



## 정신분열병 환자의 간호진단 분석

김소야자<sup>1)</sup> · 김선아<sup>1)</sup> · 남경아<sup>2)</sup> · 이현화<sup>3)</sup> · 김현례<sup>3)</sup>

### 서 론

#### 연구의 필요성

간호진단은 실제적 또는 위협한 건강문제와 생의 과정에 대한 개인, 가족, 지역사회의 반응에 대한 임상적 판단으로 (NANDA, 1999), 간호전문직으로서의 과학적 지식체를 구성하는데 크게 이바지 해왔다. 우리나라의 경우 1980년부터 간호진단과 관련된 연구가 이루어져 왔으며, 간호진단을 적용한 간호과정을 간호교육과정에서 중요한 개념으로 다루어왔고, 임상실무에서도 이의 적용을 위해 많은 노력을 해오고 있다 (Choi 등, 1997). 그러나 간호진단의 정착과 발전을 위한 다양한 노력에도 불구하고, Kim(1995)의 연구에서는 전국 15개 간호학과 학생이 실습하는 18개 병원 중 간호진단을 적용하는 곳이 2곳, 부분적으로 적용하는 곳이 9곳, 전혀 적용을 하지 않는 곳이 7곳이라고 보고하였는데, 이는 현재 우리나라의 경우 간호진단의 활용정도가 그다지 높지 않다는 것을 의미한다고 볼 수 있다.

이와 같이 간호진단이 제대로 활용되지 못하고 있는 실정에 대해서 Lee, Choi, Kim, Park, H. A., Park, H. K.(1998)는 우리나라의 독특한 현실이나 문화적 상황을 배경으로 한 간호요구나 우리의 간호수준 및 의료전달체계 등이 고려된 간호진단과 분류방법에 대한 연구가 없이 미국의 간호진단을 그대로 사용함으로써 병원 내에서도 일치를 이루지 못하고 있는 점을 지적하였으며, Kim(1995)은 현장에서 간호진단

이 제대로 활용되지 못하는 이유로 간호진단적용에 따른 인력부족, 업무량 과다, 기록양식미비 등의 행정적 문제와 함께, 간호진단의 용어가 너무 광범위하거나 모호하여 실제로 간호진단만으로는 환자의 건강문제를 전부 파악하여 간호지시의 초점을 맞추기 어렵다는 진단 자체의 한계와, 간호진단의 타당도가 검증되지 않은 채 사용되는 것 등이 문제점임을 지적하였다. Choi 등(1996)은 간호진단 자체가 가진 문제, 즉 용어 통일, 표준화와 용어정의 합의문제 등이 간호교육을 안내하는 교과서에서조차 일치가 되지 않아 결과적으로는 간호진단이 어렵다는 인식과 간호진단에 필요성에 대한 의심을 가지게 한다고 지적하면서, 간호진단이 임상이나 교육현장에서 적용되지 못하고 있는 이유 중 가장 근본적인 이유가 간호진단 용어의 통일이 부족하기 때문이라고 강조하였다.

정신질환자들이 나타내는 간호문제들은 매우 다양하며 복합적인 원인으로 발생하기도 한다. 또한, 과거의 생활 사건이 현재의 환자 행동에 광범위하게 영향을 미칠 수도 있다(Stuart & Sundeen, 1987). 정신질환자의 건강문제는 종종 애매하고 포괄적인데, 대부분의 생리적 장애에 비해 명백하거나 가시적이지 않기 때문에 정신질환자의 증상이나 반응을 명확하게 묘사하기가 쉽지 않다. 더욱이 정신분열병과 같은 심각한 정신질환의 경우 환자는 심하게 위축되어 있고, 현실과의 접촉이 상실되어 있기 때문에 자신의 문제를 명확하게 진술하거나 문제해결 과정에 참여하는 능력 또한 제한되어 있을 수 있다(Ko, 1995). 이러한 정신질환의 질병적 특성과 정신간호와 관련된 용어 자체의 추상성이 정신간호에 있어 간호과정

주요어 : 간호진단, 정신분열병

- 1) 연세대학교 간호대학 교수, 간호정책연구소 연구원
- 2) Postdoctoral Fellowship Program, College of Nursing, the University of North Carolina at Chapel Hill
- 3) 연세대학교 간호대학 정신간호학 교실 조교

적용을 더욱 어렵게 한다. 한 예로 ‘자아에 대한 위협의 증가’, ‘자기내면으로의 철회’, ‘충족되지 못한 의존욕구’ 등과 같이 한 가지 간호문제에 대한 관련요인들은 실제로 나타나는 현상을 구분하거나 중재활동을 적용하기에는 추상성 정도가 너무 높다. 이러한 이유들로 인하여 정신질환자를 대상으로 하는 정신간호 실습시 간호대 학생들이 많은 혼란을 경험하고 있으며 임상현장의 간호사들도 간호진단에 대해 가지게 되는 모호성과 어려움은 매우 크다.

이러한 어려움은 정신간호 영역에서의 간호진단에 대한 연구를 제한시키는 결과를 가져와 정신질환자를 대상으로 국내에서 간호과정을 적용한 연구는 정신분열병 환자의 간호진단을 분석한 Ko(1995)의 연구, 국외의 경우 정신질환자를 대상으로 간호과정을 연관시킨 Schmidt(1981)의 연구, 정신질환자의 의학적단명과 간호진단을 연관시킨 Malone(1991)의 연구 등 극소수의 연구만이 이루어져 왔다. 따라서 본 연구에서는 NANDA(2000)의 간호진단이 정신질환자의 문제를 서술하는데 있어 적절한가와 Choi 등(1997)의 간호진단 한글표준화 작업에서 나타난 간호진단의 용어가 적절한가에 대해 파악하기 위하여 간호대학 학생의 실습 사례보고서에서 나타난 정신분열병 환자의 간호진단을 분석하고자 한다. 본 연구의 결과는 우리나라의 실정에 맞는 정신간호 영역에서의 간호진단을 정련화하고 개발하고자 하는 것이며, 이는 간호학생 뿐만 아니라 정신간호학 영역의 임상 간호사들이 정신간호과정을 효율적으로 적용하는데 있어 활용할 수 있는 지침을 개발하는데 기초자료로 제공될 것이다.

## 문헌 고찰

간호진단의 확인은 간호목표를 규정하고 간호계획을 수립할 수 있도록 돕는 것으로(Chambers, 1998), 간호진단이라는 용어는 전문직 간호사의 기능을 논한 McManus에 의해 1950년에 처음 사용된 이후, 전문직 간호업무의 독특한 한 부분으로 규정되었다(Pokorny, 1985). NANDA(1997)에 의하면 간호진단이란 “실제적이거나 잠재적인 건강문제/삶의 과정에 대한 개인, 가족, 지역사회에 대한 임상적 판단”이라고 정의되고 있다. Fuller와 Schaller-Ayers의 연구(Bond & Urlick, 1999에 인용됨)에서는 간호진단을 위한 사고는 전문적 지식과 기술, 판단을 사용하여 자료를 분석하는 과정이라고 하였다. 따라서, 간호진단은 간호 지식체의 기초이며 간호가 이바지하는 것이 무엇임을 보여줄 수 있고, 간호의 책임한계를 명확히 하여 독립적 영역으로서의 간호자율성을 확보하게 한다. 또한 환자에 대한 정보를 조직화하는 방법을 제공하고 의학과라다 임과 간호를 구분 짓게 한다(Kim, C. J., Han, & Kim, G. Y. 1996).

미국의 경우 간호진단 영역에서 연구가 진행된 지 약 30년이 되었는데, Whitley(1999)는 간호진단의 역사가 짧기 때문에 반복연구와 비교연구가 중요하다고 하였으며, 또한 간호진단의 발전을 위해 앞으로 간호진단을 구성하는 개념에 대한 분석, 전문가 타당도 검증, 임상타당도 검증, 도구 개발 등의 연구가 다양하게 이루어져야 한다고 주장하였다.

국내에서 이루어진 간호진단과 관련된 연구는 대체로 1980년대부터 시작되었는데, 연구의 주요 영역을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 먼저 1980년대에 이루어진 간호진단 관련 연구는 임상사례를 대상으로 한 간호진단사례연구(Doh, 1987), 간호사의 만족도, 환자의 만족도, 간호기록 등으로 간호진단의 임상적용 효과를 측정한 연구(Rhee 등, 1989), 간호진단 사용 현황과 간호진단 분류체계 및 간호영역별 간호진단 분석에 관한 연구(Park & Lee, 1989) 등으로 나타났다.

1990년대부터 현재까지의 간호진단 관련 연구의 경향은 간호업무 전산화를 위한 표준화된 간호계획의 개발에 관한 연구(Kim 등, 1990), 임상사례에서 나타난 간호진단 분석 및 분류 연구(Ko, 1995), 간호진단과 간호중재 연계에 관한 연구(Suh, Lee & Chun, 1995), 간호영역 별 간호진단 사용현황 및 간호진단 임상적용시 문제점에 관한 연구(Choi, Lee, Kim, H. S., Kim, S. S., & Park, 1996), 간호진단 한글표준화와 관련된 연구(Choi 등, 1996), 간호진단의 관련요인 및 특성의 타당도 연구(Choi 등, 1997) 등이 이루어졌다. 80년대의 간호진단 관련연구들이 간호진단자체에 초점을 둔 반면 최근의 연구들은 표준화된 간호진단 및 간호중재의 개발을 위한 연구와 한국 상황에 적절한 간호진단의 명명을 위한 연구들이 주류를 이루고 있는 것으로 나타났다.

## 연구 방법

### 연구대상 및 자료수집방법

본 연구의 대상은 1999년 9월부터 2001년 6월까지 서울시 일 대학교 간호대학 3, 4학년 학생들이 제출한 정신간호학 실습사례보고서 163개로부터 나온 489개의 간호진단이었다.

사례보고서를 제출한 학년 학생들의 간호과정과 정신간호 이론 및 실습 교과목 이수 과정을 살펴보면, 2학년 1학기 전공과목에서 8시간에 걸쳐 ‘간호과정’에 대한 내용의 수업을 이수하였다. 또한 3학년 1학기에 청소년 간호학 이론 및 실습 과목을 각각 2학점, 1학점씩 이수하였으며, 3학년 2학기에는 정신간호학(이론) 2학점과 정신간호학 실습(I) 1학점을 이수하게 되고, 4학년 때 정신간호학 실습(II) 2학점을 이수하였다. 3, 4학년 학생들은 모두 실습 후 실습사례보고서를 제출해야 하는데, 이 최종 사례보고서를 제출하기 전 실습지도자

에게 중간사례보고서를 제출하고 피드백을 받았으며, 간호과정을 적용하는 과정에서는 정신간호학 관련 교과서 및 간호진단관련 참고서적을 토대로 세미나 형식의 토론수업이 이루어졌다. 단 교과서나 간호진단 관련서적에서 나타나지 않는 간호진단이 있는 경우 간호과정에 사용되는 용어는 문헌상의 용어를 기초로 하여 가능한 한 구체적인 것으로 사용하였다.

### 자료수집 기간 및 분석방법

자료수집기간은 1999년 9월부터 2001년 6월까지 걸쳐 이루어졌으며, 수집된 자료에 대해서는 다음과 같은 절차를 통하여 분석하였다.

- 사례보고서에 나타난 정신분열병 환자의 일반적 특성을 실수와 백분율로 분석하였다.
- 수집된 사례보고서에서 간호진단과 특성 및 관련요인을 모두 목록화하였다.
- 목록화된 간호진단의 사용빈도를 실수와 백분율로 분석하고, NANDA의 간호진단분류체계Ⅱ(taxonomyⅡ)(Choi, Lee, Park, S. J. & Park, M. J., 2003)에 따라 사용빈도 수를 분석하였는데, 이 13가지 영역은 건강증진 Health Promotion, 영양 Nutrition, 배설 Elimination, 활동/휴식 Activity/Rest, 지각/인지 Perception/Cognition, 자아지각 Self-Perception, 역할관계 Role Relationships, 성 Sexuality, 대응/스트레스 내성 Coping/Stress Tolerance, 삶의 원칙 Life Principles, 안전/보호 Safety/Protection, 안위 Comfort, 성장/발달 Growth/Development 이다.

## 연구 결과

본 연구는 정신분열병 환자 대상의 실습 사례보고서 163개로부터 나타난 489개의 간호진단을 NANDA(2000)의 '간호진단분류체계Ⅱ(taxonomyⅡ)'에 따라 분석하고, 각 간호진단의 사용빈도를 조사하였다.

본 연구에서 분석한 사례보고서에서 보고된 정신분열병 대상자들의 일반적인 특성은 <Table 1>와 같다. 대상자들의 성별을 살펴보면 남성이 81명으로 49.7%, 여성이 82명으로 50.3%를 각각 차지하고 있었다. 표본의 평균연령은 32.5세이고 표준편차는 9.13세이다. 정신분열병의 아형(subtype)을 살펴보면, 편집형이 96사례로 전체의 58.9%를 차지했고, 미분류형이 16사례로 9.8%, 잔류형이 6사례로 3.7%, 해체형이 3사례로 1.8%로 나타났다. 사례보고서 상에 정신분열병의 유형이 언급되지 않은 사례는 35개로 21.5%를 차지했다. 정신분열병으로 진단 받은 후의 유병 기간은 평균 8.36년, 표준편차 6.23년으로 나타났다. 또한 정신과 폐쇄병동에서 입원치료 받고

<Table 1> Sample demographics (N=163)

Variables	n(%)	Mean±SD
Gender	male	81(49.7)
	female	82(50.3)
Age(yrs)		32.50±9.13
Subtype	paranoid	96(58.9)
	undifferentiated	16( 9.8)
	residual	6( 3.7)
	disorganized	3( 1.8)
	chronic	2( 1.2)
	Schizophreniform disorder	2( 1.2)
	Schizoaffective disorder	3( 1.8)
not mentioned	35(21.5)	
Duration of illness(yrs)		8.36±6.23
Type of treatment	hospitalization	98(60.1)
	community mental health center	65(39.9)

<Table 2> Nursing Diagnoses in Schizophrenic Patients (N=489)

Nursing diagnoses	n	%
Impaired social interaction	89	18.2
Disturbed self-esteem	56	11.5
Ineffective coping	28	5.7
Impaired verbal communication	27	5.5
Social isolation	26	5.3
Risk for self-directed or other-directed violence	25	5.1
Anxiety	24	4.9
Noncompliance	23	4.7
Self-care deficit (specify : bathing/hygiene, dressing/grooming)	22	4.5
Disturbed sensory perception (specify : visual, auditory, kinesthetic, gustatory, tactile, olfactory)	22	4.5
Disturbed thought process	21	4.3
Disabled family coping	17	3.5
Disturbed sleep pattern	15	3.1

있었던 경우가 98사례로 60.1%, 지역사회정신보건센터의 회원인 경우가 65사례로 39.9%를 차지하고 있었다.

본 연구의 대상인 전체 489개의 간호진단들을 빈도순으로 분석한 결과는 <Table 2>과 같다. 가장 높은 빈도로 나타난 간호진단은 '사회적응장애'로 89회(18.2%) 사용되었고, 다음으로 '자긍심 저하'가 56회(11.5%), '비효율적 대응'이 28회(5.7%), '언어소통 장애'가 27회(5.5%), '사회적 고립'이 26회(5.3%) 등으로 나타났다.

NANDA(2000)의 '간호진단분류체계Ⅱ(taxonomyⅡ)'에 따라 간호대학 학생들의 실습사례보고서에서 간호진단들을 분석한 결과는 <Table 3>과 같다. 가장 높은 빈도로 나타난 인간반응 양상은 'Role Relationships'로 95회(19.4%)였으며, 다음으로

<Table 3> Nursing diagnoses in Schizophrenic Patients by 'Classification of nursing diagnoses by taxonomy II' (N=489)

Nursing diagnoses	n	%
Role Relationships	95	19.4
Impaired social interaction	89	18.2
Ineffective role performance	3	0.6
Parental role conflict	3	0.6
Coping/Stress Tolerance	77	15.7
Ineffective coping	28	5.7
Anxiety	24	4.9
Disabled family coping	17	3.5
Defensive coping	6	1.2
Dysfunctional grieving	1	0.2
Fear	1	0.2
Perception/Cognition	74	15.1
Impaired verbal communication	27	5.5
Disturbed sensory perception	22	4.5
Disturbed thought processes	21	4.3
Deficient knowledge	4	0.8
Self-Perception	67	13.7
Disturbed self-esteem	56	11.5
Powerlessness	9	1.8
Disturbed body image	1	0.2
Holplessness	1	0.2
Activity/Rest	43	8.8
Self-care deficit (specify : bathing/hygiene, dressing/grooming)	22	4.5
Disturbed sleep pattern	15	3.1
Activity intolerance	2	0.4
Deficient diversional activity	2	0.4
Fatigue	2	0.4
Safety/Protection	35	7.2
Risk for self-directed or other-directed violence	25	5.1
Risk for self-mutilation	8	1.6
Risk for injury	2	0.4
Comfort	26	5.3
Social isolation	26	5.3
Life Principles	25	5.1
Noncompliance	23	4.7
Decisional conflict	1	0.2
Spiritual distress	1	0.2
Nutrition	9	1.8
Imbalanced nutrition: more than body requirement	6	1.2
Imbalanced nutrition: less than body requirement	2	0.4
Excess fluid volume	1	0.2
Health Promotion	7	1.4
Ineffective therapeutic regimen management	7	1.4
Elimination	5	1.0
Constipation	5	1.0
Growth/Development	1	0.2
Delayed growth and development	1	0.2

'Coping/Stress Tolerance'가 77회(15.7%), 'Perception/Cognition'이 74회(15.1%), 'Self-Perception'이 67회(13.7%), 'Activity/Rest'가 43회(8.8%), 'Safety/Protection'이 35회(7.2%), 'Comfort'가 26

회(5.3%), 'Life Principles'가 25회(5.1%), 'Nutrition'이 9회(1.8%), 'Health Promotion'이 7회(1.4%), 'Elimination'이 5회(1.0%), 'Growth/Development'가 1회(0.2%)로 나타났다. 'Sexuality' 영역에 해당되는 간호진단은 나타나지 않았다.

사례보고서에 나타난 간호진단 중 3학년과 4학년 학생들의 사례보고서에서 각각 나타난 간호진단의 빈도분석 결과는 <Table 4>, <Table 5>와 같다. <Table 4>에서 보는 바와 같이 3학년 학생들의 사례보고서를 분석한 결과에서 가장 높은 빈도수의 간호진단은 '사회적응장애'(20.5%)이었으며, 다음으로 '자극심 저하'(15.4%), '폭력 위험성'(7.7%) 등의 순이었다. NANDA의(2000) 간호진단목록에 포함되는 간호진단은 총 28개였다.

4학년 학생의 사례보고서 분석의 결과는 <Table 5>와 같으며, 가장 높은 빈도수로 나타난 간호진단은 역시 '사회적응장애'(16.1%)였으며, 다음으로 '자극심 저하'(7.8%), '사회적 고립'(7.1%)의 순으로 나타났다. 4학년의 경우 사용된 간호진단 중 NANDA(2000) 목록에 포함되는 간호진단은 32개이었다. 4학년의 경우 3학년의 간호진단 분석결과에 비해 비교적 NANDA의(2000) 진단목록에 해당되는 간호진단이 더 많은 것으로 나타났다. NANDA(2000) 목록에 포함된 간호진단인 경우에도 진단을 구성하는 용어는 동일하지 않았으며, 다양하게 사용된 진단적 용어는 <Table 4, 5>에 나타난 바와 같다.

3학년 학생들의 사례보고서의 경우 다양한 용어로 표현된 간호진단은 '사회적응장애'와 '비효율적 대응'으로서 구체적으로 '사회적응장애'인 경우는 『사회적 상호작용 장애; 사회적 부적응; 사회 적응 장애; 의존적 대인관계; 비효율적 대인관계』의 5개 간호진단으로 나타났다. '비효율적 대응'의 경우에는 『개인의 비효과적인 대처; 비효율적 개인대처; 개인의 비효율적 대처; 스트레스 대처능력 저하』의 4가지 진단적 용어로 표현되었다.

4학년 학생들의 사례보고서의 경우 '비효율적 대응'과 '가족 대응 불능', '비효과적 치료법 관리'의 간호진단들이 다양한 용어로 표현되었는데 먼저 '비효율적 대응'의 경우 『부적절한 대처; 비효율적인 개인 대처; 개인의 비효율적 대처/대응; 개인의 비효과적 대처; 비효율적 방어적 기전; 스트레스 대처능력 저하』의 6가지 용어로 표현되었다. '가족대응 불능'의 간호진단 경우는 모두 4가지 용어로 표현되었는데, 『가족과정의 변화; 부적절한 가족대응; 비효율적 가족 대처; 부적절한 건강추구행위(가족)』이 그것이다. '비효과적 치료법 관리'의 경우에도 『부적절한 건강행위 추구; 재발의 위험성; 치료요법의 비효율적 이행; 치료적 지시의 비효율적 이행』의 4가지 진단적 용어로 표현되었다. 3학년 학생들의 사례보고서와 4학년 학생들의 사례보고서에서 모두 다양한 진단적 용어로 사용된 간호진단은 '비효율적 대응'이었다.

&lt;Table 4&gt; Nursing Diagnoses in Schizophrenic Patients in 3rd grade students (n=234)

Nursing diagnoses	n	%
Impaired social interaction, 사회적 상호작용 장애; 사회적 부적응; 사회적응장애; 의존적 대인관계; 비효율적 대인관계	48	20.5
Disturbed self-esteem 자긍심 저하; 자아개념의 혼란; 자존감 저하	36	15.4
Risk for self-directed or other-directed violence 잠재적 폭행; 잠재적 폭력의 위험성(가능성); 폭력의 위험성	18	7.7
Impaired verbal communication 언어적 의사소통 장애; 의사소통 장애	17	7.3
Ineffective coping 개인의 비효율적인 대처; 비효율적 개인대처; 개인의 비효율적 대처; 스트레스 대처능력 저하	13	5.6
Disabled family coping 비효율적인 가족기능; 비효율적인 가족대처; 가족기능 변화	11	4.7
Anxiety 불안	9	3.8
Social isolation 사회적 고립; 사회적 고립 가능성	8	3.4
Disturbed sensory perception(specify : visual, auditory, kinesthetic, gustatory, tactile, olfactory) 감각-지각 장애	7	3.0
Disturbed sleep pattern 수면장애	7	3.0
Self-care deficit (specify : bathing/hygiene, dressing/grooming) 일상생활 수행 능력의 저하; 자가간호결핍(부족)	7	3.0
Noncompliance 약물 복용의 불이행; 약물 복용의 불이행의 가능성; 치료불이행 가능성; 치료적 동기 부재	6	2.6
Powerlessness 무력감; 무조감; 무기력	6	2.6
Disturbed thought process 사고과정의 변화(장애)	4	1.7
Ineffective therapeutic regimen management 치료적 지시의 비효율적 이행; 치료요법의 비효율적 이행	3	1.3

## the others

Constipation(2), Deficient diversional activity(2), Deficient knowledge(2), Fatigue(2), Imbalanced nutrition: more than body requirements(2), Ineffective role performance(2), Activity intolerance(1), Caregiver role strain(1), Decisional conflict(1), Defensive Coping(1), Disturbed body image(1), Risk for injury(1), Spiritual distress(1)

( ) : n

학생들의 사례보고서에 나타난 간호진단 중 정신분열병 환자의 병원 입원과 지역사회 정신보건센터 입소 상태에 따라 각각 나타난 간호진단의 빈도분석 결과는 <Table 6>, <Table 7>와 같다. <Table 6>에서 보는 바와 같이, 병원에 입원한 정신분열병 대상자에 대한 간호진단 중 가장 높은 빈도수의 간호진단은 ‘사회적응장애’(16.7%)이었고, 그 다음으로 ‘자긍심 저하’가 전체의 7.1%를 차지했으며, ‘비효율적 대응’과 ‘사고과정 장애’ 및 ‘사회적 고립’이 각각 전체의 6.8%로 나타났다. 지역사회 정신보건센터에 있는 정신분열병 대상자에 대한 간호진단 분석결과는 <Table 7>에 나타나 있는데, 이 그룹에서도 가장 높은 빈도수의 간호진단은 ‘사회적응장애’(20.5%)이었다. 그 다음으로는 ‘자긍심 저하’(17.9%), ‘폭력 위험성’(8.2%), ‘언어소통 장애’(6.7%) 등의 순서로 나타났다. 병원에 입원한 정신분열병 환자와 지역사회 정신보건센터에 있

는 환자들의 경우 모두 ‘사회적응장애’가 가장 높은 빈도의 간호진단으로 나타나고 있었으며, 병원의 환자들에게 적용되는 간호진단 종류가 33가지로 지역사회 대상자들에 대한 27가지 간호진단 종류보다 더 다양하게 나타나고 있었다. 또한 병원에 입원한 정신분열병 환자들에 대해 사용된 간호진단들이 더 고른 비율로 분포되어 있었고 지역사회의 대상자들 경우 ‘사회적응장애’와 ‘자긍심 저하’의 진단이 다른 간호진단에 비해 차별화된 높은 비율을 보였다.

## 논 의

본 연구에서는 정신간호학 실습시간에 정신분열병 환자를 대상으로 실습을 경험한 간호대학 3, 4학년 학생들의 163개 사례보고서를 중심으로 전체 489개의 정신분열병 환자에 대

<Table 5> Nursing Diagnoses in Schizophrenic Patients in 4th grade students (n=255)

Nursing diagnoses	n	%
Impaired social interaction 사회적 상호작용 장애; 사회적 상호작용의 결여; 사회적응장애	41	16.1
Disturbance self-esteem 자존감 저하	20	7.8
Social isolation 사회적 고립; 사회적 고립 가능성	18	7.1
Disturbed thought process 망상; 사고과정장애	17	6.7
Noncompliance 치료 불이행 가능성; 약물복용의 불이행; 약물복용의 불이행 가능성	17	6.7
Anxiety 불안	15	5.9
Disturbed sensory perception(specify : visual, auditory, kinesthetic, gustatory, tactile, olfactory) 감각-지각 장애	15	5.9
Ineffective coping 부적절한 대처; 비효율적 개인 대처; 개인의 비효율적 대처/대응; 개인의 비효과적 대처; 비효율적 방어적 기전; 스트레스 대처능력 저하	15	5.9
Self-care deficit (specify : bathing/hygiene, dressing/grooming) 일상생활 수행장애; 자가간호 결핍(부족)	15	5.9
Impaired verbal communication 언어적 의사소통 장애; 의사소통 장애	10	3.9
Disturbed sleep pattern 수면장애	8	3.1
Risk for self-mutilation 자해 가능성	8	3.1
Risk for self-directed or other-directed violence 잠재적 폭력 가능성; 잠재적 폭행; 폭행의 위험성	7	2.7
Ineffective therapeutic regimen management 부적절한 건강행위 추구; 재발의 위험성; 치료요법의 비효율적 이행; 치료적 지시의 비효율적 이행	6	2.4
Defensive coping 방어적 대응	5	2.0
Disabled family coping 가족과정의 변화; 부적절한 가족대응; 비효율적 가족 대처; 부적절한 건강추구행위 (가족)	5	2.0
Imbalanced nutrition: more than body requirements 영양과다	4	1.6
Constipation 변비	3	1.2
Powerlessness 무력감	3	1.2

the others

Deficient knowledge(2), Imbalanced nutrition: less than body requirements(2), Parental role conflict(2), Activity intolerance(1), Delayed growth and development(1), Dysfunctional grieving(1), Excess fluid volume(1), Hopelessness(1), Ineffective role performance(1), Risk for activity intolerance(1), Risk for impaired parenting(1), Risk for injury(1), Risk for loneliness(1)

( ) : n

<Table 6> Nursing Diagnoses of Hospitalized Schizophrenic Patients (n=294)

Nursing diagnoses	n	%
Impaired social interaction 사회적 상호작용 장애; 사회적 상호작용의 결여; 사회 적응 장애	49	16.7
Disturbed self-esteem 자긍심 저하; 자존감 저하	21	7.1
Ineffective coping 개인의 비효과적인 대처; 비효율적 개인대처; 개인의 비효율적 대처; 스트레스 대처능력 저하	20	6.8

&lt;Table 6&gt; Nursing Diagnoses of Hospitalized Schizophrenic Patients(continued)

(n=294)

Nursing diagnoses	n	%
Disturbed thought process 사고과정의 변화(장애); 망상	20	6.8
Social isolation 사회적 고립; 사회적 고립 가능성	20	6.8
Disturbed sensory perception(specify : visual, auditory, kinesthetic, gustatory, tactile, olfactory) 감각-지각 장애	18	6.1
Anxiety 불안	17	5.8
Noncompliance 약물 복용의 불이행; 약물 복용의 불이행의 가능성; 치료불이행 가능성	17	7.1
Self-care deficit (specify : bathing/hygiene, dressing/grooming) 일상생활 수행 능력의 저하; 자가간호결핍(부족)	16	5.4
Impaired verbal communication 언어적 의사소통 장애; 의사소통 장애	14	4.8
Sleep pattern disturbance 수면장애	10	3.4
Risk for self-directed or other-directed violence 잠재적 폭행; 잠재적 폭력의 위험성(가능성); 폭력의 위험성	9	3.1
Risk for self-mutilation 자해 가능성	8	2.7
Disabled family coping 가족기능 변화; 비효율적인 가족기능; 비효율적인 가족대처	7	2.4
Ineffective therapeutic regimen management 부적절한 건강행위 추구; 재발의 위험성; 치료적 지시의 비효율적 이행; 치료요법의 비효율적 이행	6	2.0
Defensive coping 방어적 대응	5	1.7
Imbalanced nutrition: more than body requirements 영양과다	4	1.4
Powerlessness 무력감; 무기력	4	1.4
Constipation 변비	3	1.0

the others

Activity intolerance(2), Deficient knowledge(2), Imbalanced nutrition: less than body requirements(2), Parental role conflict(2), Disturbed body image(1), Dysfunctional grieving(1), Delayed growth and development(1), Excess fluid volume(1), Hopelessness(1), Ineffective role performance(1), Risk for activity intolerance(1), Risk for impaired parenting(1), Risk for injury(1), Risk for loneliness(1)

( ) : n

&lt;Table 7&gt; Nursing Diagnoses in Schizophrenic Patients in Community

(n=195)

Nursing diagnoses	n	%
Impaired social interaction 사회적 상호작용장애; 사회 적응 장애; 사회적 부적응; 의존적 대인관계; 비효율적 대인관계	40	20.5
Disturbed self-esteem 자존감 저하; 자긍심 저하; 자아개념의 혼란	35	17.9
Risk for self-directed or other-directed violence 잠재적 폭력 가능성; 잠재적 폭행; 폭행의 위험성	16	8.2
Impaired verbal communication 언어적 의사소통 장애; 의사소통 장애	13	6.7
Disabled family coping 비효율적 가족 대처; 비효율적인 가족기능; 가족기능 변화	9	4.6
Ineffective coping 비효율적 개인 대처; 개인의 비효율적 대처/대응; 개인의 비효과적 대처; 스트레스 대처능력 저하	8	4.1
Anxiety 불안	7	3.6

<Table 7> Nursing Diagnoses in Schizophrenic Patients in Community(continued)

(n=195)

Nursing diagnoses	n	%
Noncompliance		
치료 불이행 가능성; 치료적 동기부재; 약물복용에 대한 불이행; 약물복용의 불이행 위험성	6	3.1
Self-care deficit(specify : bathing/hygiene, dressing/grooming)		
일상생활 수행장애; 자가간호 결핍(부족)	6	3.1
Social isolation		
고립; 사회적 고립; 사회적 고립 가능성	6	3.1
Powerlessness		
무력감; 무조감; 무기력	5	2.6
Disturbed sleep pattern		
수면장애	5	2.6
Disturbed sensory perception(specify : visual, auditory, kinesthetic, gustatory, tactile, olfactory)		
감각-지각 장애	4	2.1
Ineffective therapeutic regimen management		
치료 요법의 비효율적 이행	3	1.5

the others

Constipation(2), Deficient diversional activity(2), Defensive coping(1), Deficient knowledge(2), Fatigue(2), Imbalanced nutrition: more than body requirements(2), Ineffective role performance(2), Caregiver role strain(1), Decisional conflict(1), Disturbed thought process(1), Fear(1), Risk for injury(1), Spiritual distress(1)

( ) : n

한 간호진단을 분석하였다. 이러한 분석을 통하여 NANDA(2000)에서 제시한 간호진단 목록의 사용 가능성을 평가하고 간호진단에 사용되는 한글용어의 적절성을 파악하였다. 본 연구의 제한점은 서울시 및 경기도의 4개 기관에서 실습한 학생들의 보고서를 분석한 것이므로 그 결과를 일반화할 수는 없다고 여겨진다.

본 연구에서 정신분열병 환자에게 가장 자주 적용한 간호진단은 ‘사회적응장애’로 나타났다(18.2%). 이에 반해 정신분열병 진단의 특징적인 증상인 망상이나 환각(DSM-IV, 1994)을 나타내는 간호진단인 ‘감각지각 변화’(4.5%)나 ‘사고과정 변화(망상)(4.3%)’은 빈도수가 낮게 나타났다. 정신분열병 환자의 간호진단을 분석한 Ko(1995)의 연구에서는 사례 30개의 86개 간호진단 중 사용빈도수가 가장 높은 것으로 나타난 간호진단은 ‘비효율적 대응’(12회)이며, 다음으로 ‘사고과정 장애’(11회), ‘감각지각 변화’(10회)의 순으로 나타났다. 이와 같은 결과는, 실습 학생들이 ‘감각지각 변화’나 ‘사고과정 변화(망상)’을 간호진단으로 정의하는 경우 그 간호진단들에 대한 특정 관련요인을 찾기가 힘들기 때문에 환각이나 망상의 증상으로 인한 결과에 초점을 두는 간호진단을 선호한 것이 원인이라고 사료된다.

본 연구에서 가장 높은 빈도수로 나타난 ‘사회적응장애’는 Ko(1995)의 연구에서는 ‘사회적 상호작용 장애’라는 용어로(6회) 나타났으며, 5번째 순위인 것으로 나타났다. Ko(1995)는 사고과정 장애나 감각지각장애보다 개인의 비효과적인 대처가 더 높은 빈도수로 나타난 결과에 대해 학생들의 실습시간이 환자의 입원 이후 상당한 시간이 지나 환각이나 망상이 사라

진 다음에 자료수집을 하였기 때문이라고 설명하였다. 그러나 최근의 정신병원의 추세는 장기입원보다는 단기입원을 선호하는 바 병상회전율이 높다는 점을 감안할 때 본 연구에서 ‘사고과정 변화’나 ‘감각지각 변화’가 낮은 빈도수로 나타난 것은 앞에서 언급한 바와 같이 간호진단의 관련요인 한 가지를 선택하는 것이 어려웠기 때문일 것이다. 따라서 이와 같이 정신질환의 주요 증상을 간호진단으로 정의하는 것이 필요한가에 대한 근본적인 탐색이 요구되며, 필요하다면 간호학적으로 접근 가능한 관련요인은 무엇인가에 대한 세심한 고찰이 요구된다.

본 연구에서 가장 높은 빈도로 나타난 간호진단은 ‘사회적응장애’이었는데 이 ‘사회적응장애’ 진단은 한글 용어 표현에 많은 혼란이 있었다. 이러한 결과를 초래한 이유로 첫째, 많은 학생들의 경우 ‘사회적 상호작용의 장애’로 정의하여 ‘사회적응’이라는 용어상의 혼돈이 있었던 것으로 보인다. Choi 등(1997)의 연구에서 ‘사회적응장애’를 ‘사회적 교류에 다소 또는 과다하게 혹은 비효과적으로 참여하는 상태’로 정의하고 있으나 국내의 문헌들(Kim 등, 2001)에서 ‘사회적 상호작용장애’라는 용어가 여전히 사용되고 있는 실정이다. NANDA(2000)의 간호진단 목록에 ‘Impaired social interaction’라고 정의하고 있는데 신체적, 심리적 및 사회적 특징을 재통합하는 과정을 적용으로 정의한 Wood-Dauphinee 등의 연구(Song, H. Y., 2001)에서 재인용됨)에서는 가족과 지역사회 생활에서 역할과 책임을 수행하고 자신이 속한 사회와 집단에 기여하는 활동적인 구성원이 되는 것이라고 설명하고 있다. Cho의 연구(Moon, S. M., 1999에서 재인용됨)에서도 사회심리적 적응을 개인과 사



회환경과의 상호작용으로서 이는 사회 조직 내에서 각 개인이 겪게 되는 다양한 사회적 지위와 그것에 따르는 역할을 수행하는 정도로 정의하고 있다. 이와 같이 사회적응의 개념은 개인이 환경과의 관계에서 보이게 되는 다양한 역할의 측면을 모두 포함하는 포괄적인 의미라고 할 수 있다. 이에 반해 NANDA(2000)에서 정의하는 'Impaired social interaction'의 관련요인이나 특성은 타인과의 의사소통이나 관계형성에 관련된 양상을 나타내는 경우가 많다. 따라서 '사회적응장애'라는 포괄적인 개념의 용어보다는 '사회적 상호작용 장애'라는 관계 중심의 용어가 더 적절할 것으로 보인다.

둘째, '사회적응장애'와 '사회적 고립', '고독위험(Risk for loneliness)'간의 구분이 명확하지 않았다. Choi 등(1997)에서 '사회적 고립'이란 '타인에 의해서 강요되거나 부정적 혹은 위협적인 상태로, 개인이 경험하거나 지각하는 소외된 상태'로 정의되고 있다. Ko(1995)의 연구에서도 '사회적 고립' 7예 중 1예는 '사회적 상호작용 장애'의 오진이었다고 하면서 학생들이 이와 같이 혼돈하는 것은 두 간호진단이 모두 사회적 상황과 관련되어 있기 때문이라고 하였으며, 두 진단간의 차이를 구분하는 특성은 개인이 고독감을 호소하는지의 여부와 관련된다고 하였다. NANDA(2000)에서도 사회적 고립의 특성에는 주관적인 호소에 대한 언급이 빈번하다. 그러나 정신분열병 환자의 경우 자신의 감정을 인식하거나 표현하는데 제한된 기능을 가지는 경우가 흔한데, 이런 경우는 사회적 고립이라는 간호진단은 불가능하게 된다. NANDA(2000)에서는 사회적 고립과 고독위험을 모두 포함하고 있는데, 고독위험의 정의는 '개인이 모호한 불쾌감을 경험하게 되는 위험에 놓인 주관적인 상태'로 정의하고 있으며, 위험요인으로서 사회적 고립이 포함되어 있다. 이러한 결과는 사회적 고립과 고독위험간의 개념적 정의가 아직까지 간호학계에서 명확하지 않은 상태임을 반영한다고 볼 수 있다. NANDA(2000)에서는 사회적응장애의 관련요인에 있어서 사회적 고립이 포함되어 있지 않으나, Choi 등(1997)에서는 '사회적 고립'이 '사회적응장애'의 관련요인과 특성 모두에 포함되어 있다. 이는 사회적응 장애와 사회적 고립감의 혼돈을 더욱 가중시키는데, 이러한 개념상의 혼돈을 없애기 위해 각 간호진단에는 반드시 필수적인 특성이 정의되어야 할 것으로 보인다. 따라서 이 두 가지의 간호진단에 대한 특성이나 관련요인에 관련된 실제적이며 경계를 짓는 자료가 요구되며, 이를 통해 두 개념의 명료화가 이루어져야 할 것으로 보인다.

빈도수가 높음에도 불구하고 어휘의 혼동이 비교적 적었던 간호진단은 '자긍심 저하(Disturbed self-esteem)'이다. 새국어사전(1994)에 의하면 '자긍'이란 '제 스스로의 자랑', 'self-conceit(자부심, 자만심, 독단)'이라고 정의되어 있으며, '자존'은 남에게 굽히지 않고서 제 몸을 스스로 높이는 마음', 'pride(자존심,

만족, 자부심, 자랑거리, 자만 등)'라고 나타나 있다. NANDA(1997)의 정의에서는 '직접적·간접적으로 표현되는 자신이나 자신의 능력에 대한 부정적인 자기평가나 감정'이라고 정의되어 있다. 문헌들에서는 자존감이라는 용어를 사용하는 경우(Kim 등, 2001)와 자긍심, 자존감을 혼용하여(Lee 등, 2000) 사용하고 있었다. 이러한 용어상의 문제는 그 분과학문 내에서 정의에 대한 합의가 이루어지면 해결되지만, 이러한 과정이 잘 이루어지지 않아 혼동이 지속된다면 간호학을 공부하는 간호학도에게는 학문에 대한 입장을 정립하는데 있어 혼돈스러움과 좌절을 초래하는 적지 않은 영향을 미칠 것으로 생각된다. 따라서 간호진단에서 사용되는 개념과 용어들에 대한 일관성을 유지하기 위한 지속적인 노력이 필요할 것이다.

NANDA(2000)에서는 자신이나 타인에 대한 폭력 위험성을 Risk for self-directed violence와 Risk for other-directed violence 및 Risk for self-mutilation으로 분류하고 있고, Choi(1997)의 보고서에서는 High risk for violence: self directed or directed at others(폭력 위험성)와 High risk for self-mutilation(자해 위험성)으로 분류하고 있다. Choi(1997)는 '폭력 위험성'에 대해서는 '자신 또는 타인에게 신체적 손상을 줄 수 있는 행동을 하는 상태'로, '자해 위험성'은 '자신을 죽이는 것이 아니고 상해를 입히려는 행동을 할 위험이 있는 상태로 조직손상과 긴장완화를 유발함'이라고 정의하고 있다. 이러한 정의는 몇 가지 문제점을 가지는 것으로 보이는데 첫째, 자해를 하는 행위에 대해서 학생들이 '잠재적 폭력의 위험성'이라는 진단을 사용한 경우가 있었다. 이는 '자해 가능성'과 '폭력 위험성'이 혼돈되고 있다는 증거가 될 것이며, 진단간의 의미가 명백하게 구분되지 않는다는 것이다. 둘째, 사전적 의미로서 폭력은 난폭한 힘(force) 자체를 가리키는 의미로 사용되므로 오히려 난폭한 행동이나 타인에게 폭력을 가하는 행동으로서의 의미를 가지는 '폭행'이라는 용어가 violence에 더 적절할 것으로 사료된다는 점이다. 실제로 학생들이 내린 간호진단에는 '잠재적 폭행'이라는 용어를 사용한 경우가 있었다. 따라서 추후 연구에서는 '폭력 위험성'의 용어에 대한 고려가 필요하며, '자해 위험성'과의 개념적 구분이 필요한지에 대한 고려가 요구된다.

본 연구에서 간호진단의 정의가 정신분열병 환자의 상태를 정확하게 이해하는데 한계를 가지는 간호진단 중의 하나는 '언어 소통 장애'인 것으로 사료된다. 이 진단은 '의사소통을 위해 말을 사용하고 이해하는 능력이 부족한 상태'로 정의되고 있는데, 정신분열병 환자의 증상과 관련지어 고려하였을 때 이들은 언어적, 비언어적 측면에서 모두 의사소통의 한계를 보이는 경우가 흔하다. 즉 인간이 자신을 표현하는데 있어 언어적인 요소보다는 비언어적 요소의 역할이 월등히 높음에 반해(Kim 등, 2001), 많은 정신분열병 환자들은 타인의

비언어적 언어를 잘못 인지하거나 스스로를 표현함에 있어 비언어적 요소를 활발히 사용하지 못하는 특성이 있기 때문에 이로 인해 발생하는 한계가 매우 클 것으로 예상된다. 따라서 본 간호진단의 경우 '의사소통의 장애'로 정의한 후 언어적/비언어적인 의사소통 장애로 세분하는 것이 더욱 적절할 것으로 사료된다.

학생들이 사용했던 진단적 용어 중 '치료요법의 비효율적 이행'은 Choi 등(1997)의 연구에서 '일상생활에서 치료지시를 통합하지 못하는 상태'라고 정의되어 있고, NANDA(1997)에서는 'Ineffective therapeutic regimen management'의 정의를 '특정한 건강목적을 달성하기 위해 필요한 질병의 치료나 질병의 경과를 위한 프로그램을 일상생활에서 조정하고 통합하는데 있어 만족스럽지 않은 양상'으로 정의하고 있다. Han 등(1998)에서는 '질병과 질병의 후유증 치료를 위한 일상활동 프로그램이 되도록 조절하고 통합하는 패턴으로 특수한 건강 목표 달성에는 만족스럽지 못하다'고 정의하고 있다. 이에 반해 '불이행'은 치료지시를 따르지 않는 상태를 말하는 것으로 어휘상으로는 구분은 거의 어려운 것으로 보인다. Choi 등(1997)에서는 명확한 구분이 나타나 있지 않고 관련요인 또한 유사한 것으로 나타나 '치료요법의 비효율적 이행'은 질병의 후유증이나 퇴원 후 건강문제를 관리하는데 있어 제대로 치료요법을 이행하지 않는 행위에 초점을 두는 것으로 보인다. 그러나 이런 정의를 수용하는데 있어서 또 다른 문제는 '건강상태의 변화에 맞게 생활양식이나 행동을 바꾸지 못하는 상태'라고 정의된 '적응장애'의 간호진단과 '치료요법의 비효율적 이행'이라는 진단의 의미 구분이 되지 않는다는 것이다.

이상 살펴본 바와 같이 전반적으로 간호진단의 용어들이 한글 표준화 작업을 통해 일관적으로 사용되고 있는 실정임에도 불구하고 여전히 동일한 용어에 대한 명칭의 불일치성 및 진단구성 상의 몇 가지 혼돈스러운 부분이 있었다. 첫째, 용어의 혼용에 관한 문제이다. 먼저 'impaired' 또는 'disturbed'라는 용어에 대해 한글 용어를 혼용하여 정의하고 있다. 예를 들면 'Impaired tissue integrity'는 '조직 손상'인 반면 'Impaired verbal communication'은 '언어소통 장애'로, 'Disturbed thought processes'는 '사고과정 장애'로 정의되어 있다. 'ineffective'에 대해서도 '효율적'과 '효과적'이라는 두 가지 용어로 되어 있으며 개념의 구분이 없이 혼용되고 있는 실정이다. 둘째, '위험성'이라는 용어에 있어 어떤 경우는 위험성이 진단으로 포함 되어 있으나 어떤 경우는 포함되어 있지 않는 경우이다. 예를 들면 '영양과다'는 '영양과다 위험성'이라는 간호진단이 있지만 '영양부족'은 '영양부족 위험성'이라는 간호진단이 포함되어 있지 않다는 것이다. 셋째는 Choi 등(1997)의 연구결과에는 NANDA(1997)의 간호진단 목록을 기준으로 하여 새로 수정 보완된 NANDA(2000)의 '간호진단목록체계 II(taxonomy II)'에

따른 변화되고 추가된 간호진단이나 용어가 반영되지 않은 것이므로 국내 임상에서 간호진단을 지속적으로 활용하는 데 있어서 제한점이 많다.

본 연구에서 자료로 사용한 간호진단들 중에는 정확성이 떨어지는 것들도 있었으나, 이는 간호대학 3, 4학년 학생들이 매 수업에 걸쳐 간호과정과 관련된 이론 수업을 받았음에도 불구하고 실제로 정신분열병 환자들에게 적용한 간호진단 결과이었다. 앞으로 정신간호 영역에서 간호진단을 더욱 발전시킬 목적으로 본 연구에서는 그 간호진단들을 그대로 인용하였다. 또한 본 연구에서 학생들이 내린 간호진단들 중에 NANDA(2000)의 '간호진단분류체계 II(taxonomy II)'에 따른 13가지 분류 중 'Sexuality' 영역에 해당되는 간호진단이 포함되지 않았는데, 정신분열병 환자들에 있어서 'Sexuality'의 문제가 없었다기보다는 이 문제를 학생들의 수준에서 다루지 어려워 포함시키지 않았을 가능성이 크다고 하겠다.

마지막으로 본 연구를 시행하는 동안 연구자들은 NANDA(2000)에서 정의되지 않은 관련요인들이 다양하게 사용되고 있음을 발견하였다. 이러한 관련요인들에 대한 논의는 본 고의 범위를 넘어서는 쟁점이므로 본 고에서는 논의되지 않으나, 향후 연구에서 자세한 고찰이 필요할 것으로 사료된다. 관련요인들의 많은 부분들은 한국의 가족, 대인관계, 질병에 대한 관점 등의 문화적 맥락을 포함하는 것으로 사료되며, 따라서 이러한 요인들에 대한 연구는 한국의 상황에 적합한 간호진단의 개발에 있어 필수적인 요소가 될 것으로 보이기 때문이다.

## 결론 및 제언

본 연구는 정신질환자의 문제를 서술하는 데 있어 NANDA(2000)에서 제시한 간호진단 목록의 사용 가능성과 간호진단 한글용어의 적절성을 파악하기 위하여 시도되었다. 연구 기간은 1999년 9월부터 2001년 6월까지이며 서울시 일 대학교 간호대학 3, 4학년 학생들이 정신간호학 실습시간에 정신분열병 환자를 대상으로 실습한 후 제출한 실습사례보고서 163개로부터 나온 489개의 간호진단을 분석하여 다음과 같은 결론은 얻었다.

- 간호진단들을 NANDA(2000)의 '간호진단목록체계 II (Taxonomy II)'에 따라 분석한 결과 'Role Relationships'가 95회(19.4%)로 가장 높은 빈도를 보였고, 그 다음으로는 'Coping/Stress Tolerance' 77회(15.7%), 'Perception/Cognition' 74회(15.1%), 'Self-Perception' 67회(13.7%) 등으로 나타났다.
- 가장 높은 빈도로 나타난 간호진단은 '사회적응장애'로 89회(18.2%) 사용되었고, '자극심 저하'가 56회(11.5%), '비효

- 울적 대응'이 28회(5.7%), '언어소통 장애'가 27회(5.5%), '사회적 고립'이 26회(5.3%) 등으로 나타났다.
- 정신분열병 진단의 특징적인 증상인 망상이나 환각을 나타내는 간호진단인 '감각지각 변화'(4.5%)나 '사고과정 변화(망상)(4.3%)'은 빈도수가 낮게 나타났다.
  - '사회적응장애'의 간호진단은 NANDA(2000)의 간호진단 목록에서 'Impaired social interaction'으로 정의되고 있는데, '사회적응'의 개념이 개인과 환경의 관계에서 보이게 되는 다양한 역할의 측면을 모두 포함하는 포괄적인 의미로 정의되는 반면, 실제 정신분열병 환자들의 경우 타인과의 의사소통이나 관계형성에 관련된 양상을 나타내는 경우가 많기 때문에, '사회적 상호작용 장애'라는 관계중심의 용어가 더 적절할 것으로 보인다. 또한 '사회적 고립'이나 '고독위험(Risk for loneliness)'의 간호진단들과 구분하여 사용할 수 있도록 '사회적응장애'의 명료화가 이루어져야 할 것으로 보인다.
  - '자긍심 저하'의 간호진단에 대해 몇몇 간호대학 학생들은 '자존감 저하'의 진단적 용어를 사용하였고 여러 문헌들에서도 둘을 혼용하여 사용하는 경우가 있었다. 용어상의 혼용을 해결하기 위해 간호진단의 정의에 대한 합의가 필요하고 간호진단에서 사용되는 개념과 용어들에 대한 일관성을 유지하기 위한 지속적인 노력이 필요하다.
  - '폭력 위험성'의 간호진단에 대해서 학생들은 '자해 가능성'이라는 진단적 용어와 구별 없이 사용하고 있었는데 보다 명확한 간호과정을 위해 '폭력 위험성'의 용어에 대한 고찰이 필요하며, '자해 위험성'과의 개념적 구분이 필요한지에 대해 고려해야 한다.
  - 정신분열병 대상자들의 증상 특성상 '언어소통 장애'의 간호진단으로 문제를 표현하기에는 부족한 부분이 많으므로 '의사소통의 장애'로 정의한 후 언어적/비언어적인 의사소통 장애로 세분하는 것이 더욱 적절할 것이다.

이상의 결과를 통하여 볼 때 나타날 수 있는 다양한 간호 문제들을 대상자들의 특성에 따라 정확히 표현하기에는 현재 사용되고 있는 간호진단들의 정의가 충분히 내려지지 않았으며, 간호대학 학생들이 사용한 간호진단들 사이에서 불일치되는 경우도 많아 용어에 대한 구별도 이루어질 필요가 있음을 확인하였다. 특히 정신분열병 환자들이 주로 나타내는 간호문제들을 적절하게 표현하기 위해서 우리나라의 실정에 맞는 정신간호 영역에서의 간호진단을 정련화하고 개발하는 노력으로서 간호진단의 개념에 대한 명료화 작업 및 진단용어의 개발이 지속적으로 이루어질 필요가 있다고 생각된다.

이상의 결과를 토대로 다음을 제언하고자 한다.

- 많은 간호진단 분석 연구들에서 나온 결과를 토대로 사용 빈도가 높은 간호진단들에 대해 각각 개념의 정의와 용어의 적절성을 평가하는 추후 연구가 이루어져야 할 것이다. 덧붙여 국내의 지속적인 간호진단 한글표준화 작업도 계속되어야 할 필요가 있다.
- 정신간호 영역에서 효과적인 간호과정 적용을 위해 정신분열병 이외의 다른 종류의 다양한 정신질환을 가진 환자들에 대한 간호진단을 분석하는 연구를 실시할 것을 제언한다.
- 병원과 지역사회 세팅에 따라 사용되는 간호진단의 비교 분석 연구를 제언한다.
- 간호학생 뿐만 아니라 실제 정신간호학 영역의 임상 간호사들이 내린 간호진단들을 분석하여 보다 임상에 기초한 결과를 위한 연구가 필요하다.

## References

- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV*. Washington DC : APA.
- Bond, E. O., Urick, J. (1999). Nursing diagnosis at work. *Nurs Diagn*, 10(2), 81-83.
- Carpenito, L. J. (1995). *Nursing Diagnosis*(6th ed). Philadelphia : Lippincott Co.
- Chambers, S. (1998). Nursing Diagnosis in learning disabilities nursing. *British Journal of Nursing*, 7(19), 1177-1181.
- Choi, Y. H., Lee, H. Y., Kim, H. S., Kim, S. S., & Park, K. O. (1996). A survey study of nursing diagnosis use in clinical practice. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 26(4), 930-945.
- Choi, Y. H., Lee, H. Y., Kim, H. S., Kim, S. S., Park, K. O., & Park, H. A. (1996). Development of a Korean translated version of nursing diagnosis. *Korean Nurse*, 35(4), 37-50.
- Choi, Y. H., Lee, H. Y., Kim, H. S., Kim, S. S., Park, K. O., Park, H. A., & Park, H. K. (1997). Validity testing study for related factors and characteristics of nursing diagnosis. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 27(3), 705-714.
- Choi, S. H., Lee, E. J., Park, S. J., & Park, M. J. (2003). *Standardized classification of nursing diagnoses, interventions and outcomes*. Seoul : Jeongmoonkak.
- Doh, B. N. (1987). Case study for nursing diagnosis. *Korean Nurse*, 26(3), 58-62.
- Han, Y. B., Jun, S. J., & Kim, N. C. (1998). *Nursing*

- Diagnosis*. Seoul : Hyunmoonsa.
- Kim, C. J., Chun, C. Y., Lim, Y. S., & Park, J. W. (1990). A study on the development of standardized nursing care plans for computerized nursing service. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 20(3), 368-380.
- Kim, C. J. (1995). *The Review of Nursing Diagnosis*. Paper presented at the nursing conference of the ΣΘTau Lambda Alpha Chapter-at-Large.
- Kim, C. J., Han, S. H., & Kim, G. Y. (1996). Study on nursing diagnosis used in medical- surgical nursing. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 8(2), 213-226.
- Kim, Y. H., Lee, K. J., Yoo, S. J., Lee, S. U., & Kim, S. Y. J. at all. (2001). *Psychiatric- Mental Health Nursing* (4th ed.). Seoul : SooMoonSa.
- Kim, Y. S. (1995). *Clinical Education for Practical Application of nursing diagnosis*. Paper presented at the nursing conference of ΣΘTau Lambda Alpha Chapter-at-Large.
- Ko, S. H. (1995). An analysis of nursing diagnosis of schizophrenic patients. *Journal of Academy of psychiatric and mental health nursing*, 4(2), 60-77.
- Lee, H. Y., Cho, M. Y., Cho, K. J., Kim, Y. H., Kim, K. B., Kim, K. J., Moon, H. J., Park, S. A., & Kang, H. S. (1989). The effects of clinical application of a nursing diagnosis protocol. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 19(1), 40-62.
- Lee, H. Y., Choi, Y. H., Kim, H. S., Park, H. A., & Park, H. K. (1998). Development of a Korean-translated version of the 17 Nursing Diagnosis. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 19(3), 395-402.
- Lee, K. S., Ha, Y. S., Kim, M. J., Noh, C. H., Yang, S., Lee, J. S., & Lim, Y. S. (2000). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. Seoul : Hyunmoonsa.
- Malone, J. A. (1991). The DSM-III-R versus nursing diagnosis: a dilemma in interdisciplinary practice. *Issues in Mental Health Nursing*, 12(3), 219-228.
- Moon, S. M. (1999). The relationship of self efficacy and social support to the psychosocial adjustment in people with epilepsy. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 30(3), 694-708.
- Kim, M. J., McFarland, G. K., & McLane, A. M. (1997). *Pocket Guide to Nursing Diagnosis*. (7th ed.). It Louis : Mosby.
- Park, K. S., & Lee, C. H. (1989). An analysis of nursing diagnoses using NANDA classification. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 1(1), 72-89.
- Pokorny, B. E. (1985). Validating a diagnostic label: knowledge deficits. *Nurs Clin North Am*, 20(4), 641-655.
- Schmidt, C. S. (1981). Withdrawal behavior of schizophrenics: application of Roy's Model. *JPNMHS*, 19(11), 26-33.
- Song, H. Y. (2001). *An Explanatory Model for Social Reintegration of Persons with Spinal Cord Injury*. Yonsei university, Seoul.
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (1987). *Principles and practice of psychiatric nursing*(3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Suh, M. H., Lee, H. W. & Chun, C. Y. (1995). A study analyzing nursing diagnoses and nursing interventions used in a demonstration home care project. *Korean Nurse*, 34(5), 52-67.
- The publishing department of Kyohaksa. (1994). *The New-age Korean Dictionary*. Seoul : Kyohaksa.
- Whitley, G. G. (1999). Processes and methodologies for research validation of nursing diagnoses. *Nurs Diagn*, 10(1), 5-14.

## Analysis of Nursing Diagnoses in Schizophrenic Patients

Kim, So Ya Ja<sup>1)</sup> · Kim, Sun Ah<sup>1)</sup> · Nam, Kyoung A<sup>2)</sup> · Lee, Hyun Hwa<sup>3)</sup> · Kim, Hyun Lye<sup>3)</sup>

1) Professor, College of Nursing, Yonsei University & the Nursing Policy Research Institute

2) Postdoctoral Fellowship Program, College of Nursing, the University of North Carolina at Chapel Hill

3) Assistant Teacher of Psychiatric-Mental Health Nursing Department, College of Nursing, Yonsei University

The nursing diagnoses of 163 schizophrenic patients in case reports were analyzed. The 489 nursing diagnoses were again classified by the framework of classification of nursing diagnoses by human responses patterns. Through this a comprehensive analysis, 'the social interaction, impaired' was described the highest frequency nursing problems of schizophrenic patients in students' case reports. Also 'self-esteem disturbance', 'violence(actual)/risk for, directed at self/others', 'noncompliance' and 'coping, individual, ineffective' were used to explain patients' problems. But 'thought process, altered' and 'sensory/perceptual alteration' were used in low frequency. From this result, it could be assumed that the selection of specific related factors in 'thought process, altered' and 'sensory/perceptual alteration' were very difficult for nursing students. If the clarification of nursing diagnoses in Korean is accomplished, it will be more veracious to describe the nursing problems of schizophrenic patients.

Key words : Nursing diagnoses, Schizophrenia

• Address reprint requests to : Kim, So Ya Ja

College of Nursing, Yonsei University & the Nursing Policy Research Institute

134, Shinchon-dong, Seodaemun-gu, Seoul 120-752, Korea

Tel: +82-2-361-8100 Fax: +82-2-392-5440 E-mail: soysja@yumc.yonsei.ac.kr