보건연구정보센터
http://www.richis.org

간호진단과 중재분류에 관한 조사연구*
-가정간호 대상자를 중심으로-

김조자** · 최애규*** · 김기란**** · 송희영*****

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

가정간호는 환자에 대한 바람직한 의학적 치료결과 또는 삶의 질을 향상시키거나 유지시키기 위하여 환자의 가정에서 제공되는 치료, 임상서비스, 가사지원, 소모품과 의료장비 및 부수적인 서비스를 제공하는 것으로 예방적인 간호에서부터 급성적이고 일차적인 간호, 재활간호 및 장기적인 간호를 포함하는 포괄적인 사업으로 새로운 건강관리 체제로 도입되어 성장하고 있다(Fitzpatrick, 1996 ; Modly, 1996).

우리나라에서도 1989년 전국민 의료보험이 실시되면서 종합병원에 대한 환자집중 현상이 가속화되고 만성질환자와 노인환자의 병원이용율이 늘어남과 동시에 입원기간이 길어지면서 병원입원이 필요한 국민요구를 충족시키고 국민들의 의료비 부담을 경감시키면서 저렴한 양질의 의료를 제공하기 위하여 1994년 9월부터 4개의 3차진료기관에서 병원중심 가정간호 시범사업을 실시하였고, 1997년 4월부터는 45개 병원으로 확대하여 제 2차 병원중심 가정간호 시범사업을 실시하고 있다.

그러나 병원중심 가정간호 사업을 시행한 결과 몇가지 문제점이 도출되었다. 첫째, 각 병원에 명문화된 조기퇴원 기준이 없고 퇴원은 전적으로 주치의의 전문가적 판단에 따르고 있어 체계적인 관리가 필요한 만성퇴행성질환의 경우 전형적인 장기질환자가 되고 있다. 둘째, 가정간호 종결시 남아있는 간호문제 해결을 위한 지역사회 보건기관 및 지지기관의 활용이 제한되어 있어 가정간호 종결을 미루게 된다. 셋째, 무엇보다 시급한 문제는 가정간호서비스 범위를 규명하는 것으로 어느 종류 그리고 어느 수준까지의 서비스를 가정간호에서 제공하고 언제까지 가정간호를 제공하느냐에 대한 기준이 수립되어 있지 않아 일관된 치료제공에 혼돈을 주고 있다(박정숙, 1996). 간호사들은 간호진단을 중재와 연결시키는 것과 간호중재간에 우선순위를 설정하는 데에 어려움을 경험하고 있고, 간호문제에 따라 제시되는 중재가 각각 별개의 간호활동으로 나열되어 있기 때문에 각 활동들간의 관계가 어떻게 상호 부합되는지에 대한 체계적인 분류가 부족한 실정이다(김조자, 1997 ; Andorwich, Burkhart & Gettrust, 1996). 이는 간호수가와도 관련된 문제로 현재 입원대체료로 받고 있는 가정간호수가는 간호진단, 간호사가 행하는 간호중재, 간호결과의 체계적인 기록을 통하여 직접 지불반도록 노력할 수 있다. 또한 간호기록은 점차 전산화 되어가고 있으나 간호진단과 이에 따른 중재의 표준화된 분류체계가 없어 컴퓨터화된 정보체계 구축에 어려움이 있다. 가정간호사는 파악된 대상자의 문제해결을 위해 정확하고 효율적이며 일관성 있는 간호수행을 해야 하고 그 활

* 이 연구는 1996년도 연세대학교 간호대학 가정간호연구소 지원연구비로 연구되었음
** 연세대학교 간호대학 교수
*** 포항선린대학 간호과 교수
**** 간호사
***** 울산대학 간호과 시간강사

동내용을 일관성있게 기록해야 하는데, 현행 기록지 사용과 기록방법상 Y의료원의 경우 진단기록지와 진행기록지를 따로 구분하여 간호진단 양식에 따라 진행기록지를 기술적으로 기록하게 되어 있어 기록의 양이 많고 어디까지 세밀하게 기록해야 하는지에 대한 기준이 없다(박정숙, 1994 , 세브란스병원 가정간호시범사업소, 1997). 따라서 같은 내용의 간호중재를 방문 때마다 반복해서 기록해야 하고, 같은날 수행한 간호중재도 동일한 내용을 분리하여 적는 경우가 많아 기록으로 많은 시간을 소요해야 하며, 무엇보다 서비스내용에 대한 지침이 없어 항상 제한된 중재만을 제공하거나 혹은 수행을 하고도 중재내용을 기록하지 않아 제한된 중재만 제공하는 것으로 기록할 수 있다. 따라서 간호실무의 표준화된 언어와 이의 체계적인 분류가 절실히 요구되어지고 있다.

따라서 본 연구에서는 일 가정간호 시범사업소에 등록한 가정간호 대상자의 의무기록지에 기록된 간호진단을 조사하여 NANDA에서 제시한 간호진단 분류체계와 비교하고, 간호중재 활동을 조사하여 Iowa대학 연구팀이 개발한 간호중재 분류체계와 비교한 후 간호진단과 간호중재를 연결하여 분류하므로써 가정간호 업무를 체계적으로 파악하고 진단과 중재의 표준화된 분류체계 개발과 가정간호 수가정립에 대한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 구체적 연구목적은 다음과 같다.

1) 가정간호 대상자에게 내려진 간호진단을 조사하여 NANDA의 9가지 인간반응 유형별 간호진단 분류체계로 분류한다.
2) 가정간호 대상자에게 수행된 간호활동을 조사하여 Iowa대학의 간호중재 분류체계로 분류한다.
3) 간호진단과 간호중재를 연결하여 재 분류한다.

Ⅱ. 문헌 고찰

간호진단의 분류작업은 간호학의 본질이 과학임을 인식시켜 연구와 이론개발을 촉진시키며, 간호학이 임상에 유용한 응용학문이라는 전문직으로서의 위상을 높이는 장점이 있다. 간호진단 분류작업의 궁극적인 목표는 공통된 간호언어를 사용하는 것이며 표준화된 공통언어의 사용은 간호언어를 컴퓨터로 체계화할 수 있게 하고 이 결과 수많은 정보를 입력할 수 있으므로 특수한 간호진단을 선택하거나 진단명별로 또는 진단명과 관계된 자료들을 공유하며 추적할 수 있고 간호진단명들이 질서있게 명명법에 따라 표현된 일관성있는 용어는 간호사들간의 의사소통을 증진시킬 뿐만 아니라 간호제공과 연구목적을 위한 정보추구를 용이하게 한다(서문자, 1986).

간호중재의 분류는 최근에 와서 관심을 갖기 시작하였는데 간호진단의 사용이 보편화 됨에 따라 간호중재와 결과에 대해서도 표준화된 용어를 사용하여 이들간의 연계를 지을 수 있는 광내한 데이타베이스를 구축하도록 해야 한다는 의견이 대두됨에 따라 중재 및 결과에 대한 표준화된 분류가 필요하다는 인식이 증가하게 되었다(Androwich, Burkhart & Gettrust, 1996). 그러나 간호중재 분류의 필요성이 절실한 이유는 간호사들이 간호중재간에 우선순위를 설정하지 못하고 있으며 간호진단 분류에 따른 서적들은 있으나 이들은 간호중재를 연결시켜 설명해 주지 못하고 있기 때문에 임상에서 간호진단과 이에 따르는 중재의 사용 및 기록, 활용에 어려움을 겪고 있기 때문이다(김조자, 1997 ; Iowa Intervention Project, 1993). 또 간호기록면에서 간호사들은 그들이 시행한 간호를 기록하는데 많은 시간을 소모하고 있지만 이런 기록들은 간호의 지식을 발전시키고 간호실무를 발전시키고 환자간호를 증진시킬 수 있도록 체계적으로 조직화되어 있지 않은 실정이다. 간호수가면에서는 오랫동안 간호수가를 산정해 내려는 많은 노력들이 시도되었지만 간호사가 수행하는 표준화된 중재목록이 제시되지 않는다면 간호사가 직접 지불받는 것은 어려울 것이다(김조자, 1997 ; Moorhead, McCloskey & Bulechek, 1993). 다른 건강 전문직과의 유사성 뿐만 아니라 간호의 독특성을 설명하므로써 간호가 건강관리에 기여하는 바를 효율적으로 가시화하기 위해서는 간호중재의 체계적인 분류작업이 이루어져야 한다(McClosky, 1997b).

가정간호에서 간호진단과 간호중재의 표준화된 분류체계가 필요한 이유는 가정간호는 가정에서 환자에게 다양한 기술적·전문적 서비스를 포괄하는 팀접근이 중요한 다학문적 실무이므로 상호 의사소통을 원활히 하고 치료의 계속성과 치료상황을 한눈에 알아보고 간호의 독자성·자율성과 더불어 상호 협동적인 업무를 파악하기 위함이다(Humphrey, 1988 ; Saba, 1992a ; Saba, 1992b ; Marrelli, 1994). 우선 가정간호의 독자성 면에서 보면 방문시간과 환자상태 파악 및 치료 등 가

정간호사는 모든 업무를 독자적으로 결정하여 행하므로 환자의 임상일지에 적은 환자상태 파악과 이에 따른 중재내용은 제공된 간호의 표준을 기록한 중요한 근거자료가 된다(박정숙, 1994). 표준화된 중재목록에 의한 정확하고 타당성있는 기록은 근무태만, 업무과실 등의 법적문제에 대해 보호의 역할을 하며(Marrelli, 1994), 간호수가와 효율성면에서 각 의료인력의 생산성을 정당하게 인정하고 간호서비스도 의사의 처방하에 독자적으로 수행하는 것이 환자의 건강관리 측면에서 뿐 아니라 환자와 병원의 비용 측면에서 효율성이 높으나 현재 의료보험 지불체계가 의사처방에 근거해 이루어지는 행위별 수가제이며 간호수가는 입원비 항목으로만 산정되어 그 행위 자체가 구체화되어 있지 않은 실정이다(박정숙, 1994 ; 서미혜, 허혜경, 1995). 기록면에서 보면 가정간호에서는 독자성과 치료의 계속성 때문에 특히 기록이 중요하나 기록에 대한 기준이 정립되어 있지 않아 기록에 많은 시간과 노력을 들이고 있는 실정이므로 업무의 능률과 간호의 질 관리를 위해 표준화된 업무기록지가 필요하다(박정숙, 1994).

간호진단 분류체계의 개발은 1976년 Roy에 의해 처음으로 추진되어 이 작업을 통해 간호와 관련된 현상의 본질을 명료화하기 시작하였고 이후 지속적인 연구를 통해 분류체계의 개발과 수정작업이 진행되고 있다. 1978년 Unitary Human Being Model에 근거하여 9가지 인간반응 유형이나 영역을 이용해 간호진단 분류를 위한 개념적 기틀을 마련하였다(ANA, 1989 ; Mason & Webb, 1993).

간호중재의 분류는 최근에 와서야 관심을 갖기 시작하여 미국의 National Center for Nursing Research의 지원으로 Iowa대학의 연구팀이 간호중재 분류체계인 NIC(Nursry Classification)을 내놓게 되었고 이를 미국 간호협회가 인준하였다(McCloskey, 1997a). NIC에서의 중재는 일반적이면서 특수한 간호활동을 나타내며 간호사가 대상자를 위하여 수행하는 어떤 직접적인 치료이는 다 포함한다. 이러한 중재는 간호진단에 따라 행하는 간호사-주도치료, 의학진단에 따라 행하는 의사-주도치료, 진단과 관련은 없지만 스스로 행할 수 없는 대상자를 위해 간호사가 해주는 필수적인 일상기능의 수행을 포함하는 것으로 정의한다. 분류체계는 사용하기 쉬운 계급적 구조로 이루어져 있는데 제일 상위 수준에 6개의 영역(domain), 두번째 수준에 27개의 범주(class), 세번째 수준에 433개의 중재명들로 구성되어 있다. 영역과 범주는 간호의 핵심을 나타내는 것이고 모든 영역, 범주, 중재에는 정의가 있어 분류내에서 지속성과 응집을 유지할 수 있으므로 필요로 되는 중재의 선택이 용이하다(Iowa Intervention Project, 1996). 중재 각각에 정의, 활동목록을 포함한 구성은 모든 간호사에게 간호에 대한 공통 언어를 제공하므로써 각 중재가 같은 의미를 주게되며 중재에 대한 참고문헌은 각 중재를 지지하여 준다. 표준화된 언어는 중재명으로, 특정 대상자에게 사용할 때 중재명과 정의는 같고, 활동은 특정집단, 개인의 요구충족에 맞도록 수정될 수 있다. 이러한 NIC의 가장 큰 강점은 어느 현장, 어느 대상자에게도 사용할 수 있다는 광범위성이다. 신체적 · 정신사회적 중재, 질병예방 · 건강증진 중재, 독자적 · 협동적 중재를 모두 포함하며 대상은 개인 · 가족 · 지역사회를 포괄한다(Mcloskey, 1997).

따라서 본 연구에서는 NANDA에서 제시한 간호진단 분류틀과 Iowa대학 연구팀이 개발한 간호중재 분류체계인 NIC에 따라 가정간호에서 사용하고 있는 진단과 중재를 분류하고 간호진단과 간호중재를 연결하고자 한다.

Ⅲ. 연구내용 및 방법

1. 연구 설계

본 연구는 가정간호 기록지를 통하여 가정간호 대상자에게 적용된 간호진단과 중재를 조사하여 진단은 NANDA의 간호진단 목록으로, 중재는 NIC로 분석하여 가정간호의 진단과 중재를 분류하는 조사분석 연구이다.

2. 연구 대상

본 연구의 대상은 서울에 위치한 Y의료원 가정간호 시범사업소에 1994년 9월부터 1996년 11월까지 등록된 환자 전수인 260명 중 연구기간 동안 열람 가능하였던 101명의 가정간호 기록지를 대상으로 하였다.

3. 연구 도구

가정간호 기록지 분석도구는 기록지 분석을 위해 연구자들에 의해 개발되었으며 그 내용에는 등록번호, 환자이름, 연령, 성별, 진단명, 방문횟수, 간호진단, 관련요인, 증상 및 징후, 간호중재를 포함하고 있다.

4. 자료수집 방법 및 연구절차

1) 간호진단 분석 단계

가정간호 기록지 분석도구를 통해 수집된 간호진단은 NANDA(1996)가 제시한 간호진단을 대한간호협회(1996)에서 한글 표준화를 위한 연구를 거쳐 최종적으로 목록화한 98개의 간호진단 목록에 근거하여 분류하였다. 각 대상자에게 중복사용된 간호진단은 빈도에 포함시키지 않았다. 또한 가정간호 기록지에서 사용되었으나 간호진단 목록에 포함되지 않는 진단들은 연구자들의 협의를 통해 따로 분류하여 목록으로 작성하였다.

2) 간호중재 분석 단계

가정간호 기록지 분석도구를 통해 수집된 간호중재는 NIC(1996)의 분류틀에 근거하여 분류하였다. 각 대상자에게 중복사용된 간호중재는 빈도에 포함시키지 않았다. 또한 가정간호 기록지에서 사용되었으나 NIC의 분류틀에 포함되지 않는 중재들은 연구자들의 협의를 통해 따로 분류하여 목록으로 작성하였다. 분류된 중재들의 목록은 한국의 간호사들이 행하는 간호중재를 규명한 염영희(1995)의 연구에서 사용된 한글 중재명에 근거하여 번역하였다.

3) 간호진단과 중재의 분류

가정간호 기록지 분석도구를 통해 수집된 간호진단과 간호중재를 연결하여 분류하였다.

5. 분석방법

1) 연구대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 분석하였다.
2) 연구대상자에게 사용된 간호진단과 중재는 빈도와 백분율로 산출하고 실수에 의한 항목별 순위를 조사하였다.

Ⅳ. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 성별은 남자가 58명(57.4%), 여자가 43명(42.6%)으로 남자가 많았고, 연령 분포는 70-79세가 28명(27.7%)으로 가장 많았으며 다음으로 50-59세가 26명(25.8%), 60-69세가 21명(20.8%)의 순으로 대상자의 70% 이상이 장·노년기 환자였다.

대상자의 질환을 살펴보면 여러 종류의 암이 42명(41.6%)으로 가장 많은 분포를 보였으며 그 중에서도 폐암이 19명(18.8%)으로 가장 많았다. 뇌혈관 질환이 13명(12.9%), 만성 폐쇄성 폐질환이 12명(11.9%), 당뇨가 11명(10.9%)의 순이었으며 그 외의 질환별 분포는 〈표 1〉과 같다.

〈표 1〉 대상자의 일반적 특성 N=101

일반적 특성	구 분	빈도수 (백분율)
성 별	남	58(57.4)
	여	43(42.6)
연 령	40세미만	5(5.0)
	40-49	11(10.8)
	50-59	26(25.8)
	60-69	21(20.8)
	70-79	28(27.7)
	80세 이상	10(9.9)
질 환	암	42(41.6)
	· 폐암	19(18.8)
	· 간암	6(5.9)
	· 위암	6(5.9)
	· 췌장암	5(5.0)
	· 담낭암	2(2.0)
	· 식도암	2(2.0)
	· 직장암	1(1.0)
	· 갑상선암	1(1.0)
	뇌혈관질환	13(12.9)
	만성폐쇄성 폐질환	12(11.9)
	당뇨	11(10.9)
	간경변	3(3.0)
	뇌종양	3(3.0)
	폐결핵	3(3.0)
	기타	14(13.9)
계		101(100)

2. 간호진단 분류

가정간호 기록지 분석도구를 통해 수집된 간호진단을 분석한 결과 총 94개의 간호진단이 사용되었다. 이 중 대한간호협회에서 제시한 간호진단목록(1996)에 속하는 진단은 총 45개로 이 진단들을 NANDA의 9가지 인간 반응유형에 따라 분류하여 사용 빈도를 분석한 결과는 〈표 2〉와 같다.

가장 많은 간호진단이 사용된 영역은 「교환」으로 가정간호 기록지에서 분석한 45개의 진단 중 24개의 진단

〈표 2〉 NANDA의 9가지 인간반응 유형별로 분류한 간호진단의 빈도 N=330

	간호진단		빈도
교 환 Exchanging	Risk for infection	감염위험성	39
	Altered nutrition ; less than body requirement	영양부족	39
	Impaired skin integrity	피부손상	30
	Ineffective airway clearance	기도개방 유지 불능	28
	Risk for impaired skin integrity	피부 손상 위험성	15
	Impaired gas exchange	가스 교환 장애	10
	Ineffective breathing pattern	비효율적 호흡양상	8
	Constipation	변비	7
	Altered oral mucous membrane	구강점막 변화	7
	Diarrhea	설사	6
	Altered urinary elimination	배뇨장애	6
	Fluid volume excess	체액과다	6
	Impaired physical mobility	운동장애	5
	Hyperthermia	고체온	4
	Altered tissue perfusion	조직관류 변화	4
	Risk for fluid volume deficit	체액부족 위험성	4
	Fluid volume deficit	체액 부족	4
	Sleep disturbance	수면장애	3
	Decreased cardiac output	심박출량 감소	2
	Risk for trauma	외상위험성	2
	Risk for aspiration	기도흡인 위험성	2
	Risk for injury	신체손상위험성	2
	Risk for disuse syndrome	비사용 증후군 위험성	2
	Altered nutrition : more than body requirement	영양과다	1
소 계			236
관 계 Relating	Social isolation	사회적 고립	4
	Altered family processes	가족기능장애	3
	Caregiver role strain	보호자 역할 부담감	2
	Risk for caregiver role strain	보호자 역할 부담감의 위험성	1
소 계			10
선 택 Choosing	Noncompliance(specify)	불이행	7
	Ineffective family coping ; disabling or compromised	가족의 비효율적 대응	2
	Decisional conflict(specify)	의사결정 갈등	1
소 계			10
운 동 Moving	Activity intolerance	활동의 지속성 장애	16
	Self care deficit (specify)	자가간호 결핍	3
	Impaired swallowing	연하장애	1
	Risk for activity intolerance	활동의 지속성 장애 위험성	1
	Fatigue	피로	1
소 계			22
인 지 Perceiving	Body image disturbance	신체상 장애	4
	Self esteem disturbance ; chronic low self-esteem or situational low self-esteem	자긍심 저하	2
	Sensory/perceptual alterations(specify) (visual, auditory, kinesthetic, gustatory, tactile, olfactory)	감각지각 변화	1
	Hopeless	절망감	1
소 계			8
지 식 Knowing	Knowledge deficit(specify)	지식부족	23
	Altered thought process	사고과정 장애	4
소 계			27
감 정 Feeling	Pain	통증	10
	Fear	두려움	2
	Anxiety	불안	5
소 계			17

이 포함되었으며, 가정간호 기록지에서 사용되지 않은 진단은「의사소통」과「가치」의 영역에 속하는 진단들이었다.

간호진단의 사용빈도를 보면 '감염 위험성'과 '영양부족'이 각각 39회로 가장 많이 사용되었으며 '피부손상' 30회, '기도개방 유지불능' 28회, '지식부족' 23회, '활동의 지속성 장애' 16회, '피부 손상 위험성' 15회, '가스교환장애' 10회, 그리고 '통증'이 10회의 순이었다. 단 한번씩만 사용된 간호진단을 살펴보면 '영양과다', '보호자 역할 부담감의 위험성', '의사결정 갈등', '연하장애', '활동의 지속성 장애 위험성', '피로', '감각지각 변화', '절망감' 등 8개였다.

그외 NANDA의 간호진단 목록에는 속하지 않으나 가정간호사에 의해 사용된 간호진단 목록이 38개나 되었고 그 중 높은 빈도를 나타낸 것은 '부적절한 위관영양 및 위관관리' 13회, '당관리, 당조절'이 12회, '가족불안'이 7회 등이었다. 진단목록을 구체적으로 살펴보면 간호진단 사용시 발생할 수 있는 여러가지 오류 사항들을 발견할 수 있다. 첫째, 대상자의 반응이나 문제대신 요구를 사용한 경우, 둘째, 원인과 반응의 두 요소를 바꾸어 기술한 경우, 셋째, 중재 불가능한 상태로 문제를 기술한 경우, 넷째, 비건강한 반응이지만 일반적으로 인정되고 당연한 과정으로 알려진 것을 진단화한 경우, 다섯째, 환자의 문제 대신 간호사의 문제를 기술한 경우, 여섯째, 애매한 용어로 기록한 경우 등이다. 간호진단의 사용에 있어서 용어의 정의에 대한 경계가 불분명한 것이 일반적으로 지적되고 있는 상황이나 현재 사용하고 있는 간호진단이 계속 연구되고 개선되어지는 과정에 있으므로 사용자는 간호진단의 개념과 사용형태를 정확히 습득하여 혼돈하지 말아야 할 것이다.

3. 간호중재 분류

가정간호 기록지 분석 도구를 통해 수집된 간호중재를 NIC 분류체계에 따라 분석한 결과 6개 영역, 23개의 범주, 97개의 중재가 있었으며, 중재들의 총 사용빈도는 1347회였다. 각 수준별 빈도를 분석한 결과는 〈표 3〉과 같다. 〈표 3〉에서 살펴보면 수준 1의 영역에서는 생리적-복합영역의 중재빈도는 총 1,347회 중 690회(50.7%)로 가장 많았고 생리적-기본영역에 속하는 활동이 397회(29.5%), 행위영역에 속하는 활동이 179회(13.3%), 안전영역에 속하는 활동이 43회(3.2%), 건강체제영역에 속하는 활동이 29회(2.2%), 그리고 가족영역에 속하는 활동이 9회(0.7%)의 순으로 나타났다.

수준 2의 범주에서는 호흡관리의 중재빈도가 281회(20.9%)로 가장 많았고 그 다음으로 피부/창상관리가 235회(17.5%), 자가간호 증진이 137회(10.2%), 배설관리가 132회(9.8%), 환자교육이 125회(9.3%), 조직관류 조절이 123회(9.1%)으로 나타났다.

수준 3의 중재에서는 욕창간호가 151회(11.2%)로 빈도가 가장 높았고, 튜브관리가 124회(9.2%), 수액관리가 78회(5.8%), 기도관리가 77회(5.7%), 인공기도관리가 76회(5.6%), 요관간호가 67회(5.0%), 교육 : 정신운동성 기술이 55회(4.1%)의 순으로 나타났다. 요약

〈표 3〉 NIC 분류체계에 따른 간호중재 빈도

N=1347

수준1 영역	빈도(%)	수준2 범주	빈도(%)	수준3 중재	빈도(%)
생리적 기본영역	397(29.5)	자기간호 증진	137(10.2)	튜브관리	124(9.2)
				구강건강유지	4(0.3)
				회음부 간호	3(0.2)
				목욕	3(0.2)
				구강건강회복	2(0.1)
				두발간호	1(0.1)
		배설관리	132(9.8)	요관간호	67(5.0)
				방광세척	45(3.3)
				설사관리	6(0.4)
				장루간호	5(0.4)
				변비/매복간호	4(0.3)
				장관리	2(0.1)
				도뇨법	1(0.1)
				도뇨법 : 간헐적	1(0.1)
				뇨배설 관리	1(0.1)

〈표 3〉 계속

수준1 영역	빈도(%)	수준2 범주	빈도(%)	수준3 중재	빈도(%)
		영양보조	87(6.6)	위장관 삽호	43(3.2)
				영양관리	22(1.6)
				영양요법	14(1.0)
				위장관 통한 음식주입	6(0.4)
				영양섭취 관찰	1(0.1)
				완전 영양주사 투여	1(0.1)
		이동불가능한 환자관리	18(1.3)	체위변경	18(1.3)
		신체안위도모	13(1.0)	통증관리	9(0.7)
				열, 냉찜질	4(0.3)
		활동 및 운동관리	10(0.7)	체력관리	7(0.5)
				운동요법 : 관절운동	1(0.1)
				운동증진	1(0.1)
				운동요법	1(0.1)
생리적 복합영역	690(50.7)	호흡관리	281(20.9)	기도관리	77(5.7)
				인공기도관리	76(5.6)
				기도내 분비물 흡인	37(2.7)
				물리적 흉곽요법	24(1.8)
				산소요법	24(1.8)
				환기보조	22(1.6)
				호흡과 관련된 자료감시	21(1.6)
		피부/창상관리	235(17.5)	욕창간호	151(11.2)
				욕창관리	40(3.0)
				욕창예방	20(1.5)
				국부치료를 위한피부간호	9(0.7)
				창상간호	8(0.6)
				피부감시	8(0.5)
		조직관류 조절	123(9.1)	수액관리	78(0.8)
				정맥주사요법	14(1.0)
				정맥주사 농기	12(0.9)
				수액관찰	8(0.6)
				수액/전해질 관리	3(0.2)
				출혈관리	3(0.2)
				PIC 카테터 간호	3(0.2)
				저혈량증 관리	2(0.1)
		약물관리	39(2.9)	투약처방	20(1.5)
				투약관리	8(0.6)
				처방된 약물에 대한 교육	5(0.4)
				환자 자가 진통제 투여보조	3(0.2)
				투약	3(0.2)
		전해질 및 산 염기관리	12(0.9)	수액/전해질 관리	10(0.7)
				저혈당 관리	2(0.1)
행위 영역	79(13.3)	환자교육	125(9.3)	교육 : 정신운동성 기술	55(4.1)
				교육 : 처방된 약물	29(2.2)
				교육 :처방된 활동/운동	8(0.6)
				교육 : 처방된 식이	8(0.6)
				교육 : 질병과정	7(0.5)
				학습촉진	7(0.5)
				건강교육	6(0.4)

〈표 3〉 계속

수준1 영역	빈도(%)	수준2 범주	빈도(%)	수준3 중재	빈도(%)
행위 영역	79(13.3)	환자교육	125(9.3)	교육 : 개인	3(0.2)
				교육 : 경과/치료	1(0.1)
				가족교육 : 피임	1(0.1)
		행동 요법	26(1.9)	활동요법	26(1.9)
		적응보조	18(1.3)	정서지지	15(1.1)
				상담	1(0.1)
				대응능력 강화	1(0.1)
				안전감 강화	1(0.1)
		의사소통 강화	5(0.4)	적극적 경청	3(0.2)
				의사소통 강화 : 청력결손	1(0.1)
				의사소통 강화 : 시력결손	1(0.1)
		인지요법	1(0.1)	현실 방향감	1(0.1)
		정신적 안위도모	4(0.3)	주의분산	2(0.1)
				불안감소	1(0.1)
				평정법	1(0.1)
안전 영역	43(3.2)	위험관리	41(3.0)	감염에 대한 보호	23(1.7)
				감염통제	6(0.4)
				활력증상 관찰	4(0.3)
				감시	2(0.1)
				환경관리	4(0.3)
				안전에 대한 환경관리	1(0.1)
				폭행보호	1(0.1)
		위기관리	2(0.1)	위기조정	2(0.1)
가족 영역	9(0.7)	생애주기 관리	9(0.7)	가족지지	3(0.2)
				간호제공자 지지	3(0.2)
				가족 참여	2(0.1
				가족통합촉진	1(0.1)
				가정유지보조	1(0.1)
건강체계 영역	29(2.2)	건강체계조정	10(0.7)	티인계획	4(0.3)
				건강체계안내	3(0.2)
				보험관리	2(0.1)
				방문관리도모	1(0.1)
		건강체계관리	10(0.7)	임상병리검사	10(0.7)
		정보	9(0.7)	의뢰	9(0.7)

하면 수준 1의 생리적-복합영역에 속한 중재의 사용빈도가 가장 높았고, 수준 2에서는 호흡관리가 가장 높은 빈도를 보였으며, 수준 3에서는 욕창간호의 빈도가 가장 높았다〈표 3〉.

4. 간호진단에 따른 간호중재

가정간호 기록지 분석도구를 통해 수집된 간호진단 중 대한간호협회에서 제시한 간호진단 목록(1996)에 속하는 진단 총 45개와 가정간호사에 의해 사용되고 있는 진단 51개에 따른 간호중재를 빈도순으로 요약하여 보면 〈표 4〉와 같다.

〈표 4〉에서 살펴보면 가장 많이 사용된 간호진단은 '감염 위험성'이며 이에 따른 간호중재의 종류와 제공횟수는 19개 종류, 267회(19.8%)였다. '피부손상'은 14개 종류의 간호중재를 258회(19.2%), '기도개방 유지불능'은 12개 종류, 193회(14.3%), '영양부족'은 12개 종류, 122회(9.1%), '활동의 지속성 장애'는 10개 종류, 75회(5.6%), '지식부족'은 11개 종류의 간호중재를 52회(3.9%) 제공한 것으로 나타났다.

〈표 4〉 간호진단에 따른 간호중재 빈도

간호진단	빈도(%)	간호중재	빈도(%)
감염의 위험성	267(19.8)	튜브관리	109(8.1)
		뇨관간호	47(3.5)
		방광세척	39(2.9)
		감염에 대한 보호	16(1.2)
		투약처방	15(1.1)
		정맥주사요법	6(0.4)
		위장관간호	6(0.4)
		감염통제	5(0.4)
		장루간호	5(0.4)
		PIC카테터 간호	3(0.2)
		출혈통제	3(0.2)
		수액요법	3(0.2)
		의뢰	2(0.1)
		열/냉 찜질	2(0.1)
		정맥주사놓기	2(0.1)
		기도관리	1(0.1)
		기도내 분비물 흡인	1(0.1)
		교육 : 정신운동성 기술	1(0.1)
		도뇨법	1(0.1)
피부손상	258(19.2)	욕창간호	149(11.1)
		욕창관리	36(2.7)
		교육 : 정신운동성 기술	17(1.3)
		욕창예방	14(1.0)
		국부치료를 위한 피부간호	9(0.7)
		피부감시	7(0.5)
피부손상	258(19.2)	체위변경	4(0.3)
		튜브관리	3(0.2)
		기도관리	3(0.2)
		감염예방	3(0.2)
		투약	2(0.1)
		영양요법	1(0.1)
		영양감시	1(0.1)
		목욕	1(0.1)
기도개방 유지불능	193(14.3)	인공기도관리	76(5.6)
		기도내 분비물 흡인	36(2.7)
		기도관리	34(2.5)
		물리적흉곽요법	20(1.5)
		교육 : 정신운동성 기술	10(0.7)
		흡기보조	6(0.4)
		튜브관리	5(0.4)
		의뢰	2(0.1)
		호흡과 관련된 자료감시	1(0.1)
		불안감소	1(0.1)
		감염예방	1(0.1)
		활력증상감시	1(0.1)
영양부족	122(9.1)	수액관리	65(4.8)
		영양관리	19(1.4)
		영양요법	13(1.0)

〈표 4〉 계속

간호진단	빈도(%)	간호중재	빈도(%)
영양부족	122(9.1)	정맥주사놓기	10(0.7)
		수액/전해질 관리	6(0.4)
		교육 : 정신운동성 기술	2(0.1)
		투약처방	2(0.1)
		체력관리	1(0.1)
		체위변경	1(0.1)
		완전영양주사 투여	1(0.1)
		정맥주사요법	1(0.1)
		교육 : 처방된 식이	1(0.1)
활동의 지속성 장애	75(5.6)	활동요법	25(1.9)
		기도관리	17(1.3)
		교육 : 정신운동성 기술	10(0.7)
		산소요법	7(0.5)
		체력관리	6(0.4)
		교육 : 처방된 활동/운동	5(0.4)
		호흡과 관련된 자료감시	2(0.1)
		운동요법	1(0.1)
		감염예방	1(0.1)
		건강체계안내	1(0.1)
지식부족	52(3.9)	교육 : 처방된 약물	24(1.8)
		학습촉진	7(0.5)
		교육 : 정신운동성 기술	7(0.5)
		교육 : 처방된 식이	3(0.2)
		교육 : 질병과정	3(0.2)
		기도관리	2(0.1)
		임상병리검사	2(0.1)
		물리적 흉곽요법	1(0.1)
		호흡과 관련된 자료감시	1(0.1)
		건강체계안내	1(0.1)
		의뢰	1(0.1)
비효율적 호흡양상	47(3.5)	호흡과 관련된 자료 감시	16(1.2)
		환기보조	15(1.1)
		산소요법	11(0.8)
		물리적 흉곽 요법	3(0.2)
		정서 지지	2(0.1)
배뇨장애	30(2.2)	뇨관간호	20(1.5)
		방광세척	4(0.3)
		교육 : 정신운동성 기술	4(0.3)
		도뇨법 : 간헐적	1(0.1)
		뇨배설 관리	1(0.1)
피부손상 위험성	26(1.9)	체위변경	11(0.8)
		욕창예방	6(0.4)
		욕창관리	4(0.3)
		욕창간호	2(0.1)
		수액관리	2(0.1)
		회음부 간호	1(0.1)
가스교환 장애	17(1.3)	기도관리	9(0.7)
		산소요법	6(0.4)
		체위변경	1(0.1)
		호흡과 관련된 자료 감시	1(0.1)

〈표 4〉 계속

간호진단	빈도(%)	간호중재	빈도(%)
통증	15(1.1)	통증관리	9(0.7)
		환자 자가 진통제 투여보조	3(0.2)
		교육 : 처방된 약물	1(0.1)
		교육 : 정신운동성 기술	1(0.1)
		안전에 대한 환경관리	1(0.1)
체액부족 위험성	14(1.0)	수액관리	4(0.3)
		수액감시	4(0.3)
		수액/전해질 관리	3(0.2)
		저혈량증 관리	2(0.1)
		감시	1(0.1)
고체온	13(1.0)	장루간호	3(0.2)
		열/냉찜질	2(0.1)
		방광세척	2(0.1)
		투약처방	1(0.1)
		활력증상감시	1(0.1)
불안	11(0.8)	기도관리	4(0.3)
		정서지지	3(0.2)
		퇴원계획	2(0.1)
		건강교육	1(0.1)
		의뢰	1(0.1)
설사	9(0.7)	설사관리	6(0.4)
		투약	1(0.1)
		회음부 간호	1(0.1)
		수액관리	1(0.1)
체액과다	9(0.7)	수액/전해질 관리	4(0.3)
		수액감시	3(0.2)
		체위변경	1(0.1)
		투약관리	1(0.1)
변비	8(0.6)	변비/매복 관리	4(0.3)
		장 관리	2(0.1)
		투약처방	1(0.1)
		교육 : 정신운동성 기술	1(0.1)
사회적 고립	8(0.6)	정서 지지	4(0.3)
		교육 : 질병 과정	2(0.1)
		방문관리도모	1(0.1)
		상담	1(0.1)
불이행	7(0.5)	교육 : 처방된 약물	5(0.4)
		교육 : 처방된 식이	2(0.1)
구강점마 손상(변화)	7(0.5)	구강건강유지	4(0.3)
		구강건강회복	2(0.1)
		수액관리	1(0.1)
조직관류변화	4(0.3)	정맥주사요법	4(0.3)
가족의 비 효율적대응	3(0.2)	가족지지	3(0.2)
운동장애	2(0.1)	운동증진	1(0.1)
		운동요법 : 관절운동	1(0.1)
수면장애	2(0.1)	투약관리	1(0.1)
		감염예방	1(0.1)

〈표 4〉 계속

간호진단	빈도(%)	간호중재	빈도(%)
감각지각 변화	2(0.1)	의사소통상화 : 청력결손	1(0.1)
		의사소통강화 : 시력결손	1(0.1)
자가간호결핍	1(0.1)	목욕	1(0.1)
신체상상애	1(0.1)	정서지지	1(0.1)
절망감	1(0.1)	정서지지	1(0.1)

간호진단과 중재를 연결한 결과 NIC의 분류체계에 근거하여 간호진단에 따른 중재의 연결을 표준화한 연구(김조자, 이종경, 1997) 결과와 상이하였다. 이것은 진단과 중재의 연결이 표준화되어 있지 않음으로써 간호사 자신의 임상판단력, 간호지식에 의존하여 간호진단을 내리고 그에 따른 간호중재를 선택하는데서 오는 오류 및 한계를 보여주는 것이다. 본 연구에서 진단의 빈도가 가장 높은 '감염 위험성'과 '영양부족'에 따라 행해진 중재내용을 간호진단에 따른 중재의 연결을 표준화한 김과 이(1997)의 연구결과와 비교하여 분석해보면 '감염 위험성'에서는 19개의 중재목록 중 3가지 만이 해당하는 중재로 48.7%의 중재가 해당하였고, '피부손상'에서는 14개 중재목록 중 9개 목록이 해당하여 85.7%의 일치를 보였다.

V. 결론 및 제언

1) 간호진단중 사용빈도가 가장 높은 것은 「교환」(Exchange)영역의 '감염 위험성'과 '영양부족'이었고, 그 다음으로 사용빈도가 높은 진단은 '피부손상'과 '기도개방 유지 불능'이었다.

2) 간호중재 중 가장 많은 빈도를 보인 것은 생리적-복합영역에 속한 중재들로 전체 1347개의 간호행위 중 690개(50.9%)의 행위가 이 영역에 속하는 것이었으며 특히 호흡관리에 속한 행위가 281회로 가장 많은 빈도를 나타내었다.

   이는 한국의 간호사들이 행하는 간호중재를 규명한 염영희(1995)의 연구에서 한국 간호사들과 미국 간호사들은 전반적으로 생리적-복합영역에 속하는 중재를 빈번하게 행한다고 한 연구결과와 일치하는 것이며 이중 호흡관리에 속한 행위가 가장 많은 빈도를 차지한 것은 전체 대상자 중 32.7%인 33명이 호흡기계 질환이었던 것과 관련된다고 볼 수 있다.

3) 진단에 따른 중재의 표준화된 목록이 개발되어 있으면 실제 임상현장에서 간호사는 진단을 내린 후 중재목록

에서 가장 적합한 것을 선택하여 행하므로 신속한 판단력과 이에 따른 중재수행으로 업무의 효율성을 높이게 되며 관련없는 중재를 선택할 기회가 적어지고 중재를 선택하는 과정이 쉽게되므로 진단과 중재의 연결과정에서 문제발생의 기회가 최소화될 것이다.

이상의 연구결과를 통하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1) 일 가정간호 사업소에 기록된 기록지만을 분석하였기 때문에 간호진단 및 간호중재의 다양성이 부족할 것으로 사료되어 타 기관에서의 자료분석이 필요하다.
2) 간호진단은 계속 개선되어지는 과정에 있으므로 간호업무 종사자들이 이에 대한 정보를 습득할 수 있는 기회가 제공되어야 한다.
3) NIC의 간호중재 분류체계를 적용함에 있어 3가지 수준별로 분류하는데에 중복 및 혼돈을 가져올 수 있으므로 이에 대한 분류지침이 필요하다.
4) 간호진단에 따른 효과적인 간호중재를 파악하여 간호업무의 효율성을 높이기 위해 간호진단 간호중재-간호평가를 함께 연결한 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

김조자 (1997). 간호진단과 간호중재의 분류. 연세교육과학, 제45집, 95-114.

김조자 등 (1993). 호흡기능 장애와 관련된 간호진단의 타당도 조사. 간호학회지, 23(4), 569-584.

김조자, 이종경 (1997). 간호진단과 간호중재 연계를 위한 일 연구. 성인간호학회지, 9(3), 353-365.

김혜영 (1995). 뇌혈관질환자와 관련된 간호진단 및 간호진단별 특성규명과 타당성 조사 연구. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문.

박정숙 (1994). 가정간호의 질적 향상을 위한 과학적 기록방법(학술 세미나 보고서). 연세대학교 간호대학 부설 가정간호연구소, 연세대학교 보건대학원.

박정숙 (1996). 병원중심 가정간호 사업(합동학술대회 자료집). 가정간호 정책과 사업개발, 74-79. 연세대학교 간호대학 가정간호연구소, Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University.

서문자 (1986). 간호진단 분류. 대한간호, 25(1), 10-15.

서미혜, 허혜경 (1995). 가정간호 기록지 분석(학술대회 자료집). 가정간호 : 연구의 시업. 연세대학교 간호대학 가정간호연구소.

세브란스병원 가정간호시범사업소 (1997). 제1차 병원중심 가정간호시범사업 보고서.

염영희 (1995). 한국의 간호사들이 행하는 간호중재의 규명. The University of Iowa, Ph.D dissertation, Dec. 1995.

American Nurses' Association (1989). Classification systems for describing nursing practice : Working paper. American Nurses' Association.

Androwich, I., Burkhart, L., & Gettrust, K. V. (1996). Community and home health nursing. Albany: An international Thomson publishing company.

Fitzpatric, J. (1996). 미국의 가정간호 사업정책(합동학술대회자료집). 가정간호 정책과 사업개발, 1-8. 연세대학교 간호대학 가정간호연구소, Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University.

Humphrey, C. J. (1988). The home as a setting for care-Clarifying the boundaries of practice. Nursing Clinics of North America, 23(2), 305-314.

Iowa Intervention Project (1993). The NIC taxonomy structure. Image : Journal of Nursing Scholarship, 25(3), 187-192.

Iowa Intervention Project (1996). Nursing Interventions Classification. St. Louis: Mosby.

Marrelli, T. M. (1994). Home health standards and documentation guideline for reimbursement. St. Louis: Mosby.

Marrelli, T. M. (1996). 미국의 가정간호 제공자와 비용(합동학술대회자료집). 가정간호 정책과 사업개발, 8-25. 연세대학교 간호대학 가정간호연구소, Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University.

Mason, G., & Webb, C. (1993). Nursing diagnosis : A review of the literature. Journal of Clinical Nursing, 2, 67-74.

McCloskey, J. C. (1997a). Development of nursing interventions classification(학술 세미나 보고서). 간호중재분류체계 개발 및 활용, 21-23. 서울대학교 간호대학 부설 간호과학연구소.

McCloskey, J. C. (1997b). Use of NIC in practice including overview of a model and issues related to computerization and documentation(학술 세

미나 보고서). 간호중재분류체계 개발 및 활용, 27-40. 서울대학교 간호대학 부설 간호과학연구소.

McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. (1994). Standardizing the language for nursing treatments : An overview of the issues. Nurse Outlook, 42, 56-63.

Modly, D. (1996). 세계적 관점에서의 가정간호 방향 (합동학술대회자료집). 가정간호 정책과 사업개발, 35-40. 연세대학교 간호대학 가정간호연구소, Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University.

Moorhead, S. A., McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. (1993). Nursing interventions classification : A comparison with the Omaha systems & the Home health care classification. JONA, 23(10), 23-29.

Saba, V. K. (1992a). Diagonoses and interventions. Caring Magazine, March, 50-57.

Saba, V. K. (1992b). Home health care classification. Caring Magazine, May, 58-60.

Saba, V. K., & Zuckerman, A. E. (1992). A new home health classification method. Caring Magazine, October, 27-34.

-Abstract-

Key concept : Nursing diagnoses, Nusring intervention, Classification

A Study on Nursing Diagnoses and Nursing Intervenion Classification

-focused on Home Health Care Clients-

Kim, Cho Ja · Choi, Ae Kyu***

*Kim, Ki Ran*** · Song, Hee Young*****

The purpose of this study was to classify, from collected home health care records data, nursing diagnoses according to the NANDA system and nursing intervenions according to the NIC system, and to link nursing interventions to nursing diagnoses.

For this study, 101 home health care records of clients seen between September, 1994 and November, 1996 at Yonsei Medical Center, Seoul, were anylyzed.

The results of this study are summarized as follows :

1. The most frequent nursing diagnoses were 'Risk for infection' and 'Altered nutrition : Less than body requirements', then 'Impaired skin intergrity' and 'Ineffective airway clearance' in the Exchange pattern of NANDA nine human response patterns.
2. The most frequent nursing interventions were the interventions in the Physiological : Complex domain, there were 690(50.7%) interventions among a total 1347 interventions. This results corresponds to Yom, Young Hee(1995)'s research, both Korean and U.S. nurses used the interventions in the Physiological : Complex domain most often on a daily basis. And respiratory nursing interventions were most frequent because 32.7% of the subjects were respiratory patients.
3. The next step was to link the nursing interventions to nursing diagnoses. The most frequent nursing diagnosis was 'Risk for infection' and 19 interventions for 'Risk for infection' were used 267 times. Then 14 interventions for 'Impaired skin integrity' were used 258 times, 12 interventions for 'Ineffrective airway clearance' were used 193 times, 12 interventions for 'Altered nutrition : Less than body requirements' were used 122 times, 10 interventions for 'Activity intolerance' were used 75 times, and 11 interventions for 'Knowledge deficit' were used 52 times.
4. The use of standardized classification in the areas of nursing diagnoses and nursing interventions facilitates clinical decision making and prompt nursing activity, and so enhances the effectiveness of nursing care.

* Professor, College of Nursing, Yonsei University.
** Professor, Dept of Nursing, Pohang Sunlin College.
*** RN. MSN.
**** Time-lecturer. Dept of Nursing. Ulsan Junior College.