

## 간호진단 분석 일 연구

손 영 희\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성 및 목적

간호는 간호학의 독자성을 밝히고 간호제공자들이 공유하고 실현할 수 있는 과학이 되기 위해 지금까지 많은 노력을 해 왔다. 간호가 인간과학으로서의 간호의 실체와 간호행위의 전문성을 설득력있게 주장하기 위해서는 간호의 독자성을 밝혀내는 일이 선행되어야 한다. 즉 간호가 돌봄의 행위를 주요내용으로 하는 많은 다른 직업과 무엇이 다르며 어떻게 달라야 하는지가 좀더 명백해져야 하기 때문이다(한윤복, 1997).

1950년 McManus가 전문직 간호사의 기능을 논하면서 간호분야에서 처음으로 진단이란 용어를 사용하였다. 그후 1953년 Fry는 간호진단과 간호계획을 세우기 위해 필요한 단계를 설명하면서 간호진단을 내릴 수 있는 영역을 제시하였고, 1956년 Hornung은 간호진단의 임상활용을 제안하였으며, 1973년 Gebbie와 Lavin은 간호진단 분류체계의 필요성을 역설하였다. 그러나 이러한 주장들은 단지 문헌에서나 찾아 볼수 있었을 뿐, 간호사들이 관찰에 대해 판단을 내리는 것은 허용되지

않았다. 진단이란 용어는 간호학에서는 부담을 주며 사용해서는 안되는 용어로 여겨졌다. 그러나 1973년 미국 간호협회의 간호실무회의에서 간호실무의 표준화 기준(standards of nursing practice)을 발표하면서 체계적인 간호실무를 위해 간호진단이 필수적임을 인정하고 이때부터 간호고유의 영역에 진단이라는 용어를 사용하게 되었다(McDonald, 1985).

동시에 범국가적 차원에서 본격적인 간호진단 작성 및 간호진단 분류 체계를 개발하기 위해 이론가, 교육가, 행정가, 실무진들로 구성된 제1차 전국 간호진단 분류 협의회(national coference on classification of nursing diagnosis)가 개최되어 34개의 간호진단 목록이 개발되었다. 이때 개발된 간호진단 목록은 알파벳 순이었으며 간호의 영역을 애매하게 하는 건강문제를 명확하게 표현하고 이들 건강문제를 Abdellah의 21개 건강문제, Henderson의 14가지 간호문제를 기본체계로 하여 분류하였다(ANA, 1989).

그 후, 1980년에 미국 간호협회에서 사회정책백서(social policy statement)를 발표하면서 간호의 정의에 진단이란 용어를 공식적으로 사용하였다. 즉 간호는 건강문제에 대한 실제적 또는 잠재

\* 국립의료원 간호전문대학

적인 인간(대상자)의 반응을 진단하고 치료하는 것이라고 정의하였다. 간호사는 간호진단을 내리는 책임을 가지게 되었으며 간호사의 관심은 질병 자체가 아니라 인간의 반응에 초점을 맞추게 되었다. 이것은 간호사가 대상자의 건강문제를 해결하기 위하여 진단하고 치료하는 행동에 대해 사회적, 법적으로 책임을 지게 되었다는 것을 의미한다.

전문인은 자신의 업무에 대해 독자적으로 판단할 수 있고 그 자신의 행위에 대해 책임을 질 수 있어야 하는데 간호진단은 바로 그러한 것을 가능하게 한다. 즉 현대 간호사에게 요구되는 이러한 전문가적 자질을 갖추게 하는 열쇠는 바로 간호진단이 제공할 수 있는 것이다(Purshotham, 1981). 간호진단은 대상자의 건강문제를 간호사간의 표준화된 용어로 표현할 수 있기 때문에 대상자의 건강문제를 파악하기가 쉽고 또한 전문용어를 결정할 수 있어 간호고유의 영역이 구체화되고, 간호사의 책임한계를 명백하게 해준다. 뿐만 아니라, 이론과 실제간의 거리를 좁히는 역할을 하므로써 간호사가 해결할 수 있는 문제를 찾아내어 간호의 독특한 영역을 구축해 준다.

우리나라의 경우 1980년대 부터 간호진단을 교과과정에 포함시켜 중요한 개념으로 다루고 있고 임상실무에서도 간호진단의 적용을 위해 노력하고 있지만 시간부족, 지식의 부족, 의욕부족 등의 장애요인으로 인하여 실제 적용시에는 어려움이 있는 실정이다.

간호진단의 실제적용에 관하여 전국의 간호학과 15개 대학을 중심으로 조사한 바에 의하면, 학생들의 실습병원 18개 중 9개 병원에서는 간호진단을 부분적으로 사용하고 있었고 7개 병원에서는 간호진단을 전혀 사용하고 있지 않다고 응답하여 실습교육에서의 간호진단교육의 어려움을 나타내고 있었다(김조자, 1996).

이와같이 임상현장에서 간호진단을 활용하지 못하는 장애요인으로서는 여러가지가 있겠지만 박등(1989)은 가장 시급하게 해결해야 할 과제로 간호사에 대한 교육문제를 언급하였다. 그러나 간호진단의 실무적용을 위해서 간호사들에게 교육을 시키는 것도 중요하겠지만 보다 중요한 것은 간호

진단과 관련된 교육을 학교에서 부터 체계화하고 강화할 필요가 있다. 즉 간호교육자는 끊임없이 변화하는 조건에서 실무에 임할 수 있도록 학생들을 준비시켜야 할 책임이 있기 때문이다. Titler(1987)는 학교에서의 간호진단 교육이 성공적인 것인가의 판단은 임상에서의 간호진단 사용능력에 의하여 측정될 수 있다고 하였다.

이에 본 연구자는 간호진단의 실무적용을 증진시키고 간호의 질을 높이기 위해 1995년부터 1996년까지 2년 동안 학생들이 임상실습사례 보고서에 적용하였던 간호진단을 분석하여 학생들의 간호진단교육을 위한 기초자료를 제공하고저 본 연구를 시도하였다.

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) NANDA의 반응 형태별 간호진단과 간호진단 수 및 진단명에 사용된 어휘수를 파악 한다.
- 2) NANDA의 반응 형태별 간호진단 내용을 파악 한다.
- 3) 적용빈도 순위별 간호진단을 파악한다.
- 4) 간호진단별 진단명 어휘를 파악한다.
- 5) 간호진단별 원인요소를 파악한다.

## 2. 용어정의

간호진단 : 간호의 관심있는 현상에 대해 개념적 정의를 내리는 일련의 논리적 과정으로 실제 또는 잠재적 건강문제에 대해 개인, 가족, 또는 지역사회가 나타내는 반응에 대한 판단이며(1990년 제9차 national conference) 본 연구에서는 NANDA에서 공인된 109개의 진단 중에서 간호진단 용어의 표준화를 위하여 1996년 대한간호 협회에서 용어의 타당도를 검증한 후 수정해서 제시한 진단명 98개(최영희 등, 1996)를 말한다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 간호진단

간호진단의 정의를 보면 1973년 제1차 간호진단 분류 협의회에서는 간호진단이란 간호사가 법

적으로나 독립적으로 치료할 수 있는 환자의 문제를 서술하는 것으로, 과정(process) 자체 보다는 오히려 문제확인 및 과정의 결과(outcome)를 나타내는 것이라고 하였고, Gordon은 전문직 간호사에 의해 내려진 임상적 진단으로 간호사의 경험과 교육에 의해 치료가 가능하고 또한 치료가 허락된 현재 또는 잠재적 건강문제라고 하였다(이은옥 등, 1992).

북미간호진단협회(NANDA)는 제9차 학술대회에서 간호진단을 개인, 가족, 또는 지역사회 의 실제 또는 잠재적 건강문제, 삶의 과정들에 대한 반응에 관한 임상적 판단이며 간호사가 간호 중재를 선택할 단서, 기초를 제공한다고 하였다(Kim, McFarland & McLane, 1991).

따라서 간호진단이란 간호전문직의 공통언어(language system)로써 간호대상자가 현재 당면하고 있거나 또는 잠재적인 건강문제가 있을 때 이에 대한 대상자의 반응을 전문직 간호사들의 표준화된 언어로 표현한 것이라고 할 수 있다.

간호진단은 간호사간의 표준화된 언어로써 대상자의 문제를 파악하기가 쉽고, 대상자에게 일관성 있는 간호를 제공할 수 있으며 간호의 독자적인 영역이 구체화되고 간호의 자율성이 강화된다. 동시에 간호사의 전문직 책임한계도 명백해져 간호사에 대한 사회적 신뢰도도 신장될 수 있다(Ignatavicius & Bayne, 1991).

Feild(1979)는 간호진단을 적용하여 간호업무를 수행한 결과 환자는 질적간호를 제공받게 되었으며 간호사에 대한 역할기대도 높아졌다고 보고하였다. 즉, 대상자는 전문적인 조언과 치료에 대한 보충을 받을 수 있고, 간호사는 대상자에게 제공할 간호의 필요성을 설명할 수 있는 것이다. Tartaglia(1985)는 간호진단의 적용은 일관성 있는 간호를 수행하게 되어 효율성과 동시에 시간이 절약된다고 보고하였다. 또한 간호진단 분류체계를 컴퓨터에 입력하면 간호사들이 제공한 간호를 수량화할 수 있어 간호술가의 합리적인 근거를 제시할 수 있다(박윤희, 1987).

간호교육측면에서는 질병이나 인체조절중심의 교육이 아닌 간호개념 중심의 교육으로 간호교육

의 영역을 구체화 할 수 있으므로 주체성있는 교육이 될 수 있다(이은옥 등, 1990).

이와같이 간호진단의 유용성과 중요성에 대한 인식이 높아짐과 동시에 간호의 질적수준을 높이기 위해서는 간호진단의 실무적용이 시급함에도 불구하고, 실제임상에서는 적극적으로 활용되지 못하고 있는 실정이다.

박 등(1989)이 간호진단 임상적용 현황을 조사한 결과에 의하면 대상자 305명 중 75명(23.8%)만이 간호진단을 실시한다고 응답하여 실제임상적용률이 매우 낮은 것으로 나타났다. 더구나 조사 대상 병원이 의과대학 부속병원으로서 교육병원이라는 것을 감안하면 전국적인 실제 임상적용율은 더욱 낮을 것으로 추산된다. 간호진단이 많은 유용성이 있음에도 불구하고 실제실무 적용률이 낮은 것은 무엇때문인가?

상기 연구결과에서는 간호진단의 임상적용 문제점으로 간호진단 적용의 시간 및 인력 부족을 가장 큰 요인으로 제시하였다. 다음은 간호의 과학화를 위한 의지부족 및 간호진단에 대한 이론적 지식부족과 다른 의료팀의 간호진단에 대한 이해 부족 등으로 나타났다.

전 등(1990)이 간호사 190명을 대상으로한 연구에서 간호진단의 임상적용 문제점으로 지적한 내용을 보면, 1)간호진단을 내리는 단계가 복잡하다. 2)간호기록 양식이 실제적용에 맞지 않는다. 3)한국인에 적절한 간호진단이 없다. 4)간호진단에 대한 간호사들의 이론적 지식과 의지가 부족하다. 로 대별해 볼 수 있다.

이 등(1990)은 간호진단 적용의 문제점으로, 1) 간호진단만으로 환자의 건강문제를 전부 파악하고 해결하기 어렵다. 2)어떤 진단은 너무 광범위하고 모호하여 간호지시의 초점이 막연하다. 이런 모호성 때문에 기록상의 문제가 있고, 진단과정에서 너무 많은 시간이 소비된다. 3)적당한 평가지침과 도구가 개발되어 있지않아 개념이 낯설어 활용하기 어렵다. 4)간호진단이 미국의 사회환경에서 개발되었기 때문에 실무적용시 문제가 있다. 5)한국 문화에서만 찾아볼 수 있는 간호진단의 개발이 필요하다. 등을 제시하고 있다.

미국의 경우에도 일부 간호사들은 실무에 간호진단 적용을 주저하고 있는 것으로 나타났다. 그 이유로는 간호진단의 학습에 대한 어려움, 간호진단시 요구되는 자신의 판단에 대한 자신감 부족, 자신이 내린 간호진단이 대상자에게 긍정적인 결과를 가져 올 것인가 하는 자신감 부족 등이라고 할 수 있다(Mitchell, 1991).

간호진단의 실무적용을 위해서는 이와같은 많은 문제들이 있다. 그러나 이러한 문제들을 극복하고 간호진단의 실무적용에 대한 효율성을 높이기 위해서는 간호사들에게 간호전문직의 과학화와 발전을 위해서는 간호진단의 실무적용이 필수적임을 인식시키고 이에 대한 동기유발이 이루어져야 될 것으로 생각되며 동시에 학교에서의 간호진단 교육도 강화되어야 할 것으로 사료된다.

## 2. 간호진단의 분류체계

간호진단 분류체계(Taxonomy)란 간호의 진단적인 개념을 명명하고 정의하고 분류한 후 체계화한 것이다. 따라서 이론적인 개념들에 반드시 입각해야 한다. 우리가 관찰하고 파악한 간호의 실체를 서로 관련있는 개념이나 속성에 따라 분류하는 것은 간호가 학문으로서의 확고한 인정을 받는 뒷받침이 된다(이은옥 등, 1992).

간호진단의 분류는 1973년 제1차 간호진단 분류협의회에서 공식적으로 시작하였다. 그후 1975년 1978년 두번 모임을 가졌고 그 후로는 2년 마다 계속 모임을 가졌으며 5차 대회에서는 공식기구명을 간호진단 협의회에서 북미간호진단협회(North American Nursing Diagnosis Association)로 명명하여 NANDA를 조직하였다. 5차 대회에서 제시된 개념들은 통합된 인간과 건강이라는 두 개념이 받아들여 졌다. 통합된 인간이란 개방체계이며 환경과 상호관계속에 존재하고 양상과 조직을 특성으로 하는 4차원의 에너지장이라는 것이다. 이러한 통합된 인간양상이론을 기초로하여 간호진단의 기본틀이 개발되었다. 제6차 대회(1984년)부터 NANDA가 공식적인 모임을 주도하였으며 현재 제12차 대회(1996년)까지 개최되

었다. 1994년 제 11차 대회까지 총 128개의 간호진단이 공인되었다.

간호진단의 분류에 흔히 이용되고 있는 개념적 틀로는 Gordon의 기능적 유형과 NANDA의 인간과 환경간의 상호작용 반응형태가 있으며 간호진단의 영역을 분석하기 위해서는 Maslow의 인간 욕구계층 이론을 이용하기도 한다.

Gordon의 인간반응에 대한 11가지 기능적 양상은 건강-관리양상, 영양-대사양상, 배설양상, 운동양상, 수면-휴식양상, 인지-지각양상, 자아개념양상, 역할-관계양상, 성-생식양상, 스트레스-대처양상, 가치-신념양상으로 분류되고 NANDA의 9가지 인간반응형태는 교환, 의사소통, 관계형성, 가치, 선택, 기동, 인지, 지식, 감정으로 분류된다.

NANDA의 제9차 대회(1990년)에서는 대상자의 건강유지와 증진을 돕기위한 간호활동을 위해 안녕간호진단(wellness nursing diagnosis)이 제안되어 '효율적인 모유 수유'를 간호진단에 추가하였다. 안녕간호진단이란 개인, 가족, 지역사회 건강을 보다 높은 수준으로 변화되게 하려는 임상적 판단이라고 정의할 수 있다. 안녕간호진단의 진단적 진술은 '증진될 잠재성'으로 명명된 것을 포함하는 일련의 진술이다. 예를 들면 '가족대처 증진의 잠재성, 건강유지 증진의 잠재성, 부모 역할 증진의 잠재성, 자존감증진의 잠재성 등이 예가 될수 있다. 안녕건강진단은 최적의 건강을 달성하기 위해 대상자의 강점을 확인하고 이용하는 시도로서 간호의 영역을 넓히기 위해서는 계속 개발되어야 한다(손영희 등, 1996).

NANDA에서는 1992년 잠재적 간호진단을 고위험(high risk for)으로 용어를 수정하고 그 후 1994년에는 위험(risk for)으로 다시 수정하였다. 위험 간호진단(risk nursing diagnosis)이란 손상 받을 수 있는 개인, 가족, 또는 지역사회에 발생할 수 있는 인간의 건강상태 및 삶의 과정에 대한 반응을 서술한 것이다. 즉 예방적 방법을 확인하고 증재하지 않으면 건강문제가 나타나는 것을 말한다(Taylor et al., 1997).

간호진단의 분류화는 현재 불완전한 수준으로

서 미비한 분류체계를 갖추고 있다고 해도 계속적으로 발전하고 검증하는 과정을 통하여 실무에 적용하려는 노력이 필요할 것으로 사료된다.

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구대상

본 연구의 대상은 K전문대학 2, 3학년 학생들이 4주-8주 간의 성인 간호학 임상실습이 끝난 후에 제출한 임상실습 사례 보고서를 활용하여 학생들이 내린 간호진단을 분석하였다. K전문대학의 2학년 및 3학년의 학생수는 한 학년이 40명이며 16개 병동에서 4-8주간의 실습을 거친 후, 임상실습사례 보고서를 제출하고 있다. 한 병동당 실습하는 학생의 숫자는 1-2명이며 이들의 주당 실습시간은 2학년이 평균 20시간, 3학년이 평균 26.5시간이다.

연구대상이 된 임상실습 사례 보고서는 K의료원에서 본 연구자가 실습지도를 담당하고 있는 성인간호 실습병동 두 곳에서 2년간 학생들이 제출한 보고서 전체이다. 두 병동에서 학생들이 제출한 보고서는 모두 71부였다.

#### 2. 자료수집 및 분석방법

자료수집기간을 1995년 2월 27일 부터 1996년 12월 15일 까지로 총 4학기 였으며, 이 기간동안 2학년 학생 52명과 3학년 학생 19명이 제출한 임상실습사례 보고서 전체를 수집하였다. 수집된 임상실습 사례 보고서는 전부 71부였으며 이중 1부가 분실되어 실제 분석시에는 70부 만이 사용되었다.

70부의 사례보고서에서 학생들이 내린 간호진단 총수는 259개였으며 이중 NANDA의 분류체계 방법과 맞지 않는 29개 간호진단을 제외한 230개 간호진단을 실제 분석시 사용하였다.

학생들이 내린 간호진단은 간호진단 자체가 타당하지 않은 내용이 있고 원인요소도 적합하지 않은 것들이 많지만 있는 그대로의 실체를 파악한다

는 의미에서 학생들이 표현한 그대로를 어휘의 수정없이 사용하였다.

수집된 자료는 간호진단명, 간호진단수, 간호진단 어휘 및 간호진단 원인요소 별로 실수와 백분율을 산출하였다.

#### 3. 연구의 제한점

본 연구는 일 간호전문대학 학생들이 내린 간호진단을 중심으로 분석하였기 때문에 일반화 하는데에는 한계가 있다.

### Ⅳ. 연구결과 및 고찰

#### 1. 대상자의 일반적 특성 및 의학적 진단

대상자의 성별에 있어서는 남자 47명(67.1%), 여자 23명(32.9%)으로 남자가 더 많았으며 연령별로는 60세 이상이 25명(35.7%)으로 가장 많았다. 수술에 있어서는 수술을 하지 않은 경우가 43명(61.4%)으로 수술을 한 경우인 27명(52.9%)보다 더 많았으며 과별에 있어서는 내과계가 37명(52.9%)으로 외과계 33명(47.1%)보다 더 많은 것으로 나타났다.<표 1-1 참조>

대상자의 의학적 진단에 있어서는 2-3개의 질환을 가진 대상자도 있어 총 81개 질환이 있는 것

<표 1> 대상자의 일반적 특성

특 성	구 분	실수(%)
성 별	남	47 (67.1)
	여	23 (32.9)
연 령	20-29세	6 ( 8.6)
	30-39세	8 (11.4)
	40-49세	15 (21.4)
	50-59세	16 (22.9)
	60세 이상	25 (35.7)
수 술	유	27 (38.6)
	무	43 (61.4)
과 별	내과계	37 (52.9)
	외과계	33 (47.1)
	계	70(100.0)

으로 나타났고 그 중에서 소화기계 질환이 39건(48.1%)으로 가장 많았으며 다음은 심맥관계 질환 15건(18.5%), 내분비계 질환 14건(17.3%) 순으로 나타났다. 혈액계 질환, 신경계 질환은 각 1건 씩 있는 것으로 나타났다.<표 1-2 참조>

<표 1-2> 대상자의 의학적 진단

질 환	실 수(%)
소 화 기 계 질 환	39 (48.1)
호 흡 기 계 질 환	2 (2.5)
심 맥 관 계 질 환	15 (18.5)
혈 액 계 질 환	1 (1.2)
비 뇨 기 계 질 환	5 (6.2)
내 분 비 계 질 환	14 (17.3)
신 경 계 질 환	1 (1.2)
화 상	2 (2.5)
탈 장	2 (2.5)
계	*81(100.0)

\*연숫자임

2. 반응형태별 간호진단, 간호진단 수 및 진단명 어휘수

학생들이 내린 간호진단은 총 259개로서 대상자 1인당 간호진단은 평균 3.7개인 것으로 나타났다. 이는 박(1988)의 5.7개, 김 등(1990)의 5.2개, 김(1991)의 5.1개 보다는 훨씬 적은 것으로 나타났다. 이 중 NANDA의 분류체계에 포함할 수 있는 간호진단은 총 230개였으며 실제분석시에는 230개만을 분석 대상으로 하였다. 반응형태별 간호진단, 간호진단 수 및 간호진단명 어휘수를 분석한 결과는 다음과 같다.<표 2 참조>

NANDA의 98개 간호진단 가운데 학생들이 사용한 간호진단명은 35개(35.7%)였으며 전혀 사용하지 않은 간호진단은 63개(64.3%)로 나타났다. 이 결과는 NANDA의 분류체계에 의한 간호진단 분류에서 학생들이 사용한 간호진단을 37개(35.2%)라고 보고한 민(1995)의 연구결과와 유사한 것으로 나타났으며, 배(1990)의 개심술을 받은 환자에게 적용된 진단분석에서 학생들이 사용한 간호진단을 25개라고 보고한 것과 비교해 보면 다소 많은 것으로 나타났다.

<표 2> 반응형태별 간호진단, 간호진단수 및 진단명 어휘수

반응형태	NANDA 분류체계		학생이 내린 간호진단	
	간호진단 실수(%)	간호진단 실수(%)	간호진단수 실수(%)	진단명어휘수 실수(%)
교 환	39 (39.8)	19 (54.2)	96 (41.7)	37 (59.8)
의사소통	1 (1.0)	-	-	-
관 계	11 (11.2)	1 (2.9)	1 (0.4)	1 (1.6)
가 치	1 (1.0)	-	-	-
선 택	10 (10.2)	1 (2.9)	2( 0.9)	2 ( 3.2)
기 동	17 (17.4)	6 (17.1)	43 (18.7)	11 (17.7)
인 지	7 ( 7.2)	3 (8.6)	6 ( 2.6)	3 ( 4.8)
지 식	2 ( 2.0)	2 ( 5.7)	39 (17.0)	3 ( 4.8)
감 정	10 (10.2)	3 (18.6)	43 (18.7)	5 ( 8.1)
계	98(100.0)	35(100.0)	230(100.0)	62(100.0)

학생들이 사용한 간호진단명 35개를 NANDA의 반응형태별로 분석해 보면 교환 19개(54.2%), 기동 6개(17.1%), 인지 3개(8.6%) 감정 3개(8.6%), 지식 2개(5.7%), 관계 및 선택 각 1개(2.9%) 순으로 나타났으며 의사소통 및 가치에서는 간호진단이 없는 것으로 나타났다.

이 결과를 NANDA의 분류기준에 의한 반응 형태별 백분율인 교환 39.8%, 의사소통 1.0%, 관계 11.2%, 가치 1.0%, 선택 10.2%, 기동 17.4%, 인지 7.2%, 지식 2.0%, 감정 10.2%와 비교해 보면 NANDA의 분류 기준보다 학생들이 내린 간호진단의 백분율이 많은 반응형태에는 교환, 감정이 포함되었고 낮은 반응형태에는 관계, 선택이 포함되었으며 비슷한 반응율을 나타낸 반응 형태에는 기동, 인지, 지식이 포함되었고, 의사소통 가치에서는 간호진단이 전혀 없는 것으로 나타났다.

NANDA의 분류기준에 의한 백분율과 본 연구 결과를 비교했을 때, 현격한 차이를 나타낸 반응 형태에는 의사소통, 관계, 가치, 선택이 포함되는 것으로 나타났다. 앞으로 이러한 결과에 대한 구체적인 연구가 필요한 것으로 사료된다.

학생들이 내린 총 간호진단 수 230개를 NANDA의 반응 형태별로 분석해 보면 교환 96개(41.7%), 기동 43개(18.7%), 감정 43개(18.7%), 지식 39개(17.0%), 인지 6개(2.6%), 선택 2개(0.9%), 관계 1개(0.4%) 순으로 나타났으며 의사소통, 가치에

있어서는 간호진단이 전혀 없는 것으로 나타났다. 이 결과는 박, 이(1989)의 연구결과 교환 43.7%, 감정 23, 5%, 기동 19.3%, 인식 4.0%, 지식 3.8%와 유사하였고 배(1994)의 연구결과 교환 52%, 기동 12%, 감정 12%, 지식 8.0%와도 유사한 양상을 보이고 있다.

간호진단의 반응형태중 교환에서 간호진단이 가장 많이 나타난 결과는 간호진단 분류에서 어떤 형태보다 가장 잘 개발된 것이 교환이기 때문인 것으로 사료된다(Hurley, 1986).

학생들이 사용한 간호진단명 어휘수에 있어서는 35개 간호진단명에 62개의 어휘수를 사용하여 간호진단 1개에 평균 1.8개의 진단명 어휘를 사용한 것으로 나타났다.

이를 반응 형태별로 분석해보면 교환은 19개의 간호진단에 37개의 진단명어휘를 사용했으며 기동은 6개 간호진단에 11개, 인지는 3개의 간호진단에 3개, 감정은 3개 간호진단에 5개, 지식은 2개의 간호진단에 3개, 선택은 1개의 간호진단에 2개의 간호진단에 1개의 간호진단명 어휘가 있는 것으로 나타났다. 이와같이 간호진단 한가지가 여러가지 어휘로 표현되어 있는 것은 용어의 모호성을 가져올 수 있기 때문에 이에 대한 표준화 작업과 아울러 표준화된 용어에 대한 활용도를 높여야 할 것으로 사료된다.

간호진단의 모호성 또는 용어의 다양성은 간호진단이 간호실무에서 제대로 활용되지 못하는 가장 중요한 이유라고 할 수 있다.

### 3. 반응 형태별 간호진단

반응형태별로 간호진단을 분석해 보면 교환에서는 19개 간호진단명에 96개의 간호진단이 내려져 간호진단의 숫자가 가장 많은 것으로 나타났다. 다음은 기동이 6개의 간호진단명에 43개의 간호진단이 내려졌으며 감정에서는 3개의 간호진단명에 43개의 간호진단, 지식에서는 2개의 간호진단명에 39개의 간호진단, 인지에서 3개의 간호진단명에 6개의 간호진단이 내려졌고 관계 및 선택에서는 각 1개의 간호진단명에 간호진단이

〈표 3〉 반응형태별 간호진단

반응형태	간 호 진 단	실수(%)
교 환	1. 영양부족	17 (17.7)
	2. 감염위험성	12 (12.5)
	3. 기도개방 유지불능	11 (11.5)
	4. 피부손상	8 (8.3)
	5. 배뇨장애	7 (7.3)
	6. 체액부족 위험성	7 (7.3)
	7. 변비	5 (5.2)
	8. 비효율적 호흡양상	5 (5.2)
	9. 체액 부족	4 (4.1)
	10. 피부손상 위험성	4 (4.1)
	11. 체액과다	3 (3.1)
	12. 고체온	2 (2.1)
	13. 소변정체	2 (2.1)
	14. 조직관류 변화	2 (2.1)
	15. 심박출량 감소	2 (2.1)
	16. 신체손상 위험성	2 (2.1)
	17. 설사	1 (1.0)
18. 가스교환 장애	1 (1.0)	
19. 구강점막 변화	1 (1.0)	
계		96(100.0)
의사소통	—	—
관 계	1. 사회적 고립	1(100.0)
가 치	—	—
선 택	1. 비효율적 대응	2(100.0)
기 동	1. 활동의 지속성 장애	27 (62.8)
	2. 자가간호 결핍	6 (14.0)
	3. 수면장애	4 (9.3)
	4. 여가활동 부족	3 (7.0)
	5. 건강유지능력 변화	2 (4.6)
	6. 비효율적 가정관리	1 (2.3)
계		43(100.0)
인 지	1. 무력감	3 (50.0)
	2. 신체장애	2 (33.3)
	3. 절망감	1 (16.7)
계		6(100.0)
지 식	1. 지식부족	38 (97.4)
	2. 사고과정장애	1 (2.6)
계		39(100.0)
감 정	1. 불 안	24 (55.8)
	2. 통 증	18 (41.9)
	3. 두려움	1 (2.3)
계		43(100.0)

1~2개씩인 것으로 나타났다. 의사소통, 가치에서 는 간호진단명이 하나도 없는 것으로 나타났다. <표 3 참조>

의사소통과 가치에서 간호진단이 전혀 나오지 않은 결과는 의사소통의 간호진단인 언어소통 장애나 가치의 간호진단인 영적 고뇌는 실제 적용시 우리나라 문화와 실정에는 적절하지 않기 때문에 이러한 결과가 나온 것으로 사료된다.

교환의 총 간호진단수 96개를 간호진단별로 분석해 보면 영양부족이 17개(17.7%)로 가장 많았으며 다음은 감염 위험성 12개(12.5%), 기도 개방 유지 불능 11개(11.5%), 피부 손상 8개(8.3%) 순으로 나타났으며 설사, 가스 교환장애, 구강점막 변화에서는 간호 진단이 각각 1개인 것으로 나타났다.

기동의 총 간호진단수 43개를 간호진단별로 분석 해 보면, 활동 지속성 장애가 27개(62.8%), 자가 간호 결핍 6개(14.0%), 수면 장애 4개(9.3%) 순으로 나타났으며 비효율적 가정관리는 1개(2.3%)로 나타나 활동 지속성 장애가 가장 많은 것으로 나타났다.

감정의 총 간호진단수 43개를 간호진단별로 분석 해 보면 불안이 24개(55.8%)로 가장 많았으며 다음은 통증 18개(41.9%), 두려움 1개(2.3%) 순으로 나타났다.

지식의 총 간호 진단수 39개를 간호 진단별로 분석해 보면 지식 부족이 38개(97.4%)로 가장 많았고 사고 과정 장애에는 1개(2.6%)로 나타났다.

인지에서는 총 간호 진단수 6개를 간호진단별로 분석해 보면 무력감이 3개(50.0%), 신체장애 2개(33.3%), 절망감 1개(16.7%) 순으로 나타났다. 관계에서는 사회적 고립이 1개 있었으며, 선택에서는 비효율적 대응이 2개 있는 것으로 나타났다.

4. 적용빈도 순위별 간호 진단

학생들이 내린 간호진단 230개를 많이 적용한 순서대로 분석한 결과는 다음과 같다<표 4 참조>.

간호 진단 230개 가운데 가장 많은 것으로 나타난 간호진단은 지식부족으로 38개(16.5%)였으며

다음은 활동의 지속성 장애 27개(11.8%), 불안 24개(10.5%), 통증 18개(7.8%), 영양부족 17개(7.4%), 감염 위험성 12개(5.2%), 기도 개방 유지 불능 11개(4.9%) 순으로 나타났다. 심장질환 환자를 대상으로 한 김(1994)의 연구에서는 활동의 내구성 장애가 가장 많은 것으로 나타났으며

<표 4> 순위별 간호진단

간 호 진 단	실 수 (%)
1. 지식부족	38 ( 16.5)
2. 활동의 지속성 장애	27 ( 11.8)
3. 불 안	24 ( 10.5)
4. 통 증	18 ( 7.8)
5. 영양부족	17 ( 7.4)
6. 감염위험성	12 ( 5.2)
7. 기도개방유지불능	11 ( 4.9)
8. 피부손상	8 ( 3.5)
9. 배뇨장애	7 ( 3.0)
10. 체액부족 위험성	7 ( 3.0)
11. 자가간호결핍	6 ( 2.6)
12. 변 비	5 ( 2.2)
13. 비효율적 호흡양상	5 ( 2.2)
14. 체액부족	4 ( 1.7)
15. 피부손상 위험성	4 ( 1.7)
16. 수면장애	4 ( 1.7)
17. 체액과다	3 ( 1.3)
18. 여가활동부족	3 ( 1.3)
19. 무력감	3 ( 1.3)
20. 고체온	2 ( 0.9)
21. 소변정체	2 ( 0.9)
22. 조직관류변화	2 ( 0.9)
23. 심박출량 감소	2 ( 0.9)
24. 신체손상 위험성	2 ( 0.9)
25. 비효율적 대응	2 ( 0.9)
26. 건강유지 능력변화	2 ( 0.9)
27. 신체상장애	2 ( 0.9)
28. 설 사	1 ( 0.4)
29. 가스교환장애	1 ( 0.4)
30. 구강점막 변화	1 ( 0.4)
31. 사회적 고립	1 ( 0.4)
32. 비효율적 가정관리	1 ( 0.4)
33. 절망감	1 ( 0.4)
34. 사고과정장애	1 ( 0.4)
35. 두려움	1 ( 0.4)
계	230 (100.0)



다음은 안위의 변화, 피로, 영양부족, 수면장애의 순이었다. 박(1987)의 복막투석 환자를 중심으로 한 연구에서는 손상의 우려, 영양부족, 지식결여, 수면장애, 체액과다의 순으로 나타났고 강(1992)의 뇌 질환 환자를 중심으로 한 연구에서는 자가 간호 결핍, 피부 손상 가능성, 뇌 조직 관류의 저하, 감염 가능성 순으로 나타났다.

이와같이 각 연구마다 적용빈도 순위별 간호진단에서 차이가 있는 것은 대상자의 의학적 진단 특성에 따라서 간호요구가 다른데에 기인한 것으로 사료된다.

총 230개의 간호진단 가운데 간호진단이 1개(0.4%) 씩인 것으로 나타난 간호진단에는 설사, 구강점막의 변화, 사회적 고립, 비효율적 가정관리, 절망감, 사고과정 장애, 두려움 인것으로 나타났으며, 전혀 나오지 않는 간호진단도 98개 간호진단 가운데 63개나 되는 것으로 나타났다. 이러한 간호진단명에 대해서는 학생들이 적용하는데에 접근하기 어려워서 인지 아니면 실제적으로 유용성이 적은 진단명인지에 대한 구체적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

5. 간호진단별 간호진단 어휘

NANDA의 98개 간호진단명 가운데 적용 빈도가 많은 것으로 나타난 지식부족, 활동의 지속성 장애, 불안, 통증, 영양부족, 감염의 위험성, 기도 개방 유지 불능을 중심으로 간호진단 어휘를 분석한 결과는 다음과 같다.<표 5 참조>

지식 부족에서는 총 진단수 38개 가운데 32개(84.2%)가 지식부족이라는 어휘를 사용하였고 6개(15.8%)가 지식결여란 어휘를 사용한것으로 나타났다. 활동 지속성 장애에서는 총 진단수 27개 가운데 기동성 장애란 어휘가 가장 많아 19개(70.4%)였으며 그 이외에도 활동 결여, 활동 내구성 결여, 활동 내구성 장애, 신체적 기동성 장애란 어휘를 사용하였다. 활동 지속성 장애 어휘는 1개(3.7%)가 있는 것으로 나타났다. 불안에서는 총 진단수 24개 가운데 23개(95.8%)가 불안이라는 어휘를 사용한 것으로 나타났고, 불안감이라는 어

<표 5> 간호진단별 간호진단 어휘

간호진단	실수(%)	간호진단 어휘	실수(%)
지식부족	38(100.0)	지식부족	32 (84.2)
		지식결여	6 (15.8)
		계	38(100.0)
활동의 지속성장애	27(100.0)	기동성장애	19 (70.4)
		활동결여	3 (11.1)
		활동내구성결여	2 (7.4)
		활동내구성장애	1 (3.7)
		신체적 기동성장애	1 (3.7)
		활동의 지속성장애	1 (3.7)
계	27(100.0)		
불안	24(100.0)	불안	23 (95.8)
		불안감	1 (4.2)
		계	24(100.0)
통증	18(100.0)	통증	12 (66.7)
		동통	6 (33.3)
		계	18(100.0)
영양부족	17(100.0)	영양결핍	6 (35.3)
		영양부족잠재성	4 (23.5)
		영양장애	4 (23.5)
		영양부족	2 (11.8)
		영양결핍잠재성	1 (5.9)
		계	17(100.0)
감염위험성	12(100.0)	감염위험성	5 (41.7)
		감염의 잠재성	4 (33.3)
		감염가능성	2 (16.7)
		감염	1 (8.3)
		계	12(100.0)
기도개방 유지불능	11(100.0)	기도청결의 비효율성	8 (72.8)
		비효율적 기도청결	3 (27.2)
		계	11(100.0)

휘가 1개(4.2%) 있었다. 통증에서는 총 진단수 18개 가운데 통증 어휘는 12개(66.7%), 동통 어휘는 6개(33.3%)인 것으로 나타났다. 영양부족에서는 총 진단수 17개 가운데 영양결핍 어휘가 6개(35.3%)로 가장 많았으며 다음에는 영양부족 잠재성 어휘 4개(23.5%), 영양 장애 어휘 4개(23.5%), 영양부족 어휘 2개(11.8%), 영양 결핍 잠재성 어휘 1개(5.9%) 순으로 나타났다. 감염 위험성 진단에서는 총 진단수 12개의 진단명 어휘를 보면 감염 위험성 어휘 5개(41.7%), 감염의 잠재

재성 4개(33.3%), 감염 가능성 2개(16.7%), 감염 1개(8.3%) 순으로 나타나 감염 위험성 어휘가 가장 많은 것으로 나타났다. 기도개방 유지불능 진단에서는 총 11개의 진단명 어휘 가운데 기도 청결 비효율성 어휘 8개(72.8%), 비효율적 기도 청결 어휘가 3개(27.2%)로 나타났으며 기도 개방 유지 불능이란 간호진단 어휘는 하나도 없는 것으로 나타났다.

간호진단명 어휘의 종류가 많은 순으로 나타난 간호진단을 볼 것 같으면 활동의 지속성 장애가 6 종류로서 가장 많았으며 영양부족 5종류, 감염위험성 4종류 순으로 나타났다. 이와같은 결과를 볼 때 앞으로 표준화된 간호진단명에 대한 활용이 활성화되어야 할 것으로 사료된다.

6. 간호진단별 원인 요소

학생들이 내린 간호진단 230개에서 순위별 적용빈도가 비교적 많은 것으로 나타난 지식부족, 활동의 지속성 장애, 불안, 통증, 영양부족, 감염 위험성, 기도개방 유지 불능 진단을 중심으로 간호진단의 원인요소를 분석하였다.<표 6 참조>

간호진단의 원인 요소는 학생들이 사용한 표현 그대로를 분석하였다. 지식부족 간호진단 38개의 원인요소를 분석하면 질병이 9개(23.6%)로 가장 많았으며 다음은 동기 결여 3개(7.9%), 경험부족 3개(7.9%), 질병 및 치료 과정 3개(7.9%), 합병증 발생 3개(7.9%), 수술 3개(7.9%)로 나타났다. 지식부족의 원인요소에서 질병, 동기결여, 질병 및 치료과정, 수술은 적절한 원인요소로 판단되며 합병증 발생은 모호한 원인요소로 판단된다. 간호진단의 지식부족에 대한 정의는 아직 명확하게 내 려져 있지 않은 상태이다(이은옥등, 1992).

활동의 지속성 장애의 원인요소를 보면 27개 간호진단 원인요소 가운데 동기결여가 19개(70.4%)로 가장 많았으며 다음은 통증 12개(44.5%), 활동결여 3개(11.1%), 침상안정, 활동 내구성 결여, 허약감, 피로는 각각 2개(7.4%)씩 인 것으로 나타났다. 동기결여, 통증은 활동의 지속성 장애의 원인요소에 포함되겠지만 그 이외의 원인요소들은

원인요소라기 보다는 증상이나 징후에 해당되는 것으로 보여진다.

불안 진단의 원인요소를 보면 24개 간호진단의 원인요소 가운데 질병 예후가 6개(25.0%)로 가장

<표 6> 간호진단별 원인요소

간호진단명	실수(%)	원인요소	실수(%)
지식부족	38(100.0)	질 병	9(23.6)
		동기결여	3 ( 7.9)
		경험부족	3 ( 7.9)
		복막투석	2 ( 5.2)
		인지장애	1 ( 2.6)
		출혈경향	1 ( 2.6)
		입 원	1 ( 2.6)
		배액관	1 ( 2.6)
		협심증악화 및 위험요인	1 ( 2.6)
		질병 및 치료과정	3 ( 7.9)
		합병증 발생	3 ( 7.9)
		수 술	3 ( 7.9)
		통 증	1 ( 2.6)
		결장루	1 ( 2.6)
		당뇨운동	1 ( 2.6)
		당뇨조절	1 ( 2.6)
		인슐린	1 ( 2.6)
		인슐린자가투여	1 ( 2.6)
		혈당 Check	1 ( 2.6)
		계	38(100.0)
활동의 지속성장애	27(100.0)	동기결여	19 (70.4)
		활동결여	3 (11.1)
		활동내구성결여	2 ( 7.4)
		활동내구성장애	1 ( 3.7)
		신체기동성장애	1 ( 3.7)
		활동의지속성장애	1 ( 3.7)
		산소유지 및 불균형	1 ( 3.7)
		복 수	1 ( 3.7)
		인지장애	1 ( 3.7)
		통 증	12 (44.5)
		침상안정	2 ( 7.4)
		허약감	2 ( 7.4)
		피 로	2 ( 7.4)
		관절염	1 ( 3.7)
		호흡기능장애	1 ( 3.7)
		외 상	1 ( 3.7)
		부 종	1 ( 3.7)
		전인장치	1 ( 3.7)
		계	27(100.0)

불안	24(100.0)	질병예후	6 (25.0)	
		수술	4 (16.6)	
		간호 및 치료예후	1 ( 4.2)	
		입원	1 ( 4.2)	
		복수천자	1 ( 4.2)	
		자신의 건강	1 ( 4.2)	
		상황적 위기	4 (16.6)	
		지식부족	3 (12.4)	
		죽음	1 ( 4.2)	
		가스배출지연	1 ( 4.2)	
		감염	1 ( 4.2)	
계		24(100.0)		
통증	18(100.0)	수술	9 (50.0)	
		물리, 화학적요인	2 (11.0)	
		위궤양	1 ( 5.6)	
		부동	1 ( 5.6)	
		물리, 화학적 및 생물학적 요인	3 (16.6)	
		질병	1 ( 5.6)	
		가스배출지연	1 ( 5.6)	
		계		18(100.0)
		영양부족	17(100.0)	소화흡수장애
금식	3 (17.6)			
식욕부진	3 (17.6)			
간기능손상	1 ( 5.9)			
구토	1 ( 5.9)			
흡수부전	1 ( 5.9)			
소화불량	1 ( 5.9)			
소화능력장애	1 ( 5.9)			
상처치유지연	1 ( 5.9)			
설사	1 ( 5.9)			
계				17(100.0)
감염위험성	12(100.0)	수술	6 (50.2)	
		고혈당	1 ( 8.3)	
		기도청결비효율성	1 ( 8.3)	
		피부보호막소실	1 ( 8.3)	
		배액관	1 ( 8.3)	
		질병	1 ( 8.3)	
		피부손상	1 ( 8.3)	
		계		12(100.0)
기도개방 유지불능	11(100.0)	분비물	5 (45.4)	
		수술후마취	5 (45.4)	
		수술후통증	1 ( 9.2)	
		계	11(100.0)	

많았으며 다음은 수술 4개(16.6%), 상황적 위기 4개(16.6%), 지식부족 3개(12.4%)로 나타났다. 불안과 공포는 유사하지만 공포는 실질적이고 확인 가능한 위협이나 위협에 대한 반응이며 불안은 확인할 수 없는 위협에 대한 반응이라고 할 때, 위의 원인요소들은 공포에 대한 원인요소들로 보여지며 불안보다는 공포라는 진단명이 적절할 것으로 사료된다.

통증진단의 원인요소를 보면 18개 간호진단의 원인요소 가운데 수술이 9개(50.0%)로 가장 많았으며 물리-화학적 및 생물학적 요인 3개(16.6%), 물리-화학적 요인 2개(11.0%)로 나타났다. 본 연구에서는 통증의 원인요소가 다양하게 표현되었지만 조직과 관련된 외상으로 원인요소를 묶어도 별 무리가 없을 것으로 사료된다.

영양부족진단 17개의 원인요소를 살펴보면 소화흡수 장애 4개(23.5%), 금식 3개(17.6%), 식욕부진 3개(17.6%)로 나타으며 그외에도 간기능손상, 구토, 흡수부전, 소화불량, 소화능장애, 상처치유지연, 설사가 각 1개(5.9%)씩으로 나타났다. 감염 위험성 진단 12개의 원인요소를 살펴보면 수술이 6개(50.2%)로 가장 많았으며 고혈당, 기도청결의 비효율성, 피부 보호막 소실, 배액관, 질병, 피부손상이 각 1개(8.3%)씩으로 나타났다.

기도개방유지 불능 진단 11개의 원인요소를 살펴보면 분비물 5개(45.4%), 수술 후 마취5개(45.4%), 수술 후 통증 1개(9.2%)로 나타났다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 간호진단의 실무적용을 증진시키고 간호의 질을 높이기 위해 학생들이 임상실습 사례 보고서에 적용하였던 간호진단을 분석하여 간호진단 교육을 위한 기초자료를 제공하기 위하여 시도되었다. 1995년, 1996년 2년간 K전문대학의 2, 3학년 학생들이 성인간호학 실습병동 2곳에서 제출한 임상실습 사례 보고서 70부를 활용하였다. 임상실습 사례 보고서에서 학생들이 내린 간호진단은 총 259개였으며 이중에서 NANDA의 분류체계에 맞는 230개만을 실수와 백분율로 분석하였다.

본 연구 결과는 다음과 같다.

1. 반응 형태별 간호진단, 간호진단 수 및 진단명 어휘수를 분석한 결과 NANDA 의 98개 간호진단 가운데 학생들이 사용한 간호 진단은 35개(35.7%)였으며 간호 진단수는 230개였다. 간호진단명 어휘에 있어서는 35개 간호진단명에 62개의 어휘를 사용한 것으로 나타났다. 35개의 간호진단 중 교환이 가장 많았고 다음 기동, 인지, 감정, 지식 순으로 나타났다.
2. 반응 형태별로 간호진단을 분석한 결과 교환에서는 영양부족이 가장 많았으며 다음은 감염위험성, 기도 개방 유지 불능 순으로 나타났다. 기동에서는 활동의 지속성 장애가 가장 많았으며 다음은 자가 간호 결핍, 수면 장애 순으로 나타났다. 지식에는 지식 부족이 가장 많았으며 감정에서는 불안이 가장 많았고 다음은 통증 순으로 나타났다.

이상의 결과를 보면 NANDA의 98개 간호진단명 가운데 실제 학생들이 적용하는 간호진단은 35개(35.7%)로써 매우 제한적인 것으로 나타났다. 간호진단수에 있어서도 지식부족, 활동의 지속성 장애, 불안, 통증, 영양부족, 감염위험성, 기도개방유지 불능이 전체 간호진단수의 50% 이상을 차지하고 있는 것으로 나타났다. 간호진단 어휘에서도 다양한 어휘가 사용되고 있었고 원인요소에서도 적절하지 않은 원인요소가 많은 것으로 나타났다.

이와같은 결과는 여러가지 요인을 생각할 수 있겠지만 우선 학생들이 간호진단에 대한 지식 부족과 자신감 부족으로 인하여 간호진단을 사용하는데 제한을 받기 때문인 것으로 생각되며 아울러 간호진단 내용에 대한 타당성 여부도 고려되어야 할 요소로 사료된다.

위 결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 우리나라 사회문화와 연관하여 간호진단 내용에 대한 타당도를 검증할 필요가 있다.
2. 학교교육에서의 간호진단에 대한 구체적이고 효과적인 교육방법이 모색되어야 한다.

3. 간호진단의 원인요소뿐 아니라 ‘증상과 징후’와 연관된 연구가 필요하다.

## 참 고 문 헌

- 강운숙(1992). 뇌질환 환자에 대한 간호진단 적용 분석. 적십자전문대학논문집, 14, 149-160
- 김영희(1994). 심장질환 환자의 간호진단분류. 한양대학교대학원 석사학위논문
- 김용순(1991). 간호업무 전산화를 위해 개발된 표준화된 간호계획서의 타당도 검증. 대한간호학회지, 21(3), 368-380
- 김조자, 진춘영, 임영신, 박지원(1990). 간호업무 전산화를 위한 표준화된 간호계획의 개발에 관한 연구. 대한간호학회지, 20(3)
- 김조자(1996). 간호진단 분류체계에 근거한 간호개념을 개발. 대한간호학회지, 26(1), 177-192
- 민순(1995). 간호학생이 내린 간호진단 분석에 관한 연구. 대한간호학회지, 25(3), 457-471
- 박경숙(1989). NANDA 간호진단 분류체계를 이용한 간호진단 분석 연구. 중앙대학교 대학원 석사학위논문
- 박경숙, 이정희(1989). NANDA 간호진단 분류체계를 이용한 간호진단 분석 연구. 성인간호학회지, 1, 72-89
- 박윤희(1987). 5개 간호진단의 원인과 증상징후에 대한 발현을 조사연구-지속성 복막투석환자를 중심으로. 연세대학교 대학원 석사학위논문
- 박신애, 강현숙, 문희자, 김광주, 이향련, 조미영, 조결자, 김윤희, 김귀분(1989). 간호진단의 임상적용 현황, 문제점 및 개선 방안. 대한간호학회지, 19(1), 20-36
- 배영숙(1994). 개심술을 받은 환자에서 적용된 간호진단 분석. 성인간호학회지, 6(1), 70-79
- 이원희, 김조자, 유지수, 허혜경, 진혜영, 최혜경(1987). 간호학생이 내린 간호진단의 분류에 관한 일 연구. 간호학논집, 10, 48-73
- 손영희, 김원옥, 양선희, 양승희, 유재희 외(1996). 기본간호학. 서울 : 현문사

- 이은옥, 한경자, 김매자, 서문자, 김채숙, 박영숙 (1990). 간호진단과 임상활용, 서울 : 수문사
- 이은옥, 서문자, 김매자, 김채숙, 한경자, 박영숙, 전명희(1992). 간호진단과 중재, 서울 : 서울대학교 출판부
- 전춘영, 임영신, 김용순, 박지원, 조금숙(1990). 간호진단 임상적용을 위한 교육프로그램의 효과 및 간호사의 반응조사연구. 대한간호, 29(1), 59-69
- 최영희, 이향련, 김혜숙, 김소선, 박광옥, 박현경 (1996). 간호진단 한글표준화에 대한 연구. 대한간호, 35(4), 37-49.
- 최영희, 이향련, 김혜숙, 김소선, 박광옥(1996). 간호진단의 임상적용 활성화를 위한 기초조사연구. 대한간호학회지, 26(4), 930-945
- 한윤복(1997). 간호의 원점-간호현상의 특성과 전문직의 감수성. 대한간호, 36(1), 40-51
- ANA(1987). The Scope of Nursing Practice. Missouri : ANA. 4-6
- Feild, L.(1979). The implementation of nursing diagnosis in clinical practice, Nursing Clinics of North America, 14(3), 497-507
- Hurley, M.E.(1986). Classification of nursing diagnoses : Proceeding of the sixth conference. St. Louis : The C.V. Mosby Company.
- Ignatavicius, D.A., Bayne, M.V.(1991). Medical-Surgical Nursing : A Nursing process approach. Philadelphia. W.B Saunders Company.
- Kim, M.J., McFarland, G.K., and Mclane. A. M.(1991). Pocket Guide to Nursing Diagnoses. St. Louis : Mosby year book. 11.
- McDonald, B.R(1985). Validation of three respiratory nursing diagnosis. Nursing Diagnosis, 20(4), 697-709.
- Mitchell, G.J.(1991). Nursing Diagnosis, An ethical analysis, Image ; Journal of Nursing Scholarship, 23(2), 99-103
- Purshotham, D(1981). Nursing Diagnosis :

The Canadian Nurse, 46-48

Tartaglia, M.J(1985). Nursing Diagnosis. Nursing 85. 15(3), 34-37

Taylor, C., Lillis, C., and LeMone, P(1997). Fundamentals of Nursing(3rd ed). J.B. Philadelphia : Lippincott Company.

Titler, M.G.(1987). Implementation of diagnosis in nursing education. Nursing Clinics of North America, 22(4), 987-999

## Abstract

### A Study of the Classification of Nursing Diagnoses

Shon, Young Hee\*

This study was conducted to analyze the nursing diagnoses applied for case studies of nursing students through their clinical practices, and to provide the educational basis of nursing diagnoses with its results.

The data were collected for two years(1995 and 1996) from 70 case studies reported by the 2nd and 3rd year nursing junior college students.

The students made 259 nursing diagnoses among which 230 diagnoses qualified NANDA classification and were taken for analysis.

The results of the analysis were as follows:

1. The number of diagnoses indicating response patterns was 35(35.7%), whereas 98 diagnoses in NANDA table. Among the 35 diagnoses, the pattern of exchange was most frequent, then feeling, moving, knowing in rank.

\*National Medical Center Junior College of Nursing

2. The diagnoses were analyzed in the categories of response patterns. For Instance, 'Altered in Nutrition' was most frequent in exchange, then Risk for Infection', 'Ineffective Airway Clearance', in rank.
3. Among 230 diagnoses, 'Knowle Deficit' was most frequently mentioned, then 'Activity Intolerance' 'Anxiety', 'Pain', 'Altered in Nutrition', 'Risk for Infection', 'Ineffective airway clearance', in rank.
4. The types of word expression of each diagnoses were various. 'Activity Intolerance' was expressed in 6 types.
5. The relating factors applied to each diagnosis were analyzed.

For Instance, the relating factor of 'Knowl edge Deficit' were illness, and therapeutic process, lack of motivation, occurrence of complication, short experience, operation, and so on.

From the above study, the researcher would like to recommend as follows :

- 1) The current diagnoses need to be verified its content validity, when they are applied to our culture.
- 2) The most effective educational method for applying nursing diagnoses should be explored.
- 3) Further study could be focused on not only 'relating factors' but also 'sign and symptoms'.

**Key words :** Nursing Diagnosis