

Orem의 자가간호 모델을 적용한 병동의 운영관리

김 정 순*

I. 서 론

1950년대 이후 부터 간호계에서 이론에 관한 논의가 시작되었으며, 병원 소속의 3년제 간호교육과정에서, 대학내에 4년제 대학과정으로 간호교육이 전환되면서, 전문직으로서 이론적인 지식 체 개발과 간호의 이론적 확립의 필요성이 대두되게 되었다.

이론과 실제의 갈등속에서 이론에 대한 정의도 학자에 따라 매우 복잡하고 모호하나, A.I. Meleis(1985)는 여러 학자들이 서술해 놓은 이론의 정의를 묶어서 “간호이론은 간호를 기술하고 설명하며, 예측하고 처방하기 위한 목적으로 만들어지고, 발견된 실재에 대해 표현하고 알려진 개념화”라고 정의하였다. 이런 정의 역시 간호사들에게는 혼돈만을 줄 뿐 의미전달이 되지 않고 있다.

일부 간호사들 중에는 간호이론이 엘리트주의라고 믿는 간호사도 있으며, 간호이론은 이론가들의 전유물로 생각하고 간호이론이나 과학적 연구가 전문직의 학문적인 발전을 위해서 필요한 부분이지는 하나, 모든 간호사가 과학적이고 이론적인 과정을 받아들여서 적용하기까지는 많은

시간이 요구되며 아직까지는 요원한 것으로 생각하는 사람도 많다. 이와는 반대로 Fawcett (1984)은 “연구는 이론에 근거하여 시도될 수 있고 또 이론은 연구에 의해 진위성이 밝혀져야 하며, 이론과 연구의 궁극적인 목적은 간호대상자의 질적 간호를 향상하기 위함이며, 이론과 연구에 의해 간호실무는 변화되어야 한다”고 주장하였다.

오늘날의 간호사들은 자신을 전문 직업인이라고 믿고 있는데, 스스로 존경받고 능력있는 전문직 간호사라면 책임을 인정해야 하고 행동을 결정해야 하고, 행동의 결정은 지식, 개념과 가치와 신념에 토대를 두고 내려져야한다. 가치, 개념, 신념은 모두 이론의 구성요소로 간호이론이 우리가 수행하고 있는 것과는 별개의 것이 아님을 알 수 있다.

만들어진 간호이론이 실무에 쓰여지게 되고 현실문제로 받아들여지게 하려면 간호이론가와 실무자의 역할은 달라야 하며, 간호이론가는 이론을 만들고 지식을 축적해야 하고, 실무자는 지식을 사용하고 활용해야 한다. 또한, 대상자와 간호사가 상호작용하는 간호현장이 지식의 원천이어야 하며, 간호실무자는 이론가들이 만들어 놓은 지

*서울대 간호대학원 박사과정

식을 가치있게 생각하고, 대상자를 간호할 때 활용해야 한다. 간호대상자는 연구대상자가 아니라, 과학적으로 만들어진 지식에 의해 이익을 받는 수혜자여야 하며, 이론가가 실무자보다 우월하다고 생각지 말고, 동등한 위치에서 서로의 역할을 수행하고, 지식의 생성과 검증과정에 상호 보완적인 역할을 해야 한다.

지난 20년간 몇몇 간호이론가들에 의해 개발된 이론이 간호실무와는 전혀 관계가 없거나 중요하지도 않은 것이 많았으며, 간호실무의 발전과 향상에 기여한 것이 아니고, 언어의 수학적 표현을 개발하기 위해 노력하거나 임상과 무관한 현상세계를 설명하기도 했으며, 간호의 특성인 “임상의 중요성”을 무시한채 연구가 진행되기도 하였다 (Newman M. A. 1972).

연구가 많이 되었으나, 연구결과가 실무에 적용, 응용되어 간호를 발전시킨 예는 매우 드문데, 그 이유로는 실무에 사용할 만한 연구가 없거나, 실무에 사용하기에는 너무 많은 시간과 경비가 소요되거나, 실용성이 적거나, 연구의 기본 주제에 대한 저항감으로 인한 것이었다.

실무가 이론에 영향을 주고 실무에서 연구의 문제가 나오게 되므로 이론-실무-연구가 연계적으로 간호현장에 심어져야 한다고 볼때, 간호실무의 본질과 범위를 이해하기 위한 과학적 방법을 우리 스스로 모색해야 한다고 사료된다. 또한 이론은 항상 쉽게 쓸 수 있는 것으로서 누구나 관심을 가져야 한다. 이론은 매우 일반적인 과정이고, 이론 개발도 일상생활에 항상 존재하는 일상 행동으로 가능하다.

간호학의 발전은 간호이론과 전문적 기술에 의해서만 계속될 수 있으며, 간호학의 전문성 추구는 확실한 지식체로만 가능하므로, 이것을 토대로 한 교육과 실무가 수행되어야 한다. 자가간호는 대상자의 요구와 기대에 반응하는 것에 관심을 두는 것으로, 어떤 양상으로 자가간호가 표현되는가를 확인한 후 간호실무에 적용되어야 할 것이다. 개인이나 집단의 자가간호요구에 대해 임상 현장에서 체계적으로 조직되어, 환자의 요구에 맞는 병동의 운영 관리가 되어져야 할 것이

다. 이에 간호실무에 적용이 가능한 Orem의 자가간호 이론의 고찰을 통해 간호에의 적용가능성을 알아보고자 한다.

II. 본 론

1. 자가 간호의 역사적 배경

초기 산업사회는 생활필수품의 자급자족 뿐 아니라 건강관리도 개인이나 가족이 책임을 갖고 있었으며, 19C 영국에서 자가치방이 유행한 것과 자가치료지침의 간행등이 이를 뒷받침하고 있다. 19C 후반 산업화와 더불어 의학기술과 장비의 발전은 소비자에게 이질감과 수동적 역할을 강화시켰고, 전문 기술의 강조와 고도의 자본화는 환자와 전문 의료인과의 인간적인 관계를 붕괴시켰다.

또한 사회, 경제적 발전은 건강과 건강관리의 필요성을 자연적이고 필수적인 것으로 요구하게 되었고 그 결과 소비자가 건강관리의 선택시 능동적으로 참여하게 되었다. 전문성의 강조로 인한 비인간화와 의료인의 권위주의적 태도에 소비자들은 불만을 갖게 되었고, 의료비 상승은 보험의 출현과 함께 자가간호의 관심을 고조시키는 기회를 가져왔으며, 사회 경제적 요인의 영향으로 관심이 변화되어 왔다. 오늘날 자가간호에 대해서는 현 건강관리제도에서 공식적으로 수용되고 있지는 않지만, 비용효과면에서 건강관리체제에 통합되어야 한다. 미래에는 의료비 상승을 억제하기 위한 건강관리 조직이 필요하게 되며, 건강관리도 모든 산업의 정보지향적 변화를 수용하여야 할 것이다.

대상자가 건강관리의 주체로서 참여하고, 선택 결정하는 윤리적 측면과 건강관리를 위한 습관과 행위의 중요성이 강조되는 추세에서 자가간호는 어떤 형태로든 확대되고 강화될 것이다.

2. 자가 간호의 정의

Lowell Levin(1981)은 “자가간호를 효율적으로 기능할 수 있는 사람들이 일차 건강관리 수준

에서 자신의 건강증진, 질병예방 및 치료를 위한 과정"이라고 정의하였으며, 이는 자가간호의 본질과 개인적 역할의 중요성을 설명하는 광의의 개념이었다.

Kathryn Dean(1981)은 어느 사회에서나 건강관리 기초적 수준으로 치료, 예방, 재활을 포함하며, 전통적이거나 현대적인 것을 뜻하는 것은 아니라고 하였다. 자가간호에는 개인의 생활 양식, 건강행위, 건강관리 서비스의 활용, 증상평가, 자가치료 전문 영역과의 상호관계가 포함된다고 하였다.

Barofsky(1978)는 자가간호의 4가지 기능을 1)진단된 질병의 치료를 위해 전문 의료인의 지시를 따르는 것 2)전문 의료인의 도움없이 질병의 증상을 자신이 관리 3)질병 발생에 영향을 주는 생활 양식의 위험요인을 감소, 제거시키는 예방적 형태 4)일상생활에 필요한 음식 수분섭취, 배설, 보호와 같은 생리적 조절로 설명하였다. 이 기능에서는 자가간호의 범주에 대한 통찰력을 제시했으며, 치료적 지시 이행과 예방적, 치료적, 건강교육을 확인할 수 있었다.

Levy(1976)는 유사한 건강문제를 가진 집단에 참여하여 개인적 성장을 도모하고, 건강습관과 행동을 조절하는 자조를 자가간호의 형태로 보았다.

Dorothea Orem(1985)은 자가간호를 생명, 건강, 안녕을 유지하기 위하여 개인이 일상생활을 수행하는 활동의 실체로서 정의하였으며 이것은 개인이 일상생활에서 수행하는 모든 행동을 포함한다고 하였다. 자가간호를 수행하기 위해서는 자가간호를 요구하는 필요조건이 전제가 되어야 하며 자가간호는 인간의 기본적 요구를 충족시키는 일반적 간호와 발달과정의 사건과 불리한 영향이 있을 때 요구되는 발달에 따른 자가간호, 그리고, 질병과 상해로 인해 요구되는 건강이탈에 대한 자가간호로 분류될 수 있다고 하였다. 또한 자가간호 수행능력에는 연령, 발달상태, 생활주기사건, 성별, 사회문화적 적응, 건강상태, 건강관리 자원의 상황, 기질, 행동적 진단, 가족 체제등이 영향을 미친다고 하였는데, 자가간호 모델을 체계적으로 서술한 Dorothea Orem의 모델에 대해서는 다음에 자세히 설명하고자 한다.

자가간호가 건강전달 체계의 중요한 구성요소가 될 수 있다고 하면서도 자원의 배분이나, 전문인력의 준비에 적용될 수 있는 측정가능한 용어로 정의되고 있지는 않았다.

3. Dorothea E. Orem의 자가간호 모델

1) 이론의 개요

1958년 Orem은 임상과 교육분야에서 다양하고 오랜 경험을 쌓으면서 각 개인이 왜 간호를 요구하며, 간호를 통해서 도움을 받을 수 있는지에 대해 통찰력을 갖게 되었고 1959년 그의 저서 "Guides for Developing Curricula for the Education of Practical Nurse"에서 처음으로 간호에 대한 체계적 개념을 논하였으며 이 모델은 건강의 여러 단계에서 개개인을 위한 자가간호를 주요 전제로 하고 있다.

1971년에 출간된 저서 "Nursing : Concept of practice"를 통해 공식적으로 자가간호 이론을 소개하였으며, 이후 계속적인 수정 작업을 거쳐 발전되었다. 그의 이론은 체계이론, 발달이론, 상호작용이론에 근거를 두고 연역적으로 개발되었다. 이 이론은 학자에 따라 욕구이론, 기능적이론, 인간주의적 이론등으로 분류하는데, 이 자가간호이론은 다음의 세가지 이론으로 구성되어 있다.

(1) 자가간호이론

자가간호란 자신의 생명, 통합된 기능, 안녕을 위한 기능등을 조절하기 위해 자신이나 환경에 대해 수행하는 활동으로 정의하였으며 다음의 세가지 유형이 자가간호 요구를 만족시키기 위해 수행된다.

① 보편적 자가간호 요소(universal self-care requisites) : 모든 인간에게 공통적인 요구로 공기, 물, 음식, 배설, 활동과 휴식, 고립과 사회적 상호작용, 위축예방, 인간의 기능증진의 8가지 필수요소가 포함되며, 이 요구가 충족되었을 때 건강과 안녕이 촉진된다.

② 발달적 자가간호 요소(developmental self-care requisites) : 이 요소는 보편적 필수

요소에 포함되었으나 중요성을 강조하기 위해 분리되었으며, 다양한 인생주기의 단계에서 이루어지는 인간 발달과정, 상황, 사건 및 발달에 나쁜 영향을 미칠 수 있는 요소들과 관련된다. 이들 요소는 인생과정과 성숙을 증진시키고, 성숙을 저해하는 상태를 예방하거나 그 효과를 감소시켜 주는 방향으로 이루어진다.

③ 건강이탈적 자가간호 요소(health deviated self-care requisites) : 질병이나 상해등으로 개인의 자가간호 능력이 영구적으로나 일시적으로 손상되었을 때 인간은 자가간호의 제공자에서 환자로 위치가 바뀐다.

건강상태가 변화함에 따라 인간은 적절한 간호를 받아들여지게 되는데 이는 정상상태로 회복하기 위한 요구로 건강이탈에 대한 의학적 치료를 찾거나, 참여하는 활동을 하게 된다. 건강이탈된 개인이 자신을 관리하게 되려면 적절한 의학적 지식을 자신의 간호에 적용할 수 있어야 한다고 하였다. 이때 인간의 구조 기능, 일상생활의 변화가 요구되며, 생명, 기능, 안녕을 유지하기 위해 자신의 건강행위를 시도하고 실행할 수 있는 복합적인 개인의 능력을 자가간호 역량(self-care agency)이라 한다. 건강이탈과 관련된 자가간호에는 :

- 보편적 자가간호요구를 충족하고 적응하는 일
- 자가간호에 대한 새로운 기술을 선정하는 일
- 자아상을 바꾸는 일
- 일상생활의 습관을 바꾸는 일
- 새로운 삶의 형태를 발전시키는 일
- 건강이탈 결과에 적응하는 일

(2) 자가간호 결핍이론(theory of self-care deficit)

개인이 건강과 관련된 장애로 인해 자가간호를 할 수 없게 되어 전문직간호를 받아들이는 간호대상자를 설명해준다. 치료적 자가간호요구는 생명유지, 건강, 발달 및 안녕의 유지와 증진을 위한 조절활동에 필요한 실제적 필수요소를 충족시키기 위해 요구되는 간호의 정도를 말한다. 자가간호 역량의 부족으로 치료적 자가간호요구를 충족시키지 못하면 자가간호 결핍이 발생하고, 개

인은 자가간호의 참여부족을 나타내게 된다. 이 단계에서 환자는 질병상태로 인해 결핍정도가 높아지게되고 건강체계가 적극적으로 개입된다

(3) 간호체계이론(theory of nursing system)

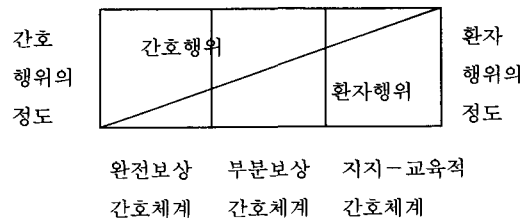
간호체계는 치료적 자가간호를 충족시키거나 자가간호능력을 조절하도록 대상자를 돕는 체계이다. 대상자를 돕기 위해 간호사가 행하는 “도움체계”는 일련의 연속적 활동으로 이루어지며, 도움활동으로는 직접활동(doing or acting), 안내(guiding), 교육(educating), 지지(supporting), 발달적 환경의 제공(providing a developmental environment)등이다.

환자의 자가간호능력과 요구에 따른 그들의 행위정도에 따라 간호체계는 다음의 세 형태로 나누어진다.

① 완전보상 간호체계 : 환자의 자가간호활동을 전체적으로 간호사가 도와주는 간호활동으로 세가지의 하위 형태가 있다. 사회적, 대인관계적 기술적 차원에서 간호가 이루어지며 간호사는 자가간호의 제공자이며, 관리자이고, 환자의 자가간호 요구를 판단하고 결정하고 간호를 계획 한다.

② 부분보상 간호체계 : 환자자신의 활동과 함께 부분적으로 그들 행위를 지지해주는 간호활동이 제공된다.

③ 지지-교육적 간호체계 : 대부분 환자에 의해 자가간호가 이루어지고, 간호활동은 환자의 자가간호 역량을 발전시키고 조절하는 것을 돕는 수준이다.



<그림 1> Orem의 간호체계

2) 주요 가정

Orem의 이론에서 기본적으로 제시되고 있는 다섯가지 가정은 다음과 같다.

(1) 인간은 자연적인 인간재능에 맞추어 기능하고 생존하기 위해서, 자신과 자신의 환경에 계속적이며 신중한 투입을 요구한다.

(2) 신중하게 활동하는 힘인 인간의 능력은 요구를 규명하고 필요한 투입을 만드는데 있어서 자신과 타인을 간호하는 형태로 활성화된다.

(3) 성숙된 인간은 자신과 타인을 간호함에 있어 생명을 유지하고, 기능을 조절하는 투입활동을 제한하는 결핍을 경험한다.

(4) 인간역량은 자신과 타인의 요구를 파악하고 투입하는 방법을 발견, 발전, 전달시키는 것으로 발휘된다.

(5) 구조적 관계를 가진 인간집단은 자신과 타인에게 숙고된 투입을 필요로 하는 결핍을 경험하는 집단구성원에게 간호를 제공하기 위한 책임과 과업을 가진다.

3) 주요 개념

(1) 인간 : 대상과 상황에 의한 영향을 알고 평가할 수 있으며, 자기 결정적 행동과 심사숙고된 행동을 하고 능동적, 내재적 활동을 하는 존재임을 전제로 한다. 인간은 자가간호 성취를 위해 동기화된 존재이며, 자가간호요구와 자신의 능력간의 균형을 유지하도록 노력한다. 보편적, 발달적, 건강이탈적 자가간호요구를 갖고 계속적으로 자가간호를 할 수 있는 총체적 존재 (total being)로 개념화된다. 자가간호요구가 자가간호 역량보다 커지면 이들은 간호대상자로 정의된다.

(2) 환경 : 환경을 환경요인, 환경조건, 환경요소, 발달적 환경으로 언급했으며, 환경요인은 인간의 바깥이라고 설명했을 뿐 정의를 내리지는 않았다. 환경적 조건은 물리적, 정신-사회적 환경이라고 하였고, 위험요인이 존재하는 물리적 환경요소, 상호작용이 이루어지는 사회적 환경, 발달적 환경의 개념이 추론될 수 있다.

(3) 건강 : 신체적, 정신적, 대인관계적, 사회적 측면까지 포함하여 구조적 기능적으로 통합된 상

태라고 정의했다.

(4) 간호 : 개인이나 집단이 유지, 변화되도록 돕기 위해 간호사에 의해 이루어지는 숙고된 체계적, 목적지향적 활동이다. 간호실무는 사회적, 대인관계적, 기술적 측면으로 이루어지고, 간호 과정은 자가간호 역량과 결핍을 파악하고, 간호 체계의 결정과 도움활동의 방법을 선택한 후 해당간호를 제공하는 단계로 설명된다.

4. 병동의 운영관리시 Orem의 자가간호 모델 적용

첨단기술의 발달은 인간의 건강과 질병에도 많은 영향을 미쳤다. 공중위생과 보건, 면역과 항생제를 이용한 감염성 질병의 조절, 진단기구와 외과적 기술의 발달을 가져온 기술의 진보는 인구구조의 변화를 초래했으며, 특히 노인 인구층의 증가는 장애와 만성적인 상태를 가진 사람의 수를 증가시켰다.

우리나라에 있어서도 1950년 이후 사망원인의 주종을 이루었던 감염증, 소화기계 질환, 호흡기계 질환, 감기, 각기병등은 치료 및 진단술의 발달, 항생제를 포함한 의약품의 개발 그리고 생활여건의 호전으로 인해 감소하였으며, 1970년대부터는 뇌혈관계 질환, 악성신생물, 순환기계 질환이 중요 사망원인으로 등장하였고 현재는 만성 퇴행성 질환 및 사고로 인한 사망이 전체 사망의 75 %정도를 차지하고 있다.

장애가 있는 만성환자로 남음으로써 자신의 안녕과 건강유지를 위해 간호사에 의한 지도, 지지, 발달적인 환경제공, 교육을 통해 자가간호활동을 증가시키도록 해 줌이 필요하게 되었다. 병원에서는 만성환자가 장기간 병상을 점유하게 되어 의료비를 상승시키며, 한정된 간호인력의 효율적 사용을 저해하고 있다. 따라서, 양질의 간호와 비용절감이라는 측면에서 볼 때, 어떻게 보면 상반된 것으로 보여지는 두가지 목표를 동시에 추구하는 상황에서 환자가 필요로 하는 간호요구가 무엇이며, 현재의 자가간호 수행정도를 질병의 경중도, 활동의 범위, 치료 및 처치의 수

〈표 1〉 환자분류와 Orem의 간호체계

Orem의 간호체계	환자분류	맨체스타 병원	켄터키대학 의료원	워싱턴윌터리드 육군 병원	박정호(1989)
완전보상간호체계		중환자간호	위기간호 중환자간호	중환자간호	classⅣ (위독한 환자) classⅢ (중환자)
부분보상 간호체계		중등도 간호	일반적 간호	중등도 간호 최소한의 간호	classⅡ (중등도환자)
지지-교육적 간호체계		자가간호, 장기 가정, 외래간호	최소한의 간호	지지적 간호	classⅠ (경환자)

와 복잡성의 정도, 병원생활에서의 적응정도등의 요인으로 분류함으로써, 환자상태의 평가가 필요하게 되었다. 최근 간호인력 연구의 일환으로 미국 맨체스타 기념병원등에서 행해진 환자분류와 Orem의 간호체계와 비교해 보면 〈표 1〉과 같았다.

기존 병원의 병동운영관리는 다양한 군의 환자들이 동일한 병동에 있으면서 분류가 되었지만, 여기에서는 각 군의 환자에 따라 요구되는 시설과 인력의 숙련 정도가 다를 것이므로 환자의 분류와 더불어 장소 자체도 나눈다면 더욱더 양질의 적절한 간호와 인력 활용을 효율적으로 할 수 있을 것이다. 즉, 동일한 병동내에는 간호요구량에 있어서 비교적 동질인 환자를 배치함으로써 어떠한 병동내에서도 업무량의 변동을 극소화시키는 것이다. 한 병동내에서 업무량이 아주 크다고 가정할 때, 대개는 중간 정도의 기준으로 인력이 산정되므로, 완전보상체계를 요하는 환자에게 모든 간호 인력이 투입되므로서 부분 보상과 지지-교육적 간호체계를 요하는 환자에게는 간호제공이 줄어들게 됨으로써 선의의 피해자가 되는 것이다.

동질 그룹으로 병동을 운영하는 경우 간호인력 산정도 달리 하여야 하며, 1992년 임상간호사회에서 추천하는 간호 인력을 기준으로 하여 배치하면 완전 보상간호체계를 요하는 병동에서는 직접간호 시간의 양이 많아질 것이며, 지지-교육적 간호체계 그룹에서는 자가간호활동을 하기 위한 교육적 요구와 일상생활에 필요한 요구등을 해결해 주기 위한 program개발이 필요할 것이다.

이렇게 병동을 운영할 경우 생각할 수 있는 문제는 누가 육체적으로 업무량이 많은 완전 보상

간호체계 병동에서 일하기를 원하겠는가이다. 간호인력 배정시 본인이 희망하는 부서를 고려함과 더불어 간호숙련도, 간호에 대한 열의, 교육적 자질과 능력에 대한 정확한 평가가 요구되며, 간호사의 업무량 과다에 따른 외적인 배려 (경제적 보상, 인사고가, 해외연수 특혜, 연중 휴가날짜의 차등화 등)가 적극 지원되어야 할 것이다.

또한 치료적 자가간호요구가 감소되고 자가간호 수행능력이 상승한 환자에 대해서는 적절한 monitor system을 도입하여 가정간호의 수혜대상자로의 전환도 필요하며, 그러므로서 의료비 상승을 막을 수 있고 병원의 병상가동율을 높일 수 있으며, 자신의 건강을 회복, 유지, 증진시키는데 적극 참여할 수 있으므로서 환자 자신의 자아 성취를 실현시킬 수 있다.

다양한 환자의 요구에 부응하며 자가간호 역량과 결핍을 파악하여 적절한 간호를 제공하기 위해서 간호의 전문화는 필연적인 추세이며, 건강에 대한 관심과 자신의 건강을 유지, 증진코자 하는 대상자의 시대적인 상황과 요구에 비추어 간호전문직의 생존과 발전을 위해 임상실무에서의 high technology와 intensive skill이 필요하며, 가정간호, 노인간호, 재활간호와 같은 전문간호영역의 확대와 Orem의 자가간호모델의 접목이 활성화되어 간호의 독자성을 확대시킬 수 있을 것으로 보여진다.

Ⅲ. 결 론

Orem의 자가간호모델은 체계이론, 발달이론, 상

호작용이론 및 인간주의적 이론에 근거를 두고 있으며 간호의 주요 개념인 인간, 환경, 건강, 간호에 대하여 설명하고 있다. Orem의 이론은 일반적 이론으로 포괄적 개념들로 적용될 수 있고 많은 연구에 유용하게 사용되어 왔으며, 간호대상자의 특성에 따라 적절한 자가간호 형태를 파악할 수 있고, 효과적 간호중재 방안을 모색하게 한다.

환자의 건강이탈적 자가간호 요구 수준과 자가간호 역량을 사정하여 완전보상 간호체계, 부분보상 간호체계, 지지-교육적 간호체계로 제공될 수 있으며, 기존의 다양한 환자군에 의한 병동관리를 Orem의 간호체계에 따른 환자분류를 이용하여 동일한 병동내에 간호 요구량에 있어 비교적 동질적인 환자를 배치함으로써 적절한 helping services를 제공할 수 있으며, 비용효율면에서도 간호인력 관리를 할 수 있을 것으로 생각된다.

또한 건강관리 전달제도에서 수용될 수 있는 효과적이고, 수용가능한 자가간호의 전략 및 효과성에 관한 연구와 이를 어떻게 간호사의 독자적 역할로 확립시켜 나갈 것인가도 탐구되어야 할 것이다. 대부분의 간호연구가 간호실무와는 거리가 있으며, 일파성을 가지고 있어 실무와의 적용에 어려움이 있는 것에 비해 Orem의 자가간호 모델은 간호실무에 적용이 가능한 이론으로 생각되어진다.

참 고 문 헌

김수지(1985). 간호이론, 서울, 수문사
 김의숙(1980). 간호이론의 발달과 활용, 간호학회지 10(1) 5-7
 김조자·조원정·최해선(1993). 일 종합병원에서의 가정간호수가 체계방안을 위한 일 연구, 대한간호 32(1), 66-76
 박정호·박광옥·이병숙(1993). 간호생산성 개념틀 개발에 관한 연구, 대한간호 32(1) 47-59
 박정호(1975). 종합병원에 있어서 간호의존도에 의한 간호인력 수요측정에 관한 연구, 서울의대잡지 16(4) 261-271
 변영순(1983). 기초간호학 교과과정의 방향, 간

호학회지 13(1) 95-98
 변영순(1987). 기본간호학에서의 자가간호 접근의 활용 방안, 대한간호 26(5) 21-24
 오가실(1988). 간호이론 ; 특수층에 국한된 것인가? 간호사 모두의 현실 인가? 대한간호 27(4) 47-53
 하영수(1990). 간호과학개론, 서울, 신광출판사
 홍여신(1992). 간호연구방법론, 서울, 대한간호협회
 홍여신(1993). 대한간호협회창립 70주년 기념 학술대회 초록집
 임상간호사회(1992). 환자분류제도에 기초한 적정 간호인력 산정 대한간호 31(3) 88-103
 Ann Marriner-Tomey(1989). Nursing Theorists and Their Work, The C. V. Mosby Co. 2nd. 118-132
 Barofsky, Ivan(1978). Compliance, adherence and the therapeutic alliance : Steps in the development of self-care, Social Science and Medicine, Vol.12
 Dean, kathryn(1981). Self-care responses to illness : a selected review, Social Science and Medicine, Vol 15
 Fawcett, J(1984). Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing, Davis Co, 175-210
 Levin, Lowell(1981). Self-care ; towards fundamental changes in national Strategies, International Journal of Health Education, Vol. X X IV, No4
 Levy, L. H(1976). Self-help groups ; types and psychological process, Journal of applied behavioral science, 12
 Meleis, A. I(1985). Theoretical Nursing ; Development and Progress, Philadelphia, J. B. Lippincott Co.
 Neuman, M. A(1972). Nursing's theoretical evolution. Nursing Outlook, 20, 449-453
 Orem D. E(1985). Nursing ; Concepts of Practice, 3rd ed. McGraw-Hill Book Co.