 1건에서 다수까지 다양했다. 따라서 총 간호진단 19개가 도출되었고, 간호진단의 건수는 총 347건이었다. 여기서 도출된 간호진단은 비슷하지만 다양한 어휘로 표현된 경우 NADNA가 개발한 간호진단 분류체계를 번안한 172개 간호진단 목록(고일선외,2006)의 어휘로 통일한 뒤 건수를 조사하였다.

셋째, 도출된 간호 진단별 간호활동의 건수를 조사하였다.

넷째, 최종적으로 간호진단별 간호활동을 IOWA 간호중재분류 팀에 의해 개발된 간호중재 NIC2판을 번역한 문헌(엄영희등,1998)을 활용하여 간호중재 영역, 과, 간호중재로 분류하였다. 각 진단별 간호중재 영역, 과, 간호중재의 건수는 분류된 간호활동의 건수를 합한 수이다.

IV. 연구 결과

1) 복통 환자의 일반적 특성

2개월 동안 응급실에 복통으로 내원한 환자 사례는 총 426부이며 그 중에 간호진단이 있는 환자는 115부이며 27%의 분포를 보였다. 복통환자의 일반적 특성에서는 115부의 간호진단이 있는 기록지만을 분류하였다<표-1>.

성별분포로는 여자가 52.17%, 남자가 47.83%로 여자가 남자보다 많았고, 연령대별로는 61세-80세군이 35.65%, 41-60세군이 33.04%순이었다. 복통의 원인으로서는 염증이 58.26%, 내장의 기계적 폐쇄가 33.91%, 신경성 원인이 4.35%순이었다. 재원시간은 6시간 이내가 33.91%, 6시간 이상이 66.09%이었다. 기저질환의 분포를 보면 압이 34.62%, 수술병력이 30%순이었으며, 간호기록지 1부에서 다수의 기저질환이 도출되었다. 귀가는 퇴원이 52.17%, 입원이 40.87%순이었다.

<표-1> 복통환자의 일반적 특성

(N=115)

특성	구분	건수	백분율(%)
성별	남	55	47.83
	여	60	52.17
연령	20세 이하	2	1.74
	21-40세	30	26.09
	41-60세	38	33.04
	61-80세	41	35.65
	81세 이상	4	3.48
	염증	67	58.26
복통의 원인	내장의 기계적 폐쇄	39	33.91
	신경성 원인	5	4.35
	혈관장애	2	1.74
	수술후	1	0.87
	대사성 복통	1	0.87
재원 시간	6시간내	39	33.91
	6시간 이상	76	66.09
기저 질환	암	*45	34.62
	수술병력	*39	30.00
	고혈압	*8	6.15
	당뇨	*7	5.38
	간염	*13	10.00
귀가	기타	*7	5.38
	무	*11	8.46
	퇴원	60	52.17
	입원	47	40.87
	수술	5	4.35
	전원	3	2.61

* 중복기록

2) 복통환자의 간호진단별 건수

총 115명의 복통환자 간호기록지에서 도출된 간호진단은 19개이며 선정된 간호 기록지 1부에서 간호진단 건수가 1건에서 다수까지 다양하게 나타나 총 347건으로 도출되었으며, 간호진단이 있는 간호 기록지 1부에서 최대 간호 진단수는 14건, 최소 간호 진단수는 1건이었다.

복통환자에게 도출된 간호진단을 순위로 보면 급성통증, 낙상의 위험, 감염의 위험, 체액불균형 위험성, 비효과적 조직관류-위장관, 체액부족, 피부통합성 장애의 위험, 고체온, 오심의 순이었다<표-2>.

<표- 2> 복통환자의 간호진단별 건수

간호진단	건수	순위
급성통증	89	1
낙상의 위험	71	2
감염의 위험	39	3
체액불균형 위험성	38	4
비효과적 조직관류-위장관	31	5
체액부족	19	6
피부통합성 장애의 위험	18	7
고체온	16	8
오심	7	9
심박출량 감소	4	10
비효과적 조직관류-뇌조직	3	11
비효과적 조직관류-신장	2	12
수면양상장애	2	13
비효율적 호흡양상	2	14
영양불균형: 신체요구량보다 적음	2	15
설사	1	16
변비	1	17
이동장애	1	18
언어적 의사소통장애	1	19
계	*347	

* 중복기록

3) 복통환자의 간호진단별 간호활동과 건수

간호기록지에서 도출된 복통환자의 간호진단별 간호활동과 건수는 다음과 같다<표-3>.

총 간호활동 종류의 수는 380개이며 간호활동 건수는 2,267건이었다. 간호진단 상위 3순위까지 간호진단별 간호활동의 종류의 수와 건수를 보면 급성통증에서 간호활동 종류가 34개로 간호활동 건수는 416건이었고, 낙상위험에서는 간호활동 종류 3개, 간호활동 건수는 164건이었다. 감염의 위험은 간호활동 종류 37개, 간호활동 건수 223건이었다.

<표-3> 복통환자의 간호진단별 간호활동 종류와 건수

간호진단	간호활동 종류의 수	간호활동 건수
급성통증	34	416
낙상위험	3	164
감염의 위험	37	223
체액불균형 위험성	60	455
비효과적 조직관류-위장관	37	384
체액 부족	34	59
피부 통합성 장애의 위험	29	99
고체온	29	111
오심	25	131
심박출량 감소	24	126
비효과적 조직관류-뇌조직	9	22
비효과적 조직관류-신장	6	8
수면양상장애	2	4
비효율적 호흡양상	19	30
영양불균형: 신체 요구량 보다 적음	11	14
설사	6	6
변비	5	5
이동장애	7	7
언어적 의사소통 장애	3	3
계	380	*2,267

* 중복 기록

4) 복통환자의 간호진단별 간호활동과 간호중재의 건수

복통환자 간호기록지에서 간호중재 영역 6개, 과 20개, 간호중재 49개 도출되었다. 간호중재 영역을 건수 순으로 보면 생리학적; 기본적 영역 957건, 생리적; 복합적 영역 610건, 안전 영역 484건, 행동학적 영역 84건, 건강체계 영역 84건, 가족 영역 48건이었다.

100건 이상으로 도출된 간호중재 과를 건수 순으로 보면 신체 안위증진 522건, 위험관리 484건, 영양지지 279건, 약물관리 194건, 조직관류관리 176건이었다

100건 이상으로 도출된 간호중재를 건수 순으로 보면 통증관리 310건, 튜브간호; 위장관 238건, 투약 184건, 감시 147건, 활력증상 감시 123건, 낙상방지 120건, 오심관리 106건, 구토관리 100건이었다 <부록-3>.

115부의 간호기록지에서 간호진단 별 간호중재 분류와 건수를 살펴보면 다음과 같다.

급성통증은 간호활동 종류 34개, 총 수행건수는 416건이며 순위별로 간호활동을 보면 통증양상을 사정함 73건, 통증부위를 사정함 47건 순이었다 <표-4>.

간호중재 분류를 살펴보면 영역 4개, 과 6개, 간호중재 10개였다. 순위별로 영역 건수를 보면 생리학적; 기본적 간호중재 영역 234건, 생리학적; 복합적 간호중재 영역에서는 80건, 안전 영역에서는 69건, 건강체계 영역에서는 33건이었다. 순위별로 과 건수를 보면 신체 안위증진에서 232건, 약물관리 74건, 위험관리 69건, 정보관리 33건, 조직관류관리 6건, 영양지지에서 2건이었다. 순위별로 간호중재를 살펴보면 통증관리 186건, 투약 71건, 감시 40건 순이었다 <부록-3>.

<표-4> 급성 통증의 간호활동과 간호중재의 건수

영역	과	중재	간호활동	건수	순위			
생리학적 ; 기본적	영양지지	튜브간호; 위장관	장마비 증상 (복부 통증, 오심, 구 토)이 있는지 확인함	2	30			
			통증 양상을 사정함	73	1			
	신체 안위 증진	통증관리	통증부위를 사정함	47	2			
			통증을 인정해줌	18	9			
			진통제의 효과를 확인함	14	11			
			통증을 조절해줌	8	13			
			통증 지속시간을 확인함	6	16			
			감정을 표현하도록 격려함	5	19			
			압통이 있는지 확인함	4	20			
			하복부에 온 찜질해줌	3	21			
			통증의 원인에 대해 설명해줌	3	21			
			통증 증가 요인을 제거함	3	21			
			진통제 투여 후	1	31			
			Visual Analogue Scale 측정함	1	31			
			통증 경험이 있는지 확인함	1	31			
오심관리	오심 양상 확인함	24	5					
구토관리	구토 양상 확인함	22	7					
생리학적 ; 복합적	약물관리	투약	수액관리	처방에 의해 수액 투여함	3	21		
			처방에 의해 진통제를 투여함	35	3			
			처방에 의해 약물을 정맥 주사함	19	8			
			처방에 의해 약물을 투여함	10	12			
			처방에 의해 Morphine 을 투여함	3	21			
			구두 오더에 의해 약물을 투여함	3	21			
			항생제 피내반응 검사 시행함	1	31			
			조직관류관리	정맥주사 놓기	IV 18G route 확보	6	16	
			안전	위험관리	감시	발한 증상이 있는지 확인함	16	10
						신체 검진함	8	13
하복부 팽만이 있는지 확인함	6	16						
혈압 감시장치를 시작함	3	21						
의식 수준 사정함	3	21						
복부 검진함	3	21						
혈뇨가 있는지 확인함	1	31						
활력증상 감시	활력징후를 측정함	22				6		
혈압을 측정함	7	15						
건강체계	정보관리	의뢰	의사에게 알림	33	4			
계				416				

낙상위험은 영역 2개, 과 2개, 간호중재 2개, 간호활동 종류는 3개, 간호활동 건수는 총 164건이었다. 순위별 간호활동을 살펴보면 낙상방지 교육함 80건, 보호자와 함께 있게 함 48건, 침대난간을 올려줌 36건이었다. 영역별 순위를 보면 안전 영역 116건, 가족 영역 48건이었고, 과는 위험관리 116건, 수명간호 48건, 간호중재는 낙상방지 116건, 가족동원 48건이었다 <표-5>.

<표-5> 낙상위험의 간호활동과 간호중재의 건수

영역	과	중재	간호활동	건수	순위
안전	위험관리	낙상방지	낙상방지교육함	80	1
			침대 난간을 올려줌	36	3
가족	수명간호	가족동원	보호자와 함께 있게 함.	48	2
계				164	

감염의 위험은 영역 4개, 과 6개, 간호중재 8개로 분류되었고, 간호활동 종류는 37개, 수행건수는 223건이었다. 도출된 간호활동을 순위별로 살펴보면 처방에 의해 항생제를 투여함 17건, 열감이 있는지 확인함 17건, 체온 측정함 13건 순이었다 <표-6>.

감염의 위험에서 순위별로 영역을 살펴보면 안전 영역 116건, 생리학적; 복합적 영역 103건, 건강체계 영역 3건, 생리학적; 기본적 영역 1건이었다. 과는 위험관리 116건, 체온조절 56건, 약물관리 38건, 호흡관리 9건, 정보관리 3건, 부동관리 1건이었다. 감염의 위험에서 수행된 간호중재를 순위별로 살펴보면 감염에 대한 보호 82건, 체온조절 56건, 투약 38건 순이었다 <부록-3>.

<표-6> 감염 위험의 간호활동과 간호중재의 건수

영역	과	중재	간호활동	건수	순위
생리학적 ; 기본적	부동관리	침상안정간호	침상안정하도록 격려함	1	29
			처방에 의해 항생제를 투여함	17	1
	약물관리	투약	항생제 피내반응검사 시행함	12	8
			처방에 의해 수액을 투여함	5	18
생리학적 ; 복합적	호흡관리	산소요법	처방에 의해 약물을 투여함	4	20
			산소 흡입함	5	18
			호흡수를 측정함	3	22
			산소포화도 mornitor 함	1	29
	체온조절	체온조절	열감이 있는지 확인함	17	1
			체온 측정함	13	3
			오한이 있는지 확인함	13	3
			발한 증상이 있는지 확인함	13	3
			CBC 검사결과 확인함	13	3
			CRP 검사결과 확인함	13	3
안전	위험관리	감염에 대한 보호	혈액배양 검사함	11	9
			WBC differential count 검사결과 확인함	7	12
			검사 시행함	7	12
			감염증상이 있는지 확인함	7	12
			마스크 착용하도록 함	6	15
			무균술시행함	4	20
			교육함	6	15
			urinalysis 검사결과 확인함	2	26
			감염의 원인,위험,경로 등을 교육함	2	26
			개인 위생관리에 대해 교육함	1	29
			심호흡,기침,체위변경의 중요성에 대해 교육함	1	29
			손씻기 격려함	1	29
			객담배출을 격려함	1	29
			의식상태 사정함	8	11
			요로 감염 증상이 있는지 확인함	6	15
감시	PTBD 백액양상을 관찰함	3	22		
shock 증상 (차고 창백한 피부, 혈압하강, 빈맥, 호흡수 증가, 혼수, 소변량 감소) 확인함	3	22			

계속

영역	과	중재	간호활동	건수	순위
안전	위험관리	감시	복막염 증상이 있는지 확인함	1	29
			의식수준 변화가 있는지	1	29
			관찰함	1	29
			의식수준을 사정함	1	29
			구강상태 관찰함	2	26
		활력증상 감시	활력징후 측정함	9	10
건강체계	정보관리	의뢰	의사에게 알림	3	22
계				223	

체액불균형 위험성은 영역 5개, 과 10개, 간호중재 19개로 분류되었고, 간호활동 종류는 60개였고 간호활동 건수는 총 455건이었다. 도출된 간호활동을 순위별로 살펴보면 gas out을 확인함 35건, ambulation을 확인함 31건, 오심양상을 확인함 31건 순이었다 <표-7>.

체액불균형 위험성에서 순위별로 영역을 살펴보면 생리학적; 기본적 영역 331건, 생리학적; 복합적 영역 50건, 안전 영역 50건, 행동학적 영역 19건, 건강체계 영역 5건이었다. 순위별로 과를 보면 신체 안위증진 132건, 영양지지 131건, 위험관리 53건, 활동과 운동관리 38건, 배설관리 30건, 전해질과 산염기관리 27건 순이었다. 간호중재는 튜브간호; 위장관 114건, 통증관리 69건, 감시 35건 순이었다 <부록-3>.

<표-7> 체액불균형 위험성의 간호활동과 간호중재의 건수

영역	과	중재	간호활동	건수	순위	
생리학적 ;기본적	활동과 운동관리	운동요법; 걷기	ambulation하도록 격려함	31	2	
			자주보행하도록 격려함	7	15	
	배설관리	배변관리	대변양상을 확인함	26	5	
			glycerin 관장함	4	30	
			Levin tube 삽입함	13	11	
	영양지지	위장관삽입	gas out을 확인함	35	1	
			튜브간호;위장관	Levin tube 배액양상 관찰함	30	4
				장음 청진함	11	12
				배액량 측정함	8	14

계속

영역	과	중재	간호활동	건수	순위		
생리학적 ; 기본적	영양지지	튜브간호;위장관	배액량만큼 replacement 함	6	17		
			배액관의 patency 확인함	6	17		
			복부 둘레를 측정함	5	23		
			체중을 측정함	4	30		
			장음 확인함	3	34		
			배액관 자연 배액 유지함	3	34		
			장마비 증상 (복부 통증, 오 심, 구토)이 있는지 확인함	3	34		
		단계별식이요법 영양관리	음식 섭취 제한을 해제함	2	46		
			영양상태를 평가함	2	46		
			복부 통증 양상 확인함	23	7		
			통증양상을 사정함	9	13		
			통증 부위를 사정함	7	15		
			복부 불편감이 있는지 확인함	6	17		
			통증증가 요인을 제거함	6	17		
	신체 안위 증진	통증관리	하복부에 온 찜질해줌	4	30		
			진통제 투여 후	3	34		
			Visual Analogue Scale 측정함	3	34		
			식후 불편감이 있는지 확인함	3	34		
			통증 경향이 있는지 확인함	3	34		
			통증을 조절해줌	2	46		
			통증 관리법에 대해 교육함	2	46		
			온찜질 적용시 주의사항에 대 해 교육함	1	58		
			구토관리	구토하는지 확인함	26	5	
				구토 양상을 확인함	6	17	
		오심 관리		31	2		
		생리학적 ; 복합적	전해질과 산염기 관리	전해질 관리	혈중 potassium 검사결과 확인함	2	46
					혈중 sodium 검사결과 확인함	1	58
혈중 전해질 검사결과 확인함	1				58		
전해질 모니터링	소변량 측정함			6	17		
	탈수 증상이 있는지 확인함			5	23		
	수분섭취 배설량을 측정함			4	30		
	구강점막을 관찰함		2	46			
	혈당 검사 시행함		2	46			
	고혈당관리		처방에 의해 regular insulin 을 투여함	2	46		

계속

영역	과	중재	간호활동	건수	순위	
생리학적 ; 복합적	전해질과 산염기관리	고혈당관리	고혈당 증상이 있는지 확인함	2	46	
			처방에 의해 약물을 정맥 주사함	3	34	
	약물관리	투약	처방에 의해 약물을 투여함	3	34	
			방에 의해 항생제를 투여함	2	46	
			처방에 의해 Normal saline 을 투여함	2	46	
	조직관류관리	정맥주사농기	IV 18G route 확보	3	34	
			처방에 의해 수액 mix 하여 투여함	5	23	
		수액관리	처방에 의해 수액으로 hydration 시작함	5	23	
			행동학적	환자 교육	교육; 처방식이	금식 하도록 함
	안전	위험관리	감시	복부 팽만감이 있는지 확인함	14	10
신체 검진함				5	23	
의식을 사정함				5	23	
전화 오더에 의해 처치 시행				3	34	
복부 x-ray 영상 확인함				3	34	
의식수준 변화가 있는지 관찰함				3	34	
의식상태 사정함				2	46	
활력증상 감시	활력징후를 측정함	15	9			
건강체계	정보관리	의뢰	의사에게 알림	5	23	
계				455		

비효과적 조직관류-위장관은 영역 5개, 과 9개, 간호중재 14개로 분류되었고, 간호활동 종류는 37개, 간호활동 건수는 총 384건이었다. 간호활동을 순위로 보면 Levin tube 배액양상 관찰함 47건, 통증양상을 사정함 30건, gas out을 확인함 28건 순이었다 <표-7>.

간호중재 분류에 따른 영역별 건수는 생리학적; 기본적 영역 300건, 안전 영역 44건, 생리학적; 복합적 영역 24건, 행동학적 영역 15건, 건강체계 영역 1건이었다. 과에서는 신체안위증진 125건, 영양지지 118건, 위험관리 44건, 활동과 운동관리 31건, 배설관리 26건, 전해질과 산염기 관리 14건, 환자교육 15건, 약물관리 10건, 정보관리 1건이었다. 순위별 간호중재는 튜브간호; 위장관 108건, 통증관리 54건,

구토관리 43건, 운동요법; 걷기 31건, 오심관리 28건, 배변관리 26건 순이었다. <부록-3>.

<표-8> 비효과적 조직관류-위장관의 간호활동과 간호중재의 건수

영역	과	중재	간호활동	건수	순위
생리학적 ; 기본적	활동과 운동관리	운동요법; 걷기	자주보행하도록 격려함	27	5
			ambulation하도록 격려함	4	23
	배설관리	배변관리	대변양상을 확인함	22	7
			흑색변이 있는지 확인함	1	26
			잠혈이 있는지 확인함	1	26
			혈변이 있는지 확인함	1	26
			rectal tube 삽입함	1	26
			Levin tube 삽입함	10	12
	영양지지	튜브간호; 위장관	Levin tube 배액양상 관찰함	47	1
			gas out을 확인함	28	3
			체중을 측정함	10	12
			복부 둘레를 측정함	10	12
			배액량만큼 replacement 함	7	18
			장음 확인함	3	24
장마비 증상 (복부 통증, 오심, 구토) 이 있는지 확인함			2	25	
장음 청진함			1	26	
신체 안위 증진	통증관리	통증 양상을 사정함	30	2	
		통증부위를 사정함	13	11	
		복부 통증을 사정함	9	16	
	오심관리	식후 불편감이 있는지 확인함	1	26	
		하복부에 온 찜질해줌	1	26	
		오심양상 확인함	28	3	
구토관리	구토하는지 확인함	23	6		
	구토 양상 확인함	20	9		
생리학적 ; 복합적	전해질과 산염기 관리	전해질 관리	혈중 전해질 검사결과 확인함	6	20
			수분섭취 배설량을 측정함	7	18
	약물관리	투약	탈수 증상이 있는지 확인함	1	26
			처방에 의해 약물을 투여함	9	16
			항생제 피내반응 검사 시행함	1	26
행동학적	환자 교육	교육; 처방식이	금식 하도록 함	15	10
안전	위험관리	감시	복부 팽만감이 있는지 확인함	10	12

계속

영역	과	중재	간호활동	건수	순위
안전	위험관리	감시	복부 x-ray 영상 확인함	5	21
			복부 김진함	5	21
			의식 수준을 사정함	1	26
			발한증상이 있는지 확인함	1	26
			활력증상 감시	22	7
건강체계	정보관리	의뢰	의사에게 알림	1	26
계			384		

체액부족은 영역 5개, 과 8개, 간호중재 12개로 분류되었고 간호활동 종류는 34개, 간호활동 건수는 59건이었다. 순위별로 간호활동을 보면 CBC 검사결과 확인함이 4건, 혈압을 측정함 4건, 절대안정 하도록 함 3건, Levin tube 배액양상 관찰함 3건 순이었다 <표-9>.

체액부족에서 순위별로 영역을 살펴보면 생리학적; 복합적 영역이 41건, 안전 영역이 9건, 생리학적; 기본적 영역이 4건, 행동학적 영역이 3건, 건강체계 영역이 2건의 순이었다. 과는 조직관류관리 38건, 위험관리 9건, 부동관리 3건, 환자교육 3건 순이었다. 순위별 간호중재는 출혈감소; 위장 19건, 저혈량증 12건, 정맥주사요법 6건, 활력증상 감시 6건 순이었다 <부록-3>.

<표-9> 체액부족의 간호활동과 간호중재의 건수

영역	과	중재	간호활동	건수	순위
생리학적 ; 기본적	부동관리	침상안정간호	절대안정하도록 함	3	3
	신체안위증진	통증관리	복부 통증 양상 확인함	1	15
생리학적 ; 복합적	약물관리	투약	구두 오더에 의해 약물 투여함	1	15
			산소 포화도 monitor 함	1	15
	호흡관리	산소요법	청색증이 있는지 확인함	1	15
			CBC 검사결과 확인함	4	1
	조직관류관리	출혈감소 :위장	Levin tube 배액양상 관찰함	3	3
Levin tube 삽입함			3	3	

계속

영역	과	중재	간호활동	건수	순위		
생리학적 ; 복합적	조직관류관리	출혈감소 :위장	흑색변이 있는지 확인함	3	3		
			생리식염수로 세척함	2	10		
			혈소판 수치를 확인함	1	15		
			INR 검사결과 확인함	1	15		
			혈변이 있는지 확인함	1	15		
		수액관리	Levin tube 통해 세척함	1	15		
			처방에 의해 Normal saline 을 투여함	1	15		
			수분섭취배설량 측정함	2	10		
			저혈량 증상이 있는지 확인함	2	10		
			구토양상을 확인함	1	15		
		저혈량증관리	오심양상을 확인함	1	15		
			구강점막을 관찰함	1	15		
			탈수 증상이 있는지 확인함	1	15		
			shock position 취해줌	1	15		
			Shock 증상 (차고 창백한 피부, 혈압하강, 빈맥, 호흡수 증가, 혼수, 소변량 감소)확인함				
			소변량 측정함	1	15		
			경구수분 섭취격려함	1	15		
			IV 주입경로 확보하여 수액 주입함	3	3		
			IV 주입경로를 18G catheter 로 확보함	3	3		
			행동학적	환자 교육	교육; 처방식이	금식 하도록 함	3
		안전	위험관리	감시	복부 둘레를 측정함	1	15
					EKG monitor 적용함	1	15
				활력증상 감시	출혈 증상이 있는지 확인함	1	15
혈압을 측정함	4				1		
건강체계	정보관리	의뢰	의사에게 알림	2	10		
			계	59			

피부통합성 장애의 위험은 영역 5개, 과 6개, 간호중재 7개로 분류되었고, 간호 활동 종류는 29개, 간호활동 건수는 99건이었다. 굵지 않도록 교육함이 16건, 피부 상태를 관찰함 12건, 의사에게 알림 10건 순이었다 <표-10>.

피부통합성 장애의 위험에서 순위별로 영역을 살펴보면 생리학적; 복합적 영역은 50건, 행동학적 영역은 31건, 건강체계 영역은 10건, 안전영역은 5건, 생리학적; 기본적 영역은 3건 순이었다. 과는 피부/상처관리 45건, 환자교육 31건, 정보관리 10건, 약물관리 5건 순이었다. 간호중재는 욕창예방 45건, 건강교육이 31건, 의뢰 10건, 투약 5건 순이었다 <부록-3>.

<표-10> 피부통합성 장애 위험의 간호활동과 간호중재의 건수

영역	과	중재	간호활동	건수	순위
생리학적 ; 기본적	자기 간호 축진	회음부 간호	회음부 간호 시행함	3	8
	약물관리	투약	처방에 의해 항히스타민제를 투여함	5	7
생리학적 ; 복합적	피부/상처관리	욕창예방	피부 상태를 관찰함	12	2
			2시간마다 체위 변경 격려함	6	5
			2시간마다 체위 변경함	6	5
			베개로 지지해줌	3	8
			분비물 닦아줌	3	8
			부종 부위 압력을 감소시켜 줌	2	11
			부종의 정도를 사정함	2	11
			부종 부위에 상처가 생기지 않도록 교육함	2	11
			압력의 요인을 감소시켜줌	2	11
			압박부위를 확인함	2	11
			시트의 주름을 펴줌	1	20
			식이 섭취 격려함	1	20
			영양의 중요성에 대해 교육함	1	20
			피부를 건조시킴	1	20
			피부를 깨끗하게 해줌	1	20

계속

영역	과	중재	간호활동	건수	순위
			긁지 않도록 교육함	16	1
			피부 위생의 중요성에 대해 교육함	7	4
행동학적	환자교육	건강교육	면옷을 입도록 교육함	2	11
			조이는 옷을 피하도록 설명함	2	11
			피부병변 만지거나 긁지 않도록 함	2	11
			피부가 습하지 않도록 교육함	1	20
			발에 상처생기지 않도록 교육함	1	20
			미끄럼사고 예방에 대해 교육함	2	11
안전	위험관리	낙상방지	서서히 움직이도록 교육함	1	20
			안전간호에 대해 교육함	1	20
		감시	의식 수준을 사정함	1	20
건강체계	정보관리	의뢰	의사에게 알림	10	3
		계		99	

고체온은 영역 4개, 과 6개, 간호중재 8개로 분류되었고, 간호활동 종류는 29개, 간호활동 건수는 111건이었다. 체온을 측정함 15건으로 가장 많이 도출되었고, 활력징후 측정함 12건, 열감이 있는지 확인함 11건 순이었다 <표-11>.

고체온에서 순위별로 영역을 살펴보면 생리학적; 복합적 영역 56건, 안전영역 45건, 생리학적; 기본적 영역 6건, 건강체계 영역 4건이었다. 과는 위험관리 45건, 체온조절 36건, 약물관리 11건, 조직관류관리 9건, 신체안위증진 6건 순이었다. 고체온의 순위별 간호중재는 체온 조절 36건, 활력증상 감시 27건, 투약 11건, 감염에 대한 보호 10건 순이었다 <부록-3>.

<표-11> 고체온의 간호활동과 간호중재의 건수

영역	과	중재	간호활동	건수	순위
생리학적 : 기본적	신체안위증진	열/냉찜질	찬 물수건으로 닦아줌	3	12
			찬 물수건을 대줌	1	18
			찬물 찜질해줌	1	18
			온찜질을 적용함	1	18
생리학적 : 복합적	약물관리	투약	항생제 피내 반응검사 시행함	5	6
			처방에 의해 항생제를 투여함	5	6
			구두오더에 의해 약물을 투여함	1	18
	체온조절	체온조절	열감이 있는지 확인함	11	3
			오한이 있는지 확인함	10	4
			발한 증상이 있는지 확인함	10	4
			환의를 벗겨줌	3	12
			이불을 제거하도록 함	1	18
			담요를 덮지 않도록 함	1	18
			IV 주입경로 확보하여 수액 주입함	4	8
조직관류관리	수액/전해질관리	수액으로 hydration 시작함	4	8	
		수분섭취배설량 측정함	1	18	
안전	위험관리	감염에 대한 보호	혈액 배양검사를 시행함	4	8
			CBC 검사결과 확인함	2	15
			CRP 검사결과 확인함	2	15
			수분섭취 격려함	1	18
			수분섭취의 필요성에 대해 교육함	1	18
		감시	탈수 증상이 있는지 확인함	3	12
			의식수준을 사정함	2	15
			투석액 색을 확인함	1	18
			PTBD 백액양상을 관찰함	1	18
			배뇨 양상을 확인함	1	18
활력증상 감시	체온 측정함	15	1		
	활력징후 측정함	12	2		
건강체계	정보관리	의뢰	의사에게 알림	4	8
계				111	

오심은 영역 5개, 과 8개, 간호중재 13개로 분류되었고, 간호활동 종류는 25개, 간호활동 건수는 131건이었다. 처방에 의해 약물을 투여함 12건, 금식하도록 함 11건, 처방에 의해 약물을 정맥주사함 10건, 의사에게 알림 10건 순으로 간호활동 건수를 보였다 <표-12>.

오심에서 영역은 생리학적; 기본적 영역 51건, 생리학적; 복합적 영역 43건, 행동학적 영역 14건, 안전 영역 13건, 건강강체계 영역 10건 순이었다. 과는 약물관리 33건, 신체 안위 증진 26건, 영양지지 18건, 환자 교육 14건, 위험관리 13건, 정보관리 10건, 조직관류관리 10건, 자가 간호촉진 7건 순이었다.

간호중재는 투약 33건, 오심관리 23건, 튜브간호; 위장관 14건, 교육; 처방식이 11건, 의뢰 10건 순이었다 <부록-3>.

<표-12> 오심의 간호활동과 간호중재의 건수

영역	과	중재	간호활동	건수	순위	
생리학적 :기본적	영양지지	위장관삽입	Levin tube 삽입함	4	11	
			Levin tube 배액양상 관찰함	6	7	
		튜브간호;위장관	소량의 음식을 자주 먹도록 격려함	4	11	
			gastric tube 자연배액함	4	11	
			오심 양상 확인함	7	6	
		신체 안위 증진	오심관리	오심을 일으키는 활동을 제한하도록 함	6	7
				조이는 옷을 피하도록 설명함	4	11
	오심 있어 누워 있도록 격려함			2	22	
	피로하지 않도록 함			2	22	
	한 번에 한 가지 음식을 먹도록 교육함			2	22	
	구토관리			구토하는지 확인함	3	19
	자가 간호 촉진	구강건강증진	구강간호를 격려함	4	11	
			구강간호 시행함	3	19	

계속

영역	과	중재	간호활동	건수	순위
생리학적 :복합적	약물관리	투약	처방에 의해 약물을 투여함	12	1
			처방에 의해 약물을 정맥 주사함	10	3
			처방에 의해 진도제를 투여함	5	10
			투약 변경함	4	11
	조직관류관리	정맥주사 놓기	진도제에 대해 설명함	2	22
			IV 18G route 확보	6	7
		수액관리	처방에 의해 수액 mix 하여 투여함	4	11
			교육; 처방식이	금식 하도록 함	11
행동학적	환자 교육	교육; 질병과정	오심의 원인과 기간을 설명함	3	19
		감시	복부 x-ray 영상 확인함	4	11
안전	위험관리	활력증상 감시	활력징후를 측정함	9	5
		정보관리	의사에게 알림	10	3
건강체계		의뢰	의사에게 알림	10	3
계				131	

심박출량감소는 영역 4개, 과 6개, 간호중재 8개로 분류되었고, 간호활동 종류는 24개, 간호활동 건수는 126건이었다. 간호활동 건수는 혈압을 측정함 31건, 활력징후를 측정함 16건, 의사에게 알림 16건, 처방에 의해 Normal saline을 투여함 10건 순이었다 <표-13>.

심박출량감소에서 영역별 순위를 보면 생리학적; 복합적 영역 103건, 건강체계 영역 16건, 생리학적; 기본적 영역 4건, 안전 영역 3건 순이었다. 과는 조직관류관리 92건, 정보관리 16건, 약물관리 7건, 부동관리 4건, 호흡관리 4건, 위험관리 3건 순이었다. 순위별로 간호중재를 보면 혈류동태조절 68건, 저혈량증 관리 20건, 의뢰 16건 순이었다 <부록-3>.

<표-13> 심박출량 감소의 간호활동과 간호중재의 건수

영역	과	중재	간호활동	건수	순위		
생리학적 ; 기본적	부동관리	침상안정간호	침상 안정함	4	8		
			투약중인 약물을 확인함	5	7		
생리학적 ; 복합적	약물관리	투약관리	처방에 의해 약물을 투여함	1	13		
			처방에 의해dopamine를 지속적으로 투여함	1	13		
			산소 포화도 mornitor 시작함	1	13		
	호흡관리	산소요법	산소 포화도 mornitor 중임	1	13		
			산소 흡입 시작함	1	13		
			산소 흡입함	1	13		
			혈압을 측정함	31	1		
			활력징후 측정함	16	2		
			혈압감시장치 유지중임	9	5		
	조직관류관리	혈류동태조절	EKG monitor 시작함	4	8		
			어지러움증이 있는지 사정함	4	8		
			EKG monitor 적용함	1	13		
		조직관류관리	정맥주사 놓기	shock position 취해줌	1	13	
				다리를 베개로 지지해줌	1	13	
				다리를 심장보다 높이 올려줌	1	13	
				처방에 의해 Normal saline 을 투여함	10	4	
				저혈량증 관리	수액 최고속도로 주입함	8	6
				탈수 증상이 있는지 확인함	1	13	
안전	위험관리	감시	입술이 건조한지 확인함	1	13		
			IV 주입경로 확보함	4	8		
건강체계	정보관리	의뢰	의식 수준을 사정함	3	12		
계				126			

비효과적 조직관류-뇌조직은 영역 2개, 과 2개, 간호중재 2개로 분류되었고, 간호활동 종류 9개, 간호활동 건수는 22건이었다. 간호활동 건수는 의식상태를 사정함 6건, 사지근력을 평가함 4건, 신경학적 증상이 있는지 확인함 4건 순이었다 <표-14>.

비효과적 조직관류-뇌조직에서 영역은 생리학적; 복합적 영역 21건, 건강체계 영역 1건 이었고, 과는 신경계 관리 21건, 정보관리 1건이었다. 간호중재는 신경계 관리 21건, 의뢰 1건 순이었다 <부록-3>.

<표-14> 비효과적 조직관류-뇌조직의 간호활동과 간호중재의 건수

영역	과	중재	간호활동	실수	순위
생리학적 ; 복합적	신경계 관리	신경계 관리	의식상태 사정함	6	1
			사지근력 평가함	4	2
			신경학적 증상이 있는지 확인함	4	2
			지남력 평가함	3	4
			자율신경계 이상 증상이 있는지 확인함	1	5
			의식수준을 사정함	1	5
			동공 반사를 확인함	1	5
			빛반사 결과를 확인함	1	5
			건강체계	정보관리	의뢰
계				22	

비효과적 조직관류-신장, 수면양상장애, 비효율적 호흡양상, 영양불균형; 신체 요구량보다 적음은 2건씩 간호진단으로 도출되어 다음과 같이 분류되었다.

비효과적 조직 관류-신장은 영역 1개, 과 1개, 간호중재 1개로 분류되었고 간호활동 종류 6개, 간호활동의 건수는 8건으로 배뇨양상 확인함 2건, 24시간 소변 수집에 대해 설명함 2건순으로 나타났다. 생리학적; 복합적 영역만 수행하였으며 과는 조직관류관리, 간호중재는 수액감시만 도출되었다 <표-15>.

<표-15>비효과적 조직관류-신장의 간호활동과 간호중재의 건수

영역	과	중재	간호활동	실수	건수
생리학적: 복합적	조직관류관리	수액감시	배뇨 양상확인함	2	1
			24시간 소변 수집에 대해 설 명함	2	1
			신장기능 상태를 확인함	1	3
			수분섭취배설량 측정함	1	3
			체액 과다에 대한 지식 정도 를 평가함	1	3
			투석 시작함	1	3
			계	8	

수면양상 장애는 영역 2개, 과 2개, 간호중재 2개로 분류되었고, 간호활동 종류 2개, 간호활동의 건수는 4건이었다. 생리학적; 복합적 영역의 과는 약물관리 2건, 간호중재는 투약, 행동학적 영역에서 과는 대처보조 2건과 간호중재는 안정감 강화였다.

<표-16>수면양상장애의 간호활동과 간호중재의 건수

영역	과	중재	간호활동	실수
생리학적 복합적	약물관리	투약	처방에 의해 수면제를 투여함	2
행동학적	대처보조	안전감 강화	감정을 표현하도록 격려함	2
		계		4

비효율적 호흡양상은 영역 2개, 과 2개, 간호중재 5개로 분류되었고 간호활동 종류는 19개, 간호활동 건수는 30건으로 산소흡입함 3건, 활력징후 측정함 3건 순이었다 <표-17>.

비효율적 호흡양상에서 영역은 생리학적; 복합적 영역 24건, 안전 영역 6건이었다. 과는 호흡관리 24건, 위험관리 6건이었다. 순위별 간호중재를 보면 기도관리 10건, 산소요법 7건, 호흡과 관련된 자료 감시 7건 순이었다 <부록-3>.

<표-17>비효율적 호흡양상의 간호활동과 간호중재의 건수

영역	과	중재	간호활동	건수	순위	
생리학적 ; 복합적	호흡관리		기도개방 유지함	2	3	
			기도개방 상태를 확인함	1	11	
			Fowler's position 취해줌	1	11	
			머리 올려줌	1	11	
			기도관리	suction 기를 준비해 둠	1	11
			심호흡을 하도록 격려함	1	11	
			객담배출을 격려함	1	11	
			aspiration 되지 않도록 함	1	11	
			aspiration 예방법을 교육함	1	11	
			산소 흡입함	3	1	
			산소요법	호흡 조절을 격려함	2	3
			산소 흡입 시작함	2	3	
			호흡과 관련된	X-ray 결과를 확인함	2	3
			자료 감시	호흡수를 측정함	2	3

영역	과	중재	간호활동	건수	순위
생리학적 ; 복합적	호흡관리	호흡과 관련된	호흡양상 관찰함	2	3
		자료 감시	ABGA 검사결과 확인함	1	11
안전	위험관리	감시	산소 포화도 monitor 함	2	3
		활력증상 감시	지남력 평가함	1	11
			활력징후 측정함	3	1
계				30	

영양불균형; 신체 요구량보다 적음은 영역 3개, 과 4개, 간호중재 5개로 분류되었고, 간호활동 종류가 11개였고, 간호활동 건수는 14건이었다 <표-18>.

영역은 생리학적; 기본적인영역 10건, 생리학적; 복합적 영역 2건, 안전 영역 2건이었다. 과는 영양지지 10건, 위험관리 2건, 약물관리 1건, 조식관류관리 1건 순이었다. 순위별 간호중재는 영양요법 6건, 영양섭취 모니터링 4건, 활력증상 감시 2건 순이었다 <부록-3>.

<표-18> 영양불균형; 신체요구량 보다 적음의 간호활동과 간호중재의 건수

영역	과	중재	간호활동	건수	순위		
생리학적 ;기본적	영양지지	영양요법	수분섭취 격려함	2	1		
			금식 해제함	1	4		
			수분섭취의 필요성에 대해 교육함	1	4		
			오심을 일으키는 활동을 제한함	1	4		
			오심의 원인과 기간을 설명함	1	4		
		영양섭취 모니터링	수분섭취배설량 측정함	2	1		
			체중 측정함	1	4		
			빈혈증상 피로, 어지러움, 창백, 두통, 호흡곤란, 심계항진)이 있는지 확인함	1	4		
			약물관리	투약	처방에 의해 약물을 투여함	1	4
				조식관류관리	정맥주사 요법	IV 주입경로 확보하여 수액 주입함	1
안전	위험관리	활력증상 감시	활력징후 측정함	2	1		
계				14			

설사, 변비, 이동장애, 언어적 의사 소통장애는 각 1건씩 간호진단이 도출되어 다음과 같이 간호중재가 분류되었다.

설사는 영역 3개, 과 3개, 간호중재 3개로 분류되었고 간호활동 종류는 6개, 간호활동 건수는 6건이었다. 영역은 생리학적; 기본적 영역 4건, 생리학적; 복합적 영역 1건, 안전 영역 1건이었다. 과는 배설관리 4건, 피부/상처관리 1건, 위험관리 1건이었다 <표-19>.

<표-19> 설사의 간호활동과 간호중재의 건수

영역	과	중재	간호활동	실수
생리학적 :기본적	배설관리	설사관리	탈수 증상이 있는지 확인함	1
			피로정도를 확인함	1
			땀노가 있는지 확인함	1
			구강점막을 관찰함	1
생리학적 :복합적	피부/상처관 리	피부감시	피부상태를 관찰함	1
안전	위험관리	활력증상 감시	활력징후를 측정함	1
계				6

변비는 영역 1개, 과 1개, 간호중재 2개로 분류되었고, 간호활동 종류는 5개이며, 간호활동 건수는 5건이었다. 영역은 생리학적; 기본적 영역, 과는 배설관리만 도출되었다. 간호중재는 배설관리 3건, 변비/변매복관리 2건이었다 <표-20>.

<표-20> 변비의 간호활동과 간호중재의 건수

영역	과	중재	간호활동	실수
생리학적 ; 기본적	배설관리	배변관리	장마비 증상 (복부 통증, 오심, 구토)이 있는지 확인함	1
			규칙적인 운동을 하도록 격려함	1
			배변 양상 확인함	1
		변비/변매복관리	처방에 의해 Glycerin 관장함	1
			복부X-ray 영상 확인함	1
			계	5

이동장애는 영역 3개, 과 3개, 간호중재 3개로 분류되었고, 간호활동 종류는 7개이며, 간호활동 건수는 7건이었다. 영역은 생리학적; 기본적 영역 4건, 안전영역 2건, 생리학적; 복합적 영역 1건이었다. 과는 신경계 관리 4건, 위험관리 2건, 피부/상처관리 1건이었다. 순위별 간호중재를 보면 신경계 감시 4건, 환경관리 2건, 피

부감시 1건 순이었다 <표-21>.

<표-21> 이동장애의 간호활동과 간호중재의 건수

영역	과	중재	간호활동	실수
생리학적 ; 기본적	신경계 관리	신경계 감시	의식 수준을 사정함	1
			사지 감각을 평가함	1
			사지 근력 평가함	1
			감각 변화를 사정함	1
생리적 ; 복합적	피부/상처관리	피부감시	감각 저하 부위의 피부손상 예방법을 교육함	1
			안전	위험관리
계				7

언어적 의사소통장애는 영역 1개, 과 1개, 간호중재 1개로 분류되었고 간호활동
종류는 3개이고, 간호활동 건수는 3건이었다. 행동학적 영역에서 과는 의사소통강
화, 간호중재는 의사소통 강화; 언어적 장애만 나타났다 <표-22>.

<표-22> 언어적 의사소통장애의 간호활동과 간호중재의 건수

영역	과	중재	간호활동	실수
행동학적	의사소통 강화	의사소통 강화: 언어장애	눈을 맞추고 대화하도록 함	1
			눈을 응시함	1
			통역도우미 통해 의사소통함	1
계				3

V. 논 의

1. 복통환자의 일반적 특성에 대한 논의

2개월 동안 내원한 복통환자에서 복부외상, flank pain, epigastric pain, abdominal discomfort 등은 제외한 만 15세 이상의 성인 환자로 abdominal pain을 호소로 내원한 총 426부 간호기록지 중에서 간호진단이 있는 기록지는 115부였으며 진단율 27%를 보였다.

복통으로 응급실에 내원한 환자 중 간호진단이 있는 기록지 115부에서 일반적 특성에 대해 의무 기록지를 분석한 결과 여자가 52.17%, 남자가 47.83%로 여자가 더 많았다. 복통환자에서 성별분포가 여자가 남자보다 많다는 연구가 있다(노경식, 1998). 복통 환자 연령대 별로는 61세-80세군이 35.65%, 41-60세군이 33.04% 순으로 40세 이상의 환자가 50%를 넘었다. 노경식(1998)의 연구에서는 산부인과적 질환이 12명(40%), AGE가 11명(36.6%)순으로 결과가 나왔고 본 연구에서는 염증으로 인한 복통이 67명(58.26%)로 가장 많았다.

복막염(세균성, 비세균성, 화학적), 맹장염, 담낭염, 소화성 궤양, 위장염, 대장염, 장염, 간염, 간농양, 비농양, 림프절염, 골반염질환등 다양한 진단명을 보였다. 그 다음으로는 내장의 기계적 폐쇄 39명(33.91%) 순이었다. 이는 기저질환 중에 암 45명(34.62%), 수술병력 39명(30%)과 연관된 것으로 생각된다. 또한 기저질환은 환자 1인당 다수의 기저질환을 가질 수 있어 104명중에 총 119개의 질환이 도출되었고 기저질환이 없는 경우는 11명으로 나왔다.

재원 시간은 6시간 이상이 76명(66.09%)로 나왔고 입원 47명(40.87%), 퇴원 60명(52.17%)로 나왔다. 이는 응급실에서 6시간 이상 치료 받은 뒤 퇴원하는 사례가 많으며 대부분 입원치료에 상응하는 간호를 제공하고 있음을 보여준다. 환자의 기저질환 병력이 대부분 있으며 입원실의 부족으로 응급실 재원시간이 길어지는 양상을 보였다. 이는 응급간호만 이루어지는 것이 아니라 재원시간 6시간 이상의 환자들에게는 입원치료에 준하는 간호를 제공하고 있다는 것을 보여준다.

따라서 응급간호 중재의 제공과 더불어 입원실에서 이뤄지는 간호에 상응하는 간호를 수행하는 응급실은 더욱더 폭넓은 전문가적 접근이 필요하며 또한 환자의 문제를 과학적으로 해결하기 위한 방안으로 간호진단과 그에 적절한 간호중재를 제공해야 함을 보여준다.

2. 보통환자의 간호진단에 대한 논의

보통으로 응급실에 내원하는 환자에게 수행되는 간호진단과 간호중재를 조사하기 위해 서울 소재 일 대학병원 응급실에서 2개월 동안의 간호기록지를 통해 간호진단과 간호중재를 도출하였다. NANDA(고일선의 변안, 2006)를 활용하여 비슷한 어휘의 간호진단의 용어를 통일하였다. 간호기록지에 기록된 내용을 NANDA에서 제시한 172개의 간호진단으로 통일하기 위해 작업에서 각 진단에 대한 정의를 하나하나 대조하는 작업을 거쳐야 했다. 115명에게 내려진 총 간호진단수는 346건으로 1인에게 최대 기록된 간호진단수는 14건이었다.

본 연구에서 보통환자에게 나온 간호진단은 총 19개이며 순위별로 보면 급성통증, 낙상 위험, 감염의 위험, 체액불균형 위험성, 비효과적 조직관류-위장관, 체액부족, 피부통합성 장애의 위험, 고체온, 오심 순으로 도출되었다.

연구의 결과에서 가장 높은 순위의 간호진단은 급성통증이며, 통증은 다른 사람들과 나눌 수 없는 매우 불쾌하며 개인적인 감각으로 개인의 생각을 모두 점령할 수 있고, 모든 활동을 지배할 수 있으며 생활을 바꿀수 있다고 하였다(김명자 외,2001). 대부분의 신체적 욕구는 명백하게 드러나며 응급실에 보통으로 내원한 환자는 즉각적인 통증에 대한 완화의 기대를 가지고 신속한 치료를 요구하므로 간호진단 중 급성통증이 가장 많이 도출됨은 응급간호에 합당한 결과로 생각된다.

또한 응급실에서는 제한된 자원과 예측되지 않는 환자의 수, 혼잡한 상황, 고연령, 낮설은 환경 등은 환자에게 위험요인이 되며 따라서 보통환자이지만 이동장애, 피부통합성 장애의 위험, 낙상위험과 같은 안전간호를 고려한 간호진단이 도출된 것으로 생각된다.

Maslow의 욕구들은 생리적 욕구, 안전과 안정의 욕구, 사랑과 소속감 욕구, 자존감의 욕구, 자아실현 욕구로 인간의 욕구 단계를 분류하였다.

본 연구에서 도출된 간호진단 목록을 Maslow의 욕구들에 따라 분류한 NANDA의 간호진단 목록 (최순희,이은주,박성주,박민정; 2003)과 비교해보면 생리적 욕구 단계에서는 급성통증, 체액부족, 설사, 수면양상 장애, 고체온, 영양불균형: 신체요구량보다 적음, 이동장애, 비효과적 조직관류, 변비, 체액불균형 위험성, 오심, 심박출량 감소, 피부 통합성의 장애, 비효율적 호흡양상 등으로 분류하고 안전과 안정 욕구 단계에서는 언어적 의사소통장애, 감염위험성, 낙상 위험성으로 분류되어 비교될 수 있다. 이처럼 19개의 도출된 간호진단을 보면 응급실에서 인간의 욕구 단계에서 기초단계인 생리적 욕구와 안전과 안정의 욕구를 수행하고 있음을 알 수 있다.

Lorene(2003)에서는 위장관 응급질환에 대한 주요 간호진단으로 통증, 체액부족, 지식부족, 감염위험성, 불안, 가스교환장애로 총 6개를 제안한 바 있다.

Lorene(2003)이 제안한 간호진단 6개의 목록을 Maslow의 욕구들에서 살펴보면 생리적 욕구, 안전과 안정의 욕구를 충족한다.

Lorene(2003), 서문자외(2004), 최정신외(2002)에서 복부질환 환자에게 제안한 간호진단은 총 26개였다. 서문자외(2004)만 제안된 간호진단은 비효율적 호흡양상, 설사, 체액부족의 위험성, 조직관류변화와 위험성, 비효율적 이행의 위험성, 비효율적 대응위험, 비효율적 대응, 신체손상위험성, 신체상 장애 위험성, 손상위험성, 공포, 성기능장애였다. Lorene(2003)만 제안한 간호진단은 가스교환장애였다. 최정신외(2002)만 제안한 간호진단은 영양과 체액부족, 전해질부족, 체액과 전해질 부족, 수분 전해질 부족, 건강유지의 변화, 피부손상, 조직손상위험성이었다. 이처럼 복부질환에 대한 간호진단은 다양함을 보여 준다 <부록-1>.

복부질환별로 제시된 간호진단 또한 다양하며 서문자외(2004)와 최정신외(2002)는 차이를 보인다. 위염에서 제시한 간호진단을 살펴보면 서문자외(2004)에서는 통증, 영양부족을 제안했으나 최정신외(2002)에서는 통증, 영양부족, 체액부족, 지식부족 총 4개의 간호진단을 제안했다 <부록-2>.

서문자외(2004)와 최정신외(2002)에서 제안한 간호진단 목록을 Maslow의 욕구

들에 따라 분류하면 생리적 욕구, 안전과 안정 욕구, 자존감 욕구까지 제안하였다. 본 연구에서 도출된 19개의 간호진단에서는 생리적 욕구, 안전과 안정 욕구를 수행하고 있는데 비해 한 단계 높은 자존감 욕구까지 제안했음을 알 수 있다.

따라서 본 연구에서 도출된 19개의 간호진단은 응급환자의 욕구에 적절한 간호진단으로 사료되나 인간의 신체적 욕구를 충족하는 응급간호 뿐 아니라 은폐되어진 정서적, 사건적 욕구를 고려하며 폭넓게 인간을 이해하는 간호를 통해 더욱 발전할 수 있으리라 생각된다.

또한 간호진단율이 27%로 도출된 점을 미루어 간호사의 개인적인 특성 및 임상경력의 차이, 응급실에 혼잡한 상황 등을 고려하여 간호진단이 적게 내려지는 원인을 파악하는 연구, 복통환자에게 이루어지는 주요 간호진단에 대한 분석 연구를 통한 간호진단에 대한 교육이 필요하다고 생각된다.

Snyder등(1996)에서는 동통 관리와 같은 광범위한 개념을 가지고, 많은 부수적인 증재가 연결되는 증재명의 사용은 특수한 증재에 대한 정보를 제공하지 않기 때문에 간호 지식체의 발달을 저해한다고 하였다. 복통으로 내원한 환자에게 급성통증을 신속한 문제로 삼되, 인간의 다양한 욕구와 임상적 간호문제를 고려한 간호진단의 사용이 필요하다고 생각된다.

다양한 과학적인 접근을 통해 전인적인 간호제공을 하며 표준화된 언어의 사용을 통해 제공된 간호의 정보체계를 진보화하기 위해서는 간호진단에 대한 간호사들의 보다 많은 관심과 이를 뒷받침해 주는 교육이 필요하며 복통으로 내원한 환자의 임상 문제를 파악해 특수한 증재를 제공할 수 있는 간호진단을 통해 간호과정과 방법이 체계화 되면 응급상황을 대비하고, 예상할 수 있는 적절한 간호증재를 실행할 수 있으리라 생각된다.

3. 복통환자의 간호진단별 간호증재에 대한 논의

본 연구결과는 도출된 간호기록지 총 115부에서 간호진단별 간호활동의 건수를 조사하여 간호진단 19개와 간호진단별 간호활동 종류는 총 380개이었다.

간호진단별 간호활동을 NIC의 간호중재를 토대로 하여 동일한 어휘는 아니지만 비슷한 경우를 묶어 간호중재, 과, 영역으로 분류하였다. 간호기록지에 기록된 간호활동을 NIC의 간호중재 분류에서 간호중재 각각의 정의를 대조하여 간호활동을 분류한 뒤 간호중재에서 과, 영역을 찾아가는 작업을 거쳐야 했다. 분류작업을 하는 동안 간호중재에 비슷한 간호활동이 여러 간호중재에 포함되어 있는 경우가 있어서 어려움이 있었다. 따라서 도출된 간호활동에 대한 간호중재의 타당성을 규명하는 연구가 필요하리라 사료된다. 간호중재개발에 있어 중재규명을 위해서는 타당성 검증이 요구되며(Cullen,1992), 간호현장에서 파악된 개별적인 간호중재에 대한 고유한 간호활동을 규명하여 그 중재에만 민감한 간호활동이 있다면 이상적인 간호중재 분류가 된다(김문숙,1997)고 하였다.

본 연구에서는 영역 6개, 과 20개, 간호중재 49개가 도출되었다.

영역에 따른 순위를 살펴보면 생리학적; 기본적 영역, 생리적; 복합적 영역, 안전 영역, 행동학적 영역, 건강체계 영역, 가족 영역의 순이었다. 100건 이상으로 도출된 간호중재 과에 따른 순위를 살펴보면 신체 안위증진, 위험관리, 영양지지, 약물관리, 조직관류관리 순이었다. 100건 이상으로 도출된 간호중재에 따른 순위를 살펴보면 통증관리, 튜브간호; 위장관, 투약, 감시, 활력증상 감시, 낙상방지, 오심관리, 구토관리 순이었다 <부록-3>.

통증을 해결하기 위해 제안된 간호중재를 NIC에서 살펴보면 다음과 같다. 생리적; 기본적 영역, 생리학적; 복합적 영역, 행동학적 영역, 가족영역을 제안했으며, 과는 배설관리, 신체안위증진, 약물관리, 정신적 안위증진, 출산간호를 제안했다. 간호중재는 가스생성감소, 직장탈출 관리, 안위도모, 열·냉찜질, 통증관리, TENS, 지압, 피부자극, 환경관리, 척수내 진통제 투여, 마취제 투여, 의식의 진정, 투약, 투약; 늑막내, 투약관리, 투약처방, 환자 자가 진통제 투여 보조, 불안감소, 분만중 간호; 고위험 분만을 제안했다. NIC에서 제시된 간호중재는 본 연구의 결과와 다소의 차이를 보인다.

이는 본 연구가 복통환자이며 응급실에 내원한 환자로 제한하였으므로 결과의 차이를 보이며 TENS, 척수내 진통제투여, 마취제 투여, 늑막내 투약관리, 분만중 간호; 고위험 분만과 같은 간호중재는 없었다.

급성통증에서 4개영역이 도출되었고, 영역별 순위는 생리학적; 기본적인영역, 생리학적; 복합적영역, 안전영역, 건강체계 순이었다. Gordon의 기능적 건강양상틀에 따라 분류된 NANDA의 간호진단목록에 따라 분류하면 인지-지각에 속하며 Roy의 적응모형에 따라 분류된 NANDA의 간호진단목록에 따르면 생리적 모드 감각에 속하며 Maslow의 욕구 틀에는 생리적 욕구에 속한다.

이처럼 급성통증은 개인적인 감각이며 인간의 생각을 변화시킬 수 있는 것으로 생리적 욕구에 속한다. 간호진단에 따른 간호중재 분석에서 급성통증의 경우 통증관리, 진통제 투여의 순으로 결과가 도출되었고 결과는 이지연(1999), 유형숙(2001), 박혜진(2003)의 연구와 비슷하였다.

낙상위험에서 영역은 안전 영역, 가족 영역 2개 영역이 도출되었다.

감염의 위험에서 4개의 영역이 도출되었고, 영역별 순위는 안전 영역, 생리학적; 복합적 영역, 건강체계 영역, 생리학적; 기본적 영역이었다. 낙상위험과 감염의 위험은 Maslow의 욕구 틀에서 안전과 안정의 욕구의 단계에 속한다. 두 간호진단은 간호중재는 안전 영역이 가장 많이 도출되었으므로 적절한 간호중재를 제공한 것으로 사료된다. 감염의 위험의 간호진단에 따른 간호중재 분석에서 이지연(1999)의 연구는 상처간호; 밀봉배액이 있었고, 박혜진(2003)의 연구는 감염보호, 상처간호, 절개부위 간호, 감염통제 순으로 나왔다. 본 연구에서는 간호중재를 순위별로 보면 감염에 대한 보호, 체온조절, 투약, 감시 등의 순으로 다른 결과를 보이나 이는 연구의 대상자의 차이로 인한 결과로 생각되며, 감염에 대한 보호는 박혜진(2003)의 연구에서 가장 높은 순위의 간호중재로 본 연구와 동일한 결과를 보인다.

체액불균형 위험성의 영역별 순위는 생리학적; 기본적 영역, 안전 영역, 생리학적; 복합적 영역, 행동학적 영역, 건강체계 영역이었다. 체액불균형 위험성은 Roy의 적응모형에 따라 분류한 NANDA 간호진단 목록에 따르면 생리적 모드에서 수분과 전해질에 속하며 Gordon의 기능적 건강양상틀에 따르면 영양-대사에 속한다. Maslow의 욕구틀에 따르면 생리적 욕구에 속한다. 이는 간호중재가 적절히 제공되었음을 보여준다.

체액불균형 위험성의 순위별 간호중재를 보면 튜브간호; 위장관, 통증관리, 감

시 등의 순으로 나타났다.

비효과적 조직관류-위장관의 영역별 순위를 보면 생리학; 기본적 영역, 안전 영역, 생리학적; 복합적 영역 순이었다. Gordon의 기능적 건강양상들에 따라 분류된 NANDA의 간호목록에 따르면 활동과 운동에 속하며 Roy의 적응모형에 따라 분류된 NANDA의 간호목록에 따르면 생리적 모드 산소/순환에 속한다. Maslow의 욕구들에 따르면 생리적 욕구에 속한다. 도출된 간호활동의 간호중재 영역이 생리학적; 기본적 영역에서 높게 도출된 결과는 적절한 간호중재로 보인다. 박혜진(2003)의 연구에서는 순환장애 예방을 위한 간호, 임상결과의 해석, 출혈예방으로 나왔고, 본 연구에서는 튜브간호; 위장관, 통증관리, 구토관리, 오심관리 등의 순으로 도출되어 결과가 다르게 나왔다. 이는 대상자의 차이로 인한 것으로 생각된다.

체액부족의 영역별 순위를 보면 생리학적; 복합적 영역, 안전 영역, 생리학적; 기본적 영역, 행동학적 영역, 건강체계 영역 순이었다. 체액부족은 Roy의 적응모형에 따라 분류된 NANDA의 간호목록에 따르면 생리적 모드 수분과 전해질, Gordon의 기능적 건강양상들에 따라 분류된 NANDA의 간호목록에 따르면 영양-대사에 속한다. 간호진단-중재-결과(NANDA-NIC-NOC)의 연계목록에서 간호중재는 전해질관리, 수액관리, 수액감시, 저혈량증관리, 정맥주사요법, 쇼크관리; 혈량이 제안되었다. 본 연구에서 도출된 간호중재를 순위별로 보면 출혈감소; 위장, 저혈량증, 정맥주사 요법, 활력증상 감시등의 순으로 나타났다. 다소의 차이는 있으나 비슷한 간호중재를 보여준다. 이지연(1999)의 연구에서는 전해질관리, 정맥주입 세트관리, 저혈량관리, 수혈 등의 순으로 나타났다. 이는 본 연구와 다소의 차이를 보인다. 이는 연구대상자의 차이와 응급실의 독특성으로 인한 것으로 사료된다.

피부통합성 장애 위험의 영역별 순위를 살펴보면 생리학적; 복합적 영역, 행동학적 영역 순으로 나타났다. Roy의 적응모형에 따라 분류된 NANDA의 간호목록에 따르면 생리적 모드 피부와 조직 통합성에 속하며 Gordon의 기능적 건강양상들에 따라 분류된 NANDA의 간호목록에 따르면 영양-대사에 속한다. 피부통합성 장애에 따른 간호중재를 보면 박혜진(2003)의 연구에서는 피부감시, 절개부위 간호, 감염통제 순으로 나왔고 본 연구에서는 욕창예방, 환자교육, 의뢰, 투약 순으로

결과가 다르게 나타났다. 이 결과는 복통환자가 지닌 다른 임상적 문제 또는 진행 가능한 문제를 예방하기 위한 간호중재를 제공하고 있음을 보여준다. 또한 응급실에서 다양한 간호중재를 수행하고 있음을 보여주는 결과라고 생각된다.

고체온의 간호중재 영역은 생리학적; 복합적 영역, 안전영역, 생리학적; 기본적인 영역 순으로 나타났다. Gordon의 기능적 건강양상들에 따라 분류된 NANDA의 간호목록에 따르면 영양-대사, Roy의 적응모형에 따라 분류된 NANDA의 간호 목록에 따르면 생리적 모드 내분비계 기능/체온조절에 속한다. 간호진단-중재-결과(NANDA-NIC-NOC)의 연계목록에서 제안한 간호중재는 열치료, 악성 고체온 예방, 체온조절, 수술중 체온조절이었다. 본 연구에서 도출된 고체온의 순위별 간호중재는 체온 조절, 활력증상 감시 순으로 나타났고, 박혜진(2003)의 연구에서는 고열치료, 활력증상 감시, 수액관리, 투약 순으로 비슷한 결과를 보여준다.

오심의 간호중재 영역은 생리학적; 기본적인 영역, 생리학적; 복합적 영역, 행동학적 영역 순으로 나타났다. Gordon의 기능적 건강양상들에 따라 분류된 NANDA의 간호목록에 따르면 인지-지각에 속하며, Roy의 적응모형에 따라 분류된 NANDA의 간호 목록에 따르면 생리적 모드 감각에 속한다. Maslow의 욕구들에 따라 분류된 NANDA의 간호목록에 따르면 생리적 욕구에 속한다. 오심의 간호진단에 따른 간호중재는 박혜진(2003)의 연구에서 오심관리, 수액감시, 단계별 식이요법 순으로 나왔고, 오심의 순위별 간호중재를 보면 투약, 오심관리, 튜브간호; 위장관, 교육; 처방식이, 의뢰 순으로 도출되어 비슷한 결과를 보인다.

심박출량 감소의 간호중재 영역은 생리학적; 복합적 영역으로 가장 높게 나타났다. 이는 인체의 항상성을 지지하는 간호를 제공했음을 보여준다. Gordon의 기능적 건강양상들에 따라 분류된 NANDA의 간호목록에 따르면 활동-운동에 속하며, Roy의 적응모형에 따라 분류된 NANDA의 간호 목록에 따르면 생리적 모드 산소/순환에 속한다. 간호진단-중재-결과(NANDA-NIC-NOC)의 연계목록에서 심박출량 감소의 간호중재는 심장간호, 심장간호; 급성, 혈액순환간호; 기계적 보조기구, 혈행역학적 조절, 쇼크관리; 심장을 제안했다. 박혜진(2003)의 연구에서는 심장간호만 나온바 있으며, 본 연구에서는 순위별 간호중재를 보면 혈류동태조절, 저혈량증관리, 의뢰 순으로 도출되었으며 다소 다른 결과를 보여준다.

비효과적 조직관류-뇌조직에서는 생리학적; 복합적 영역, 건강체계 영역이 도출되었다.

비효과적 조직 관류-신장에서는 생리학적; 복합적 영역만 6건 수행하였다.

비효과적 조직관류-위장, 뇌, 신장은 Gordon의 기능적 건강양상틀에 따라 분류된 NANDA의 간호목록에 따르면 활동과 운동에 속하며 Roy의 적응모형에 따라 분류된 NANDA의 간호 목록에 따르면 생리적 모드 산소/순환에 속한다. Maslow의 욕구틀에 따르면 생리적 욕구에 속한다.

비효과적 조직관류-신장, 수면양상장애, 비효율적 호흡양상은 2건, 설사, 변비, 이동장애, 언어적 의사소통장애는 1건만 기록지에서 도출되었다.

수면양상 장애는 생리학적; 복합적 영역, 행동학적 영역만 나타났다. 수면양상 장애에 따른 간호중재로 박혜진(2003)의 연구에서는 수면증진, 수액감시, 투약 순으로 나왔고 본 연구에서는 투약, 안전감 강화로 다소 다른 결과를 보인다. 수면양상 장애는 Gordon의 기능적 건강양상틀에 따라 분류된 NANDA의 간호목록에 따르면 수면-휴식에 속하며, Roy의 적응모형에 따라 분류된 NANDA의 간호 목록에 따르면 생리적 모드 운동/휴식에 속한다.

비효율적 호흡양상은 생리학적; 복합적 영역, 안전 영역 순으로 나타났다. Gordon의 기능적 건강양상틀에 따라 분류된 NANDA의 간호목록에 따르면 활동-운동에 속하며, Roy의 적응모형에 따라 분류된 NANDA의 간호 목록에 따르면 생리적 모드 산소/순환에 속한다.

간호진단-중재-결과(NANDA-NIC-NOC)의 연계목록에서 제안한 간호중재는 기도관리, 기계적 호흡, 산소요법, 호흡기감시이며 본 연구에서는 기도관리, 산소요법, 호흡과 관련된 자료 감시 순으로 도출되었고, 박혜진(2003)의 연구에서는 기도관리, 호흡과 관련된 자료 감시, 환기보조, 활력증상 감시등으로 비슷한 결과를 보인다.

영양불균형; 신체 요구량보다 적음은 생리학적; 기본적 영역, 안전 영역, 생리학; 복합적 영역 순으로 나타났다.

간호진단-중재-결과(NANDA-NIC-NOC)의 연계목록에서 제안한 간호중재는 단계별 식이요법, 음식섭취 장애관리, 영양관리, 영양섭취 감시, 영양요법, 체중증

가 보조, 체중관리를 제안하였다. 본 연구에서는 영양요법, 영양섭취 모니터링, 활력증상 감시 순이었다. 이지연(1999)의 연구에서는 영양섭취 모니터, 영양관리, 영양요법 순으로 나왔고, 박혜진(2003)의 연구에서는 수액감시, 영양관리, 영양섭취 감시, 수액관리 순으로 나왔다. 연구의 결과가 비슷하게 나왔으며 적절한 간호중재를 제공한 것으로 생각된다.

설사는 생리학적; 기본적 영역이 가장 높게 나왔다. Gordon의 기능적 건강양상틀에 따라 분류된 NANDA의 간호목록에 따르면 배설에 속하며, Roy의 적응모형에 따라 분류된 NANDA의 간호 목록에 따르면 생리적 모드 배설에 속한다. 이는 적절한 간호중재를 제공함을 보여준다. 본 연구에서 간호중재 순위는 설사 관리, 피부감시, 활력증상 감시 순이었고, 이지연(1999)연구에서는 설사 관리, 피부관찰 순으로 비슷한 결과를 보였다. 박혜진(2003)의 연구에서는 수분/전해질관리, 투약 관리, 수액관리 순으로 결과가 다소 다르게 나왔다.

변비는 생리학적; 기본적 영역만 나타났다. Gordon의 기능적 건강양상틀에 따라 분류된 NANDA의 간호목록에 따르면 배설에 속하며, Roy의 적응모형에 따라 분류된 NANDA의 간호 목록에 따르면 생리적 모드 배설에 속한다. 이는 적절한 간호중재가 도출되었음을 보여준다. 변비에 따른 간호중재는 이지연(1999) 연구에서는 변비/변매복관리, 수액관리 순으로 나타났고 박혜진(2003)의 연구에서는 배변 관리, 수액관리로 비슷한 결과가 있었지만 유형숙(2001)의 완화제 투여나 관장수행, 활동/운동증진 순의 결과와는 다소의 차이를 보였다. 본 연구에서는 배설관리, 변비/변매복 관리 순으로 나타났으며 비슷한 결과를 보였다.

이동장애는 생리학적; 기본적 영역이 가장 높은 건수를 보였다. Gordon의 기능적 건강양상틀에 따라 분류된 NANDA의 간호목록에 따르면 활동-운동에 속하며, Roy의 적응모형에 따라 분류된 NANDA의 간호 목록에 따르면 생리적 모드 운동/휴식에 속한다. 이는 적절한 간호중재를 제공했음을 보여준다. 박혜진(2003)의 연구에서는 운동요법; 균형, 운동증진; 신장, 체위; 휠체어, 교육; 처방된 활동/운동 등의 순으로 나타났고, 본 연구에서는 신경계 감시, 환경관리, 피부감시로 결과가 다르게 나왔다.

언어적 의사소통장애에서는 행동학적 영역만 도출되었다. Gordon의 기능적 건

강양상들에 따라 분류된 NANDA의 간호목록에 따르면 역할-관계에 속하며, Roy의 적응모형에 따라 분류된 NANDA의 간호 목록에 따르면 역할기능 모드에 속하며, Maslow의 욕구들에 따라 분류된 NANDA의 간호 목록에 따르면 안전과 안정 욕구에 속한다. 간호진단-중재-결과(NANDA-NIC-NOC)의 연계목록에서는 적극적인 경청, 의사소통강화; 청력결손, 의사소통강화; 언어능력 부족을 제안했다. 본 연구에서 도출된 간호중재는 의사소통 강화; 언어적 장애가 수행되었다.

본 연구 결과는 생리학적; 기본적 간호중재 영역, 생리학적; 복합적 간호중재 영역, 안전 영역 순으로 도출되었다. Maslow의 인간의 욕구의 틀을 비유하자면 생리적 욕구와 안전과 안정의 욕구에 대한 간호를 제공하며 응급실에서는 급성기의 환자에게 적절한 응급간호 중재를 제공하고 있음을 시사한다.

그러나 간호는 하나의 통합체인 인간을 대상으로 하는 경험과학이므로 간호가 직면하는 모든 현상들은 그 범위가 광범위하여 폭넓은 간호행위를 요구한다. 간호는 인간을 대상으로 하는 과학이므로 통합적이고 전인적인 간호가 제공되어야 한다. 또한 응급실에 내원하는 환자는 다양한 경험을 개별적으로 가지고 있으며 증상이 같은 보통이지만 통증의 주관적인 느낌, 발병의 경험이 처음인지, 과거의 경험이 있는지, 낮설은 환경과 소음, 혼잡한 응급실의 환경에 두려움과 불안 또는 불확실성을 가질 수 있다. 환자의 실제적, 잠재적 건강문제를 해결하고 간호하며 더불어 인간의 상위의 욕구를 충족시키는 간호중재를 제공한다면 응급간호는 더욱 더 전문적 면모를 보여줄 것으로 생각된다.

VI. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 응급실에서 보통환자에게 사용되고 있는 간호진단과 간호중재를 분석하기 위한 연구이다. 서울시내 일개 대학병원 응급실에 만 15세 이상의 비외상성 보통환자 기록지 115부를 분석하여 조사하였다.

연구설계는 후향적 조사연구이며 조사기간은 2006년 4월 1일부터 2006년 5월 31일까지였다. 간호진단은 NANDA가 개발한 간호진단 목록으로 통일하여 도출하였다. 간호중재는 간호기록지에서 도출된 간호진단별 간호활동을 IOWA 간호중재 분류 팀에 의해 개발된 간호중재를 활용해 영역, 과, 중재로 분류를 하였다. 분류한 뒤 간호활동의 건수를 합하여 영역별 건수, 과별 건수, 중재별 건수를 구하였다.

연구의 자료수집은 서울소재 일개 대학병원 응급실을 방문한 보통환자의 간호기록지에서 간호진단이 있는 기록지를 발췌하여 간호진단의 건수와 간호진단별 간호활동의 각 항목에 대한 건수를 구하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 응급실에 보통으로 내원한 환자 115부 기록지에서 간호진단은 19개 도출되었다.

2. 간호진단 상위 5순위까지 간호진단별 간호중재의 영역 건수를 보면 급성통증에서는 생리학적; 기본적 영역(234건), 생리학적; 복합적 영역(80건), 안전 영역(69건), 건강체계 영역(33건)이었다. 낙상위험에서는 안전 영역(116건), 가족 영역(48건)이었다. 감염의 위험에서는 안전 영역(116건), 생리학적; 복합적 영역(103건), 건강체계 영역(3건), 생리학적; 기본적 영역(1건)이었다. 체액불균형 위험성에서는 생리학적; 기본적 영역(331건), 안전 영역(50건), 생리학적; 복합적 영역(50건), 행동학적 영역(19건), 건강체계 영역(5건)이었다. 비효과적 조직관류-위장관에서는 생리학적; 기본적 영역(300건), 안전 영역(44건), 생리학적; 복합적 영역(24건), 행

동학적 영역(15건), 건강체계 영역(1건)이었다.

4. 간호진단 상위 5순위까지 간호진단별 간호중재의 과 건수를 보면 급성통증에서는 신체 안위증진(232건), 약물관리(74건), 위험관리(67건), 정보관리(33건)순이었다. 낙상위험에서는 위험관리(116건), 수명간호(48건)순이었다. 감염의 위험에서는 위험관리(116건), 체온조절(56건), 약물관리(38건)순이었다. 체액불균형 위험성에서는 신체안위증진(132건), 영양지지(131건), 위험관리(50건), 활동과 운동관리(38건), 배설관리(30건)순이었다. 비효과적 조직관류-위장관에서는 신체안위증진(125건), 영양지지(108건), 위험관리(44건), 활동과 운동관리(31건), 배설관리(26건)순이었다.

5. 간호진단 상위 5순위까지 간호진단별 간호중재의 중재 건수를 보면 급성통증에서 통증관리(186건), 투약(71건), 감시(40건) 순이었다. 낙상방지에서는 낙상방지(116건), 가족동원(48건)순이었다. 감염의 위험에서는 감염에 대한 보호(82건), 체온조절(56건), 투약(38건)순이었다. 체액불균형 위험성에서는 튜브간호; 위장관(114건), 통증관리(69건), 감시(35건)순이었다. 비효과적 조직관류-위장관에서는 튜브간호; 위장관(108건), 통증관리(54건), 구토관리(43건), 운동요법; 걷기(31건)순이었다.

2. 제언

본 연구의 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1) 본 연구는 대상자가 국한되어 있으므로 대상자의 폭을 넓혀 응급실 내원 환자 전체를 대상으로 간호 진단과 간호중재의 활용을 분석하는 연구를 제언한다.

2) 일시적인 한 시점에서 이뤄진 연구보다는 장기간에 걸쳐 다양한 간호진단에 따른 간호중재를 분석하는 연구를 제언한다.

3) 응급 간호분야에서 간호진단과 연계된 간호중재의 목록 개발 연구를 제언한다.

참고 문헌

- 고일선, 오의금, 송라운(2006). 간호진단 정의 및 분류. 서울; Elsevier Korea
- 길윤경(2002). 신경외과 간호업무 표준에 따른 간호활동 개발. 연세대학교 간호학 석사학위 논문
- 김경희(1999). 간호진단과 간호중재연계에 대한 타당도 조사. 연세대학교 보건대학원 석사 학위 논문
- 김문숙(1997). 심혈관계 중환자에서 간호중재빈도에 대한 조사-IOWA 대학의 NIC 이용. 서울대학교 간호대학원 석사 학위 논문
- 김명자, 박형숙, 최순희, 송경애, 김화순, 남정자, 박금화, 백설향, 이강이, 이규은, 정승교, 한숙정, 홍영혜(2001). 최신 기본간호학. 현문사
- 김세경(1991). 보통 대한응급의학회지. Vol2, No1. 13-22.
- 김은민, 박인숙, 신현주, 안태사, 김영아, 오필주, 우경선, 정은희, 주영희, 조은미, 유옥수(2005). 전자간호기록에 사용된 표준간호실문의 활용실태. 임상간호연구 11(1) 149-164
- 김지현(1999). 가정간호사가 수행한 간호중재분석 -HHCC 분류체계 이용. 이화여자대학교 교육대학원 석사학위 논문
- 김조자(1997). 간호진단과 간호중재의 분류. 연세간호과학 45권 95-114.
- 김조자, 이종경(1997). 간호진단과 간호중재 연계를 위한 일 연구. 성인간호학회지 9(3)
- 노경식(1998). 보통으로 내원한 응급실 성인환자를 위한 Critical pathway개발. 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문
- 류동희(2003). 국제간호실무 분류체계를 이용한 간호기록 분석- 일반외과 간호기록을 중심으로. 서울대학교 대학원 석사학위 논문
- 류동희, 박현애(2002). 국제 간호실무 분류체계(ICNP)를 이용한 간호기록 분석. 성인간호학회지 14(2), 165-173.
- 류선희(2004). ICNP를 이용한 정형외과 간호기록 분석. 경북대학교 교육학 석사학위 논문

- 명희재(2003). ICNP 기반 전자간호기록시스템 구축을 위한 간호기록 분석. 서울대학교 간호 대학원 석사 학위 논문
- 박성희(2006). 간호 의사결정 지원시스템을 위한 간호진단-간호중재 연계. 서울대학교 간호학 박사학위 논문
- 박현애, 조인숙, 김정은, 최영희, 이향련, 김혜숙, 박현경(1999). ICNP(International Classification for Nursing Practice)의 한글 명명화에 대한 타당성연구. 성인간호학회지 11(4) 631-650
- 박혜진(2003). 간호진단.결과.중재연계를 이용한 간호과정 전산프로그램 개발 및 적용-NANDA,NOC 및 NIC 중심. 전남대학교 간호대학원 석사 학위 논문
- 박정호, 성영희, 송미숙, 조정숙, 심원희(2000). 한국표준 간호행위 분류. 대한간호학회지 30(6) 1411-1426.
- 배영숙(1994). 개심술을 받은 환자에서 적용된 간호진단 분석. Vol6.No1.70-80
- 서문자(1986). 간호진단 분류. 대한간호, 25(1), 75-96.
- 서문자, 이향련, 이정희, 박춘자, 최철자, 박오장, 김영숙, 최경옥외(2004). 성인간호학 서울; 수문사
- 현수경(2000). 통합간호용어 체계 구축을 위한 ICNP와 NANDA, HHCC, Omaha, NIC의 교차 분석. 서울대학교 간호대학원 석사 학위 논문
- 엄애현(1996). 응급실 내원 환자의 간호요구조사. 응급간호학회지 5권
- 이민경(2004). 회복실 환자의 간호진단, 간호결과, 간호중재 연계 프로토콜 개발. 이화여자대학교 간호학 석사 학위 논문
- 이은주, 최인희(2003). 간호진단과 간호중재 연계를 위한 연구. 성인간호학회지 15(2)
- 이은옥, 한경자, 김매자, 서문자, 김채숙, 박영숙(1998). 간호진단과 임상활용. 서울; 수문사.
- 이원희(1987). 간호진단의 예. 대한간호, 26(1), 38-42.
- 이현심(2004). 응급전문간호사의 직무개발 연구. 연세대학교 간호대학원 석사학위 논문
- 이지연(1999). 영양과 배설기능장애와 관련된 간호진단과 중재 전산시스템 개발 및 평가. 연세대학교 간호학 석사 학위 논문

- 윤혜영(2002). 내외과 중환자 간호진단에 따른 간호중재 프로토콜 개발. 연세대학교 간호학 석사 학위 논문
- 윤여규, 정연권, 윤희영(1994). 3차의료 기관 응급실을 내원한 환자의 분석. 대한외상 학회지 7(2) 92-98
- 염영희(1996). 간호중재분류(NIC)에 근거한 간호중재수행분석 I-병원 간호사를 중심으로. 대한간호학회지, 29(2), 346-360.
- 염영희, 김문실, 박성애, 박정호(1998). 간호중재 분류. 서울; 현문사
- 장석준, 박준석, 고재욱, 정상원, 정성필, 황태식(1998). 급성 복통환자에서 C-Reactive Protein의 유용성. 대한응급의학회지 Vol 11, No1.
- 정보경(2003). 국제간호실무 분류체계를 이용한 소아중환자실 간호기록 분석. 서울대학교 간호대학원 석사 학위 논문
- 최순희, 이은주, 박성주, 박민정(2003). 표준화된 간호진단, 중재 및 결과분류. 서울; 정문각
- 최희강(1997). 응급실 환자 중증도 분류 도구 개발에 관한 연구. 서울대학교 대학원 석사 학위 논문
- 최정신, 고자경, 김옥숙, 김정아, 김희숙, 노영희, 서남숙외(2005). 성인 내 외과 간호학Ⅱ. 서울; 형설출판사
- Braunwald, Fauci & Kasper & Hauser & Longo & Jameson(2002). Harrison's 내과학 Vol.2
- Bulechek, G. M. & McCloskey, J. C., Tiler, M. & Denehy, J. A.(1994). Report on the NIC project; Nursing interventions used in practice. American Journal of Nursing, 94(10), 59-66.
- Chris R, Richard T., Kenny S., Thomas P.(2002). Prediction Rule for etiology of value abdominal pain in the emergency room. Lippincott Williams & Wilkins, INC Vol 37. No 10, 552-556.
- Elspeith Guthrie, David Thompson(2002). Abdominal pain and functional gastrointestinal disorders BMJ Vol 325. 701-703.
- Feild, L.(1979). The implementation of nursing diagnosis in clinical practice. Nursing Clinics of North America, 14(3), 497-507

- Gordon, M.(1976). Nursing diagnosis & the diagnosis process. American Journal of Nursing, 76(8), 1298-1300
- Guru V, Dubinsky I(2000). The patients vs. caregiver perception of acute in the emergency department. Journal of Emergency Medicine 18, 7-12
- Jesse P, Lori UP, Annara H, John H, Rajagopalan S & Chris G(2005). The interrater variation of ED abdominal examination findings in patients with acute abdominal pain. American Journal of Emergency Medicine 23, 483-487
- Joel, M.G., Paul, A.S(2000). Analgesia in patients With acute abdomen. West J Med.Vol.173
- Judith E.T(2001). Emergency medicine.
- Littlewood JM(1995). Adominal pain in cystic fibrosis. Journal of the Royal Society of Medicine. No25. Vol 88. 9-17 Lorene Newberry, RN, MS, CEN(2003). Sheehy's Emergency nursing. ENA
- McCloskey.J, Bulecheck,G(1996). Nursing intervention classification (NIC). St.Louis; Mosby
- Nicholas J T, Nghi P, Jamshid S K.(2001). ABC of upper gastrointestinal tract Indigestion ; When is it functional? BMJ Vol.323.1294-1297
- Raheja SK, McDonald PJ& Taylor I(1990). Non-specific abdominal pain an expensive mystery. Journal of the Royal Society of Medicine Vol. 83, 10-13.
- Robert T,Michael S(2005). Derivation of a clinical guideline for the assessment of nonspecific abdominal pain; the Guideline for abdominal pain in the ED setting Phase 1 study. American Journal of Emergency Medicine 23, 709-717
- Sanson TG, O'Keefe KP(1996). Evaluation of abdominal pain in the elderly. Emergency medicine 14;615-627
- Shirley L.M.(2005). A community hospital acute pain service. canadian nurse. Vol. 101. No.9

<부록-1> 복부질환에서 제안된 간호진단

번호	간호진단	Lorene (2003)	서문자외 (2004)	최정신의 (2002)
1	통증	✓	✓	✓
2	감염위험성	✓	✓	✓
3	비효율적 호흡양상	-	✓	-
4	가스교환장애	✓	-	-
5	영양부족	-	✓	✓
6	설사	-	✓	-
7	체액부족	✓	✓	✓
8	체액부족의 위험성	-	✓	-
9	영양과 체액부족	-	-	✓
10	전해질 부족	-	-	✓
11	체액과 전해질 부족	-	-	✓
12	수분 전해질 부족	-	-	✓
13	조직관류 변화와 위험성	-	✓	-
14	지식부족	✓	✓	✓
15	건강유지의 변화	-	-	✓
16	비효율적 이행의 위험성	-	✓	-
17	비효율적 대응 위험	-	✓	-
18	비효율적 대응	-	✓	-
19	신체손상의 위험성	-	✓	-
20	신체상장애 위험성	-	✓	-
21	손상 위험성	-	✓	-
22	피부손상	-	-	✓
23	조직손상 위험성	-	-	✓
24	불안	✓	✓	✓
25	공포	-	✓	-
26	심기능 장애	-	✓	-

<부록-2> 복부질환별 간호진단

복부질환	간호진단	서문자외 (2004)	최정신외 (2002)
위염	통증	✓	✓
	영양부족	✓	✓
	체액부족	-	✓
	지식부족	-	✓
소화성궤양	통증	✓	✓
	비효율적 이행의 위험성	✓	-
	신체손상의 위험성	✓	-
	지식부족	✓	✓
급성 충수염	불안	-	✓
	통증	✓	✓
	체액부족의 위험성	✓	-
	감염 위험성	✓	-
복막염	지식부족	-	✓
	감염 위험성	✓	-
	체액부족의 위험성	✓	-
	통증	-	✓
염증성 장질환	체액과 전해질 부족	-	✓
	설사	✓	-
	영양부족	✓	✓
	통증	✓	✓
	체액부족	-	✓
	전해질 부족	-	✓
	지식부족	✓	✓
	불안	-	✓
	비효율적 대응 위험	✓	-
	손상 위험성	✓	-
	신체상장애 위험성	✓	-
	비효율적 이행의 위험성	✓	-
	성기능 장애	✓	-
장폐색	체액부족	✓	-
	조직관류 변화와 위험성	✓	-
	통증	-	✓
	체액과 전해질 부족	-	✓
담도계 질환	조직관류 감소	-	✓
	통증	✓	✓
	체액부족	✓	-
	지식부족	✓	✓
	신체손상의 위험성	✓	-
	비효율적 대응	✓	-
	불안	✓	-
영양과 체액부족	-	✓	

계속

복부질환	간호진단	서문자의 (2004)	최정신의 (2002)
췌장염	통증	✓	✓
	불안	✓	-
	체액부족	✓	✓
	비효율적 호흡양상	✓	-
	영양부족	✓	✓
	지식부족	✓	-
	신체손상의 위험성	✓	-
	비효율적 대응	✓	-
	전해질 부족	-	✓
	피부손상 위험성	-	✓
	감염 위험성	-	✓

<부록-3> 복통환자의 간호진단별 영역, 과, 간호중재의 건수

영역	진단	급성 통증	낙상 위험	감염의 위험	체액불균형 위험성	비효과적 조직관류 -위장관	체액 부족	피부통합성 장애의 위험	고체 온	오 심	심박출 량감소
생리학적; 기본적		234	-	1	331	300	4	3	6	51	4
생리학적; 복합적		80	-	103	50	24	41	50	56	43	103
안전		69	116	116	50	44	9	5	45	13	3
행동학적		-	-	-	19	15	3	31	-	14	-
건강체계		33	-	3	5	1	2	10	4	10	16
가족		-	48	-	-	-	-	-	-	-	-

영역	진단	비효과적 조직관류 -뇌조직	비효과적 조직관류 -신장	수면 양상 장애	비효율적 호흡양상	영양 신체 요구량 보다 적음	불균형; 요구량 적음	설 사	변 비	이 동 장 애	언어적 의사소통 장애	계 (순위)
생리학적; 기본적		-	-	-	-	10	4	5	4	-	-	957 (1)
생리학적; 복합적		21	8	2	24	2	1	-	1	-	-	610 (2)_
안전		-	-	-	6	2	1	-	2	-	-	484 (3)_
행동학적		-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	84 (4)
건강체계		1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	84 (4)
가족		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48 (6)

과	진단	급성 통증	낙상 위험	감염의 위험	체액 불균형 위험성	비효과적 조직관류 위장관	체액 부족	피부통합성 장애의 위험	고체 온	오 심	심박출량 감소
신체안위증진		232	-	-	132	125	1	-	6	26	-
위험관리		69	116	116	53	44	9	5	45	13	3
영양지지		2	-	-	131	118	-	-	-	18	-
약물관리		74	-	38	12	10	1	5	11	33	7
조직관류관리		6	-	-	13	-	38	-	9	10	92
체온조절		-	-	56	-	-	-	-	36	-	-
정보관리		33	-	3	3	1	2	10	4	10	16
환자교육		-	-	-	19	15	3	31	-	14	-
활동과 운동관리		-	-	-	38	31	-	-	-	-	-
배설관리		-	-	-	30	26	-	-	-	-	-
수명간호		-	48	-	-	-	-	-	-	-	-
피부상처관리		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
전해질과 산염기관리		-	-	-	27	14	-	-	-	-	-
호흡관리		-	-	9	-	-	2	-	-	-	4
신경계관리		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
자기간호촉진		-	-	-	-	-	-	3	-	7	-
부동관리		-	-	1	-	-	3	-	-	-	4
언어적 의사소통장애		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
피부상처관리		-	-	-	-	-	-	45	-	-	-
대처보조		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

계속

과 진단	비효과적	비효과적	수면양 상장애	비효율적 호흡양상	영양불균형 ;신체요구량 보다 적음	설 사	변비	이동 장애	언어적 의사 소통장애	계 (순위)
	조직관류 -뇌조직	조직관류 -신장								
신체안위증진	-	-	-	-	-	-	-	-	-	522 (1)
위험관리	-	-	-	6	2	1	-	2	-	484 (2)
영양지지	-	-	-	-	10	-	-	-	-	279 (3)
약물관리	-	-	2	-	1	-	-	-	-	194 (4)
조직관류관리	-	8	-	-	1	-	-	-	-	176 (5)
체온조절	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92 (6)
정보관리	1	-	-	-	-	-	-	-	-	82 (7)
환자교육	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81 (8)
활동과 운동관리	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69 (9)
배설관리	-	-	-	-	-	4	5	-	-	65 (10)
수명간호	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48 (11)
피부상처관리	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45 (12)
전해질과 산염기관리	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41 (13)
호흡관리	-	-	-	24	-	-	-	-	-	39 (14)
신경계관리	21	-	-	-	-	-	-	4	-	25 (15)
자기간호촉진	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10 (16)
부동관리	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8 (17)
언어적 의사소통장애	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3 (18)
피부상처관리	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2 (19)
대처보조	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2 (20)

중재	진단	금성 통증	낙상 위험	감염의 위험	체액불 균형 위험성	비효과적 조직관류 -위장관	체액 부족	피부통합성 장애의위험	고체 온	오 심	심박 출량 감소
운동요법;걷기		14	-	-	38	31	-	-	-	-	-
배변관리		-	-	-	30	26	-	-	-	-	-
위장관삽입		-	-	-	13	10	-	-	-	4	-
튜브간호 ; 위장관		2	-	-	114	108	3	-	-	14	-
단계별 식이요법		-	-	-	2	-	-	-	-	-	-
영양관리		-	-	-	2	-	-	-	-	-	-
통증관리		186	-	-	69	54	1	-	-	-	-
오심관리		24	-	-	32	28	-	-	-	23	-
구토관리		22	-	-	31	43	-	-	-	3	-
전해질관리		8	-	-	4	6	-	-	-	-	-
전해질 모니터링		3	-	-	17	8	-	-	-	-	-
수액관리		3	-	-	-	-	1	-	-	4	-
고혈당관리		-	-	-	6	-	-	-	-	-	-
투약		71	-	38	10	10	1	5	11	33	7
투약관리		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
교육;처방식이		-	-	-	19	15	3	-	-	11	-
교육;질병과정		-	-	-	-	-	-	-	-	3	-
수액감시		6	-	-	10	-	-	-	-	-	-
정맥주사놓기		6	-	-	3	-	-	-	-	6	4
감시		40	-	25	35	22	3	1	8	4	3
활력증상 감시		29	-	9	15	22	6	-	27	9	-
의뢰		33	-	-	5	1	2	10	4	10	16
낙상방지		-	116	-	-	-	-	4	-	-	-
가족동원		-	48	-	-	-	-	-	-	-	-
침상안정간호		-	-	1	-	-	3	-	-	-	4

계속

중재	진단	금성통증	나 상 위험	감염의 위험	체액불 균형 위협성	비효과적 조직관류 위장관	체액 부족	피부통합성 장애의 위험	고체온	오심	심박출 량감소
산소요법	-	-	-	9	-	-	2	-	-	-	4
체온조절	-	-	-	56	-	-	-	-	36	-	-
감염에 대한 보호	-	-	-	82	-	-	-	-	10	-	-
출혈감소;위장	-	-	-	-	-	-	19	-	-	-	-
저혈량증 관리	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	20
정맥주사요법	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-
회음부간호	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-
욕창예방	-	-	-	-	-	-	-	45	-	-	-
건강교육	-	-	-	-	-	-	-	31	-	-	-
열/냉찜질	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-
수액/전해질 관리	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-
구강건강증진	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-
혈류동태조절	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68
신경계관리	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
안전감강화	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
기도관리	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
호흡과 관련된 자료감시	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
영양요법	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
영양섭취모니 터링	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
설사관리	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
피부감시	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
변비/변매복 관리	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
환경관리	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
의사소통강화; 언어적 장애	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

계속

중재 진단	비효과적 조직관리 조직 변조	비효과적 조직관리 조직 신장	수면양 상장애	비효율적 호흡양상	영양불균형; 신체요구량 보다 적음	설 사	변 비	이동 장애	언어적 의사소통 장애	계(순위)
운동요법 ;걸기	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69 (12)
배변관리	-	-	-	-	-	-	3	-	-	59 (14)
위장관삽입	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27 (20)
튜브간호 ;위장관	-	-	-	-	-	-	-	-	-	238 (2)
단계별 식이요법	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 (44)
영양관리	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 (44)
통증관리	-	-	-	-	-	-	-	-	-	310 (1)
오심관리	-	-	-	-	-	-	-	-	-	106 (7)
구토관리	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100 (8)
전해질관리	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10 (27)
전해질 모니터링	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25 (21)
수액관리	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18 (26)
고혈당관리	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6 (36)
투약	-	-	2	-	1	-	-	-	-	184 (3)
투약관리	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7 (32)
교육 ;처방식이	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48 (15)
교육 ;질병과정	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3 (41)
수액감시	-	8	-	-	-	-	-	-	-	8 (30)
정맥주사 놓기	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19 (24)
감시	-	-	-	3	-	-	-	-	-	147 (4)
활력증상 감시	-	-	-	3	2	1	-	-	-	123 (5)
의뢰	1	-	-	-	-	-	-	-	-	82 (11)
낙상방지	-	-	-	-	-	-	-	-	-	120 (6)
가족동원	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48 (15)
침상안정 간호	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8 (30)

계속

중재	진단	비효과적 조작관류 뇌조직	비효과적 조작관류 -산상	수면 이상 장애	비효율적 호흡양상	영양불균형; 신체요구량 보다 적음	실 사	변 비	이동 장애	언어적 의사소통 장애	계 (순위)
산소요법	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	22 (23)
체온조절	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92 (9)
감염에 대한 보호	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92 (9)
출혈감소 ;위장	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19 (24)
저혈량증 관리	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31 (18)
정맥주사 요법	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	7 (32)
회음부간호	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3 (41)
욕창예방	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45 (17)
건강교육	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31 (18)
열/냉찜질	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6 (36)
수액/전해질 관리	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9 (29)
구강건강 증진	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7 (32)
혈류동태 조절	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68 (13)
신경계관리	21	-	-	-	-	-	-	-	4	-	25 (21)
안전감강화	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2 (44)
기도관리	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	10 (27)
호흡과 관련된 자료감시	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	7 (32)
영양요법	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	6 (36)
영양섭취모 니터링	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	4 (39)
설사관리	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	4 (39)
피부감시	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2 (44)
변비/변매복 관리	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2 (44)
환경관리	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2 (44)
의사소통강화; 언어적 장애	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3 (41)

<ABSTRACT>

Analysis of Nursing Diagnoses and Nursing Interventions
for Patients in ER with Abdominal Pain.

Oh, Hyun shik
Department of Emergency Care
Graduate School of Nursing
Yonsei University

Abdominal pain is one of the most common complaints that patients in the ER have. Furthermore, the type of abdominal pain, from slight symptoms to excruciating pain, requiring clinical action, varies greatly. Patients expect immediate pain relief and immediate nursing intervention and therefore nursing activity for abdominal pain is an important issue for nurses in the ER.

The aim of this research was to provide a solid foundation and good basic information for nursing diagnoses and nursing interventions for patients who have with abdominal pain and are in the ER. The research was focus on the frequency of various actions that are currently being used and have been used in the past.

This is a retrospect research project, and it was done using 115 charts of patients without traumatic injury who were seen in the ER. The patients were all over-15 years of age, complained of abdominal pain, were patients in the ER of one university hospital of Seoul and had nursing diagnoses on the medical chart. Data collection was done from, April 1 to May 31, 2006.

Research process and method of analysis: After the vocabulary used on the medical charts of the 115 patients for nursing diagnosis had been united and standardized using the nursing diagnosis list developed by NANDA, the frequency for each diagnosis was tabulated. Then, the nursing actions for each

nursing diagnosis were tabulated and finally, using the nursing intervention classification(NIC) developed by the IOWA Classification of Nursing Intervention Teams nursing actions for each nursing diagnosis were classified by type/ nursing intervention domain and then classes of nursing interventions/ and nursing intervention. By doing so, nursing intervention according to nursing diagnosis and the frequency of nursing intervention were identified.

The results of this research are as follows:

1. The total number of nursing medical charts for patients complaining of abdominal pain in the ER was 426 and for 347 there was a nursing diagnosis. Out of the 115 that were used for this research, there were 19 with nursing diagnoses. The highest frequency was for acute pain (89 cases), then, risk of injury from falling (71 cases), risk of infection (39 cases), and risk of imbalanced in body fluids (38 cases).

2. From the 19 cases with nursing diagnosis, 380 nursing actions were recorded and the frequency of nursing actions was 2,267.

3. Frequency of domains of nursing interventions by nursing diagnosis (top 5): For acute pain: basic physiological (234 cases), complex physiological (80), safety (69), and health system (33). For risk for falls: safety (116), and family (48). For risk of Infection: safety (116), complex physiological (103), health system (3), and basic physiological (1). For risk for imbalance in fluid volume: basic physiological (331), safety (50), complex physiological (50), behavioral [S1](19), and health system (5). For Ineffective Tissue Perfusion (Gastrointestinal): basic physiological (300), safety (44), complex physiological (24), behavioral [S2] (15), and health system (1).

4. Frequency of classes of nursing intervention according to diagnosis (top 5): For acute pain: body security promotion (232), medicine/drug management

(74), risk management (67), and information management (33). For risk for falls: risk management (116), and nursing patient's longevity (48). For risk of infection: risk management (116), regulation of body temperature (56), and medicine/drug management (38). For risk for imbalance fluid volume: body security promotion (132), maintenance of good nutrition (131), risk management (50), activity and exercise management (38), and excretion management (30). For Ineffective Tissue Perfusion (Gastrointestinal): body security promotion (125), maintenance of good nutrition (108), risk management (44), activity and exercise management (31), and excretion management (26)

5. Frequency of interventions of nursing intervention according to nursing diagnosis (top 5): For acute pain: pain management (186), medication administration (71), and surveillance (40). For risk for falls: fall prevention (116), and family mobilization (48). For risk of Infection: infection protection (82), temperature regulation (56), and medication management (38). For risk for imbalance fluid volume: tube care: gastrointestinal (114), pain management (69), and surveillance (35). For Ineffective Tissue Perfusion (Gastrointestinal): tube care: gastrointestinal (108), pain management (54), nausea management (43), and exercise therapy; ambulation (31).

As the frequencies of nursing intervention and diagnoses currently being used for patients in the ER complaining of abdominal pain were identified in this study, it is hoped that the results will be used as a basic information for nursing action for patients with abdominal pain in the ER.

Key words : abdominal pain, nursing diagnosis, nursing intervention