

2017년 한국성인간호학회
추계학술대회 및 정기총회

**심리·사회·영적
간호역량 강화를 위한
성인간호학적 접근**

Enhancing psycho-social-spiritual care competency
in adult nursing

일시 : 2017년 11월 24일(금) 13:00~17:50

장소 : 전남대학교 의과대학 덕재홀(학동캠퍼스)





| 인사말 |

한국성인간호학회 회원 제위께

본 동계학술대회와 정기총회를 통하여 22대 임원진이 2년의 임기를 성공적으로 마칠 수 있도록 협력해주신 모든 회원님들께 머리 숙여 감사드립니다.

본 학회가 1971년에 발족하여 올해로 46주년을 맞게 되었습니다.

오늘 정기총회를 통하여 23대 김희경 회장님과 임원진을 새로이 맞이하게 됩니다. 본 학회 정회원수는 매해 증가하여 현재 1,500여명(평생회원 802명)의 학회로서 한국간호과학회를 구성하는 제1 간호학술단체로서의 위상을 정립해 나가고 있음을 자부합니다.

금년에도 상임위원회별로 괄목할만한 사업성과를 이루었습니다.

학술위원회는 젊은 우수연구자들을 발굴하여 지원하였고, 교수와 임상 회원들의 요구에 부응하여 금년 추계학술대회 주제는 '심리·사회·영적 간호역량 강화를 위한 성인간호학적 접근(Enhancing psycho-social-spiritual care competency in adult nursing)'로 여러분들을 모시게 되었습니다.

출판위에서는 7년 만에 대한의학학술지 편집인협의회(의편집) 주관 학술지(KJAN) 재평가를 받고 KoMCI를 유지하게 되었으며 더욱 향상된 전문학술지로서의 위상을 갖추고 학술지 인용지수(IF)를 높임으로써 우리 연구자 회원들에게 유익이 되돌아가도록 지속적인 노력을 경주하게 될 것입니다. 물론 과총에서 시행하는 학술지 평가를 앞두고 있으며 좋은 성과급을 받으리라 기대합니다.

교육위원회의 '문항개발 워크숍'이 성료하였고 회원들로부터 좋은 피드백을 받았습니다. 또한 '학습역량평가 모의고사' 문항개발이 완료되어 대학마다 신청 사용하고 있습니다. 국가시험 대비 문제집 발간 작업은 내년 3월 출판을 예정하고, 작년에 이어 기존 문항을 본 학회 교육위 주관으로 21-22대에 걸쳐서 개정한 '성인간호학 학습목표 (2017. 10 발간)'에 맞추어 새롭게 계속적으로 수정 개발해 나갈 계획입니다.



홍보위원회에서는 년 2회 국·영문 뉴스레터에 게재할 학회 뉴스를 한국간호과 학회 뉴스레터에 제공해 왔으며 보건의료계와 회원들의 정보들을 게시하는 등의 업무를 조용히 담당하였습니다. 내년에는 홈페이지 단장과 함께 성인학회지(KJAN)의 새 단장을 할 것입니다. 서울지회를 포함한 7개 지회 조직이 본 학회 홈페이지 단장에 포함되어 모든 회원들이 홈페이지에서 본회와 지회의 다양한 소식들을 공유하면 좋겠습니다.

학술·연구·출판 영역의 윤리 규제가 강화되다보니 원치 않게 회원들의 연구 부적절 행위와 관련하여 윤리위원회에 회부된 건수들이 있어 왔고, 각 상임위원회 규정과 지회 회칙을 수정하고 개정하며 지역사회 요양시설의 고객들의 의료사고에 대하여 원고 진정 소송 건으로 법제위원장의 수고가 컸습니다.

본회가 계획한 사업 추진이 원활하게 진행되도록 총무이사, 회계이사 그리고 서기 이사님의 노고에 깊은 감사의 뜻을 전합니다.

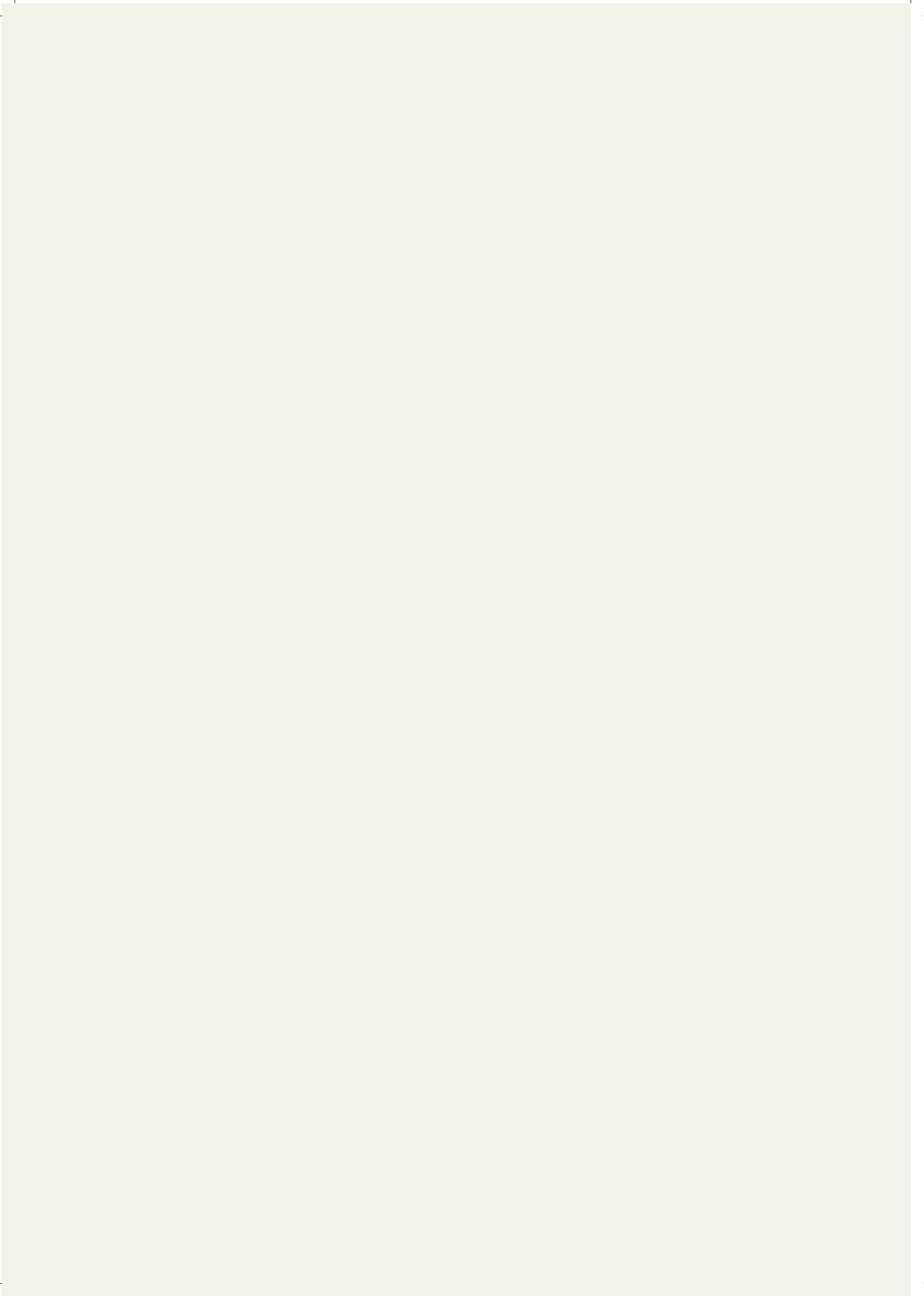
오늘 본 학술대회에 초청강사로 오신 탁월한 교육과 연구 분야에서 탁월한 전북대학교 김성렬 교수님과 삼육대학교 강경아 교수님 그리고 임상전문가이신 세브란스 병원 김은성 간호차장님을 큰 박수로 환영합니다.

논문발표에 임하시고 또한 수상하신 연구자들을 진심으로 축하드립니다.

본 정기총회가 성료되며 신임 회장과 차기회장이 교체되는 자리를 뜻깊게 지켜주시기 바라며, 끝으로 회원 여러분의 건승과 학술 연구의 전진과 발전이 있으시기를 기원합니다.

2017년 11월 24일

한국성인간호학회장 **소 향 숙**



2017년 한국성인간호학회
추계학술대회 및 정기총회

**심리 · 사회 · 영적
간호역량 강화를 위한
성인간호학적 접근**



Enhancing psycho-social-spiritual care competency in adult nursing

사회 : 이지연 학술위원장 (충남대학교)

12:30~13:00	등록 및 포스터 부착	
13:00~13:10	개회사	소향숙 회장 (전남대학교, 한국성인간호학회장)
13:10~14:00	심리적 간호역량강화 : Type D 성격 간호연구 동향	김성렬 교수 (전북대학교 간호대학)
14:00~14:50	사회적 간호역량강화 : 중환자실에서의 Family engagement	김은성 간호차장 (세브란스병원 외과계중환자실)
14:50~15:10	Coffee Break	
15:10~16:00	영적 간호역량강화 : 의미중심모델기반 영적간호중재	강경아 교수 (삼육대학교 간호학과)
16:00~16:20	종합토의	
16:20~17:00	우수연구지원사업 발표 1 우수연구지원사업 발표 2 우수연구계획서 및 우수포스터 시상	강지영 (서울대학교 간호학 박사과정) 김남희 교수 (동의과학대학교 간호학과) 소향숙 회장 (전남대학교, 한국성인간호학회장)
17:00~17:50	한국성인간호학회 총회 폐 회	유성희 총무이사 (전남대학교) 소향숙 회장 (전남대학교, 한국성인간호학회장)

2017년 한국성인간호학회
추계학술대회 및 정기총회
**심리·사회·영적
간호역량 강화를 위한
성인간호학적 접근**



Enhancing psycho-social-spiritual care competency in adult nursing

심리적 간호역량강화: Type D 성격 간호연구 동향	09
사회적 간호역량강화: 중환자실에서의 Family engagement	29
영적 간호역량강화: 의미중심모델기반 영적간호중재	65
2016 연구지원사업 선정작 발표	99
포스터 발표	103

2017년 한국성인간호학회
추계학술대회 및 정기총회



**심리 · 사회 · 영적
간호역량 강화를 위한
성인간호학적 접근**

Enhancing psycho-social-spiritual care competency in adult nursing

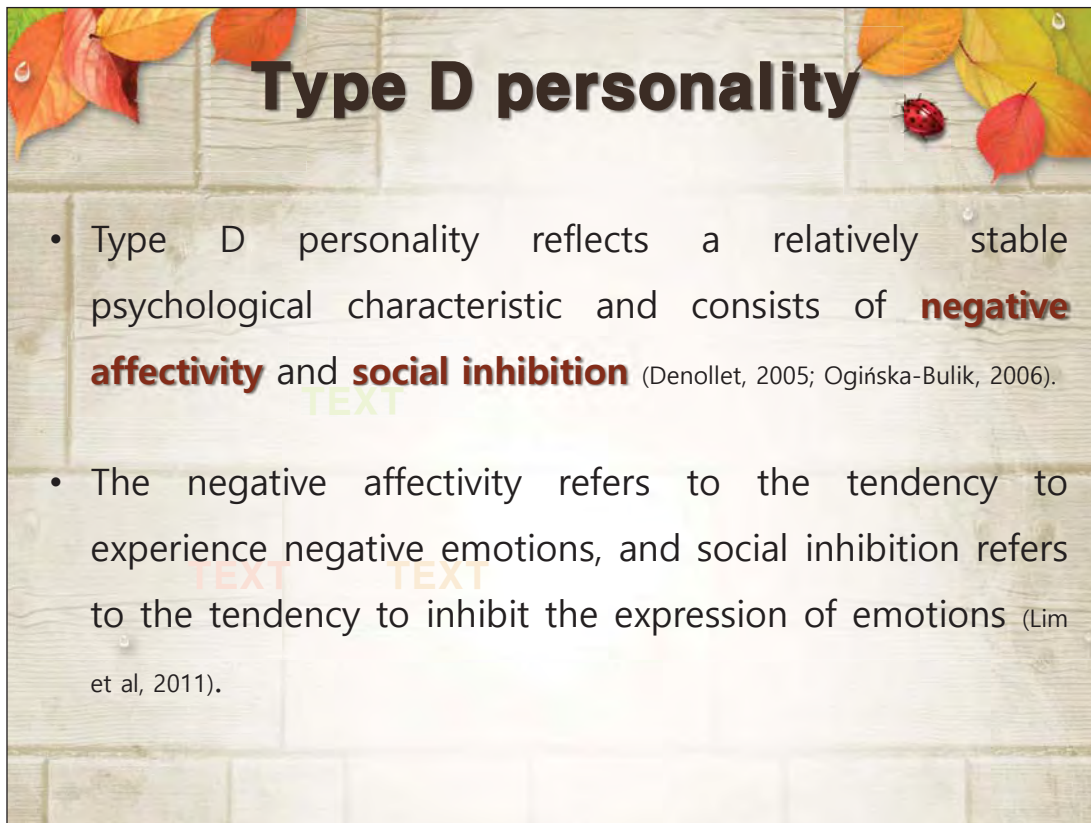
주제강연 ①

**심리적 간호역량강화:
Type D 성격 간호연구 동향**



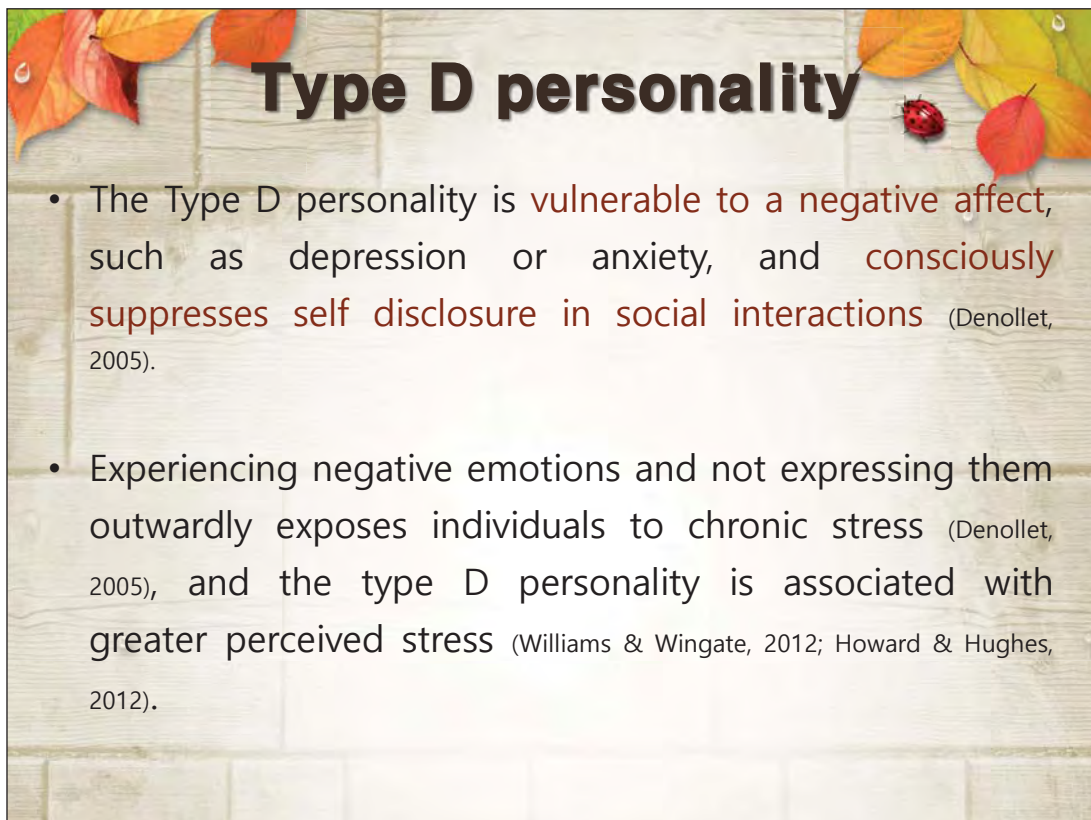
김 성 렬
(전북대학교 교수)





Type D personality

- Type D personality reflects a relatively stable psychological characteristic and consists of **negative affectivity** and **social inhibition** (Denollet, 2005; Ogińska-Bulik, 2006).
- The negative affectivity refers to the tendency to experience negative emotions, and social inhibition refers to the tendency to inhibit the expression of emotions (Lim et al, 2011).



Type D personality

- The Type D personality is **vulnerable to a negative affect**, such as depression or anxiety, and **consciously suppresses self disclosure in social interactions** (Denollet, 2005).
- Experiencing negative emotions and not expressing them outwardly exposes individuals to chronic stress (Denollet, 2005), and the type D personality is associated with **greater perceived stress** (Williams & Wingate, 2012; Howard & Hughes, 2012).

Type D personality

Association between Type D personality and physical health status

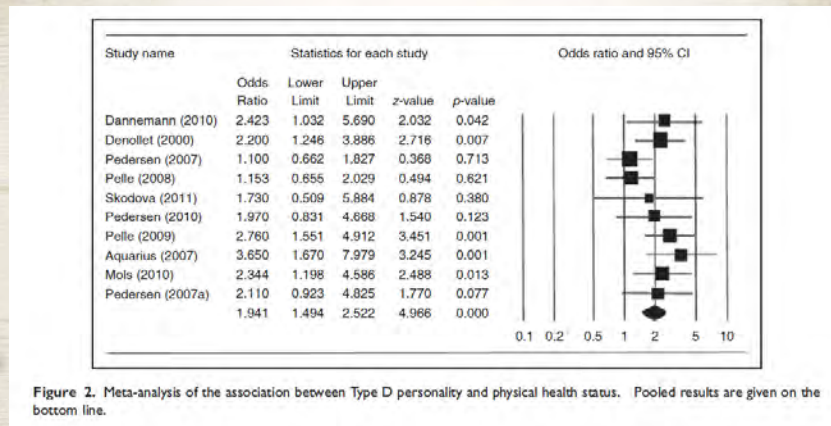


Figure 2. Meta-analysis of the association between Type D personality and physical health status. Pooled results are given on the bottom line.

Eur J Prev Cardiol. 2012;19(6):1373-80.

Type D personality

Association between Type D personality and mental health status

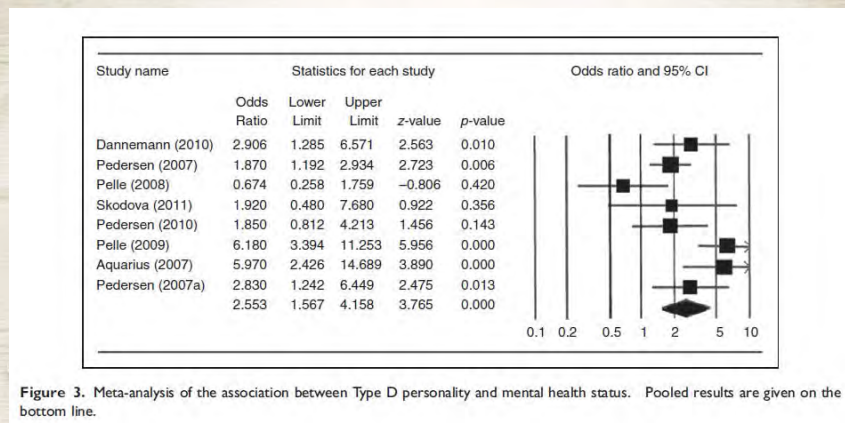
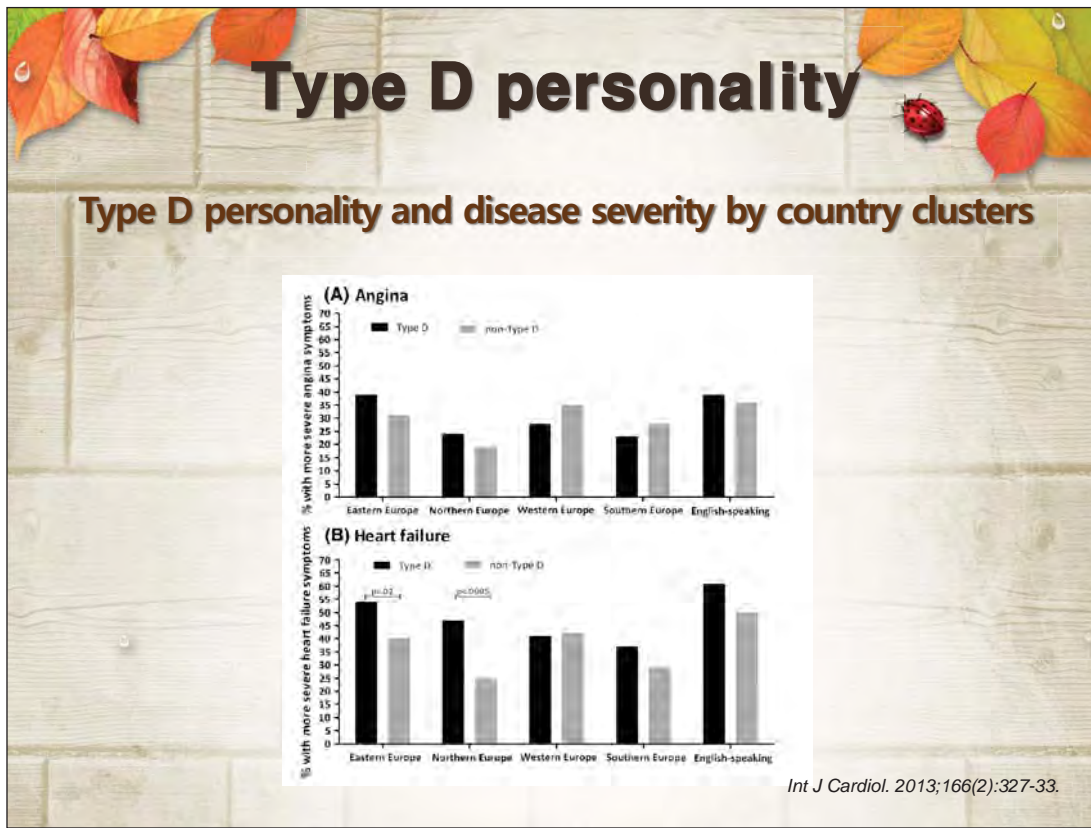


Figure 3. Meta-analysis of the association between Type D personality and mental health status. Pooled results are given on the bottom line.

Eur J Prev Cardiol. 2012;19(6):1373-80.



Type D personality in Asthma

- Asthma is considered to be heterogeneous because its predisposing factors, symptoms and reactions to treatment vary across patients (Lazarus 2010).
- Psychological factors such as depression, anxiety and stress are well known to be related to medical outcomes including asthma symptoms, asthma attack and hospitalization (Trueba & Ritz 2013).
- In particular, stress has been reported as an important factor that predisposes individuals to asthma or aggravates its symptoms (Turner Cobb & Steptoe 1998).
- Although the mechanism is not clear, stress has been estimated to increase inflammatory action and change sensitivity to infectious and systematic diseases by modifying the function of immune cells (Trueba & Ritz 2013).

Type D personality in Asthma

Comparison of symptom control and QoL between type D personality and non-type D personality

Table 2 Comparison of symptom control (ACT) and quality of life (A-QoL) between the type D personality group and non-type D personality group

Variables	Total Mean ± SD	Type D (n = 44) Mean ± SD	Non-type D (n = 100) Mean ± SD	z	p
Symptom control (ACT)	14.62 ± 3.86	16.97 ± 3.38	13.58 ± 3.60	-4.779	<0.001*
Quality of life (A-QoL)	2.79 ± 0.96	1.97 ± 0.84	3.15 ± 0.77	-6.834	<0.001*
Physical and social activities	2.69 ± 1.19	1.90 ± 1.18	3.03 ± 1.02	-5.296	<0.001*
Difficulties related to cough	3.06 ± 1.05	2.47 ± 1.10	3.32 ± 0.92	-4.992	<0.001*
Emotional status	3.09 ± 1.06	2.15 ± 1.14	3.50 ± 0.71	-6.937	<0.001*
Breath-related symptoms	2.82 ± 1.13	2.21 ± 1.24	3.10 ± 0.96	-4.195	<0.001*
Uncertain future	2.48 ± 1.30	1.46 ± 1.10	2.93 ± 1.11	-6.338	<0.001*
Environmental distress	2.40 ± 1.28	1.39 ± 1.07	2.84 ± 1.08	-6.258	<0.001*

ACT, Asthma Control Test; A-QoL, Asthma-specific quality of life.

*Tested using Mann-Whitney U test and ANCOVA (controlling duration of disease and number of oral medication).

J Clin Nurs. 2015;24(5-6):739-48.

Type D personality in Asthma

Factors influencing QoL in Asthma patients

Table 5 Factors influencing quality of life (A-QoL) according to forward stepwise multiple regression

Variables	Step1		Step2		Step3		Step4	
	B	t (p)	B	t (p)	B	t (p)	B	t (p)
Constant	5.309	23.335 (<0.001)	4.989	23.680 (<0.001)	4.904	24.642 (<0.001)	4.948	25.100 (<0.001)
ACT	-0.172	-11.410 (<0.001)	-0.135	-9.044 (<0.001)	-0.122	-8.592 (<0.001)	-0.121	-8.612 (<0.001)
Type D			-0.733	-5.934 (<0.001)	-0.751	-6.461 (<0.001)	-0.733	-6.390 (<0.001)
Hospitalisation experience within the previous one year					-0.631	-4.364 (<0.001)	-0.443	-2.671 (<0.001)
Lifetime hospitalisation experience							-0.262	-2.237 (<0.001)
Adjusted R ²	0.483		0.586		0.635		0.646	
F	130.186		98.835		80.917		63.725	
p	<0.001		<0.001		0.008		0.027	

A-QoL, Asthma-specific quality of life; ACT, Asthma Control Test.

J Clin Nurs. 2015;24(5-6):739-48.

Type D personality in general population

- Type D personality had a negative impact on the **mental health** (more symptoms of depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, and mental distress), **physical health** (more somatic complaints and lower health status), and **work-related problems** (higher levels of vital exhaustion, burnout, and work-related stress) in the general population (Mols & Denollet, 2010).

Type D personality in healthcare professionals

- Among healthcare professionals, type D personality subjects perceive their workplace as more stressful and manifest more mental distress symptoms than non-type D personality subjects do (Ogińska-Bulik, 2006).

Type D personality in nurse

Comparison of compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction, job stress, and job satisfaction between type D personality and non-type D personality

Table 2 Comparison of compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction, job stress, and job satisfaction between the type D and non-type D personality groups ($n = 875$).

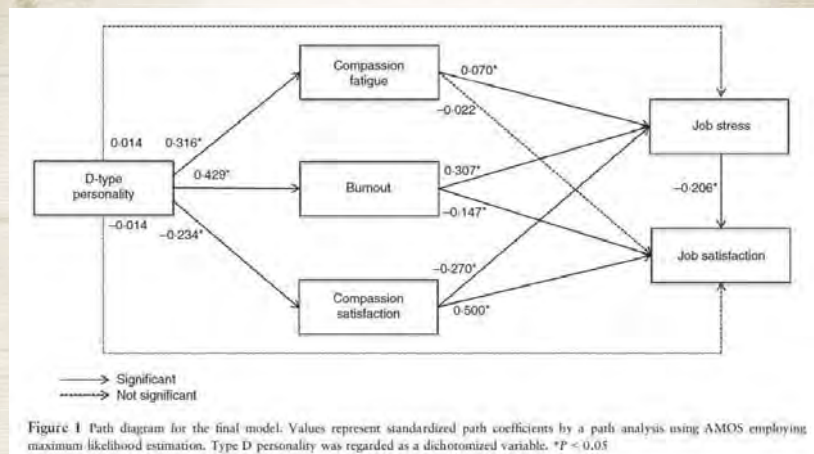
Variables	Total ($n = 875$) Mean (SD)	Type D Personality ($n = 322$), Mean (SD)	Non-type D Personality ($n = 553$), Mean (SD)	t	P
Compassion fatigue	25.64 (4.95)	27.68 (4.84)	24.45 (4.61)	-9.841	<0.001*
Burnout	28.65 (4.80)	31.40 (4.19)	27.06 (4.39)	-14.341	<0.001*
Compassion satisfaction	32.05 (5.61)	30.33 (5.24)	33.06 (5.59)	7.111	<0.001*
Job stress	57.64 (6.61)	59.66 (6.75)	56.47 (6.24)	-7.063	<0.001*
Job satisfaction	16.00 (3.27)	15.05 (3.35)	16.55 (3.09)	6.715	<0.001*

SD, standard deviation.
* $P < 0.001$.

J Adv Nurs. 2017;73(4):905-916.

Type D personality in nurse

Path diagram for the final model



J Adv Nurs. 2017;73(4):905-916.

Type D personality in nurse

Direct, indirect, total effect, and SMC of variables

Table 4 Standard direct, indirect, total effect, and SMC of variables on job stress and job satisfaction (n = 875)

Endogenous variables	Beta (P)				SMC
	Exogenous variables	Direct Effect	Indirect Effect	Total Effect	
Compassion fatigue	Type D personality	0.316 (0.002*)		0.316 (0.002*)	0.100
Burnout	Type D personality	0.429 (0.001**)		0.429 (0.001**)	0.184
Compassion satisfaction	Type D personality	-0.234 (0.001**)		-0.234 (0.001**)	0.155
Job stress	Type D personality	0.014 (0.664)	0.217 (0.001**)	0.231 (0.001**)	0.308
	Compassion fatigue	0.070 (0.047*)		0.070 (0.047*)	
	Burnout	0.307 (0.001**)		0.307 (0.001**)	
	Compassion satisfaction	-0.270 (0.001**)		-0.270 (0.001**)	
Job satisfaction	Type D personality	-0.014 (0.630)	-0.234 (0.001**)	-0.248 (0.001**)	0.538
	Compassion fatigue	-0.022 (0.452)	-0.014 (0.091)	-0.036 (0.226)	
	Burnout	-0.147 (0.001**)	-0.063 (0.001**)	-0.210 (0.001**)	
	Compassion satisfaction	0.500 (0.001**)	0.056 (0.001**)	0.556 (0.001**)	
	Job stress	-0.206 (0.001**)		-0.206 (0.001**)	

SMC, Squared multiple correlation.

*P < 0.05; **P < 0.01.

J Adv Nurs. 2017;73(4):905-916.

Type D personality in nurse

- The frequency of the type D personality varied with the level of clinical experience:
 - 36.9% ≤ 5 years
 - 35% with 5–10 years
 - 41% with 10–15 years
 - 40% with greater than 15 years ≤
- The type D personality is known to be characterized by a relatively stable psychosocial state; however, nurses' personalities may be altered over time as they are exposed to excessive stress induced by their working environments and personal attributes.

J Adv Nurs. 2017;73(4):905-916.

Type D personality in PD

- It is already known that personality traits influence individuals' perceptions of the overall impact of a disease on function and wellbeing (Pontone et al., 2017).
- Communication problems including hypophonia, reduced loudness, hoarseness, and imprecise articulation may reduce psychological and social functioning in PD (Takahashi, Kamide, Suzuki, Fukuda, 2016). Motor symptoms including dyskinesia, motor fluctuation, bradykinesia, and tremor may add to the difficulties in social relationships with others (Kim & Lee, 2013; Chapuis et al., 2005).
- In addition, depression and anxiety are common symptoms of PD (Sagna et al., 2014).

Type D personality in PD

Comparison of non-motor symptom and QoL between type D personality and non-type D personality

Table 2
Comparison of non-motor symptom and quality of life between the type D personality group and non-type D personality group.

Variables	Total (n = 196) Mean ± SD	Type D (n = 39) Mean ± SD	Non-type D (n = 157) Mean ± SD	z	p
Non-motor symptom	26.31 ± 14.74	38.74 ± 17.09	23.22 ± 12.34	-5.05	<.001
Cardiovascular	0.93 ± 1.52	1.54 ± 2.11	0.79 ± 1.30	-2.54	.011
Sleep/fatigue	6.19 ± 4.58	7.00 ± 4.17	5.99 ± 4.67	-1.55	.121
Mood/Cognition	4.87 ± 5.62	11.33 ± 7.09	3.26 ± 3.76	-7.13	<.001
Perceptual problems	0.73 ± 1.71	1.33 ± 2.34	0.59 ± 1.49	-2.19	.029
Attention/Memory	1.88 ± 2.81	2.79 ± 3.48	1.65 ± 2.58	-2.43	.015
Gastrointestinal	3.61 ± 3.49	4.44 ± 4.25	3.40 ± 3.25	-1.51	.130
Urinary	4.40 ± 5.06	5.46 ± 5.19	4.14 ± 5.00	-1.88	.060
Sexual dysfunction	0.60 ± 1.08	0.67 ± 0.93	0.59 ± 1.12	-0.88	.380
Miscellaneous	3.09 ± 3.02	4.18 ± 3.20	2.82 ± 2.92	-2.75	.006
Quality of life	24.68 ± 16.29	43.84 ± 15.46	19.92 ± 12.60	-7.41	<.001
Mobility	27.21 ± 26.26	48.85 ± 26.78	21.83 ± 23.77	-5.59	<.001
Activities of daily living	26.15 ± 24.15	44.77 ± 28.58	21.52 ± 20.55	-4.67	<.001
Emotional well-being	26.34 ± 21.13	55.34 ± 15.44	19.14 ± 15.41	-8.58	<.001
Stigma	20.82 ± 20.39	42.31 ± 19.84	15.49 ± 16.72	-6.87	<.001
Social support	11.09 ± 12.98	23.29 ± 13.40	8.07 ± 10.98	-6.35	<.001
Cognition	25.09 ± 18.69	37.02 ± 20.50	22.13 ± 17.02	-4.08	<.001
Communication	24.10 ± 21.96	41.24 ± 23.33	19.82 ± 19.43	-5.15	<.001
Bodily discomfort	28.87 ± 22.90	36.54 ± 23.46	26.96 ± 22.43	-2.29	.022

Geriatr Nurs. 2017;38(5):431-436.

Type D personality in PD

Factors affecting QoL in PD patients

Table 5
Factors affecting quality of life in PD patients by stepwise multiple regression.

Variables	Step1		Step2		Step3		Step4	
	B	t (p)	B	t (p)	B	t (p)	B	t (p)
(Constant)	6.34	3.42 (.001)	7.96	4.77 (<.001)	-7.00	-2.69 (.008)	-5.45	-2.06 (.041)
Non-motor symptom	0.70	11.43 (<.001)	0.52	8.51 (<.001)	0.38	6.59 (<.001)	0.38	6.71 (<.001)
Type D personality			15.92	7.15 (<.001)	15.85	7.96 (<.001)	15.95	8.10 (<.001)
Modified H&Y stage					6.89	7.04 (<.001)	5.15	4.23 (<.001)
Duration of PD							0.34	2.36 (.019)
Adjusted R ²	.395		.519		.616		.625	
F	128.35		106.28		105.21		82.19	
p	<.001		<.001		<.001		<.001	

PD = Parkinson's disease; H&Y = Hoehn and Yahr.

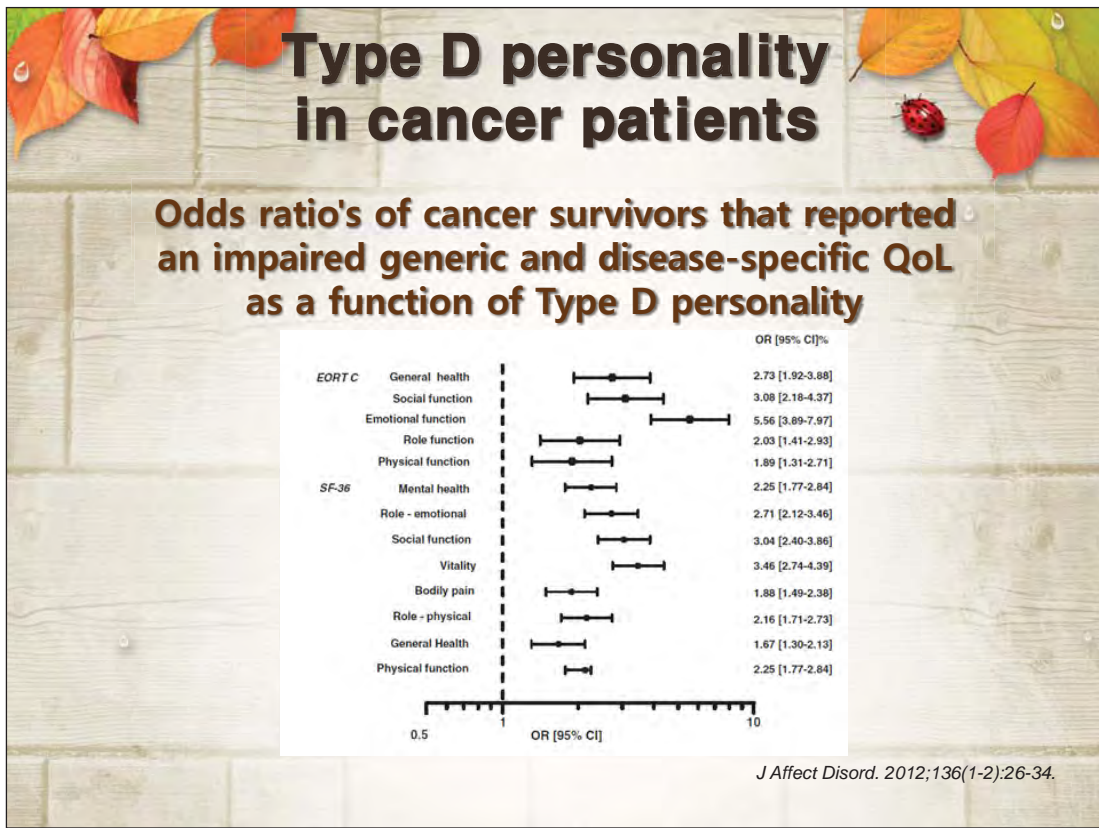
Geriatr Nurs. 2017;38(5):431-436.

Type D personality in PD patients

Table 3
Mean SF-36 and EORTC-QLQ-C30 scores, stratified by Type D personality.

	Mean (±SD)		P-value
	Type D	Non-type D	
SF-36	(n = 403)	(n = 1691)	
General health	51.9 (19.8)	65.5 (21.5)	<0.0001 ^a
Physical function	61.9 (28.8)	71.1 (27.3)	<0.0001
Role function-physical	49.3 (44.0)	69.8 (40.6)	<0.0001
Bodily pain	66.9 (24.7)	77.2 (24.4)	<0.0001
Vitality	52.5 (19.2)	68.3 (19.6)	<0.0001 ^a
Social functioning	69.8 (23.3)	84.1 (21.7)	<0.0001 ^a
Role function-emotional	63.4 (43.9)	85.4 (31.6)	<0.0001 ^a
Mental health	62.2 (17.2)	80.5 (15.3)	<0.0001 ^a
EORTC-QLQ-C30	(n = 169)	(n = 817)	
Physical functioning	71.5 (23.3)	81.2 (19.6)	<0.0001
Role functioning	66.1 (31.8)	79.8 (26.8)	<0.0001
Emotional functioning	65.1 (25.0)	87.2 (18.8)	<0.0001 ^a
Social functioning	71.8 (28.3)	87.6 (21.7)	<0.0001 ^a
Global health status/QoL	62.9 (20.8)	76.4 (19.0)	<0.0001 ^a
Fatigue	43.7 (27.8)	25.9 (24.8)	<0.0001 ^a
Nausea and vomiting	8.6 (18.2)	3.6 (11.8)	<0.0001
Pain	28.2 (32.6)	15.2 (24.4)	<0.0001
Dyspnea	24.4 (28.8)	16.3 (24.6)	<0.0005
Insomnia	32.9 (33.6)	18.3 (27.6)	<0.0001
Loss of appetite	14.0 (25.7)	7.0 (20.2)	<0.0003
Constipation	12.1 (23.2)	7.4 (18.9)	<0.0061
Diarrhea	12.0 (21.7)	5.8 (16.3)	<0.0001
Financial impact	18.2 (28.7)	7.5 (18.9)	<0.0001

J Affect Disord. 2012;136(1-2):26-34.



Type D personality in ovarian cancer patients

- In ovarian cancer patients, the prevalence of depression and anxiety is significantly greater than that in the healthy female (Watts et al., 2015).
- The patients with ovarian cancer often experience changes in their body image after combination treatment with surgery and chemotherapy, or chemotherapy alone (Bukovic et al., 2008).

Type D personality in ovarian cancer patients

- Chemotherapy-induced alopecia in patients with ovarian cancer was found to cause a loss of the sense of self in addition to an altered body image (Jayde et al., 2013). Changes in body image may also affect social interactions (Nezlek, 1999).
- In addition, ovarian cancer survivors commonly experienced feelings of isolation and reported low levels of sexual activity and satisfaction, potentially leading to strain in personal relationships satisfaction, potentially leading to strain in personal relationships (Vitale et al., 2016; Roland et al., 2013).

Type D personality in ovarian cancer patients

Comparison variables between type D personality and non-type D personality

Table 1. Comparison of variables between Type-D and non-Type-D personality groups.

Variables	Category	Total (n = 150) Mean ± SD or n (%)	Type D (n = 84) Mean ± SD or n (%)	Non-Type D (n = 66) Mean ± SD or n (%)	z or F or χ^2	p
Demographic characteristics						
Age (years)		52.0 ± 10.1	50.2 ± 10.4	54.3 ± 9.4	2.47	.015
Education level (n = 148)	≤Middle school	27 (18.2)	16 (19.0)	11 (17.2)	1.27	.579
	High school	64 (43.2)	33 (39.3)	31 (48.4)		
Marital status	>College	57 (38.5)	35 (41.7)	22 (34.4)		
	Married	118 (78.7)	66 (78.6)	52 (78.8)	0.001	1.000
Family income (10,000 won/month)	Not married	32 (21.3)	18 (21.4)	14 (21.2)		
	200-<	36 (24.0)	21 (25.0)	15 (22.7)	0.31	.872
	200-399	51 (34.0)	27 (32.1)	24 (36.4)		
	≥400	63 (42.0)	36 (42.9)	27 (40.9)		
Clinical characteristics						
Age at onset (years)		49.2 ± 10.6	47.7 ± 10.9	51.6 ± 9.7	2.59	.011
Duration of ovarian cancer (months)		42.7 ± 89.2	38.1 ± 46.4	48.5 ± 124.3	-0.36	.722 ^a
FIGO stage (n = 137)	1	19 (13.9)	11 (14.9)	8 (12.7)	1.03	.818
	2	8 (5.8)	4 (5.4)	4 (6.3)		
	3	76 (55.5)	43 (58.1)	33 (52.4)		
	4	34 (24.8)	16 (21.6)	18 (28.6)		
	ECOG-PSR	≤1	129 (86.0)	71 (84.5)	58 (87.9)	0.35
	≥2	21 (14.0)	13 (15.5)	8 (12.1)		
Surgery (yes)		144 (96.0)	79 (94.0)	65 (98.5)	1.90	.390
Symptom						
Physical symptom distress		0.71 ± 0.65	0.84 ± 0.64	0.55 ± 0.64	10.32	.002 ^b
Psychological symptom distress		0.90 ± 0.76	1.22 ± 0.79	0.49 ± 0.49	45.14	<.001 ^b
Global distress index		0.90 ± 0.71	1.15 ± 0.73	0.58 ± 0.53	31.46	<.001 ^b
Total Symptom score		0.70 ± 0.52	0.86 ± 0.53	0.49 ± 0.44	24.78	<.001 ^b
Quality of life		70.40 ± 16.33	63.75 ± 14.74	78.87 ± 14.27	53.44	<.001 ^b
Physical well-being		20.27 ± 6.16	19.06 ± 5.90	21.81 ± 6.18	11.53	.001 ^b
Social/family well-being		18.59 ± 5.26	17.04 ± 5.18	20.58 ± 4.71	20.84	<.001 ^b
Emotional well-being		16.08 ± 4.75	14.10 ± 4.79	18.62 ± 3.30	48.23	<.001 ^b
Functional well-being		15.45 ± 6.14	13.56 ± 5.45	17.86 ± 16.16	29.51	<.001 ^b

ECOG-PSR: Eastern cooperative oncology group performance status rating; FIGO: International Federation of Gynecology and Obstetrics.

^aMann-Whitney U test; 10,000 Won = 8.70 dollars.

^bTested using ANCOVA (controlling age and age at onset).

J Psychosom Obstet Gynaecol. 2017 Sep 11:1-8. [Epub ahead of print]

Type D personality in ovarian cancer patients

Factors affecting QoL in ovarian cancer patients

Table 4. Factors affecting quality of life in patients with ovarian cancer by stepwise multiple regression.

Variables	Step 1		Step 2		Step 3		Step 4	
	B	t (p)	B	t (p)	B	t (p)	B	t (p)
(Constant)	84.83	48.66 (<.001)	87.04	52.84 (<.001)	93.34	39.82 (<.001)	100.96	29.02 (<.001)
Global distress index	-15.70	-10.12 (<.001)	-9.81	-5.43 (<.001)	-8.47	-4.79 (<.001)	-8.86	-5.14 (<.001)
Type-D personality			-0.55	-5.25 (<.001)	-0.55	-5.53 (<.001)	-0.53	-5.42 (<.001)
ECOG-PSR					-7.16	-3.63 (<.001)	-6.36	-3.28 (.001)
FIGO stage							-2.89	-2.90 (.004)
Adjusted R ²	0.429		0.523		0.563		0.587	
F	102.449		75.152		59.088		48.908	
p	<.001		<.001		<.001		<.001	

ECOG-PSR: Eastern cooperative oncology group performance status rating; FIGO: International Federation of Gynecology and Obstetrics. VIF (variation inflation factor): 1.000-1.711, Tolerance: 0.58-0.97, Durbin-Watson's d= 2.039, Kolmogorov-Smirnov (p = .200).

J Psychosom Obstet Gynaecol. 2017 Sep 11:1-8. [Epub ahead of print]

Type D personality and Health behavior

- Medication adherence
- Delaying patients to medical assessment
- Smoking cessation
- Physical inactivity
- Unhealthy lifestyle

Type D personality and Health behavior

Table 3
Analyses and effects found between psychosocial predictors and medication non-adherence.

Predictive factors	Author	Year	Quality score	Study design	Main analysis	Covariates included	Effect	
Mood-related factors								
Depression (n = 10)								
Significant effect	Allen La Pointe et al. [58]	2011	Fair	PC	Multivariate logistic regression	SocDem, clinical, health behaviours, BMQ scores	ACEi/ARBs: OR = 1.33; 95% CI 1.01-1.76; p < 0.05 LL therapy: OR = 1.74; 95% CI 1.36-2.23; p < 0.05 OR = 1.07; 95% CI 1.04-1.09; p < 0.001	
	Castellano et al. [59]	2014	Fair	CS	Multivariate logistic regression	SocDem, clinical, health behaviours	OR = 2.62; 95% CI 2.03-3.38; p < 0.001	
	Jin et al. [60]	2014	Good	PC	Multivariate logistic regression	SocDem, comorbidity score	OR = 2.00; 95% CI 1.05-3.70; p < 0.05	
	Kronish et al. [61]	2006	Good	PC	Multivariate logistic regression	SocDem, comorbidity score	OR = 2.00; 95% CI 1.05-3.70; p < 0.05	
	Kronish et al. [62]	2014	Good	PC	Multivariate linear regression	SocDem, comorbidity score, depression vulnerabilities	Aspirin: beta = 0.42; p = 0.04	
	Rieckmann et al. [67]	2006	Good	PC	χ^2 analysis	N/A	Aspirin: $\chi^2 = 11.5$; p = 0.01	
	Rieckmann et al. [68]	2006	Good	PC	Multivariate logistic regression	SocDem, comorbidity score	Aspirin: OR = 3.7; 95% CI 1.3-10.6; p < 0.05	
	Romanelli et al. [69]	2011	Good	PC	ANOVA	N/A	F = 4.80; p = 0.03	
	Non-significant effect	McGee et al. [63]	2006	Fair	PC	Logistic regression	Unadjusted	Aspirin: OR = 2.0; 95% CI 0.8-3.3; p = 0.11 Antihypertensives: OR = 1.1; 95% CI 0.6-2.0; p = 0.73 LL therapy: OR = 1.7; 95% CI 0.8-3.3; p = 0.16
		Shemesh et al. [71]	2004	Fair	PC	Mean difference in depression scores	N/A	Aspirin: M: 22.6 ± SD: 11.8 vs. M: 22.9 ± SD: 11.8; p = 0.93
Allen La Pointe et al. [58]		2011	Fair	PC	Multivariate logistic regression	SocDem, clinical, health behaviours, BMQ scores	β -Blocker: OR = 1.28; 95% CI 0.95-1.73; p > 0.05	
Type D personality (n = 2)	Significant effect	Molloy et al. [66]	2012	Good	PC	Multivariate linear regression	Baseline adherence scores	beta = 0.73; p < 0.01
		Williams et al. [73]	2011	Good	PC	Multivariate linear regression	SocDem, clinical	beta = 0.48; p < 0.01

Journal of Psychosomatic Research, 2016;90:10-32

Type D personality and Health behavior

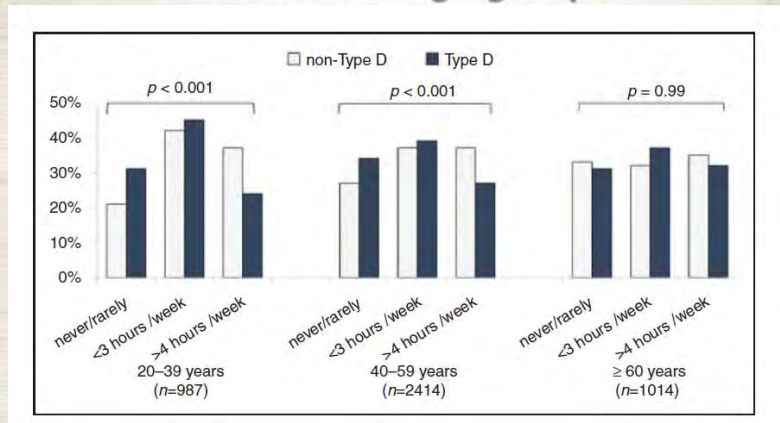
Clinical characteristics of the patients diagnosed as have rectal cancers by type of personality

	Type of personality		P
	Type D (N=187), N(%)	Non-type D (N=665), N(%)	
Time from symptom onset to physician assessment			<0.001*
>1 month	123 (66)	279 (42)	
<1 month	64 (34)	386 (58)	
Referral source			<0.001*
ED	43 (23)	67 (10)	
Non-ED	144 (77)	598 (90)	

Int J Colorectal Dis (2016) 31:75-85

Type D personality and Health behavior

Prevalence of exercise by Type D personality for different age groups



Eur J Prev Cardiol. 2013;20(2):322-30

Type D personality and Intervention

Characteristics of Interventions

- Interventions employed in the four studies, with similar components of physical exercise, patient education, psychological intervention, and individual counseling.

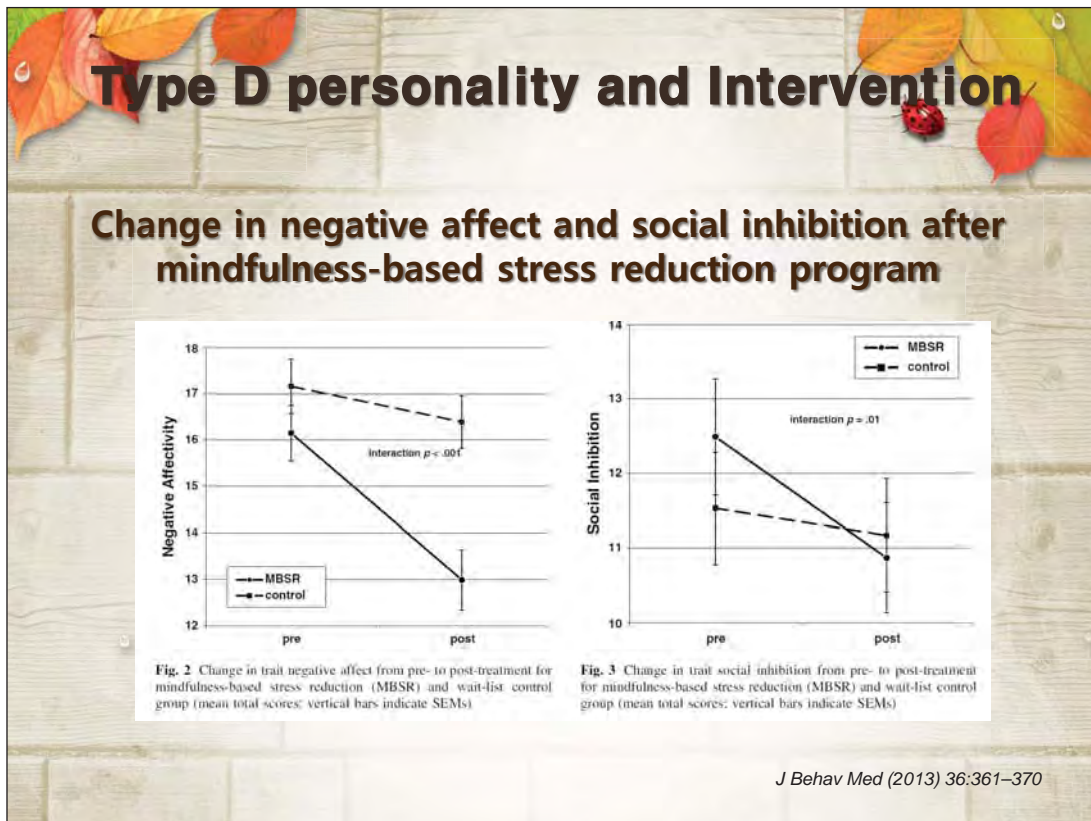
Physical training

conducted in groups and supervised by a physiotherapist

average duration : about 8 weeks (3 weeks - 3 months)

length of exercise session : 60 minutes

Worldviews Evid Based Nurs. 2016 ;13(4):314-23.



References

Cao X, et al. Interventions for cardiovascular patients with Type D personality: a systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2016;13:314–323.

Crawshaw J. et al. Identifying psychosocial predictors of medication non-adherence following acute coronary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2016;90:10–32.

Denollet J. Type D personality a potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research* 2000;49:255–266.

Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition and Type D personality. *Psychosomatic Medicine.* 2005;67:89–97.

Howard S & Hughes BM. Construct, concurrent and discriminant validity of Type D personality in the general population: associations with anxiety, depression, stress and cardiac output. *Psychology and Health* 2012;27(2):242–258.

Kim SR, et al. Association among type D personality, non-motor symptoms, and quality of life in Parkinson's disease: a cross-sectional study. *Geriatr Nurs.* 2017;38:431-436.

Kim SR, et al. Does type D personality affect symptom control and quality of life in asthma patients? *J Clin Nurs.* 2015;24:739–748.

Kim SR, et al. Relationships among Type D personality, symptoms, and quality of life in patients with ovarian cancer receiving chemotherapy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.* 2017, epub ahead.

Kim YH, et al. Influence of type D personality on job stress and job satisfaction in clinical nurses: the mediating effects of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction. *Journal of Advanced Nursing.* 2017;73(4):905-916.

Kupper N, et al. Cross-cultural analysis of Type D (distressed) personality in 6222 patients with ischemic heart disease: A study from the International HeartQoL Project. *International Journal of Cardiology.* 2013;166:327–333.

References

- Li X, et al. Type D Personality Predicts Poor Medication Adherence in Chinese Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Six-Month Follow-Up Study. *Plus One*. 2016;11(2):e0146892.
- Lim EH, et al. Assessment of the type D personality construct in the Korean population: a validation study of the Korean DS14. *Journal of Korean Medical Science* 2011;26(1):116-123.
- Mols F. & Denollet J. Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease and work-related problems. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010;8:9.
- Mols F, Thong MS, van de Poll-Franse LV, et al. Type D (distressed) personality is associated with poor quality of life and mental health among 3080 cancer survivors. *J Affect Disord*. 2012;136:26-34.
- Nyklicek I, et al. Effects of mindfulness-based stress reduction on distressed (type D) personality traits: a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*. 2013;36(4): 361-370.
- Oginska-Bulik N. Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 2006;19(2):113-122.
- Svansdottir E et al. Association of type D personality with unhealthy lifestyle, and estimated risk of coronary events in the general Icelandic population. *Eur J Prev Cardiol*. 2013;20(2):322-30.
- Versteeg H, et al. Type D personality and health status in cardiovascular disease populations: a meta-analysis of prospective studies. *Eur J Prev Cardiol*. 2012;19:1373-1380.
- Williams L & Wingate A. Type D personality, physical symptoms and subjective stress: the mediating effects of coping and social support. *Psychology and Health*. 2012;27(9):1075-1085.
- Zhang JK et al. Type D personality is associated with delaying patients to medical assessment and poor quality of life among rectal cancer survivors. *Int J Colorectal Dis*. 2016 Jan;31(1):75-85.

Thank You

2017년 한국성인간호학회
추계학술대회 및 정기총회

**심리 · 사회 · 영적
간호역량 강화를 위한
성인간호학적 접근**



Enhancing psycho-social-spiritual care competency in adult nursing

주제강연 2

사회적 간호역량강화: 중환자실에서의 Family engagement



김은성

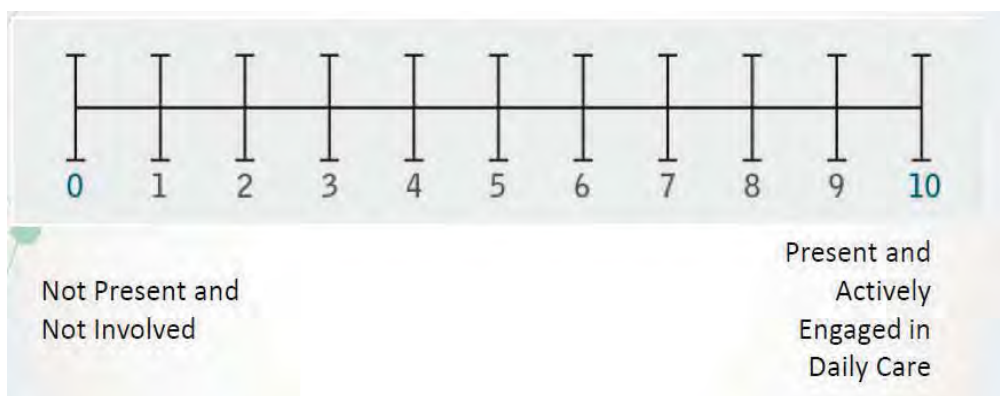
(세브란스병원 외과계중환자실 간호차장)

Family Engagement in ICU

2017년 11월 24일

세브란스 병원 김은성 파트장

How Involved are Families in your ICU?



Search this site... SEARCH

ICU LIBERATION

email/ID # Password Log In
Forgot username or password? | New User? Sign Up Free

Society of Critical Care Medicine
The Intensive Care Professionals

ABOUT ▾ GUIDELINES BUNDLES ▾ RESOURCES ▾

ICU Liberation > Bundles > Family Engagement and Empowerment

Assess, Prevent, and Manage Pain

Both Spontaneous Awakening Trials and Spontaneous Breathing Trials

Choice of Analgesia and Sedation

Delirium: Assess, Prevent and Manage

Early Mobility and Exercise

Family Engagement and Empowerment

Family Engagement and Empowerment

Within the ABCDEF bundle, the F element, Family Engagement and Empowerment, focuses on examining the concept of family presence in the ICU and identifying strategies to create family engagement and empowerment.

Guidelines and Tools

- Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU
- Gap Analysis Tool - Identification of Your ICU's Practice Differences
- Family-Centered Care Guidelines - Gap Analysis Tool Instructional Video
- Family-Centered Care Guidelines - Implementation Tools
- Implementing the F component of the ABCDEF bundle
- Family-Centered Care Guidelines - Teaching Slides



ASSESS, PREVENT, AND MANAGE PAIN
Understand pain and find tools for its assessment, treatment and prevention.



BOTH SAT AND SBT
Both Spontaneous Awakening Trials and Spontaneous Breathing Trails



CHOICE OF ANALGESIA AND SEDATION
Understand the importance of defining the depth of sedation choosing the right medication.



DELIRIUM: ASSESS, PREVENT AND MANAGE
Understand delirium risk factors and find tools for its assessment, treatment and prevention.



EARLY MOBILITY AND EXERCISE
ICU early mobility involves more than changing the patient's position.



FAMILY ENGAGEMENT AND EMPOWERMENT
Involving the family in patient care can help recovery.

심사 평가정보

2017년도 환자경험 평가 안내

문의: 평가1실 평가1부 박영진 과장(033-739-1964)

환자경험평가
건강보험심사평가원은 국민이 평가한 입원서비스의 질을 파악하고, 환자중심의 의료문화를 열어가기 위하여 올해부터 환자경험 평가를 시작합니다. 환자경험 평가는 의료서비스가 환자 중심으로 제공되었는지를 평가하는 것으로, 원자와 의료진과의 의사소통, 투약 및 치료과정 중에 겪었던 경험 등을 전화조사를 통하여 시험하게 됩니다.

2017년도 환자경험 평가 대상

대상환자	<ul style="list-style-type: none"> 만 19세 이상 성인으로 1일 이상 입원 환자 퇴원 이후 2일에서 56일(8주) 사이에 있는 환자 * 제외대상: 낙병동·소아청소년과·정신건강의학과 입원환자 * 선정: 2017년 7월 이후 청구자료 기반
대상기관	· 상급종합병원 및 500병상 이상 종합병원 (17.3월 말 기준)
조사내용 (설문지)	· 입원 중 환자가 경험한 의사/간호사 서비스, 투약 및 치료과정, 병원환경, 환자권리보장 등
조사기간	· 2017년 7월 중순부터 전화조사를 시작(약 3~4개월 소요)

환자경험 평가도구(설문지) 내용

간호사 서비스	· 존중/예의 · 경청 · 병원생활 설명 · 요구처리 노력
의사 서비스	· 존중/예의 · 경청 · 의사와 만나 이야기할 기회 · 화전시간 관련 정보 제공
투약 및 치료과정	· 투약/검사/처치 전 설명 · 투약/검사/처치 후 부작용 설명 · 통증 조절 노력 · 질환에 대한 위로와 공감 · 퇴원 후 주의사항 및 치료계획 정보 제공
병원환경	· 깨끗한 환경 · 안전한 환경
환자권리보장	· 공정한 대우 · 불만 말하기 쉬웠는지 · 치료 결정 과정 참여 기회 · 수치감 느끼지 않도록 배려
전반적 평가	· 입원 경험 평가 · 타인 추천 여부
개인특성	· 입원경로(응급실 경유 여부) · 주관적 건강수준 · 학력

Patient and Family-Centered Care

- **Patient-centered care 의 정의**
- *“Providing care that is respectful of and responsive to individual patient **preferences, needs, and values**, and ensuring that **patient values** guide all **clinical decisions**.”*

• Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm, 2001

Definition of Family

- *“Family” refers to two or more persons who are related in any way – biologically, legally, or emotionally. Patients and families define their families.* (Institute for Patient and Family – Centered Care, 2010) *“Significant others”* may also be used
- **Why is this important?** This will determine who is going to support and/or assist in *decision making.*

Patient and Family Centered Care

- 환자 및 가족에게 충분한 정보를 제공
- 의사결정과정에 환자, 가족을 적극적으로 참여시킴
- 자기돌봄 과정에 환자, 가족을 적극적으로 참여시킴
- 환자 및 가족에게 신체적 안위와 정서적 지지를 제공
- 환자의 질병에 대한 인식, 이해정도, 문화적 신념, 가치 등에 대하여 명확히 알고 이해

Myths and Misconceptions

- Family presence interferes with care
- Family presence exhausts the patient
- Family presence is a burden to families
- Family presence spreads infection



Current Realities

- 중환자실 입실은 환자를 가족과 사회적으로부터 격리
- 가족들은 환자의 인지기능을 제일 잘 알고 있음
- 미국 중환자실의 90%에서 면회제한 지침이 있음(2008년)
- 3명 이하로 면회 제한 (62%)
- 제한 내용 : 면회시간, 면회객의 범위, 면회객의 나이

Intensive Care Visiting Times

- 6:00 am - 6:30 am
- 10:00 am - 10:30 am
- 2:00 pm - 2:30 pm
- 6:00 pm - 6:30 pm
- 10:00 pm - 10:30 pm

Cacioppo J. *Perspect Biol Med.* 2003;46:S39-52.
Clark P. *Jt Comm J Qual Saf.* 2003;29:659-70.
Ehlenbach W. *JAMA.* 2010;303:763-0.
Liu V. *Crit Care.* 2013;17:R71.

Family Presence : Flexible Visitation

- Open ICU 의 개념
- Daily meetings with the family
- 가족이 함께 있는 상태에서 의료진이 일하는 것에 익숙해져야 함
- 가족이 함께 하는 있는 것을 고려하여 병실을 redesign 해야 함 (comfort, sleeping)



Let's Open The Door

- Today : 의료인으로부터의 저항
- Why? : 가족의 중요성에 대한 이해 부족, 불신에 대한 두려움
- 가족의 중환자실 입실 허용이 환자 간호에 중요한 요소가 아닌 특권이라는 인식

Evidence to Guide Practice Changes

- 감염률이 증가하지 않음
- 면회제한이 심혈관계 합병증을 감소시키지 않음
- 적극적인 가족의 참여가 환자의 낙상발생률을 감소시킴

Adams S. *Crit Care Nurs Q.* 2011;34:3-10.

Bishop S. *Crit Care Nurs.* 2013;33:14-23.

Fumagalli S. *Circulation.* 2006;113:946-52.

DuPree E. *J Nurs Care Qual.* 2014;29:99-102.

ICU Flexible Visitation : Patient Benefits

- *Decreases* :
 - Anxiety, confusion, agitation
 - CV complications (Fumigalli, Boncinelli, Lo Nostro, et al., 2006)
 - ICU length of stay
 - *Increases* :
 - Feelings of security
 - Patient satisfaction
 - Quality and Safety
- Bell L. AACN practice alert. Nov 2011.
Davidson J. Crit Care Med. 2007;35:605-22

ICU Flexible Visitation : Family Benefits

- *Decreases* :
 - Family anxiety
 - *Increases* :
 - Family Satisfaction
 - Family involvement in care : Voluntary Caregiver
 - Promotes Communication
 - 교육의 기회
 - 환자에 대한 정확한 이해
- Bell L. AACN practice alert. Nov 2011.
Davidson J. Crit Care Med. 2007;35:605-22

■ 중환자간호학회지 제4권 제1호, 2011년 6월
Journal of Korean Critical Care Nursing Vol. 4, No. 1, June, 2011

중환자실 가족면회 시간 연장의 효과

이영욱¹ · 강지연²

¹고신대학교 복음병원 외과계중환자실 수간호사, ²동아대학교 간호학과 부교수

The Effects of Extended Family Visiting Hours in the Intensive Care Unit

Lee, Youngock¹ · Kang, Jiyeon²

¹Head Nurse, SICU, Kosin University Gospel Hospital

²Associate Professor, Department of Nursing, Dong-A University

Purpose: This study aimed to examine the effects of extended family visiting hours in the intensive care unit (ICU).

Methods: The subjects were 168 ICU patients and their family members. Two 30-minute visits a day were allowed to the control group according to current policy, while four 30-minute visits a day were allowed to the experimental group. Patients' state anxiety was measured at the first day of ICU admission, and on the third day of ICU admission patients' anxiety and family satisfaction were measured. For the infection rate, comparison was made between the experimental and control data-collecting periods. **Results:** The patients' state anxiety significantly decreased in the experimental group. Family satisfaction of experimental group was significantly higher than that of control group. There was no significant difference in the infection rate. Nurses positively evaluated extension of visiting hours because it could stabilize patients, reduce the number of arrangements for additional visits, and help establish trust relationship with families. **Conclusion:** Extended family visiting hours in the ICU reduced patients' anxiety and improved family satisfaction but had no effect on the infection rate. Extended family visiting hours in the ICU is expected to improve the quality of critical care.

Keywords: Intensive care units, Patients, Anxiety, Family, Satisfaction

Journal of Critical Care 38 (2017) 132–136



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Critical Care

journal homepage: www.jccjournal.org

Family participation in intensive care unit rounds: Comparing family and provider perspectives ☆☆☆☆

Selena S Au, MD, FRCPC, MSc^{a,*}, Amanda Roze des Ordon, MD, FRCPC, MMed^a, Andrea Soo, MSc, Ph Simon Guienguere, MSc^b, Henry T Stelfox, MD, FRCPC, PhD^a

^a Department of Critical Care Medicine, University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada

^b Department of Critical Care Medicine, Alberta Health Services, Calgary, Alberta, Canada

ARTICLE INFO

Keywords:
Communication
Family
Intensive care units

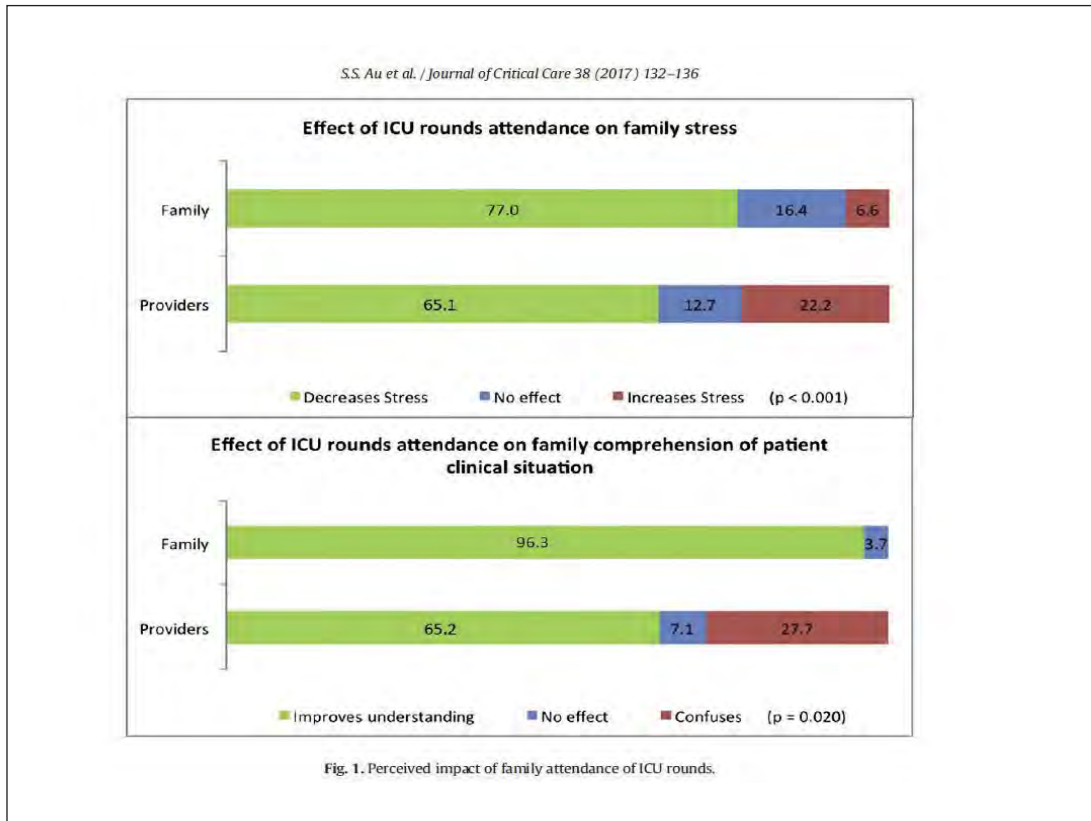
ABSTRACT

Purpose: To describe and compare intensive care unit (ICU) patient family member and provider preferences, and perceptions of family participation in ICU rounds.

Methods: Cross-sectional survey of ICU family members and providers of patients admitted to 4 medical ICUs from September 2014 to March 2015.

Measurements and main results: Surveys were completed by 63 (62%) family members and 258 (43%) Provider respondents included physicians (9%), nurses (56%), respiratory therapists (24%), and other members (11%). Although 38% of providers estimated only moderate family member interest in patient rounds, 97% of family members expressed high interest. Family members and providers reported (95% vs 96%; $P = .594$) and sharing information about the patient (82% vs 82%; $P = .995$) as appropriate for family members during rounds, but differed in their perceptions on asking questions (75% vs .043) and participating in decision making (36% vs 59%; $P = .003$). Compared with family members, providers were more likely to perceive family participation in rounds to cause family stress (7% vs 22%; $P = .020$) and family fusion (0% vs 28%; $P = .001$).

Conclusion: Family members and providers share some perspectives on family participation in ICU rounds, although other perspectives are discordant, with implications for communication strategies and clinical decision making.



Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005

Judy E. Davidson, RN, FCCM; Karen Powers, MD; Kamyar M. Hedayat, MD; Mark Tieszen, MD, FCCM; Alexander A. Kon, MD, FCCM; Eric Shepard, MD, FCCM; Vicki Spuhler, RN, MS, CCRN; I. David Todres, MD, FCCM; Mitchell Levy, MD, FCCM; Juliana Barr, MD, FCCM; Raj Ghandi, MD, FCCM; Gregory Hirsch, MD; Deborah Armstrong, PharmD, FCCM

Crit Care Med 2007 Vol. 35, No. 2

Clinical practice guidelines for support of the family

- A shared decision-making model
- Early and repeated care conferences
- Honoring cultural requests
- Spiritual support
- Family presence at rounds and during resuscitation
- Open visitation
- Family-friendly signage
- Family support before, during, and after a death
- Staff education and debriefing

(ACCM Task Force of the SCCM, 2007)

Family Presence During CPR

- CPR 상황에서의 가족 입회에 대하여 79%가 경험있음
- 가족입회가 아래항목에 영향을 미치지 않음
- resuscitation characteristics
- patient survival
- emotional stress in the medical team
- medico-legal claims

Jabre P. N Engl J Med. 2013;368:1008-18.
Jabre P. Int Care Med . 2014;40:981-87.



Family Presence During CPR

- CPR 상황에서의 가족 입회는 다음의 증상을 감소시킴
- short term(90 days), long term(one year)
- PTSD symptoms
- Depressive episodes
- Complicated grief

Jabre P. *N Engl J Med.* 2013;368:1008-18.
Jabre P. *Int Care Med.* 2014;40:981-87.



대한간호학회지 제40권 제3호, 2010년 6월

J Korean Acad Nurs Vol.40 No.3, 326-335
DOI: 10.4040/jkan.2010.40.3.326

침습적 시술 시 가족입회에 대한 의사와 간호사의 인식

심상희¹ · 이은남²

¹양산부산대학교병원 중환자실 간호사, ²동아대학교 간호학과 교수

Perception of Physicians and Nurses on Presence of Family during Invasive Procedures

Sim, Sang-Hee¹ · Lee, Eun-Nam²

¹RN, Intensive Care Unit, Pusan National University Yangsan Hospital, Yangsan

²Professor, Department of Nursing, Dong-A University, Busan, Korea

- ◆ 침습적 시술(Intubation, Central cath 삽입, Chest tube 삽입, 흉막천자, 요추천자, 복수천자, 기관절개술) 이나 심폐소생술이 진행되는 동안 가족들이 환자 곁에 머물러 있도록 허용하는 것은 의료인 중심보다는 환자와 가족중심의 개념
- ◆ 지난 10년간 미국이나 유럽에서는 침습적 시술, 심폐소생술 시 가족입회의 허용이 증가하고 있음(Halm, 2005)
- ◆ B광역시에 소재한 500병상 이상의 5개 병원 응급실, 중환자실, 내과, 외과에서 근무하는 의사 98명, 간호사 99명에게 설문조사
- ◆ 병원은 가족 입회에 대한 규정을 갖고 있지 않음 -> 침습적 시술 시 가족입회의 허용 주체와 허용 범위등에 대한 표준화된 지침 및 규정 개발이 필요
- ◆ 간호사가 의사에 비해 침습적 시술 시 가족 입회가 미치는 부정적인 영향에 대하여 우려하면서도 가족입회에 대하여는 덜 부정적인 시각을 보임
- ◆ 의료인들은 가족입회를 무조건 반대하기 보다 환자나 가족에게 미치는 긍정적인 영향(불안 해소, 불신 감소)과 가족들의 입회 선호 정도에 대하여 알 필요가 있고, 입회에 대한 긍정적인 검토가 요구됨

www.ipfcc.org



INSTITUTE FOR PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE

Advancing the understanding and practice of patient- and family-centered care in all settings where individuals and families receive health care



What is patient- and family-centered care?
[Read More](#)

Become a Pinwheel Sponsor [Read More](#)

Home | About Us | Contact Us | FAQ | Pinwheel Sponsors | Privacy | Site Map | Search |

Services : Advancing the Practice : Profiles of Change : Events : Resources : Tools for Change : Special Topics

Upcoming Fall Seminar

Moving Forward with Patient- and Family-Centered Care

*Partnerships for Quality & Safety
An Intensive Training Seminar*



IPFCC Proud to Announce New Peer Support Website Section

Peer Support—be it one-to-one, a support group, online, or another model—offers accessible, personalized, relationship-based support. Peer support may assist an individual or family coping with a new diagnosis, a traumatic event, or a chronic condition. It may connect isolated individuals with a community of people who understand—a condition, a diagnosis, a sexual orientation. Peer Support offers an essential real-life and real-time perspective.



IPFCC is proud to announce that its [Peer Support](#) website section is now live! The intent of this website section is to provide guidance and resources from a sampling of established hospital or clinic-based peer support programs across the United States and Canada. The section highlights a few *Exemplar Programs* that partner with patients and families to design and implement evidence-based programs. You'll find resources, such as key success factors, information about delivery models and organizational structures, research, personal stories, and other materials.

Upcoming Conference

The 7th International Conference on Patient- and Family-Centered Care: Partnerships in Care, Interprofessional Education, and Research



Patient and Family Centered Care in the ICU: Worldwide Exemplars

Resize font: Enable speech Disable speech

The World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine (WFSICCM) is launching an initiative to solicit exemplars from country members on the types of patient and family centered care/engagement practices being implemented worldwide. A growing number of studies are addressing patient centered care and strategies to engage family members to promote best outcomes for critically ill patients. However, the degree to which specific types of patient and family centered care practices are being implemented worldwide is not known.

This project will use a descriptive survey methodology with use of Research Electronic Data Capture (REDCap™), a secure, web-based application, to collect information from WFSICCM country members. The information provided will be useful to inform the global critical care community of current initiatives as well as strategies and potential barriers to implementing patient centered outcomes research and family centered care/engagement to enhance ICU care delivery.

Taskforce members:

- Prof Ruth **Kleinpell** PhD RN, USA
- Dr. Daren **Heyland**, Canada
- Dr. Jeffery **Lipman**, Australia
- Dr. Charlie **Sprung**, Israel
- Dr. Mitchell **Levy**, USA
- Dr. Mervyn **Mer**, South Africa
- Dr. **Younsuck Koh**, South Korea
- Judy **Davidson**, PhD RN, USA
- Dr. Ahmed **Taha**, UAE
- Dr. J. Randall **Curtis**, USA

A number of types of patient and family centered care identified in the literature to improve care in the ICU. To what extent have you adopted the following your ICU?

1.	Structured patient and family care conferences to mutually establish or review the goals of care for all patients with high risk of mortality or prolonged ICU stay.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Family participation in rounds (family-centered rounds that enable the family member to listen to rounds and participate by offering information and/or asking questions).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Patient and/or family ICU diaries.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Integrative therapies, such as music or pets, in the ICU.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	A functioning patient and family advisory group that meets regularly.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Disseminating information and providing support to families about ways to assist with the care of their loved one (e.g. providing assistance with oral care, mobility, or nutrition).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.	Open visitation (flexible family presence or non-restricted ICU hours).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Family presence during resuscitation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Family presence during invasive procedures.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Does your hospital utilize any additional patient and family centered care or practices?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strategies and Potential Barriers						
11.	What are strategies that you and your colleagues have found helpful to promote patient and family centered care/engagement in the ICU?	<input type="text"/>				
12.	What are potential barriers have you encountered in implementing patient and family centered care/engagement in the ICU?	<input type="text"/>				

358

American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Volume 191 Number 3 | February 1 2015

CORRESPONDENCE

Definition

Patient and family* engagement at every level of the healthcare system include but are not limited to processes to promote and protect Dignity, Activation and Participation presented in Table 1 and depicted in Figure 1.

*Family is broadly defined to include those who are related biologically, legally, or socially and include the individual, the family unit, and the community.



Figure 1. Schema of elements of patient-family engagement.

Table 1. Core Components of Patient and Family Engagement in the Intensive Care Unit

Component	Description
Collaboration	Active partnership between health professionals and patients and families exists at every level, including direct care delivery and system design.
Respect and Dignity	Patient and family values and goals are integrated into the planning and delivery of care. Patients and families are accepted and valued and treated with compassion.
Activation and Participation	Patients and families are encouraged and supported in acquiring the knowledge, skills, and means to be involved in managing their health and healthcare at the level they choose.
Information Sharing	Patients and families receive consistent information about the patient's status and condition. Patients and families receive and provide information for effective participation in care and decision-making at the level they choose. Healthcare systems support this information sharing.
Decision Making	Patients and families participate in care and decision making at the level they choose.

Family-Centered Care

Improving Family Satisfaction and Participation in Decision Making in an Intensive Care Unit

BACKGROUND Survey data revealed that families of patients in a surgical intensive care unit were not satisfied with their participation in decision making or with how well the multidisciplinary team worked together.

OBJECTIVES To develop and implement an evidence-based communication algorithm and evaluate its effect in improving satisfaction among patients' families.

METHODS A multidisciplinary team developed an algorithm that included bundles of communication interventions at 24, 72, and 96 hours after admission to the unit. The algorithm included clinical triggers, which if present escalated the algorithm. A pre-post design using process improvement methods was used to compare families' satisfaction scores before and after implementation of the algorithm.

RESULTS Satisfaction scores for participation in decision making (45% vs 68%; $z = -2.62, P = .009$) and how well the health care team worked together (64% vs 83%; $z = -2.10, P = .04$) improved significantly after implementation.

CONCLUSIONS Use of an evidence-based structured communication algorithm may be a way to improve satisfaction of families of intensive care patients with their participation in decision making and their perception of how well the unit's team works together. (*Critical Care Nurse*. 2013;33[5]:56-69)

Table 1 Evidence in support of the algorithm for providing supportive care to families of patients in the surgical intensive care unit (ICU)

Guidelines in algorithm	Evidence to support
Processes are organized into bundles	"Transformation of the ICU" used bundles to group processes on the basis of best practices that individually improve care and are applied together for a fuller assessment in a clinical area. The measures were stratified by length-of-stay triggers at days 1, 3, and 5. ¹²
24-Hour bundle	Day 1 should include identification of appropriate decision maker, advance directive status, and cardiopulmonary resuscitation status, along with provision of an information leaflet. ¹²
Identify power of attorney/spokesperson	The presence or absence of a surrogate decision maker should be documented in the first 24 hours. ¹³
Advance directives documented	The presence or absence of advance directives should be documented in the first 24 hours. ¹³
Introduction to member of intensivist team	Communication between a physician and family member should be documented within 24 hours of admission. ¹³
Provide patient/family resource folder	Family members are provided with ample information in a variety of formats on emotional needs in the ICU and methods appropriate to comfort and assist in care. ¹ Family support is provided by the availability of a multidisciplinary team including social workers, clergy, nurses, physicians, and pastoral support. ¹ Educating families on how the ICU works with respect to visiting hours and when rounds occur reduces friction. ¹ Family members who were given an information leaflet on ICU day 1 had better comprehension and satisfaction than did family members who did not receive an informational booklet. ¹⁴ Printed information improves family members' comprehension. ⁵

Frequency and timing of major treatments:^a
A preconference helps to get consensus on the prognosis and on what treatments are indicated.²⁰
Required participants for the family meeting include the following: at least the attending physician (either primary or ICU), other disciplines which may include nurse, social worker, pastoral care representative, and the patient (or family).¹²

Inviting Families and Patients to Engage in Care

- 적극적으로 환자 care 에 가족을 참여시킴
- 환자의 문화, 영적 요구들을 질문, 이해하며 의사소통을 촉진
- Family engagement 전략을 증진
- 가족을 중환자실 팀의 일원으로 고려
- System support (보호자 침대, 의자 등)

Family Contributions to Patient Recovery

As part of the care team, families can assist with:

- Being present during SATs
- Delirium assessment and interventions
- Early mobilization
- Your thoughts?

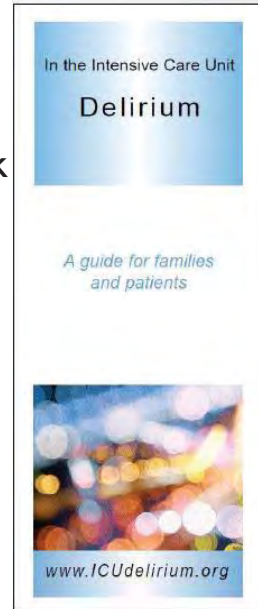
How to Engage Family members

- 다양한 주제관련 정보 제공

PICS

중환자실 치료경험 있는 환자-가족 지지 network
의학용어 정보, 환자를 돕는 방법 제공 등

- Brochures, 팸플릿,
안내 포스터 등



How to Engage Family members

- 가족을 환자간호에 적극적으로 참여 시킴
- 가족과 적극적으로 의사소통하며 환자의 문화적, 종교적 요구 이해
- 환자의 친구와 가족에 관하여 이야기
- 환자의 감각지각을 도울 수 있는 물건 제공(안경, 보청기 등)
- 환자의 가정, 집을 기억할 수 있도록 병실 장식
- 환자의 재활, 운동치료 돕기



Writing In and Reading ICU Diaries: Qualitative Study of Families' Experience in the ICU

Maité Garrouste-Orgeas^{1,2*}, Antoine Périer^{3,4}, Philippe Mouricou⁵, Charles Grégoire¹, Cédric Bruel¹, Sandie Brochon¹, François Philippart¹, Adeline Max¹, Benoit Misset^{1,6}

¹ Medical-Surgical ICU, Saint Joseph Hospital Network, Paris, France, ² IAME, UMR 1137, Paris Diderot University, Sorbonne Paris Cité, Paris, France, ³ Maison des Adolescents, University Hospital Cochin, Paris, France, ⁴ INSERM U-669, University Paris Sud and University Paris Descartes, UMR-S0669, Paris, France, ⁵ Management department, ESSCA School of Management PRES UNAM, Boulogne- Billancourt, France, ⁶ University Paris Descartes, Paris, France

Abstract

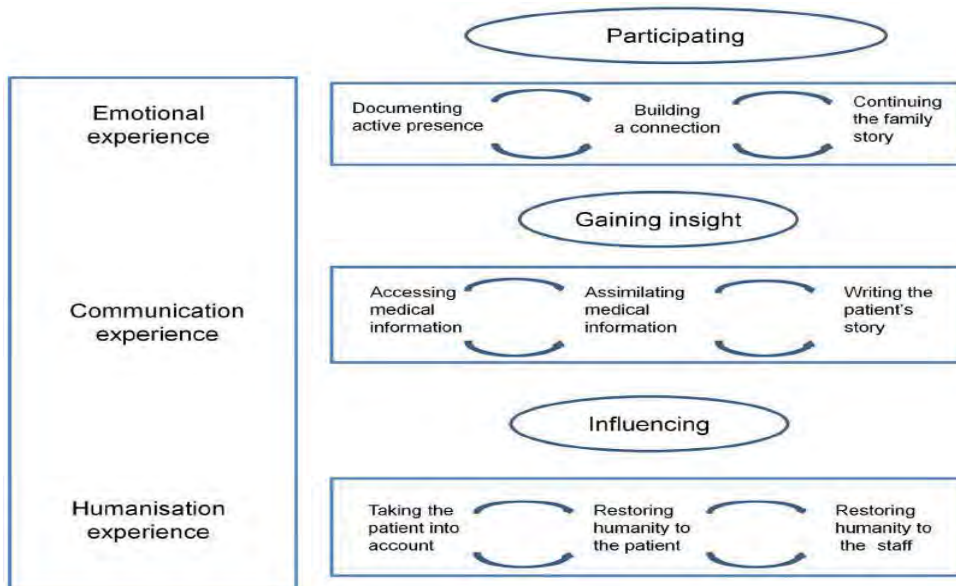
Purpose: Keeping an ICU patient diary has been reported to benefit the patient's recovery. Here, we investigated the families' experience with reading and writing in patient ICU diaries kept by both the family and the staff.

Methods: We conducted a qualitative study involving 32 semi-structured in-depth interviews of relatives of 26 patients (34% of all family members who visited patients) who met our ICU-diary criterion, i.e., ventilation for longer than 48 hours. Grounded theory was used to conceptualise the interview data via a three-step coding process (open coding, axial coding, and selective coding).

Results: Communicative, emotional, and humanising experiences emerged from our data. First, family members used the diaries to access, understand, and assimilate the medical information written in the diaries by staff members, and then to share this information with other family members. Second, the diaries enabled family members to maintain a connection with the patient by documenting their presence and expressing their love and affection. Additionally, families confided in the diaries to maintain hope. Finally, family members felt the diaries humanized the medical staff and patient.

Conclusions: Our findings indicate positive effects of diaries on family members. The diaries served as a powerful tool to deliver holistic patient- and family-centered care despite the potentially dehumanising ICU environment. The diaries made the family members aware of their valuable role in caring for the patient and enhanced their access to and comprehension of medical information. Diaries may play a major role in improving the well-being of ICU-patient families.

Figure 1. Components of the ICU-diary experience that helped to humanize the ICU experience for the families. For family members, participating in an ICU diary generated an emotional experience that built a connection with the patient and ensured continuation of the family story in the ICU. The diary enhanced the communication experience by providing medical information and describing the patient's story. The diary humanized the ICU.
doi:10.1371/journal.pone.0110146.g001





The ICU diary is a diary that is written for ICU patients during their time of sedation and ventilation. It is written by relatives, nurses and others. The patient can read his or her diary afterwards and is more able to understand what has happened.

Patient Diary Guidelines

- Whiston Hospital Critical Care Unit
- July 2009 Next Review Date July 2011
- Dr Christina Jones
- 환자들이 중환자실에 있는 동안 어떤 일이 발생하였는지를 이해 할 수 있도록 도움을 주어 추후 PTSD 같은 환각, 악몽으로 부터 힘들어하는 것을 감소시켜 줄 수 있는 매우 경제적인 방법



Patient Diary Guidelines

• *Starting a Diary*

- 어떻게 입원, 중환자실 입실하게 되었는지로 시작
- 검은색으로 날짜, 작성자의 직책, 서명을 표시
- 가족들이 원한다면 함께 사진 촬영 가능, 환자의 동의 있어야 가족에게 사진, 일기 제공 가능, 화상환자의 사진 촬영 등은 주의
- 일기 작성하면서 후에 사진 붙일 공간을 남겨 둬
- 가족에게 일기 작성하도록 격려, 일기작성 지침 제공
- 일기 작성 시작함을 의료진끼리 인계, 사용하는 일기 보관장소 정함
예 : 침대 밑 서랍, 환자 별 cart 안
- 일기 보관장소, 카메라 보관 장소 정함. 출력한 사진은 카메라와 함께 라벨링 하여 보관, 메모리카드는 삭제

Patient Diary Guidelines

• *How to Write in the Diary*

- 민감한 정보, 비공개 원하는 정보는 기록하지 않음
예) 악성종양, HIV(+), 성, 약물남용
- 전문용어 보다는 일반적인 용어 사용, 가족에게 주는 설명, 정보와 연계
- 환자가 일기를 읽었을때 빈 내용이 없도록 매일 기록
- Extubation, Tracheostomy, 침대 밖에 처음 앉았을 때, 처음 물을 먹었을 때 등의 중요한 사건에 대한 기록
- 환자의 상태 회복이 지연될 때
예) 당신의 상태는 진전 없음, 당신은 아직 인공호흡기의 도움을 받아 호흡하고 있고 혈압상승제 약물의 도움을 필요로 함
- 간호사, 의사, 심리치료사, 재활치료사, 목사, 가족 들로 부터 작성된 일기는 혼자서 기록한 일기보다 많은 의미를 가짐

Patient Diary Guidelines

- *Returning a diary to a patient*
 - 환자들이 일기를 읽을 준비가 되었을 때 의료진이 함께 읽어보고 환자의 질문에 설명해주어야 함. 이후 관련 사진 부착 (예: 중환자실 환경, 인공호흡기 등)
 - 일기 수령하면서 의료진, 환자가 동시에 서명, 사본은 추후 research office 에서 보관(1년 보관 이후 파쇄하여 제거)
 - 사망한 환자의 일기는 3개월 보관 후, 가족들에게 수령 원하는 지 편지를 보낸 후 원하는 경우 제공되어짐

Figure 1.

SICU FAMILY MEMBER'S DIARY

Each family member's diary includes these instructions. A journal is a place to keep a personal record of occurrences, experiences and reflections. Use this journal to record the details and any questions you may have about your loved one's medical care. Hospitalization of a loved one can be very stressful and keeping track of all the details is difficult. We encourage you to use this journal to write it all down. Things you may find helpful to record:

- Staff
- Medications
- Daily Goals
- Diagnosis
- Daily Events
- Patient Diet
- Procedure
- Parking Area
- Daily Guests

It is our hope that you find this journaling experience helpful.

"Memory... is the diary we all carry about with us." -Oscar Wilde

*Journals graciously donated by a former SICU patient family



Acta Anaesthesiol Scand 2010; 54: 736–743
Printed in Singapore. All rights reserved

© 2010 The Authors
Journal compilation © 2010 The Acta Anaesthesiologica Scandinavica Foundation
ACTA ANAESTHESIOLOGICA SCANDINAVICA
doi: 10.1111/j.1399-6576.2010.02230.x

Long-term effect of the ICU-diary concept on quality of life after critical illness

C. G. BÄCKMAN^{1,2}, L. ORWELIUS^{3,4}, F. SJÖBERG^{5,6}, M. FREDRIKSON⁷ and S. M. WALTHER⁸

¹Department of Clinical and Experimental Sciences, Linköping University, Linköping, Sweden, ²Department of Anaesthesia and Intensive Care, Vrinnevi Hospital, Norrköping, Sweden, ³Intensive Care, ⁴Medicine and Health, Faculty of Health Sciences, ⁵Burns, Hand, Plastic Surgery and Intensive Care, ⁶Clinical and Experimental Medicine, Linköping University, Linköping, Sweden, ⁷Department of Clinical and Experimental Sciences, Division of Occupational and Environmental Medicine and ⁸Department of Medicine and Health, Division of Cardiovascular Medicine, Faculty of Health Sciences, Linköping University, Linköping, Sweden

Background: Critically ill patients often spend time in the intensive care unit (ICU) either unconscious or sedated. On recovery, they are often in a state of confusion with memory loss that may be associated with a longstanding reduction in health-related quality of life (QoL). We hypothesised that the ICU-diary concept could improve their QoL by filling in their memory gaps.

Methods: A non-randomised, prospective study in a non-academic eight-bedded general ICU. A group of patients ($n = 38$) were selected to receive the ICU-diary concept (keeping a diary with photos while on the ICU plus a follow-up meeting) when a long and complicated course was expected. **Health-related QoL at 6, 12, 24 and 36 months** was compared with a group that did not receive the ICU-diary ($n = 224$). The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form (SF-36) was used to measure health-related QoL. Multiple regression models adjusted for age, sex, illness severity, pre-existing disease and diagnostic category was used to analyse the effects of the ICU-diary

concept at 6 months, and changes over time were analysed using repeated measures MANOVA.

Results: Crude and adjusted scores for two dimensions of SF-36 (**general health and vitality**) and the physical component summary score were significantly higher at 6 months in the ICU-diary group ($P < 0.05$) and some of the effects remained during the 3-year follow-up period ($P < 0.05$).

Conclusion: The ICU-diary concept was associated with improved health-related QoL during the 3-year follow-up period after a critical illness. The effect of this intervention needs to be confirmed in a larger randomised study.

Accepted for publication 2 February 2010

© 2010 The Authors
Journal compilation © 2010 The Acta Anaesthesiologica Scandinavica Foundation

Jones et al. *Critical Care* 2010, **14**:R168
<http://ccforum.com/content/14/5/R168>



RESEARCH

Open Access

Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial

Christina Jones^{1,2}, Carl Bäckman³, Maurizia Capuzzo⁴, Ingrid Egerod⁵, Hans Flaatten⁶, Cristina Granja⁷, Christian Rylander⁸, Richard D Griffiths^{1,2*}, the RACHEL group

Abstract

Introduction: Patients recovering from critical illness have been shown to be at risk of developing Post Traumatic Stress disorder (PTSD). This study was to evaluate whether a prospectively collected diary of a patient's intensive care unit (ICU) stay when used during convalescence following critical illness will reduce the development of new onset PTSD.

Methods: Intensive care patients with an ICU stay of more than 72 hours were recruited to a randomised controlled trial examining the effect of a diary outlining the details of the patients ICU stay on the development of acute PTSD. The intervention patients received their ICU diary at 1 month following critical care discharge and the final assessment of the development of acute PTSD was made at 3 months.

Results: 352 patients were randomised to the study at 1 month. The incidence of new cases of PTSD was reduced in the intervention group compared to the control patients (5% versus 13%, $P = 0.02$).

Conclusions: The provision of an ICU diary is effective in aiding psychological recovery and reducing the incidence of new PTSD.

Trial registration: NCT00912613.

RESEARCH

doi: 10.1111/nicc.12143

Extent and application of ICU diaries in Germany in 2014

Peter Nydahl, Dirk Kneuck and Ingrid Egerod

ABSTRACT

Background: Diaries written for patients in the Intensive Care Unit (ICU) have been used in many European countries since the early 1990s to support patients and their relatives in their understanding of the ICU experience. ICU diaries have been introduced in Germany since 2008 via the internet, newsletters, newspapers, lectures and publications in German nursing journals.

Aim: The aim of the study was to update our knowledge of the extent and application of ICU diaries in Germany in 2014.

Design: The study had a prospective mixed methods multicenter design.

Method: All 152 ICUs in the two German federal states of Baden-Württemberg and Schleswig-Holstein were surveyed to identify units that had implemented ICU diaries. An additional 69 ICUs from other parts of Germany were included in the survey. We excluded diaries used in neonatal ICUs. Out of 43 units using diaries 14 were selected for semi-structured key-informant telephone-interviews on the application of ICU diaries.

Results: According to the survey, 8 out of 152 ICUs in the two federal states of Baden-Württemberg and Schleswig-Holstein had implemented ICU diaries and another six were planning implementation. Another 35 ICUs in other areas of Germany had implemented diaries and three units were planning to do so. Interviews were conducted with nurses at 14 selected ICUs. Informants reported successful adaption of the diary concept to their culture, but variability in application. No units were identified where all nursing staff participated in keeping ICU diaries.

Conclusion: Six years after the introduction of ICU diaries, ICU nurses in Germany are becoming familiar with the concept. Nursing shortage and bureaucratic challenges have impeded the process of implementation, but the adaption of ICU diaries to German conditions appears to be successful and is still in progress.

Relevance to Clinical Practice: Implementation of ICU diaries is feasible after adjusting for cultural and legal issues.

Key words: Aftercare • Critical care nursing • ICU diary • Implementation

RESEARCH

doi: 10.1111/nicc.12046

How much time do nurses need to write an ICU diary?

Peter Nydahl, Carl G Bäckman, Johannes Bereuther and Michael Thelen

ABSTRACT

Background: Diaries in the Intensive Care Unit (ICU) support patients and relatives during and after a stay on the ICU. Barriers to implementation of the ICU diary are workload, unwanted closeness to patients and lack of time.

Aims and objectives: The purpose of the study was to evaluate the time nurses consume writing an ICU diary. Further questions were to examine whether the first diary entry, which includes a more detailed description about the admission, consumes more time than other entries and whether the time taken depends on experience or workload of the nurses.

Design: Quantitative, prospective, international observational multicentre study in four ICUs within the international diary network in Germany (two ICUs), Sweden and Switzerland (one ICU each).

Method: During a 6-month period in 2012/2013 nurses measured the time they consumed writing a diary in minutes and seconds, the number of diaries they contributed to and total number of diary entries, the nurse-patient ratio, their level of experience in writing diaries, interruptions while writing in a diary and additional information like photographs or follow-up visits.

Results: In summary 29 diaries were collected which included 195 written entries. The first entry needed significantly more time than following entries (first entry: mean 13:33 min versus following entries: mean 5:31, $p < 0.001$). The mean time for following entries differed significantly between the countries: Switzerland: 6:14, Sweden 5:31 and Germany 3:36 ($p < 0.001$). Nurses with more experience used more time to write a diary (not significant). With increasing nurse-patient-ratio the time decreased for following entries (ratio 1:1: mean 5:42, ratio 1:2: mean 5:27, ratio 1:3: mean 3:12, $p = 0.007$).

Conclusion: Writing a diary for patients and relatives means an additional amount of time and workload, but according to the increased quality of nursing the time seems to be feasible. The amount of time consumed depends on the nurse-patient-ratio, as for the results.

2013 British Association of Critical Care Nurses • Vol 19 No 5

Key words: Amount of time • Critical care • ICU diary • Network



ICU diary from Germany, Aachen, University hospital of NRW, Paediatric and Neonatology ICU. On front cover is the name of the patient

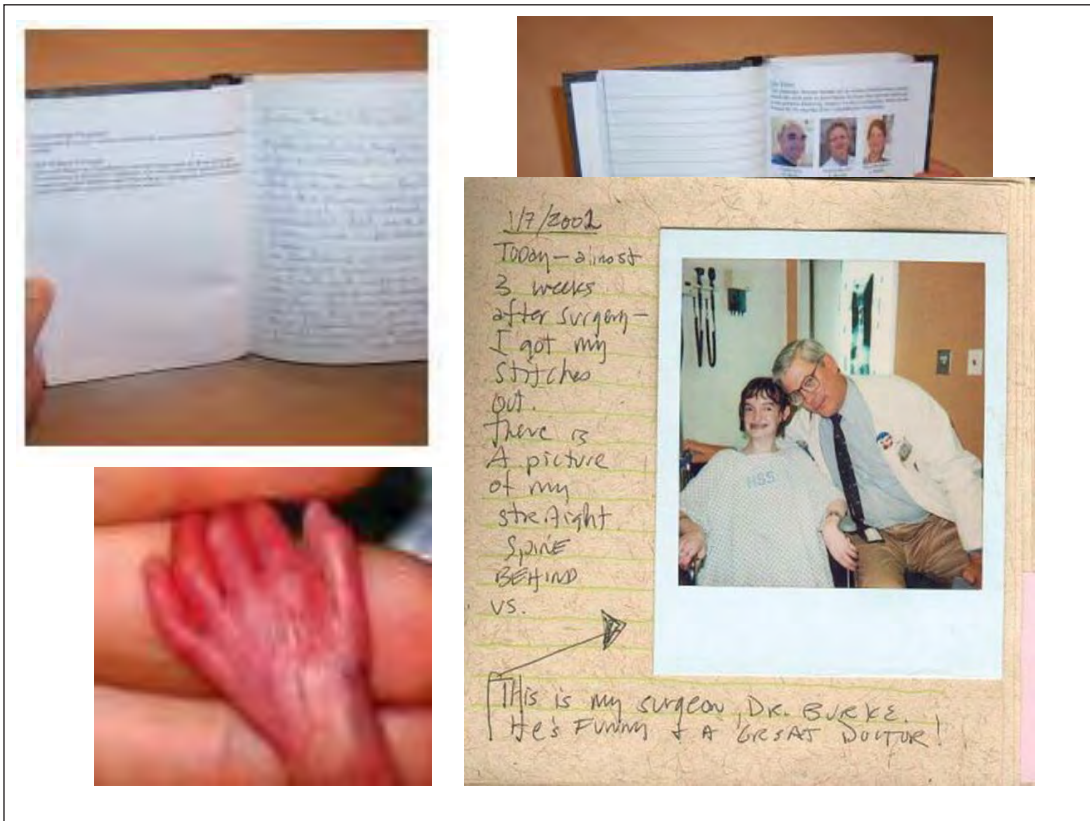


Wednesday
20th January

Hello beautiful Isaac,

You have had an excellent day and no longer need to be kept in the photo therapy cause your bilirubin is below 12.5. What is nice is that you are hearing and you are used to the world. I hope you are feeling better and you have a good night's sleep. I will be there to cuddle you all day.





Family Participation on ICU Rounds

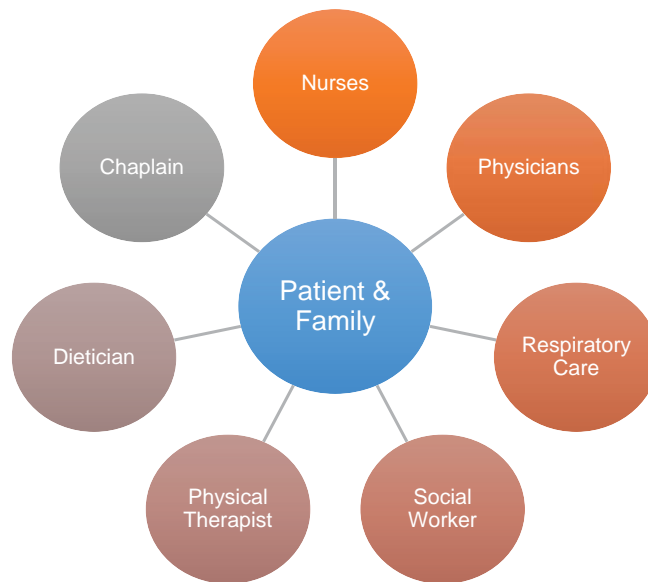
- Who should participate?
 - decision makers
 - patients, whenever possible
- Invite them to join rounds
- 질문의 기회를 제공하고 명확하게 답변 이해하도록 도움
- 질문하기 “Do you have any additional concerns?”



Davidson J. *Crit Care Med.* 2007;35:605-22.
Cypress B. *Dimens Crit Care Nurs.* 2012;31:53-64.



Interprofessional Collaboration



Family and Patient Empowerment

- Family members = patient's primary advocates
- Create a safe environment to speak openly
- **Shared decision-making**
- **Safety : prevent medical errors and reducing harm**
: allergies, pain, delirium, hand hygiene, SAT procedure
- **Future care expectations**



Shared Decision Making

- Partnership = Patient + Family + ICU team
- 24-48 시간마다 가족과의 정기적인 면담
- 의료진의 의사소통 기술 향상 교육 및 전략 필요
- End-of-Life 결정시 참여
- 윤리위원회 참여, 협진

Future Care Needs

- 중환자의 가족은 traumatic stressor 로 불안정적이며 고마움을 적게 느낄 수 있음
- 중환자실 퇴실 후 예상되는 증상에 대한 교육이 필요
- 중환자실 퇴실 후 예상되는 정서적인 증상(우울, 불안, PICS 등)에 대한 정보 제공
- Websites : patient/family-centered information
- 퇴실정보 제공(discharge pocket)
- 중환자실 입실 예정환자 정보제공, 방문 허용



Articles & Issues Collections Po

< Previous Article | Next Article >

Guidelines for Family- and Adult ICU

Davidson, Judy E. DNP, RN, FCCM, FA Puntillo, Kathleen A. PhD, RN, FAAN, FI MPH; Wunsch, Hannah MD, MSc; Wickl MSCE; Kentish-Barnes, Nancy PhD; Sp Maureen PhD, RN; Gerritsen, Rik T. MD FAAN; Skrobik, Yoanna MD, FRCP(c); P CCNS, FCCM; Harvey, Maureen A. MPH Swoboda, Sandra M. MS, RN, FCCM; C MD, PhD; Curtis, J. Randall MD, MPH

Critical Care Medicine: January 2017 - Vol. doi: 10.1097/CCM.00000000000002169

Objective: To provide clinicians with evidence-based strategies to optimize the support of the family of critically ill patients in the ICU. **Methods:** We used the Council of Medical Specialty Societies principles for the development of clinical guidelines as the framework for guideline development. We assembled an international multi-disciplinary team of 29 members with expertise in guideline development, evidence analysis, and family-centered care to revise the 2007 Clinical Practice Guidelines for support of the family in the patient-centered ICU. We conducted a scoping review of qualitative research that explored family-centered care in the ICU. Thematic analyses were conducted to support Population, Intervention, Comparison, Outcome question development. Patients and families validated the importance of interventions and outcomes. We then conducted a systematic review using the Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations methodology to make recommendations for practice. Recommendations were subjected to electronic voting with pre-established voting thresholds. No industry funding was associated with the guideline development. **Results:** The scoping review yielded 683 qualitative studies; 228 were used for thematic analysis and Population, Intervention, Comparison, Outcome question development. The systematic review search yielded 4,158 reports after deduplication and 76 additional studies were added from alerts and hand searches; 238 studies met inclusion criteria. We made 23 recommendations from moderate, low, and very low level of evidence on the topics of: communication with family members, family presence, family support, consultations and ICU team members, and operational and environmental issues. We provide recommendations for future research and work-tools to support translation of the recommendations into practice. **Conclusions:** These guidelines identify the evidence base for best practices for family-centered care in the ICU. All recommendations were weak, highlighting the relative nascency of this field of research and the importance of future research to identify the most effective interventions to improve this important aspect of ICU care. (*Crit Care Med* 2017; 45:103-128) **Key Words:** family; patient-centered care; intensive care; intensive care; neonatal; critical care; critical care nursing

ICU Family-Centered Care Recommendations

We suggest the following:

1. Family presence in the ICU

- 1.1. Family members of critically ill patients be offered open or flexible family presence at the bedside that meets their needs while providing support for staff and positive reinforcement for staff to work in partnership with families to improve family satisfaction. (2D)
- 1.2. Family members of critically ill patients be offered the option of participating in interdisciplinary team rounds to improve satisfaction with communication and increase family engagement. (2C)
- 1.3. Family members of critically ill patients be offered the option of being present during resuscitation efforts with a staff member assigned to support the family. (2C)

2. Family support

- 2.1. Family members of critically ill neonates be offered the option to be taught how to assist with the care of the critically ill neonate to improve parental confidence and competence in their caregiving role and improve parent psychological health during and after the ICU stay. (2B)
- 2.2. Family education programs be included as part of clinical care as these programs have demonstrated beneficial effects for family members in the ICU by reducing anxiety, depression, post-traumatic stress, and generalized stress while improving family satisfaction with care. (2C)
- 2.3. Peer-to-peer support be implemented in NICUs to improve family satisfaction, reduce parental stress, and reduce depression. (2D)
- 2.4. ICUs provide family with leaflets that give information about the ICU setting to reduce family member anxiety and stress. (2B)

- 2.5. ICU diaries be implemented in ICUs to reduce family member anxiety, depression, and post-traumatic stress. (2C)
- 2.6. Validated decision support tools for family members be implemented in the ICU setting when relevant validated tools exist to optimize quality of communication, medical comprehension, and reduce family decisional conflict. (2D)
- 2.7. Among surrogates of ICU patients who are deemed by a clinician to have a poor prognosis, clinicians use a communication approach, such as the "VALUE" mnemonic (Value family statements, Acknowledge emotions, Listen, Understand the patient as a person, Elicit Questions), during family conferences to facilitate clinician-family communication. (2C)

3. Communication with family members

- 3.1. Routine interdisciplinary family conferences be used in the ICU to improve family satisfaction with communication and trust in clinicians and to reduce conflict between clinicians and family members. (2C)
- 3.2. Healthcare clinicians in the ICU should use structured approaches to communication, such as that included in the "VALUE" mnemonic, when engaging in communication with family members, specifically including active listening, expressions of empathy, and making supportive statements around nonabandonment and decision making. In addition, we suggest that family members of critically ill patients who are dying be offered a written bereavement brochure to reduce family anxiety, depression, and post-traumatic stress and improve family satisfaction with communication. (2C)
- 3.3. ICU clinicians receive family-centered communication training as one element of critical care training to improve clinician self-efficacy and family satisfaction. (2D)

4. Use of specific consultations and ICU team members

- 4.1. Proactive palliative care consultation be provided to decrease ICU and hospital length of stay (LOS) for selected critically ill patients (e.g., advanced demyelinating global cerebral ischemia after cardiac arrest, patient with prolonged ICU stay, and patients with subarachnoid hemorrhage [SAH] requiring mechanical ventilation). (2C)
- 4.2. Ethics consultation be provided to decrease ICU hospital LOS among critically ill patients for whom there is a value-related conflict between clinician and family. (2C)
- 4.3. A psychologist's intervention be provided to specifically incorporate a multimodal cognitive behavioral technique (CBT)-based approach to improve outcomes in mothers of preterm babies admitted to the NICU; furthermore, targeted video and reading material be provided in the context of psychological support for mothers of preterm babies admitted to the ICU. (2C)

- 4.4. Social workers be included within an interdisciplinary team to participate in family meetings to improve family satisfaction. (2D)
- 4.5. Family navigators (care coordinator or communication facilitator) be assigned to families throughout the ICU stay to improve family satisfaction with physician communication, decrease psychological symptoms, and reduce costs of care and length of ICU and hospital stay. (2C)
- 4.6. Spiritual support from a spiritual advisor or chaplain be offered to families of ICU patients to meet their expressed desire for spiritual care and the accreditation standard requirements. (2D)

5. Operational and environmental issues

- 5.1. Protocols be implemented to ensure adequate and standardized use of sedation and analgesia during withdrawal of life support. (2C)
- 5.2. Nurses be involved in decision-making about goals of care and be trained to provide support for family members as part of an overall program to decrease ICU and hospital LOS and to improve quality of communication in the ICU. (2D)
- 5.3. Hospitals implement policies to promote family-centered care in the ICU to improve family experience. (2C)
- 5.4. Given the evidence of harm related to noise, although in the absence of evidence for specific strategies, ICUs implement noise reduction and environmental hygiene practices and use private rooms to improve patient and family satisfaction. (2D)
- 5.5. Family sleep be considered and families be provided a sleep surface to reduce the effects of sleep deprivation. (2D)

Engaging families in the ICU

In summary:

- Family engagement and empowerment is fostered by the culture of the unit
- A multidisciplinary approach is necessary to support family engagement
- Families can be included in many aspects of patient care and that benefits both patient and family

Thank You !

2017년 한국성인간호학회
추계학술대회 및 정기총회



심리 · 사회 · 영적
간호역량 강화를 위한
성인간호학적 접근

Enhancing psycho-social-spiritual care competency in adult nursing

주제강연 ③

영적 간호역량강화:
의미중심모델기반 영적간호중재



강 경 아
(삼육대학교 교수)

2017 한국성인간호학회 추계학술대회

영적 간호역량강화 -의미중심모델 기반 영적간호중재-

2017. 11. 24

삼육대학교 간호학과
교수 강 경 아



목 차

1. 들어가며
2. 간호의 의미
3. 의미요법의 기본개념
4. 영적돌봄을 위한 간호역량
5. 의미요법기반 영적간호중재의 방향
6. 마무리하며



들어가며



총체적 고통(Total Pain)

신체적 고통

다른 신체 증상
ADL의 지장

정신적 고통

불안
초조(조급함)
고독감
공포
우울
노여움

총체적 고통

사회적 고통

사회적 위치의 상실
직장에서 지위상실
수입의 단절
친지 및 친구방문 중단
가족문제 / 우산상속

영적 고통

인생의 의미에 대한 의문
고통의 의미
죄의식
신의 존재 추구
미래의 불확실성
생사관에 대한 고민

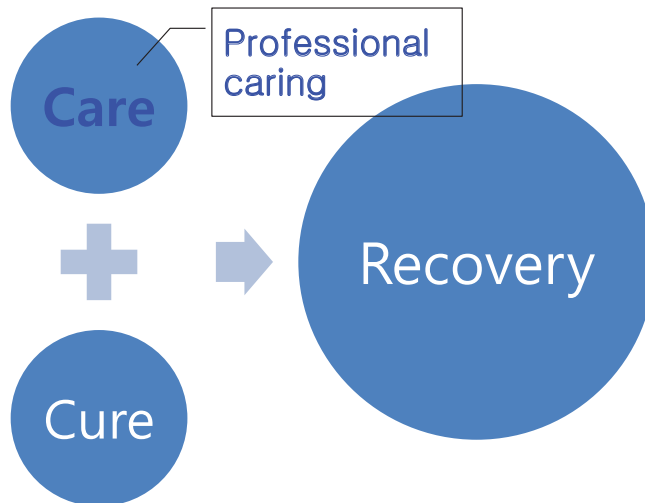
(강, 1999; 1996; Twycross, 1979)



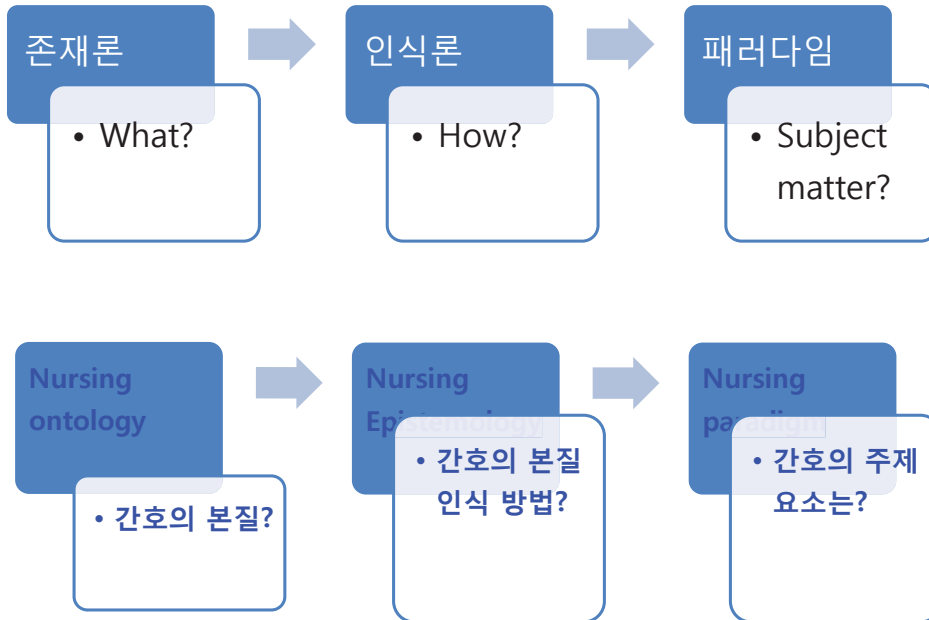
간호의 의미



간호란?



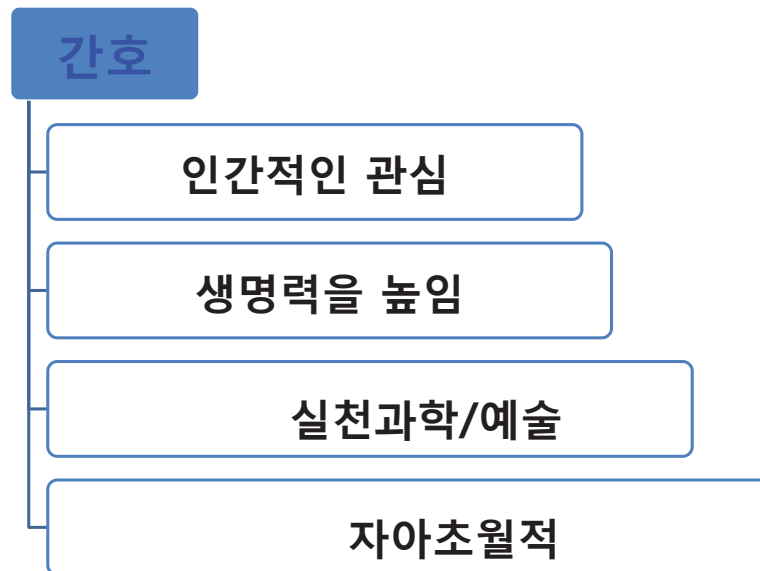
Nursing Ontology/Epistemology



간호이론가들의 간호에 대한 정의

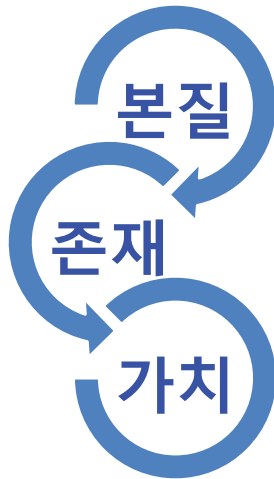


간호의 본질



의미요법(LOGOTHERAPY)의 기본개념

Logos 는 인간의 ... 와 관련



로고테라피에 근거한 인간본성

- 인간이 살아가게 되는 동기



로고테라피란?

- 대상자가 자신의 삶에서 의미를 찾고, 그 가치와 책임을 깨닫도록 돕는 심리치료방법
- 목적
 - 개인으로 하여금 영안에(in the spirit) 건강의 핵심(healthy core)이 되는 자원(logos)이 있다는 것을 인식하고 이 자원을 활용할 수 있도록 돕는 것
 - 억압, 좌절, 무시되어 왔던 영적 자원을 의식의 차원으로 끌어올리
 - 인간 영이 도전적 힘을 통해 인간으로 하여금 삶의 고통이나 어려움에 직면 할 수 있도록 돕는 것
- **Logos: 종교적 신념과 상관없음**



로고테라피란?

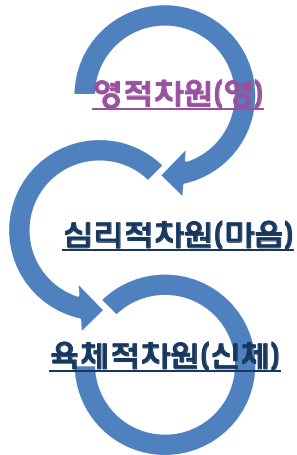
- 삶의 책임의 문제를 다룹니다.
- 문제중심이 아닌 가치중심적 접근입니다.
- **영적차원을 키우는 작업입니다**



-정신분석/심리학

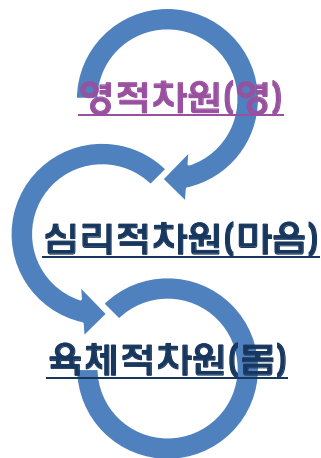


-의미요법



- 육체적 차원
- 거의 완전히 결정되어진 존재
- 심리적 차원
- 조정가능한 존재
- 영적차원
- 자유와 책임의 존재

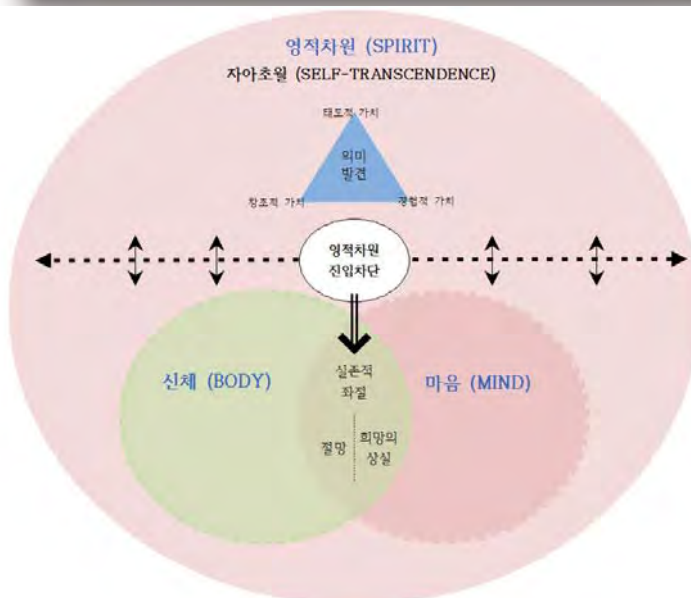
• 의미요법



- 의미요법
 - 종교와 관계없이 인간은 영적인 존재
 - 영적차원 키우는 작업
- 로고스 in 영적차원
 - 존재이유
 - 병들지 않음
 - 순수



The Human Being's Multidimensional Aspects: Body (Soma), Mind (Psyche), & Spirit (Noös)



Dezelic MS. Meaning-Centered Therapy Workbook. CA: Palace Printing and Design; 2014, p.37.

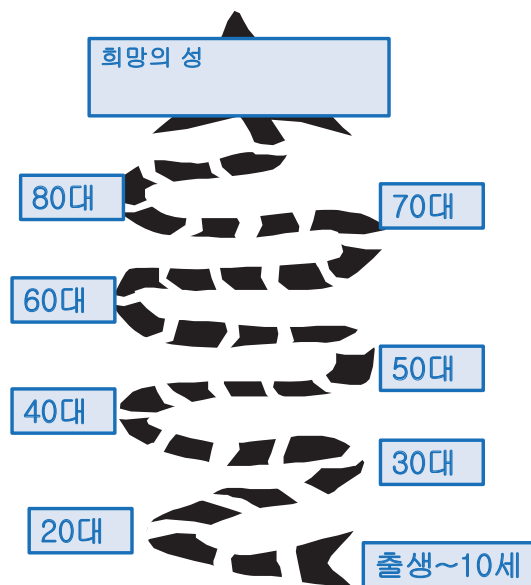


인간 본성에 대한 이해

- 인간은 **의미추구를 지향하는 존재**이다
-인간에게 기본적 동기를 부여하는 힘
- 인간의 **삶은 마지막 순간까지 의미를 가진다**
- 인간은 **의지의 자유(본원적 자유)를 가진 존재**이다
- 인간은 **자아초월적 존재**이다.
- 인간은 **영적인 존재(의미추구)**이다



- 궁극적 의미-믿음
- 장기적 의미
-삶의 과제/소명
- 순간적 의미
-창조적 가치
-경험적 가치
-태도적 가치



자아초월(self-transcendence)

- 인간이 살아가는 주된 동기는
-자아(self)를 찾는 것이 아니라
-**의미를 찾는 것 (자아를 잊는 것)**
- 자기초월을 못할수록 인간은 불행해진다



<삶의 의미의 결여>

- " 슬프게도 나의 동료 포로에게는 삶에 대해 아무 감각이나 목표나 의지가 없으므로 추구해 나갈 궁극점이 없었다. 결국 곧 파멸해 버리고 말았다 " - 실존적 공허상태

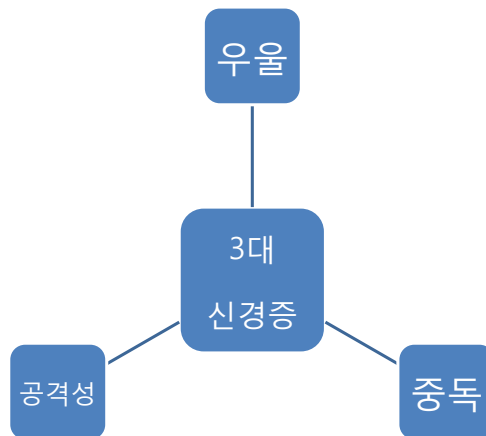


<삶의 의미의 결여>

- 실존적 공허 ⇒ 실존적 좌절 ⇒ 영적 신경증
- 실존적 공허: 삶의 의미와 목적의 결핍상태
- 실존적 좌절: 무의미를 경험하는 상태
- 영적 신경증(Noegenic Neurosis): 무의미, 무의도, 무목적, 공허감, 무료함, 무감각이 특징
-3대 신경증: 우울, 공격성, 중독



영적 신경증(Neurosis of the spirit)



현대인의 풍토병적 문제 -삶의 의미의 결여

- 20세기 후반 인간의 행동을 규정해줄 관습, 전통, 가치를 거의 잃어버림
- **물질/외모/학력/권력 지상주의**
- 부유함, 생활의 편리함, 과학의 발달과 함께 **실존적 요구를 도외시하는 비인간화 현상**은 진정한 **삶의 이유를 잃게 함**
- 자신의 행동을 능동적으로 결정하지 못함
- 자살률 증가



자유=본원적 자유

- **선택의 힘(The power of choice): 신이 부여한 치유의 힘**
- 부정적 감정을 놓아버리고 긍정적 감정을 받아드리는 자유
- 누구도 우리에게서 빼앗을 수 없는 자유
- 우리 자신의 자유
- 잊고 있어서 이제는 경험하는 법도 모르는 자유

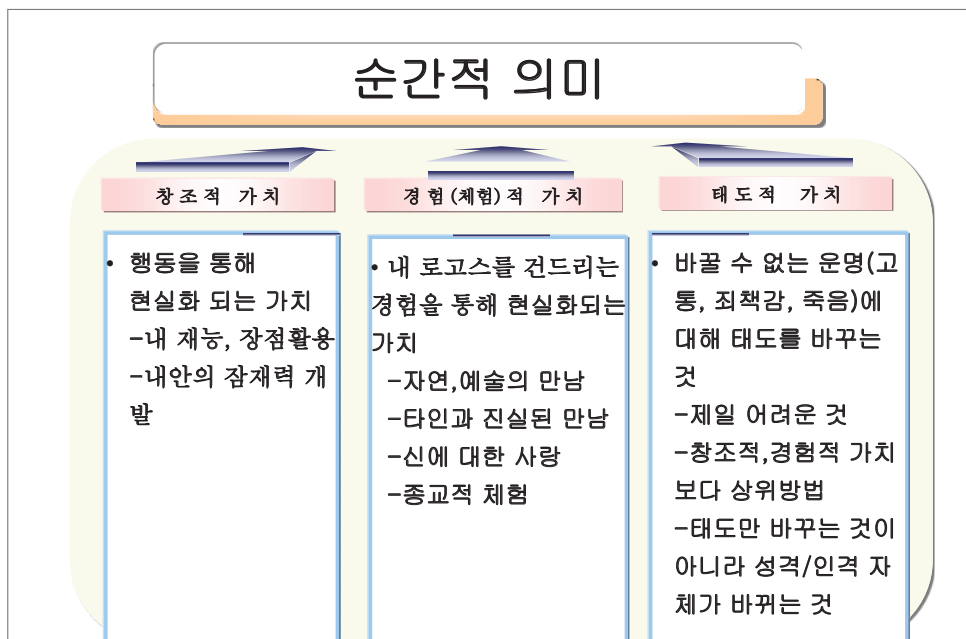


• **선택의 힘(The power of choice)**

- 나치군인들은,
오직 한가지의 것만은 빼앗을 수 없었다.
그것은
'이것이든 저것이든 결정하는 자유'이었다.
- 전형적인 수용소 죄수가 되는가, 아니면
인간으로서의 존엄성을 지키는 한 사람의 인
간이 되는가! 를 **결정하는 자유**이었다



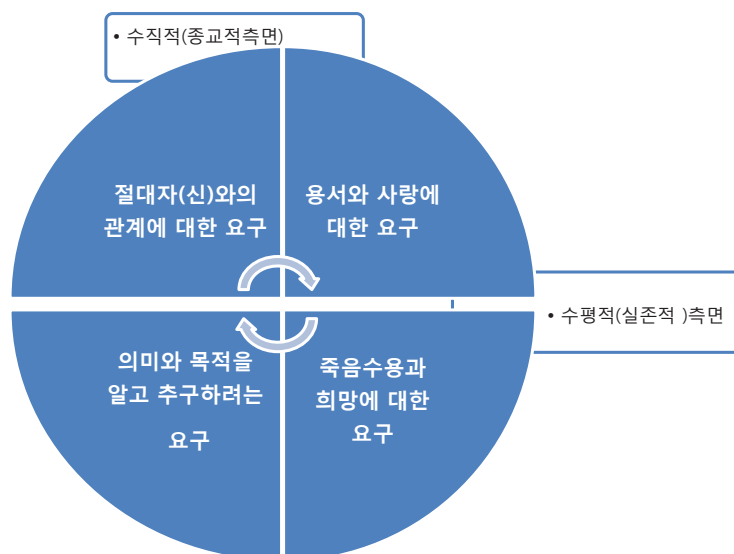
의미발견의 세가지 방법



영적돌봄을 위한 간호역량



인간의 영적 요구



인간의 영적요구

실존적(존재론적)/의미적 요구

- 삶의 목적과 의미를 찾고자 하는 요구
- 의미추구의 의지: 인간에게 삶에서 근본적인 동기를 부여하는 힘

간호사의 전문적 돌봄이 필요한 요구

관계적/사회문화적 요구

- 신, 자신, 중요한 사람들, 자연 등과 더불어 사랑과 유대감 및 조화로운 관계에 대한 요구

종교적/초월적 요구

- 초월적 가치에 대한 요구
- 종교적 믿음과 관련이 있다.



영적요구

- 실존적(존재론적)/의미적
 - 의미있는 죽음을 맞이하고자 하는 요구
 - 생의 가치를 확인하고자 하는 요구
 - 고통의 의미를 이해하고자 하는 요구
- ☞ 이 요구가 충족될 경우 개인은 우주의 자연 질서에 순응한다는 느낌, 자신의 존엄성 경험



영적돌봄을 위한 간호역량

(Leeuwen, R. et al (2009). The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of clinical nursing*, 18, 2857-2869.)

Spiritual care competencies in spiritual care		
Domains	Number of items	Cronbach's alpha
Assessment and implementation of spiritual care	6	0.82
Professionalisation and improving the quality of spiritual care	6	0.82
Personal support and patient counseling	6	0.81
Referral to professionals	3	0.79
Attitude towards the patient's spirituality	4	0.56
Communication	2	0.71



영적돌봄을 위한 요구되는 간호역량

실존적(존재론적)/의미적 요구

간호사의 전문적 돌봄이 필요한 요구

- 인간 실존의 본질적 특성(존재론적 특성) 문제를 다루는 체계적인 간호 중재가 요구됨

관계적/사회문화적 요구

- 정확한 요구사정 후 의뢰/분위기 조성

종교적/초월적 요구

- 정확한 요구사정 후 의뢰/분위기 조성



의미요법기반 영적간호중재의 방향



Finding meaning in Logonursing



의미요법 상담 대상

- 불안신경증(anxiety neurosis)
- 강박불안증(obsessional anxiety)
- 호스피스대상자와 가족
- 사별가족
- 자살
- 청소년비행
- 우울증
- 그 외 삶의 의미결여로 인한 실존적 공허를 경험하는 대상



로고테라피 치료단계

- 1단계: 자기와 거리두기(self-distancing)
 - 유머를 이용하여 내담자가 증상으로부터 거리를 둘 수 있도록 돕는다
 - 거리두기는 내담자가 증상과 상황에 대한 보다 명확한 비전과 이를 극복할 수 있는 에너지를 제공한다
- 2단계: 태도바꾸기
 - 부정적이고 건강하지 못한 태도에서 긍정적이고 건강한 태도로 수정
- 3단계: 증상감소단계
 - 1, 2 단계의 증상이 사라지거나 감소하거나 혹은 통제할 수 있는 대상으로 바뀜
- 4단계: 증상을 가지고 있지 않은 삶을 다룰 수 있도록 돕기
 - 보다 깊은 삶의 의미를 깨닫도록 이끌어주는 단계



로고테라피 치료단계: 사례

- 1단계: 내담자는 앞으로 자신이 미래에 바랄 아무것도 없다고 생각으로 우울증에 시달리고 있었다. 프랭클 박사는 그 내담자가 매우 긍정적이었던 자신의 과거에 초점을 맞추도록 도와주었다(자기와 거리두기)
- 2&3단계: 이 단계에서 프랭클박사는 내담자의 미래에 대한 태도를 바꾸도록 도와줌으로써 우울증을 극복할 수 있도록 도와줌
 - “죽음은 모든 것을 끝장냅니다”(부정적 태도) 를
 - “그 어떤 것도 제가 삶에서 성취한 것을 없애버릴 수는 없어요”(긍정적 태도전환)
 - 우울증 증상줄어듬
- 4단계: 이러한 과정을 통해 내담자는
 - 고통은 벌이 아니라 도전이라는 것
 - 고통을 견디어 내었던 자신의 삶이 다른 내담자들에게 좋은 삶의 모범이 되었다는 것
 - 학생들로부터 박수를 받음으로써 자신이 한 인간으로써 삶의 모범이 된 것에 대한 확신을 함
 - 자신의 삶 속에 의미가 계속될 수 있다는 것을 깨닫게 됨.....



자기와 거리두기: 유머

- 겸손(humility)와 유머(humor)는 같은 어원
- 유머: 인간으로 하여금 자기와 세상과 거리를 두게 함으로써 자기 자신을 전체 그림속에서 객관적으로 볼 수 있는 힘을 준다
- 유머는 개발될 수 있고 학습가능한 것
- 역설적 의도: 유머로 인해 내담자가 공포와 증상으로 부터 긴장을 낮추고 증상이나 공포에서 거리두기를 할 수 있다
- 유머는 넌센스이다. 절망 또한 넌센스이다(영적 차원은 절망할 수 없으니까)



자기와 거리두기: 유머

- 인간만이 가지고 있는 신의 선물(빅터 프랭클), 사람만이 누릴 수 있는 특권
- 해로운 감정으로 인한 질병을 예방하는 방탄조끼
- 영혼의 무기
- 유머감각을 발달시키고 사물을 유머스럽게 보려고 노력하는 시도는 수용소에서 살아가는 기술을 익히는 동안 배우게 된 일종의 요령이었음



의미요법의 치료(상담)기법

-자아초월로 이끄는 방법

- 1)역설의도법(paradoxical intention)
- 2)탈숙고(dereflection)
- 3)태도수정: 소크라테스 대화법
- 4)태도수정: 로고분석



1) 역설의도법(paradoxical intention)

- 불안신경증과 공포상태는 예상불안, 즉 내담자가 두려워하는 상태를 발생시킨다, 이 때 적용함
- 순간적으로 공포를 예상하도록 요구하거나 격려
- 그리고 상황에 대한 자신의 태도를 바꾸도록 한다



- 즉, 환자가 두려워하거나 피하려 했던 바로 그 일을 하도록 용기를 주거나 기다리게 함
- 그 결과, 신경증상에 대한 태도의 변화를 가져오고, 자신을 증상에서 분리, 신경증에서 해방되도록 한다
- 중증, 만성적 경우에 성공적
- 심장질환자나 죽음을 앞둔 호스피스 대상자의 경우에는 매우 제한적으로 적용 가능함



(사례)

‘내가 다른 사람들과 자리를 함께 할 때마다 배가 꾸르륵거리는 겁니다. 내가 꾸르륵거리지 않으려고 하면 할수록 배는 더욱 꾸르륵대는 것이죠.

곧 나는 나의 남은 여생동안 쪽 그러려니 하고 당연한 현상으로 받아들이기로 했습니다. 당연한 것으로 받아들이고 남들과 함께 꾸르륵거리는 소리를 두고 농담까지 하게 되었습니다. 그러자 꾸르륵거리는 소리가 없어지고 말았습니다’



2)탈숙고(dereflection)

- 지나친 자기집중과 자기성찰로부터 벗어나도록 유도하는 방법
- 지나친 주의력, 의도성 및 자기관찰 등을 다루는 것
- 문제를 무시해 버리는 방법이다
- 그 결과, 내담자의 인식이 적극적인 방향으로 진행되는 정도에 따라 효과가 생긴다



(사례)

‘평생동안 말을 더듬으며 살아왔던 오십대 후반의 한 중년남자가 있었다. 그는 손자 손녀를 둔 할아버지였다. 그는 지금도 말을 더듬는다. 그러나 자기 손자하고 놀 때만은 말을 정상적으로 잘 한다. 이 아이 때문에 자신에 대한 과성찰로부터 벗어날 수 있었기 때문이다’

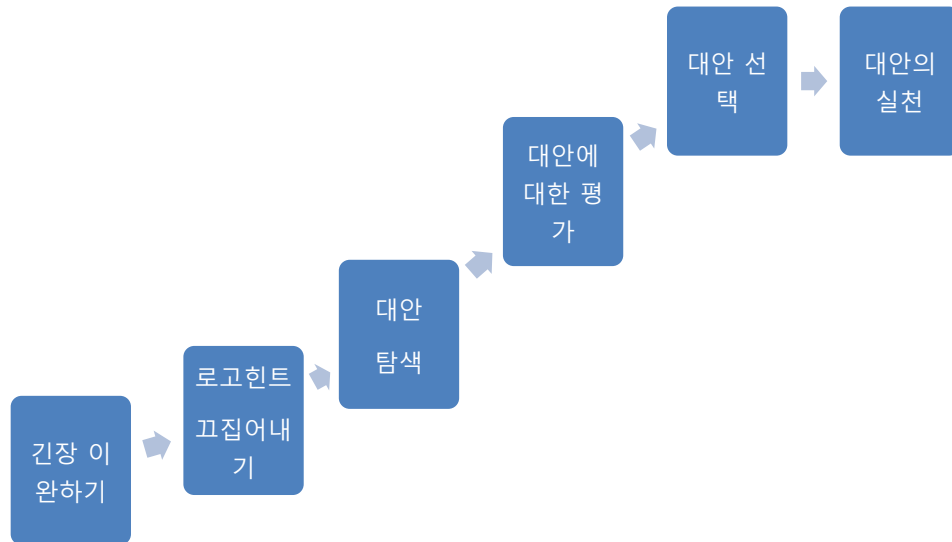


3)소크라테스 대화법

- 환자가 자기 인식을 높이고 내적인 깨달음을 갖게 해주는 방법
- 기본가정: 인간 영의 심연에서 우리는 우리가 어떤 사람인지, 우리가 가지고 있는 잠재력은 무엇인지, 우리에게 진정으로 중요하고 의미있는 것은 무엇인지 알고 있다
- 치료자(helper 의 역할): 내담자에게 내담자의 삶의 의미가 무엇인지 직접 말해주는 것이 아니라 내담자의 인간 영에 숨어있는 지혜를 밖으로 끄집어 낼 수 있도록 돕는 것



소크라테스 대화법을 통한 의미탐색의 단계



소크라테스 대화법을 통한 의미탐색의 단계

1. 긴장 이완하기: 유용한 질문
 - 내담자가 현재 처해있는 상황에 대한 질문부터 시작
 - 점차 내담자가 원하는 것으로 연결
 - 예)직업과 관련된 문제로 힘들어할 경우
어떤 직업에 종사하고 계신가요?
 - 예)가족들과 많은 시간을 보내고 싶으신가요?
 - 예)기분을 좋게 만드는 것은 무엇입니까?

소크라테스 대화법을 통한 의미탐색의 단계

2. 로고힌트 끄집어내기

- 로고힌트: 말, 문구와 같은 언어나 말의 톤, 표정 등과 같은 비언어를 통해 내담자가 무의식적으로 표현하는 자신의 긍정성



소크라테스 대화법을 통한 의미탐색의 단계

3. 대안탐색

- 목록작성: 실행 불가능한 것을 포함하여 모든 가능한 대안을 목록에 포함시킨다
- 대안선택: 현재 상황에서 가장 의미있고 현실성 있는 대안선택

4. 대안평가

5. 대안선택

6. 대안실천



소크라테스 대화법에서 의미탐색을 위한 다섯가지 영역

- **자기발견**
 - 내가 언제 행복했었지?
 - 영 안에 있는 '진정한 나(true self)' 를 찾는 것(진정한 나/ 왜곡된,가면을 쓴 나)
- **선택**
- **유일성**
 - '유일성'을 경험할 수 있는 상황에서 의미가 드러나는 경우가 많다
 - 관계나 상황속에서 스스로 얼마나 중요한 존재인가를 통해 유일성을 경험한다
- **책임**: 책임이 따르지 않는 선택은 무의미하다
- **자기초월**: 내가 사랑하는 누군가를 위해, 나에게 의미있는 어떤 일을 위해 자신을 헌신하는 인간만이 할 수 있는 능력



자기발견을 유도할 수 있는 질문

- 당신이 즐겁게 잘 할 수 있는 것에 대해 말해주세요
- 사람들은 당신이 할 수 없을거라고 말했지만 결국 당신이 해낸 것에 대해서 말해주세요
- 당신이 무력하다는 것을 입증했던 때에 대해 말해주세요
- 당신이 가장 살아있다고 느꼈던 시기에 대해 말해주세요
- 당신이 스스로를 신뢰했던 때에 대해 말해주세요
- 당신이 가장 좋아하는 가면은 무엇입니까?
- 당신은 무엇을 숨기고 있나요?

(사례)

‘ 모든 것을 풍부하게 지닌 한 여인은 늘 아파서 침대에 누워 주위 사람들의 관심과 동정을 받으며 살아가고 있다.

- 당신은 꽃 가운데 서서 잡초에 물을 주고 있는 것 같지 않아요?



“유일성”을 인식하는 데 도움이 되는 질문

- 당신이 떠나온 동네의 이웃들 중에서 당신을 그리워할 사람은 누구인가? 그들은 당신의 어떤 점을 그리워할까?
- 예전에 응급상황에서 당신에게 전화를 했던 사람은 있는가? 있다면 누구인가?
- 당신이 당신의 부모나 배우자, 혹은 형제자매, 친구, 자녀를 위해 그 다른 어떤 누구도 할 수 없었던 것을 한 적이 있는가? 있다면 어떤 일을 하였는가?
- 중년기의 “유일성” -진정으로 내가 가장 하고 싶은 목록작성하기
- 노년기의 “유일성”
 - 늘 하고 싶었지만 시간이 없어서 하지 못했던 일은 무엇인가?
 - 내가 가진 능력 중에 필요로 하는 것에 사용할 수 있는 능력은?
 - 내와 관계가 나빴던 사람 중에 지금이라도 회복할 수 있는 관계는?
 - 나의 창조성을 지금이라도 발휘할 수 있는 활동은?



로고테라피 적용

- 신경증(Neuroses): **의미요법 적용**
- 정신증(Psychoses)
 - 현실을 떠나있음
 - 의미요법 적용 안됨**
- 사이코패스(Psychopathic)
 - 영과 Mind 가 완전히 block 된 상태
 - 약물치료, **의미요법 적용안됨**



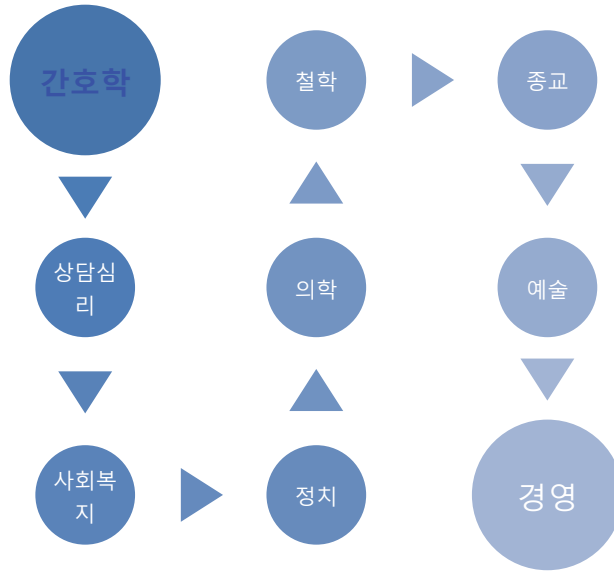
- 간호란?(Joyce Travelbee, 1972)
 - 질병으로 도움을 필요로 하는 사람과 도움을 주는 사람 사이의 대인관계과정
 - 질병상황에 있는 사람의 대처를 돕고 그들이 처한 상황의 의미를 발견하게 함으로 최적의 삶을 영위하도록 돕는 것
- **인간 실존의 본질적 특성(존재론적 특성)에 초점을 둔 의미중심 기반 영적간호중재 개발 요구됨**



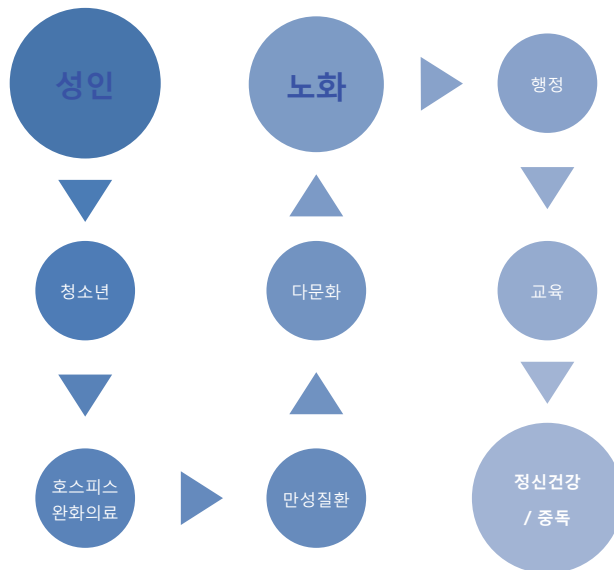
마무리하며



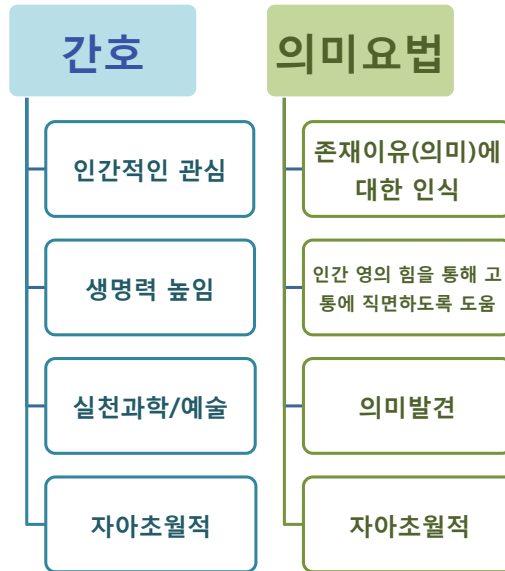
로고테라피 적용분야



로고테라피 적용 간호분야



간호와 의미요법의 본질



의미중심모델기반 영적간호중재

- 인간의 가장 일차적 영적요구인 존재론적 요구를 충족하는 데 초점이 있는
 - 실존적 돌봄철학
 - 과학적 간호접근
 - 인간중심적 영적돌봄
 - 가치중심적 영적돌봄





2017년 한국성인간호학회
추계학술대회 및 정기총회
심리·사회·영적
간호역량 강화를 위한
성인간호학적 접근



Enhancing psycho-social-spiritual care competency in adult nursing

2016년 우수연구지원사업
선정작 발표

2016년 우수연구지원사업 선정작 발표

페이지	발표자	공동저자	논문제목	소속
101	강지영	서은영	간호학생을 위한 “재가 만성질환자간호 가상체험용 애플리케이션” 개발 및 적용	서울대학교 간호대학 박사과정
102	김남희	태영숙	재활전문병원 뇌졸중 환자 주 돌봄 제공자를 위한 네비게이션 프로그램 개발 및 평가	동의과학대학교 간호학과 교수

Development and Evaluation of “Chronic Illness Care Smartphone Apps” on Nursing Students’ Knowledge, Self-efficacy, and Learning Experience

Jiyoung Kang¹, Eunyoung E. Suh²

¹Doctoral student, College of Nursing, Seoul National University,

²Professor, College of Nursing, Seoul National University

Purpose: We aimed to develop smartphone-based virtual experiential applications (apps) for nursing care given to patients with chronic illnesses, especially those with hypertension or diabetes, and to evaluate the apps’ efficacy with regard to nursing students’ knowledge, self-efficacy, and learning experiences.

Methods: Apps using gamification elements were developed following steps for assessment, design, development, implementation, and evaluation. Knowledge and self-efficacy were assessed via questionnaires and learning experiences were assessed via focus group interviews after the apps had been used for 1 week. Quantitative data were analyzed using descriptive analysis, chi-squared test, Fisher’s exact test, t-test for homogeneity of participants (experimental: 49, control: 43), independent t-test, and a paired t-test for effectiveness in each group. Qualitative data were analyzed using qualitative thematic analysis.

Results: Knowledge of hypertension ($t=4.41, p<.001$) and diabetes ($t=2.45, p<.009$), and self-efficacy regarding hypertension ($t=3.08, p<.002$) and diabetes ($t=1.75, p<.043$) significantly improved in the experimental group compared with the control group. Students can use these apps as a complementary learning tool, without time and space limitations, and derived overall satisfaction and enjoyment.

Conclusion: The apps were found to be effective learning strategies that assist students in assessing patient health problems and implementing nursing care to improve patients’ conditions.

Key words: Nursing education; Chronic illness; Smartphone apps; Gamification

The Development and Evaluation of Navigation Program for Caregivers of Stroke Patients Admitted in Rehabilitation Hospitals

김남희¹, 태영숙²

¹동의과학대학교 간호학과 조교수, ²고신대학교 간호대학 교수

Purpose: The purpose of this study is to develop a navigation program based on the Professional Navigation Framework of Fillion et al. (2009) for caregivers of stroke patients in rehabilitation hospitals.

Methods: It was conducted in a total of 44 caregivers (22 in the control group and 22 in the experimental group) of patients diagnosed with Stroke for the first time in a single rehabilitation centers in B Metropolitan City from June 28 to August 31, 2016. Navigation program based on the Professional Navigation Framework of Fillion et al. (2009) for caregivers of stroke patients in rehabilitation hospitals and determine the effectiveness of the factors for continuity (information, management and relationships) and empowerment (encouragement, positive coping, and support) in many ways. Intervention was provided for each concept, 90 minutes per session, for eight sessions in total; the experimental group was divided into two sub-groups, who were then provided with a navigation program in the lecture hall of the hospital through all the sessions.

Results: The experimental group reported statistically significant differences in caregiver burden($p<.001$), depression($p<.001$), anxiety($p<.001$), self efficacy($p<.001$), caregiving mastery($p<.001$), and ADL of caring patients($p=.006$) compared to those in the control group.

Conclusion: In conclusion, the navigation program in this study was effective in reducing the burden of care, anxiety, and depression for caregivers of stroke patients in a rehabilitation hospitals, in improving their self-efficacy, caregiving mastery, quality of life, and patients' activities of daily living. It is therefore necessary to use this navigation program new nursing intervention strategy for caregivers of stroke patients in clinical practice. also, It is necessary to conduct repetitive research to develop a navigation program for caregivers of patients with other chronic diseases and determine its effectiveness.

Key words: Rehabilitation Hospitals, Caregivers, Stroke Patients, Navigation Program

2017년 한국성인간호학회
추계학술대회 및 정기총회

**심리·사회·영적
간호역량 강화를 위한
성인간호학적 접근**



Enhancing psycho-social-spiritual care competency in adult nursing

포스터 발표

포스터 목록

페이지	발표자	공동저자	논문제목	소속
105	김성렬	김혜영, 소희영, 정선주, 김지영,	Predictors of Low Medication Adherence in patients with Parkinson' s Disease	전북대학교
106	조옥희	박선주, 박연숙, 이혜경	만성요통환자의 삶의 질 영향요인	공주대학교
107	박소영	박소영, 이성옥, 조옥희	간호대학생을 위한 시뮬레이션기반 정맥요법 임상수기술 교육프로그램의 효과	공주대학교
108	박영례	김영학, 노유진, 문서연, 백예은, 서모연	일 지역 대학생의 대인관계 유능성, 신체상, 우울 및 자아존중감	군산대학교
109	이상준	김은아	Study on Impact of Career Barrier on Seeking Stress of Senior Nursing Students : Mediating Effect of Career Maturity	동신대학교
110	김호진	송갑선, 전점이	고혈압환자 특이형 삶의 질 측정도구 개발	대동대학교
111	조영문	유수빈, 이하영	간호대학생의 e-러닝 기반 성인간호학 사전학습이 자기주도 학습능력과 대학생활 적응에 미치는 영향	동신대학교
112	조영문	이민주, 이수정	간호대학생의 문제중심수업(PBL)을 연계한 시뮬레이션 통합간호실습교육이 자기결정성 학습동기, 학업적 효능감, 학습태도, 자기조절학습에 미치는 영향	동신대학교
113	강희영	김봉희	간호·간병통합서비스병동 간호사와 일반병동 간호사의 직무만족, 직무스트레스, 직무소진 및 이직의도 비교연구	조선대학교
115	고은	김은지, 유다은, 이지현, 이하영, 이현정, 김빛나	보건계열과 비보건계열 대학생의 손씻기에 대한 지식, 태도 및 실천 비교	순천대학교
116	송갑선	전점이, 김호진	타이치 운동프로그램이 당뇨병환자의 대사조절 및 삶의 질에 미치는 효과	대동대학교
117	고은	공호연, 남혜림, 문지윤, 이채원, 김영주	간호대학생의 DISC 행동유형에 따른 임상실습 스트레스와 정신건강	순천대학교
119	이혜경	이진호(교신), 배진현, 이주현, 임수정, 임재희, 차준화	간호대학생의 비판적 사고성향, 공감능력 및 타인인식이 의사소통능력에 미치는 영향	중원대학교
120	김희경	이혜경	농촌지역 노인의 건강보존에 미치는 영향	공주대학교
121	이혜경	한희선(교신), 김재은, 황현경, 이유라, 이지민	여자 간호대학생의 운동행위변화단계에 미치는 영향요인	중원대학교
122	박상빈	최은영, 강희영	요양병원 간호사의 직무스트레스와 직무몰입 및 이직의도의 관계	조선대학교
123	조진영	신원진, 이상규, 임채호	간호대학생의 재난대응 준비도와 재난대응 자기효능감에 대한 연구	중원대학교
124	이순희	-	시뮬레이션 기반 성인간호 실습 후 디브리핑 평가, 학업적 자기효능감, 시험불안	교통대학교

Predictors of Low Medication Adherence in patients with Parkinson's Disease

Sung Reul Kim¹, Ji Young Kim¹, Hye Young Kim¹, Hui Young So², Sun Ju Chung³

¹Associate Professor, College of Nursing, Chonbuk National University,

²RN, Department of Nursing, Asan Medical Center,

³Professor, Department of Neurology, Asan Medical Center

Purpose: The aims of this study were to identify patients-related characteristics, disease-related, medication-related, and healthcare providers-related factors predicting low medication adherence in patients with Parkinson's disease.

Methods: We used a descriptive cross-sectional design. Data were collected from a convenience sample of 173 PD patients who agreed to participate in the study, between May and August, 2015. Five structured questionnaires were used: Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), Beck Depression Inventory, Beliefs about Medicine Questionnaire, Communication with Healthcare Provider, and Non-Motor Symptoms Scale (NMSS). Data were analyzed by descriptive statistics, t-test, Mann-Whitney U test, χ^2 -test, and logistic regression analysis by using SPSS 24.0 program.

Results: Among 173 PD patients, 64.1% were categorized as high medication adherence whereas 22.0% and 13.9% were considered at medium and low medication adherence based on the MMAS-8 results. Based on multiple logistic regression analysis, depression, necessity concerns differential subscale in Beliefs about Medicine Questionnaire, and education level (\leq elementary school and middle school) were significant factors predicting low medication adherence in patients with Parkinson's disease (depression OR = 1.127, 95% CI = 1.023 - 1.241, $p = .026$; necessity concerns differential subscale OR = 0.797, 95% CI = 0.702 - 0.904, $p < .001$; \leq elementary school OR = 33.424, 95% CI = 3.397 - 328.913, $p = .003$ and middle school OR = 11.432, 95% CI = 1.026 - 127.424, $p = .048$).

Conclusion: Assessment of medication adherence should be performed along with patient-related characteristics, disease-related, and medication-related characteristics in Parkinson's disease. In addition, these characteristics should be considered in the development of interventions that improve medication adherence in patients with Parkinson's disease.

Key words: Parkinson's disease, Medication adherence, Beliefs about medication, Depression

만성요통환자의 삶의 질 영향요인

박선주¹, 조옥희², 박연숙³, 이해경⁴

¹충북대학교 예방의학교실 연구간호사, ²공주대학교 간호학과 부교수,
³공주대학교 간호학과 교수, ⁴공주대학교 간호학과 조교수

연구목적: 본 연구는 만성요통 환자를 대상으로 기능장애, 정서상태(불안, 우울), 수면장애가 삶의 질에 미치는 영향을 파악하기 위해 실시하였다.

연구방법: 연구 대상자는 충북 C시에 소재한 2개의 척추치료병원과 1개의 신경외과의원에 방문한 요통 환자 143명을 편의표집하였다. 일반적 특성, 기능장애, 정서상태(불안, 우울), 수면장애, 삶의 질에 대한 구조화된 질문지를 이용하여 조사하였다

연구결과: 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도는 가구 월평균 소득에 따라 유의한 차이가 있었으나 ($F=3.89, p=.010$), 요통관련 특성에 따른 삶의 질 정도는 차이가 없었다. 삶의 질은 기질불안($r=-.55, p<.001$), 상태불안($r=-.51, p<.001$), 우울($r=-.50, p<.001$)과 역상관관계를 보였다. 삶의 질에 영향을 주는 요인으로 기질불안($\beta=-.388$)과 우울($\beta=-.208$)이 확인되었고, 이 2개의 요인은 만성요통 환자의 삶의 질을 36% 설명하였다

결론: 이상의 연구결과를 통하여 만성요통 환자의 기질불안과 우울이 높을수록 삶의 질이 낮음을 알 수 있었다. 따라서 만성요통 환자의 삶의 질을 향상시키기 위해서 개개인의 심리적 요인 및 특성을 이해하고 불안과 우울의 감소를 지지할 수 있는 간호중재 방안을 모색하여야 할 것이다.

주요어(Key words): 요통, 삶의 질, 우울, 불안

간호대학생을 위한 시뮬레이션기반 정맥요법 임상수기술 교육프로그램의 효과

이성옥¹, 조옥희², 박소영³

¹공주대학교 간호학과교수, ²공주대학교 간호학과부교수, ³공주대학교 임상시뮬레이션센터 코디네이터

연구목적: 본 연구의 목적은 간호대학생을 대상으로 시뮬레이션기반 정맥요법 임상수기술 교육프로그램을 적용한 후 그 효과를 검증하기 위함이다.

연구방법: 본 연구는 단일군 전후 설계의 유사실험연구로, 시뮬레이션 교육을 받은 경험이 없는 간호학과 3학년 학생 14명을 대상으로 하였다. 대상자를 3개조(4-5명/조)로 나누어 시뮬레이션기반 정맥요법 임상수기술 교육 프로그램을 적용하였다. 본 교육프로그램은 정맥요법의 개요(강의), 정맥요법 환자안전활동 문제중심학습 활동(토론), 실습교육(중심정맥관리 말초정맥관리, 정맥주사용 컴퓨터교육 프로그램)으로 구성되어 있다. 교육프로그램의 전과 후에는 정맥요법 자신감, 중심정맥관리 자신감, 말초정맥관리 자신감, 간헐적 정맥관리 자신감, 채혈 자신감, 투약 자신감을, 10점 척도로 조사하였다. 교육 전후의 효과검증은 paired t-test로 분석하였다.

연구결과: 대상자의 주관적인 학업성취도는 78.6%(11명)이 '중' 이었다. 교육프로그램 적용 후 정맥요법 자신감은 교육 전 4.79점에서 교육 후 7.07점으로($t=-4.51, p=.001$), 중심정맥관리 자신감은 4.43점에서 7.07점으로 증가하였다($t=4.798, p<.001$). 말초정맥관리 자신감도 교육 전 4.79점에서 교육 후 7.29점으로($t=-4.527, P=.001$), 간헐적 정맥관 관리 자신감은 4.57점에서 교육 후 7.21점($t=-4.29, P=.001$)으로, 채혈 자신감은 5.07점에서 교육 후 7.43점으로 증가하였다($t=-4.06, P=.001$). 그러나, 투약 자신감은 교육 전 4.64점에서 교육 후 5.71점으로 상승하였으나 통계적 유의한 차이는 없었다($t=-1.35, P=.201$).

결론: 이상의 연구결과를 통해 간호대학생을 위한 시뮬레이션기반 정맥요법 임상수기술 교육이 정맥요법에 대한 지식과 경험을 제공하고 간호대학생의 임상수기술 향상을 위한 효과적인 교육방법임을 확인하였다. 앞으로 시뮬레이션기반 정맥요법 교육 프로그램을 수정·보완하여 확대 적용한다면 보다 안전한 환경에서 임상수기술을 훈련할 수 있다고 생각되며 이를 위한 교육전략을 마련하는 것이 필요하다.

주요어(Key words): 시뮬레이션, 정맥요법, 간호학생

Interpersonal competence, body image, depression, and self-esteem among university students in a community

Park Youngrye¹, Kim Younghak², Ro Youjin², Moon Suhyoun², Bak Yaeun², Seo Moyeon²

¹Professor, Department of Nursing, Kunsan National University,

²Undergraduate student, Department of Nursing, Kunsan National University

Purpose: The purpose of this study was to investigate the relationship between interpersonal competence, body image, depression, and self-esteem among university students in a community.

Methods: This study was conducted using a questionnaire which included item for interpersonal competence, body image, depression, and self-esteem. Data were collected from 196 university students attending university in Jeollabuk-do in Korea from April to June, 2017. Using the IBM SPSS statistics program, the collected data were analyzed through descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

Results: The scores of interpersonal competence, body image, depression, and self-esteem were 42.57 ± 6.42 (16-64), 73.92 ± 10.44 (23-115), 17.03 ± 9.85 (0-60) and 29.03 ± 4.87 (10-40). Self-esteem had statistically significant positive correlations with interpersonal competence ($r=.27$, $p<.001$) and body image ($r=.47$, $p<.001$). Depression had statistically significant negative correlations with self-esteem ($r=-.68$, $p<.001$), interpersonal competence ($r=-.14$, $p=.048$), and body image ($r=-.31$, $p<.001$). Depression and body image explained approximately 53.3% of self-esteem ($F=112.20$, $p<.001$).

Conclusion: This results in this study indicate that depression and body esteem is the most important factors of self-esteem among university students. Therefore, contents about depression reduction and body image enhancement should be considered in developing programs to improve the self-esteem of university students.

Key words: Interpersonal competence, Body image, Depression, Self-esteem

Study on Impact of Career Barrier on Seeking Stress of Senior Nursing Students : Mediating Effect of Career Maturity

Sang-Jun Woo¹, Eun-A Kim¹

¹Assistant Professor, Department of Nursing, Dongshin University

Objectives: The purpose of this study was to examine the mediating effects of career maturity on the relation between carrier barriers and senior nursing students's jobs seeking stress.

Methods: 214 senior nursing students from three university in G city and J province in May 2016, and 208 of them were statistically processed.

Results: The results showed that career barrier of senior nursing student had an effect on job stress(35%, $F=109.89$, $p<.001$), mediating effects of career maturity was significant($Z=12.24$, $p<.001$) on the relation between carrier barriers and jobs seeking stress of senior nursing students.

Conclusion: systematic measures are needed to lower career barriers and improve career maturity in order to reduce jobs seeking stress of senior nursing students. It is necessary to develop a strategy to develop career guidance information system that, is specialized in nursing course as well as counselling that utilizes individual ability development, self-esteem management and friend's system.

Key words: Nursing Student, Career Barrier, Maturity, Jobs Seeking Stress

고혈압환자 특이형 삶의 질 측정도구 개발

김호진¹, 전점이², 송갑선³

¹대동대학교 간호학부 조교수, ²동의대학교 간호학과 교수, ³대동대학교 간호학부 조교수

연구목적: 본 연구의 목적은 고혈압환자 삶의 질을 측정할 수 있는 고혈압환자 특이형 삶의 질 측정도구를 개발하고, 도구의 신뢰도와 타당도를 평가하는 것이다.

연구방법: 본 연구는 방법론적 연구이며, 도구개발과 도구검증 과정으로 구성되었다. 도구개발 단계에서는 문헌고찰을 통하여 개념틀을 마련하고, 심층면담을 통한 내용분석에 근거하여 원시문항 126문항을 도출하였다. 전문가 집단인 내용타당도 검증을 거쳐 94문항의 예비문항을 구성하였고, 국문학 교수의 자문과 고혈압환자를 대상으로 한 사전조사를 통하여 적용가능성을 확인하였다. 도구검증 단계에서는 B광역시 소재의 종합병원, 병의원, 보건소 등의 고혈압환자 392명을 대상으로 2016년 10월부터 2017년 4월까지 자료를 수집하였다. 구성타당도 검증을 위하여 문항분석, 탐색적 요인분석, 수렴타당도, 판별타당도 및 준거타당도를 확인하였다. 신뢰도는 내적일관성 지표 Cronbach's alpha를 산출하여 검증하였다.

연구결과: 문항분석에서 선정된 45문항으로 탐색적 요인분석을 실시한 결과 총 5개 요인의 30문항이 추출되었고, 총 누적 설명변량은 68.0%였다. 1요인은 「부정적 정서」로 설명변량이 19.1%로 가장 높게 나타났고, 2요인 「질병수용」 15.3%, 3요인 「자기강화」 12.7%, 4요인 「사회적 지지」 12.5%, 5요인 「자기조절」 8.4%로 나타났다. 본 연구에서 고혈압환자 삶의 질과 삶의 만족도 간에는 순 상관관계($r = .51, p < .001$)가 있었고, 지각된 스트레스 간에는 역 상관관계($r = -.60, p < .001$)가 나타나 수렴타당도와 판별타당도가 확립되었다. 준거타당도 검증을 위하여 SF-36 간의 상관관계를 분석한 결과 SF-36 하부 영역들과 순 상관관계($r = .35 \sim .64, p < .001$)가 나타나 준거타당도가 확립되었다. 본 도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha = .94로 나타났으며, 각 요인별 신뢰도 계수 범위는 .78 ~ .92로 나타나 신뢰도가 확립되었다.

결론: 본 연구에서 개발된 고혈압환자 특이형 삶의 질 측정도구는 총 30문항의 자가보고형 질 문지로 각 문항은 5점 리커트 척도로 구성되어 있으며, 고혈압환자 삶의 질을 다차원적으로 측정할 수 있는 타당도와 신뢰도가 확립된 도구이다.

주요어(Key words): 고혈압, 삶의 질, 도구개발, 신뢰도, 타당도

간호대학생의 문제중심수업(PBL)을 연계한 시뮬레이션 통합간호실습교육이 자기결정성 학습동기, 학업적 효능감, 학습태도, 자기조절학습에 미치는 영향

조영문¹, 이민주², 이수정²

¹동신대학교 한의과대학 간호학과 조교수, ²동신대학교 한의과대학 간호학과 재학생

연구목적: 본 연구는 문제중심학습(PBL)을 연계한 시뮬레이션 통합간호실습교육 프로그램을 개발하여 적용하고, 간호대학생의 자기결정성 학습동기, 학업적 효능감, 학습태도, 자기조절학습에 미치는 영향을 파악하고자 시도되었다.

연구방법: 본 연구는 단일군 전후설계 유사 실험연구로, 연구대상자는 D광역시에 소재한 대학 간호학과 3학년 학생 중 시뮬레이션을 활용한 통합간호실습 교과목을 수강하고, 본 연구에 참여할 것을 동의한 160명으로 2015년 9월에서 2015년 12월 까지 통합간호실습교육을 적용하고 자기결정성 학습동기, 학업적 효능감, 학습태도, 자기조절학습 정도를 프로그램 적용 전후로 자기보고식 설문지를 이용하여 조사하였다. 수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 Program을 이용하여 빈도와 백분율, 평균과 표준편차, 관련변수 간의 관계는 Pearson's correlation analysis로, 학습 프로그램 실시 전후 자기결정성 학습동기, 학업적 효능감, 학습태도, 자기조절학습의 차이는 Paired t-test로 분석하였다.

연구결과: 본 연구결과 문제중심수업을 연계한 시뮬레이션통합간호교육실습 전후 자기결정성 학습동기($t=-2.05$, $p=0.042$), 학업적 효능감($t=-7.80$, $p<.001$), 학습태도($t=-2.02$, $p=0.045$), 자기조절학습($t=-3.64$, $p<.001$)은 유의미한 차이가 있었다.

결론: 문제중심수업(PBL)을 연계한 시뮬레이션 통합간호실습교육 활성화를 위한 다양한 수업전략 수립이 필요하며, 교과별 다양한 문제중심형 시나리오와 다양한 학습 평가방법의 개발이 필요하다.

주요어(Key words): 학습동기, 학업적 효능감, 학습태도, 자기조절학습

간호대학생의 e-러닝 기반 성인간호학 사전학습이 자기주도 학습능력과 대학생활 적응에 미치는 영향

조영문¹, 유수빈², 이하영²

¹동신대학교 한의과대학 간호학과 조교수, ²동신대학교 한의과대학 간호학과 재학생

연구목적: 본 연구는 성인간호학 온라인 사전학습 프로그램을 개발하고 적용하여 성인간호학 온라인 사전학습 프로그램이 간호대학생의 자기주도적 학습능력과 대학생활 적응에 미치는 영향을 파악하고자 시도되었다.

연구방법: 본 연구는 단일군 전후설계 유사 실험연구로, 연구대상자는 J도에 소재한 종합대학 간호학과 2학년 학생 중 성인간호학 교과목을 수강하고, 본 연구에 참여할 것을 동의한 80명으로 2016년 8월에서 2016년 9월 까지 e-러닝 기반 성인간호학 사전학습 프로그램 적용 전후 자기주도적 학습능력과 대학생활 적응 정도를 자기보고식 설문지로 조사하였다. 수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 Program을 이용하여 빈도와 백분율, 평균과 표준편차, 관련변수 간의 관계는 Pearson's correlation analysis로, 학습 프로그램 실시 전후의 자기주도 학습능력과 대학생활 적응의 차이는 Paired t-test로 분석하였다.

연구결과: 본 연구결과 자기주도학습($t=-2.259, p=0.27$) 능력과 대학생활 적응($t=-3.152, p=0.003$)은 사전학습 전후 유의미한 차이가 있었다. 하위변수별로 살펴보면, 자기주도 학습 능력의 하위변수인 학습계획($t=-2.208, p=0.31$)과 학습실행($t=-2.014, p=0.48$)이 사전학습 전후 유의미 하였으며, 대학생활 적응의 하위변수인 개인심리($t=-3.010, p=0.004$)와 대인관계($t=-3.177, p=0.002$)가 사전학습 전후 유의미한 차이가 있었다.

결론: 간호학생의 전공교과목에 대한 자기주도학습 능력향상과 긍정적 대학생활적응을 위하여 전공교과목에 대한 구조화된 다양한 사전학습방법과 학습 프로그램개발이 필요하다.

주요어(Key words): 간호학생, 사전학습, 자기주도 학습능력, 대학생활 적응

간호·간병통합서비스병동 간호사와 일반병동 간호사의 직무만족, 직무스트레스, 직무소진 및 이직의도 비교연구

김봉희¹, 강희영²

¹조선대학교 일반대학원 간호학과 대학원생, ²조선대학교 간호학과 교수

연구목적: 본 연구는 전국적으로 확대 시행하고 있는 간호·간병통합서비스 운영병동 간호사와 일반 병동 간호사의 직무만족, 직무스트레스, 직무소진 및 이직의도를 조사하고 비교하여 간호·간병통합서비스 병동의 효율적인 간호인력 관리를 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

연구방법: 본 연구의 대상자는 2017년 5월 16일부터 6월 30일까지 G광역시 소재 간호·간병통합서비스를 시행하고 있는 6개 병원에서 간호·간병통합서비스병동 간호사와 일반병동 간호사를 편의표집하여 181명에게 설문을 실시하였다. 수집된 자료는 SPSS 23.0 program을 이용하여 분석하였다.

연구결과: 간호·간병통합서비스병동 간호사와 일반병동 간호사의 차이검증을 살펴보면, 직무만족은 간호·간병통합서비스병동 간호사가 일반병동간호사보다 약간 높게 나타났으나 유의한 차이가 없었고($t=0.68, p=.500$), 직무스트레스는 일반병동 간호사가 간호·간병통합서비스병동 간호사보다 약간 높게 나타났으나 유의한 차이는 없었다($t=-0.74, p=.459$). 직무소진은 일반병동 간호사가 간호·간병통합서비스병동 간호사보다 약간 높게 나타났으나 유의한 차이는 없었고($t=-1.86, p=.064$), 이직의도는 일반 병동간호사가 간호·간병통합서비스병동 간호사보다 약간 높았으나 유의한 차이는 없었다($t=0.79, p=.433$). 간호·간병통합서비스병동 간호사의 일반적 특성에 따른 직무만족, 직무스트레스, 직무소진 및 이직의도 차이검증을 살펴보면, 간호·간병통합서비스병동 간호사의 일반적 특성에 따른 직무만족은 이직경험($t=-2.55, p=.013$)과 급여수준($t=2.12, p=.037$)에서, 직무스트레스는 연령($F=3.17, p=.047$)에서, 직무소진은 급여수준($t=-2.28, p=.025$)에서, 이직의도는 총 임상경력($F=4.92, p=.009$), 이직경험($t=2.14, p=.036$), 급여수준($t=-3.17, p=.002$), 직위($t=2.34, p=.021$)에서 유의한 차이가 있음을 확인할 수 있었다. 일반병동 간호사의 일반적 특성에 따른 직무만족은 총 임상경력($F=3.39, p=.039$)에서, 직무스트레스 역시 총 임상경력($F=6.02, p=.004$)에서, 직무소진은 연령($F=3.93, p=.024$), 결혼여부($t=2.43, p=.017$), 학력($t=2.28, p=.026$), 근무형태($t=-2.061, p=.042$)에서, 이직의도는 결혼여부($t=2.17, p=.033$)와 근무형태($t=-2.77, p=.007$)에서 유의한 차이가 있음을 확인할 수 있었다. 간호·간병통합서비스 병동간호사와 일반 병동간호사의 직무만족, 직무스트레스, 직무소진 및 이직의도 간의 상관관계를 살펴보면, 간호·간병통합서비스 병동간호사의 이직의도는 직무스트레스($r=.47, p<.001$), 직무소진($r=.34, p<.001$)과 유의한 정적상관관계를 나타냈으며, 직무만족과는 유의한 부적상관관계($r=-.46, p<.001$)

를 나타냈다. 일반 병동간호사의 이직의도는 직무소진($r=.59, p<.001$)과 유의한 정적상관관계를 나타냈으며, 직무만족과는 유의한 부적상관관계($r=-.64, p<.001$)를 나타냈다.

결론: 본 연구결과 간호·간병통합서비스병동 간호사와 일반병동 간호사의 직무만족, 직무스트레스, 직무소진 및 이직의도에서 집단 간의 차이는 없는 것으로 나타났으나, 간호·간병통합서비스병동 간호사가 직무만족은 더 높았고, 직무스트레스, 직무소진 및 이직의도는 더 낮았다. 또한 간호·간병통합서비스병동 간호사는 직무스트레스와 직무소진이 높을수록 이직의도가 높게 나타났고, 직무만족이 높을수록 이직의도가 낮게 나타났다. 간호·간병통합서비스병동 간호사는 일반병동 간호사에 비해 직무 관련해서 더 긍정적으로 생각하고 있었고, 본 연구결과는 간호·간병통합서비스 병동의 효율적인 간호인력 관리를 위한 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

주요어(Key words): 간호 · 간병통합서비스, 간호사, 이직의도

보건계열과 비보건계열 대학생의 손씻기에 대한 지식, 태도 및 실천 비교

이지현¹, 고은², 김빛나¹, 김은지¹, 이하영¹, 이현정¹, 유다운¹

¹국립순천대학교 간호학과 학부생, ²국립순천대학교 간호학과 부교수

연구목적: 본 연구는 보건계열과 비보건계열 대학생의 손씻기에 대한 지식, 태도 및 실천 정도를 비교하여 대학생의 손씻기 실천을 높일 수 있는 전략 마련을 위한 기초자료를 제공하고 자 시도되었다.

연구방법: 본 연구는 보건계열과 비보건계열 대학생의 손씻기에 대한 지식, 태도 및 실천 정도의 차이를 파악하기 위한 서술적 비교 조사연구이다. 연구대상자는 전라남도 3개시에 소재한 7개 대학교에 재학중인 학생 중 연구참여에 자발적으로 동의하여 서면동의서를 작성한 188명이었다. 손씻기에 대한 지식 및 태도는 이무식 등(2013)이 사용한 학생용 손씻기에 대한 인식과 이행 및 실천도구를 이용하였으며, 손씻기에 대한 태도는 박대건 등(2008)의 손씻기 태도 측정도구를 이용하였다. 손씻기에 대한 지식은 15문항의 이분형 척도로 구성되어 있으며, 태도는 6문항의 4점 Likert 척도로 구성되어 있다. 손씻기에 대한 실천은 손씻기 횟수, 시간, 방법 등에 관한 문항과 상황별 손씻기 습관에 관한 문항의 33문항으로 상황별 손씻기 습관에 관한 문항은 4점 Likert 척도로 측정한다. 점수가 높을수록 손씻기에 대한 지식, 태도 및 실천정도가 높음을 의미한다. 자료수집은 편의표집한 7개 대학의 건물 로비, 학생식당, 학생회실, 학생휴게실 등에서 이루어졌으며, 수집된 자료는 SPSS version 24.0을 사용하여 기술통계와 t-test로 분석하였다.

연구결과: 연구대상자는 보건계열 대학생이 100명, 비보건계열 대학생이 88명이었다. 보건계열 대학생의 경우 78.0%가 여학생이었으며, 75.0%가 3학년 이상이었다. 비보건계열 대학생의 경우 44.3%가 여학생이었으며, 76.1%가 3학년 이상이었다. 손씻기에 대한 지식은 보건계열 대학생은 13.86 ± 1.56 점, 비보건계열 대학생은 13.22 ± 1.72 점으로 통계적으로 유의한 차이가 있었다($t=2.69, p=.008$). 손씻기에 대한 태도는 보건계열 대학생은 21.08 ± 2.28 점, 비보건계열 대학생은 19.76 ± 2.24 점으로 통계적으로 유의한 차이가 있었다($t=3.99, p<.001$). 상황별 손씻기에 대한 실천 정도는 보건계열 대학생 3.27 ± 0.53 점, 비보건계열 대학생은 3.22 ± 0.45 점으로 통계적으로 유의한 차이가 없었다($t=0.72, p=.473$).

결론: 연구결과 보건계열과 비보건계열 대학생은 손씻기 지식 및 태도에 있어서는 차이가 있었으나, 손씻기 실천 정도에는 차이가 없었다. 개인위생 증진과 감염예방을 위한 기본적인 행위라는 측면에서 올바른 손씻기를 생활화할 필요가 있으며, 대학생의 손씻기 실천을 높일 수 있는 교육 프로그램 등이 개발될 필요가 있겠다. 본 연구는 일 지역의 대학생들을 대상으로 하였으며, 자가보고형으로 측정되었으므로 연구결과를 확대 해석하는데 신중을 기해야 한다.

주요어(Key words): 손씻기, 지식, 태도, 실천, 대학생

타이치 운동프로그램이 당뇨병환자의 대사조절 및 삶의 질에 미치는 효과

송갑선¹, 김호진², 전점이³

¹대동대학교 간호학부 조교수, ²대동대학교 간호학부 조교수, ³동의대학교 간호학과 교수

본 연구는 당뇨병 환자를 대상으로 타이치 운동프로그램을 적용하여 당대사, 지질대사 및 삶의 질에 미치는 효과를 규명하기 위한 비동등성 대조군 전·후 유사 실험설계이다. 연구대상은 B시에 소재한 D보건소, B보건소에 등록된 당뇨병 환자로서 실험군 26명, 대조군 26명이었으며, 자료 수집기간은 2016년 7월 5일부터 11월 10일까지였다. 본 연구에서 타이치 운동프로그램은 실험군에게 매회기 60분, 주 2회, 12주간 적용하였으며, 대조군은 같은 기간 동안 일상생활을 유지하였다. 타이치 운동프로그램의 효과는 당대사, 지질대사 및 삶의 질을 측정하였다. 당대사와 지질대사는 혈액검사로 측정하였고, 삶의 질은 척도를 이용하여 측정하였다. 수집된 자료는 SPSS 24.0 program을 이용하여 χ^2 -test, t-test, Mann-Whitney's U test로 분석하였으며 그 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성에서 실험군과 대조군은 동질하였다.
2. 가설 1: “타이치 운동프로그램에 참여한 실험군은 대조군보다 당대사가 개선될 것이다”는 부분적으로 지지되었다(공복혈당: $Z=-4.46$, $p<.001$, 당화혈색소: $Z=-0.17$, $p=.869$).
3. 가설 2: “타이치 운동프로그램에 참여한 실험군은 대조군보다 지질대사가 개선될 것이다”는 부분적으로 지지되었다(총콜레스테롤: $t=1.11$, $p=.258$, 중성지방: $Z=-0.26$, $p=.377$, 고밀도지단백콜레스테롤: $t=-3.46$, $p<.001$; 저밀도지단백콜레스테롤: $t=2.60$, $p=.012$).
4. 가설 3: “타이치 운동프로그램에 참여한 실험군은 대조군보다 삶의 질이 향상될 것이다”는 지지되었다(삶의 질 전체: $Z=-5.26$, $p<.001$, 일상생활만족도: $Z=-6.26$, $p<.001$, 질병에 의한 영향: $Z=2.48$, $p=.002$).

본 연구결과를 통해 타이치 운동프로그램이 당뇨병환자의 공복혈당, 고밀도 지단백 콜레스테롤, 저밀도 지단백 콜레스테롤, 삶의 질 향상에 효과가 있음을 확인하였다.

따라서 본 연구에서 사용된 타이치 운동프로그램을 당뇨병환자의 자조관리프로그램으로 활용할 수 있으리라 생각된다.

주요어(Key words): 타이치운동프로그램, 당뇨병환자, 대사조절, 삶의 질

간호대학생의 DISC 행동유형에 따른 임상실습 스트레스와 정신건강

김영주¹, 고은², 공호연¹, 남혜림¹, 문지윤¹, 이채원¹

¹국립순천대학교 간호학과 학부생, ²국립순천대학교 간호학과 부교수

연구목적: 본 연구는 간호대학생의 DISC 행동유형에 따른 임상실습 스트레스와 정신건강의 차이를 파악하여 간호대학생의 정신건강 증진을 위한 방안을 모색하고자 시도되었다.

연구방법: 본 연구는 간호대학생의 DISC 행동유형에 따른 임상실습 스트레스와 정신건강의 차이를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다. 연구대상자는 전국의 4년제 간호대학에 재학중인 간호학과 3학년 학생 중 1학기의 임상실습 경험이 있는 학생으로 본 연구의 목적을 이해하고 연구참여에 자발적으로 동의한 간호대학생 86명이다. DISC 행동유형은 Marston(1928)의 도구를 토대로 Boyd(1994)가 개발한 도구를 한국인에게 타당도를 확인한 임완숙(2009)의 DISC 행동유형 척도로 측정하였다. 이 도구는 40문항의 4점 Likert 척도로 측정하여 각 행동유형 점수의 합을 계산하여 주도형(dominance), 사교형(influence), 안정형(steadiness), 신중형(conscientiousness)으로 구분한다. 임상실습 스트레스는 황성자(2002)의 간호학생의 임상실습 스트레스 측정도구로 측정하였다. 본 도구는 58문항의 5점 Likert 척도로 '전혀 느끼지 않는다'는 1점, '아주 심하게 느낀다'는 5점으로 점수가 높을수록 임상실습 스트레스 정도가 심함을 의미한다. 정신건강은 이훈구(1986)의 간이정신진단검사(SCL-47)로 측정하였다. 본 도구는 심리적인 증상으로 구성되어 있으며, 증상의 정도에 따라 '전혀 그렇지 않다'는 0점, '항상 그렇다'는 4점의 5점 Likert 척도이다. 점수가 높을수록 정신건강이 좋지 않음을 의미한다. 자료수집은 간호대학생들이 회원으로 가입되어 있는 SNS에서 온라인 설문조사로 진행하였으며, 수집된 자료는 SPSS version 24.0을 사용하여 기술통계 및 ANOVA로 분석하였다.

연구결과: 연구대상자의 87.2%는 여학생이었고, 15.1%는 수도권, 33.7%는 광역시에 소재한 대학에 재학중이었다. 대상자의 46.5%는 대학병원에서 실습한 경험이 있었다. 대상자의 DISC 행동유형은 55.8%가 신중형, 18.6%가 사교형, 14.0%가 안정형, 11.6%는 주도형으로 나타났다. 대상자의 임상실습 스트레스는 3.36 ± 0.53 점이었으며, 정신건강은 1.22 ± 0.57 점이었다. DISC 행동유형에 따른 임상실습 스트레스는 안정형이 3.56 ± 0.33 점, 주도형 3.44 ± 0.63 점, 신중형 3.37 ± 0.53 점, 사교형 3.17 ± 0.57 점의 순이었으나, 통계적으로 유의한 차이는 없었다($F=1.34, p=.267$). DISC 행동유형에 따른 정신건강은 신중형이 1.28 ± 0.58 점으로 가장 높았고, 사교형이 1.10 ± 0.49 점으로 가장 낮았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다($F=0.39, p=.762$).

결론: 간호대학생의 DISC 행동유형에 따른 임상실습 스트레스와 정신건강을 살펴본 결과, 신중형은 임상실습 스트레스가 높고 정신건강이 좋지 못하며, 사교형은 임상실습 스트레스가 낮고 정신건강도 좋은 것으로 확인되었다. 본 연구결과를 토대로 간호대학생의 임상실습 스트레스 감소를 위한 프로그램이나 상담 등을 계획할 때 DISC 행동유형을 고려할 필요가 있으며, 표본수를 확대한 반복연구가 필요할 것으로 생각된다.

주요어(Key words): 간호대학생, 행동유형, 스트레스, 정신건강

간호대학생의 비판적 사고성향, 공감능력 및 타인인식이 의사소통능력에 미치는 영향

이혜경¹, 이진호², 배진현², 이주현², 임수정², 임재희², 차준화²

¹중원대학교 간호학과 조교수, ²중원대학교 간호학과 학부생

연구목적: 본 연구는 간호대학생의 일반적 특성, 비판적 사고성향, 공감능력, 타인인식 및 의사소통 능력의 정도를 파악하고, 변수 간의 관계와 간호대학생의 의사소통능력 영향 요인을 파악함으로써 간호대학생의 의사소통능력을 향상시킬 수 있는 간호중재를 개발하는데 필요한 기초자료를 제공하기 위함이다.

연구방법: 본 연구는 간호대학생의 의사소통능력에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다. 연구대상자는 C도에 소재한 J대학교에 재학 중인 전체 간호학과 학생을 대상으로, 연구목적과 방법을 설명하고 본 연구에 참여하기를 동의하면서 설문지에 서명한 명의 간호대학생이었다. 수집된 자료는 빈도분석, 기술통계, t-test, ANOVA, scheffe test, Pearson's correlation coefficients, 다중회귀분석을 이용하여 분석하였다.

연구결과: 본 연구대상자의 의사소통능력은 3.33점(1~5), 비판적 사고성향 3.29점(1~5), 공감능력 3.16점(1~5), 타인인식 3.36점(1~5)으로 나타났다. 간호대학생의 의사소통능력은 비판적 사고성향($r=.528, p<.001$), 공감능력($r=.416, p<.001$), 타인인식($r=.425, p<.001$)과 양의 상관관계를 나타냈다. 즉 간호대학생의 비판적사고성향이 높을수록 공감능력이 높을수록 타인인식이 높을수록 의사소통능력이 높은 것으로 나타났다. 간호대학생의 의사소통능력에 가장 영향이 높은 변수는 비판적 사고성향으로 27.5%($\beta=.421, p<.001$)의 설명력이 있었고, 다음으로 교우관계가 7.8%($\beta=.272, p<.001$), 타인인식이 6.2%($\beta=.276, p<.001$)으로 이들 3개의 변수가 간호대학생의 의사소통능력을 총 41.5% 설명하는 것으로 나타났다.

결론: 본 연구는 간호대학생의 비판적 사고성향, 공감능력, 타인인식 및 의사소통능력의 정도를 파악하고 의사소통능력 영향 요인을 파악하기 위해 시도되었다. 의사소통능력은 임상현장에서 다양한 보건의료팀과 환자 등 다양한 대상자들과 정확한 의사소통을 하기 위해 간호대학생이 갖추어야 할 핵심역량이다. 본 연구결과 비판적 사고성향, 교우관계 및 타인인식이 의사소통능력에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이러한 결과를 토대로 간호대학생의 비판적 사고와 교우관계 및 타인인식을 향상시키기 위해 교육과정 중 비판적사고 및 의사소통 관련 과목에서의 다양한 학습방법을 통한 의사소통능력의 향상 및 동아리 활동과 같은 교과외 활동을 통한 다양한 의사소통 능력 함양을 제언한다.

주요어(Key words): 의사소통, 비판적사고, 공감, 타인인식

농촌지역 노인의 건강보존에 미치는 영향

김희경¹, 이해경²

¹공주대학교 간호학과 교수, ²중원대학교 간호학과 조교수

연구목적: 본 연구는 농촌지역 노인의 일반적 특성, 운동, 영양, 사회적관계망 및 건강보존의 정도를 파악하고, 변수 간의 관계와 농촌지역 노인의 건강보존 영향 요인을 파악함으로써 농촌지역 거주 노인의 건강보존 정도를 향상시킬 수 있는 간호중재를 개발하는데 필요한 기초자료를 제공하고자 위함이다.

연구방법: 본 연구는 농촌지역 노인의 건강보존에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다. 연구대상자는 C시 J군에 거주하며 노인복지관을 이용하는 노인으로, 연구목적과 방법을 설명하고 본 연구에 참여하기를 동의하면서 설문지에 서명한 250명의 노인이었다. 수집된 자료는 빈도분석, 기술통계, t-test, ANOVA, scheffe test, Pearson's correlation coefficients, 단계적 다중회귀분석을 이용하여 분석하였다.

연구결과: 농촌지역 노인의 운동은 2.77점, 영양관리는 3.42점, 사회적관계망은 2.64점으로 나타났다. 건강보존은 2.64점으로 중간 이상의 정도를 나타냈다. 농촌지역 노인의 건강보존은 운동($r=.51, p<.001$), 영양관리($r=.48, p<.001$), 사회적관계망($r=.70, p<.001$)과 양의 상관관계를 보였다. 즉 운동을 실천할수록 영양관리를 할수록 사회적관계망이 넓을수록 건강보존 정도가 높았다. 농촌지역 노인의 건강보존에 가장 영향이 높은 변수는 사회적관계망으로 49.0%($\beta=.606, p<.001$)의 설명력이 있었고, 그 다음으로 영양관리가 1.7%($\beta=.170, p=.003$)의 설명력이 있어 이들 두 개 변수가 농촌지역 노인의 건강보존을 총 50.7% 설명하는 것으로 나타났다.

결론: 본 연구는 농촌지역 노인의 운동, 영양, 사회적관계망 및 건강보존의 정도를 파악하고 농촌지역 노인의 건강보존 영향 요인을 파악하고자 시도되었다. 농촌지역 노인의 건강보존에 영향을 미치는 요인으로 사회적 관계망과 영양관리가 확인되었다. 이 같은 연구결과를 토대로 노인의 사회적관계망을 증진시키기 위해서는 다양한 사회적 관계의 형성 및 유지를 위한 개인적인 노력과 함께 개인의 사회참여 활동과 여가활동을 보장할 수 있는 정책적 지원 및 경제적 지원이 확대되어야 할 것이다. 또한 농촌지역 노인들의 영양상태를 규칙적으로 파악하고, 영양불량의 위험이 있는 노인을 선별하여 적절한 영양관리가 이루어질 수 있도록 지역사회와 지속적인 관심과 중재가 필요하다고 사료된다.

주요어(Key words): 운동, 영양관리, 사회적관계망, 건강보존

여자 간호대학생의 운동행위변화단계에 미치는 영향요인

이혜경¹, 한희선², 김재은², 이지민², 이유라², 황현경²

¹중원대학교 간호학과 조교수, ²중원대학교 간호학과 학부생

연구목적: 본 연구는 여자 간호대학생의 내적동기, 지각된 유익성 및 지각된 장애성이 운동행위변화단계에 미치는 영향을 파악하기 위함이다.

연구방법: 본 연구는 여자 간호대학생의 내적동기, 지각된 유익성 및 지각된 장애성이 운동행위변화단계에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다. 연구대상은 C도에 소재한 J대학교 간호학과 전체 여학생 144명을 대상으로, 구조화된 설문지를 이용해 응답하도록 하였다. 수집된 자료는 기술통계, t-test, ANOVA and Pearson correlation coefficients과 로지스틱 회귀분석으로 분석하였다.

연구결과: 계획 전 단계는 27명(18.8%), 계획단계는 60명(47.7%), 준비단계 39명(27.1%), 행동단계 10명(6.9%), 유지단계 8명(5.6%)로 운동을 하는 대상자는 57명(39.6%), 운동을 하지 않는 대상자는 87명(60.4%)로 나타났다. 내적동기 정도는 2.89점(1~5), 지각된 유익성은 2.97점(1~4), 지각된 장애성은 2.39점(1~4)으로 나타났다. 로지스틱 회귀분석 Likelihood X^2 통계량은 귀무가설이 채택되어 회귀모형에 적합한 것으로 나타났다 ($X^2=165.51$, $p<.001$). 형성된 회귀모형의 종속변수에 대한 설명력은 23.8%였으며, 회귀모형의 운동행위 변화단계에 대한 분류 정확도는 60.4%로 나타났다. 회귀모형에 투입된 독립변수 중에 내적동기가 통계적으로 유의한 것으로 나타나, 내적동기가 높은 간호대학생에게서 운동행위 변화가 있었고, 지각된 유익성과 지각된 장애성은 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다. 승산비(odds ratio)를 통해 간호대학생의 운동행위 변화를 분석해보면, 운동행위 변화가 있는 대상자가 운동행위 변화가 없는 대상자에 비해 내적동기가 9.3배 높은 것으로 나타났다.

결론: 본 연구에서는 여자 간호대학생의 운동행위변화단계에 미치는 영향요인을 분석하여 나타난 결과를 활용함으로써 여자 간호대학생의 운동행위변화단계 향상을 돕고자 하였다. 본 연구결과 여자 간호대학생의 운동행위변화단계에 영향을 미치는 요인으로는 운동 동기가 포함되었고 운동 동기 변인이 여자 간호대학생의 운동행위변화단계를 23.8% 설명하였다. 이러한 연구결과를 바탕으로 여자 간호대학생의 운동행위변화단계를 향상하고 규칙적인 운동을 수행하기 위해서 운동 동기를 강화시킬 수 있는 학교 및 지역사회 차원의 정보제공과 운동증진 프로그램 구성 및 운영을 제언한다.

주요어(Key words): 운동, 동기, 유익성, 장애성

요양병원 간호사의 직무스트레스와 직무몰입 및 이직의도의 관계

박상빈¹, 최은영², 강희영³

¹조선대학교 의과대학 간호학과 석사과정, ²조선간호대학교 부교수, ³조선대학교 의과대학 간호학과 교수

연구목적: 본 연구의 목적은 요양병원에 근무하는 간호사들을 대상으로 직무스트레스, 직무몰입 및 이직의도의 관계를 파악하고자 한다. 이를 근거로 요양병원 간호사들의 질 높은 인력 관리 방안을 마련하기 위한 자료를 제공하고자 한다.

연구방법: 본 연구는 서술적 조사 연구로 G시와 J도의 21개 요양병원에서 근무하는 202명의 간호사들을 대상으로 하였고, 자료 수집 기간은 2017년 5월 10일부터 6월 20일까지이었다. 수집된 자료는 SPSS/WIN 22.0 프로그램을 사용하여 평균과 표준편차, t-test, one way ANOVA, person's correlations, stepwise multiple regression을 이용하였다.

연구결과: 대상자의 직무스트레스 평균 점수는 3.38 ± 0.53 점(5점 만점), 직무몰입 평균 점수는 3.32 ± 0.47 점(5점 만점), 이직의도 평균 점수는 3.17 ± 0.63 점(5점 만점)으로 나타났다. 대상자의 일반적 특성에 따른 직무스트레스 정도는 업무에 대한 만족도($F=5.46$, $p=.005$)에 따라서 유의한 차이가 있었고, 직무몰입 정도는 직위($F=3.08$, $p=.048$)에 따라서 유의한 차이가 있었다. 일반적 특성에 따른 이직의도 정도는 연령($F=8.14$, $p<.001$), 결혼상태($t=-2.24$, $p=.026$), 업무에 대한 만족도($F=26.09$, $p<.001$)에 따라서 유의한 차이가 있었다. 대상자의 직무스트레스와 이직의도는 정적 상관관계($r=.36$, $p<.001$)가 있었고, 직무몰입과 직무스트레스도 정적 상관관계($r=.33$, $p<.001$)가 있었다. 대상자의 이직의도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 회귀분석 결과, 업무에 대한 만족도, 직무스트레스, 나이가 이직의도에 영향을 주는 것으로 나타났으며, 이들 변인은 이직의도를 32.4% 설명하는 것으로 나타났다.

결론: 요양병원 간호사의 이직의도에 영향을 미치는 요인은 업무만족도와 직무스트레스로 확인되었다. 따라서 간호사들의 근무환경과 처우의 개선을 통해 업무만족도를 높이고, 직무스트레스를 감소시킬 수 있는 제도적 방안이 마련되도록 해야 할 것으로 보인다.

주요어(Key words): 직무스트레스, 직무몰입, 이직의도, 요양병원

간호대학생의 재난대응 준비도와 재난대응 자기효능감에 대한 연구

임채호¹, 신원진¹, 이상규¹, 조진영²

¹중원대학교 의료보건대학 간호학과 학부생, ²중원대학교 의료보건대학 간호학과 조교수

연구목적: 재난은 전 세계에 걸쳐 발생하며 공중보건에 심각한 위협을 야기할 수 있어 재난간호는 간호교육현장에서부터 체계적인 교육과정이 마련되어야 한다. 이에 본 연구에서는 간호대학생들의 재난교육 및 교과목 이수경험, 재난대응 준비도, 재난대응 자기효능감을 조사, 비교하여 재난대응역량을 높이기 위한 전략마련에 기초자료로 활용하고자 시도되었다.

연구방법: 본 연구는 간호대학생들의 재난대응 준비도, 재난대응 자기효능감을 비교분석하기 위한 서술적 조사연구이다. 본 연구 대상자는 10개 대학 간호대학생 214명을 대상으로 진행하였으며, 자료수집기간은 2017년 09월 30일부터 2017년 10월 22일까지로 하였다. 수집된 자료는 SPSS/WIN 20.0 프로그램을 이용하여 기술통계, t-test, ANOVA 등의 방법으로 분석하였다.

연구결과: 재난교육 및 교과목 이수경험은 하나 있음이 136명(63.6%), 모두 있음이 59명(27.6%), 없음이 19명(8.9%)으로 나타났다. 재난대응 준비도를 분석한 결과 준비되어 있다고 응답한 대상자(48.6%)보다 준비되어 있지 않다고 응답한 대상자(51.4%)가 더 많이 조사되었다. 재난대응 자기효능감은 5점 만점에 평균 3.04 ± 0.54 점으로 역할 및 적응영역이 3.41 ± 0.70 점, 현장구조영역 평균 2.96 ± 0.56 점, 정신적 간호영역 2.87 ± 0.56 점 순으로 나타났다. 재난교육교과목 이수경험 유무와 재난대응 준비도에 따른 재난대응 자기효능감을 분석한 결과, 재난교육교과목 이수경험($F=16.925, p<.001$), 재난대응 준비도($t=4.552, p<.001$)에 따라 유의한 차이를 보였다.

결론: 재난현장에서 간호사들의 직접적인 간호를 제공하는데 있어 중요한 역할을 책임지게 된다. 본 연구결과를 토대로 간호대학생들에게 교육현장에서부터 재난상황에 대한 평가 및 대처전략을 향상할 수 있는 교육프로그램이 개발되어야 하며 심리적 간호제공을 위한 기초지식을 교육내용에 편성하여 재난대응역량을 높이는데 고려되어야 할 것이다.

주요어(Key words): 대학생, 재난준비도, 재난대응 자기효능감

시뮬레이션 기반 성인간호 실습 후 디브리핑 평가, 학업적 자기효능감, 시험불안

이순희

한국교통대학교 간호학과 교수

연구목적: 성인간호학에서 시뮬레이션 실습 교육은 학생들에게 현실감 높은 임상환경을 재현해 주고 다양한 사례를 경험하게 해준다. 시뮬레이션 실습 과정 중 디브리핑은 비판적 사고, 자기 효능감, 자신감, 문제해결 능력 등 학습효과를 가장 많이 얻을 수 있는 시간이다. 그러나 디브리핑이 평가를 받게 되는 경우 평가에 대한 과도한 부담감을 줄 수 있고, 이러한 상황은 극심한 시험불안과 같은 심리적 상태를 경험할 수 있어 시뮬레이션 실습의 학습 능률을 해칠 수 있다. 이에 비해 학습자가 자신의 수행능력에 대해 보이는 기대와 신념 즉, 자기효능감은 새로운 상황에서 새로운 지식과 기술을 학습하고 수행할 수 있는 원동력이 된다. 이에 본 연구는 시뮬레이션 기반 성인간호 실습 후 디브리핑 평가와 학업적 자기효능감, 시험불안과의 관계를 파악하고, 시험불안에 영향을 미치는 요인을 파악하여 시뮬레이션의 학습효과를 높이기 위한 방안을 모색하고자 시도되었다.

연구방법: 연구 대상자는 C도와 B도 소재 종합대학에 재학 중인 간호대학생 중 시뮬레이션 기반 성인간호학 실습 경험이 있고, 연구에 자발적으로 참여하기로 동의한 107명을 대상으로 하였으며, 자료 수집은 2017년 9월 1일부터 9월 30일까지 이루어졌다. 연구도구는 디브리핑평가 도구는 Reed(2012)가 개발한 디브리핑 경험척도 DES (Debriefing Experience Scale)를 사용하였고, 학업적 자기효능감은 academic self-efficacy(ASE), 시험불안은 test anxiety Inventory(TAI)를 이용하였다, 자료 분석은 SPSS/WIN 21.0을 사용하여 t-검정, ANOVA, Pearson's 상관분석 및 다중 회귀분석을 이용하였다.

연구결과: 본 연구대상자의 디브리핑 평가 점수는 평균 $3.80 \pm .65$ 이었고 학업적 자기효능감은 평균 $3.22 \pm .45$, 시험불안은 평균 $2.85 \pm .90$ 으로 나타났다. 학업적 자기효능감은 디브리핑 평가($r=.307$ $p<.001$)와 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 학업적 자기효능감과 시험불안($r=-.350$, $p<.001$)은 유의한 부적 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 간호대학생의 시험불안에 영향을 미치는 변수로는 학업적 자기효능감($\beta = -.350$ $p<.001$)이었으며, 이 변수는 대상자의 시험불안에 대해 11.6%의 설명력을 나타냈다.

결론: 간호대학생의 학업적 자기효능감이 시험불안에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 따라서 시뮬레이션과 같은 새로운 학습 상황에 도전감을 느끼고, 학습효과를 향상시키기 위해서는 학업적 자기효능감을 높이기 위한 방안 마련이 필요하다.

주요어(Key words): 시뮬레이션 실습, 디브리핑 평가, 학업적 자기효능감, 시험불안



한국성인간호학회

Korean Society of Adult Nursing

회장 : 소 향 숙

주소 : 광주광역시 동구백서로 160 전남대학교 간호대학 308호

TEL : 062-222-3393

E-mail : jhj_9889@naver.com

한국성인간호학회 임원(2016~17)

이름	직위	소속
소향숙	회장	전남대학교
김희경	부회장	공주대학교
조경숙	감사	가천대학교
이명숙	감사	목포가톨릭대학교
유성희	총무이사	전남대학교
고 은	회계이사	순천대학교
신나미	출판이사	고려대학교
이지연	학술이사	충남대학교
김진희	서기이사	조선대학교
박영례	교육이사	군산대학교
류은정	홍보이사	중앙대학교
엄미란	법제이사	목포대학교
김상희	윤리이사	연세대학교
임경은	출판간사	고려대학교
남민정	총무간사	전남대 대학원 박사과정

한국성인간호학회 지역이사(2016~2017)

이름	직위	소속
이숙정	서울 1	중앙대학교
박연환	서울 2	서울대학교
허혜경	인천, 경기, 강원	원주연세대학교
김현경	광주, 전남북, 제주	전북대학교
김혜령	부산, 울산, 경남	인제대학교
서부덕	대구, 경북	수성대학교
송라운	대전, 충청	충남대학교



한국성인간호학회 2017년 추계학술대회 평가서

본 평가서는 학술대회 만족도를 측정하고 차기 학술대회 준비에 있어 보다 발전적인 방향을 수립하기 위한 귀중한 자료로 활용하고자 하오니 성의 있는 답변을 부탁드립니다.

1. 이번 학술대회를 평가하는 문항으로 항목별로 “V” 표기를 하시고 이유를 적어주십시오.

구분	내용	매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족	이유
내용 평가	Type D personality 간호연구 동향						
	중환자실에서의 Family engagement						
	의미중심모델기반 영적간호중재						
강사 평가	김성렬 교수(전북대학교)						
	김은성 간호차장(신촌세브란스병원)						
	강경아 교수(삼육대학교)						
내용 만족도	업무(교육/실무)에 도움 정도						
	연구에 도움정도						
	주제별 강의 시간의 적절성						
	학술대회 환경(장소, 식사 등)						
	학술대회의 진행 및 지원						
	학술대회 전반의 종합 평가						

2. 한국성인간호학회 추계학술대회와 관련한 귀하의 의견이 있으시면 작성하여 주십시오.

3. 차기 학술대회에서 다루기를 희망하는 주제나 영역을 기록하여 주십시오.





참가확인증

성명 :

소속 :

위 사람은

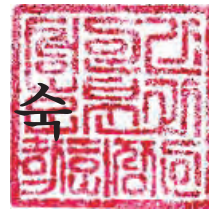
2017년도 한국성인간호학회 추계학술대회
“심리·사회·영적 간호역량 강화를 위한 성인간호학적 접근”
프로그램에 참석하였음을 증명합니다.

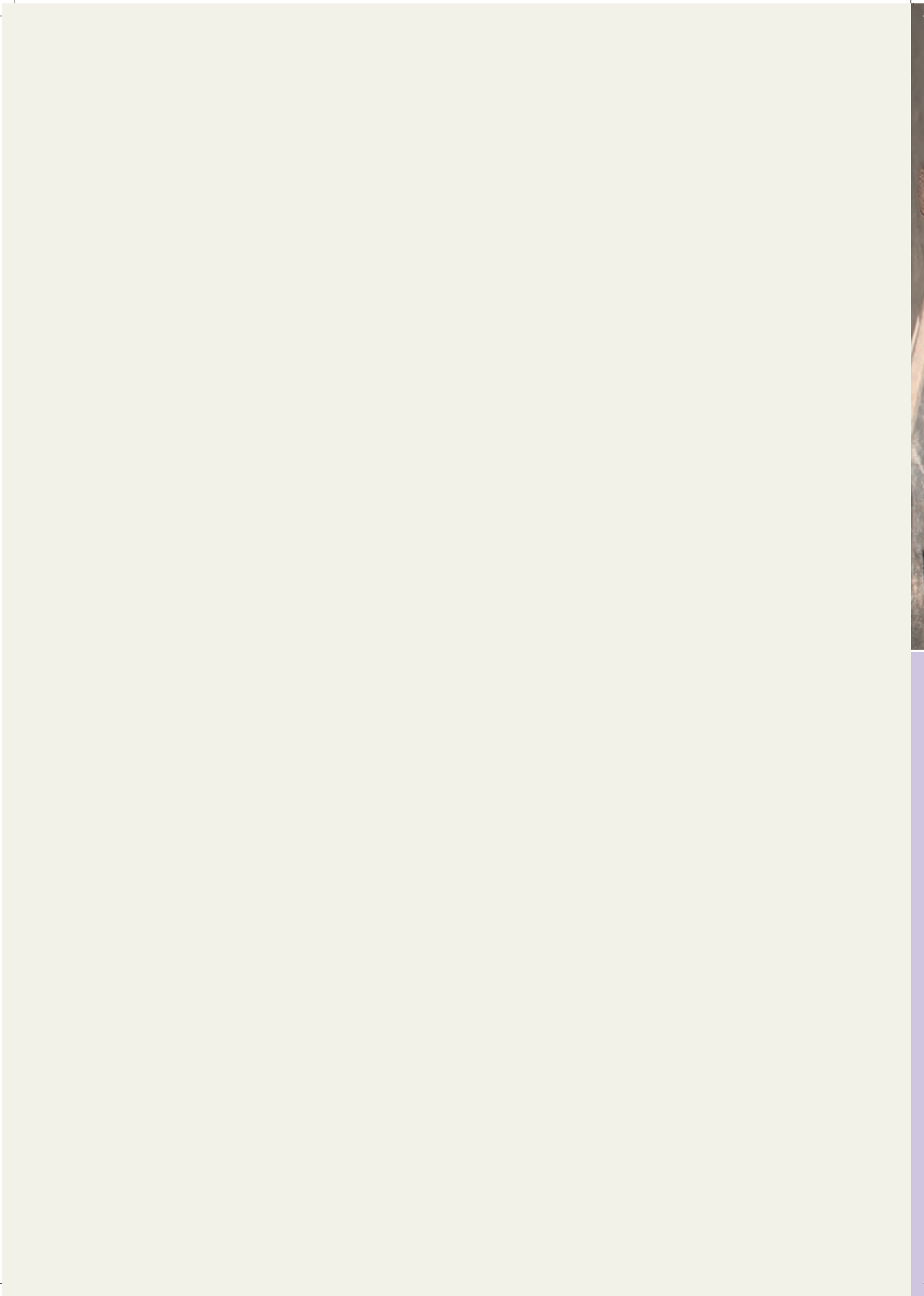
일시 : 2017년 11월 24일 금요일 13:00~17:50

장소 : 전남대학교 의과대학 덕재홀

2017년 11월 24일

한국성인간호학 회장 소 향





의서출판의 선구

도서출판 수문사

SOOMOONSA PUBLISHING

수문사는 1954년 12월 24일에 창립되어 의학·간호학·보건학·계통의학·간호학·보건학·피부미용학·물리치료학·직업선학·방사선학·치위생학·한의학·체육학 및 시전문(의학사전·간호학사전) 등을 포함한 약 6000여 종의 전문서적을 59년간 성실히 출간하였으며, 2009년 5월 1일자로 파주출판단지에 약 1,500명의 신 청사를 건립하여 이전하였으며, 어려운 여건하에서도 교수님들의 도움과 전 직원이 합심하여 날로 번창하고 있습니다.

또한 1년에 40여 종의 신간을 훌륭한 교수님들이 함께 참여하여 기획, 제작하고 있으오니 많은 관심 부탁드립니다.



수문사 신사옥 전경



수문사
soomoonscd

413-120 경기도 파주시 직지길 522(문발동 499-4) 파주출판도시
Tel: 031-955-7700(4F)
http://www.soomoonosa.co.kr

Fax: 031-955-7715
E-mail: soomoonosa@hanmail.net

정담미디어

간호학 Nursing 물리·작업치료학 Physical·Occupational Therapy
응급구조학 Emergency Care 방사선학 Radiology 피부미용 Aesthetic

정담미디어는 의학·간호·보건계열 대학교재 전문 출판사로, 인간의 행복을 실현하기 위한 가장 기본적인 요소는 건강을 지키는 일이라는 비전 아래 각 분야의 최고 전문가들을 집필진으로 섭외하여 양질의 지식 콘텐츠를 제작 및 보급에 앞장서고 있습니다. 창립 이래 현재까지 의학, 간호학, 물리·작업학, 응급구조학, 방사선학, 피부미용학, 생활건강 등의 분야에서 400여 종이 넘는 전문서적을 발간하고 있습니다.

※장문※

SINCE 1992

학술전문출판 **학지사**

www.hakjisa.co.kr

심리검사연구소 **인싸이트**

www.inpsytr.co.kr

간호보건의학출판 **정담미디어**

www.jdmpub.com

원격교육연수원 **키운피아**

www.counpia.com

학술논문서비스 **뉴논문**

www.newnonmun.com



이코드로 (주)학지사
를
다들
가장
가
만나
보세
요

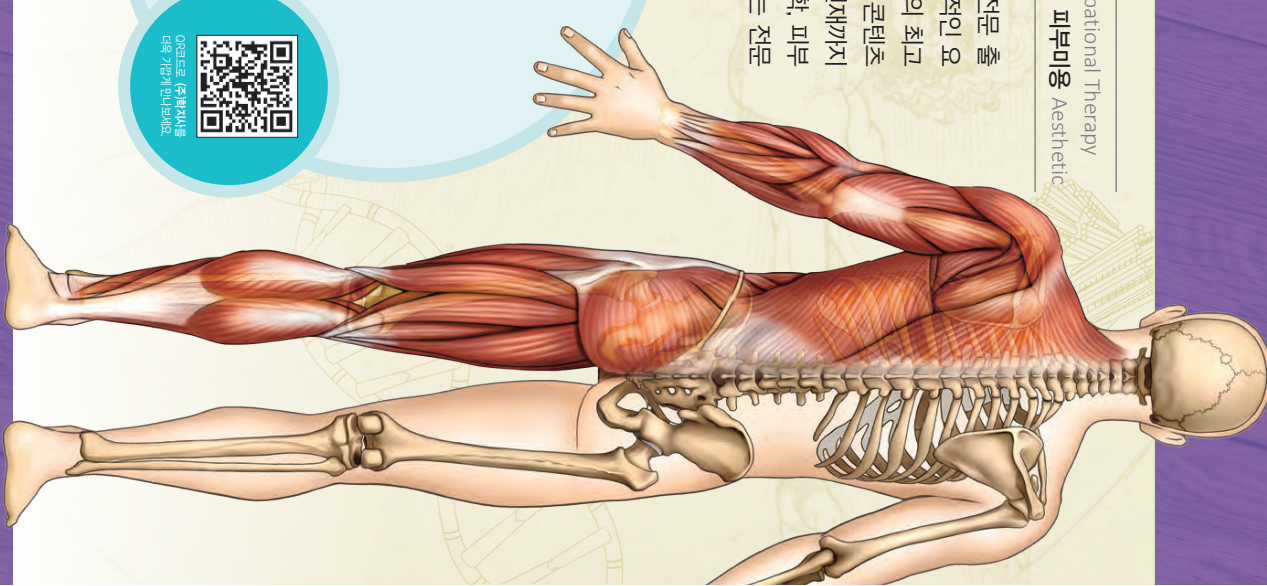
※ 정담미디어는 학지사의 자매회사입니다.

정담미디어 ▶▶▶

(04031) 서울특별시 마포구 양화로 15길 20 마인드월드빌딩

TEL 02-330-5188 FAX 02-326-0338 E-mail jdmpub@jdmpub.com

홈페이지 www.jdmpub.com



모두가 행복한 미래를 만들어 가는 기업

저자와 출판인 그리고 독자인 학생들과 전문가들이 함께 만들어 가는 다함께 잘사는 사회.
도서출판 현문사와 에듀팩토리는 의학/간호/보건계열의 전문서적, 수험서, 온·오프라인 시험을 만드는 출판전문그룹입니다.



의학/간호/보건 전문출판
현문사
www.hyunmoon.co.kr

(우)06041 서울시 강남구 도산대로 28길 36(논현동) 현문빌딩 4,5층
전화 (02) 511-5394~5 팩스 (02) 517-4462
이메일 hyunmoon@hyunmoon.co.kr

EDU FACTORY
에듀팩토리
www.edufact.co.kr

(우)06041 서울시 강남구 도산대로 28길 36(논현동) 현문빌딩 1층
전화 (02) 3442-0275~6 팩스 (02) 3442-0270
이메일 webmaster@edufact.co.kr