

노인의 섬망, 치매 및 우울 선별에 대한 근거중심 실무지침 수용개작

장희정¹ · 김정희² · 신수진³ · 황은희⁴

한림대학교 의과대학 간호학부¹, 단국대학교 보건과학대학 간호학과², 순천향대학교 의과대학 간호학과³,
원광대학교 의과대학 간호학과⁴

Adaptation of a Translated Guideline on Screening for Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults

Jang, Hee Jung¹ · Kim, Jung Hee² · Shin, Su Jin³ · Hwang, Eun Hee⁴

¹Division of Nursing, Hallym University, Chuncheon

²Department of Nursing, Dankook University, Cheonan

³Department of Nursing, Soon Chun Hyang University, Cheonan

⁴Department of Nursing, Wonkwang University, Iksan, Korea

Purpose: The aim of this methodological study was translation and adaption of the evidence based guideline of the RNAO in Canada, for screening of delirium, dementia and depression in older adults. **Methods:** The guideline adaptation process was conducted according to the standardized methodology for nursing practice guideline adaptation developed by Korean Hospital Nurses Association. Quality of the RNAO guideline was evaluated using AGREE II tool. Then the guideline was translated into Korean and a preliminary guideline was established after appropriateness and applicability were checked by an expert group. **Results:** The adapted screening practice guideline consisted of 3 domains and 11 recommendations, including practice, education, organization and policy. Of the recommendations 9.1% were graded A, 27.3%, B, and 63.6%, C. **Conclusion:** This guideline is expected to contribute to improving nursing quality by offering it as a guide to evidence based practices for screening delirium, dementia and depression in Korean older adults.

Key Words: Evidence-based nursing, Clinical practice guideline, Delirium, Dementia, Depression

서 론

1. 연구의 필요성

노인인구가 증가함에 따라 간호사는 다양한 환경에 있는 노인 간호를 제공해야 한다. 연령이 증가함에 따라 섬망, 치매, 우울이 증가한다는 결과가 다수 발표되고 있다[1-3]. 간호사는 섬망, 치매, 우울이 흔히 공존할 수 있다는 것을 인식하

고, 이러한 문제를 확인할 수 있는 근거를 찾아야 한다[4]. 또한 치료가 가능하고 가역적인 상태에 대한 즉각적인 중재가 이루어질 수 있도록 계속해서 사정을 실시하고 섬망이나 우울이 의심되면, 즉각적인 중재와 의뢰가 이루어지도록 권장된다 [4,5].

섬망은 인지장애, 지남력 상실, 주의력 장애, 의식수준의 감소나 지각력 장애의 갑작스런 급성 발병으로 특징지어지는 일시적인 장애가 있는 정신 상태로 급성 신체질환의 치료를

주요어: 근거기반 간호, 임상실무지침, 섬망, 치매, 우울

Corresponding author: Hwang, Eun Hee

Department of Nursing, Wonkwang University, 460 Iksan-daero, Iksan 570-749, Korea.

Tel: +82-63-850-6071, Fax: +82-63-850-6060, E-mail: ehh@wku.ac.kr

Received: Feb 27, 2015 / Revised: Apr 20, 2015 / Accepted: Aug 13, 2015

위해 입원한 모든 노인 환자의 7~46%가 섬망을 경험한다고 추정하고 있다[6,7]. 노인에게 흔히 나타나는 섬망은 조기에 발견하지 못하고 치료가 안되는 경우 합병증, 재원기간 연장, 장기시설입소 및 사망에 이르기까지 부정적인 결과를 초래한다[8,9]. 그러나 간호사는 명료하게 설명하기 어렵고 흔히 지나치기 쉽고 기복이 심한 섬망의 증상을 발견하는 데 최적의 위치에 있다[10].

우리나라의 65세 이상 노인의 치매 유병률은 2008년 8.4%, 2010년 8.8%, 2012년 9.18%로 해마다 높아져 왔으며, 2013년의 경우 치매 환자수가 576,000명에 이르며, 2020년에는 840,010명, 2030년에는 1,272,444명으로 증가할 것으로 추정된다[11]. 또한 노년기의 우울은 주요 건강관심사이며, 우울 노인의 사망률과 이환율이 증가하고 심장질환이나 암, 만성 우울 등의 다른 질병과 공존이환률(comorbidity)이 높다[12]. 우울로 인한 가장 큰 문제는 노인 자살이고 노인은 다른 연령에 비해 자살률이 가장 높은 위험을 갖고 있다. 우리나라 자살률은 15~24세의 청소년이 10만 명당 약 9.3명인 것에 비해 65~74세 이상 노인은 약 59.8명, 75세 이상 노인은 97.3명으로 보고되어[13], 노인의 우울 및 자살이 주요관심사가 되어야 함을 시사하고 있다.

특히 노인에게 나타나는 섬망, 치매와 우울은 흔히 복잡하고 다면적 특성을 가지기 때문에 잘 인식하지 못하는 경우가 많고 이러한 인식 부족은 노인의 삶의 질, 질병률과 사망률에 영향을 미친다. 따라서 간호사가 섬망, 치매, 우울을 인식하고 시기적절하게 선별하는 것은 환자의 임상경과를 향상시키고, 의료 비용을 감소시킬 것이다. 따라서 전문직 간호사는 정신건강문제를 가진 노인대상자와 가족에게 비용은 절감되 환자 결과를 향상시키는 효과적이고 안전한 최상의 실무를 제공하는 것에 초점을 맞추어야 한다[14]. 즉, 간호사는 근거에 기반한 최선의 간호실무를 제공함으로써 노인 정신건강 문제를 조기에 발견하고 적절한 관리 전략을 모색하는 것이 중요하다.

그러나 현재 국내에서 노인의 정신건강 문제를 조기발견하기 위해 실무에서 적용 가능한 근거지침이 개발된 것이 없으며, 국내 의학 분야에서 개발된 진료지침으로는 치매임상진료지침[15], 일차의료기관에서의 우울증 선별에 관한 진료지침[16]이 있으나 노인을 돌보는 간호사가 현장에서 적용 가능한 실무지침은 거의 없는 실정이다. 이에 본 연구에서는 국내 간호학 분야에서 근거기반 지침을 개발하기 위한 전문가가 부족한 실정을 감안하여, 수용개작방법을 이용하여 노인을 돌보는 간호사가 실무현장에서 섬망, 우울, 치매가 의심되는 대

상자에게 적용할 수 있는 실무지침을 개발하고자 하였다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 간호분야 실무지침 수용개작 방법론[17]에 따라 노인의 섬망, 치매, 우울 선별에 대해 국외에서 개발된 근거기반 실무지침을 선정하고 이를 수용개작하여 국내 의료기관 및 노인시설에서 사용가능한 근거기반 실무지침을 개발하는 것이다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 노인의 섬망, 치매, 우울의 선별 실무지침을 개발하기 위해 이 주제에 대해 국외에서 개발된 최선의 근거가 확보된 양질의 근거기반 실무지침을 선정한 후 이들 지침을 수용개작한 방법론적 연구이다.

2. 연구대상 실무지침

본 연구에서 수용개작 대상이 되는 지침은 노인 환자를 대상으로 섬망, 치매, 우울의 선별 방법을 다루고 있는 지침이다. 본 지침은 간호사에게 노인의 섬망, 치매 및 우울의 평가와 선별에 대한 실무를 안내하는 8개의 '실무권고', 간호사의 실무지침 시행을 위한 교육기관과 조직에 대한 2개의 '교육권고' 그리고 간호사의 실무를 용이하게 하는 실무 세팅과 환경에 대한 1개의 '조직과 정책권고'로 구성되어 있다. 구체적인 수용개작 대상 실무지침 검색과정은 연구 진행절차에 제시하였다.

3. 연구도구

1) 실무지침 질 평가도구

실무지침의 질 평가도구로 Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II) 도구를 사용하였다[18]. 이 도구는 6개 영역 23개 문항과 전반적 평가 2개 문항으로 구성되어 있다. 문항별로 1~7점으로 평가하도록 되어있으며 점수의 의미는 '전혀 동의 안함' 1점에서 '매우 동의함' 7점이다.

2) 실무지침 권고안 평가도구

실무지침 초안의 권고안 내용에 대해 전문가가 지각하는

권고안의 적절성과 적용가능성을 평가하기 위해 Research and Development (RAND) Corporation이 전문가 합의 (consensus)를 확인하기 위해 개발한 RAND/UCLA Appropriateness Method (RAM) 의사결정방법에 따라 1~9점 척도의 도구를 사용하였다[19].

권고안의 적절성은 대상자의 경험 및 지식을 바탕으로 해당권고의 적절성을 평가하도록 한 것이며, 점수의 의미는 1점 '매우 부적절하다', 5점 '중립이다', 9점 '매우 적절하다'이다. 권고안의 적용가능성은 대상자가 근무하는 임상현장에서 해당권고의 실행가능성을 평가하도록 한 것으로, 점수의 의미는 1점 '적용가능성이 매우 낮다', 5점 '중립이다', 9점 '적용가능성이 매우 높다'이다. 권고안의 적절성과 적용가능성을 낮게 평가한 경우 그 이유와 수정의견을 기록하도록 하였다.

전문가의 평가결과에 따른 적정성 분류는 RAM 의사결정방법에 따라 시행하여 부적절한(inappropriate), 불확실한(uncertain), 적절한(appropriate)으로 분류된다. 분류기준을 보면 부적정은 불일치없이 패널의 중앙값이 1~3사이, 불

확정은 불일치이거나 패널의 중앙값이 4~6사이, 적정은 불일치없이 패널의 중앙값이 7~9사이이다.

4. 연구진행

노인의 섬망, 치매, 우울의 선별 실무지침의 수용개작은 국내 실정에 맞도록 개발하여 간호분야 선행연구[20]에서도 적용되고 있는 병원간호사회에서 개발한 간호분야 실무지침 수용개작 방법론[17]에 따라 시행되었다. 수용개작 과정은 24단계를 거쳐 진행되었으며 구체적인 업무와 일정은 Table 1과 같다.

1) 1단계: 개발그룹-운영위원회 구성

운영위원회의 구성은 간호대학 교수 4명으로 이루어졌다. 운영위원회는 실무지침의 수용개작 과정 전체를 총괄하며, 수용개작 할 간호 실무지침의 선정, 수용개작의 범위와 방법론, 실무위원회의 구성, 수용개작 계획의 수립 등을 담당하였다.

Table 1. Process for Adaptation of the Best Practice Guideline: Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults

Modules	Processes	Schedules	
Section 1: Planning	1. Preparation	Step 1. Establish a guideline evaluation group: Planning level	2013. 10. 12
		Step 2. Determine the nursing practice questions	2013. 10. 12
		Step 3. Search for guidelines and other relevant documents	2013. 11. 08
		Step 4. Determine evaluation method	2013. 11. 30
		Step 5. Establish a guideline evaluation group: Working level	2013. 11. 30
		Step 6. Perform planned works	2013. 11. 30
	2. Scope decision and documentation	Step 7. Determine scope and key question	2014. 01. 10
		Step 8. Document the adaptation plan	2014. 01. 10
Section 2: Adaptation	3. Search and screen	Step 9. Search for guidelines and other relevant documents	2014. 01. 10
		Step 10. Screen retrieved guidelines	2014. 02. 13
	4. Guideline appraisal	Step 11. Assess guideline	2014. 03. 31
		Step 12. Assess the newest of the guideline	2014. 03. 31
		Step 13. Assess the contents of the guideline	2014. 03. 31
		Step 14. Assess the evidence	2014. 03. 31
		Step 15. Assess the acceptability/applicability	2014. 03. 31
	5. Decision and selection	Step 16. Review assessments	2014. 04. 05
		Step 17. Selection and adaptation of the recommendations	2014. 04. 05
	6. Prepare draft adapted guideline	Step 18. Draft the guideline document	2014. 04. 05~05. 30
Section 3: Finalization	7. External review /acknowledgement	Step 19. External review	2014. 06. 01~06. 30
		Step 20. Finalize the guideline	2014. 07. 31
		Step 21. Organize source documents and references	2014. 09. 04
	8. Plan scheduled update	Step 22. Scheduled review and revision of guideline	2014. 09. 04
	9. Final production	Step 23. Produce final guidance document	2014. 09. 04

2) 2단계: 간호 실무지침의 주제 선정

운영위원회에서는 노인전문간호사과정 운영경험을 바탕으로 노인간호 분야의 주요 간호문제와 전문간호사로서 증상 감별을 위한 상급 사정영역에 대해 논의를 하였고, 관련 연구를 검토하였다. 그 결과, 병원이나 지역사회 기관에서 유용하게 사용할 수 있는 노인 간호를 위한 선별 지침을 우선 순위로 선정하였다.

3) 3 단계: 기존 실무지침 검토

선정된 주제에 대하여 현재 개발된 근거기반 실무지침이 있는지를 검토하였다. 검색사이트로는 임상 실무지침을 개발하는 국가별 대표적 조직인 Guideline International Network (GIN), National Guidelines Clearinghouse (NGC), Hartford/Csoma Center for Geriatric Nursing Excellence, National Health Service National Institute for Clinical Excellence (NICE), Royal College of Nursing (RCN), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Canadian Medical Association (CMA) Infobase, Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), Joanna Briggs Institute (JBI), National Health and Medical Research Council (NHMRC), New Zealand Guidelines Group (NZGC), Korean Guideline Clearinghouse (KGC), 임상진료지침 정보센터(KoMGI)의 13개 웹사이트를 이용하였다.

4) 4 단계: 개발방법의 결정

운영위원회 회의에서 노인 간호를 위한 선별 지침 주제에 대해 검색된 지침은 ‘노인의 섬망, 치매, 우울 선별 실무지침’ 1개이었고, 이를 수용개작하기로 결정하였다.

5) 5 단계: 개발그룹-실무위원회 구성

실무위원회는 수용개작을 실제 담당하게 되는데, 실무위원은 운영위원 4명 전원으로 구성되었다. 이들은 근거기반간호학회 및 임상진료지침 개발 관련 학회의 교육 이수를 통해 근거기반 실무지침의 개발 및 수용개작 방법론에 대한 지식을 갖고 있는 간호대학 교수들이다. 이들이 이수한 교육의 주제는 수용개작 방법론, 수용개작 경험, AGREE II 평가도구(진료지침 질평가 도구), AGREE II 도구를 사용한 실무지침 평가 연습 등이었다.

6) 6 단계: 기획업무 수행

실무지침의 수용개작을 위한 기획업무로 운영위원회에서

는 정성적 합의과정을 통해 이해관계 선언, 합의과정, 승인기구 선정, 저자됨 결정, 보급 및 실행전략을 결정하였다. 추후 실무지침의 보급 및 실행에 대해서는 노인간호사회와 협의하여 결정하기로 하였다.

7) 7 단계: 범위와 핵심질문 결정

실무지침의 범위는 임상진료지침 수용개작 매뉴얼 version 2.0[21]에서 권고하고 있는 Patient population, Intervention, Professions/patients, Outcomes, Healthcare setting (PIPOH) 양식에 따라 결정하였다.

대상자군은 65세 이상 노인 환자로, 중재는 섬망, 치매, 우울 선별이며, 전문가는 노인을 간호하는 간호사, 결과는 노인의 섬망, 치매, 우울 선별과 이를 통한 개별화된 간호 의사결정 활용 도모, 보건의료현장은 모든 의료기관으로 정하였다.

실무지침의 목적은 간호사가 노인을 간호하면서 우울, 섬망, 치매 선별 시 근거에 기반한 의사결정과 표준화된 실무를 수행하게 함으로써 노인 환자 간호의 질 향상은 물론, 간호 실무의 표준화와 효율성을 향상시키기 위함이다.

실무지침의 범위는 노인의 섬망, 노인의 치매, 노인의 우울, 노인 우울과 섬망 및 치매의 선별(우울 평가 도구, 섬망 평가 도구, 치매 평가 도구, 우울과 섬망 선별 도구, 섬망과 치매 선별 도구, 우울과 섬망 선별 도구, 우울과 섬망과 치매 선별 도구)에 이르는 4개 영역, 10개를 결정하였다.

8) 8 단계: 수용개작 계획의 문서화

개발그룹은 수용개작 과정을 확정하고, 수용개작 진행과정 일정표를 작성하였다(Table 1).

9) 9 단계: 실무지침 검색

노인 섬망, 치매, 우울 선별에 대한 실무지침 검색을 위하여 7단계에서 결정한 범위/핵심질문에 기초하여 검색전략을 개발하였다. 사용 언어는 영문과 국문 검색어로 하였으며, 검색어는 ‘depression of the elderly’, ‘delirium of the elderly’, ‘dementia of the elderly’, ‘depression screen’, ‘delirium screen’, ‘dementia screen’이었다. 검색사이트가 모두 지침을 검색하는 곳이므로 지침검색어는 추가하지 않았다.

검색기간은 수용개작의 대상이 되는 최신 지침을 선정하기 위해 2000년 1월부터 2013년 9월까지로 설정하였다.

10) 10 단계: 검색된 실무지침에 대한 선별작업

실무위원회에서는 검색된 지침을 선별하기 위해 지침 선택

을 위한 포함·제외 기준을 결정하였다. 선택기준은 1. 근거중심지침(체계적 문헌 검색에 대한 보고가 있고, 권고의 근거가 명확한 지침), 2. 국제적 단위, 학회 개발 지침, 3. 특정 시점 이후에 발표된 지침, 4. 동료 검토가 이루어진 지침, 5. 특정 언어(영어, 한국어)로 작성된 지침으로 하였다. 제외기준은 1. 대표성이 없는 단일 저자 지침, 2. 참고문헌 없이 출판된 지침, 3. 최신성이 떨어지는 지침(2000년 이전에 개발된 지침), 4. 개정 진행 중인 지침, 5. 특정 영역에 국한되어 포괄성이 낮은 지침, 6. 원문을 구할 수 없는 지침으로 하였다. 검색 결과 확인된 실무지침은 총 38개였으며, 선택 기준과 제외 기준에 따라 최종 1개의 지침 RNAO 'Screening for delirium, dementia and depression in older adults'가 선별되었다. RNAO에서 개발한 지침은 웹사이트에서 무상으로 다운받아 사용할 수 있도록 하고 있어 저자로부터 별도의 사용 승인을 받지 않았다.

11) 11 단계: 실무지침의 질평가

수용개발 대상이 되는 최종 실무지침에 대한 질 평가를 실시하였다. 실무지침의 질 평가도구로 AGREE II 도구[18]를 사용하였다. AGREE II 도구는 해당 영역에 포함되어 있는 개별 평가 항목의 점수를 모두 합산하고, 이 합산한 점수를 해당 영역에서 받을 수 있는 최고점에 대한 백분율로 환산한 지표를 사용하여 영역별 표준화 점수를 산출이 가능하다. AGREE II 도구에서는 개발의 엄격성 영역의 표준화 점수가 50% 이상이거나, 중앙값보다 큰 점수를 받은 지침을 수용하도록 추천한다. 진료지침 종합평가는 진료지침의 전반적인 질을 평가하고 진료지침 사용의 추천여부를 '사용을 추천함', '사용을 추천함(수정이 필요)', '사용을 추천 안함'의 세 가지로 전체적인 판단을 하기에 지침을 선정하는 의사결정에 많이 활용되는 장점이 있다[22].

실무지침의 질을 평가하는 경우 최소한 2명 이상의 평가자가 평가하도록 하고 있으며, 본 연구에서는 지침에 따라 4명이 지침의 질평가를 실시하였다(Table 2). 영역별 표준화 점수를 산출한 결과, 6개 영역이 66.7~86.1%의 범위였으며 모두 60% 이상으로 확인되어 RNAO 선별지침을 수용개발하기로 결정하였다.

12) 12 단계: 실무지침의 최신성 평가

실무지침의 최신성 평가는 지침의 출판일을 검토하여 이루어졌는데 RNAO 실무지침은 2003년에 출판된 것을 2010년에 수정·보완하여 출판되어서 최신성이 확보되었다고 간주

할 수 있었다.

13) 13 단계: 실무지침의 내용 평가

실무지침의 내용을 평가하기 위하여 핵심질문에 따라 지침의 권고내용 확인하였다. 실무지침의 내용 평가는 본 연구를 위해 구성된 실무위원으로 근거기반 실무지침의 개발 및 수용 개작 방법론에 대한 지식을 갖고 있으며 노인 관련 연구 경력, 노인전문간호사 자격 및 관련 임상경험을 갖고 있는 간호대학 교수들로 실무지침 내용 평가를 위한 전문성을 갖추고 있다.

14) 14 단계: 실무지침의 근거 평가

실무지침의 근거평가는 실무지침에서 근거의 검색전략과 선택과정을 평가하였다. 평가결과 RNAO 실무 지침은 근거 검색이나 문헌 선택과정이 상세히 기술되어 있어 근거검색의 포괄성이 높은 것으로 평가하였다.

15) 15 단계: 권고의 수용성과 적용성 평가

실무지침의 권고안이 국내 의료기관과 지역사회에서 노인을 간호하는 간호사에게 수용될 만한 지와 적용가능한지를 평가하였다. 본 실무지침은 특정한 장소, 인력, 시스템에 대해 제한을 두지 않고 있기에 상급종합병원에서 노인 병원까지 적용가능하며, 각 병원의 전문성에 구분 없이 임상간호사가 수용하고 적용하는데 문제가 없는 것으로 평가되었다.

16) 16 단계: 평가의 검토

11~15단계에 시행된 실무지침의 질, 근거, 내용, 수용성 및 적용성 평가 결과를 실무위원회에서 전반적으로 검토하고 논의하였다. 논의결과 RNAO 실무지침을 최종 수용개발 대상 지침으로 확정하였고, RNAO (www.rnao.org)에서 개발한 지침은 웹사이트에서 무상으로 다운받아 사용할 수 있도록 하고 있어 저자로부터 별도의 사용승인을 받지 않았다(Table 3).

17) 17 단계: 권고의 선택과 수정

수용개발 대상 지침이 1개이므로 권고안을 선택하고 수정하는 과정은 생략하였다.

18) 18 단계: 수용개발 실무지침 초안 작성

수용개발 실무지침의 초안 작성을 위해 핵심질문을 실무위원에게 나누어 분배하고, 실무위원은 담당한 핵심질문에 대한 실무지침 초안(권고안)을 작성하였다. 실무지침 초안 작성은 영문 실무지침을 각 실무위원들이 국문으로 번역하고, 이

Table 2. Evaluation of the Quality of the Best Practice Guideline: Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults using the AGREE II Instrument

Domain	Items	Item scores	Domain scores (%)
Scope and purpose	1. The overall objective (s) of guideline is (are) specifically described.	7.0	83.4
	2. The health question (s) covered by the guideline is (are) specifically described.	5.5	
	3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.	5.5	
Stakeholder involvement	4. The guideline development group includes individuals from all the relevant professional groups.	6.5	80.6
	5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.	4.5	
	6. The target users of the guideline are clearly defined.	6.5	
Rigour of development	7. Systematic methods were used to search for evidence.	7.0	79.7
	8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.	7.0	
	9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.	4.0	
	10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.	6.0	
	11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.	4.5	
	12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.	7.0	
	13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.	5.0	
	14. A procedure for updating the guideline is provided.	7.0	
Clarity of presentation	15. The recommendations are specific and unambiguous.	6.5	86.1
	16. The different options for management of the condition of health issue are clearly presented.	5.0	
	17. Key recommendations are easily identifiable.	7.0	
Applicability	18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.	5.0	68.8
	19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	7.0	
	20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.	3.0	
	21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.	5.5	
Editorial independence	22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.	4.5	66.7
	23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.	5.5	

를 실무위원들끼리 교차 검토한 후 전체 회의를 통해 국문으로 번역된 지침의 권고안을 원본과 비교하여 읽어가며 의미의 정확성과 적합성 여부를 전원 합의에 의해 채택하였다. 권고안의 초안을 수정하는 과정은 3차례 회의에 걸쳐 이루어졌다. 본 수용개작 대상 지침이 2010년에 발간되어 2009년까지의 문헌에 기반을 두고 있어서 권고안의 최신성을 유지하기 위해 2011년 이후에 출판된 무작위 대조연구, 체계적 고찰 논문을 국외 문헌의 경우 PubMed, CINAHL을 통해, 국내 문헌의 경

우 한국교육학술정보원(RISS)와 한국학술정보(KISS), Korea Med, 한국의학논문데이터베이스, 한국간호과학회 8개 산학 학회 홈페이지 검색을 통해 81개 문헌을 검토하였고, 권고안은 수정 없이 그대로 채택하였다.

19) 19 단계: 1차 외부검토

전문가를 대상으로 실무지침 초안의 권고안에 대해 적절성과 적용가능성을 평가하였다. 조사대상자는 노인의학전문의

Table 3. Best Practice Guideline: Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults

Recommendation	Strength of evidence
Practice recommendation	1. Nurses should maintain a high index of suspicion for delirium, dementia and depression in older adults. B
	2. Nurses should screen clients for changes in cognition, function, behaviour and/or mood, based on their ongoing observations of the client and/or concerns expressed by the client, family and/or interdisciplinary team, including other specialty physicians. C
	3. Nurses must recognize that delirium, dementia and depression present with overlapping clinical features and may co-exist in older adults. B
	4. Nurses should be aware of the differences in the clinical features of delirium, dementia and depression and use a structured assessment method to facilitate this process. C
	5. Nurses should objectively assess for cognitive changes by using one or more standardized tools in order to substantiate clinical observations. A
	6. Factors such as sensory impairment and physical disability should be assessed and considered in the selection of mental status tests. B
	7. When the nurse determines the client is exhibiting features of delirium, dementia and/or depression, a referral for a medical diagnosis should be made to specialized geriatric services, specialized geriatric psychiatry services, neurologists, and/or members of the multidisciplinary team, as indicated by screening findings. C
	8. Nurses should screen for suicidal ideation and intent when a high index of suspicion for depression is present, and seek an urgent medical referral. Further, should the nurse have a high index of suspicion for delirium, an urgent medical referral is recommended. C
Education recommendation	9. All entry-level nursing programs should include specialized content about older adults, such as normal aging, screening assessment and caregiving strategies for delirium, dementia and depression. Nursing students should be provided with opportunities to care for older adults. C
	10. Organizations should consider screening assessments of the mental health status in older adults as integral to nursing practice. Integration of a variety of professional development opportunities to support nurses in effectively developing skills in assessing the individual for delirium, dementia and depression is recommended. These opportunities will vary depending on model of care and practice setting. C
Organization & policy recommendation	11. Nursing best practice guidelines can be successfully implemented only where there are adequate planning, resources, organizational and administrative support, as well as appropriate facilitation. Organizations may wish to develop a plan for implementation that includes: <ul style="list-style-type: none"> - An assessment of organizational readiness and barriers to education, - Involvement of all members (whether in a direct or indirect supportive function) who will contribute to the implementation process. - Dedication of a qualified individual to provide the support needed for the education and implementation process. - Ongoing opportunities for discussion and education to reinforce the importance of best practices. - Opportunities for reflection on personal and organizational experience in implementing guidelines. C

1명, 정신의학 전문의 1명, 신경과 전문의 1명, 노인전문간호사 1명, 노인요양시설 간호부장 2명 등 총 6명으로 하였다. 대상자의 평균 연령은 47.8세이며, 근무기간은 19.9년이였다.

권고안의 적절성은 대상자의 경험 및 지식을 바탕으로 해

당 권고안의 적절성을 평가하는 것으로, '매우 부적절' 1점부터 '매우 적절' 9점까지로 점수화하며, 점수가 높을수록 권고안이 적절함을 의미한다. 만약, 권고안의 적절성을 낮게 평가한 경우 그 이유와 수정의견을 기록하도록 하였다. 권고안의

적용가능성은 대상자가 근무하는 임상현장에서 해당 권고안의 실행가능성을 평가하는 것으로, ‘적용가능성이 매우 낮음’ 1점부터 ‘적용가능성이 매우 높음’ 9점으로 점수화하여, 점수가 높을수록 권고안의 적용가능성이 높음을 의미한다. 만약, 권고안의 적용가능성을 낮게 평가한 경우 그 이유와 수정의견을 기록하도록 하였다.

권고안의 적절성과 적용가능성은 RAND/UCLA Appropriateness Method (RAM) 의사결정방법에 따라 ‘부적절한(inappropriate)’, ‘불확실한(uncertain)’, ‘적정한(appropriate)’으로 분류하였다. 이 분류기준에서 ‘부적절한’은 불일치 없이 패널의 중앙값이 1~3사이, ‘불확실’은 불일치이거나 패널의 중앙값이 4~6사이, ‘적정한’은 불일치 없이 패널의 중앙값이 7~9 사이인 경우를 말한다. 11개 권고안 중 적절성은 권고안 11번만 ‘불확실’하였고, 나머지 10개 권고안은 ‘적정’하였다. 적용가능성은 2번과 11번 권고 2개가 ‘불확실’하였고, 나머지 9개 권고안은 ‘적정’한 것으로 판단되었다. 3개의 불확실한 권고안에 대해서는 추후 실무 적용을 통해 적절성과 적용가능성을 재평가하기로 위원들 간 협의를 통해 결정하였다.

20) 20 단계: 최종 권고안 확정

본 개발팀은 외부검토에서 제시된 전문가의 권고안 판단과 다양한 수정의견들을 종합하여 권고안을 검토하고 정리하는 과정에서 일부 권고안을 수정하여 최종 권고안 11개를 확정하였다.

21) 21 단계: 2차 외부 검토와 관련 단체의 승인 요청

최종 권고안은 여러 단계를 거쳐 선정된 1개의 실무지침을 기반으로 하여 도출되었으며, 1차 외부 검토 시 전문가 간 평가가 일치하였기에 2차 전문가 검토는 실시하지 않았다.

또한 추후 실무 적용을 통한 재평가 후 최종 권고안을 재검토하기로 협의하여 본 연구 진행 과정에서는 별도의 관련단체 승인과정을 진행하지 않았다.

22) 22 단계: 관련 문서와 참고문헌 정리

노인 섬망, 치매, 우울 선별 실무지침에 관련된 문서-이해관계 선언 문서를 정리하였다. 또한 수용개작하는데 사용된 모든 문헌을 참고문헌으로 정리하였다.

23) 23 단계: 실무지침 개정계획

노인 섬망, 치매, 우울 선별 실무지침의 개정은 3년마다 개정하는 것으로 논의, 결정하였다. 그러나, 3년이 되기 전이라

도 노인 섬망, 치매, 우울 선별 실무지침 관련한 새로운 주요 근거(체계적 고찰, 무작위 대조연구, 개정된 지침 등)가 제시되는 경우에는 개정 시기를 앞당길 수 있다.

24) 24 단계: 최종 실무지침 작성

개발팀은 최종실무지침을 작성하고, 학회지에 게재하기로 결정하였다.

연구결과

본 연구결과 수용개작한 노인의 섬망, 치매, 우울 선별 실무지침은 3개 영역, 11개 권고안으로, 지침의 원리, 권고안 요약, 근거의 해석, 개발 책임, 목적과 영역, 용어 정의, 배경 지식, 권고안, 평가와 모니터링, 수행 팁, 참고문헌, 부록의 순으로 구성되었다. 영역별 권고안 수는 실무권고 영역 8개, 교육 권고 영역 2개, 조직과 정책권고 1개 권고안으로 구성되었다. 이들 권고안의 권고등급은 A 등급이 1개(9.1%), B 등급이 3개(27.3%), C 등급이 7개(63.6%)이었다. A 등급 권고는 실무 권고인 ‘5. 간호사는 한 가지 이상의 표준화된 도구를 사용해 임상적으로 관찰된 인지변화를 객관적으로 평가해야 한다’이었고, B 등급 권고는 실무권고인 ‘1. 간호사는 노인의 섬망, 치매 및 우울에 민감해야 한다’, ‘3. 간호사는 노인에서 섬망, 치매 및 우울이 중복된 임상소견을 보이고 공존할 수 있음을 인식해야 한다’, ‘6. 감각장애와 신체장애를 평가해야 하며 정신상태 검사의 선택 시에 이들 요인을 고려해야 한다’이었다. C 등급 권고는 실무권고 4개 ‘2. 간호사는 지속적인 관찰, 환자와 가족 혹은 다른 전문의를 포함한 학제간 팀의 관심사에 근거를 두고 환자의 인지, 기능, 행동, 기분의 변화를 선별해야 한다’, ‘4. 간호사는 섬망, 치매 및 우울의 임상소견의 차이점을 알아야 하고 이런 과정을 가능하게 하는 구조화된 평가방법을 사용해야 한다’, ‘7. 간호사는 환자가 섬망, 치매 및 우울의 특징을 보인다고 판단되면 선별결과에 나타난 대로 노인전문 의, 노인전문정신의 및 신경과 전문의나 다학제 팀의 구성원들에게 의학진단을 위한 의뢰를 해야 한다’, ‘8. 심각한 우울이 의심될 때, 간호사는 자살 생각과 의도를 선별하고 긴급한 진료 의뢰를 해야 한다. 또한 간호사는 섬망에 대해 민감해야 하며, 긴급한 진료 의뢰를 하는 것이 좋다’이며, 교육권고 2개 ‘9. 신규 간호사 프로그램에 정상적인 노화, 선별 평가와 섬망, 치매 및 우울의 돌봄 전략과 같은 노인에 관한 전문 내용을 포함해야 한다. 간호 학생에게 노인을 돌봄 기회를 제공해야 한다’, ‘10. 조직은 노인의 정신 건강상태 선별 평가를 간

논 의

호 실무의 필수적인 것으로 고려해야 한다. 간호사가 섬망, 치매, 우울이 있는 개인을 사정하는 기술을 효과적으로 개발할 수 있도록 다양한 전문직 개발기회를 통합적으로 제공하는 것을 권장한다. 이러한 기회는 간호의 모델과 실무 환경에 따라 다양할 것이다', 조직과 정책권고 1개인 '11. 최상의 실무지침(nursing best practice guideline)은 오직 충분한 계획, 자원, 조직 혹은 행정상 지지와 더불어 적절한 촉진이 있을 때 성공적으로 시행될 수 있다'가 해당되었다(Table 4).

본 연구는 최근 노인의 정신건강상태에서 문제해결의 시급성이 있는 노인의 섬망, 치매, 우울의 선별에 대한 근거기반 실무를 실천하기 위해 이 주제에 대해 국내외에서 최신의 근거가 확보된 양질의 근거기반 실무지침을 확인하고 캐나다 RNAO의 "Screening for delirium, dementia and depression in older adults"을 최종 선별하였고 이 지침을 국내 상

Table 4. Best Practice Guideline-Korean Version: Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults

권고 사항	권고등급
실무 권고	
1. 간호사는 노인의 섬망, 치매 및 우울에 민감해야 한다.	B
2. 간호사는 지속적인 관찰 결과와, 환자와 가족 혹은 의료진의 우려에 기초하여 환자의 인지, 기능, 행동, 기분의 변화를 선별해야 한다.	C
3. 간호사는 노인에서 섬망, 치매 및 우울이 중복된 임상소견을 보이고 공존할 수 있음을 인식해야 한다.	B
4. 간호사는 섬망, 치매 및 우울의 임상소견의 차이점을 알아야 하고 이런 과정을 가능하게 하는 구조화된 평가방법을 사용해야 한다.	C
5. 간호사는 한 가지 이상의 표준화된 도구를 사용해 임상적으로 관찰된 인지변화를 객관적으로 평가해야 한다.	A
6. 감각장애와 신체장애를 평가해야 하며 정신 상태 검사의 선택 시에 이들 요인을 고려해야 한다.	B
7. 간호사는 환자가 섬망, 치매 및 우울의 특징을 보인다고 판단되면 선별결과에 나타난 대로 노인전문의, 노인전문정신의 및 신경과 전문의나 다학제 팀의 구성원들에게 의학진단을 위한 의뢰를 해야 한다.	C
8. 심각한 우울이 의심될 때, 간호사는 자살 생각과 의도를 선별하고 긴급한 진료 의뢰를 해야 한다. 또한 간호사는 섬망에 대해 민감해야 하며, 긴급한 진료 의뢰를 하는 것이 좋다.	C
교육 권고	
9. 신규 간호사 프로그램에 정상적인 노화, 선별 평가와 섬망, 치매 및 우울의 돌봄 전략과 같은 노인에 관한 전문 내용을 포함해야 한다. 간호 학생에게 노인을 돌볼 기회를 제공해야 한다.	C
10. 조직은 노인의 정신 건강상태 선별 평가를 간호 실무의 필수적인 것으로 고려해야 한다. 간호사가 섬망, 치매, 우울이 있는 개인을 사정하는 기술을 효과적으로 개발할 수 있도록 다양한 전문직 개발기회를 통합적으로 제공하는 것을 권장한다. 이러한 기회는 간호의 모델과 실무 환경에 따라 다양할 것이다.	C
조직과 정책 권고	
11. 최상의 실무지침 (Nursing best practice guideline)은 오직 충분한 계획, 자원, 조직 혹은 행정상 지지와 더불어 적절한 촉진이 있을 때 성공적으로 시행될 수 있다. 조직은 다음을 포함한 실행 계획의 개발을 원할 것이다.	C
<ul style="list-style-type: none"> - 교육을 위한 조직의 준비와 장애물 사정 - 실행 과정에 기여할 모든 구성원의 참여 (직접적 혹은 간접적 지지 기능) - 교육과 실행 과정에 필요한 지지를 제공하는 자격이 있는 개인의 헌신 - 최상 실무의 중요성을 강화하는 지속적인 논의와 교육기회 - 시행 지침에 개인과 조직의 경험 반영 기회 - 이것과 관련하여, RNAO는 (간호사, 연구가 및 관리자 패널을 통해) 가능한 근거 및 이론적 관점과 합의에 기반을 둔 "Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines (도구: 임상 실무 지침의 시행)"를 개발했다. RNAO는 "노인의 섬망, 치매 및 우울 선별"에 관한 최상의 실무 지침 (best practice guideline) 시행을 위해 이 도구 (toolkit)의 사용을 강력히 권고한다. 	

황에 맞게 수용개작한 방법론적 연구이다.

임상 현장에서 과학적인 근거를 바탕으로 둔 노인간호 실무를 활성화하고자 임상간호 실무지침 개발을 하기 위한 방법론적 연구가 이루어져 왔다[23-25]. 최근에는 임상간호 실무지침을 개발하기보다는 국내외 관련 지침을 수용개작하는 방법론으로 임상 실무지침을 제시하는 추세이다[26,27].

국내 임상간호 실무지침의 체계적인 개발을 위해 Gu 등[28]이 실시한 국내 임상간호 실무지침 주제선정을 위한 연구에서 우선순위를 연구한 결과 1순위는 투약간호, 2순위 정맥주입요법, 3순위 활력징후, 4순위는 통증간호, 5순위는 검사간호이었고, 정신건강간호는 39순위 중 35순위에 속하여 있다. 우선순위 주제선정 연구에서는 급성기 대상자 간호가 주로 이루어지는 병원임상에서의 임상간호 실무지침의 개발에 초점을 두고 있어, 노인 관련 임상간호 실무지침 개발은 우선순위에 포함되어 있지 않고 있다. 그러나 현재 노인병원, 노인요양병원, 노인요양원, 노인 관련 시설 등에서 노인의 정신건강상태에서 섬망, 치매, 우울의 선별이 시급함에도 노인 관련 체계적인 임상간호 실무지침을 찾아보기 어려운 실정이다. 따라서 본 연구의 결과를 통해 노인의 섬망, 치매, 우울의 감별을 위한 임상 실무지침의 활용도가 높을 것으로 본다. 이에 반해 현재까지 섬망, 치매, 우울의 선별에 대한 실무지침서는 국외의 RNAO 가이드라인이 유일하며, 본 연구에서 이를 선택한 제한점이 있으므로, 향후 본 연구를 기초로 한 새로운 섬망, 치매, 우울의 선별 지침 연구를 추가하고 더 나아가 가이드라인을 폭넓게 연구할 필요가 있다.

RNAO의 노인 섬망, 치매, 우울 선별 실무지침을 AGREE II 도구로 평가한 결과, 영역별 점수를 비교 분석하면, 범위와 목적 영역에서 본 연구결과 83.4%로 Jeong 등[27]의 연구에서 욕창실무지침의 83.3%, Gu 등[26]의 정맥주입실무지침 질 평가에서 RNAO의 정맥주입실무지침(관리)과 RCN지침 평가의 84.7%의 수준과 유사하였다. 이해당사자의 참여영역에서 본 연구결과는 80.6%로 Jeong 등[27]의 연구에서 NPUAP & EPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel & European Pressure Ulcer Advisory panel)의 지침평가결과 80.0%과 유사한 수준이었다. 개발의 엄격성영역에서 본 연구결과는 79.9%로 Choi 등[29]의 연구에서 경장요법 관련 NICE 실무지침을 평가한 76%와 유사한 수준이었다. 명확성과 표현의 영역에서 본 연구에서는 86.1%로 Choi 등[29]의 연구 BSG (British Society of Gastroenterology), NICE지침 평가 결과인 85%와 유사하다. 본 연구결과의 적용성영역 68.8%와 편집의 독립성영역 66.7%와 유사한 평가결과는 없

었다. 다만, 적용성영역에서 Jeong 등[27]의 연구에서 WOCN (Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society) 지침 63.2%수준과 가까운 정도였으며, 편집 독립성 영역에서는 Gu 등[26]의 RNAO (관리)의 70.8%수준과 가까운 정도였다.

AGREE II는 권고의 임상적 내용을 평가하지는 않으며 점수를 통해 해당 진료지침이 각 평가기준에 얼마나 잘 부합하고 보고되었는지를 나타낸다. 이는 특정 진료지침을 수용개작할 것인지를 결정할 때 기준으로 활용된다[22]. 영역 중에서 지침의 적용성과 편집독립성의 평가점수가 상대적으로 낮았는데, 특히 적용성은 간호현장에서 쉽게 활용할 수 있도록 도움을 주는 것을 포함하는데 추후 임상간호사를 대상으로 그 활용성에 대한 평가가 필요할 것이다. 즉, 지침을 적용하는 임상간호사를 대상으로 간호수행을 위해 필요한 행동과 결정 사항 등에 대한 명확성에 대한 과정평가를 고려하여 개정작업에 활용해야 할 것이다.

이와 같은 비교분석의 결과 선행연구[26,27]에서 RNAO의 지침은 영역별로 70% 이상의 높은 평가결과를 나타내어 체계적인 임상실무 가이드라인개발과 수용개작이 이루어지고 있다는 것을 알 수 있었으며, 이러한 의미에서 본 연구에서 선별되어 채택한 RNAO의 노인의 섬망, 치매, 우울의 선별지침의 수용개작은 의미있는 연구임을 나타낸다.

본 연구결과, 24단계의 임상가이드라인 수용개작단계를 거쳐 노인의 섬망, 치매, 우울 선별 실무지침은 실무권고 영역 8개, 교육권고 영역 2개, 조직과 정책권고 1개의 총 11개 권고안으로 구성되었다. 이들 권고안의 권고등급은 A 등급이 1개(9.1%), B 등급이 3개(27.3%), C 등급이 7개(63.6%)이었다. Gu 등[26]의 연구결과 180개 권고안중 A 등급 11.9%, B 등급 28.4%, C 등급 59.7%로 본 연구와 유사한 비율분포를 보이고 있다. Jeong 등[27]의 연구에서는 148개 권고안중 A 등급이 4.7%, B 등급이 16.9%, C 등급이 78.4%로 본 연구의 권고등급보다 A 등급이 낮은 비율분포를 보이고 있는 것을 알 수 있다. 그러나 Choi 등[29]의 연구에서는 권고안 20개중 권고등급은 A 등급이 40%였고, B 등급은 20%, C 등급은 40%로 A 등급의 높은 비율분포를 보인다. 지침의 수용개작 과정에서 무엇보다 양질의 지침이 중요한데, 본 수용개작 과정에서는 1개의 권고안을 채택하였고 11개 권고안 중 7개가 권고등급 C라는 것을 문제점으로 볼 수 있다. 앞으로 본 연구 주제 분야에서 연구가 활발하게 이루어져서 A, B등급의 권고안이 개발되기 위한 연구의 근거를 마련하는 것이 필요할 것이다.

본 임상가이드라인이 한국 실정에 적합한지에 대한 검증이 이뤄졌다고는 하나 가이드라인 근거의 대부분이 외국의 연구

결과에 기반이 되어 있다. 가이드라인의 개발근간은 각 국가들의 역학적 특성에 맞는 근거로 작성되어야 하나, 대부분의 근거지침에서 국내 연구결과는 부족한 실정이다[30]. 따라서 이러한 점을 보완하기 위해 여러 전문가로부터 지침에 대한 내용타당도 검증과 같은 정성평가가 필요하다. 또한 노인 섬망, 치매, 우울 감별과 간호에 대한 질 좋은 연구가 국내에서 이뤄져야 하며, 이와 관련된 메타분석, 무작위 실험연구, 대규모 조사연구방법론을 활용한 다양한 연구들을 통해 높은 수준의 근거가 도출될 수 있어야 할 것이다.

또한 본 임상가이드라인 수용개작 연구결과를 실제 임상실무에서 적극적으로 활용해야 할 것이다. 본 가이드라인이 임상적으로 중요하고 적합함을 확인하였기에 의료현장에서의 수용성과 접근 가능성을 높일 수 있는 전략들이 필요하다. 이를 위해서는 전문가 조직의 개발 뿐 아니라 보급 활동을 촉진하는 정책적 전략이 중요시된다[30]. 연구결과의 출판 뿐 아니라 임상 전문가가 연계된 학회에서의 보급과 체계적인 노력이 추가적으로 필요하다.

본 실무지침은 특정한 환경 즉, 장소, 인력, 시스템에 대해 제한을 두지 않고 있기에 상급종합병원에서 노인전문병원의 간호사까지도 활용하기에 적합하다고 평가되었다. 그러나 실제 적용을 평가하지 않았기에 추후에는 적용평가에 대한 연구가 고려되어야 할 것이다. 즉, 가이드라인 적용 후 인력, 장비, 시간 등의 가이드라인 활용을 위한 자원 평가인 구조평가, 간호수행을 위해 필요한 행동과 결정 사항 등을 포함하는 과정평가, 가이드라인 활용 후 기대되는 결과인 결과 평가를 포함할 수 있다[22]. 우울, 치매, 섬망의 선별을 통한 효과적인 간호중재의 결과를 포함해야 할 것이다.

또한 가이드라인의 유용성을 평가한다면 보건의료정책에 반영되어 그 활용성을 높일 수 있을 것이다. 즉, 수용개작된 노인 섬망, 치매, 우울 선별 간호실무 지침을 실제 임상 현장에서 적용하고 그에 따라 발생된 비용효과분석 연구가 시행되어야 하며 이러한 비용은 환자, 간호사, 의사 측면에서 효과성을 평가하여야 할 것이다.

노인 환자의 섬망, 치매, 우울 선별을 위한 수용개작 가이드라인에서 간호사가 환자의 변화에 민감해야 함이 강조되고 있으며, 노인 환자를 돌보는 간호사의 역할이 이러한 질환들의 감별에 기여하고 있음을 간호사 뿐 아니라 타 전문 의료인 및 기관관리자가 모두 인식하고 있어야 할 것이다. 본 가이드라인은 간호사 뿐 아니라 기관 전문인에게도 지침을 제공한다. 즉, 학생 및 신규간호사의 섬망, 치매, 우울에 대한 교육과, 행정자를 위한 조직과 정책 권고를 제공하고 있어 가이드

라인의 활용을 촉진할 수 있는 방안을 제시하였기에 그 유용성이 높을 것으로 보인다. 그러나 간호 지침은 실무 적용 후에도 지속적인 모니터링과 수정이 필요하므로 이를 보완하기 위한 노력은 계속되어야 할 것이다.

본 연구는 과학적인 근거를 바탕으로 간호실무를 실천하기 위해 노인 관련 교육, 임상실무 전문가의 의견을 수렴하여 시도된 연구로, 방법론에 따라 단계별로 근거기반 간호실무 지침을 수용개작 했다는데 연구의 의의가 있다. 또한 이는 향후 노인 관련 병원, 요양병원, 요양원, 노인 시설 현장에서 근무하는 간호사들이 노인대상자에게 노인의 섬망, 치매, 우울을 선별하는데 근거를 기반으로 간호업무를 수행하고, 대상자 및 보호자들을 교육하는데 기여할 수 있을 것이다. 그러나 연구 개발팀이 간호대학 교수로만 이루어져 있어 비록 간호사를 대상으로 한 실무지침서라고 할지라도 제한점이 있으므로, 앞으로 다 학제적인 연구팀을 구성하여 관련 전문가들이 포괄적이고 다양한 의견 수렴과 합의과정을 거쳐 수용개작의 단계적 절차에 따른 연구를 시도해야 할 것이다.

결론 및 제언

최근 노인 정신건강 상태를 감별하는 것이 노인의 건강을 유지하고 예방하는데 중요한 과제임에도 불구하고, 이에 대한 국내 임상간호분야 간호 실무지침 개발 우선순위가 낮고 노인 관련 해당 사항은 없는 것으로 조사되었다. 따라서 본 연구는 국내 노인분야 근거기반 임상간호 실무지침을 개발하기 위해 노인의 섬망, 치매, 우울의 선별을 주제로 선정하여 간호분야 실무지침 수용개작의 표준화 방법론에 따라 이루어졌다. 노인의 섬망, 치매, 우울 선별 실무지침은 실무권고 영역 8개, 교육권고 영역 2개, 조직과 정책권고 1개 권고안으로 구성되었다. 이들 권고안의 권고등급은 A 등급이 1개(9.1%), B 등급이 3개(27.3%), C 등급이 7개(63.6%) 으로 구성되었다. C 등급에 해당하는 권고안이 63.6%로 앞으로 A 등급의 권고안 비율을 높이기 위한 연구가 계속되어야 할 것이다. 본 연구를 통해 수용개작된 선별지침은 임상현장에 활용되어 간호의 서비스 향상과 전문성 제고에 기여할 것으로 보며, 방법론적으로 체계적이고 질적인 근거중심 노인 임상간호 실무지침 개발의 기초자료로 활용될 것으로 판단된다. 본 연구를 통해 다음과 같은 제언하고자 한다.

첫째, 노인 섬망, 치매, 우울선별 간호실무 지침에서 권고등급이 낮게 나타난 권고안들에 대한 타당한 근거를 제공하기 위한 근거생성 연구가 필요하다.

둘째, 노인 섬망, 치매, 우울을 위한 간호전략에 대한 임상 간호 실무지침을 국내 상황에 맞게 수용개작하여 국내타당성을 검증할 필요가 있다.

셋째, 국내 상황에 타당하게 수용개작된 노인 섬망, 치매, 우울 선별 간호실무 지침을 확대 적용 후 환자 측면, 간호사 측면, 의사 측면에서의 비용효과분석 연구가 필요하다.

넷째, 추후 연구를 위해 노인 관련 다 학제적 접근을 통한 연구팀을 구성하여 개발하고, 실무위원을 구성하여 단계적인 접근을 할 필요가 있다.

REFERENCES

- Kim HY, Park MS, Lee JH. The effects of delirium prevention education on hospitalized elders at high risk for delirium. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2007;9(1):60-7.
- Lee YK, Jung MH. The effect of family resilience on depression and suicide ideation of the elderly. *International Journal of Welfare for the Aged*. 2013;61:111-34.
- Son HS, Park SJ. The study on quality of life-dementia. The Korean Association for Public Welfare Administration. 2007; 17(1):153-76.
- Costa PT, Williams TF, Somerfield M, Albert MS, Nutters NM, Folstein MF, et al. Recognition and initial assessment of Alzheimer's disease and related dementias. *Clinical Practice Guideline No. 19*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Agency for Healthcare Policy and Research APCPR Publication no. 97-0702; 1996.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. *Am J Psychiatry*. 1999; 156(5):1-20.
- Balas MC, Deutschman CS, SulliVan-Marx EM, Strumpf NE, Alston RP, Richmond TS. Delirium in older patients in surgical intensive care units. *J Nurs Scholarsh*. 2007;39(2):147- 54. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00160.x>
- Bo M, Martini B, Ruatta C, Massaia M, R icauda NA, Varetto A, et al. Geriatric ward hospitalization reduced incidence delirium among older medical inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(9):760-8. <http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181a315d5>
- Inouye SK, Schlesinger MJ, Lydon TJ. Delirium: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *Am J Med*. 1999;106(5):565-73. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9343\(99\)00070-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9343(99)00070-4)
- Steis MR, Fick DM. Are nurses recognizing delirium? A systematic review. *J Gerontol Nurs*. 2008;34(9):40-48.
- Agar M, Draper B, Phillips PA, Phillips J, Coller A, Harlum J, et al. Making decisions about delirium: a qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology. *Palliat Med*. 2011;26(7):887-96. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216311419884>
- Ministry of Health & Welfare. 2012 Dementia prevalence [Internet]. Ministry of Health & Welfare; 2012[cited 2014 September 17]. Available from: <http://stat.mw.go.kr>.
- Conwell Y. Diagnosis and treatment of depression in late life: results of the NIH consensus development conference. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1994.
- Ministry for Health, Welfare & Family Affairs. 2009 OECD social index survey. Report of research, 11-1351000-000242-01. Seoul: author; 2009.
- Conley DM. The gerontological clinical nurses specialist's role in prevention, early recognition, and management of delirium in hospitalized older adults. *Urol Nurs*. 2011;31(6): 337-43.
- Ku BD, Kim SG, Lee JY, Park KH, Shin JH, Kim KK, et al. Clinical practice guideline for dementia by Clinical Research Center for Dementia of South Korea. *J Korean Med Assoc*. 2011;54(8):861-75.
- Clinical Research Center for Depression. Clinical practice guideline for depression screening in primary health center. Seoul; 2012.
- Korean Hospital Nurses Association. Adaptation of evidence-based clinical practice guideline and standardization of adaptation process in nursing clinical practice guideline-based on the intravenous infusion therapy. Seoul: author; 2012.
- The AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of guidelines for research & evaluation II. AGREE II Instrument. The Agree Research Trust; 2009.
- Choi BR. RAM (RAND/UCLA Appropriateness Method) applied to decision making method. *HIRA Policy Trends*. 2010;4(1): 58-62.
- Cho YA, Eun Y, Gu MO, Cho MS, Park MW, Kim KS, et al. Development of nursing practice guideline on enteral tube feeding using the guideline adaptation process. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2014;20(2):147-61.
- Kim SY, Kim NS, Shin SS, Ji SM, Lee SJ, Kim SH, et al. Manual for guideline adaptation (version 2.0). Seoul: NECA; 2011.
- Johnston G, Crombie IK, Davies, HT, Alder, EM, Millard A. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Qual Health Care*. 2000;9:23-6.
- Kim E, Park M. Nurses' Awareness and performance about evidence-based pain management in older adults [Nurses' Awareness and Performance about Evidence-based Pain Management in Older Adults]. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2012;24(1): 20-30.
- Kim M. Development of evidence-based nursing practice

- guidelines for dehydration prevention of the elderly living in a care facility. [dissertation], [Seoul]: Ewha Woman's University; 2013.
25. Park TN. Guideline for prevention of constipation in Korean elderly -local adaptation of the NGC^(TM) Guideline for prevention of constipation in the old adult population [guideline for prevention of constipation in Korean elderly -local adaptation of the NGC(TM) guideline for prevention of constipation in the old adult population]. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing. 2006;17(3):315-25.
26. Gu MO, Cho Y, Cho MS, Eun Y, Jeong JS, Jung IS, et al. Adaptation of intravenous infusion nursing practice guideline [adaptation of intravenous infusion nursing practice guideline]. Journal of Korean Clinical Nursing Research. 2013; 19(1):128-142.
27. Jeong IS, Kim SM, Jeong JS, Hong EY, Lim EY, Seo HJ, et al. Development of pressure ulcer management guideline by adaptation process [development of pressure ulcer management guideline by adaptation process]. Journal of Korean Clinical Nursing Research. 2014;20(1):40-52.
28. Gu MO, Cho MS, Cho YA, Jeong JS, Eun Y, Jeong IS, et al. A prioritizing for the evidence-based nursing practice guidelines development. Journal of Korean Clinical Nursing Research. 2012;18(1):39- 51.
29. Choi EN, Song H, Choi JE, Seo JY, Kim H, Nam KH, et al. Adaptation of enteral tube feeding (ETF) nursing practice guideline. Journal of Korean Critical Care Nursing. 2013;6(2): 12-23.
30. Ministry for Health, Welfare & Korean Academy of Medical Sciences. Adaptation process for developing Korean clinical practice guidelines. Seoul: author; 2011.