

## 재가 정신질환자 가정방문시 간호진단 이용

계명대학교 간호대학

이경희 · 박경민, 박영숙, 박정숙, 박청자, 신영희, 이병숙, 김정남, 권영숙

### Nursing diagnosis use of case management for clients with mental health problems

Kyung-Hee Lee, Kyung-Min Park, Yeong-Sook Park, Jeong-Sook Park, Cheong-Ja Park,  
Yeong-Hee Shin, Byung-Sook Lee, Chung-Nam Kim and Young-Sook Kwon

Department of Nursing, Keimyung University

#### = ABSTRACT =

The purpose of this study is to clarify the nursing diagnosis use of case management for clients who have mental health problems.

The subjects of this study were 56 clients with mental health problems. And when the preliminary mental health nurse practitioners visited home to give nursing interventions, ten nursing diagnoses were used frequently among fifty-six cases of nursing management records who were registered at public health center, sanatorium, mental hospital or community mental health center during the period of March 2001 to March 2002. The diagnoses applied were the nursing intervention protocol developed by Kim, Sunah in 1997. And the results were shown the nursing diagnosis distributions, nursing diagnosis characteristics at the facilities and those of according to the socioeconomic variables.

**Key concept :** Nursing diagnosis

## I. 서론

### I. 연구의 필요성 및 목적

서구에서 시작한 탈원화(deinstitutionalization) 정책은 정신질환자의 치료 정책에 변화를 가져오게 되었는데, 그것은 입원중심의 치료에서 지역사회를 중심으로 하는 정신보건서비스로의 변화이다. 이는 종전의 대형 정신병원이나 정신요양원을 중심으로 환자의 관리를 위주로 하는 정책에서 벗어나 지역사회 중심으로 환자에게 재활 치료를 적용하여 지역사회 내에서 환자의 적응이 실질적으로 이루어지도록 하는데 중점을 두고 있다.

지역사회 중심의 재활치료에서 가정방문과 사례관리는 필수적이라고 할 수 있는데, 이를 위하여 치료진이 직접 정신질환자의 가정을 방문하여 정신질환자를 치료하고 가족들의 문제를 관리하며 정신질환의 재발도 예방할 수 있는 가정간호제도의 도입이 우

선이라고 할 수 있다<sup>1)</sup>.

가정간호사업은 가정간호사가 질병과 장애로 인한 영향을 최소한으로 줄이고, 대상자의 건강을 유지·증진하기 위해 친숙한 환경인 가정에서 장기 간호를 필요로 하는 환자들에게 예방적, 지지적 및 치료적 서비스를 제공하는 국민건강관리체계로<sup>2,3)</sup>, 병원에 입원하여 치료를 받았던 환자 중 조기 퇴원 후 계속적인 추후 관리가 필요한 환자들을 대상으로 의료서비스의 연속성을 기하기 위해 필요한 것이다<sup>4)</sup>.

1980년대부터 이루어진 가정간호에 대한 연구들은 가정간호의 필요성, 가정간호의 요구도, 가정간호 서비스의 내용, 가정간호요원의 역할, 가정간호 수가, 가정간호의 효과에 대한 연구들이었으며<sup>5)</sup>, 본 연구에서는 정신질환자나 그 가족을 대상으로 한 연구를 중심으로 살펴보고자 한다.

먼저 국내의 연구동향을 살펴보면, 정신질환자 가

Correspondence to: Kyung-Hee Lee  
Tel: 053) 250-7558; Fax: 053) 425-9274  
E-mail: khl645@kmu.ac.kr

\* This work was supported by the research promoting grant from the Keimyung University Dongsan Medical Center in 1997.

족의 부담감과 가정간호 요구도를 측정한 김소아자 등(1993)<sup>6</sup>의 연구에서는 가족의 부담감은 평균 70.6으로 높게 나타났으며, 가정간호 요구도는 44.8 이었다고 했다. 가정간호 요구가 가장 높게 나타난 것은 육체 활동적인 면이었으며, 그 다음이 심리적인 면, 경제적인 면의 순이었다고 하였다.

만성 정신질환자의 가정간호 사례연구<sup>1)</sup>에서는 정신과 병동에서 퇴원한 만성 정신질환자를 대상으로 사정하고 간호문제와 목적을 설정하여, 그에 적절한 간호중재를 실시하여 결과를 평가하고, 다시 간호중재에 반영하는 형식으로 가정간호를 제공하여 간호 내용과 효과를 분석하는 사례연구를 실시하였다.

재가 정신 질환자를 위한 가정간호 중재 프로토콜 개발에 대한 김선아(1998)의 연구에서<sup>7)</sup> 가정을 방문하는 간호사는 환자가 갖고 있는 매우 복합적인 사회경제적인 문제에 대해 제공해야하는 간호의 우선 순위를 정해야 하고 간호사가 무엇을 변화시킬 수 있는지 등을 파악하고 사례관리자의 역할로서 각각의 환자에게 필요한 서비스를 제공하기 위해서 다른 기관으로 연계하는 역할처럼 간호시 체계적인 간호를 제공할 수 있고 기록 업무를 용이하게 할 수 있어야 한다고 했는데, 이에 기여를 할 수 있도록 가정방문 담당 간호사가 활용할 수 있는 표준화된 간호중재 프로토콜이 개발되어야 한다고 하였다. Carson (1998)<sup>8)</sup>이 지적하였듯이 이를 토대로 정신 질환자를 대상으로 하는 가정간호는 지역사회 내에서 기존의 프로그램을 수정 및 보완하여 새로운 형태의 프로그램으로 개발되어야 한다고 하였다.

미국 등에서 이루어진 정신과 환자를 대상으로 하는 가정간호에 대한 연구동향을 보면, 비용효과의 측면에서 분석한 Lima(1995)<sup>9)</sup>과 대상자의 가정간호에 대한 인식정도를 알아보는 Morris(1996)의 연구<sup>10)</sup>들이 있다. Wasylewski 등(1997)<sup>11)</sup>은 급성 정신질환자의 경우에 가정에서 대상자를 치료하는 것이 입원에 대한 대안으로 효과적이라고 하였다. 또한 비용도 저렴하게 들 수 있다고 하였으며, 이에 대한 일반인들의 인식이 긍정적이며, 가족들의 부담은 경감되었고, 만족도가 높아서 오히려 입원보다 더 선호되었다고 보고하였다.

우리 나라에서는 1990년 전문분야 간호사 과정에 대한 고시를 확정 발표하여 하나의 보건 정책으로 제도화 된지 10년이 더 지났으나, 여전히 정신질환자에 대한 가정간호개념이 체계화되지 못하고 있다. 그런데 김선아(1998)의 연구에서 간호사들이 지역 내의 정신질환자들을 가정 방문하여 수행하는 가정간호를 표준화하기 위해 개발한 간호중재 프로토콜은 이러한 문제점을 해결하기 위한 일환으로 나타났는데, 이는 장차 정신간호 영역에서 표준화된 간호지침이나 자료의 개발에 도움이 되리라고 본다.

본 연구에서는 재가정신질환자 사례관리 시 이용

된 간호진단의 유형을 파악함으로써 절차 이 영역에서 표준화된 간호중재 프로토콜을 개발하는데 기초 자료로써 활용될 수 있도록 하기 위함이다.

## II. 연구내용 및 방법

본 연구에서 정신질환자들을 위한 가정간호 중재 시 사용되는 간호진단을 다음과 같은 과정과 절차에 따라 자료수집 하였다.

2001년 3월부터 2003년 3월까지 D 지역의 K 대학 정신보건간호사 수련과정에 등록된, 당시 예비 정신 전문간호사 수련생 56명에 의해 이루어진 가정방문과 전화방문 또는 직접적인 돌봄을 하면서 진행된 사례관리과정에서 기록된 사례관리보고서의 내용을 검토하여 분류하였다.

본 연구의 대상자로 참여한 수는 영남지역의 보건소, 센터, 기타 병원 및 시설에 등록된 56 명의 정신질환자들이다. 사례관리 당시에 진단명이 정신분열증이나 조울증 또는 소수의 기타로 파악된 환자, 자해나 타해의 위험이 없는 환자, 사례관리가 가능한 환자로 선정하였다. 사례관리는 최저 3년 이상의 정신과 임상경험을 갖추고 있는 예비 정신전문간호사들이 수련과정 마지막 학기에서 실시하였다. 사례관리에 참여하는 예비 정신전문간호사는 가정방문시 환자를 포괄적으로 사정하여 NANDA(2002)<sup>12)</sup>를 중심으로 간호진단을 내리고 간호과정을 적용하게 된다. 그리하여 사례관리시 각각의 간호진단에 따른 간호중재도 실시하는데, 이와 같은 과정이 모두 자세하게 기록되었다. 김(1998)에 의해 이미 확정된 NANDA를 이용한 간호진단을 중심으로 하여 분석하였고 빈도 수도 파악하였다. 한 환자에게 내려진 간호진단은 1회로 하여 분석하였으며 퍼센테이지를 산출할 때는 대상자 56명을 100%로 하여 적용한 수치이다.

간호진단에 대한 분석은 정신과 임상경험이 3년 이상인 수련 받은 정신전문간호사 1인이 집중적으로 분석하였고, 객관성을 위해 정신과 임상실습을 담당하고 있는 대학원 박사과정생 1인이 간호진단을 함께 분석하였는데, 만약 의견이 일치가 안 되는 경우에는 충분한 토론을 거쳐서 의견 수렴을 하였다.

## III. 연구의 결과 및 논의

연구의 기간 중 대상자별 가정방문 횟수는 1-5회 방문이 13명(23.2%)으로 나타났고, 6회-10회 방문이 36명(64.3%)으로 대부분을 차지하였다. 11회 이상 15회까지도 7명(12.5%)으로 나타났다. 56명의 대상자들에게서 파악된 질병은 대부분이 정신분열증으로 나타났으며(75%), 기분장애가 14.3%, 기타가 5.4%로 < 표 1>에서처럼 나타났다.

<표 1> 대상자의 일반적 사항

(N=56)

내용	구분	n	%
대상자	병원	4	7.1
	요양시설	1	1.8
	보건소	14	25.0
	센터	37	66.1
방문횟수	1~5회	13	23.2
	6~10회	36	64.3
	11~15회	7	12.5
월수입	50만원 이하	17	30.4
	51~100만원	12	21.4
	101~150만원	9	16.1
	151~200만원	6	10.7
	200만원초과	4	7.1
연령	30세 이하	18	32.1
	31~40세	21	37.5
	41~50세	14	25.0
	51~60세	1	1.8
	60세이상	2	3.6
성별	남	26	46.4
	여	30	53.6
학력	초졸이하	12	21.4
	중졸이하	7	12.5
	고졸이하	30	53.6
	대졸이하	7	12.5
결혼여부	기혼	13	23.2
	미혼	35	62.5
	이혼	5	8.9
	기타	3	5.4
가족과 동거여부	가족과 동거	53	94.6
	독거	3	5.4
발병기간	5년 이내	18	32.1
	10년 이내	15	26.8
	20년 이내	18	32.1
	30년 이내	5	8.6
진단명	정신분열병	42	75
	기분장애	8	14.3
	기타	6	10.7

자존감 저하가 41회(73.2%)로 가장 자주 사용한 간호진단으로 나타났고, 그 다음으로는 가족 대응장애 및 가족 기능장애가 각각 36회, 35회로 많이 나타났다. 무력감 및 보호자의 역할 부담도 32회, 31회로 나타났다. 김(1998)에서 제일 많이 나타난 질병과정, 복용 약의 효과와 부작용에 관한 지식은 본 연구에서는 6순위로 나타났다. 김(1998)의 연구에서는 감각-지각의 변화가 각각 4회씩이었고, 불이행, 불안, 영양장애, 보호자의 역할부담이 각각 2회씩이었다. 1회씩만 나타난 간호진단으로 자해의 위험성, 가족의 기능장애, 의사소통장애, 비효과적인 개인 대응 등이었다. 2회씩 나타난 간호진단 불이행, 불안, 영양장애, 보호자의 역할부담 중에서 영양장애는 건강 유지 능력의 변화에서 포함시킬 수 있고, 지역사회 내에 살고 있는 정신 질환 자들 대부분이 만성적인 정신건강 문제를 갖고 있어서 불안의 정도가 심하게 나타나는 경우가 드물기 때문에 김(1998)의 연구에서는 이 두 개의 진단을 제외시키기로 하였으나 본 연구에서는 '불안'이 '질병과정, 복용 약의 효과와 부작용에 관한 지식'과 함께 본 연구에서는 6순위로 나타났다. 따라서 실제로 지역사회에 거주하는 환자들의 경우 입원 당시보다는 많이 치료가 되었다고 하나 여전히 '불안'의 문제는 높게 나타나고 있어 김(1988)의 연구 결과에서처럼 배제하는 것은 무리한 것으로 나타났다. 김(1988)의 연구에서는 간호사들의 간호활동으로 대상

자들의 치료적인 경과에 직접적인 영향을 줄 수 있고, 간호활동내용도 비교적 용이하여 지역사회의 많은 간호사들이 많이 활용할 수 있다고 판단된 불이행에 대한 간호중재를 나중에 추가하였는데, 본 연구에서 불이행은 13회(23.2%)로 나타났다<표 2>.

<표 3>에서는 '기타'로 김(1998)의 연구에 포함되기 어려운 간호진단을 추가한 내용이다. 여기에서 가장 많이 나타난 진단은 사회적응장애가 35회(62.5%), 역할수행장애 28회(50.0%), 만성적 자궁심 저하 22회(39.3%), 자아정체성장애 14회(25.0%)의 순으로 나타났으며, 이는 표2의 결과와 비교할 때, 시사하는 바가 크다. 즉 사회적응장애가 35회(62.5%), 역할수행장애 28회(50.0%) 등은 표 2에서 1 순위에서 6 순위 내로 많이 나온 진단들만큼 빈번한 회수를 나타내어서, 김(1998)의 연구대로 중재 프로토콜을 확정하기에는 비중이 크다고 하겠다. 특히 표 3에서 최다 빈도를 나타낸 '사회적응장애' 및 '역할수행장애'는 실제 지역사회에서 대상자의 정신사회재활을 다루는 핵심 개념으로서 김(1998)의 연구에서 이 진단 개념들이 배제된 것은 다시 고려해야 할 사항이라고 사료되는 바이다. 또 변비 7회(12.5%), 성문제 호소 5회(8.9%)도 대상자들이 호소하는 의미있는 진단들이다. 이외에도 신체적인 증상으로 만성통증·피로가 각 3회(5.4%)로, 이동능력장애·배회·영양과다·오심·피부손상위험성들이 각각 1회씩으로(1.8%) 나타

&lt;표 2&gt; 대상자의 사례관리보고서를 통한 간호진단 분포

(N=56)

진단	빈도 (백분율)
질병과정, 복용약의 효과와 부작용에 관한 지식	26(46.4)
사회적 고립	15(26.8)
가족 대응장애	36(64.3)
건강유지능력 변화	6(10.7)
사고과정장애	24(42.3)
자존감 저하	41(73.2)
무력감	32(57.1)
감각-지각 변화	19(33.9)
불이행	13(23.2)
보호자의 역할 부담	31(55.4)
불안	26(46.4)
영양 장애	5(8.9)
자해 위험성	5(8.9)
가족기능장애	35(62.5)
의사 소통 장애	17(30.4)
잠재적 낙상 가능성과 관련된 신체손상 위험성	13(23.2)
비효율적 개인 대응	25(44.6)

%: 대상자 56명 기준임,  
자료는 중복처리함.

&lt;표 3&gt; 기타 간호진단

간호진단	횟수(N)	백분율 (%)	간호진단	횟수(N)	백분율 (%)
사회적응장애	35	62.5	방어적 대응	2	3.6
역할수행장애	28	50.0	부모역할갈등	2	3.6
만성적 자궁심저하	22	39.3	비효율적 부정	2	3.6
자아 정체성장애	14	25.0	상황적 자궁심저하	2	3.6
비효율적 가정관리	10	17.9	영양부족	2	3.6
부모역할장애	9	16.1	절망감	2	3.6
가족의 비효율적 대응	9	16.1	지식 부족	2	3.6
자가간호결핍	9	16.1	환경변화 부적응 증후군	2	3.6
두려움	9	16.1	건강상해증후군	1	1.8
신체상 장애	8	14.3	기도흡인위험성	1	1.8
변비	7	12.5	보행장애	1	1.8
폭력위험성	6	10.7	* 배회	1	1.8
방어능력저하	5	8.9	슬픔의 기대반응	1	1.8
성문제 호소	5	8.9	성장불균형 위험성	1	1.8
치료요법의 비효율적 이행	5	8.9	언어소통장애	1	1.8
수면장애	5	8.9	외상 후 반응	1	1.8
활동의 지속성장애 위험성	5	8.9	* 영적 고뇌 위험성	1	1.8
절망감	4	7.1	영적 고뇌	1	1.8
의사결정 갈등	4	7.1	이동능력 장애	1	1.8
부모역할장애 위험성	3	5.4	운동장애	1	1.8
*부모애착장애 위험성	3	5.4	영양과다	1	1.8
만성통증	3	5.4	* 오심	1	1.8
활동의 지속성장애	3	5.4	피부손상위험성	1	1.8
피로	3	5.4	환경인지 장애 증후군	1	1.8
가족 대응의 발전가능성	2	3.6			

\* 대한간호협회의 한글명명화 작업이후 NANDA에서 발표된 간호진단을 수정 보완한 것13).

% : 대상자 56명 기준임

자료는 중복처리함.

났으나 증상이 다양하여 포괄할 수 있는 용어로 단순화시키는 작업도 필요하다고 사료된다. 그 일환으로 기타에서 영양부족 및 영양과다는 영양장애로 분류하여 표2에 포함시키는 것이 타당하다고 보인다.

## 2. 인구사회학적인 특성과 간호진단 :

대상자의 등록장소, 경제상태, 연령, 성별, 학력, 결혼상태, 가족과 동거여부, 질병기간, 진단 명에 따른 간호진단의 분포를 김(1998)의 틀에 따라 각각 <표 4>, <표5>, <표6>, <표7>, <표8>, <표9>, <표10>, <표11> 및 <표12>로 제시하였는데 이는 김(1998)의 간호중재프로토콜과 본 연구결과를 비교하여 적용하

는데 개선점이 있는지를 모색하기 위함이다..

### 1) 등록장소

<표 4>에서 대부분의 대상자는 센터에 등록하고 있는데(66.1%), 센터에 다니는 대상자들중에 가장 많이 사용된 간호진단은 '자존감 저하' 및 '가족기능장애', '가족대응장애' 및 '보호자 역할부담'으로 주로 가족적인 측면에서 간호진단이 내려졌고, 보건소에서는 '자존감 저하', '가족대응장애', '보호자 역할부담' 및 '무력감'의 순으로 나타났다. 이는 재가 정신질환자에게도 여전히 존재하는 것으로 나타나고 있어서 가정방문을 통한 사례관리 시에도 계속적으로 관심을 가져야하는 중상관리분야라고 할 수 있겠다.

&lt;표 4&gt; 대상자 등록 장소에 따른 간호진단 양상 (N=56)

진단	병원		요양시설		보건소		센터	
	N	%	N	%	N	%	N	%
질병과정, 복용약의 효과와 부작용에 관한 지식	2	3.57	0.00	6	10.71	18	32.14	
사회적 고립	2	3.57	0.00	4	7.14	9	16.07	
가족 대응장애	2	3.57	1	1.79	9	16.07	24	42.86
건강유지능력 변화		0.00	1	1.79	1	1.79	5	8.93
사고과정장애	4	7.14	1	1.79	5	8.93	14	25.00
자존감 저하	3	5.36	1	1.79	12	21.43	25	44.64
무력감	4	7.14	1	1.79	8	14.29	19	33.93
감각-지각 변화	4	7.14	0.00	5	8.93	9	16.07	
불이행	1	1.79	0.00	2	3.57	10	17.86	
보호자의 역할 부담	2	3.57	1	1.79	8	14.29	20	35.71
불안	2	3.57	1	1.79	6	10.71	17	30.36
영양 장애		0.00	0.00	1	1.79	4	7.14	
자해 위험성	1	1.79	0.00	3	5.36	1	1.79	
가족기능장애	2	3.57	1	1.79	7	12.50	25	44.64
의사 소통 장애	2	3.57	1	1.79	4	7.14	10	17.86
잠재적 낙상 가능성과 관련된 신체손상 위험성	1	1.79	0.00	6	10.71	6	10.71	
비효율적 개인 대응	2	3.57	1	1.79	5	8.93	17	30.36

대상자 56명 기준임

자료는 중복처리함.

## 2) 경제상태

<표5>에서 보면 수입이 50만원 이하인 극빈 층의 경우, 가족 대응 장애·자존감 저하와 보호자의 역할 부담 및 가족기능 장애가 가장 많이 나타났다. 151만 원 이상의 수입을 나타낸 경우에도 여전히 가족 대응 장애·가족기능 장애가 가장 많이 나타나서 가족구 성원이 환자일 때 수입의 규모와 별도로 다른 가족원 들과 원만하지 못한 관계를 나타냄을 알 수 있었으며 이는 다른 그룹에서도 유사한 결과를 나타냈다. 따라서 대상자에 대한 사례관리 또는 가정방문을 통한 돌봄 시 가족의 문제를 함께 숙고할 필요가 있다고 본다.

## 3) 연령

<표6>에서 보면 50대 이하의 연령에서 나타난 양상은 <표2>에서 나타난 것과 유사하게 '자존감 저하', '가족대응 및 기능장애', '보호자의 역할부담', '의사소 통장애', '무력감'들이 많은 빈도를 나타내고 있다.

## 4) 성별

<표7>에서 보면 성별에 따른 간호진단 양상은 남자의 경우, '질병과정, 복용약의 효과와 부작용에 관한 지식', '자존감 저하', '가족대응장애'의 순서로 나타났는데 비해, 여자들의 경우는 '자존감 저하', '가족 대응 및 기능 장애'의 순서로 나타났다.

## 5) 학력

<표8>에서 보면 학벌에 큰 영향을 받지 않고 대체적으로 각 그룹에서 나온 결과는 <표2>의 결과와 유사했다. 초졸 이하는 '가족대응장애' 및 '보호자의 역할부담', '가족기능장애'의 순서로 나타났고, 중졸, 고졸에서는 각각 '보호자의 역할부담'·'가족대응장애'·'자존감 저하'와 '자존감 저하'·'가족기능장애'·'가족대응장애'로 나타났다. 대졸이상의 경우는 '질병과정, 복용약의 효과와 부작용에 관한 지식', '자존감 저하'가 가장 많은 빈도를 나타냈다.

<표 5> 경제상태에 따른 간호진단 양상 (N=56)

진단	50만원이하		51-100만원		101-150만원		151-200만원		200만원초과	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
질병과정, 복용약의 효과와 부작용에 관한 지식	6	10.71	5	8.93	5	8.93	4	7.14	1	1.79
사회적 고립	7	12.50	2	3.57	2	3.57	3	5.36		0.00
가족 대응장애	14	25.00	6	10.71	5	8.93	6	10.71	2	3.57
건강유지능력 변화	1	1.79		0.00	1	1.79	1	1.79	2	3.57
사고과정장애	9	16.07	1	1.79	6	10.71	2	3.57	2	3.57
자존감 저하	14	25.00	8	14.29	6	10.71	4	7.14	3	5.36
무력감	11	19.64	6	10.71	3	5.36	6	10.71	2	3.57
감각-지각 변화	8	14.29	3	5.36	4	7.14	1	1.79	1	1.79
불이행	4	7.14	4	7.14	2	3.57	2	3.57		0.00
보호자의 역할 부담	13	23.21	7	12.50	3	5.36	3	5.36	1	1.79
불안	10	17.86	3	5.36	5	8.93	3	5.36	1	1.79
영양 장애	3	5.36	1	1.79		0.00	1	1.79		0.00
자해 위험성	1	1.79		0.00	2	3.57		0.00	2	3.57
가족기능장애	13	23.21	7	12.50	5	8.93	4	7.14	1	1.79
의사 소통 장애	5	8.93	2	3.57	5	8.93	3	5.36	1	1.79
잠재적 낙상 가능성과 관련된 신체손상 위험성	5	8.93	1	1.79	4	7.14	2	3.57		0.00
비효율적 개인 대응	7	12.50	4	7.14	6	10.71	3	5.36	2	3.57

대상자 56명 기준임

자료는 중복처리함.

<표 6> 대상자 연령에 따른 간호진단 양상 (N=56)

진단	30세이하		31-40세		41-50세		51-60세		60세이상	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
질병과정, 복용약의 효과와 부작용에 관한 지식	8	14.29	11	19.64	6	10.71	1	1.79		0.00
사회적 고립	4	7.14	3	5.36	6	10.71		0.00	2	3.57
가족 대응장애	13	23.21	10	17.86	12	21.43		0.00	1	1.79
건강유지능력 변화	3	5.36	2	3.57	1	1.79		0.00		0.00
사고과정장애	8	14.29	10	17.86	5	8.93	1	1.79		0.00
자존감 저하	16	28.57	14	25.00	9	16.07	1	1.79	1	1.79
무력감	9	16.07	12	21.43	9	16.07		0.00	2	3.57
감각-지각 변화	4	7.14	8	14.29	6	10.71	1	1.79		0.00
불이행	2	3.57	6	10.71	4	7.14	1	1.79		0.00
보호자의 역할 부담	9	16.07	10	17.86	11	19.64		0.00	1	1.79
불안	9	16.07	9	16.07	7	12.50		0.00	1	1.79
영양 장애	1	1.79	1	1.79	2	3.57		0.00	1	1.79
자해 위험성	1	1.79	2	3.57	1	1.79	1	1.79		0.00
가족기능장애	13	23.21	9	16.07	11	19.64		0.00	2	3.57
의사 소통 장애	5	8.93	6	10.71	5	8.93	1	1.79		0.00
잠재적 낙상 가능성과 관련된 신체손상 위험성	1	1.79	4	7.14	6	10.71	1	1.79	1	1.79
비효율적 개인 대응	10	17.86	7	12.50	7	12.50	1	1.79		0.00

56명 기준임

자료는 중복처리함.

&lt;표 7&gt; 대상자 성별에 따른 간호진단 양상

(N=56)

진단	남		여	
	N	%	N	%
질병과정, 복용약의 효과와 부작용에 관한 지식	19	33.93	17	30.36
사회적 고립	7	12.50	8	14.29
가족 대응장애	16	28.57	20	35.71
건강유지능력 변화	3	5.36	3	5.36
사고과정장애	12	21.43	12	21.43
자존감 저하	17	30.36	24	42.86
무력감	13	23.21	19	33.93
감각-지각 변화	11	19.64	8	14.29
불이행	5	8.93	8	14.29
보호자의 역할 부담	14	25.00	17	30.36
불안	8	14.29	18	32.14
영양 장애	2	3.57	3	5.36
자해 위험성	2	3.57	3	5.36
가족기능장애	15	26.79	20	35.71
의사 소통 장애	8	14.29	9	16.07
잠재적 낙상 가능성과 관련된 신체손상 위험성	4	7.14	9	16.07
비효율적 개인 대응	11	19.64	4	7.14

대상자 56명 기준임

자료는 중복처리함.

&lt;표 8&gt; 대상자 학력에 따른 간호진단 양상

(N=56)

진단	초졸이하		중졸		고졸		대학이상	
	N	%	N	%	N	%	N	%
질병과정, 복용약의 효과와 부작용에 관한 지식	6	10.71	3	5.36	13	23.21	4	7.14
사회적 고립	6	10.71	3	5.36	6	10.71	0	0.00
가족 대응장애	11	19.64	6	10.71	16	28.57	3	5.36
건강유지능력 변화	0.00	0.00	2	3.57	3	5.36	1	1.79
사고과정장애	7	12.50	2	3.57	12	21.43	3	5.36
자존감 저하	9	16.07	6	10.71	22	39.29	4	7.14
무력감	8	14.29	5	8.93	16	28.57	3	5.36
감각-지각 변화	7	12.50	0.00	0.00	9	16.07	3	5.36
불이행	4	7.14	2	3.57	5	8.93	2	3.57
보호자의 역할 부담	11	19.64	7	12.50	10	17.86	3	5.36
불안	7	12.50	2	3.57	15	26.79	2	3.57
영양 장애	1	1.79	1	1.79	3	5.36	0	0.00
자해 위험성	0.00	0.00	1	1.79	4	7.14	0	0.00
가족기능장애	10	17.86	5	8.93	18	32.14	2	3.57
의사 소통 장애	6	10.71	2	3.57	7	12.50	2	3.57
잠재적 낙상 가능성과 관련된 신체손상 위험성	8	14.29	1	1.79	4	7.14	0	0.00
비효율적 개인 대응	6	10.71	5	8.93	12	21.43	2	3.57

대상자 56명 기준임

자료는 중복처리함.

&lt;표 9&gt; 결혼상태에 따른 간호진단 양상 (N=56)

진단	기혼		미혼		이혼		기타	
	N	%	N	%	N	%	N	%
질병과정, 복용약의 효과와 부작용에 관한 지식	10	17.86	13	23.21	2	3.57	1	1.79
사회적 고립	6	10.71	7	12.50	0	0.00	2	3.57
가족 대응장애	10	17.86	21	37.50	4	7.14	2	3.57
건강유지능력 변화	1	1.79	5	8.93	0	0.00	0	0.00
사고과정장애	5	8.93	16	28.57	3	5.36	0	0.00
자존감 저하	10	17.86	23	41.07	5	8.93	3	5.36
무력감	11	19.64	16	28.57	4	7.14	3	5.36
감각-지각 변화	3	5.36	12	21.43	3	5.36	1	1.79
불이행	6	10.71	5	8.93	1	1.79	1	1.79
보호자의 역할 부담	7	12.50	19	33.93	4	7.14	1	1.79
불안	9	16.07	11	19.64	4	7.14	2	3.57
영양 장애	3	5.36	1	1.79	0	0.00	1	1.79
자해 위험성	4	7.14	1	1.79	0	0.00	0	0.00
가족기능장애	10	17.86	20	35.71	3	5.36	2	3.57
의사 소통 장애	7	12.50	8	14.29	2	3.57	0	0.00
잠재적 낙상 가능성과 관련된 신체손상 위험성	8	14.29	1	1.79	3	5.36	1	1.79
비효율적 개인 대응	10	17.86	12	21.43	2	3.57	1	1.79

대상자 56명 기준임

자료는 중복처리함.

&lt;표 10&gt; 가족과 동거유무에 따른 간호진단양상 (N=56)

진단	가족과 동거		독거	
	N	%	N	%
질병과정, 복용약의 효과와 부작용에 관한 지식	25	44.64	1	1.79
사회적 고립	13	23.21	2	3.57
가족 대응장애	35	62.50	1	1.79
건강유지능력 변화	5	8.93	1	1.79
사고과정장애	23	41.07	1	1.79
자존감 저하	39	69.64	2	3.57
무력감	30	53.57	2	3.57
감각-지각 변화	18	32.14	1	1.79
불이행	13	23.21	0	0.00
보호자의 역할 부담	29	51.79	2	3.57
불안	23	41.07	3	5.36
영양 장애	5	8.93	0	0.00
자해 위험성	5	8.93	0	0.00
가족기능장애	32	57.14	3	5.36
의사 소통 장애	17	30.36	0	0.00
잠재적 낙상 가능성과 관련된 신체손상 위험성	12	21.43	1	1.79
비효율적 개인 대응	25	44.64	0	0.00

대상자 56명 기준임

자료는 중복처리함.

&lt;표 11&gt; 질병 기간에 따른 간호진단 양상

(N=56)

진단	5년이내		6-10년		11-20년		21-30년	
	N	%	N	%	N	%	N	%
질병과정, 복용약의효과와 부작용에 관한 지식	8	14.29	9	16.07	7	12.50	2	3.57
사회적 고립	5	8.93	5	8.93	4	7.14	1	1.79
가족 대응장애	12	21.43	9	16.07	12	21.43	3	5.36
건강유지능력 변화	2	3.57	2	3.57	2	3.57		0.00
사고과정장애	7	12.50	8	14.29	7	12.50	2	3.57
자존감 저하	14	25.00	12	21.43	12	21.43	3	5.36
무력감	9	16.07	11	19.64	9	16.07	3	5.36
감각-지각 변화	5	8.93	4	7.14	7	12.50	3	5.36
불이행	3	5.36	4	7.14	4	7.14	2	3.57
보호자의 역할 부담	6	10.71	10	17.86	13	23.21	2	3.57
불안	9	16.07	9	16.07	8	14.29		0.00
영양 장애		0.00	3	5.36	2	3.57		0.00
자해 위험성	2	3.57	1	1.79	1	1.79	1	1.79
가족기능장애	12	21.43	11	19.64	11	19.64	1	1.79
의사 소통 장애	8	14.29	4	7.14	4	7.14	1	1.79
잠재적 낙상 가능성과 관련된 신체손상 위험성	5	8.93	2	3.57	5	8.93	1	1.79
비효율적 개인 대응	7	12.50	8	14.29	9	16.07	1	1.79

대상자 56명 기준임

자료는 중복처리함.

&lt;표 12&gt; 진단명에 따른 간호진단 양상

(N=56)

진단	정신분열증		기분장애		기타	
	N	%	N	%	N	%
질병과정, 복용약의 효과와 부작용에 관한 지식	20	35.71	3	5.36	3	5.36
사회적 고립	8	14.29	3	5.36	4	7.14
가족 대응장애	27	48.21	4	7.14	5	8.93
건강유지능력 변화	3	5.36	2	3.57	1	1.79
사고과정장애	22	39.29	1	1.79	1	1.79
자존감 저하	29	51.79	7	12.50	5	8.93
무력감	21	37.50	5	8.93	6	10.71
감각-지각 변화	18	32.14		0.00	1	1.79
불이행	8	14.29	3	5.36	2	3.57
보호자의 역할 부담	23	41.07	4	7.14	4	7.14
불안	17	30.36	7	12.50	2	3.57
영양 장애	1	1.79	2	3.57	2	3.57
자해 위험성	3	5.36	1	1.79	1	1.79
가족기능장애	24	42.86	6	10.71	5	8.93
의사 소통 장애	12	21.43	2	3.57	3	5.36
잠재적 낙상 가능성과 관련된 신체손상 위험성	8	14.29	3	5.36	2	3.57
비효율적 개인 대응	16	28.57	5	8.93	4	7.14

대상자 56명 기준임

자료는 중복처리함.

### 6) 결혼상태

<표9>에서 보면 미혼, 이혼 또는 기타의 경우에서는 '자존감 저하'가 최다 빈도를 나타내는데 반해 기혼의 겨우는 '무력감'이 가장 많았다.

### 7) 가족과 동거여부

<표10>에서 가족과 동거유무에 따른 간호진단양상을 보면 '자존감 저하'에 이어 '가족대응장애' 및 '가족기능장애'가 많은 빈도 수를 나타냈으며, 혼자 사는 경우에는 '불안' 및 '가족기능장애'가 많은 것으로 나타났다.

### 8) 질병기간

<표11>에서 질병기간에 따른 간호진단 양상은 5년 이내와 10년 이내에서 '자존감 저하'가 가장 많았으나, 20년 이내의 발병 기간에서는 '보호자의 역할부담'이 더 많은 것으로 나타났다. 그러나 '자존감 저하'는 20년 이상 30년 이하에서도 여전히 '가족대응장애' 및 '무력감'과 함께 여전히 많은 빈도를 나타내고 있어서 오랜 질병 기간 동안 내내 대상자들의 마음 속에 차지하고 있는 부정적인 측면의 한 요소임을 알 수 있다. 따라서 자존감을 회복시킬 수 있는 다양한 프로그램의 개발이 이루어져서 효과적으로 가정간호 또는 사례관리시 적용이 되는 것이 바람직하다고 보겠다.

### 9) 진단 명

<표12>에서 정신분열증의 경우는 '자존감 저하' '가족대응장애' '가족기능장애'가 많은 빈도 수를 나타냈으며, 기분장애에서는 '불안' '자존감 저하' 및 '가족기능장애'가 많은 것으로 나타났다. 이는 질병의 특성과도 무관하지 않으리라고 사료된다.

## IV. 결론 및 제언

본 연구에서는 2001년 3월부터 2003년 3월까지 D 지역의 K 대학 정신보건간호사 수련과정에 등록된, 당시 예비 정신전문간호사 수련생들 56명에 의해 이루어진 사례관리보고서의 내용을 중심으로 분류하였다.

본 연구의 대상자로 참여한 수는 영남지역의 보건소, 센터, 기타 병원 및 시설에 등록된 56 명의 정신질환자들이다. 사례관리 당시에 진단명이 정신분열증이나 조울증 또는 소수의 기타로 파악된 환자, 자혜나 타해의 위험이 없는 환자, 사례관리가 가능한 환자로 선정하였다. 방문시 환자를 포괄적으로 사정하여 간호과정을 적용하고 간호진단을 내렸으며, 또한 사례관리시 각각의 간호진단에 따른 간호중재도 실시하였다.

간호진단에 대한 분석은 정신과 임상경험이 3년 이

상인 수련 받은 정신전문간호사 1인이 집중적으로 분석하였고, 객관성을 위해 정신과 임상실습을 담당하고 있는 대학원 박사과정생 1인이 함께 분석하였으며 일치하지 않은 경우에는 충분한 의견수렴을 하여 일치시켰다. 연구의 기간 중 대상자별 가정방문 횟수는 1~5회 방문이 13명(23.2%)으로 나타났고, 6회~10회 방문이 36명(64.3%)으로 대부분을 차지하였다. 11회 이상 15회까지도 7명(12.5%)으로 나타났다. 56명의 대상자들에게서 파악된 간호진단은 대부분이 정신분열증으로 나타났으며(75%), 기분장애가 14.3%, 기타가 5.4%로 나타났다. 자존감 저하가 41회(73.2%)로 가장 자주 사용한 간호진단으로 나타났고, 그 다음으로는 가족 대응장애 및 가족 기능장애가 각각 36회, 35회로 많이 나타났다. 무력감 및 보호자의 역할부담도 32회, 31회로 나타났다.

이상의 결과를 통해 볼 때, 도구의 세련화를 위하여 본 연구에서는 다음과 같이 수정 및 보완이 되도록 제언하고자 한다.

1. 우선 진단에 사용된 어의에 대한 분석이 명확히 이루어져야 한다. 따라서 용어를 구체적이면서 포괄하는 용어를 개발하되, 비슷한 개념끼리 중복되는 경우에는 범위를 명확히 제한해서 개발하는 것이 바람직하다고 본다.
2. 간호진단 범위 내에 반드시 정신사회재활의 측면을 다루는 개념이 포함되어야 한다.
3. 추후의 반복연구를 통하여 간호진단을 명확히 하는 이론 작업이 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

## 참 고 문 헌

1. 김소야자, 남경아. 만성정신질환자의 가정간호 사례연구. 정신간호학회지 1997;7(1):35-47
2. 김진선. 암환자 퇴원시 가정간호사업 이용의사와 요인조사연구. 연세대학교 석사학위논문, 1988.
3. 김모임·김의숙·유호신·추수경·이규식·이종길. 입원환자의 가정간호 의뢰일 추정과 진료비 분석에 관한 연구. 간호학 탐구. 1991;2(1):151-178.
4. 김용순·임영신·전총영·이정자·박지원. 가정간호 사업에 대한 의사, 간호사, 진료관련 부서지권 및 환자의 인식 비교. 대한간호. 1990;29(2):48-65
5. 박상연, 김미예, 김상순. 만성질환자의 가정간호 요구 및 실태. 경북간호과학지. 1997;11(1):35-47
6. 김소야자, 현명선, 성경미, 공성숙. 입원한 정신질환자 가족의 가정간호 요구도와 가족 부담감. 대한간호학회지. 1993;32(3):68-86
7. 김선아. 재가 정신질환자를 위한 가정간호 중재 프로토콜 개발. 정신간호학회지. 1998;8(2):291-304
8. Carson VB. Psychiatric home health service in

- edited by Burgess. Advanced practice psychiatric nursing. Stanford: Appleton & Lange. 1998;91-100
9. Lima B. In-home psychiatric nursing: the at-home mental health proram. *Caring Magazine*. 1995;31:14-20
  10. Morris M. Patients' perceptions of psychiatric home care. *Archives of psychiatric nursing*. 1996;10(3):176-183
  11. Wasylewski D, Gehrs M, Goering P, Toner B. A home-based program for the treatment of acute psychosis. *Community mental health journal*. 1997;33(2):151-162
  12. NANDA. Nursing diagnoses: definitions & classification 2001-2002. Philadelphia PA, 2001.
  13. 고성희, 김명애, 이영희, 김현경. 포켓 간호진단 가이드. 현문사, 서울, 2002.