

간호진단별 관련요인 및 특성에 관한 타당도 연구

최영희* · 이향련** · 김혜숙*** · 김소선****
박광옥***** · 박현애***** · 박현경*****

I. 서 론

1. 연구의 필요성

간호진단의 개념이 처음 사용된 1950년 이후, 그 필요성에 대한 인식이 증대되면서 간호진단의 작성과 분류를 위한 NANDA(North America Nursing Diagnosis Association)의 조직, 국제회의 개최 등 간호진단의 활성화를 위한 다양한 활동이 전개되어 왔다.

간호진단은 간호과정을 통한 건강상태의 진술과, 이에 따른 문제의 해결, 그에 대한 평가를 하는 일련의 과정으로서 간호현장과 교육현장에서 효과적으로 적용되어야 하는 것으로 축약할 수 있다(Carlson, 1972 ; Gordon, 1976 ; Meridean, 1987 ; Purushotham, 1981 ; Shoemaker, 1984 ; Titler, 1987).

1978년 NGCND(National Group for the Classification of Nursing Diagnosis)에서는 간호진단의 구조적인 구성요소에 문제, 원인, 증상/징후를 포함시키기로 결정하였으며(Gordon, 1979), 우리나라에서도 각 간호진단에 따른 원인, 증상/징후에 관한 조사연구가 계속 이루어져 왔다.

현재 우리가 도입하여 사용하고 있는 간호진단의 경우, 그 개념 및 구성요소의 내용자체가 미국에서 개발된

것을 그대로 사용하는 상황이기 때문에 문화적인 배경이 다른 우리나라에 적용하기 위해서는 먼저, 공인된 간호진단명들이 모두 우리 실정에 적용가능한 지, 그리고 구성요소로 포함된 원인 및 반응(증상/징후)들이 우리나라 환자에게도 나타날 수 있는 현상인지 검정할 필요가 있다.

김(1995)은 간호진단을 쉽게 적용하기 위해선 우리나라 환자에 적합한 원인 및 반응요소만을 재구성하는 작업이 필요하다고 하였으며, 이에 각 진단에 따른 증상/징후 및 관련요인에 대한 가중치를 연구할 필요가 있다고 보았다.

간호진단이 도입된 시기에 비추어 비교해 볼 때 현재 우리 임상에서의 간호진단 사용이 저조한 요인을 다양하게 들 수 있지만, 그 중에서 특히 각 진단의 특성 및 요인에 대한 내용타당도 검정이 전반적이고 체계적으로 이루어지지 않았고, 각각 서로 다른 어휘를 사용함으로써 인한 혼돈이 주요인이 되었다고 볼 수 있겠다.

따라서, 간호진단의 정착과 활용을 위해서는 실제 간호진단을 적용하는 데 있어 고려해야 할 간호진단의 구성요소들에 대한 검토 및 확인작업이 선행되어야 한다고 사료된다. 이에 본 연구팀은 96년도 '간호진단명의 한글명명화' 및 '간호진단의 사용빈도'를 조사하는 작업에 이어 여기에서 도출된 98개 각 진단에 따른 관련요인

* 이화여자대학교 간호과학대학 교수
** 경희대학교 의과대학 간호학과 교수
*** 대한간호협회 사무총장
**** 연세대학교 간호대학 교수
***** 아산재단 중앙병원 간호과장
***** 서울대학교 간호대학 교수
***** 대한간호협회 연구부장

및 특성을 국내외 여러 문헌을 종합하여 연구팀이 이를 재구성하여 임상간호사와 쌍으로 타당성을 확인 후 제시하였으며, 실제적으로 제시된 내용들이 임상현장에서 어느 정도로 중요하고 또 활용되는지를 확인하여 간호진단별 관련요인 및 특성에 대한 내용타당도를 확인하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구목적

본 연구는 96년도 대한간호협회에서 명명한 98개 간호진단에 대한 관련요인 및 특성을 규명하고, 이를 임상현장에서 실제적으로 조사하여 그 타당성을 확인함으로써 간호진단 적용을 활성화 하고자 함이며, 이에 대한 구체적인 목적은 다음과 같다.

1. 98개 간호진단 각각의 관련요인 및 특성을 제시한다.
2. 제시된 각각의 관련요인 및 특성에 대한 타당성을 조사한다.

II. 문헌고찰

1. 간호진단의 활용

간호진단이라는 용어는 전문직 간호사의 기능을 논한 McManus에 의해 1950년에 처음 사용된 이후, 전문직 간호업무의 독특한 한 부분으로 규명되었다(Pokorny, 1985). 그 후, 간호진단에 대한 인식의 증가로 1973년 미국간호협회(ANA)는 간호요구결정을 위한 기초로써 간호진단을 지적하였으며(McDonald, 1985), 간호진단 작성 및 분류에 관한 제 1차 전국회의를 개최하였다.

1982년에는 NANDA(North America Nursing Diagnosis Association)가 조직되어 현재(1997년)까지 12차 국제회의가 개최되어 오면서 표준화된 간호진단의 명명, 새로운 간호진단의 추가, 간호진단의 분류화 등을 위한 작업이 이루어지고 있다.

1978년 NGCND(National Group for the Classification of Nursing Diagnosis)에서는 간호진단의 구조적인 구성요소에 문제, 원인, 증상/징후를 포함시키기로 결정하였으며(Gordon, 1979), 간호임상에서 실제로 확인된 증상/징후군과 간호진단만이 공식적으로 공인되어질 수 있다고 하였다(Gordon, 1987).

그러나 미국에서 연구개발되어 확인, 분류되어 가고 있는 간호진단을 우리나라 상황에서도 효율적, 능률적, 경제적으로 적용하기 위해서는 우리나라 문화권에서 발

견되는 문제, 원인, 증상, 징후를 확인하여 우리에게 가장 익숙한 언어로 표준화시키는 연구가 필요하다고 하였다(박, 1987).

따라서, NANDA에서 규명된 간호진단과 그 구성요소들에 대해 우리나라 상황에서 다시 재확인하는 타당성 연구가 이루어져야 할 것이다.

간호진단에 대한 내용타당도를 조사하기 위해 주로 활용하는 방법으로 Fehring의 모형을 들 수 있는데(Fehring, 1986), 이는 전문가가 1점에서 5점척도로 제시된 각 진단의 특성에 대한 점수를 매기도록 하여 각 특성에 대한 가중치를 계산한 결과로 major와 minor로 특성을 분류, 제시하는 것이다(Fehring, 1987). 그동안 간호진단과 관련된 타당성 연구시 많은 연구자들이 이 모형으로 이미 개발된 간호진단과 새로이 등록되는 간호진단의 타당도를 검증해 왔다.

2. 간호진단 구성요소의 타당성

Creason, Pogue, Nelson, and Hoyt(1985)는 간호진단의 타당성 연구시 연구를 기초로 한 문헌자료의 부족과 간호진단을 타당화시키는 연구모델의 부족을 문제점으로 제시하면서 간호진단의 타당화 작업을 계속함에 있어 간호진단용어의 조작적 정의가 필수적이라고 하였다. 이제까지 미국에서 개발된 내용을 그대로 적용하는 우리의 경우에 있어서는 특히 간호진단에 따른 원인을 실제 임상현장에서 확인하여 그 용어를 정의하기 위한 작업(김, 1995; 배, 1994)과 원인요소, 증상 및 징후에 대한 한글어휘를 통일해서 표준화하는 연구가 필수적으로 이루어져야 할 것이다(민, 1995; 박, 1987; 차, 1990).

그러면 간호진단의 구성요소인 관련요인과 특성은 무엇을 의미하는가? 먼저 관련요인(Etiology)은 대상자 문제의 가장 유력한 원인을 진술하는 것으로 대상자의 건강문제를 일으키는 핵심적 요인을 밝히는 것이며(이은옥 외, 1988), 특성(defining characteristics)은 간호를 필요로 하는 특수한 인간반응의 표시를 나타내는 증상과 징후를 말한다(Wieseke, Twibell, Bennet, Marine and Schoger, 1994).

간호진단의 관련요인 및 특성에 대한 타당성 연구의 형태를 보면, "기존에 제시된 간호진단의 관련요인 및 특성에 대한 조사확인 연구"(Creason et al., 1985; Munns, 1985; Ryan and Falco, 1985; Smith et al, 1994; Voith and Smith, 1985; 김, 1986; 민, 1995;

박, 1987; 박, 1989; 박과 황, 1991; 조, 1986; 차, 1990), “유사 간호진단 간에 구분을 위한 연구”(McDonald, 1985; Whitley, 1994; Woodtli, 1995), “특수 상황에서 사용된 간호진단의 관련요인 및 특성에 대한 조사확인 연구”(Lindeman, Hawks and Bartek, 1994; Wieseke, Twibell, Bennet, Marine, and Schoger, 1994; 김, 1995), “새로운 간호진단의 개발 및 명명시도를 위한 연구”(Woodtli, 1995) 등 크게 네가지 형태로 나누어 볼 수 있다.

간호진단이 가지는 문제점은 무엇보다도 간호사들이 진단의 명명화에 있어 공통적으로 정의할 수 있고, 적절하다고 동의하는 특성들이 적다는 것이다. 따라서 간호사들이 실제적으로 공통적인 특성을 규명하기 위해 자료를 수집하는 것이 타당화 과정이 된다(Fehring, 1987).

Gordon과 Sweeney(1979)에 의하면, 타당화과정이란 “미리 규명된 특성이 충분한 수로 나타나는 지를 결정하는 것을 포함한다”라고 하였다.

또한 특성(defining characteristics)은 임상현장에서 실제로 발생되고, 하나의 특성 ‘군’(cluster)으로써 확인될 수 있을 때 타당하다고 할 수 있다(Fehring, 1987).

따라서, 임상현장에서 각 진단을 규명하는 특성과 관련요인에 대한 충분하고 정확한 정보의 수집을 통해 타당성을 확인하는 것은 간호진단의 활용과 임상적응에 크게 기여할 것이라 사료되어, 본 연구자들은 명명된 각 간호진단에 따른 관련요인과 특성을 문헌고찰을 통해 제시하고, 이 자료를 간호진단을 적용할 경험이 있는 간호사들에 의해 확인하게 하므로써, 문헌에 의한 자료로서가 아닌 임상현장에서 실제적으로 확인된 관련요인과 특성을 규명하기 위한 작업을 위해 본 연구를 시도하였다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 Fehring의 간호진단 내용타당도 모델(DCV)을 근거로 한 서술적 횡단조사연구이다. 이 모델은 조사된 간호진단 타당성의 경험적 증거를 일반화하기 위해 평균을 제시한 것으로서, 본 연구에서는 98개 진단의 관련요인 및 특성을 진단별로 제시하고 이에 대한 타당성의 경험적 증거를 일반화하기 위해 타당도 점수를 제시하였다.

2. 연구대상

연구대상은 비교적 간호진단이 잘 이루어지고 있다고 생각하는 서울시내 8개 대학부속병원을 대상으로 하였으며, 병원당 각 진단별로 10개씩 응답이 나오도록 조정하였기 때문에, 한 병원당 간호진단에 대한 응답설문지는 약 80매 정도가 수거되도록 조정하였고, 이는 수집되는 자료의 양과 경력간호사의 부족을 고려한 것이다.

참가할 간호사들은 임상경력이 3년 이상 된 자로서 간호진단에 대한 교육을 받았고 간호과정을 적용한 경험이 있는 간호사로 정하였으나, 각 병원에서 경력간호사가 부족하여 이에 대한 조정이 잘 이루어지지 않아 3년 미만의 간호사들도 포함되어 총 892명의 간호사들이 참여하게 되었다.

3. 연구도구

간호진단별 관련요인 및 특성에 대한 도구를 제작하기 위해 먼저 간호진단에 따른 관련요인, 특성에 대한 국내의 자료(Carpenito, 1993; Kim, McFarland and Mclane, 1995; 김등, 1993; 대한간호협회, 1995; 이등, 1994)를 고찰, 정리하여 1996년 6월부터 12월말까지 연구자들이 계속적인 검토작업을 통해 각 진단별로 관련요인 및 특성을 재조정, 이를 연구자 각자가 해당병원의 석사이상으로서 5년 이상 임상경력이 있는 임상간호사와 함께 도구의 타당성을 점검하여 98개 간호진단의 관련요인 및 특성으로 제시하였다.

4. 자료수집 방법 및 절차

1997년 1월 20일에서 30일까지 각 대상병원(총 8개병원)으로 직접 방문하여 설문지 980매씩 총 7,840매를 배부하여 3월 13일까지 7,422부를 회수하였으며(회수율 94.7%) 이 중, 설문지 작성이 불완전하게 된 26부를 제외한 7,396부를 본 연구에서 분석자료로 사용하였다. 본 조사를 위해 각 과별로 자주 사용되는 간호진단 목록을 미리 연구자가 제시하여 간호진단 분배시 참조하도록 하였으며, 참여 간호사들은 98개 간호진단 중, 자신들이 경험하여 잘 알고 있고 익숙한 진단들을 모두 선택하여 기록하도록 했기 때문에 간호사의 숫자와 도출된 간호진단의 숫자는 비례하지 않으며, 간호사에 따라 한 진단만을 기록한 경우도 있고, 여러 진단을 선택하여 기록한 경우도 있다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SAS로 통계처리하여, 각 진단별 관련 요인 및 특성의 타당도는 Fehring의 방법을 수정하여 각 특성과 관련요인에 대한 평균점수로 간호진단내용타당도 점수(DCV)를 구하였으며, 대상자들의 특성은 실수와 백분율로 산출하였다.

1. 점수산정은 각 특성과 관련요인에 대해 대상자가 체크하도록 하여 '매우 중요하다-5점', '중요하다-4점', '보통이다-3점', '중요하지 않다-2점', '전혀 중요하지 않다-1점'으로 할당하였다.
2. 점수계산은 응답 대상자수로 나눠 각 특성과 관련요인의 간호진단내용타당도 점수(DCV)를 산출하였다.
3. Fehring의 모형에서는 4점 이상은 major 특성, 4점 미만 2.5이상은 minor 특성으로, 2.5미만은 특성에서 제외하는 것으로 구분하였으나, 본 연구에서는 각각의 특성과 관련요인의 점수가 3.0이상시 타당도가 높다고 보았으며 점수에 따라 구분하지 않고 낮은 점수도 개인의 특성상 있을 수 있다고 보았다.

6. 연구의 제한점

1. 본 연구를 위한 설문지 배부는 병원내 간호부에서 간호진단을 적용하고 간호과정을 사용하는 경력간호사를 선정해서 설문지를 인위적으로 각 병동에 배부하였기 때문에, 본 연구결과에서 나온 진단을 각 과별에 따른 진단발생으로 확대해석할 수 없다.
2. Fehring의 모형을 본 연구에 직접적으로 적용하기 어려웠던 것은 검증된 진단의 전문가를 확보하는 것인데, 간호사의 교육수준, 임상경력, 연구경력, 간호진단과 관련한 회의나 교육과정에 참여한 것 등을 고려한 대상을 선정하기가 어려웠기 때문이다. 또한, 연구결과 해석시 비록 점수가 낮은 내용이라 하더라도 제거하지 않는 것은 환자의 개별성을 고려하여 직접 환자로 부터 확인하는 기회를 갖기 위함이었다.

IV. 연구결과 및 고찰

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구에 참가한 병원은 총 8개 병원이었으며, 각 병원에서의 간호사 참여는 아산중앙(201명, 22.5%)이 가

장 많았으며, 다음이 가톨릭 성모병원(180명, 20.2%), 한양대(125명, 14.0%), 삼성의료원(100명, 11.2%) 등의 순으로 나타났다.

참여한 간호사들의 근무영역별 분포를 보면, 총 8개 과로 나누어져 있으며 나머지는 기타로 분류하였다. 이 중, 내과계열(205명, 23.2%)에 근무하는 응답자가 가장 많았으며, 다음이 외과계열(180명, 20.4%), 산·소아과계열(144명, 16.3%), 혼합병동(114명, 12.9%), 중환자실(109명, 12.3%) 등의 순으로 나타났다.

대상자들로 하여금 간호진단과 관련된 병원업무의 전산화에 대한 필요성을 묻는 항목에서는 응답자의 831명(94.6%)이 '전반에 걸쳐 필요하다'라고 응답하였고, '부분적으로 필요하다'라고 응답한 경우가 47명(5.4%)으로 나타나, 최, 이, 김, 김, 박(1996)의 대학부속병원급 종합병원에 근무하는 수간호사들을 대상으로 조사한 '간호진단의 활용증진을 위한 임상적 고찰'의 결과에서 '전반에 걸쳐 필요하다'고 응답한 경우가 730명(85.2%), '부분적으로 필요하다'고 응답한 경우가 126명(14.7%), '전혀 필요없다'고 응답한 경우가 1명(0.1%)의 결과와 비교할 때, 이 연구에서 응답한 간호사들이 간호진단 관련 병원업무 전산화의 필요성을 더 절실히 인지하고 있음을 확인할 수 있었다.

대상자들이 환자간호시 간호진단을 사용하는 지 여부에 대한 질문에서 대상자의 48.0%인 417명이 간호진단을 사용한다고 응답하였으며, 근무하고 있는 병원에서 간호진단에 대한 교육을 받았는 지에 대한 질문에서 교육을 받은 경우가 581명(67.4%)으로 나타났다.

8개병원 전체 간호사의 연령별 분포는 26세 이상-30세 이하가 451명(51.1%)으로 가장 많았으며, 최저 22세에서 최고 55세까지의 분포를 나타냈다. 대상자들의 성별분포에서는 여자가 883명(99.8%), 남자가 2명(0.2%)으로 나타났고, 학력분포는 전문대졸이 407명(45.9%)으로 가장 많았으며, 다음이 대졸이 361명(40.7%), 대학원졸이 88명(9.9%)의 순으로 나타났다.

대상자들의 임상근무기간을 보면, 3년 이상 5년 미만이 312명(35.2%)으로 가장 많았으며, 다음 5년 이상 10년 미만이 298명(33.6%), 10년 이상이 169명(19.1%), 3년 미만이 107명(12.1%)의 순으로 나타났다<표 1 참조>.

2. 98개 간호진단별 관련요인 및 특성

98개 각 간호진단별 관련요인 및 특성에 대한 대상자들의 반응결과는 제시된 자료의 대부분이 그 중요도에

〈표 1〉 대상자들의 일반적 특성 n=892

특	성	빈도(%)
1. 병원별 간호사 분포	1. 경희의료원	69(7.7)
	2. 영동세브란스	41(4.6)
	3. 이대목동	96(10.8)
	4. 아산중앙	201(22.5)
	5. 삼성	100(11.2)
	6. 한양대	125(14.0)
	7. 가톨릭 성모	180(20.2)
	8. 신촌세브란스	80(9.0)
2. 근무영역별 분포*	1. 내과계열	205(23.2)
	2. 외과계열	180(20.4)
	3. 산·소아과계열	144(16.3)
	4. 혼합병동	114(12.9)
	5. 중환자실	109(12.3)
	6. 비뇨기과계열	16(1.8)
	7. 안·이비인후과	13(1.5)
	8. 정신과	41(4.6)
	9. 기타	61(6.9)
3. 간호진단과 관련된 병원업무 전산화의 필요성*	1. 전혀 필요없다	-
	2. 부분적으로 필요하다	47(5.4)
	3. 전반에 걸쳐 필요하다	831(94.6)
4. 간호진단 사용여부*	1. 사용한다	417(48.0)
	2. 사용하지 않는다	452(52.0)
5. 간호진단교육 실시 여부*	1. 교육한다	581(67.4)
	2. 교육하지 않는다	281(32.6)
6. 연령(세)*	1. ~25	153(17.3)
	2. 26~30	451(51.1)
	3. 31~35	158(17.9)
	4. 36~40	72(8.2)
	5. 41~	48(5.4)
7. 성별*	1. 여	883(99.8)
	2. 남	2(0.2)
8. 학력*	1. 전문대졸	407(45.9)
	2. 대졸	361(40.7)
	3. 대학원졸	88(9.9)
	4. 기타	31(3.5)
9. 경력(년)*	1. 3미만	107(12.1)
	2. 3~5미만	312(35.2)
	3. 5~10미만	298(33.6)
	4. 10~	169(19.1)

* 무응답은 비율에 포함되지 않음

대해 5점 척도에서 3.5 이상의 높은 점수를 보였다. 여기에서는 지면관계상 그 결과와 표를 모두 게재하지 못하고, 교환영역의 5개 진단만 제시하였다(나머지 진단에 대한 자료는 대한간호협회에서 책으로 출간될 예정이다).

1) 영양과다

영양과다란 ‘대사요구를 초과하는 영양섭취상태’를 말한다.

‘영양과다’ 관련요인의 타당도 점수(DCV)는 3.67이며, 식습관 장애가 4.11로 가장 높게 나타났으며, 그 다음이 정서변화, 생활양식변화, 지식부족, 투약 등의 순이고, 처치가 3.17로 가장 낮은 점수를 보였다. 이외에 대상자들이 기타난에 언급한 내용으로는 활동장애상태, 운동저하를 들었다. 활동장애상태나 운동저하는 좌식생활 등으로 인한 운동부족을 의미할 수 있으며, 본 연구자들은 이를 생활양식변화에 포함하여 보았다.

‘영양과다’ 특성의 타당도 점수(DCV)는 4.03이며, 섭취량과다가 4.47로 가장 높게 나타났으며, 그 다음이 활동부족, 체중초과, 체지방비율증가 등의 순이고, 좌식생활이 3.17로 가장 낮은 점수를 보였다. 이외에 대상자들이 기타난에 언급한 내용으로 수면시간의 양, 섭취와 배설량의 불균형을 들었다. 그러나, 수면시간의 양은 직접적인 영양과다의 특성으로 보기는 어렵다고 보이며 섭취와 배설의 불균형은 부종 등으로 인한 일시적 체중증가이므로 영양과다의 특성으로 보기는 어렵다고 사려되어 영양과다의 특성으로 고려하지 않았다(표 2 참조).

김 등(1988)은 영양과다의 관련요인으로 활동력감소, 포만감의 변화, 불안, 특성으로는 20%체중과다, 대사적 필요량보다 과다한 섭취, 외적요인, 내적요인, 비정상적인 주름, 과식생활, 저녁에 음식물 섭취를 제시하여 본 연구결과와 비교시 요인과 특성의 구분에 있어

〈표 2〉 영양과다의 관련요인 및 특성 n=75

간호진단 내용타당도(DCV) 점수	
관련요인	
1. 식습관 장애	4.11
2. 정서변화	3.95
3. 생활양식변화	3.82
4. 지식부족	3.61
5. 투약	3.61
6. 가치관/신념의 차이	3.45
7. 처치	3.17
특 성	
1. 섭취량과다	4.47
2. 활동부족	4.40
3. 체중초과	4.21
4. 체지방비율증가	4.19
4. 피부두께 증가	3.76
6. 좌식생활	3.17

차이는 있지만 그 내용은 유사한 것으로 나타났다.

2) 영양부족

영양부족이란 '대사요구를 충족시키기에 불충분한 영양섭취상태'를 말한다.

'영양부족' 관련요인의 타당도 점수(DCV)는 3.88이며, 흡수장애가 4.36으로 가장 높게 나타났으며, 그 다음이 구강상태변화, 화상, 감염, 정서변화, 의식수준변화, 대사율변화의 순으로 4.0 이상의 점수를 나타냈으며, 가치관/신념의 차이가 3.28로 가장 낮은 점수를 보였다. 이외에 대상자들이 기타난에 언급한 내용으로는 식품의 영양상태, 맛, 수술후 동통, 욕창으로 인한 배설장애, 고열, 고열, 근육활동저하, 부적절한 영양섭취, 수술 또는 진통제투여, 부동상태로 인한 연동운동의 감소, 활동량과다 등을 들었다. '수술후 동통', '수술 또는 진통제 투여'로 답한 경우 이는 처치에 포함 가능하며, '부적절한 영양섭취'는 특성으로 봄이 타당하다. 또한 '부동상태로 인한 연동운동의 감소'는 흡수장애의 구체적 상황이므로 관련요인에 별도로 추가하지 않아도 타당하다고 본다. 그외에 '식품의 영양상태'는 영양부족의 관련요인으로 독립적으로 보기보다는 환경적 제한에 포함하여 고려할 수 있으며, '고열' 역시 감염에 포함될 수 있다. 그러므로 대상자들이 기타 난에 기록한 내용은 본 연구에서 제시한 관련요인에 대부분이 포함된다고 사려된다.

박(1989)은 관련요인으로 생리적, 심리적, 경제적 요소로 음식을 소화하지 못하거나 영양소를 흡수하지 못하는 것을 제시하여 본 연구결과의 가장 높은 요인과 같았으며, 김 등(1988)이 제시한 과잉동화상태, 오심/구토, 식욕부진, 신체제한, 연하곤란은 본 연구에서 특성으로 제시한 내용에 가까운 것으로 나타났다.

'영양부족' 특성의 타당도 점수(DCV)는 3.86이며, 섭취량부족이 4.42로 가장 높게 나타났으며, 그 다음이 연하곤란, 식욕부진, 설사, 빈혈, 혈청알부민 감소의 순으로 나타났으며, 문헌에서 제시된 특성인 탈모는 2.81, 월경중단은 2.99로 낮은 점수를 보였다. 이외에 대상자들이 기타난에 언급한 내용으로는 욕창 등의 피부상태 변화, 구강건조와 구취, 의욕저하, 면역기능저하, 운동감소, 통증, 오심, 구토를 들었는데, '욕창 등의 피부상태의 변화', '구강건조와 구취', '의욕저하', '면역기능저하'는 영양부족시 나타날 수 있는 특성으로 고려될 수 있다고 사려되어, 앞으로 임상적용을 통해 확인해 볼 것을 제안한다<표 3참조>.

박(1989)과 김 등(1988)의 연구에서는 특성 중 음식

에 대한 관심부족이 가장 높은 것으로 나타났으며, 이외에 제시된 내용으로 음식부족의 보고, 정상섭취를 해도 체중손실, 부적당한 음식섭취, 근력저하, 저작근육허약을 제시해 본 연구에서 제시한 내용 및 대상자들이 언급한 내용과는 차이가 있음을 볼 수 있다.

<표 3> 영양부족의 관련요인 및 특성 n=72

간호진단 내용타당도(DCV) 점수	
관련요인	
1. 흡수장애	4.36
2. 구강상태변화	4.24
3. 화상	4.13
4. 감염	4.07
5. 의식수준변화	4.01
6. 정서변화	4.01
7. 대사율변화	4.00
8. 처치	3.74
9. 환경적 제한	3.63
10. 지식부족	3.52
11. 음식알리지	3.52
12. 가치관/신념의 차이	3.28
특 성	
1. 섭취량부족	4.42
2. 연하곤란	4.29
3. 식욕부진	4.22
4. 설 사	4.09
5. 빈 혈	4.03
6. 혈청알부민감소	4.01
7. 체중감소	3.97
8. 소화불량	3.96
9. 허약감	3.88
10. 복통	3.76
11. 부부경련	3.76
12. 월경중단	2.99
13. 탈모	2.81

3) 영양과다위험성

영양과다위험성이란 '대사요구를 초과하여 영양섭취할 위험이 있는 상태'를 말하며, 위험성이라는 진단은 특성이 없으므로, '관련요인'만 제시하였다.

'영양과다 위험성' 관련요인의 타당도 점수(DCV)는 3.92이며, 섭취량과다가 4.50으로 가장 높게 나타났으며, 그 다음이 정서변화, 가족력과 대사율변화 등의 순으로 나타났고, 환경적 제한이 3.58로 가장 낮은 점수를 보였다. 이외에 대상자들이 기타난에 언급한 내용으로

는 스트레스의 유무, 부적합한 식습관, 지식부족을 들었다. 그러나 스트레스는 '정서변화'에 포함되며, 부적합한 식습관은 '섭취량과다'에 포함시킬 수 있다고 보았다. 지식부족은 관련요인이 될 수 있다고 사려되어, 임상적용시 확인하고자 한다<표 4 참조>.

<표 4> 영양과다위험성의 관련요인 n=72

간호진단 내용타당도(DCV) 점수	
관련요인	
1. 섭취량과다	4.50
2. 정서변화	3.91
3. 대사율변화	3.90
4. 가족력	3.90
5. 생활양식변화	3.72
6. 환경적 제한	3.58

4) 감염위험성

감염위험성이란 '병원체에 의해 인체가 침범당할 위험이 증가된 상태'를 말한다.

'감염 위험성' 관련요인의 타당도 점수(DCV)는 4.02이며, 부적절한 일차방어가 4.58로 가장 높게 나타났고, 그 다음이 부적절한 이차방어, 외상, 처치 등의 순으로 나타났고, 환경변화가 3.30으로 가장 낮은 점수를 보였다. 이외에 대상자들이 기타난에 언급한 내용으로는 의료인의 손씻기 부족, 무균적 기법, 감염환자와 격리, 교차감염, 항생제 남용, 병실환경을 들었다. 이들 중, 의료인의 손씻기 부족, 무균적 기법, 감염환자와 격리, 항생제 남용 등은 처치와 투약으로 인해 발생하는 문제로 보

<표 5> 감염위험성의 관련요인 n=79

간호진단 내용타당도(DCV) 점수	
관련요인	
1. 부적절한 일차방어 (피부/조직손상, 섬모활동감소, 체액정체, pH분비변화, 연동운동변화)	4.58
2. 부적절한 이차방어 (헤모글로빈감소, 백혈구감소, 감염반응억제)	4.54
3. 외상	4.22
4. 처치	4.08
5. 영양부족	3.95
6. 투약	3.86
7. 지식부족	3.82
8. 장기입원	3.81
9. 환경변화	3.30

았으며, 병실환경은 환경변화에 포함될 수 있다고 보았다<표 5 참조>.

5) 체온유지능력저하의 위험성

체온유지능력저하의 위험성이란 '체온을 정상범위내로 유지하지 못할 위험이 있는 상태'를 말한다.

'체온유지능력 저하의 위험성' 관련요인의 타당도 점수(DCV)는 3.79이며, 탈수가 4.47로 가장 높게 나타났으며, 그 다음이 연령, 대사율변화 등의 순으로 나타났고, 극단적 체중이 3.30으로 가장 낮은 점수를 보였다. 이외에 대상자들이 기타난에 언급한 내용으로는 질환, 신생아의 잘못된 보온, 의료인의 저체온에 대한 인식부족(무리한 처치)을 들었는데, '질환'의 경우, 체온조절에 영향을 주는 질병이나 외상이 관련요인이 될 수 있으나, 간호진단의 관련요인을 제시함에 있어 간호로 해결 가능한 관점에서 접근하는 것을 고려할 때, 질환 자체는 관련요인으로 보기가 어렵다고 사려된다<표 6 참조>.

<표 6> 체온유지능력저하의 위험성의 관련요인 n=76

간호진단 내용타당도(DCV) 점수	
관련요인	
1. 탈수	4.47
2. 연령(신생아, 노인 등)	4.36
3. 대사율변화	4.33
4. 의식수준변화	3.86
5. 처치	3.72
6. 피부손상	3.68
7. 환경변화	3.66
8. 활동변화	3.51
9. 투약	3.47
10. 빈혈	3.33
11. 극단적 체중	3.30

V. 결론 및 제언

본 연구는 96년도 대한간호협회에서 명명한 98개의 간호진단별로 관련요인 및 특성에 대한 자료를 제시하고 이에 대한 중요성을 조사하므로써, 우리나라 임상현장에서 나타나는 진단별 요인 및 특성을 확인하여 실질적인 간호진단 적용의 활성화를 목적으로 한다. 본 연구의 대상은 비교적 간호진단이 잘 이루어지고 있다고 생각되는 서울시내 8개 대학부속병원을 선정하여 병원당 각 진단별로 10개씩 응답이 나오도록 대상자를 선정하

고 구조화된 설문지에 응답하도록 한 서술적 횡단조사 연구로, 총 892명의 간호사들이 참여하였다. 조사기간은 1997년 1월 20일에서 3월 13일까지로, 배부된 설문지 총 7,840매 중 7,422부가 회수되었으며(회수율 94.7%), 이 중, 설문지 작성이 불완전하게 된 26부를 제외한 7,396부를 본 연구에서 분석자료로 사용하였다.

본 연구결과는 다음과 같다.

1. 본 연구에 참가한 병원은 총 8개 병원이었으며, 대상자들의 67.4%(581명)가 근무병원에서 간호진단의 교육을 받았고, 근무기간은 3년 이상 5년미만이 35.2%(312명)로 가장 높은 빈도를 나타냈다.

2. 98개 각 간호진단별 관련요인 및 특성에 대한 대상자들의 반응결과는 제시된 자료의 대부분이 그 중요도에 대해 5점 척도에서 3.5이상의 높은 점수를 보여 제시된 자료의 타당성을 확인할 수 있었으며, 여기에서는 지면관계상 5개 진단의 결과만 제시하였다.

“영양과다” 관련요인의 타당도 점수(DCV)는 3.67이며, 식습관 장애가 4.11로 가장 높게 나타났으며, 특성의 타당도 점수(DCV)는 4.03이며 섭취량과다가 4.47로 가장 높게 나타났다.

“영양부족” 관련요인의 타당도 점수(DCV)는 3.88이며, 흡수장애가 4.36으로 가장 높게 나타났으며, 특성의 타당도 점수(DCV)는 3.86이며 섭취량부족이 4.42로 가장 높게 나타났다.

“영양과다위험성” 관련요인의 타당도 점수(DCV)는 3.92이며, 섭취량과다가 4.50으로 가장 높게 나타났다.

“감염위험성” 관련요인의 타당도 점수(DCV)는 4.02이며, 부적절한 일차방어가 4.58로 가장 높게 나타났다.

“체운유지능력저하의 위험성” 관련요인의 타당도 점수(DCV)는 3.79이며, 탈수가 4.47로 가장 높게 나타났다.

결론적으로, 본 연구결과를 통해 문헌에서 확인된 각 간호진단별 관련요인 및 특성을 임상에서 근무하는 간호사들을 통해 그 타당성 여부를 확인함으로써 우리의 임상현실에 맞는 각 진단에 따른 관련요인과 특성을 제시하고, 또 실제 임상현장에서 적용되는 어휘로 규명하고자 하였으며, 본 연구결과에서 제시된 자료들을 임상현장에서 환자들에게 직접적인 적용을 통해 그 타당성을 계속 확인하는 작업이 이루어질 것을 제언한다.

본 연구결과에서 얻어진 자료는 간호진단 전산화 프로그램의 기초자료로 활용하고자 하며, 기존의 연구에서 조사, 검증되지 않았던 간호진단들에 대해서는 직접적인 환자사정결과를 통해 관련요인 및 특성을 찾아내

는 심도깊은 추후연구가 계속 이루어질 것을 제언한다.

참 고 문 헌

- 김복순(1986). 간호기록 분석에 의한 성인환자의 간호진단 확인연구, 중앙대학교 대학원 간호학과 석사학위논문
- 김용순(1991). 간호업무 전산화를 위해 개발된 표준화된 간호계획서의 타당성 검증. 대한간호학회지, 21(3), 349-364
- 김용순(1995). 간호진단의 실무적용을 위한 임상교육. $\Sigma\theta$ Tau Lambda Alpha Chapter-at-Large 추계학술대회
- 김조자 등(1988). 간호진단의 임상적용을 위한 타당성 조사연구. 연세대학교 의과대학 세브란스병원 간호부
- 김조자, 김용순, 박지원, 유지수, 임영신, 전춘영(1993). 간호진단과 간호계획, 대한간호협회
- 김혜영(1995). 뇌혈관질환자와 관련된 간호진단 및 간호진단별 특성 규명과 타당성 조사연구-가정간호대상자를 중심으로. 연세대학교 보건대학원 보건간호학과. 석사학위논문.
- 대한간호협회(1995). 간호진단과 중재(보고서).
- 대한간호협회 임상간호사회(1988). NANDA에서 제시한 간호진단의 한글어휘 명명을 위한 기초 조사연구. 대한간호, 27(5).
- 민순(1995). 간호학생이 내린 간호진단 분석에 관한 연구. 간호학회지, 25(3).
- 박경숙(1989). NANDA 간호진단 분류체계를 이용한 간호진단 분석 연구. 중앙대학교 대학원 간호학과 석사학위논문.
- 박경숙, 황복너(1991). NANDA 간호진단 분류체계를 이용한 수면장애, 신체적 운동장애, 부적절한 기도 유지진단의 적용에 관한 연구. 한국의과학, 23(1).
- 박윤희(1987). 5개 간호진단의 원인과 증상징후에 대한 발현을 조사연구-지속성 복막투석환자를 중심으로. 연세대학교 대학원 간호학과 석사학위논문.
- 배영숙(1994). 개심술을 받은 환자에서 적용된 간호진단분석. 성인간호학회지, 6(1).
- 조애란(1987). 간호진단 : 심박출량 감소타당도 조사연구. 연세대학교 대학원 간호학과 석사학위논문.
- 이은옥, 한경자, 김매자, 서문자, 김채숙, 박영숙(1988). 간호진단과 임상활용. 수문사.

- 이은옥, 서문자, 김매자, 김채숙, 한경자, 박영숙, 전명희(1994). 간호진단과 중재. 서울대학교 출판부.
- 이향련, 김광주, 조미영, 조결자, 김윤희, 강현숙, 김귀분(1990). 간호지단 프로토콜. 수문사.
- 차영남(1990). 간호진단 분류에 관한 일 연구-간호학생의 정신간호학 실습을 중심으로. 예수간호전문대학 논문집, 7(1).
- 최영희, 이향련, 김혜숙, 김소선, 박광옥(1996). 간호진단의 임상적용 활성화를 위한 기초조사 연구. 대한간호학회지, 26(4), 930-945.
- Carlson, S.(1972). A practical approach to nursing practice. AJN, 72(9), 1589-1591.
- Carpenito L.(1993). Nursing Diagnosis : Application to clinical practice, 5th ed. Philadelphia : J. B. Lippincott.
- Creason, N.S., Pogue, N., Nelson, A., Hoyt, C. (1985). Validating the Nursing diagnosis of impaired physical mobility. Nursing Clinics of North America, 20(4), 669-683.
- Fehring, R.(1986). Validating diagnostic labels : Standardized methodology. In M.Hurley(Ed.), Classification of Nursing Diagnoses : Proceedings of the sixth national conference. St. Lois : Mosby. 1983-90.
- Fehring, R.(1987). Methods to validate nursing diagnoses. Heart & Lung, 16(6), 625-629.
- Gordon, M.(1976). Nursing Diagnosis & the diagnosis process. AJN, 76(8), 1298-1300.
- Gordon, M.(1979). The concept of nursing diagnosis. Nursing Clinics of North America, 14(3), 1-15.
- Gordon, M.(1987). Implementation of Nursing Diagnosis : An overview. Nursing Clinics of North America, 22(4), 875-879.
- Gordon, M. & Sweeney, M.(1979). Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnoses. Adv Nursi Sci, 2(1), 1-15.
- Kim, M.J., McFarland, G.K., and Mclane, A.M. (1995). Pocket guide to Nursing Diagnosis, 6th ed. St. Lois : The C.V. Mosby Company.
- Lindeman, M., Hawks, J. and Bartek, J.(1994). The Alcoholic Family : A Nursing Diagnosis Validation Study. Nursing Diagnosis, 5(2), 65-73.
- McDonald, B.R.(1985). Validation of three respiratory nursing diagnosis. Nursing Clinics of North America, 20(4), 697-709.
- Meridean L.M.(1987). Nursing diagnosis : implementation organizational characteristics that facilitate the use of nursing diagnosis. Nursing Clinics of North America, 22(4), 882
- Munns, D.(1985). A validation of the defining characteristics of the nursing diagnosis : Potential for violence. Nursing Clinics of North America, 20(4), 711-721.
- Ryan, P., Falco, S.(1985). A pilot study to validate the etiologies and defining characteristics of the Nursing Diagnosis of Noncompliance. Nursing Clinics of North America, 31(4), 685-695.
- Pokorny, B.E.(1985). Validating a diagnostic label : Knowledge deficits. Nursing Clinics of North America, 20(4), 641-655.
- Purushotham, D.(1981). Nursing diagnosis. The Canadian Nurse. 46-48.
- Smith, J.E., Czicman, S.P., Early, J.A., Green, P. T., Lauck, D.L., Lindsay, K., Oblaczynski, C., Smoczek, M.R., Wright, G.(1994). Validation of the Defining Characteristics of Potential for Violence. Nursing Diagnosis, 5(4), 159-164.
- Titler, M.G.(1987). Implementation of nursing diagnoses in nursing education. Nursing Clinics of North America, 22(4), 987-999.
- Voith, A.M. and Smith. D.A.(1985). Validation of the nursing diagnosis of urinary retention. Nursing Clinics of North America, 20(4), 723-729.
- Whitley, G.(1994). Expert Validation and Differentiation of the Nursing Diagnoses Anxiety and Fear. Nursing Diagnosis, 5(4), 143-150.
- Wieseke, A., Twibell, R.T., Bennet, S., Marine, M., and Schoger, J.(1994). A content validation study of five nursing diagnoses by critical care nurses. Heart & Lung, 23(4), 345-351.
- Woodtli, A.(1995). Stress Incontinence : Clinical Identification and Validation of Defining Characteristics. Nursing Diagnosis, 6(3), 115-122.
- Woodtli, A.(1995). Mixed Incontinence : A New Nursing Diagnosis? Nursing Diagnosis, 6(4), 135-142.

– Abstract –

Key concept : Validity, Nursing Diagnosis

Validity Testing Study for Related Factors and Characteristics of Nursing Diagnosis

Choi, Young Hee · Lee, Hyang Yeon**
Kim, Hea Sook*** · Kim, So Sun****
Park, Kwang Ok***** · Park, Hyeoun Ae*****
Park, Hyoun Kyoung******

This study was conducted to test validity of related factors and characteristics of 98 Nursing Diagnosis identified in a previous study by the Korean Nurses Association. Data for this study was collected from 892 nurses in eight teaching hospitals located in Seoul using a cross sectional survey

method. Each participating hospital was asked to produce at least 10 cases for every nursing diagnosis. There were 7,422 responses out of a possible 7,840. Out of the 7,422 responses 26 were discarded due to incompleteness. Data were analyzed using SAS. The result of the study shows that most of the related factors and characteristics for each of the 98 nursing diagnosis were ranked at more than 3.5 point out of 5 point Likert scale in terms of significance. Through this study the related factors and characteristics of the 98 nursing diagnosis identified through literature review were validated by experts in nursing diagnosis. These validated related factors and characteristics will be utilized for computerization of the nursing diagnosis process.

*College of Health Science, Ewha Women's University