

간호진단 분류체계에 근거한 간호개념들 개발*

김 조 자**

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

우리나라의 간호교육은 1950년대 이후 미국 선진 간호학의 영향을 받아 급격히 발전하기 시작하여 많은 학문적 성장을 이루게 되었다. 1955년 정규대학과정이 개설되고 우리 실정에 맞는 간호교육을 계획하고, 조직, 운영하게 되었으며 병원에서의 단순 기술위주의 교육방식이 지양되기 시작하였다.

이때부터 많은 학자들의 끊임없는 노력으로 종래 전통적인 질병위주의 의학교육모델에서 탈피하려고 노력해 왔으며, 최근에는 질병예방, 건강유지, 건강증진으로 최적인 건강상태를 유지하기 위한 새로운 건강과라다임으로 이행하는 점에 있어서는 동의를 하고 있으나 실제 간호교육과정은 아직도 전통의학 모델을 벗어나지 못하고 있다. 홍여신 외 2인(1991)의 연구에서 우리나라 간호대학의 교과과정 개념들에 관해 조사한 결과 12개 대학이 응답했는데 그 중 4개 대학만이 개념적 틀을 이용하였으며 5개 대학은 의학모델에 의한 전통적인 5대 임상간호분야를 중심으로 구성하고 있었다.

미국의 경우 간호이론개발이 활발해짐에 따라 1970년대에는 Johnsons' Behavioral Systems Model이 교과과정 조직을 위한 틀로서 인기가 있었으며 개념중심의

교과과정 그리고 간호모델을 중심으로 교과과정을 조직하였다. 그후에는 통합 교과과정으로 특수한 주제영역을 혼합하는 즉 영양학, 약리학, 행동과학 등의 요소를 간호실무를 위한 이론적 과목에 통합시켰다. 그리고 간호실무를 위한 틀로서 간호과정을 교과과정에 통합시켰다. 그러나 아직도 교과내용을 신체 계통별, 그리고 주요 의학진단범주별로 조직, 교육함으로써 의학모델에서 완전히 벗어나지 못하고 있다.

한편 간호진단은 간호실무의 기본 틀이 되는 간호과정의 한 구성요소로서 1950년대에 처음 기술되었고 간호의 자율성을 향한 추진력이었다. 왜냐하면 간호진단은 실제적이거나 잠재적인 건강문제로 생애 전 과정을 통해 나타나는 인간의 반응에 대하여 내린 임상적 판단으로 간호중재방안을 선택하는 기초가 되기 때문이다 (Carrol-Johnson, 1990). 간호진단은 이론과 실제간의 거리를 좁히는 역할을 할 뿐만 아니라 간호사가 해결할 수 있는 문제를 찾아내어 해결함으로써 간호의 독특한 영역을 구축해준다. 대부분의 문헌에서도 간호사에 있어 진단적 역할의 개발을 지지하며 간호진단을 규명, 분류하고 타당성을 입증하는데 관심을 두며 임상실무에서의 활용에 집중하고 있다. 따라서 간호교육이 질병모델에서 벗어나 간호모델에 의한 교육이 되기 위해서는 간호진단의 개념 및 분류내용이 간호교과과정 속에 종적, 횡적 관계로 도입되므로써 간호개념을 뚜렷하게 부

* 이 연구는 1993년도 국비 해외파견 교수연구비에 의한 것임.

** 연세대학교 간호대학 교수

각하면서도 간호고유지식체에 의한 간호교육이 될 수 있으리라 생각된다. 따라서 간호진단 분류체계에 근거한 간호개념들을 개발함은 간호학 교과과정을 간호모델로 전환시키는 중요한 주춧돌 역할을 하므로서 간호교육과 실무발전을 위해 아주 필요한 연구이다.

2. 연구의 목적

이 연구의 목적은 간호진단 분류체계에 근거한 간호개념들을 개발함으로써 간호교육과정에 간호진단을 통합하기 위함이다.

구체적 목적으로는

- 1) 성인간호학 교과서에 기록된 간호진단 목록을 조사한다.
- 2) 현재 간호교육과정에서 사용되고 있는 간호진단 목록을 조사한다.
- 3) NANDA에서 제시한 간호진단 목록 중에서 간호교육과정에 포함시켜야 할 목록을 조사한다.
- 4) 연구목적 1, 2, 3을 근거로 성인간호교육과정에 중요하게 포함시켜야 할 간호진단 목록을 작성한다.
- 5) 성인간호학에 포함할 간호진단을 중심으로 간호진단 분류체계를 위한 간호개념들을 작성한다.

3. 용어의 정의

- 간호진단 분류체계 : 분류체계란 학문의 지식개발에 있어서 초기 단계로서 어떤 현상의 객관적인 사실들을 특성별로 유사성과 관련성에 근거하여 서열과 규칙을 만들어서 기준을 정하여 범주별로 구분짓는 행위이다. 이 연구에서는 성인간호학에 포함할 간호진단 목록을 특성별로 유사성과 관련성에 근거하여 범주별로 구분짓는 것을 말한다.
- 개념들 : 개념의 세트로서 현상을 어떻게 한데 모으고 그들이 어떻게 작용하는 지에 대한 관점이다. 이 연구에서는 간호진단 목록을 어떻게 분류할 수 있고 분류된 간호진단들이 각각 어떤 속성을 갖는지를 구성하는 간호개념들의 세트이다.

II. 문헌고찰

1. 간호진단의 역사적 발달

과거 20년동안 간호는 책임과 관심 대상에서 큰 변화

를 경험하였다. 1970년대까지만 해도 간호는 환자를 사정하는데 책임이 있었을 뿐 그들의 관찰에 대해 판단을 내리는 것은 허용되지 않았다. 진단을 내리는 책임은 의사에게만 법으로 제한되어 있었고 간호교육은 독특한 인간반응을 독자적으로 다루는 활동보다는 질병을 치료하는 의사를 돕도록 가르치는데 더 초점을 맞추고 있었다.

그러나 오늘날 간호사의 역할은 확대되었고 미국 간호협회는 진단가로서의 간호사 역할을 포함한 간호실무를 위한 새로운 표준을 공표할 필요성을 인지하였으며 이들 표준은 “간호는 실제적, 잠재적 건강문제에 대한 인간의 반응을 진단하고 처치하는 것”이라고 표명한 ANA Social Policy Statement(1980)를 출판하게 하였다.

진단이란 용어가 간호와 관련되어 사용되어진 것은 1926년 Bertha Harmer가 지식은 체계화되어야 한다고 제안하면서 그것을 진단이라는 용어로 사용하였다. 그 후 1953년 McManus와 Fry에 의해 간호진단이라는 용어가 사용되었고 1961년 Orlando에 의해 간호과정이 문헌에 처음 기술되면서 1973년 Gebbie Lavin이 간호과정의 한 단계로 간호진단을 포함시켰다. 이와 같이 1950년대 기술된 간호진단은 복미에 있어서 간호의 자율성을 향한 추진력이 되었다. 대부분의 문헌에서도 간호사의 진단적 역할의 개발을 지지하며 간호진단을 규명, 분류하고 타당성을 입증하는데 관심을 두며 실무에서의 활용에 집중함으로써 간호실무의 중심적이고 필수적인 과정으로 인정하고 있다.

따라서 간호사는 간호진단을 내리는 책임을 갖게 되었으며 간호사의 관심은 질병 자체가 아니라 인간 전체를 다루는 것이 되었다. 이러한 변화로 인해 간호는 다음과 같은 질문에 대한 해답을 찾아야만 하였다. 즉, ‘간호진단은 의학진단과 어떻게 다른가?’, ‘인간반응이란 무엇인가?’, ‘실제적 또는 잠재적 건강문제에 반응한다는 것을 개인은 어떻게 느낄 수 있는가?’, ‘간호진단은 병생리적 반응을 포함하는가?’, ‘건강한 반응은 무엇인가?’, ‘간호사는 간호진단을 위해 어떻게 사정하고 중재해야 하는가?’ 등의 질문에 해답을 찾아야하는 도전을 받고 있다(김조자, 1993).

이러한 도전을 받아들이는 간호진단이 되기 위해 건강문제의 범주를 규명하고 분류하기 위한 필요성이 제기되므로 1973년 이론가, 교육자, 행정가, 실무자들로 구성된 일단의 간호사들은 National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis를 개최하였으며 그 회의에서 34개의 진단 목록이 개발되

었다(ANA, 1989). 이들은 그후 매 2년마다 전국적인 모임을 개최하여 구성원들의 계속된 작업을 논의하고 공식적, 비공식적으로 서로의 의견과 관심을 교환할 기회를 가지며 관련성있는 계속교육 프로그램을 제공하고 새로이 상장된 간호진단을 구성원들에게 제시하여 공식적인 간호진단 목록에 포함시킬 것인지를 결정하였다. 1982년까지 5차례의 모임을 가지면서 간호진단을 일반화하기 위하여 컵법을 사용하여 51개의 간호진단이 발표되었다.

한편 1976년 Roy는 간호진단의 분류체계를 위한 간호이론가 집단의 소집을 제안하여 1978년 인간반응의 9가지 양상으로 구성된 틀에 의해 NANDA Nursing Diagnosis Taxonomy-I 이라는 간호진단 분류체계를 발표하였다(ANA, 1989).

1980년 Gordon은 Functional Health Pattern Typology를 제안하였다. 1982년에는 북미간호진단협회(NANDA)가 정식으로 발족되었으며 새로이 분류되는 간호진단의 수적인 증가뿐만 아니라 간호진단의 개념 자체가 갖고 있는 복잡성으로 인해 이들을 체계적으로 정리하고 묶어 단순화하기 위한 통일된 개념적 틀이 필요함이 제기되었다.

1984년 NANDA는 상장되는 간호진단의 기준과 새로운 진단범주를 검토하기 위한 과정을 위해 Diagnostic Review Committee를 구성하였다.

1986년에는 Fehring이 진단 범주의 내용타당도를 선정하기 위한 모델을 개발하므로써 이미 개발된 간호진단과 새로이 상장되는 간호진단의 타당도를 검증하는 방법론이 제시되었다. 1988년 8차 Conference때 NANDA는 16개의 새로운 진단을 수용한 추가된 진단의 분류와 세련화작업을 통해 Taxonomy I-Revised를 발표하였다. 또한 1988년 Taxonomy Committee는 ANA를 대표하는 Virginia Saba와 협력하여 NANDA's Taxonomy I Revised를 ICD-9을 개발한 WHO에 의해 사용된 분류와 일관성을 가진 단어로 옮겼으며 현재 ICN에서도 ICNP를 위한 작업을 시도하고 있다(Fitzpatrick, 1989).

2. 실무에서의 간호진단

간호진단의 적용은 임상에서 문제를 분명히 확인하여 구체적인 계획, 중재, 평가로 나아갈 수 있도록 도와준다. 전문직 측면에서도 타전문직으로부터 우리 자신을 구별하게 하고, 동등한 관계로서 독자적 역량을 인정받

을 수 있고, 자율성을 가질 수 있도록 하여 간호의 책임을 분명하게 하고 동료 및 더 나아가 다른 의료진과의 의사소통도 증진시키게 한다(Halloway, 1993). 또한 간호사가 책임지고 수행하는 간호처방의 기초가 되기도 하며(Shoemaker, 1993), 임상적으로 유용한 간호진단은 치료계획을 결정하고 받아들이는데 매우 중요한 역할을 한다

우리나라에서는 1970년대 말 간호과정이 소개되었고 1980년대 초에 간호진단이 본격적으로 소개되면서 많은 병원에서 간호과정 적용을 위한 Workshop을 통해 간호진단을 교육하기 시작하였다. 그러나 각 간호진단의 용어가 의미하는 것이 정확하게 무엇인지에 대한 일치된 견해가 없었으며, 심지어 간호진단을 어떻게 사용하고 어떤 과정을 거쳐 진단을 내리는가에 대해서도 의견의 일치도가 낮았다.

또한 학교마다 병원마다 개별적인 방법으로 간호진단을 정의하고, 개발하고, 사용하고 있음을 알 수 있었고, 임상실습이나 실무에서 비공개적으로 사용되고 있는 간호진단용어는 무시하고라도 참고문헌으로 사용되고 있는 문헌을 볼 때 간호진단명을 각기 다르게 번역하여 사용하고 있음을 알 수 있었다. 이러한 문제는 간호진단을 명명한 미국의 경우도 마찬가지였다.

따라서 1988년 임상간호사회에서는 NANDA에서 제시한 간호진단의 한글어휘 명명을 위한 2차의 조사연구를 통해 최대 적합성 비율이 50%이상인 어휘를 선택 58개 간호진단의 한글어휘 목록을 제시하였다. 그후 서울시 간호사회에서는 매해 학술위원회 사업으로 1990년부터 간호진단 용어의 정의 및 임상적용을 보수교육 내용으로 다루어 오고 있다.

1989년 박신애 외 8인이 간호진단의 임상적용 현황, 문제점 및 개선방안, 이향련외(1989)의 간호진단 프로토콜의 임상적용 효과에 관한 연구, 김조자의(1990)의 간호진단의 실무적용 가능성을 타진하기 위해 Gordon이 개발한 기능적 건강양상 사정도구를 사용하여 입원환자를 대상으로 한 간호진단의 적용빈도 조사등은 간호진단의 실무적용을 위한 노력의 한 단면을 보여주고 있다.

그러나 전춘영외(1990)의 간호진단 임상적용을 위한 교육프로그램의 효과 및 간호사의 반응조사연구에서 보면 전국의 33개 병원에 근무하는 간호사 190명을 대상으로 간호진단의 임상적용 장애요인을 조사했을 때 '간호진단 내리는 단계가 복잡하기 때문', '간호진단 기록 양식이 실제 적용에 맞지 않기 때문', '한국인에 맞는 적절

한 간호진단이 없기 때문’, ‘간호진단에 대한 이론적 지식부족’, ‘간호사의 의지부족’, ‘간호진단에 대한 전반적 지식부족’ 등이 포함되고 있어 간호진단을 내리는 단계도 복잡할 뿐 아니라 그에 관한 지식도 부족하고 간호진단 기록 양식도 실제 기록 양식과 맞지 않아 임상에 적용하지 못하고 있음을 알 수 있다. 김조자(1995)의 조사에서 보면 11월 전국 15개 간호학과와 간호학생 실습을 하고 있는 18개 병원에서 간호진단을 적용하고 있는 지에 관해 질문했을 때 ‘적용하고 있다’고 응답한 병원은 2개, ‘부분적으로 적용하고 있다’고 응답한 병원 9개, ‘전혀 적용하고 있지 못하다’고 응답한 병원이 7개 병원이었다.

이상과 같이 간호진단의 실무적용을 위해 노력하고 있으나 실제로 임상에서 간호진단을 적극적으로 적용시키지 못하고 있는 것에는 다음과 같은 여러 가지 문제가 복합적으로 작용하고 있다(김조자, 1993).

- 1) 간호진단단으로는 환자의 건강문제를 전부 파악하고 해결하기 어렵다.
- 2) 간호진단의 기술이 너무 광범위하거나 모호하여 간호지시의 초점을 맞추기 어렵다.
- 3) 적당한 평가 지침과 도구가 아직 개발되지 않았다.
- 4) 한국적인 간호요구도, 간호수준, 의료전달체계 등이 고려되지 않은채 미국에서 개발, 검토되고 있는 간호진단을 사용하고 있다.
- 5) 선택된 간호이론에 따라 간호진단의 정의, 표준화, 분류가 달라질 수 있다.
- 6) 타당하다고 할만큼 충분히 검증되지 않은 상태에서 간호진단명을 그대로 사용하고 있다.
- 7) 간호진단 적용에 따른 인력부족, 업무량과중, 기록양식 개발, 타전문직과의 의사소통 등 행정적인 문제가 해결되지 않았다.
- 8) 간호사들이 간호진단을 유용하고 필수적이며 적절한 전문적 활동으로 가치있게 인식하지 못하고 있다.
- 9) 간호진단에 대한 간호사의 충분한 지식과 경험을 위한 교육이 제공되지 않고 있다.

3. 교육에서의 간호진단

간호진단은 간호교육자나 학생들에게 의학모델에 따라 조직된 교과내용보다는 간호현상에 초점을 맞추도록 할 수 있다. 또한 NANDA의 진단적 범주는 교과과정 구성에 있어서 질병이나 상해, 치료, 생활사건에 대한 인간의 반응에 초점을 맞추도록 도울 수 있는 틀(thread)

로 사용하므로써 학생들은 병생리, 진단검사, 치료에 부과해서 간호진단을 통해 간호교육의 지식체를 탐색하고 조사하는 것을 학습할 수 있다.

Firsch, Ellis and Weber(1988)는 NANDA의 간호진단 목록에 근거한 교과과정모델을 개발함에 있어 간호진단을 간단한 것에서부터 복잡한 것으로 분류, 조직하여 2학년에서는 성인을 중심으로 단순한 간호진단을 포함시켜 기본간호학에 손상의 고위험성, 감염의 고위험성, 자가간호결핍, 배설양상의 변화, 변비/실사, 수면장애, 구강점막의 변화를 예로 들었고 영적 고통은 치료적 의사소통을 사용할 수 있어야 진단을 내릴 수 있고 타당도를 확인할 수 있기 때문에 복잡하고 어려운 간호진단으로 분류하였다.

김조자가 1995년 11월 전국의 간호학과 15개 대학으로부터 조사된 바에 의하면 교과과정에 1983년부터 간호진단을 포함하여 교육하고 있음을 알 수 있었다. 또한 간호진단을 중점적으로 다루고 있는 과목은 주로 기본간호학(8개교)과 성인간호학(7개교)에서 다루고 있다고 응답하였으며 임상실습시 12개 학교에서 간호진단을 적용하고 있다고 응답하였다. 한편 간호진단을 적용하는데 어려운 점으로는 ‘학생들이 실습나가고 있는 병원에서 간호진단을 사용하고 있지 않는 것’을 가장 큰 문제점으로 지적하고 있었으며 다음으로는 ‘교수마다의 이해가 다름’, ‘원인규명의 어려움’, ‘표준용어의 부족’, ‘유사진단의 구분이 어려움’, 그리고 ‘간호진단에 관한 시간배당이 적음’을 어려움으로 지적하고 있었다.

학생교육과 관련된 연구로는 1987년 이원희외의 간호학생이 내린 간호진단의 분류에 관한 연구, 1990년 박경숙의 일부 간호학생의 간호진단 적용에 대한 반응정도 그리고 1995년 민순의 간호학생이 내린 간호진단 분석에 관한 연구 등이 있다. 그러나 이 연구들은 단지 학생들이 임상실습에서 내린 간호진단의 빈도수와 NANDA의 분류체계를 이용한 분류에 그치고 있다.

4. 간호진단의 분류체계

간호진단 분류체계의 개발은 1976년 Roy에 의해 처음으로 추진되었으며 간호와 관련된 현상의 본질을 명료화하는 것이 도움이 될 것이라고 주장하였다. 1978년 간호이론가들에 의해 Unitary Human Being Model에 근거하여 9가지 인간반응유형이나 영역을 이용해 간호진단 분류를 위한 개념적 기틀을 만들었다(ANA, 1989). 그러나 이 인간반응유형이 간호역할을 분리시키는데 있어

프괄적인 구조를 제공하지만 임상에서 쉽게 적용하는데는 너무 추상적이라는 지적이다.

9가지 인간반응유형에 따라 간호진단을 분석해 보면 교환양상에는 총 40개의 진단적 범주가 있으며 모두 생리적인 것들로서 생리적인 기능장애에 초점을 두고 있으며 이러한 진단들은 출처가 의학적인 것이다. 의사소통양상에는 1개의 진단적 범주가 속한다. 관계, 가치 그리고 선택양상에는 사회적, 성적, 가족기능장애, 영적 고통, 심리적 고통과 2가지 건강증진 범주를 통합하였다. 기동, 감각, 지식 그리고 감정양상은 37개의 진단적 범주로 구성되었다. 특히 기동영역은 생리적인 기능과 관련이 있고 감각, 지식 그리고 감정양상은 주로 사회, 심리적 기능장애와 관련이 있으며 비생리적인 간호기능을 강조하였다(Mason & Webb, 1993).

1980년 Gordon은 "Functional Health Pattern Taxology"를 개발하여 간호진단을 분류하였다. Gordon에 따르면 pattern은 환자의 서술과 간호사의 관찰로부터 얻어진 자료를 통해 간호사가 만들어낸 시간에 따른 과거와 현재의 행동순서이다. Mclane등(1986)은 이 기틀이 간호실무의 전통 영역과 발달적 영역 모두를 병합한 것이므로 다양한 배경과 지역에서 이루어지는 간호진단 연구에 적합하며 많은 간호모델에서도 유용하다고 하였다.

McFarland(1989)도 Functional Health Pattern은 그들이 임상실무와 명백한 관련성을 가지기 때문에 간호사들이 간호진단을 분류하고 환자의 초기사정을 위한 어떤 개념적 방향을 제공하는데 유용하다고 하였다.

같은 해 Omaha Visiting Nurse Association (OVNA)에서는 지역사회 간호에서의 간호진단을 체계화하고 표준화할 수 있는 분류체계를 제시하였다. Omaha Classification System은 환경, 사회심리, 생리 그리고 건강행위의 4영역으로 분류하였다. 이는 NANDA의 분류체계와 비교해 볼 때 조직적 구조와 간호의 연관성이라는 점에서 유사성이 있지만 개발방법에 있어서 용어, 사용자의 초점이나 Setting이 다르다. OVNA체계의 경우 특별한 환자집단에 대한 간호요구를 반영하고자 NANDA와 다른 개념적 기틀로부터 개발되었다.

Burns와 Thompson(1984)은 Pediatric Nurse Practitioner를 위한 간호진단 분류체계를 개발하였으며 이는 NANDA분류체계와 Omaha분류체계를 근간으로 하여 환경, 사회심리, 생리, 건강행위 그리고 의학영역을 첨가하여 5가지 영역으로 분류하였다. Byrne(1990)은

King의 간호모델, Taylor(1991)는 Orem의 자가간호모델을 틀로 하여 간호진단을 분류하여 간호이론을 이용하는 측면에서의 방안을 제시하였다.

그러나 지금까지의 간호진단은 개인을 중심으로 개발되었으므로 간호의 대상인 가족, 지역사회를 포함한 모든 대상을 포괄할 수 있는 간호진단 분류체계와 인간의 발달주기, 건강과 질병의 연속선상에 있는 대상 모두를 포함하는 간호진단 분류체계의 개발이 요구된다. 동시에 간호교육이 질병모델에서 벗어나 간호모델에 의한 교육으로 전환하며 실무의 발전을 위해 간호진단 분류체계를 위한 개념들의 개발은 아주 중요하다고 생각된다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

간호진단을 분류하는 간호개념들을 개발하기 위한 문헌조사와 질문지를 이용한 귀납적, 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

성인간호학에 포함된 간호진단 목록을 도출하기 위하여 1개 대학의 성인간호교과과정과 국내에서 출간된 3개의 성인간호학 교과서 그리고 간호학 교과과정에 간호진단의 포함범위를 조사하기 위하여 임의표집된 간호교육자 36명과 전국 15개 간호대학에서 성인간호학을 담당하고 있는 교수 중 각 대학에서 경험이 가장 오래된 15명의 교수를 임의표출하였다.

자료수집 기간은 1차로 간호교육자 36명과 성인간호학 교과서와 교과과정으로부터의 간호진단 표출은 1995년 3월부터 4월까지 한달이었으며, 2차로 전국의 간호대학 성인간호학 교수로부터의 자료수집은 11월 9일부터 20일까지였다.

3. 연구도구

1) 간호진단 질문지

질문지의 내용은 크게 네가지로 분류되며 첫째는 71개의 각 간호진단에 따르는 현재 강의중인 과목에의 포함여부, 각 진단명이 교과과정에 포함되어야 하는 중요한 개념인지의 여부, 중요한 개념인 경우 포함시킬 적절한 학년 및 각 진단명이 가장 적

절하게 포함될 수 있는 과목이 무엇인지에 대한 단답식 문항이며, 둘째는 응답자가 재직하는 학교의 학부간호학 교과과정의 조직방법에 관한 2개 문항, 셋째는 교과과정에 포함시킬 적절한 간호진단 분류 방법에 대한 6개의 문항 그리고 간호진단의 교과과정 적용시기, 문제점에 관한 8개 문항의 개방형 질문지로 구성되었으며 연구자에 의해 작성되었다.

2) 성인간호학에 포함된 간호진단 check-list

성인간호학 교과서와 교과과정에 포함된 간호진단 목록을 도출하기 위한 NANDA의 간호진단목록 check-list이다.

4. 자료분석

- 1) NANDA에서 제시한 간호진단 목록에서 현재 간호교육에 포함여부, 중요성여부, 어느 과목에서 몇 학년에 가르쳐야 할 지에 관한 자료는 백분율로 처리하였다.
- 2) 성인간호학 교과서에 포함된 간호진단 목록을 도출하여 3가지 교과서에 나타난 각 진단 목록의 빈도수를 산출하였다.
- 3) 성인간호학 교과서에 공통적으로 나타난 간호진단 목록과 1개 대학 성인간호 교과과정에 나타난 간호진단 목록 그리고 12개 병원 내외과 병동 환자에게 사용된 간호진단 목록의 빈도수를 산출, 비교하여 성인간호학에 포함할 간호진단을 결정하였다.
- 4) 성인간호학에 포함할 간호진단 목록은 NANDA의 인간반응양상, Gordon의 기능적 건강 양상, 대한간호협회의 분류, Maslow의 계층별 욕구에 의하여 분류하여 비교한 후 다시 저자에 의하여 성인간호 교과과정에 통합할 수 있도록 개념틀을 작성하였다.

IV. 연구결과 및 논의

1. 교과과정에 포함된 간호진단

연구자가 간호대학 교과과정에 간호진단을 포함시키고 있는지 전국 15개 간호대학 성인간호학 담당교수에게 개방형 질문지를 통해 수집한 결과 15개 대학 모두에서 간호진단을 1983년부터 교과과정에 포함하고 있었다.

또한 간호진단을 중점적으로 다루고 있는 과목은 주

로 기본간호학에서 개괄적으로 다루고 있다고 응답한 학교가 8개교였고, 각론은 성인간호학에서 다루고 있다고 7개교가 응답하였고, 2개교는 전과목에서 다루고 있다고 응답하였다. 임상실습에서는 15개교 모두에서 간호진단을 사용하고 있다고 응답하였으며 간호진단을 적용하는데 어려운 점으로는 유사진단의 구분과 표준화된 용어부족, 간호사가 독립적으로 증재할 수 있는 원인규명과 실습병원에서 적극적으로 사용하고 있지 않은 것 그리고 교수마다의 견해가 다른 점을 들고 있었다. 그러나 현재 학생들이 실습나가는 병원은 15개 학교에서 18개 병원을 학생 실습장소로 사용하고 있었으며, 9개 병원에서 간호진단을 부분적으로 사용하고 있었고 나머지 7개 병원에서는 간호진단을 전혀 사용하지 않고 있다고 응답하여 실습교육에서의 간호진단 교육이 어려움을 나타내었다.

간호교육자 36명을 대상으로 NANDA에서 제시한 71개 각 간호진단 목록에 대하여 교과과정에서 다루고 있는 분포를 조사한 결과는 다음과 같다(표 1).

교환양상으로 분류되는 30개 간호진단중 50%이상 현재 교과과정에 포함되어 있는 간호진단은 변비, 설사, 체액부족, 체액과다, 가스교환장애, 배변실금, 감염의 고위험성, 손상 고위험성, 영양상태 변화 : 결핍, 영양상태 변화 : 과다, 구강점막 변화, 배뇨양상변화, 조직통합성 장애, 부적절한 호흡양상으로 14개였다.

의사소통양상에 속하는 의사소통 장애는 50%가 교과과정에 포함하고 있다고 응답하였다. 관계양상에 속하는 간호진단은 7개중 사회적 상호작용 장애, 가족과정의 변화, 역할수행변화로 3개였다. 가치양상에 속하는 영적고통은 36.1%만이 교과과정에 포함하고 있으나 86.1%가 교과과정에 중요하게 포함되어야 한다고 응답하였다.

선택양상에 속하는 간호진단은 6개로 그 중에 50%이상 응답자가 교과과정에 포함시키고 있는 간호진단은 조정장애, 방어적 대처, 의사결정 갈등, 불이행의 4개 간호진단이었다. 기동양상에 속하는 간호진단은 10개로 50%이상의 응답자가 교과과정에 포함하고 있는 간호진단은 활동내구성장애, 피로, 성장발달 장애, 건강유지 변화, 신체적 기동성장애, 자가간호결핍, 수면양상 장애의 7개였다.

감각양상에 속하는 간호진단은 7개였으나 자아존중감 장애, 신체상 장애 등 2개가 50%이상 교과과정에 포함되고 있었다. 지식양상에는 2개의 간호진단이 속해 있으나 지식결핍 하나만이 50% 이상에서 포함하고 있

〈표 1〉 간호진단과 교과과정

간 호 진 단 명	빈 도 수	학 제 교과과정에 포함	학 년				가르쳐야 할 과목			
			2	3	4	기 본 성인(노인)	모 아	정 신	지 역사 회	
Exchanging										
Airway clearance, ineffective	17(47.2)	31(86.1)	10(27.7)	21(58.3)	4(11.1)	2(5.5)	25(66.6)	3(8.3)	0(0.0)	0(0.0)
Aspiration, potential for	17(42.2)	31(86.1)	6(16.6)	23(63.8)	1(2.7)	0(0.0)	24(66.6)	9(25.0)	2(5.5)	1(2.7)
Body temperature, altered, potential	17(42.2)	34(94.4)	16(44.4)	12(33.3)	9(25.0)	5(13.8)	16(44.4)	8(22.2)	1(2.7)	0(0.0)
Bowel incontinence	20(55.5)	33(91.6)	15(41.6)	17(47.2)	3(8.3)	6(16.6)	23(63.8)	3(8.3)	0(0.0)	0(0.0)
Breathing pattern, ineffective	18(50.0)	33(91.6)	7(19.4)	19(52.7)	3(8.3)	0(0.0)	27(75.0)	4(11.1)	0(0.0)	0(0.0)
Cardiac output, decreased	14(38.8)	29(80.5)	6(16.6)	23(63.8)	4(11.1)	0(0.0)	32(88.8)	3(8.3)	0(0.0)	0(0.0)
Constipation	28(77.7)	33(91.6)	17(47.2)	16(44.4)	1(2.7)	5(13.8)	27(75.0)	10(27.7)	1(2.7)	1(2.7)
Diarrhea	19(52.8)	32(88.9)	11(30.6)	19(52.8)	2(5.5)	7(19.4)	20(55.6)	15(41.7)	1(2.7)	1(2.7)
Disuse syndrome, potential for	9(25.0)	22(61.1)	2(5.5)	19(52.8)	7(19.4)	4(11.1)	22(61.1)	5(13.9)	5(13.9)	0(0.0)
Dysreflexia	10(27.8)	24(66.7)	2(5.5)	18(50.0)	5(13.9)	1(2.7)	23(63.9)	3(8.3)	2(5.5)	0(0.0)
Fluid volume deficit	21(58.3)	33(91.7)	13(36.1)	19(52.8)	1(2.7)	5(13.9)	26(72.2)	7(19.4)	1(2.7)	0(0.0)
Fluid volume excess	29(80.6)	33(91.7)	8(22.2)	23(63.8)	2(5.5)	3(8.3)	31(86.1)	7(19.4)	0(0.0)	0(0.0)
Gas exchange, impaired	19(52.8)	33(91.7)	8(22.2)	22(61.1)	2(5.5)	3(8.3)	30(83.3)	4(11.1)	1(2.7)	0(0.0)
Hyperthermia	14(38.9)	33(91.7)	14(38.9)	18(50.0)	2(5.5)	8(22.2)	24(66.7)	9(25.0)	0(0.0)	0(0.0)
Hypothermia	14(38.9)	32(88.9)	13(36.1)	18(50.0)	2(5.5)	8(22.2)	23(63.9)	9(25.0)	0(0.0)	0(0.0)
Incontinence	14(38.9)	31(86.1)	7(19.4)	21(58.3)	3(8.3)	6(16.7)	23(63.9)	7(19.4)	0(0.0)	0(0.0)
Infection, potential for	20(55.6)	34(94.4)	5(13.9)	25(69.4)	3(8.3)	6(16.7)	30(83.3)	11(30.6)	1(2.7)	1(2.7)
Injury, potential for	22(61.1)	35(97.2)	5(13.9)	25(69.4)	5(13.9)	6(16.7)	30(83.3)	10(27.8)	3(8.3)	2(5.5)
Nutrition, altered less than body requirement	22(61.1)	34(94.4)	4(11.1)	25(69.4)	6(16.7)	6(16.7)	30(83.3)	15(41.7)	2(5.5)	3(8.3)
Nutrition, altered: more than body requirement	27(75.0)	34(94.4)	5(13.9)	26(72.2)	4(11.1)	7(19.4)	27(75.0)	16(44.4)	3(8.3)	2(5.5)
Oral mucous membrane, altered	25(69.4)	34(94.4)	12(33.3)	19(52.8)	4(11.1)	10(27.8)	21(58.3)	8(22.2)	1(2.7)	1(2.7)
Poisoning, potential for	13(36.1)	26(72.2)	4(11.1)	19(52.8)	5(13.9)	4(11.1)	9(25.0)	12(33.3)	8(22.2)	3(8.3)
Skin integrity, impaired	18(50.0)	34(94.4)	11(30.6)	19(52.8)	6(16.7)	9(25.0)	25(69.4)	4(11.1)	1(2.7)	1(2.7)

간 호 진 단 명	빈 도 수	현제 교과과정에 포함	중요도	학 년					가르쳐야할 과목			
				2	3	4	기 본	성인(노인)	모 아	정 신	지역사회	
Suffocation, potential for	13(36.1)	26(72.2)	8(22.2)	16(44.4)	7(19.4)	4(11.1)	18(50.0)	11(30.5)	1(2.7)	1(2.7)	1(2.7)	1(2.7)
Swallowing, impaired	16(44.4)	30(83.3)	7(19.4)	20(55.5)	6(16.6)	3(8.3)	30(83.3)	7(19.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
Thermoregulation, ineffective	14(38.8)	27(75.0)	11(30.5)	14(38.8)	5(13.8)	7(19.4)	18(50.0)	14(38.8)	1(2.7)	1(2.7)	0(0.0)	0(0.0)
Tissue integrity, impaired	19(52.7)	34(94.4)	7(19.4)	23(63.8)	4(11.1)	6(16.6)	28(77.7)	6(16.6)	1(2.7)	1(2.7)	1(2.7)	1(2.7)
Tissue perfusion, altered	16(44.4)	31(86.1)	7(19.4)	24(66.7)	5(13.8)	4(11.1)	26(72.2)	4(11.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
Trauma, potential for	16(44.4)	30(83.3)	5(13.8)	23(63.8)	6(16.6)	7(19.4)	21(58.3)	10(27.7)	1(2.7)	1(2.7)	3(8.3)	3(8.3)
Urinary elimination, altered patterns	23(36.8)	31(86.1)	4(11.1)	21(58.3)	5(13.8)	7(19.4)	26(72.2)	9(25.0)	1(2.7)	1(2.7)	1(2.7)	1(2.7)
Communicating												
Communication, impaired verbal	22(61.1)	33(91.6)	7(19.4)	16(44.4)	6(16.6)	3(8.3)	17(47.2)	6(16.6)	16(44.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
Relating												
Family process, altered	23(63.9)	33(91.7)	3(8.3)	17(47.2)	16(44.4)	2(5.5)	13(36.1)	15(41.7)	10(27.8)	13(36.1)	13(36.1)	13(36.1)
Parental role conflict	16(44.4)	32(88.9)	1(2.7)	22(61.1)	10(27.8)	3(8.3)	7(19.4)	33(91.7)	7(19.4)	4(11.1)	4(11.1)	4(11.1)
Parenting, altered	13(36.1)	27(75.0)	1(2.7)	2(5.5)	10(27.8)	0(0.0)	2(5.5)	32(88.9)	4(11.1)	1(2.7)	1(2.7)	1(2.7)
Role performance, altered	20(55.6)	30(83.3)	2(5.5)	20(55.6)	12(33.3)	2(5.5)	9(25.0)	14(38.9)	15(41.7)	4(11.1)	4(11.1)	4(11.1)
Sexual dysfunction	15(41.7)	30(83.3)	0(0.0)	17(47.2)	16(44.4)	0(0.0)	11(30.6)	17(47.2)	8(22.2)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
Social interaction, impaired	22(61.1)	31(86.1)	4(11.1)	16(44.4)	14(38.8)	3(8.3)	9(25.0)	2(5.5)	20(55.5)	3(8.3)	3(8.3)	3(8.3)
Social isolation	14(38.8)	33(91.6)	4(11.1)	17(47.2)	17(47.2)	6(16.6)	15(41.6)	4(11.1)	21(58.3)	3(8.3)	3(8.3)	3(8.3)
Valuing												
Spiritual distress	13(36.1)	31(86.1)	1(2.7)	15(41.6)	17(47.2)	2(5.5)	19(25.0)	2(5.5)	18(50.0)	1(2.7)	1(2.7)	1(2.7)
Choosing												
Adjustment, impaired	21(58.3)	29(80.5)	8(22.2)	21(58.3)	6(16.6)	0(0.0)	16(44.4)	5(13.8)	9(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
Coping, defensive	23(63.9)	34(94.4)	8(22.2)	18(50.0)	9(25.0)	6(16.7)	14(38.9)	9(25.0)	21(58.3)	1(2.7)	1(2.7)	1(2.7)
Decisional conflict	19(52.8)	29(80.6)	6(16.7)	13(36.1)	12(33.3)	3(8.3)	10(27.8)	6(16.7)	21(58.3)	1(2.7)	1(2.7)	1(2.7)
Denial, ineffective	16(44.4)	26(72.2)	5(13.9)	18(50.0)	12(33.3)	3(8.3)	10(27.8)	8(22.2)	26(72.2)	1(2.7)	1(2.7)	1(2.7)
Health - seeking behaviors	13(36.1)	27(75.0)	4(11.0)	16(44.4)	12(33.3)	6(16.7)	21(58.3)	12(33.3)	4(11.1)	12(33.3)	12(33.3)	12(33.3)
Noncompliance	18(50.0)	32(88.9)	4(11.1)	23(63.9)	7(19.4)	19(52.8)	33(91.7)	21(58.3)	10(27.8)	10(27.8)	10(27.8)	10(27.8)
Moving												
Activity intolerance	22(61.1)	27(75)	12(33.3)	15(41.6)	6(16.6)	6(16.6)	25(69.4)	3(8.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

간 호 진 단 명	빈 도 수	현재 교과과정에 포함	중요도	학 년				가르쳐야 할 과목			
				2	3	4	기 본	성인(노인)	모 아	정 신	지역사회
Breast feeding, ineffective	12(33.3)	29(80.5)	1(2.7)	27(75.0)	2(5.5)	1(2.7)	1(2.7)	35(97.2)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
Diversional activity deficit	12(33.3)	25(69.4)	6(16.7)	17(47.2)	7(19.4)	5(13.9)	21(58.3)	8(22.2)	4(11.1)	1(2.7)	1(2.7)
Fatigue	21(58.3)	32(88.9)	9(25.0)	20(55.6)	3(8.3)	6(16.6)	28(77.8)	9(25.0)	4(11.1)	2(5.5)	2(5.5)
Growth and development, altered	19(52.8)	33(91.7)	11(30.6)	20(55.6)	3(8.3)	2(5.5)	8(22.2)	27(75.0)	6(16.7)	2(5.5)	2(5.5)
Health maintenance, altered	21(58.3)	32(88.9)	7(19.4)	16(44.4)	9(25.0)	9(25.0)	22(61.1)	10(27.8)	4(11.1)	9(25.0)	9(25.0)
Home maintenance management	14(38.9)	25(69.4)	5(13.9)	7(19.4)	17(47.2)	5(13.9)	12(33.3)	4(11.1)	4(11.1)	14(38.9)	14(38.9)
Mobility, impaired physical	18(50.0)	36(100)	5(13.9)	24(66.7)	9(25.0)	8(22.2)	32(88.9)	9(25.0)	4(11.1)	2(5.5)	2(5.5)
Self - care deficit	25(69.4)	33(91.7)	11(30.6)	16(44.4)	10(27.8)	2(5.5)	27(75.0)	11(30.6)	6(16.7)	4(11.1)	4(11.1)
Sleep pattern disturbance	22(61.1)	34(94.4)	12(33.3)	14(38.9)	8(22.2)	10(27.8)	19(52.8)	4(11.1)	7(19.4)	2(2.8)	2(2.8)
<u>Receiving</u>											
Body image disturbance	25(69.4)	32(88.8)	5(13.8)	20(55.5)	7(19.4)	0(0.0)	10(27.7)	12(33.3)	16(44.4)	1(2.7)	1(2.7)
Hopelessness	17(47.2)	32(88.9)	3(8.3)	15(41.7)	16(44.4)	3(8.3)	16(44.4)	2(5.5)	19(52.8)	1(2.7)	1(2.7)
Personal identity disturbance	12(33.3)	21(58.3)	1(2.7)	20(55.6)	10(27.8)	0(0.0)	3(8.3)	7(19.4)	21(58.3)	0(0.0)	0(0.0)
Powerlessness	17(47.2)	31(86.1)	1(2.7)	19(52.8)	14(38.9)	7(19.4)	15(41.7)	5(13.9)	19(52.8)	3(8.3)	3(8.3)
Self - esteem disturbance	23(63.9)	34(94.4)	3(8.3)	21(58.3)	14(38.9)	3(8.3)	11(30.6)	3(8.3)	22(61.1)	3(8.3)	3(8.3)
Sensory / perceptual alterations	17(47.2)	34(94.4)	2(5.5)	21(58.3)	12(33.3)	3(8.3)	24(66.7)	1(2.7)	6(16.7)	0(0.0)	0(0.0)
Unilateral neglect	8(22.2)	20(55.5)	2(5.5)	12(33.3)	7(19.4)	2(5.5)	16(44.4)	2(5.5)	5(13.8)	1(2.7)	1(2.7)
<u>Knowing</u>											
Knowledge deficit	25(69.4)	34(94.4)	3(8.3)	25(69.4)	7(19.4)	16(44.4)	36(100.0)	15(41.7)	9(25.0)	9(25.0)	9(25.0)
Thought processes, altered	15(41.6)	33(91.6)	2(5.5)	20(55.5)	14(38.8)	2(5.5)	12(33.3)	0(0.0)	21(58.3)	1(2.7)	1(2.7)
<u>Feeling</u>											
Anxiety	27(75.0)	32(88.8)	9(25.0)	20(55.5)	4(11.1)	3(8.3)	10(27.7)	6(16.0)	19(25.0)	2(5.5)	2(5.5)
Fear	23(63.9)	33(91.7)	7(19.4)	23(63.9)	5(13.9)	2(5.5)	11(30.6)	12(33.3)	19(52.8)	1(2.7)	1(2.7)
Grieving, anticipatory	19(52.8)	30(83.3)	2(5.5)	16(44.4)	17(47.2)	0(0.0)	17(47.2)	7(19.4)	18(50.0)	2(5.5)	2(5.5)
Pain	22(61.0)	35(97.2)	9(25.0)	21(58.3)	7(19.4)	13(36.1)	28(77.8)	19(52.8)	7(19.4)	5(13.9)	5(13.9)
Post - trauma response	9(25.0)	27(75.0)	3(8.3)	18(50.0)	12(33.3)	3(8.3)	14(38.9)	5(13.9)	11(30.6)	1(2.7)	1(2.7)
Rape - trauma syndrome	13(36.1)	26(72.2)	0(0.0)	13(36.1)	18(50.0)	0(0.0)	3(8.3)	8(22.2)	17(47.2)	1(2.7)	1(2.7)
Violence, potential for	11(30.5)	29(80.5)	2(5.5)	17(47.2)	13(36.1)	1(2.7)	6(16.6)	3(8.3)	24(66.6)	3(8.3)	3(8.3)

었다. 감정양상에는 7개의 간호진단이 포함되어 있으나 50% 이상에서 포함하고 있는 간호진단은 예기되는 슬픔, 두려움, 불안, 동통으로 4개였다.

그러나 교과과정에 각 간호진단을 중요하게 포함해야 하는가에 대해서는 편측성 지각장애를 제외한 70개의 간호진단 모두에 대해 55.5%~88.8%가 중요하다고 응답하였다.

다음에는 교과과정에 중요하게 포함한다면 어느 과목, 몇 학년에서 가르쳐야 하는가 질문한 결과 2학년에서 가장 빈도수가 높은 간호진단은 변비로 1개였고, 두 번째로 빈도수가 높은 간호진단은 활동내구성 장애, 배변실금, 체온조절 변화, 설사, 체액결핍, 성장발달 장애, 고체온, 저체온, 구강점막 변화, 자가간호결핍, 피부통합성 장애, 수면양상장애, 체온조절 장애의 13개였다.

4학년에서 가장 빈도수가 높은 간호진단은 강간 증후군이며, 두 번째로 빈도수가 높은 간호진단에는 가족과정 변화, 예기되는 슬픔, 가정관리유지, 절망, 성기능장애, 사회적 고립, '영적고통, 무력감, 자아존중감 장애, 사고과정의 변화, 사회적 상호작용 장애 등 11개였다.

3학년에서 가르치는 것이 좋겠다는 의견에 가장 빈도수가 높은 간호진단은 62개로 87.3%였다(표1 참조). 이러한 결과는 Firsch, Ellis and Weber(1988)의 간호진단을 중심으로한 교과내용 조직에서 단순한 것에서부터 복잡한 것으로 분류한 것과 비슷한 결과를 보여주고 있다.

다음에는 어느 과목에 포함시키는 것이 적절하다고 생각하느냐는 질문에 대해서 71개 간호진단 중 39개가 성인간호학에 포함시킬 것을 50% 이상 제안하였으며(표1 참조), 정신간호학에 포함하는 것이 좋다는 간호진단은 불안, 방어적 대처, 의사결정거부, 부적절한 거부, 두려움, 예기되는 슬픔, 절망, 개인 정체성 장애, 무력감, 강간 증후군, 역할수행장애, 자아존중감 장애, 사회적 상호작용 장애, 사회적 고립, 영적 고통, 사고과정 변화, 폭력의 고위험성으로 17개였다.

모성간호학에서는 비효율적 모유수유, 부모역할갈등, 양육행위 변화, 성기능 장애의 4개 간호진단이었고, 아동간호학에서는 성장발달 장애, 중독의 고위험성이었다. 지역사회 간호학에 포함되는 것이 좋겠다는 간호진단이 없음은 NANDA의 간호진단이 개인중심의 간호진단이기 때문으로 생각된다.

2. 성인간호학에 포함할 간호진단

성인간호학에 포함할 간호진단 목록을 도출하기 위

하여 1개 간호대학 성인간호 교과과정과 국내에서 출판된 3개의 성인간호교과서에 포함된 간호진단 목록을 조사하였다. 그리고 12개 병원 내외과 병동에서 603명의 환자에게 사용된 간호진단과 36명의 간호교육자들이 성인간호학에 포함되어야 한다고 응답한 간호진단 목록을 함께 비교분석하였다(표 2).

Y 대학 성인간호 교과과정에서 다루고 있는 간호진단의 목록 수는 총 30개였고 성인간호 교과서에 포함된 간호진단 목록 수는 서(1994)의 교과서에서는 45개로 가장 빈도수가 많은 간호진단은 지식부족으로 36, 영양부족 24, 동통 23, 불안 15, 활동장애 14, 피부손상 11, 가스교환장애 11 였다. 전(1994)의 교과서에서는 40개로 지식부족 21, 동통 20, 불안 12, 영양부족 11, 자아개념 손상 10, 활동장애 9 였다. 김(1992)의 교과서에서는 총 41개의 간호진단이 포함되었으며 가장 빈도수가 많은 간호진단은 동통 35, 활동장애 28, 영양부족 25, 감염의 가능성 21, 지식부족 21, 두려움 20, 신체적 운동 장애 19, 감각지각의 변화 18개 였다.

내외과 병동에서 603명의 환자에게 사용된 간호진단 중 가장 빈도수가 많은 간호진단은 영양부족 208, 동통 182, 변비 179, 수면장애 179, 불안 167 였다.

3개의 성인간호 교과서에 포함된 간호진단 목록을 비교해 보면 빈도수가 높은 순으로 5위 안에 공통으로 들어간 간호진단명은 동통, 영양부족, 지식부족 등 3개의 간호진단이었다. 영적 고통은 교과서에는 포함되어 있지 않았으나 성인간호 교과과정과 내외과 병동 환자에는 사용되고 있었다.

국내에서 발간된 성인간호 교과서와 간호진단을 교과과정에 포함시키고 있는 Y 대학 성인간호 교과과정, 국내 12개 병원 내외과 병동 입원환자, 그리고 간호교육자의 4개 범주 가운데 3개 범주 이상에서 공통으로 도출된 간호진단 목록은 39개로 확인되었다(표2 참조).

3. 간호진단의 분류

간호교육자 36명을 대상으로 간호진단을 교과과정에 포함시킬 때 어떠한 분류체계를 적용하겠는가 질문했을 때 Gordon의 기능적 건강 양상을 19명이 선택하였고 다음으로는 NANDA의 ABC+PRN REST for Health를 10명이 선택하였다. NANDA의 인간반응양상은 1명, 대한간호협회 분류법은 3명이 선택하였다. 따라서 성인간호학에 포함되어야 할 간호진단 목록을 5가지로 분류해 본 결과는 다음과 같다(표 3).

〈표 2〉성인간호학에 포함된 간호진단 목록

	간호진단목록	교과과정(N=1)	환자*(N=603)	교과서(N=3)			간호교육자(N=36)
				A	B	C	
1	동 통	10	182	20	35	23	22
2	감염의 가능성	4	94	7	21	10	28
3	활동장애	2	92	9	28	14	24
4	영양부족	3	208	11	25	24	26
5	지식부족	6	83	21	21	36	28
6	신체적운동장애	5	92	4	19	6	26
7	감각·지각의 변화	3	65	3	18	3	21
8	두려움	0	27	2	20	4	10
9	체액부족	2	49	7	14	7	25
10	비효율적호흡양상	1	28	5	14	7	26
11	손상의 가능성	5	54	6	13	10	24
12	부적절한개인대응	2	62	6	6	9	12
13	심박출량 감소	1	3	5	8	5	31
14	영양과다	1	20	3	2	1	25
15	의사소통장애	2	13	4	5	1	14
16	배뇨양상의 변화	1	83	3	4	6	20
17	비효율적기도유지	3	20	5	3	10	25
18	자아개념손상	0	43	10	7	4	8
19	배변양상의 변화	2	5	5	7	3	19
20	체액과다	0	12	5	8	5	30
21	불안	1	167	12	3	15	17
22	변비	2	179	3	3	5	23
23	성기능장애	4	25	6	3	1	11
24	부적절한체온조절	2	25	0	2	0	15
25	영적고통	1	47	0	0	0	14
26	자가간호부족	4	66	6	2	4	19
27	불이행	0	22	2	2	1	23
28	건강유지의 변화	1	105	0	2	4	17
29	설사	1	29	1	1	2	19
30	예기되는 슬픔	0	10	1	1	1	12
31	피부손상	7	86	8	6	11	22
32	여가활동결여	0	12	0	1	0	20
33	사고과정의 변화	2	10	4	8	2	8
34	신체상의 변화	0	135	0	3	1	10
35	가스교환장애	3	7	6	2	11	29
36	조직관류의 변화	2	6	7	1	7	26
37	수면장애	0	179	2	1	3	16
38	사회적고립	0	33	1	1	1	8
39	구강점막의 변화	1	30	3	0	3	21

* 교과서 A: 전시자외(1994)

B: 김조자외(1992)

C: 서문자외(1994)

〈표 3〉 간호진단의 분류

Ng	Dx.	List	NANDA ¹	KNA ²	Gordon ³	Maslow ⁴	C. KIM ⁵
			Human Response				
		건강유지의 변화	C*	SA	H	E	H
		불 이 행	C*	T	H	B	H
		감염의 가능성	E	SA	H		H
		손상의 가능성	E	SA	H	S	H
		영 양 과 다	E	F	N	P	NE
		영 양 부 족	E	F	N	P	NE
		구강점막의 변화	E	F	N	P	NE
		체 액 부 족	E	F	N	P	NE
		체 액 과 다	E	F	N	P	NE
		피 부 손 상	E	SA	N	P	NE
		부적절한 체온조절	E	SA	N		NE
		변 비	E	E	E	P	NE
		설 사	E	E	E	P	NE
		배 변 장 애	E	E	E	P	NE
		배 뇨 양 상 변 화	E	E	E	P	NE
		활 동 장 애	M	A	A	P	A
		신체적 운동 장애	M	SA	A	P	A
		자가 간호 부족	M	H	A	E	H
		비효율적 기도유지	E	R	A	P	A
		비효율적 호흡양상	E	R	A	P	A
		가스교환 장애	E	R	A	P	A
		심박출량 저하	E	C	A	P	A
		조직관류 변화	E	C	A	P	A
		수 면 장 애	M	A	S	P	A
		동 통	F	P	CP	P	CP
		감각·지각의 변화	P	N	CP	S	CP
		지 식 부 족	K	T	CP	E	H
		사 고 과 정 변 화	K	N	CP	E	CP
		두 려 움	F	EI	SP	S	SC
		불 안	F	EI	SP	S	SC
		신 체 상 변 화	P	EI	SP	E	SC
		자 아 개념 손상	P	EI	SP	E	SC
		예 상 되는 슬 픔	F	EI	R	E	SC
		사 회 적 고 립	R	SI	R	B	SC
		의 사 소통 장애	C	SI	R	B	SC
		성 기 능 장 애	R	S	SR	P	A
		부적절한 개인 대응	C*	EI	CS	B	SC
		여 가 활 동 결 여	M	A	SR	E	SC
		영 적 고 통	V	EI	V	B	SC

1=C : communicating, C* : choosing, E : exchanging, F : feeling, M : moving, K : knowing, R : relating, P : perceiving, V : valuing

2=A : Activity /rest, C : Circulation, E : Elimination, EI : Ego integrity, F : Food /fulid, H : Hygiene, N : Neurosensory,

P : Pain /comfort, R : Respiration, S : sexuality, SA : Safety, SI : Social interaction, T : Teaching

3=H : Health perception health management, N : Nutritional metabolic, E : Elimination, A : Activity exercise,

S : Sleep rest, CP : Cognitive perceptual, SP : Self perception self concept, R : Role relationship,

SR : Sexuality reproductive, CS : Coping stress tolerance, V : Valuing belief pattern.

4=B : belonging, E : esteem, S : safety & security, P : physiologic needs

5=H : High risk, NE : Nutrition & Elimination, A : Activity & rest, CP : Cognition & Perception, SC : Stress & Coping

성인간호학에 포함할 수 있는 39개의 간호진단 목록을 NANDA의 인간반응 양상으로 분류해 보았을 때 의식양상에 1개, 선택양상에 2개, 교환양상에 18개, 감정양상에 4개, 지식양상에 2개, 기동양상에 6개, 감각양상에 3개, 관계양상에 2개, 가치양상에 1개로 39개의 진단 중 교환양상에 46%가 포함되었고 다음은 기동양상에 15%가 포함되었다.

대한간호협회의 분류기준에 의하면 교육과 학습군에 2개, 배설군에 4개, 사회적 상호작용군에 3개, 순환군에 2개, 신경감각군에 2개, 안전군에 6개, 위생군에 1개, 음식/수분군에 5개, 자아통합군에 7개, 통증불편감군에 1개, 호흡군에 3개, 활동/휴식군에 3개로, 순위가 높은 군은 자아통합군에 17.9%, 안전군에 15.4%가 있으며 12개군에 고루 포함되었다.

Gordon의 기능적 건강양상에 의한 분류기준에 의하면 건강지각-유지양상에 4개, 영양과 대사양상에 7개, 비설양상에 4개, 활동과 운동양상에 8개, 수면과 휴식양상에 1개, 인지와 지각양상에 4개, 자아지각과 개념양상에 4개, 역할관계양상에 3개, 성생식양상에 2개, 스트레스-대처양상에 1개, 가치와 믿음양상에 1개로 영양과 대사양상에 17.9%로 가장 많이 포함되어 있었다.

4. 성인간호 교과과정에 포함될 간호진단체계를 위한 간호개념들

성인간호 교과과정에 간호진단을 통합시키기 위하여 기존의 간호진단 분류 틀과 비교한 결과 통합하여 하나의 분류체계를 제시하기에 어려움이 있었다. NANDA의 인간반응양상은 너무 추상적이어서 교환양상에 많은 진단이 포함되어 있으며 ABC+PRNREST는 39개의 간호진단을 14개의 범주로 분류하는 것은 개념들로 발전시키기에 너무 많은 개념을 포함해야 하므로 간결하지 못한 단점이 있다. 대한간호협회에서 사용한 분류 역시 개념의 다양성으로 개념들로 발전시키기에 어려움이 있었다.

한편 성인간호 교과서에 보면 김(1992)의 성인간호학에서는 학습내용을 크게 상호작용, 세포성장과 증식, 열증과 면역, 체액과 전해질 역동, 대사, 산화 그리고 지각과 조정의 7가지 범주로 분류하였다. 전(1994)의 성인간호학에서는 각론으로 영양장애, 산소공급장애, 배뇨장애, 성기능장애, 활동·휴식장애, 조정장애, 감각장애의 7가지 범주로 분류하였다. 서(1994)의 성인간호학에서는 산소교환장애, 영양공급장애, 조절장애, 감각장

애, 배설기능장애, 피부기능장애, 성기능장애의 7가지 범주로 분류하였다.

한편 Waren(1992)는 간호진단분류를 위해 분석의 단위, 연령집단, 안녕과 질병의 4개축을 사용할 것을 제안하였다.

분석의 단위에서는 간호의 대상인 개인, 가족, 지역사회를 포함할 수 있어야 하며 각 대상들의 발달단계와 간호의 목적이 각 발달단계에서 질병으로 부터의 회복뿐만 아니라 건강유지, 증진을 포함해야 한다. 따라서 이 연구에서는 성인간호학에서 성인을 대상으로한 간호진단에 국한하였으므로 발달단계를 제외하고 대상, 안녕과 질병, 기능양상의 세축을 포함하고 Gordon의 건강기능양상에 따른 분류와 국내에서 출판된 성인간호학 교과서의 개념들을 근간으로 하여 다음과 같이 개념들을 구성하였다(그림 1).

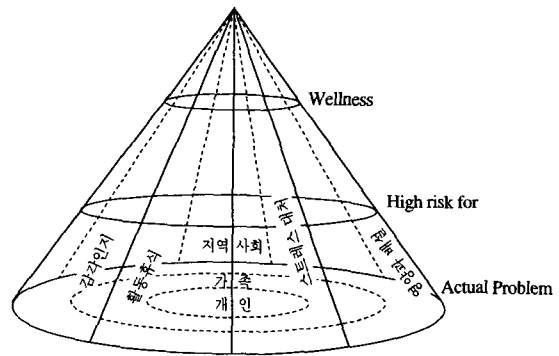


그림 1. 간호진단의 분류 개념들

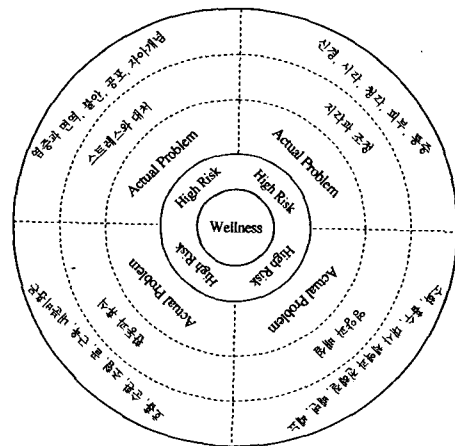


그림 2. 성인을 중심으로한 간호진단 분류 개념들

간호진단분류체계를 위한 간호개념들에서 성인을 대상으로 안녕과 질병의 연속선을 건강증진, 고위험, 실제적 건강문제의 3가지 큰 개념으로 분류하고 실제적 건강문제는 다시 스트레스와 대처, 지각과 조정, 영양과 배설 그리고 활동과 휴식의 4가지 하위개념으로 분류하여 간호개념들을 작성하고 <그림 2> 다음과 같이 진단목록을 분류하였다.

간호개념들에 의한 간호진단 분류 목록

1. 건강증진 : 1 : 1 건강 추구 행위
2. 고 위험 : 2-1. 건강유지의 변화
 - 2-2. 불이행
 - 2-3. 감염의 위험
 - 2-4. 손상의 위험
 - 2-5. 지식부족
 - 2-6. 자가간호부족
3. 실제적 건강문제 :
 - 3 : 1 스트레스와 대처
 - 3 : 1 : 1 두려움
 - 3 : 1 : 2 불안
 - 3 : 1 : 3 신체상 변화
 - 3 : 1 : 4 자아개념손상
 - 3 : 1 : 5 예기되는 슬픔
 - 3 : 1 : 6 사회적 고립
 - 3 : 1 : 7 의사소통장애
 - 3 : 1 : 8 부적절한 개인대응
 - 3 : 1 : 9 영적 고통
 - 3 : 2 지각과 조정
 - 3 : 2 : 1 동 통
 - 3 : 2 : 2 감각, 지각의 변화
 - 3 : 2 : 3 사고과정 변화
 - 3 : 2 : 4 피부손상
 - 3 : 2 : 5 부적절한 체온조절
 - 3 : 3 영양과 배설
 - 3 : 3 : 1 영양과다
 - 3 : 3 : 2 영양부족
 - 3 : 3 : 3 구강점막의 변화
 - 3 : 3 : 4 변 비
 - 3 : 3 : 5 설 사
 - 3 : 3 : 6 배변장애
 - 3 : 3 : 7 배뇨장애

- 3 : 3 : 8 체액부족
- 3 : 3 : 9 체액과다
- 3 : 4 활동과 휴식
 - 3 : 4 : 1 활동장애
 - 3 : 4 : 2 신체적 운동장애
 - 3 : 4 : 3 비효율적 기도유지
 - 3 : 4 : 4 비효율적 호흡양상
 - 3 : 4 : 5 가스교환장애
 - 3 : 4 : 6 심박출량 저하
 - 3 : 4 : 7 조직관류변화
 - 3 : 4 : 8 수면장애
 - 3 : 4 : 9 성기능 장애
 - 3 : 4 : 10 여가활동장애

이상과 같은 간호진단 분류체계와 간호 개념들을 교과과정에 적용하기 위하여 중전의 교과내용 조직에서 탈피하여 간호진단 중심으로 다음과 같이 조직할 수 있다.

<그림 3> 간호진단 개념들에 의한 성인 간호 교과과정의 일 예

I. 실제적 건강 문제

1. 활동과 휴식

1) 심박출량의 저하

- ① 정 . 의
- ② 관련요인
- ③ 특 . 성
- ④ 간호중재 및 평가
- ⑤ 관련 질병 및 의학 치료

V. 결론 및 제언

일반적으로 간호진단은 간호교육에서 긍정적으로 적용을 노력하고 있으나 아직 성숙한 단계에 이르지 못한 실정이다. 전국 15개 간호학과 교과과정에 간호진단의 적용현황을 조사했을 때 1983년부터 시작하여 현재에 이르기까지 모두 적용하고 있었다. 그러나 교과과정에 완전히 통합되지 못하고 일부과목에서 전반적인 개요를 다루고 있었고 임상실습에서만 각 과목에서 강조하고 있음을 알 수 있었다.

미국에서는 간호학 전공과목에서 간호진단 개념을 NANDA의 진단범주를 개념들로 해서 통합하려는 시도를 보이고 있었으며 Gordon의 기능적 건강양상 Model도 교과과정 내용과 임상실습 계획에 지침으로 사용하는 경향이 늘어가고 있다.

또한 많은 교과서에서 간호과정과 NANDA의 간호진단 목록을 포함한 접근법을 사용하고 있으며 이것은 간호교육자들이 간호진단의 사용에 가치를 두고 있는 것이라고 볼 수 있다. 그러나 진단과정은 경험과 지식이 부족한 학생들에게는 아주 어려운 과정이다. 그러므로 간호교육자들은 간호진단을 교과과정에 통합하여 비판적이고 합리적인 사고를 할 수 있도록 교육해야 한다.

한편, 건강 증진, 질병 예방, 그리고 문제중심의 간호진단을 포괄해서 진단할 수 있도록 교육해야 한다. 또한 대상자에게 가장 흔히 볼 수 있는 간호진단을 단순한 것에서부터 복잡한 것으로 경험할 수 있도록 교과과정을 구성하여야 한다.

따라서 교과과정을 간호모델로 전환하여 학생들의 분석능력, 비판적 사고와 추론적능력을 늘이기 위해 간호진단을 교과과정에 통합하여야 할 것이다.

본 연구 결과

1. 성인간호학 교과서, 내외과병동 환자, 간호교육자들이 성인간호학 교과과정에 포함해야 한다고 반응한 공통 간호진단 목록은 39개였다.
2. NANDA의 9가지 인간반응 양상, Gordon의 11 기능적 건강 양상, 대한간호협회 보고서에 의한 간호진단 목록 분류 틀을 비교하였을때 성인간호학의 교과과정들과 달리하고 있으므로 교과과정에 통합하기에 어려움이 있었다.
3. 간호진단 분류체계를 위한 간호개념들을 개발하기 위해 3개 성인간호학 교과서의 틀과 Gordon의 11 기능적 건강 양상을 기반으로 건강증진, 고위험, 실제적 건강문제로 크게 분류하고 실제적 건강문제의 하위 개념으로 활동과 휴식, 영양과 배설, 감각과 조정, 스트레스와 대처로 분류하므로써 성인간호학 교과과정에 간호진단의 통합가능성을 제시하였다.

결론적으로 간호진단 분류 체계를 위한 간호개념들을 개발함에 있어 개인문제중심의 간호진단분류에서 벗어나 가족과 지역사회를 포함하고 건강증진과 고위험을 포함한 간호진단 분류체계를 위한 간호개념들을 개발하므로써 간호진단을 간호과정의 한 단계로서 뿐 아니라 건강과라다임에 속하는 중요한 개념으로 교과과정에 통합하여야 한다. 또한 간호진단의 분류체계를 교과내용의 조직틀로 사용하므로써 간호교육과정이 간호모델을 중심으로한 간호고유의 지식체를 확인할 수 있으며 교육과 임상과의 괴리를 줄이고 간호가 학문적으로 전문적

으로 발전할수 있다. 그러나 이 연구에서 제시된 간호개념들과 간호진단 분류체계는 성인간호학에 포함할 수 있는 선택된 간호진단을 중심으로 개발하였기 때문에 전체 간호교육과정에 적용하는 데는 제한점이 있다.

참 고 문 헌

서문자 외(1994). 성인간호학. 서울 : 수문사.

김용순(1991). 간호업무 전산화를 위해 개발된 표준화된 간호계획서의 타당도 검증. 대한간호학회지, 21(3), 349-364.

김조자(1981). 간호과정의 이론과 실제, 대한간호, 20(5), 39-44.

김조자(1986). 간호진단과 이론개발, 대한간호, 25(1), 6-9.

김조자, 전산초, 최영희(1992). 성인간호학. 서울 : 수문사.

김조자, 전춘영, 임영신, 박지원(1990). 간호업무 전산화를 위한 표준화된 간호계획의 개발에 관한 연구. 대한간호학회지, 20(3), 368-380.

김조자, 유지수, 박지원(1993). 표준화된 간호계획의 전산시스템 개발을 위한 연구. 대한간호학회지, 23(1), 42-55.

김조자 외 5인(1993). 간호진단과 간호계획. 대한간호협회.

대한간호협회 임상간호사회(1988). NANDA에서 제시한 간호진단의 한글어휘 명명을 위한 기초조사연구. 대한간호협회 임상간호사회, 대한간호, 27(5), 66-68.

민 순(1995). 간호학생이 내린 간호진단 분석에 관한 연구. 간호학회지, 25(3), 457-471.

박경숙, 이정희(1989). NANDA 간호진단 분류체계를 이용한 간호진단 분석 연구. 성인간호학회지, 1, 72-89.

박신애 외(1989). 간호진단의 임상적용 현황, 문제점 및 개선방안. 간호학회지, 19(1), 24-39.

이원희 외(1987). 간호학생이 내린 간호진단의 분류에 관한 일 연구. 간호학논집, 10, 48-73.

이향련 외(1989). 간호진단 프로토콜의 임상적용 효과에 관한 연구. 간호학회지, 19(1), 40-62.

전시자 외(1994). 성인간호학. 서울 : 현문사.

전춘영 외 4인(1990). 간호진단 임상적용을 위한 교육 프로그램의 효과 및 간호사의 반응 조사 연구. 대한

- 간호, 29(1), 59-71.
- 홍여신, 최영희, 김조자(1991). 간호학과 프로그램 개발 연구. 한국대학교육협의회.
- American Nurses' Association(1989). Classification Systems for Describing Nursing Practice : Working Paper. American Nurses' Association.
- Burns, C.(1991). Development and Content Validity Testing of a Comprehensive Classification of Diagnoses for Pediatric Nurse Practitioners. Nursing Diagnosis 2(3), 93-104.
- Burns, C. E., & Thompson, M. K.(1984). Developing a Nursing Diagnosis Classification System for PNPS. Pediatric Nursing. Nov. -Dec., 411-414.
- Carroll-Johnson, R. M.(1989). Classification of Nursing Diagnosis : Proceedings of the Eighth Conference. Philadelphia : J. B. Lippincott Co.
- Coker, E. B. Fradley, T., Harris, J., Tomarchis, D., Chan, V. Caron, C.(1990). Implementing Nursing Diagnoses within the Context of King's Conceptual Framework. Nursing Diagnosis, 1(3), 107-114.
- Fitzpatrick, J. J.(1990). Conceptual Basis for the Organization and Advancement of Nursing Knowledge : Nursing Diagnosis /Taxonomy. Nursing Diagnosis, 1(3), 102-106.
- Fitzpatrick, J. J., et al.(1989). NANDA Taxonomy I : Proposed ICD-CD 10 Applied. Nursing Research, 2(2), 90-91.
- Frisch, D., Ellis, P., & Weber, J.(1988). Nursing Diagnosis : A Curricular Model Based in the NANDA List. Nurse Educator, 13(5), 14-18.
- Gordon, M.(1987). Implementation of Nursing Diagnoses : An Overview. Nursing Clinics of North America. 22(4), 875-879.
- Halloway, N. M.(1993). Nursing the Critically Ill Adult : Applying nursing diagnosis. California : Addison-Wesley Publishing Co.
- Hoskins, L. M.(1991). What is the focus of Taxonomy II? Nursing Diagnosis Axes. Classification of Nursing Diagnosis : Proceedings of the Ninth Conference. Philadelphia : Lippincott.
- Jenney, J.(1989). Classifying Nursing Diagnosis : A Self-Care Approach. Nursing and Health Care, 10(2), 83-88.
- Kelly, J., Frish, N., & Avant, K.(1995). A Trifocal Model of Nursing Diagnosis : Wellness Reinforced. Nursing Diagnosis, 6(3), 123-127.
- Kerr, M. E. et al.(1992). Development of Definitions for Taxonomy II. Nursing Diagnosis, 3(2), 65-71.
- Kerr, M. et al.(1993). Taxonomic validation : An Overview, Nursing Diagnosis, 4(1) : 6-14.
- Martin, K.(1989). The Omaha System and NANDA : A Review of Similarities and Differences. In Classification of Nursing Diagnosis-Proceedings of the Eighth Conference(Carroll-Johnson R., ed). J. B. Lippincott Co., Philadelphia, 171-172.
- Mason, G., & Webb, C.(1993). Nursing Diagnosis : A Review of the Literature. Journal of Clinical Nursing. 2, 67-74.
- McFarland, G. K., & McFarlane, E. A.(1989). Nursing Diagnosis and Intervention : Planning for Patient Care. St. Louis : The C. V. Mosby Co.
- Mclane, A. M.(1987). Measurement and Validation of Diagnoses Concepts : A Decade of Program. Heart and Lung, 16(6), 616-624.
- Poarcce, C.(1990). Nursing Diagnosis as Content Organizer. Nurse Educator, 15(1), 31-35.
- Quiring, J. & Gray, G.(1982). Organizing Approaches Used in Curriculum Design. Journal of Nursing Education, 21(2), 38-44.
- Shoemaker, J.(1993). Essentials Features of Nursing Diagnosis : Classification of Nursing Diagnosis-Proceedings of the Fifth National Conference St. Louis : The C. V. Mosby Co
- Taylor, S. G.(1991). The Structure of Nursing Diagnosis from Orem's Theory. Nursing Science Quarterly, 4(1), 24-32.
- Vincenz, M. C. & Siskind, M. M.(1994). Functional Health Patterns : A Curricular Course Model for Adult Acute Care, Nursing Diagnosis, 5(2), 82-87.
- Warren, J. L.(1990). The Development of NANDA's

- Nursing Diagnosis Taxonomy. Nursing Diagnosis, 1(4), 162-8.
- Warren, J. J.(1991). Implication of Introducing Axes into a Classification System. Classification of Nursing Diagnosis : Proceeding of the ninth Conference. Philadelphia : J. B. Lippincott Com. 38-44.
- Weber, G. J.(1991). Nursing diagnosis : A Comparison of Nursing Textbook Approaches. Nurse Educator, 16(2), 22-7.
- Weber, J. R.(1995). Where are we now? Where Are We Going? Nursing Diagnosis in Education. Nursing Diagnosis, 6(4), 167-169.
- Weidmann, J. & North, H.(1987). Implementing the Omaha Classification System in a Public Health Agency. Nursing Clinic of North America, 22(4).

- Abstract -

Key concepts : nursing diagnoses

Development of a Conceptual Framework of Nursing from Selected Concepts of Nursing Diagnoses

*Kim, Cho Ja**

For the purpose of integrating nursing diagnosis into the nursing curriculum, a descriptive survey research was done using the inductive method with questionnaires and a literature review. Research subjects included nurse educators, textbooks of adult nursing published in Korea, and the course outline for adult nursing used in one college of nursing.

The Results show that there was common agreement on 39 nursing diagnosis which should be included in the adult nursing curriculum, textbooks of adult nursing, and patient care on the medical-surgical units.

The two existing nursing diagnosis classification systems(NANDA and Gordon's Human Response Patterns) show different basic frameworks and difficulties were discovered in integration of nursing diagnosis into the curriculum.

To develop a conceptual framework for a nursing diagnosis classification system, diagnosis were classified into three categories ; health promotion, high risk problem, and actual problem on the basis of the framework used in adult nursing textbooks and Gordon's 11 Functional Health Patterns. Subconcepts for actual problems were classified as ; activity and rest, nutrition and elimination, perception and coordination, stress and coping.

Progress in this study supports further development of a conceptual framework of nursing based on a nursing diagnosis classification system, from which improvement in nursing education and clinical practice can be expected.

* College of Nursing, Yonsei University.