

간호진단 임상적용을 위한 교육프로그램의 효과 및 간호사의 반응조사 연구

연구자 : 전춘영* · 임영신* · 김응순*
박지원** · 조금숙**

I. 연구의 배경

국가는 복지사회의 조기실현을 위한 한 방안으로 의료보험의 개보협화를 앞당겨 1989. 7. 1일부터 실시하고 있는데 이러한 의료보험의 개보협화는 결과적으로 건강에 대한 국민의 인식과 태도를 변화시켜 질적인 건강관리를 받고자 하는 국민의 요구는 더욱 증대될 전망이다.

미국의 경우 건강관리 제공자들은 질적인 건강관리를 제공할 의무를 절감하고 질보장을 위한 노력으로 미국병원협회(A.H.A)와 병원인증합동 위원회(JCAH)가 공동으로 건강관리와 질통제를 위한 모델 프로그램을 개발한 바 있으며 미국 간호협회도 간호업무의 표준에서 간호행정자는 그 기관내에서 간호업무의 질에 대한 책임과 권한을 갖는다고 지적하였다.

우리나라의 경우 아직까지는 국가적인 차원에서 진료의 질보장을 거론하고 있지는 않으나 병원의 수준을 발전 향상시켜 환자에게 최선의 진료를 제공할 목적으로 1980년 대한병원협회 정기총회에서 병원표준화사업을 채택실시하여 오늘에 이르고 있으며 그심사와 대상에 간호의 과학화를 위한 방안으로 제시되고 있는 간호과정 적용 여부가 포함되어 있다.

간호진단은 간호과정의 한 단계로 전문간호사가 체계적인 자료수집 및 분석과정을 통해 개인이나 가족, 지역사회가 갖고 있는 실제적이고 잠재적인 건강문제를 진단할 것이다(Gordon, 1976). 간호진단은 간호사가 책임지고 수행하는 간호처방의 기초가 되기도 하며

(Shoemaker, 1984), 임상적으로 유용한 간호진단은 치료계획을 결정하고 받아들이는데 매우 중요한 역할을 한다(Mi Ja Kim 등, 1984).

Purushotham(1981)은 현대의 간호사에게 요구되는 전문가적 기질을 갖추게 하는 열쇠를 간호진단이 제공한다고 강조하면서 전문인은 자신의 업무에 대해 독자적으로 판단할 수 있고 그 자신의 행위에 대한 책임을 져야 하는데 간호진단은 그것을 가능하게 한다고 하였다.

Feild(1979)는 간호진단을 적용하여 간호업무를 수행한 결과 환자는 질적 간호를 제공받았고 간호사의 독자적 역할 수행은 완자로 하여금 간호사의 역할에 대한 기대수준을 높게 평가하게 되었다고 보고하였다. 또한 Tartaglia(1985)는 간호진단을 사용함으로써 직원간의 의사소통이 한단계 높은 수준으로 증진되었으며 일관성 있는 간호를 수행하게 되어 효율성과 동시에 시간이 절약되었다고 보고하였다.

이렇듯 간호진단의 유용성과 중요성에 대한 인식이 높아지고 간호의 질적향상을 위해서는 간호진단의 적용이 시급하다는 것이 논의되고는 있으나 실제로 임상에서는 간호진단을 적극적으로 적용시키지 못하고 있다. 이에 대해선 여러 문제가 복합적으로 작용하고 있는데 즉

- 1) 간호진단 만으로는 환자의 건강문제를 전부 파악하고 해결하기 어렵다는 문제,
- 2) 간호진단의 진술이 너무 광범위하거나 모호하여 간호지시의 쫓점을 맞추기 어렵다는 문제,
- 3) 적당한 평가지침과 도구가 아직 개발되지 않았다

* 연세대학교 간호대학 교수

** 연세의료원 수간호사

는 문제,

4) 합리적인 간호·요구도, 간호수준, 의도전달 체계 등이 고려되지 않은 채 미국에서 개발, 검토되고 있는 간호진단을 사용해야 하는 문제,

5) 선택된 간호이론에 따라 간호진단의 정의, 표준화 분류가 달라질 수 있다는 문제,

6) 타당하다고 할 만큼 충분히 검증되지 않은 상태에서 간호진단명을 그대로 사용하고 있다는 문제,

7) 간호진단 적용에 따른 인력부족, 업무량과중, 기독양식 개발, 타전문직과의 의사소통 등 행정적인 문제가 해결되지 않은 문제,

8) 간호사들이 간호진단을 유용하고 필수적이며 적절한 전문직 활동으로 가치있게 인식하지 못하는 간호사의 태도에 관련된 문제,

9) 간호진단에 대한 간호사의 충분한 지식과 경험을 위한 교육의 문제

등이 주요 문제점으로 제시되고 있다(이향련 등, 1989; 박신애 등, 1989).

이에 본 연구팀에서는 앞서 열거된 간호진단의 임상 적용 문제중 간호진단의 개발, 수정, 보완 차원의 학술적인 문제와 인력증원 등 행정적인 차원의 문제 이외의 실제로 간호진단을 사용해 주어야 할 임상간호사들의 태도 즉 학자들이 문헌에 제시한 간호진단의 임상 적용에 따른 유용성, 문제점 등에 대해 실무에 있는 간호사들이 얼마나 공감하고 있느냐 하는 문제와 간호진단에 관련된 지식 및 적용능력 증진이 간호진단의 유용성 및 문제점 등에 대한 임상간호사의 인식을 변화시킬 수 있는가 하는 문제에 초점을 맞추어 연구를 진행함으로써 임상간호사들이 간호진단의 임상정확화에 공동의식을 느끼고 참여할 수 있는 방안을 모색하고자 본 연구를 시도하였다.

본 연구를 위해 아래와 같은 구체적인 연구목적을 설정하였다.

1) 간호진단의 임상적용시 기대할 수 있는 효과에 대한 임상간호사의 지각정도를 분석한다.

2) 간호진단의 효율적인 임상적용을 저해하는 요인에 대한 임상간호사의 지각정도를 분석한다.

3) 임상간호사 자신이 평가한 간호진단 적용능력을 파악한다.

4) 간호진단의 임상적용 효과 및 저해요인, 적용능력에 대한 임상간호사의 반응에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

5) 간호진단 교육프로그램의 효과성을 분석한다.

II. 연구방법

1. 연구 대상

간호진단의 임상활용을 증진시키기 위해 S병원 간호부에서 실시한 간호진단 교육프로그램에 참석한 190명의 임상간호사 전수를 대상으로 연구를 진행하였다.

이들 간호사는 전국의 33개 병원에 근무하고 있었으며 근무병원의 규모를 살펴볼 때 200병상 이하에서 5명(2.6%), 200~500병상에서 56명(29.5%), 501~1,000병상에서 12명(6.3%), 1,000병상 이상에서 116명(61.1%)이 근무하고 있는 것으로 나타났다.

연구대상 간호사의 인구사회학적 특성분포는 표 1에 서와 같이 연령의 경우 20~29세가 91명(47.9%), 30~39세가 86명(45.3%)으로 20대와 30대가 유사한 분포를 보였으며 평균 30세로 나타났고, 최종학력은 3년제 전문대학 출신이 107명(56.3%), 4년제 대학출신이 80명(42.1%)으로 전문대 출신이 약간 많았으며 결혼상황은 미혼이 50%, 기혼이 48.9%로 거의 같은 분포를 보였다. 직위는 감독, 수간호사 등 관리직급의 간호사가 52명(27.3%), 주간호사가 48명(22.6%), 일반간호사가 92명(48.4%)으로 일반간호사가 많았고, 근무경력은 5년에서 10년 미만에 79명(41.6%)으로 가장 많이 분포하였으며 평균 7년 8개월로 나타났다. 근무부서는 내과에 근무하는 대상자가 31명(16.3%)으로 가장 많았고 그 다음이 신경외과 27명(14.2%), 중환자실 26명(13.7%), 정형외과 23명(12.1%) 순으로 많이 분포하였다.

2. 연구 도구

자료수집을 위해 질문지를 이용하였으며 질문지내용은 크게 1) 간호진단 임상적용의 장점(20문항), 2) 간호진단의 임상적용 장애요인(20문항), 3) 간호진단 적용능력(10문항), 4) 간호진단 및 개인에 관련된 일반적 사항(9문항)으로 구성되었다.

이중 '간호진단 임상적용의 장점'에 관련된 내용은 관련문헌을 통해 본 연구자가 문항을 작성하였으며 간호진단의 임상적용 장애요인은 '박' 등이 간호진단의 임상적용시 문제점을 조사하기 위해 작성한 문항을 그대로 사용하였고 간호진단 적용능력은 간호과정의 적용단계들 10단계로 세분화 하여 제시하였다. 또한, 일반적 사항을 제외한 기타 문항들은 간호진단 교육프로그램을 제공받기 전과 후의 반응을 비교하기 위해 문

[표 1] 대상자의 인구사회학적 특성 분포

N=190

특성	구분	실수	백분율
연령	20~29세	91	47.9
	30~39세	86	45.3
	40~49세	6	3.1
	무응답	7	3.7
최종학력	전문대학	107	56.3
	간호대학	64	33.7
	대학원	16	8.4
	무응답	3	1.6
결혼상황	미혼	95	50.0
	기혼	93	48.9
	무응답	2	1.1
직위	간독간호사	9	4.7
	수간호사	43	22.6
	주임간호사	43	22.6
	일반간호사	92	48.4
	무응답	3	1.6
근무경력	1~5년미만	56	29.4
	5~10년미만	79	41.6
	10~15년미만	41	21.6
	15년이상	8	4.2
	무응답	6	3.2
근무부서	내과	31	16.3
	일반의과	12	6.3
	산소아과	9	4.7
	신경외과	27	14.2
	정형외과	23	12.1
	재활의학과	16	8.4
	응급실	26	13.7
	외과	8	4.2
	수술실, 중앙응급실 마취과	19	10.0
	기타	15	7.9
	무응답	4	2.1

향대응을 중심으로 좌측에는 교육 받기 전의 반응을, 우측에는 교육 받은 후의 반응을 5점 척도로 측정할 수 있게 구성하였으며 본 연구 대상자를 통해 검증된 신뢰도는 간호진단 임상적용시 장점에 관련된 20문항의 경우 Cronbach's $\alpha=.9299$, 간호진단 임상적용 장애요인에 관련된 20문항의 경우 Cronbach's $\alpha=.8170$, 간호진단 적용능력에 관련된 10문항의 경우 Cronbach's $\alpha=.9340$ 이었다.

3. 자료수집 및 분석방법

자료수집은 간호진단 교육이 끝난 후 동시에 질문지를 배부하여 기록하게 하였으며 수집된 자료는 SPSS를 이용하여 전산통계 처리할 수 있도록 코딩지에 부호화하였다.

자료분석을 위한 통계방법으로는 백분율과 평균, 표준편차 등 서술 통계와 t-test, ANOVA, Paired t-test, Pearson Correlation 등이 이용되었다.

III. 연구결과

1. 간호진단의 임상적용 효과에 대한 긍정도

간호진단을 임상에 적용함으로써 기대할 수 있는 효과를 열거한 후 열거된 효과에 대해 어느정도 긍정하고 있는가를 물어 최대평점 5점에 대한 평균평점을 산출했을 때(표 2) 20개 항목중 '간호사의 사회적 신뢰도 신장'에 대한 긍정도가 4.066으로 가장 높았으며 그 다음으로 긍정도가 높게 나타난 항목은 '간호행위의 과학적 근거 제시(3.908)', '간호기록의 효율성, 체계성'(3.842), '간호사의 사회적 지위 향상'(3.766), '환자에게 전문적인 조언과 간호제공'(3.744), '전인간호를 계획 실시'(3.744), '간호의 질 향상'(3.728) 순이었다.

반면에 긍정도가 낮게 나타난 항목은 '간호목적 설정 용이'(3.223), '환자에게 간호의 유효성 설명'(3.326), '환자의 간호만족도 증가'(3.350), '환자기록보존과 정보활용 용이'(3.402), '간호사의 사명의식 명확'(3.414), '간호문제를 명확히 확인'(3.481) 등으로 나타나 대상자들이 간호진단을 임상에 적용함으로써 간호의 과학성과 질 향상, 그리고 그에 따른 간호사의 신뢰 및 지위향상의 효과를 기대하였다. 그러나 간호목적 설정, 간호문제 확인, 환자정보 활용 등 구체적인 실무측면의 효과는 크게 기대하지 않고 있음을 알 수 있는데 이는 현재의 간호업무 수행중 사용되는 KA

[표 2] 간호진단의 임상적용 효과에 대한 긍정도

항	목	교육 전 평균점 (I)	교육 후 평균점 (II)	교육전후의 평균점차이 평균차이 (II-I)	결정 Paired t값
1.	간호문제를 명확하게 확인할 수 있다.	3.481±1.022	4.234±.636	.757	11.32***
2.	의료전문직 사이의 의사소통이 원활해 진다.	3.539±1.021	4.179±.800	.640	10.04***
3.	효과적이고 적절한 간호중재를 선택할 수 있다.	3.508±1.042	4.170±.861	.662	9.17***
4.	간호의 유효성을 환자에게 설명할 수 있다.	3.326±1.052	3.995±.925	.669	9.93***
5.	간호사의 사회적 신뢰도가 신장된다.	4.066±.867	4.612±.541	.546	8.93***
6.	환자에게 좀더 전문적인 조언과 간호를 해줄 수 있다.	3.744±1.020	4.367±.715	.623	8.01***
7.	간호업무의 책임한계가 명확해진다.	3.644±1.081	4.353±.851	.709	9.37***
8.	간호사 스스로 더욱 뚜렷한 사명의식을 가지게 된다.	3.414±1.038	4.155±.875	.741	9.30***
9.	간호연구가 촉진된다.	3.572±1.047	4.273±.800	.701	9.32***
10.	전인간호를 계획하고 실시할 수 있게 된다.	3.744±.916	4.380±.648	.636	9.51***
11.	간호목적 설정하기 쉬워진다.	3.223±1.050	3.968±.887	.745	9.96***
12.	간호사의 사회적 지위가 향상된다.	3.766±.826	4.381±.663	.615	10.50***
13.	간호행위의 과학적인 근거를 제시할 수 있게 된다.	3.908±.854	4.577±.584	.669	10.42***
14.	간호의 질이 향상된다.	3.728±.907	4.418±.668	.690	10.48***
15.	간호사의 직무만족도가 증가된다.	3.712±.963	4.354±.796	.642	9.98***
16.	환자의 간호에 대한 만족도가 증가된다.	3.350±1.063	4.063±.949	.713	9.85***
17.	간호기록을 효율적, 체계적으로 할 수 있게 된다.	3.842±.857	4.561±.558	.719	11.15***
18.	의학으로부터 간호학을 구분할 수 있는 근거를 제시할 수 있게 된다.	3.701±.864	4.356±.690	.655	10.13***
19.	환자에 대한 기록보존과 정보활용이 용이해 진다.	3.402±1.131	4.169±.947	.767	10.71***
20.	간호수가를 청구할 수 있는 근거를 제시할 수 있게된다.	3.668±1.042	4.360±.797	.692	10.08***

***p<.001

[표 3] 간호진단의 필요성

내 용	인수	%
필요하다	170	89.5
필요하지 않다	1	.5
모르겠다	18	9.5
무응답	1	.5

RDEX와 간호력에 자료수집, 문제기술통, 간호계획 등이 포함되어 있으므로 위의 역할을 담당하고 있는 것으로 대상자들이 생각한 결과로 사료된다.

한편, 20개 항목 전체의 평균평점을 살펴볼 때 최저 3.223에서 최고 4.066으로 모두 3.0 이상의 점수를 나타내 간호진단의 임상적용 효과에 대해 대체로 긍정적인 반응을 보이고 있음을 알 수 있는데 이러한 결과는 간호의 발전을 위해 간호진단이 필요하다고 생각하는

가 하는 질문에 대해서도(표 3) 89.5%가 필요하다고 응답하여 간호진단의 임상적용 가능성은 매우 긍정적인 것으로 평가할 수 있다.

2. 간호진단의 임상적용 장애요인에 대한 동의 정도

간호진단을 임상에 적용하는데 장애가 되는 요인 20개를 열거한 후 열거된 요인 각각에 대해 어느정도 동

의하고 있는가를 물어 최대평점 5점에 대한 평균평점을 산출했을 때(표 4) 동의정도가 가장 높게 나타난 항목은 '간호진단 내리는 단계가 복잡하기 때문'(4.579)으로 나타났으며, 그 다음으로 동의정도가 높은 항목으로는 '간호진단 기록 양식이 실제 적용에 맞지 않기 때문'(4.423), '한국인에 맞는 적절한 간호진단이 없기 때문'(4.247), '간호진단에 대한 이론적 지식부족'(4.110), '간호사의 의지 부족'(4.038), '간호진단

[표 4] 간호진단의 임상적용 장애요인에 대한 동의정도

항목	교육 전 평균평점 (I)	교육 후 평균평점 (II)	교육 전 후의 평균평점 차이 검정	
			평점 차이 (II-I)	Paired t값
1. 간호진단에 대한 전반적인 지식이 부족하기 때문	4.011±.952	4.287±.755	.276	4.09***
2. 간호진단을 적용하는데 많은 시간이 필요하기 때문	2.590±1.347	2.781±1.426	.191	3.10**
3. 병동분위기가 너무 바쁘기 때문	2.628±1.281	2.396±1.254	-.232	-2.31*
4. 간호진단 지침서(protocol)가 없기 때문	3.541±1.123	3.583±1.190	.042	.73
5. 간호진단이 실제로 환자를 간호하는데 중요하다고 생각하지 않기 때문	3.593±1.112	3.605±1.189	.012	.16
6. 간호인력이 부족하기 때문	3.568±1.183	3.576±1.212	.008	.09
7. 한글로 쓴 표준화 된 간호진단 지침서가 없기 때문	3.623±1.061	3.625±1.114	.002	.08
8. 간호진단을 내리는 단계가 복잡하기 때문	4.579±.674	4.487±.857	-.092	-1.91
9. 다른 의료팀의 간호진단에 대한 이해가 부족하기 때문	3.308±1.276	3.258±1.260	-.050	-.94
10. 간호의 과학화를 이루기 위한 간호사의 의지가 부족하기 때문	4.038±.974	3.925±1.034	-.113	-2.36*
11. 한국인에 맞는 적절한 간호진단이 없기 때문	4.247±.728	4.249±.768	.002	.17
12. 짧은 인사이동으로 병동업무 및 환자간호에 대한 전문성이 결여되어 있기 때문	3.761±1.059	3.762±1.122	.001	.35
13. 간호진단 기록양식(format)이 실제 적용에 맞지 않기 때문	4.423±.788	4.449±.824	.026	.21
14. 간호행정 부서의 간호진단 적용을 위한 지속적인 지도, 감독이 부족하기 때문	3.874±.958	3.738±1.068	-.136	-2.17*
15. 업무량이 너무 많기 때문	3.791±1.014	3.845±1.043	.054	.77
16. 간호진단 적용을 기록을 위한 형식에 그친다는 생각이 들기 때문	3.006±1.249	3.097±1.282	.091	1.68
17. 간호행정 부서에서 간호진단 적용을 위한 동기유발을 해주지 않기 때문	3.497±1.148	3.489±1.131	-.008	-.33
18. 간호진단 체계(team nursing 또는 functional nursing)가 간호진단 적용에 적절하지 않기 때문	3.659±1.074	3.118±1.230	-.541	-5.96***
19. 간호진단을 저술하는 방법에 일관성과 통일성이 없기 때문	3.430±1.106	3.375±1.235	-.055	-1.06
20. 간호진단에 대한 이론적 지식이 부족하기 때문	4.110±.900	4.134±.946	.024	.09

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

에 대한 전반적 지식부족'(4.011) 등이 포함되어 있어 대상자들이 간호진단 내리는 단계도 복잡함에도 그에 관한 지식은 부족하고 간호진단 기록양식도 실제 기록양식과 맞지 않아 임상에 적용하지 못하고 있음을 알 수 있다.

이러한 결과는 같은 항목을 사용하여 간호진단의 임상적용시 문제점을 조사한 '박' 등의 연구결과와는 상반되는 것으로 '박' 등의 연구에서는 '간호인력부족'(4.289), '병중업무 바빠서'(3.925), '간호진단 적용에 많은 시간 필요'(3.886)가 각각 1, 2, 3순위로 나타나 '시간 및 인력부족'이 가장 큰 문제점으로 대두되었고 일반적으로 구두표현하기를 '바빠서 못한다'고 해왔으나 본 연구에서는 이중 '간호진단 적용에 많은 시간 필요' 항목은 가장 동의정도가 낮은 2.590을 나타내었고, '간호인력부족' 항목도 3.568로 20분항 중 13순위로 동의정도가 낮게 나타나 지난 10여년간의 간호진단에 대한 교육이 인식변화에 효과적이었던 것으로 생각할 수 있으며 또한 기존의 행정적인 인력증원 없이는 간호진단 적용이 어렵다는 부정적인 관념을 더 이상 고집하기 어렵게 되었다.

즉 본 연구에서 동의정도가 높게 나타난 장애요인들은 교육 및 간호기록지 수정등을 통해 충분히 해결해 나갈 수 있는 문제들로서 앞으로 간호진단의 임상정착화를 함께 전망할 수 있는 계기가 될 것으로 생각한다.

한편, 간호진단의 임상적용 장애요인과 관련지어 간호진단의 임상정착화를 위해 가장 시급히 해결되어야 할 과제를 물었을 때(표 5) 가장 많은 대상자가 '간호사 교육문제'(38.6%)라고 응답했으며 그 다음으로 많은 대상자가 '적경수의 간호인력배치'(34.2%)라고 응답하였다.

[표 5] 간호진단 임상정착화를 위해 해결되어야 할 과제

내 용	인수	%
각 간호진단명에 대한 정의	22	11.8
간호진단명의 한글 어휘화	4	2.2
간호사 교육문제	72	38.5
적경수의 간호인력 배치	64	34.2
간호진단 기록양식 개발	7	3.8
타전문직과의 의사소통등 제반 행정문제	4	2.2
간호사의 태도 및 기술문제	11	5.9
환자 사정 도구 개발	3	1.6

3. 간호진단 적응능력 자가평가

간호진단을 내리는데 필요한 전후단계들 10단계로 구분하여 제시한 후 각 단계를 적용하는데 어느 정도 능력이 있다고 생각하는지 스스로 평가하게 했을 때(표 6) 10단계 모두 최대평점 5점에 대한 평균평점이 3점 미만으로 나타나 스스로 간호진단 적응능력을 보통 이하로 평가하고 있음을 알 수 있었고 그중 평점이 높은 항목은 '간호문제 파악능력'(2.856)과 '자료수집 능력'(2.807)이었으며 평점이 낮은 항목은 '간호진단 결정능력'(2.453)과 '수집된 자료의 분석, 통합 능력'(2.552)이었다.

이렇듯 스스로 간호진단 적응능력이 보통이하라고 평가한 결과는 앞서 간호진단 임상적용 장애요인으로 '간호진단 단계가 너무 복잡하다', '간호진단에 대한 지식이 부족하다' 등에 높게 동의한 결과와 관련지어 생각할 수 있는 것으로 교육과 실습을 통해 간호진단에 대한 지식을 높여주어 스스로 간호진단 적응능력을 높게 평가할 수 있게 될 때 간호진단의 임상적용을 방해하는 주요요인은 배제될 것으로 사료된다.

4. 간호진단에 대한 대상자의 반응에 영향 미치는 요인

간호진단에 대한 교육은 제공받기 전 대상자들이 간호진단에 대한 임상효과, 장애요인, 적응능력에 대해 지각하고 있는 정도에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 이들 반응에 대한 총점과 연령, 결혼상황, 학력, 종교, 직위, 경력, 근무병동, 담당환자수, 근무기관의 규모, 근무부서의 간호전달 체계, 직업관, 직업만족도, 간호진단에 대한 교육경험, 과거에 간호진단을 적용해 본 경험, 현재 간호진단 실시여부 등 16개 특성과의 관계 유의성을 t-test와 ANOVA를 이용하여 결정하였다.

그 결과 간호진단의 임상적용 효과에 대한 긍정도에서는 16개 특성 중 종교유무($t=2.53, p=.014$), 간호전달체계($F=6.8292, p=.0014$), 과거 간호진단 적용 경험유무($t=2.15, p=.033$), 현재 실시여부($t=2.12, p=.036$)에서만 통계적으로 유의한 차이가 있게 나타나(표 7) 종교가 있는 대상자, 기능 중심의 간호전달 체계를 적용하고 있는 대상자, 과거에 간호진단 적용 경험없는 대상자, 현재 간호진단을 실시하고 있는 대상자가 간호진단의 임상적용 효과에 대해 좀더 긍정적인 반응을 보이고 있음을 알 수 있다.

[표 6] 간호진단 적응능력 자가평가

항 목	교육 전	교육 후	교육전후의 평균평점차이 결정	
	평균평점 (I)	평균평점 (II)	평점차이 (II-I)	Paired t값
1. 자료수집 능력	2.807±.775	3.303±.726	.496	11.09***
2. 수집된 자료의 분석, 통합 능력	2.552±.678	3.092±.715	.540	12.26***
3. 간호문제 파악 능력	2.856±.726	3.351±.652	.495	10.15***
4. 관련요인 파악능력	2.615±.689	3.147±.682	.532	11.14***
5. 간호진단 결정능력	2.453±.688	2.995±.735	.539	10.65***
6. 간호목표 설정능력	2.700±.776	3.222±.722	.522	11.48***
7. 간호중재 계획능력	2.706±.775	3.178±.777	.472	9.72***
8. 간호중재 수행능력	2.765±.772	3.179±.765	.414	8.75***
9. 수행결과 평가능력	2.722±.710	3.157±.693	.435	10.21***
10. 간호과정 기록(Charthing)능력	2.717±.719	3.173±.753	.456	9.97***

***p<.001

[표 7] 간호진단의 임상적응 효과에 대한 긍정도에 영향 미치는 요인

특 성	구 분	실수	평균총점	t 값 또는 F 값	P 값
종 교	유	137	73.8467±12.566	2.5300	.0140*
	무	36	67.4167±13.795		
간호진달체계	기능중심	89	74.8989±13.2871	6.8292	.0014***
	델 중심	44	66.3182±12.2451		
	Primary	24	74.0833±12.1545		
과거 간호진단 적용경험	유	106	74.2170±12.2990	2.1500	.0330*
	부	68	69.8088±13.7320		
현 간호진단 실시여부	실시	70	74.9857±12.6500	2.1200	.0360*
	미실시	105	70.8000±12.9930		

*p<.05 **p<.01

또한 간호진단의 임상적응 장애요인에 대한 동의정도에서는 16개 특성중 ‘종교 유무’(t=-2.17, p=.035), ‘적용 자신감’(t=-2.39, p=.024)에서만 통계적으로 유의한 차이가 있게 나타나[표 8] 종교를 가지고 있지 않은 대상자, 간호진단 적용에 자신감이 없는 대상자가 간호진단의 임상적응 장애요인을 더 높히 지각하고 있음을 알 수 있다.

마지막으로 간호진단 적응능력에 대한 자가평가정도에서는 16개 특성중 ‘연령’(F=3.5881, p=.015), ‘근무경력’(F=3.1938, p=.0435), ‘최종학력’(t=-5.07, p=.000), ‘근무기관의 규모’(F=4.717, p=.0101), ‘간호진단에 대한 교육 경험’(F=6.6415, p=.0017), ‘과거 간호진단 적용경험 유무’(t=4.30, p=.000), ‘현재 실시 여부’(t=2.88, p=.005), ‘적용 자신감’

[표 8] 간호진단의 임상적용 장애요인에 대한 동의정도에 영향 미치는 요인

특 성	구 분	실 수	평 균	t 값	P 값
증 교	유	137	72.3723±9.777	-2.17	.035*
	무	35	76.7143±10.755		
적용 자신감	자신있다	145	72.5862±10.080	-2.39	.024*
	자신없다	22	78.0909±10.061		

*p<.05

[표 9] 간호진단 적응능력 자가평가 정도에 영향 미치는 요인

특 성	구 분	실 수	평 균	t 값 또는 F 값	P 값
연 령	~25세	30	29.1667±4.4882	3.5881	.0150*
	26~30세	70	26.7571±5.5754		
	31~35세	48	25.0833±5.5576		
	36세이상	25	27.9200±6.9397		
근무경력	~6개월(5년)	52	28.5385±5.0931	3.1938	.0435*
	61~120(10년)	75	26.3600±5.6297		
	121개월 이상	47	25.8723±6.5628		
최종학력	전문대출신	100	25.0700±5.3659	-5.07	.0000***
	4년제 대학 출신	76	29.2895±5.5373		
근무기관규모	500명상 이하	58	25.2586±6.1916	4.7170	.0101*
	501~1,000명상	19	26.0526±6.0229		
	1,001명상 이상	96	28.0833±5.2769		
간호진단교육경험	학 교	45	27.4889±5.3751	6.6415	.0017**
	실 무	65	25.4769±5.6820		
	학교+실무	49	29.1837±5.0772		
과거간호진단 적용경험	유	105	28.3905±5.2010	4.3000	.0000***
	무	72	24.6667±5.9600		
현재 간호진단 실시여부	실 시	74	28.2838±4.9670	2.8800	.0050**
	비실시	104	25.8846±6.1360		
적용 자신감	자신있다	146	27.5822±5.4390	3.9500	.0000***
	자신없다	24	22.5000±5.9050		

*p<.05. **p<.01. ***p<.001

(t=3.95, p=.000) 등 8개 특성에서 통계적으로 유의한 차이가 있게 나타나[표 9] 연령이 25세 이하인 대상자, 근무경력이 5년 이하인 대상자, 4년제 대학출신 대상자, 1,000명상 이상의 기관에 근무하는 대상자, 간호진단에 대한 교육을 학교와 실무에서 모두 받

은 대상자, 과거에 간호진단 적용경험이 있는 대상자, 현재 간호진단을 실시하고 있는 부서에 근무하는 대상자, 간호진단 적용에 자신감이 있는 대상자가 스스로 간호진단 적용 능력을 높이 평가하고 있음을 알 수 있다.

5. 교육전과 후의 간호진단에 대한 임상간호사의 반응비교

1) 간호진단의 임상적용 효과에 대한 긍정도 변화
 간호진단 교육에 의한 대상자의 간호진단의 임상적용 효과에 대한 반응변화를 분석하기 위해 교육전과 후의 평균평점 차이에 대한 t값을 항목별로 산출했을 때[표 2] 20개 항목 모두에서 $p < .001$ 로 유의한 차이가 있게 나타났으며 20개 항목의 총점을 산출하여 교육전과 후의 총점 차이에 대한 t값을 산출했을 때도 [표 10] $p < .001$ 로 유의한 차이가 있게 나타났다.

2) 간호진단의 임상적용 장애요인에 대한 동의정도 변화

간호진단 교육에 의한 대상자의 임상적용 장애요인에 대한 반응변화를 분석하기 위해 20개 항목의 총점을 산출하여 교육전과 후의 총점차이에 대한 통계적 유의성을 검정했을 때[표 11] 유의한 차이가 없게 나타났다.

그러나 각 항목별로 최대평점 5점에 대한 평균평점을 산출하여 교육전과 후의 점수차이에 대한 통계적 유의성을 Paired t-test를 이용하여 검정했을 때[표 4] 6개 항목에서 통계적으로 유의한 차이가 있게 나타났으며 이중 교육후 장애요인에 대한 동의정도가 유의하게 높아진 항목은 ‘간호진단에 대한 전반적인 지식부족 때문’

($t=4.09, p < .001$), ‘간호진단 적용에 많은 시간이 필요하기 때문’($t=3.10, p < .01$) 등 2개 항목이었고 동의정도가 교육후 유의하게 낮아진 항목은 ‘병동 분위기가 너무 바빠서 때문’($t=-2.31, p < .05$), ‘간호과학화를 위한 의지부족 때문’($t=-2.36, p < .05$), ‘간호행정 부서의 계속적인 지도. 감독부족 때문’($t=-2.17, p < .05$), ‘간호진단 체계가 간호진단 적용에 부적절하기 때문’($t=-5.96, p < .001$) 등 4개 항목이었다.

이러한 결과로 미루어 볼 때 간호진단에 대한 단기간의 교육이 간호진단의 임상적용 장애요인에 대한 지각정도를 크게 변화시키지는 못하였으나 교육을 받음으로써 간호진단이 임상에 정착하지 못한 이유를 행정적인 외적요인 보다는 지식부족, 적용능력 부족 등 좀더 내적요인으로 지각하게 하는데 도움이 되었다고 생각할 수 있다.

3) 간호진단 적용능력의 자가평가 수준 변화

간호진단 교육에 의한 대상자의 간호진단 적용능력에 대한 반응변화를 분석하기 위해 항목별로 교육전과 후의 평균평점 차이에 대한 t값을 산출했을 때[표 6] 10개 항목 모두에서 $p < .001$ 로 유의한 차이가 있게 나타났으며 10개 항목에 대한 평가점수 총점을 산출하여 교육전과 후의 점수차이에 대한 t값을 산출했을 때도 [표 12] $p < .001$ 로 유의한 차이가 있게 나타났다.

[표 10] 간호진단의 임상적용 효과에 대한 교육전과 후의 총점비교

평	군	차이(교육후-전)	Paired t 값	자유도	P 값
교육전	72.4971±13.093	13.4854	15.50	170	.000***
교육후	85.9825±10.343				

*** $p < .001$

[표 11] 간호진단의 임상적용 장애요인에 대한 교육전과 후의 총점 비교

평	군	차이(교육후-전)	Paired t 값	자유도	P 값
교육전	73.1697±10.195	-.4849	-.81	164	.148
교육후	72.6848±10.899				

[표 12] 간호진단 적용능력에 대한 교육전과 후의 평가총점 비교

평	군	차이(교육후-전)	Paired t 값	자유도	P 값
교육전	26.9602±5.773	4.8864	15.42	175	.000***
교육후	31.8466±5.732				

*** $p < .001$

IV. 요약 및 결론

학계에서는 간호진단의 유용성과 중요성에 대한 인식이 높고 간호의 질적 향상을 위해선 간호진단의 임상적용이 시급하다는 의견이 논의되고 있으나 실제로 임상에서는 아직 간호진단이 정착화되지 못하고 있다.

이에 본 연구에서는 실제로 간호진단을 사용해 주어야 할 임상간호사들이 학계에서 제시하고 있는 간호진단의 임상적용 효과, 장애요인 등에 대해 얼마나 공감하고 있으며 스스로 간호진단 적용 능력을 어느 정도로 평가하고 있는지, 그리고 이들 제반 사항에 대한 간호사의 반응이 교육을 통한 지식 증진으로 변화될 수 있는지를 조사하여 간호진단의 임상정착화를 위한 정책 수립에 일익을 담당할 수 있는 자료를 제공하고자 세브란스병원 간호부에서 실시한 간호진단 교육프로그램에 참여한 33개 병원 190명의 임상간호사를 대상으로 연구를 진행하였다.

연구결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 간호진단의 임상적용 효과에 대한 임상간호사의 지각정도를 분석했을 때 대상자들이 간호의 과학성과 질 향상, 그에 따른 간호사의 신뢰 및 지위향상에 관련된 항목에 대해선 긍정도가 높게 나타났으나 간호목적 설정, 간호문제 확인, 환자정보 활용등 구체적인 실무측면의 항목에 대해선 상대적으로 긍정도가 낮게 나타났다. 그러나 20개 항목 전체의 평균평점을 살펴볼 때 최대평점 5점에 대해 최저 3.223에서 최고 4.066으로 모두 3.0 이상의 점수를 나타내 간호진단의 임상적용 효과에 대한 임상간호사의 반응은 긍정적인 것으로 해석할 수 있다.

2. 간호진단의 임상적용 장애요인에 대한 임상간호사의 동의정도를 분석했을 때 간호진단 명명단계는 복잡한데 그에 관한 지식은 부족하고 간호진단 기록양식도 실제기록양식과 맞지 않아 임상에 적용하는데 어려움을 겪고 있는 것으로 반응하였다. 그러나 본 연구에서 제시된 이러한 문제들은 '시간 및 간호인력 부족'을 가장 큰 문제점으로 제시한. 선행연구에 비하면 매우 긍정적인 것으로 기존의 행정적인 인력증원 없이도 교육 및 간호기록지 수정 등의 작업을 통해 해결이 가능한 문제들로 사료되어 간호진단의 임상정착화를 밝게 전망할 수 있는 결과라 생각한다.

3. 간호진단의 임상정착화를 위해 가장 시급히 해결해야 할 과제를 물었을 때 많은 대상자들이 '간호사교

육문제'(38.5%), '적정수의 간호인력 배치'(34.2%)를 선택하였다.

4. 대상자로 하여금 간호진단 적용능력에 대해 자가 평가하게 했을 때 10개 항목 모두 최대평점 5점에 대한 평균평점이 3점 미만으로 나타나 스스로 간호진단 적용능력을 보통 이하로 평가하고 있음을 알 수 있었다.

5. 교육프로그램 제공이 간호진단의 임상적용 효과에 대한 대상자의 반응에 변화를 초래했는가 분석하기 위해 교육제공 전과 후의 반응점수 총점을 비교했을 때 통계적으로 유의한 차이가 있게 나타나 간호진단에 대한 교육이 간호진단의 임상적용 효과에 대한 대상자의 반응을 긍정적으로 변화시키는데 기여했음을 알 수 있었다.

6. 교육프로그램 제공이 간호진단의 임상적용 장애요인에 대한 대상자의 반응에 변화를 초래했는가 분석하기 위해 교육제공 전과 후의 점수를 비교했을 때 통계적으로 유의한 차이가 없게 나타나 간호진단의 임상적용 장애요인은 단기간의 교육에 의해 큰 영향을 받지 않음을 알 수 있었다.

7. 교육프로그램 제공이 간호진단 적용능력에 대한 대상자의 자가평가 정도에 변화를 초래했는가 분석하기 위해 교육제공 전과 후의 평가총점을 비교했을 때 통계적으로 유의한 차이가 있게 나타나 간호진단에 대한 교육이 대상자의 간호진단 적용능력에 대한 자신감을 긍정적으로 변화시키는데 기여했음을 알 수 있었다.

이상의 연구결과를 종합해 볼 때 임상간호사들의 간호진단에 대한 태도는 매우 긍정적이라 할 수 있으며 특히 간호진단 교육 프로그램이 간호진단에 대한 대상자의 반응을 긍정적으로 변화시키고 적용능력에 자신감을 갖게 하는데 크게 기여한 것으로 나타남으로써 앞으로 교육과 실습을 통해 임상간호사의 간호진단에 대한 지식과 적용능력을 좀더 증진시켜 자신감을 갖게 해줄 때 간호진단의 임상정착화에 대한 전망은 매우 낙관적이라 평가된다.

참 고 문 헌

- 박신애 외 8인, "간호진단의 임상적용 현황, 문제점 및 개선 방안", 간호학회지, 1989, 19: 1, 24~39.
이은옥 외 5인, 간호진단과 임상활용, 서울: 수문사, 1987.
이향련 외 8인, "간호진단 프로토콜(protocol)의 임상

- 적용 효과에 관한 연구”, 간호학회지, 1989, 19 : 1, 40~62.
- Carlson, S., “A practical approach to nursing practice”, *A.J.N.*, 1972, 72 : 9, 1589~1591.
- Carpenito, L.J., *Nursing Diagnosis; Application to clinical practice*, Philadelphia: J.B. Lippincott Co., 1988.
- Dossey, B., Guzzetta, C.E., “Nursing diagnosis”, *Nursing 81*, 1981, 11 : 6, 34~38.
- Fadden, T.C., Seiser, G.K., “Nursing diagnosis: A matter of form”, *A.J.N.*, 1984, 84 : 4, 470~473.
- Feild, L., “The implementation of nursing diagnosis in clinical practice”, *Nursing Clinics of North America*, 1979, 14 : 3, 497~507.
- Gordon, M., “Nursing diagnosis and the diagnostic process” *A.J.N.*, 1976, 76 : 8, 1298~1300.
- Mi Ja Kim, McFarland, G.K., McLane, A.M., *Nursing Diagnosis*, St. Louis, Toronto: The C.V. Mosby Company, 1984.
- Purushotham, D., “Nursing diagnosis; A vital component of the nursing process”, *The Canadian Nurse*, 1981, 77 : 6, 46~48.
- Shoemaker, J., *Essential Features of Nursing Diagnosis; classification of Nursing Diagnosis processing of the fifth National Conference*, St. Louis; The Mosby Co., 1984.
- Tartaglia, M.J., “Nursing diagnosis”, *Nursing 85*, 1985, 15 : 3, 34~37.
- Vincent, K.G., “The validation of a nursing diagnosis; a nurse consensus survey”, *Nursing Clinics of North America*, 1985, 20 : 4, 631~639.

<Abstract>

A Study on the Nurse's Response for the Clinical Application of Nursing Diagnosis

C.Y. Chun, Y.S. Lim, Y.S. Kim, J.W. Park, K.S. Cho

Although the usefulness and importance of clinical application of nursing diagnosis are well recognized by the academic circle, it is not yet generally practiced.

In order to provide data for establishing a policy for clinical nursing diagnosis; a study was made at a seminar, sponsored by the Department of nursing, Severance Hospital, with participation of 190 nurses from 33 hospitals. The objective of the study was to find out: 1) if the nurses agree with the academic community in recognizing the benefits and problems of clinical application of nursing diagnosis; 2) how the nurses evaluate their ability to carry out nursing diagnosis; and 3) if educational programs would help enhance ability of nursing diagnosis among nurses.

The summary of findings by the study is as follows:

1. While all nurses responded positively on the question of benefits improving science and quality of nursing, thus elevating credibility and position of nurses, some expressed concern on the practicality of the system in setting up nursing objectiveness, confirming the nursing problems and utilizing patient information. For the 20 questions and the scale of 1~5, the lowest average score was 3.223 and the highest 4.066.

2. The study attempted to find out the opinion of the nurses on the problems that would make difficult to adopt the nursing diagnosis in clinics. The result of the study indicates the nurses believe the major problems are the fact that the subject of nursing diagnosis are not well defined and that the form sheets do not match with the ones that are currently being used. However, comparing it with the result of the previous study on the same question (inadequate manpower and insufficient time allocated for the job were two major problems pointed out then.), it can be said that the opinion of the nurses studied this time was much more positive and it suggests that they believe the system can be adopted without increasing manpower and only by giving additional training and by adjusting the format of nursing record sheets. It suggests that the future for adopting a clinical nursing diagnosis is very bright.

3. As the most urgent problem to be solved for adopting clinical nursing diagnosis, 38.5% responded that it was "education of nurses," and 34.2% responded that it was "staffing adequate number of nurses".

4. For the 10 questions asked for self-evaluation of ability to adopt the system, with the scale of 1~5, average score was lower than 3. This indicate that they evaluate

their ability to adopt the system is low.

5. The results of study taken before and after the educational programs for clinical nursing diagnosis were compared with overall score in order to determine if such program would cause changes in the response to the effect of clinical application of nursing diagnosis, and it was found that there was statistically significant changes suggesting that the education contributed to positive change in the response.

6. The results of study taken before and after the educational programs for clinical nursing diagnosis were compared with overall score in order to determine how the problems for adopting nursing system would be effected by such educational programs, and it was found that those problems be not solved with a short course of training.

7. The results of study taken before and after the educational programs for clinical nursing diagnosis were compared with overall score in order to determine if such programs would bring changes in the self-evaluation of nurses on the ability of nursing diagnosis, and it was found that program improve score of self-evaluation their ability of the nursing diagnosis.

As seen in the above reports, it was found that the nurses are very positive about the clinical nursing diagnosis, that educational program for the clinical nursing diagnosis helps nurses for positively changing their attitude for the nursing diagnosis, for their self-confidence on their ability to perform nursing diagnosis. With improved know-how and self-confidence of nurses gained through educational and training programs, the future of clinical application of nursing diagnosis is very bright.