

Roy's Adaptation Model에 의한 모성영역에서의 간호진단 확인연구

조 정 호

(중대의대 부속병원 간호감독)

목 차

- I. 연구의 필요성 및 목적
- II. 용어의 정의
- III. 이론적 배경
 - 1. 간호진단에 대한 고찰
 - 2. Roy's Adaptation Model
- IV. 연구방법
 - 1. 연구대상 및 연구도구
 - 2. 자료수집 기간 및 분석방법
- V. 연구결과
 - 1. 대상자의 일반적 특성
 - 2. Roy의 적응모형에 의한 모성영역에서의 간호진단 확인
 - 3. 정상분만, 제왕절개분만, 조산, 기타 부인
과적 질환에 따른 모성영역에서의 간호진단
확인
- VI. 고찰
- VII. 맺은말 및 제언
- 참고문헌
- 영문초록(Abstract)

I. 연구의 필요성 및 목적

간호학이 과학으로서 지식체를 정립하는 데에 간호진단은 중요한 역할을 담당하며, 간호이론 개발에도 필요한 영역이 되었다. 또한 이론과 실제의 차이를 메꾸는 필수적인 요소로도 작용하고 있다 (조원정:1992).

많은 간호학자들이 간호진단을 간호과정의 한 부분으로 받아들이고 있다. 여기서 간호과정이라는 것은 간호의 대상인 개인, 가족, 지역사회의 건강문제를 확인하기 위한 체계적 자료수집 과정을 비롯하여 자료분석을 하고, 간호진단을 내리고, 간호를 수행하기 위한 계획, 계획된 간호를 수행하는 과정을 거쳐 마지막 단계인 평가까지를 포함한다. 그러므로 간호진단은 대상자의 건강상태가 불량하거나 붕괴된 상호작용 양상을 가졌을 때 문제 해결하는 방안을 묘사한 단어나 구이다.

즉, 간호진단은 개인이나 집단의 건강상태에 대한 반응(Human Response)을 기술한 문장으로서 간호사가 합법적으로 지적하여서 건강상태를 유지하고 건강문제가 변화된 상태의 정도를 감소시키거나, 없게 하거나, 이를 예방하기 위한 중재를 할 수 있도록 지시할 수 있는 기능을 해야한다.

간호진단에 대해 여러 학자들은 간호진단을 내리는 것이 간호사의 독자적이고 필수적이며 법적인 기능이라고 하였으나 실제로 임상에 있는 우리 간호사들은 습관적으로 환자의 병리 및 신체적 영역에만 초점을 두고 질병에 대한 분석과 평가로서 얻어지는 의학적 진단에만 익숙해져 있어, 환자 자신이 지닌 신체, 정신, 사회적 문제에 초점을 두는 간호진단을 내리는 데에는 어려움을 갖고 있다. 또한 간호진단의 모호성때문에 기록상의 문제가 있고, 진단과정에서 너무 많은 시간이 소요된다고 대다수의 간호사들이 인식하고 있어, 간호인력이 부족한 경우에는 간호진단 적용과 기록이 불가능하게 느껴져, 임상에서 간호사들이 적극적으로 잘 할

용하거나 개발하려고 하지 않는 실정이다(박경숙: 1988, 1991, 유형숙:1990, Myra Levine:1966, Elizabeth A. McFarlane:1989).

아울러 간호진단이 미국의 사회적 환경에서 제작되었고 아직 검토되는 단계에 있기 때문에 우리나라에 적용하였을 때 각 진단이 개념정의가 부족하고 영어로 서술된 개념자체를 오역하거나 주관적으로 해석하여 오해와 혼동을 일으키고 있다. 그러므로 우리 고유의 문화적 상황에 적합한 간호요구도 및 간호수준에 맞는 간호진단을 개발해 나간다면 이제까지 밝혀진 진단과 관련된 증상, 증후의 확인을 통해, 현존하는 진단이 지지될 수 있으며, 우리 실정에 맞는 새로운 진단이 창조될 수도 있고 특정진단을 예측할 수 있는 단서들이 밝혀질 수도 있다(서문자:1986, 이원희:1987, 이은옥 외 5인: 1988, 유형숙:1989).

간호진단이라는 개념이 현재까지 완전한 일치점을 보이고 있지는 않지만 간호의 효율성, 명확성, 표준화를 제공하여, 이를 임상 실무에 실제 적용하므로써 간호사간에 효율적인 의사소통을 제공하여 일관성있는 간호를 할 수 있게 해주는 분류체계의 개발은 오직 계속적인 사용과 간호진단 영역에 대한 연구 뿐이다.

간호진단에는 몇가지 목적이 있으며, 간호진단의 발전은 간호실무의 필수적인 것으로, 가장 중요한 것은 간호수준의 향상이다.

그러므로 간호진단은 고유한 전문직 간호실무(Professional Nursing Practice)의 구성요소이며 간호연구에 많은 자원을 제공할 수 있다고 보겠다(김조자 외 9인:1992).

Roy의 적응모형은 인간을 Bio-Psycho-Social Being으로 보고 있으며, 이를 유지하고 더 높은 단계의 건강상태로 도모하기 위해 변화하는 환경과 끊임없이 상호작용하고 있으나 이러한 환경변화에 긍정적으로 변화하기 위해 인간은 적응하여야만 한다.

임상에 있는 모성영역의 간호사가 간호대상자인 임산부들이 갖고 있는 건강문제의 원인요소로 작용하는 초점자극, 연관자극 및 잔존자극을 확인하

여 그들의 적응범위 한으로 끌어 들이도록 간호중재를 제공할 수 있어야 한다.

이에 본 연구자는 모성 영역에서의 간호진단을 확인하여 Roy's Adaptation Model에 의해 분류하였으며 간호진단의 항목별 빈도와 순위를 파악하여 의미있는 모성영역의 간호진단을 공식화 할 수 있는 기초적 자료로 제시하므로써, 임상에 근무하는 모성영역의 간호사들이 임산부들의 건강문제에 대한 간호진단 적용을 쉽게 하며, 간호기록에 소요되는 시간을 줄이는데 기여할 수 있다고 보므로 본 연구를 시도하였다.

II. 용어의 정의

1. 간호진단 : 간호과정의 단계로 자료수집을 통해 건강상태의 현재적 혹은 잠재적 변화반응과 그 반응에 대한 원인적 요소라는 두가지 개념의 관계를 나타내는 비대칭적인 관계진술로서 본 연구에서는 모성 영역에서의 건강문제를 해결하기 위해 자료수집(주관적, 객관적 자료), 간호진단, 간호계획, 간호중재, 간호평가를 행하는 일련의 간호과정중 한 요소로, 문제해결하는 방안을 묘사한 단어나 구이다.

2. Roy의 적응모형에 의한 간호진단 분류 : 변화하는 환경에 대처하는 과정이나 양식으로 환경의 자극에 대해 생리적으로 적응하는 양식인 생리적 적응모형과 자신에 대한 느낌 및 신념과 관련된 사회·심리적 적응양식인 자아개념 적응모형, 사회적 위치 내에서의 인간의 상호작용 방법으로 역할과 관련된 사회·심리적 적응양식인 역할 기능 적응모형, 타인과의 의존과 독립간의 상호작용과 관련된 사회·심리적 적응양식인 상호의존 적응모형 등의 4가지 적응모형을 말하며(박은숙:1990, 조정호:1993), 본 연구에서는 중앙대학교 의과대학 간호학과 모성학교수(이미라:1993)가 만든 임.산부를 위한 사정도구인 생리적 적응기전, 자아개념 적응기전, 역할기능 적응기전, 상호의존 적응기전에 의한 간호진단 분류이다.

Ⅲ. 이론적 배경

1. 간호진단에 대한 고찰

간호사는 항상 환자를 사정하고 문제를 확인하지만 몇년동안 그 과정은 비공식적이고 각 간호사의 개인능력에 따라 의존해 왔다.

환자의 문제와 그 특별한 요구는 환자 인수인계 동안 간호사 간에 말로 전달되어 왔으나 이러한 인수인계 과정은 확인되지 않은 문제와 잘못된 의사소통에 대한 많은 의문의 여지가 되고 있다. 그러므로 문제확인파 의사소통에 대한 공식적이고 일관성있는 방법이 요구된다. 건강관리 요구에 맞는 신중한 문제해결 접근방법인 간호과정의 점차 발전되어 그 간호과정의 기본 구성요소중의 하나가 사정이며, 이러한 사정기간 동안 수집된 자료를 분석하여 환자문제와 원인이 확인된다. Gorrie(1986)에 의하면 간호수행을 통해 해결을 위한 가능성을 갖는 이러한 문제들을 간호진단이라고 하며, Komorita(1963)는 간호진단에 대한 정의로 행동, 질 환특성, 상황에 영향을 주는 수많은 요소들에 대한 세밀한 분석결과 개개인의 간호요구에 대한 과학적 결정에 근거한 결론으로서 이것이 간호의 지침이 된다고 하였다.

1973년 NANDA에서 내린 간호진단의 정의로는 간호사정을 통해 얻어지는 결과로 일어나는 결론이고 판단이다라고 하였고, Gordon(1976)에 의하면 간호진단은 간호사의 교육과 경험이 요구되는 치료가능한 실제적, 잠재적 건강문제를 지적하는 증상과 증후의 결합이라고 설명하였다(전시자 외:1993).

간호분야에서 처음으로 간호진단이란 용어를 1950년 McManus가 전문적 간호사의 기능을 논하면서 간호실무상의 문제점을 확인할 때 사용하였다. 그후 Fry는 1953년에 간호계획을 공식화하기 위한 필요한 단계를 서술하기 위해 소개하였다(Fry: 1953, Gorrie:1986). 이 용어는 20년 동안 문헌에서 덜 알려졌으나, 간호사는 독특한 역할과 간호영역의 확인을 위한 투쟁을 계속 해왔다. 1973년에 미국의 St. Louis대학 간호학교의 후원으로 미국과 캐나

다 전 지역의 임상·교육·연구의 모든 영역에서 전문직을 대표하는 간호사로 구성되어 간호진단 분류를 위한 National Group의 첫 모임이 있었다.

1973년 이래로 간호 이론가들로 구성되어 시작된 미국 간호진단 협의회(North American Nursing Diagnosis Association)에서는 장기간의 연구와 다양한 협의과정을 거쳐 타당성있는 간호진단을 명명하는 일과 분류체계의 개발을 주요 과제로 삼고 이를 계속해서 실무의 적용성을 연구 검토하고 체계를 세분화 시키고 있다. 또한 NANDA는 계간회보를 발행하고 간호진단 연구를 지원하며 최신의 간호진단 목록작성을 위해 2년마다 회의를 열도록 후원받고 있다. 그러므로 1991년 107개의 간호진단을 개발하여 발표한 NANDA의 분류체계는 일원화된 인간과 건강을 기본틀로 하고 있어, 인간을 환경과 상호관계하는 개방체계로 보고 있다.

간호진단 분류체계의 사용은 간호사에게 참고가 될 수 있는 일반적인 골격을 제공해 주고, 일관성 있는 용어로 쓰이며, 의사소통을 가능하게 해주므로, 독자적인 간호기능의 확인은 간호사의 책임감을 증가시키며 새로운 지식과 기술을 획득하도록 동기부여를 해준다고 할 수 있겠다.

2. Roy's Adaption Model

적응모델은 인간을 유지하고 더 높은 단계의 안녕수준을 성취하고 회복에 필요한 에너지를 가지는데 필요한 과정으로 알려져 있다. 이러한 개념적 틀은 Helson의 모델을 활용하여 개발되었다. 이 목적에서 간호목적은 적응에 이끄는 반응을 증진시키는 것이다. 이때 적응은 생존, 재생, 자제력, 자아현실성을 포함한 개인의 일반적 목적을 증진하는 환경에 대한 반응을 의미한다(Roy & Roberts: 1981, 조원정:1992).

Roy는 Helson의 적응수준 이론을 기초로 간호현상을 설명하는 적응이론을 제시하였다.

- ① 인간은 Bio-Psycho-Social Being이다.
- ② 전체적 존재인 인간은 변화하는 환경과 끊임 없이 상호작용한다.
- ③ 변화하는 환경에 적응하기 위해 인간은 선천

적·후천적인 기전을 이용하는데, 이는 생물학적 심리적 사회적 근원에서 유래된다. 건강과 질병은 인간생활에서 피할 수 없는 차원이다.

④ 환경변화에 긍정적으로 반응키 위해 인간은 적응하여야만 한다.

⑤ 인간의 적응은 접하고 있는 자극과 이에 대한 인간의 적응수준에 달려있다.

⑥ 인간의 적응수준은 긍정적 반응으로 이끌어 주는 자극의 범위를 나타내는 영역을 이룬다. 그러므로 자극이 그 영역내에 있으면 긍정적으로 반응하나, 밖에 있으면 부정적으로 반응할 수 밖에 없다.

자극이란 개방체계인 인간이 환경과 상호작용하므로써 받게 되는 내, 외적 변화로 3등급 자극은 다음과 같다.

① 촛점자극(Focal Stimuli): 즉각적으로 강력하게 직면하는 자극으로 인간의 행동이나 반응에 대한 직접적인 원인이 된다.

② 연관자극(Contextual Stimuli): 현재 존재하는 모든 다른 환경적 자극으로 유전적 성질, 성별, 발달단계, 학력, 종교 등이 포함된다.

③ 잔존자극(Residual Stimuli): 현재 상황에서 측정할 수는 없으나 영향을 미치는 자극으로 인간의 성장과정 동안에 받은 과거경험, 신념, 태도, 속성, 특징 등에서 형성되는 자극을 말한다.

적응모형은 변화하는 환경에 대처하는 과정이나 양식으로 다음의 4가지가 있다.

① 생리적 적응모형(Physiological Adaptation Mode): 환경의 자극에 대해 생리적으로 적응하는 양식으로 이는 운동과 휴식, 영양, 배설, 수분과 전해질, 산소의 순환, 체온조절 및 내분비계 조절 등을 포함한다.

② 자아개념 적응모형(Self-Concept Adaptation Mode): 자신에 대한 느낌 및 신념과 관련된 사회 심리적 적응양식이다.

③ 역할기능 적응모형(Role Function Adaptation Mode): 사회적 위치 내에서의 인간의 상호작용 방법으로 역할과 관련된 사회 심리적 적응양식이다.

④ 상호의존 적응양식(Interdependence

Adaptation Mode): 타인과의 의존과 독립간의 상호 작용과 관련된 사회 심리적 적응양식이다.

적응모델에서 간호진단은 행위의 원인과 관련된 것 중 가장 영향력있는 요인에 대한 규정에서 비효과적이거나 잠재력으로 비효과적인 행위에 대한 판단으로 정의된다. 그러므로 대상자-환경의 상호 작용에서 일어나는 Stressor에 대한 반응이나 Stressor에의 적응상의 문제를 검토하는 것이다(조원정:1992).

지금까지 간호진단 분류과정은 1982년 제5차 전국학술대회에서 통합된 인간양상(Pattern)을 간호진단 분류도식의 기초로 사용하여 간호진단의 초기 기본틀을 체계적으로 개발하였다. 이 분류체계로부터 분류체계가지와 명명체계가 등장하였으나 아직까지도 간호진단의 일반화와 분류화는 모두 불완전한 과정에 머물러 있지만 학자들은 서로 격려와 도움으로 연구활동을 추진해야 한다. Roy의 적응모형을 이용한 간호과정은 요근래에 많이 이용되고 있으나, 분류체계로 까지 확대되지는 않고 있는 실정이다.

간호의 분류체계를 통해서 간호문제가 명확해지고, 의료전문직 사이의 의사소통이 원활해지며, 연구가 촉진되고, 개념적 이해를 바탕으로 한 효과적이고 적절한 간호중재를 선택할 수 있다고 하므로 Roy의 적응모형에 의한 간호진단 분류체계가 구축되면 더욱 임상적으로 유용할 것으로 생각된다.

IV. 연구방법

1. 연구대상 및 연구도구

연구대상은 서울 시내에 위치한 C대학교 의과대학 부속병원 산부인과 병동에 입원한 임.산부 및 부인과 환자 64명을 대상으로 하였으며, 연구도구는 경희대학교 간호학과 교수팀에 의해 제작된 간호진단 프로토콜을 활용하여 모성영역에서 많이 사용되고 있는 간호진단 목록 23개를 작성하여 병동에서 사용하였으며, 여기에 포함되어 있지 않은 간호

진단을 사용할 경우에는 추가로 기록하게 하였다.

V. 연구결과

2. 자료수집 기간 및 분석방법

1993년 3월 10일 부터 7월 21일 까지 정상분만이나 제왕절개분만, 조산, 기타 부인과적 질환으로 입원한 환자에게, 산부인과 병동에 있는 간호사들이 실제로 사용한 간호진단을 확인하였으며 23개의 간호진단 목록에 빈도를 표시하여 그 실수와 백분율로 산출했다.

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 연령분포는 표 1-1에서와 같이 26-30세가 33명 (51.6%)으로 가장 많았고, 그 다음이 20세~25세가 21명 (32.8%), 31세 이상은 10명 (15.6%)으로 나타났으며, 분만경력은 초산이 43명 (67.2%), 경산이 21명 (32.8%)으로 나타났다.

표 1-2에서 정상분만은 16명 (25%), 제왕절개분만은 21명 (32.8%), 조산은 10명 (15.6%), 기타 부인과적질환은 17명 (26.6%)이었다.

〈표 1-1〉 대상자의 일반적 특성

특 성	구 분	실 수	백분율 (%)
연 령	20세~25세	21	32.8
	26세~30세	33	51.6
	31세~35세	7	10.9
	36세~40세	3	4.7
	계	64	100%
분 만 경 력	초 산	43	67.2
	경 산	21	32.8
	계	64	100%
초산 / 연 령	20세~25세	11	25.6
	26세~30세	26	60.5
	31세~35세	4	9.3
	36세~40세	2	4.6
	계	43	100.0
경산 / 연 령	20세~25세	1	4.7
	26세~30세	9	42.9
	31세~35세	9	42.9
	36세~40세	2	9.5
	계	21	100.0

〈표1-2〉 대상자의 분포

분 포	실 수	백분률 (%)
정상분만	16	25.0
제왕절개분만	21	32.8
조 산	10	15.6
기타 부인과적 질환	17	26.6
계	64	100%

2. Roy의 적응모델에 의한 모성영역에서의 간호진단 확인

산부인과 병동에 입원한 환자 간호사 간호사가 사용한 간호진단은 Roy의 적응모델에 의한 4가지 적응모형으로 분류한 결과 표 2와 같이, 64명의 대

상자는 892개의 간호진단을 갖고 있었으며 그중 생리적 적응모형에 포함된 간호진단은 621개, 역할기능 적응모형에 포함된 간호진단은 139개, 상호의존 적응모형에 포함된 간호진단은 122개, 자아개념 적응모형에 포함된 간호진단은 10개로 나타났다.

〈표 2〉 Roy의 적응모형에 의한 모성영역에서의 간호진단

적응모형	간호사가 사용한 모성영역의 간호진단	실 수	백분률(%)
생리적	안위변화 (Comfort, altered r/t)	438	49.1
적응모형	손상 잠재성 (Injury, Potential for r/t)	77	8.6
	감염 잠재성 (Infection, potential for r/t)	47	5.3
	배변장애 (Bowel elimination, altered patterns r/t)	18	2.0
	영양장애 (Nutrition, altered r/t less than body requirement)	10	1.1
	비효과적 호흡양상 (Breathing pattern, ineffective r/t)	12	1.4
	수면장애 (Sleep pattern disturbance r/t)	7	0.8
	배뇨장애 (Urinary elimination, altered patterns r/t)	5	0.6
	비효과적 기도유지 (Airway clearance, ineffective r/t)	3	0.3
	감염 실제성 (Infection, actual for r/t)	2	0.2
	수액부족 (Fluid volume deficit r/t)	2	0.2
계		621	69.6
역할기능	자아간호 결핍 (Self care deficit r/t)	88	9.9
적응모형	지식부족 (Knowledge deficit r/t)	25	2.8
	신체기동성 장애 (Mobility, impaired physical r/t)	17	1.9
	오락활동 부족 (Diversional activity, deficit r/t)	7	0.8
	활동부진 (Activity intolerance r/t)	1	0.1
	적응부진 (Coping, ineffective individual/family r/t)	1	0.1
계		139	15.6
상호의존	불안 (Anxiety r/t)	121	13.6
적응모형	가족기능의 변화 (Family processes, altered r/t)	1	0.1
계		122	13.7
자아개념	무력감 (Powerlessness r/t)	6	0.7
적응모형	비기능적 비애 슬픔 (Grieving, dysfunctional r/t)	4	0.4
계		10	1.1
총 계		892	100.0

3. 정상분만, 제왕절개분만, 조산 및 기타 부인과적 질환에 따른 모성영역에서의 간호진단 확인

정상분만을 경험한 산모 16명의 재원기간(평균 입원일수: 3.8일)동안 주로 사용된 간호진단은 표 3-1에서 처럼 안위변화 62(64.6%), 자가간호 결핍 13(13.6%)이었으며, 제왕절개분만을 경험한 산모 21명의 재원기간(평균 입원일수:9.6일)동안 주로 사용된 간호진단은 표 3-2에서 처럼 안위변화 173(51.6%), 자가간호 결핍 51(15.2%), 감염 잠재성 33(9.9%), 손상 잠재성 27(8.1%), 불안 17(5.0%), 신체 기동성 손상11(3.3%)이었다.

또한 조산으로 입원한 10명의 환자의 재원기간(평균 입원일수: 15.8일)동안 주로 사용된 간호진단은 표3-3에서 처럼 안위변화 113(37.1%), 불안 97(31.8%), 손상 잠재성 34(11.1%), 지식부족 15(4.9%), 비효과적 호흡양상 11(3.6%)이었으며, 기타 부인과적 질환으로 입원한 17명의 환자의 재원기간(단기입원: 2.5일, 장기입원: 11.5일)동안 주로 사용된 간호진단은 표 3-4에서 처럼 안위변화 90(57.7%), 자가간호 결핍18(11.5%), 손상 잠재성 12(7.6%), 감염 잠재성 10(6.4%)이었다.

<표3-1> 정상분만산모의 간호진단

구 분	평 균 입원일수	재원기간 동안 사용된 간호진단	실 수	백분률(%)
정상분만 (16명)	3.8 일	안위변화 (Comfort altered, r/t)	62	64.6
		자가간호 결핍 (Self care deficit r/t)	13	13.6
		지식부족 (Knowledge deficit r/t)	5	5.2
		손상 잠재성 (Injury, potential for r/t)	4	4.2
		배뇨장애 (Urinary elimination, altered patterns r/t)	3	3.1
		수면장애 (Sleep pattern disturbance r/t)	3	3.1
		배변장애 (Bowel elimination, altered patterns r/t)	2	2.1
		불안 (Anxiety r/t)	2	2.1
		무력감 (Powerlessness r/t)	1	1.0
		감염 잠재성 (Infection, potential for r/t)	1	1.0
계			96	100.0

<표3-2> 제왕절개산모의 간호진단

구 분	평 균 입원일수	재원기간 동안 사용된 간호진단	실 수	백분률(%)
제왕절개 분 만 (21명)	9.6 일	안위변화 (Comfort, altered r/t)	173	51.6
		자가간호 결핍 (Self care deficit r/t)	51	15.2
		감염 잠재성 (Infection, potential for r/t)	33	9.9
		손상 잠재성 (Injury, potential for r/t)	27	8.1
		불안 (Anxiety r/t)	17	5.0
		신체기동성 장애 (Mobility, impaired physical r/t)	11	3.3
		배변장애 (Bowel elimination, altered patterns r/t)	9	2.7
		지식부족 (Knowledge deficit r/t)	5	1.5
		수면장애 (Sleep pattern disturbance r/t)	4	1.2
		비효과적 기도유지 (Airway clearance, ineffective r/t)	2	0.6
		무력감 (Powerlessness r/t)	1	0.3
		배뇨장애 (Urinary elimination, altered patterns r/t)	1	0.3
		비효과적 호흡양상 (Breathing pattern, ineffective r/t)	1	0.3
		계		

〈표3-3〉 조산 환자의 간호진단

구 분	평 균 입원일수	재원기간 동안 사용된 간호진단	실 수	백분률(%)
조 산 (10 명)	15.8 일	안위변화 (Comfort, altered r/t)	113	37.1
		불안 (Anxiety r/t)	97	31.8
		손상 잠재성 (Injury, potential for r/t)	34	11.1
		지식부족 (Knowledge deficit r/t)	15	4.9
		비효과적 호흡양상 (Breathing pattern, ineffective r/t)	11	3.6
		자가간호 결핍 (Self care deficit r/t)	6	2.0
		오락활동 부족 (Diversional activity, deficit r/t)	6	2.0
		배변장애 (Bowel elimination, altered patterns r/t)	4	1.3
		신체기동성 장애 (Mobility, impaired physical r/t)	3	1.0
		감염 잠재성 (Infection, potential for r/t)	3	1.0
		비기능적 비애 슬픔 (Grieving, dysfunctional r/t)	3	1.0
		감염 실재성 (Infection, actual for r/t)	2	0.7
		수액부족 (Fluid volume deficit r/t)	2	0.7
		배뇨장애 (Urinary elimination, altered patterns r/t)	1	0.3
		적응부전 (Coping, ineffective individual/family r/t)	1	0.3
		가족기능의 변화 (Family processes, altered r/t)	1	0.3
		비효과적 기도유지 (Airway clearance, ineffective r/t)	1	0.3
		무력감 (Powerlessness r/t)	1	0.3
		영양장애 (Nutrition, altered r/t less than body requirement)	1	0.3
		계		

〈표3-4〉 기타 부인과적 질환환자의 간호진단

구 분	평 균 입원일수	재원기간 동안 사용된 간호진단	실 수	백분률(%)		
기 타 부인과적 질 환 (17 명)	단 기: 2.5일 장 기: 11.5일	안위변화 (Comfort, altered r/t)	90	57.7		
		자가간호 결핍 (Self care deficit r/t)	18	11.5		
		손상 잠재성 (Injury, potential for r/t)	12	7.6		
		감염 잠재성 (Infection, potential for r/t)	10	6.4		
		영양장애 (Nutrition, altered r/t less than body requirement)	9	5.8		
		불안 (Anxiety r/t)	5	3.2		
		신체기동성 장애 (Mobility, impaired physical r/t)	3	1.9		
		무력감 (Powerlessness r/t)	3	1.9		
		배변장애 (Bowel elimination, altered patterns r/t)	3	1.9		
		오락활동 부족 (Diversional activity, deficit r/t)	1	0.7		
		활동부전 (Activity intolerance r/t)	1	0.7		
		비기능적 비애 슬픔 (Grieving, dysfunctional r/t)	1	0.7		
		계			156	100.0

VI. 고 찰

서울 시내에 위치한 C대학교 의과대학 부속병원 산부인과 병동에 입원한 임.산부 및 부인과 환자 64명을 대상으로 경희대학교 간호학과 교수팀에 의해 제작된 간호진단 프로토콜을 활용하여, 모성 영역에서 주로 많이 사용되고 있는 간호진단 목록 23개를 만들어 93년 3월 10일 부터 7월 21일 까지 간호사가 직접 병동에서 환자간호시 사용했던 간호진단을 확인한 결과 총 892개로, 한 환자당 평균 13.9개의 간호진단을 갖는 것으로 나타났다. 이는 Gordon(1980) 등이 산부인과 환자 163명의 퇴원시 567개의 간호진단을 갖아 평균 3.5개였던 것과 비교가 되며, 김복순(1985)의 내과환자 507명이 퇴원시 간호기록 분석결과 3314개의 간호진단을 갖아 평균 6.5개 였던 것과 차이가 남을 알 수 있다. 또한 정현숙(1983)이 한 환자당 5-10개의 간호진단을 갖을 수 있다고 한 것보다 상회하였다. 이것은 간호진단에 대해 임상 실무 및 병동 Conference에서 자주 교육을 받음으로 인해 간호사들이 환자의 문제해결 과정시 간호진단을 활용하는데 익숙해졌기 때문에 그 사용빈도가 많아졌다고 사료되므로 간호진단에 대한 계속적인 홍보가 필요하다고 말할 수 있겠다. 박신애 외 8인(1989)은 간호진단에 대한 교육경험이 간호사의 간호진단 임상적용에 영향을 미친다고 하였으며, 또한 간호사의 충분한 지식과 경험을 위한 교육문제가 제시된다(Fadden, Seiser:1984, Vincent:1985, 박신애 외 8인 :1989)고 한 것을 입증한 셈이다.

대상자의 일반적 특성을 살펴보면 연령은 26세-30세가 33명(51.6%)을 차지하였고, 분만경력은 43명(67.2%)으로, 그중 부인과 환자는 빼고 볼 때 26-30세가 24명(60%)을 차지하여 걱정임신연령인 20세-24세 보다 늦게 임신을 하기 시작하는 경향이 있는 것으로 나타났다.

생리적 적응모형에 포함된 간호진단은 11개로, 안위변화, 손상 잠재성, 감염 잠재성, 배변장애, 비효과적 호흡양상, 영양장애 등의 순으로 나타났으며, 역할기능 적응모형에 포함된 간호진단은 6개

로 자가간호 결핍, 지식부족, 신체기동성 장애 등의 순으로 나타났으며, 상호의존 적응모형에 포함된 간호진단은 2개로 불안, 가족기능의 변화였으며, 자아개념 적응모형에 포함된 간호진단 역시 2개로 무력감, 비기능적 비애, 슬픔이었다.

간호진단의 분석결과에서 가장 많이 내려진 간호진단은 생리적 적응모형에선 안위변화가 438개(49.1%)로 이것은 김복순(1985), 이원희(1987), 박경숙(1988)의 연구와 일치되었다. 역할기능 적응모형에선 자가간호 결핍이 88개(9.9%), 상호의존 적응모형에선 불안이 121개(13.6%)로 나타났다.

생리적 적응모형은 892개의 간호진단 중 69.6%를 차지하여 임상 간호사들이 주로 신체·생리적인 건강문제에 초점을 두어 환자간호를 하고 있음을 알 수 있는데 이는 적절하게 질문하며, 환자가 스스로 말하도록 격려하고 진실된 관계를 수립할 능력이 있어 의미있는 답을 얻어 내는 대화기술의 부족(이경혜, 김문실:1980, 김귀분: 1982, 전산초외:1984, 박신애 외 8인:1989)과 전인간호를 몸소 실천할 수 없는 제반여건(간호사의 지식결여, 의지부족, 지침서 부재, 업무과다, 인력부족 및 행정문제 등) 때문인 것으로 사료된다.

또한 Voith & Smith(1985)는 간호사 자신이 간호진단을 유용하고 필수적이며, 적절한 전문직 활동으로 가치있게 인식하고 친숙하나 하는 민감성의 문제와 간호사의 독자적 영역을 심도있게 다루기 위해서는 환자의 침상 가까이에서 간호를 해야함에도 불구하고 바쁘다는 이유로 의사의 지시, 처방에 의한 상례적인 간호수행만 하면 다 되었다는 질병, 치료 중심의 간호형태로 흐르고 있어 아쉬움이 크다고 보겠다.

제원기간 동안 사용된 간호진단은 정상분만의 경우 10개, 제왕절개분만의 경우 13개, 조산의 경우 19개, 기타 부인과적 질환인 경우 12개로서 입원일수가 길수록 다양한 간호진단을 사용하는 것을 알 수 있었다. 이는 환자와의 접촉기간이 길수록 환자문제를 더 잘 확인할 수 있는 변수가 될 것이라고 사료된다.

인간은 영적인 존재이므로, 간호사는 환자의 신

체. 생리적인 면에만 주로 치우치지 말고 교육적인 면과 사회, 심리적인 면에도 특별히 관심을 기울여, 인간을 Bio-Psycho-Social Being으로 본 Roy의 적응모형을 이용하여 간호진단을 활용하여 간호수행을 하게될 때, 눈에 보이는 초점자극요인 뿐만이 아니라 관련자극요인 및 잔존 자극요인 및 자존자극요인 까지도 파악하게 되어 보다 충실한 간호를 할 수 있고 더불어 환자와의 접촉도 많아지게 되어 원만한 대인관계를 유지하게 되므로 환자의 만족감은 높을 것이라 생각된다.

틀에 박힌 획일적인 간호에서 벗어나 인간의 기본요구를 충족시켜 주는 창조적이고 긍정적인 간호중재를 하게될 때, 간호사의 시간과 노력의 극대화를 가져오게 되므로 간호대상자들은 친절한 간호를 받았다고(이미라:1993) 생각할 것이다.

한편 간호진단 목록 23개 중 한번도 사용되지 않은 간호진단은 조직관류의 변화 가능성, 부모역할장애, 사회적 고립감, 자아개념 장애, 건강유지 불능, 모아애착 결여, 모아관계 형성부진, 우울, 역할수행 장애, 피부손상 잠재성 등 10개 항목이며, 추가로 사용된 간호진단은 감염 잠재성, 감염 실재성, 영양장애, 수액부족, 오락활동부족, 활동부진, 무력감, 비기능적 비애, 슬픔 등 8개 항목이었다.

이처럼 간호진단의 개념이 너무 광범위하거나 모호하여서 간호지시의 초점이 어려운 간호진단들은 각각 그 원인 및 간호자체가 충분히 배타적이지 못하고 복합되어 있기때문에(서문자:1986) 그 개념이 모호한 간호진단에 대해선 우리 간호사들이 사용하기를 꺼려한다는 것을 알 수 있겠다.

그러므로 대화기술 부족이나 불충분한 제반여건으로 인한 정보의 제한점이 있다고 해도 하나의 증상을 관찰할 때 처음에 생각나는 간호진단에 집착하지 말고 2-3개의 다른 간호진단들을 사용하기 위해(이원희:1987) 심사숙고해 보도록 노력해야겠다.

VII. 맺은말 및 제언

1993년 3월 10일 부터 7월 21일 까지 C대학교 의과대학 부속병원 산부인과 병동에 입원한 임, 산부 및 부인과 환자 64명을 대상으로 산부인과 병동 간호사들이 모성영역에서 주로 많이 사용되고 있는 간호진단 목록 23개를 만들어 실제로 사용한 간호진단을 확인하여 모성영역의 의미있는 간호진단을 공식화 할 수 있는 기초적 자료를 제시하고자 시도한 연구결과는 다음과 같다.

1. 입원했던 산부인과 환자 64명에게 사용된 간호진단은 총 892개로 한 환자당 13.9개의 높은 간호진단을 갖는 것으로 나타났다.

2. Roy의 적응모형에 의한 간호진단 분류에서, 가장 많이 내려진 간호진단은 생리적 적응모형으로 621개(69.6%)이며 안위변화, 손상 잠재성, 감염 잠재성, 배변장애, 비효과적 호흡양상, 영양장애의 순이며, 역할기능 적응모형은 139개(15.6%)로 자가간호 결핍, 지식부족, 신체기동성 장애의 순으로 나타났으며, 상호의존 적응모형은 122개(13.7%)이며 불안, 가족기능의 변화였으며, 자아개념 적응모형은 10개(1.1%)로 무력감, 비기능적 비애, 슬픔이었다.

3. 모성영역에서의 간호진단을 살펴 보면 정상분만인 경우 평균 재원기간은 3.8일이며, 가장 많이 사용된 간호진단은 안위변화 64.6%, 자가간호 결핍 13.6%이었으며, 제왕절개분만인 경우 평균 재원기간은 9.6일이며 안위변화 51.6%, 자가간호 결핍 15.2%, 감염 잠재성 9.9%, 손상 잠재성 8.1%, 불안 5.0%, 신체기동성 손상 3.3%이었다. 조산인 경우 평균 재원기간은 15.8일이며 안위변화, 불안, 손상 잠재성이 비교적 높게 나타난 간호진단이었으며, 기타 부인과적 질환인 경우 평균 재원기간은 단기입원이 2.5일, 장기입원이 11.5일이며 안위변화, 자가간호 결핍, 손상 잠재성이 비교적 높게 나타난 간호진단들이다.

이상과 같은 연구결과를 바탕으로 간호발전을 위해 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 21개의 모성영역 간호진단들이 임상에서 직접 활용 가능하도록 관련요인(Related to)을 확인하는 추후연구가 진행되어야 한다.

2. 간호진단목록중 한번도 사용되지 않은 10개 간호진단에 대한 분명한 개념정리를 하므로써 임상에서의 적용이 쉽도록 한다.

3. 간호의 과학화를 위해 간호진단에 관한 계속적인 연구와 함께 임상영역별 간호진단 목록의 공식화를 제시한다.

참 고 문 헌

김 귀 분(1982). 임상실습을 통한 간호문제 양상 및 문제해결 방법, 경희간호 연구지 6, 53~69.

김 영 숙의(1984). 성인간호학, 수문사, 15.

김 복 순(1985). 간호기록 분석에 의한 성인환자의 간호진단 확인 연구, 중앙대학교 석사학위 논문.

김 조 자(1981). 간호과정의 이론과 실제, 대한간호, 20(5), 39~44.

김 조 자(1986). 간호진단과 이론 개발, 대한간호, 25(1), 6~9.

김 조 자의 9인(1992). 임상간호학(I), 대한간호협회, 18~21.

대한간호협회 임상간호사회(1988). NANDA에서 제시한 간호진단의 한글어휘 명명을 위한 기초조사 연구, 대한간호, 27(5), 66~77.

박 경 숙(1988). NANDA 간호진단 분류체계를 이용한 간호진단 분석 연구, 중앙대학교 석사학위 논문.

박 경 숙, 황 복 녀(1991). NANDA간호진단 분류체계를 이용한 수면장애, 신체적 운동장애, 부적절한 기도유지 진단의 적용에 관한 연구, 한국 의과학, 23(1), 146~157.

서 문 자(1986). 간호진단 분류, 대한간호, 25(1), 10~15.

서 문 자(1987). 간호진단 사례, 대한간호, 26(1), 38~42.

오 가 실(1991). 간호진단 용어의 정의 및 임상적용 III: 간호진단의 논리적 근거, 대한간협 서울시 지부 보수교육 보고서, 9~32.

유 형 숙(1989). NANDA 간호진단 분류체계를 이용한 동통, 불안 진단에 관한 연구, 중앙대학교 석사학위 논문.

이 경 혜 역(1989). 임산부 건강관리 기관에서의 안녕 상태에 대한 간호진단, 대한간호, 28(1), 41~48.

이 미 라(1993). 영적간호

이 원 회(1987). 간호진단의 예, 대한간호, 26(1), 33~37.

이 은 옥외 5인(1990). 간호진단과 임상활용, 수문사, 11~23.

이 향 련의 6인(1990). 간호진단 프로토콜, 수문사 285~318.

이 향 련의 8인(1989). 간호진단 프로토콜의 임상적용 효과에 관한 연구, 대한간호학회 19(1), 40~62.

전 시 자의 편저(1993). 성인간호학, 현문사, P46.

조 원 정(1992). 간호진단 용어의 정의 및 임상적용 IV: 간호진단의 논리적 근거, 대한간협 서울시지부 보수교육 보고서, 65~73.

조 정 호(1993). Roy의 적용모델에 의한 제왕절개술 산모의 간호진단 사례연구, 대한간호 32(3), 45~51.

최 영 희(1986). 간호진단 접근방법, 대한간호 25(1), 16~18.

서울대학교 병원 간호부 표준위원회(1986). 간호진단 적용사례, 대한간호 25(1), 19~23.

박 신 애외 8인(1989). 간호진단의 임상적용 현황, 문제점 및 개선방안, 대한간호학회 19(1), 24~39.

Elizabeth A. McFarlane(1989). Nursing diagnosis & Intervention: Nursing diagnosis; past and present perspectives, The C. V. Mosby Company, 1~9.

Gordon, M., Sweene, M. A., McKeehan, K. (1980). Nursing diagnosis: Looking at its use in the clinical area, AJN, Apr. 672~674.

George, J. B. (1980). Nursing theories, Prentice-Hall Inc., 49~72.

Komoria, N. I. (1963). Nursing diagnosis, AJN, 63(12), 83~85.

Levine, M. E. (1966). Trophicognosis: an alternative to nursing diagnosis, N. Y. The Association.

Trula Myers Gorrie (1986). Postpartal nursing diagnosis, JOGNN, Jan./Feb., 52~56.

Vincent, K. G. (1985). The validation of a nursing diagnosis: a nurse consensus survey, *Nursing Clinics of North America*, 20(4), 631~639.

Voith, A. M., Smith, D. A. (1985). Validation of the nursing diagnosis of urinary retention, *nursing Clinics of north America*, 20(4), 723~729.

A Study for Identification of Nursing Diagnosis using the Roy's Adaptation Model in Maternity Unit

Cho, Cheong Ho

Supervisor, Chung Ang Medical Center

The purpose of this study was to identify the meaningful nursing diagnosis in maternity unit and to suggest formally the basal data to the nursing service with scientific approach.

The subject for this paper were 64 patients who admitted to Chung Ang University Hospital, Located in Seoul, from Mar. 10, to July 21, 1993.

The results were as follows:

1. The number of nursing diagnosis from 64 patients were 892 and average number of nursing diagnosis per patient was 13.9.

2. Applying the division of nursing diagnosis to Roy's Adaptation Model, determined nursing diagnosis from the 64 patients were 621 (69.6%) in physiological adaptation mode and (Comfort, altered r/t), (Injury, potential for r/t), (Infection, potential for r/t), (Bowel elimination, altered patterns r/t), (Breathing pattern, ineffective r/t), (Nutrition, altered r/t less than body requirement) in order, and 139 (15.6%) in role function mode, (Self care deficit r/t), (Knowledge deficit r/t), (Mobility, impaired physical r/t) in order, 122 (13.7%) in interdependence adaptation mode, (Anxiety r/t), (Family Process, altered r/t) in order, 10 (1.1%) in self concept adaptation mode, (Powerlessness r/t), (Grieving, dysfunctional r/t) in order.

3. Nursing diagnosis in maternity unit by the medical diagnosis, the average hospital dates were 3.8 days in normal delivery and majority of used nursing diagnosis, (Comfort, altered r/t) 64.6%, (Self care deficit r/t) 13.6% in order, and the average hospital dates were 9.6 days in cesarean section delivery and majority of used nursing diagnosis, (Comfort, altered r/t) 51.6%, (Self care deficit r/t) 15.2%, (Infection, potential for r/t) 9.9%, (Injury, potential for r/t) 8.1%, (Anxiety r/t) 5.0%, (Mobility, impaired physical r/t) 3.3% in order, and the average hospital dates were 15.8 days in preterm labor and majority of used nursing diagnosis, (Comfort, altered r/t), (Anxiety r/t), (Injury, potential for r/t) in order, and the average short-term hospital dates were 2.5 days, long-term hospital dates were 11.5 days in gynecologic diseases and majority of used nursing diagnosis, (Comfort, altered r/t), (Self care deficit r/t), (Injury, potential for r/t), (Infection, potential for r/t) in order.