

주요용어 : 간호, 간호행위, 간호행위분류

한국 표준 간호행위 분류

박 정 호* · 성 영 희** · 송 미 숙*** · 조 정 숙**** · 심 원 희*****

I. 서 론

1. 연구의 필요성

간호사는 대상자의 건강문제를 해결하기 위해 다양한 형태로 간호행위를 하고 있으나 오래 전부터 그 구체성이 인정되지 못하여 환자에게 미치는 영향이 비가시적 형태인 경우가 많았다. 이에 간호의 실존적 의미인 간호사의 행위를 간호중재로 개념화하고 용어의 사용이나 그 구조를 표준화하려는 노력이 계속되어 왔다(Snyder, 1993). 그러나 아직도 간호중재는 간호활동, 간호적용, 간호처방 등으로 표현되고 있을 뿐만 아니라 그 정의도 다양하여 간호전문직 내에서는 물론 학제간의 의사소통에도 어려움이 많은 상태이며 이는 간호지식을 체계화하여 간호학문을 발전시키는데 저해 요소가 되고 있다.

이러한 문제점을 해결하기 위한 노력의 일환으로 구미에서는 그 동안 여러 형태의 간호중재 분류체계가 제시되고 있다. 즉, Iowa대학을 중심으로 McCloskey와 Bulechek(1996)이 간호중재의 개념을 명백히 정의하고 그 내용을 분류하여 간호중재 분류 체계(Nursing Intervention Classification : NIC)를 개발하였고

국제간호사협회(ICN)(1993)에서는 세계적으로 통용될 수 있는 간호중재용어를 총괄하기 위해 ICNP(International Classification of Nursing Practice)를 개발하고 이를 계속적으로 발전시키려는 연구를 하고 있다.

국내의 경우 간호중재 분류체계에 대한 연구가 미흡한 실정이라는 하나 한국의 간호사들이 자신이 수행하는 간호행위를 본질적으로 분석하고 무엇이 한국적 간호행위인가를 질적으로 탐색한 연구들(서문자 등, 1996; 지성애, 1994)이 있다. 한편 외국에서 이미 개발된 간호중재 분류 체계가 우리나라의 간호현상에 적용가능한가를 탐색하기 위한 노력으로 NIC분류 체계를 근간으로 한국적 간호중재를 분석한 엄영희(1995)는 미국간호사와 한국간호사의 간호중재 수행정도를 비교하였으나 이는 간호사들이 행하는 중재활동을 측정하는 것이기보다는 중재활동을 얼마나 하는가에 대한 의견조사라는데 연구의 한계성이 있다고 하였다. 한편 정연강(1996)은 보건간호인력 직무표준 설정을 통해 보건간호행위를 분류하려 하였고, 서문자 등(1996)은 대개의 간호중재들이 Synder(1992)가 제시한 독자적 간호중재 종류에 준하여 분류되고 있어 실제 간호사들이 임상에서 행하고 있

* 서울대학교 간호대학 교수

** 삼성의료원 간호지원팀장

*** 아주대학교 간호대학 교수

**** 서울대학교병원 간호부

***** 서울대학교병원 간호부

투고일 2000년 1월 12일 심사일 2000년 3월 15일 심사완료일 2000년 12월 4일

는 간호활동임에도 불구하고 분류체계에 포함되지 못하여 그 규명의 어려운 점을 지적하였다.

따라서, 본 연구는 그 동안 각 분야에서 시도된 간호 행위 규명작업을 검토하여 실제 임상에서 간호사들이 수행하고 있는 간호행위를 규명하고, 체계적인 분류의 틀을 개발함으로써 간호행위에 대한 표준화된 언어구축의 기틀을 마련하고, 간호행위의 전산화 및 정보화 그리고 간호비용 산출의 근거를 마련하여 간호의 전문성과 독자성을 증명하고자 한다.

2. 연구의 목적

이를 위해 본 연구의 구체적 목적은 다음과 같이 설정하였다.

첫째, 문헌고찰을 통해 간호와 간호행위를 정의하고 현재 개발되어 있는 국내·외 간호행위분류체계를 검토한다.

둘째, 이들 분류체계의 구조를 분석하여 한국적인 간호행위 분류 틀을 마련한다.

셋째, 간호행위 분류 틀에 따라 임상에서 실제 간호사들이 시간을 소요하여 행하고 있는 간호행위를 중심으로 한국표준 간호행위목록을 규명하여 분류한다.

II. 문헌 고찰 및 선행연구

1. 간호행위

간호행위란 간호대상자의 치유, 안녕에 도움을 주기 위하여 이들에게 제공하는 활동의 집합으로, 간호대상자인 환자와 그 가족의 요구를 충족시키기 위한 간호행위와 간호관리업무 및 전문가로서의 역할 수행에 필요한 간호행위 모두를 포함하는데, 간호행위는 일반적으로 요구중심의 간호행위와 역할중심의 간호행위로 대별되는가 하면(박정호 외, 1992), 간호인력 혹은 간호원가의 산정을 위하여 간호행위를 규명하고자 하는 연구에서는 직접간호와 간접간호 및 관리행위로 간호의 기본적인 영역을 구분하기도 한다(Burke, 1956; Wolf and Young, 1965).

(1) 요구중심의 간호행위

Nightingale(1910)은 간호란 '자연(nature)이 환자를 치유할 수 있도록 환자를 최적의 상태로 유지시키는 것' 이라고 하였다. 따라서, 간호의 주된 관심은 신

선한 공기, 온도, 냄새, 소음, 채광의 효과적인 조절에 있다고 하였다.

Henderson(1966)은 "신체적인 능력이나 정신적인 의지 또는 건강에 도달하는 지식이 결여된 상태에 있는 환자를 대신하여 도와주는 것"이 간호사의 고유기능으로, 간호의 기본적인 요소로는 정상적인 호흡, 적당한 식사와 음료, 체내의 노폐물 배설, 운동과 적당한 체위 유지, 수면과 휴식, 적절한 의복선택, 복장이나 환경조절을 통해 정상체온을 유지, 신체의 청결 및 피부보호, 환경내에서 위험을 피하고 타인에게 상해를 가하지 않음, 감정, 욕구, 두려움, 의견 등을 나타내고 타인과 의사교환을 함, 신앙, 성취감을 얻기 위한 활동, 오락에의 참여, 정상적인 발달과 학습 또는 호기심을 충족시키는 14개의 항목을 들고 있다.

이들이 정의한 간호행위는 간호의 초보적 단계로 아직 구체적인 행위들을 나열하지는 못하는 수준이었다.

(2) 역할중심의 간호행위

Abdellah(1973)에 의하면 '간호는 인간의 건강요구에 관련된 간호문제들을 해결하기 위한 접근을 시도하는 행위' 라 하였으며 환자의 건강요구로부터 간호사의 역할을 중심으로 21가지의 간호문제를 기본적인 간호행위로 도출하였다.

Roy(1982)는 간호를 실제에 근거를 둔 적응모형(Adaptation)으로 설명하여 간호를 건강과 질환의 연속선상에서 생기는 여러 가지 자극에 적응하도록 지지해 주고 증진시키며, 치유과정에 필요한 에너지를 보전시킴으로써 적응과정을 증진시키려는 건강요원의 활동이라고 기술하였다.

2. 간호행위의 분류

선행연구에 나타난 간호행위를 보면, 간호현장에서 간호행위를 확인하는 연구는 적정인력 산정, 환자분류, 간호수가 산정 등 다양한 목적 하에서 시도된 도구에서 그 예를 찾아볼 수 있는데, 실무에서 수행되는 간호행위는 대상자에게 직접 시행되는 직접간호와 이를 준비, 정리하기 위한 간접간호 및 관리행위가 포함되어 있는 것이 대부분이다.

Burke의(1956)는 간호행위를 환자중심으로 이루어지는 행위, 관리행위, 사무행위, 병동관리 행위, 전달행위, 연구에 관련된 행위, 개인적인 시간 및 대기시간의 8개 영역으로, 세목으로 27개 항목으로 조사하였다.

Wolf와 Young(1965)은 환자가 간호사에게 의존하고 있는 간호요구에 따라 간호활동 영역을 직접간호, 간접간호, 서류업무, 의사소통, 환자동반 및 심부름, 청소, 이동, 개인적인 시간의 8가지로 구분하였다.

Virginia and William(1980)의 환자간호요구와 간호인력의 기술수준을 파악하기 위한 환자 분류체계에서는 직접간호의 영역을 침상, 목욕·피부관리·운동, 영양, 음수량 측정·배설측정, 신경학적 증후, 이동, 투약(구강, 피하, 근육, 혈관), 처치, 교육, 심리사회의 영역으로 구분하였고 Peggy Leatt(1981)의 장기, 만성, 노인환자 증가에 따른 사회, 복지시설활용에 대한 사정도구를 고안하기 위한 연구에서는 인구학적 특성, 신체상태, 자기간호 정도에 따라 12개로 나눈 뒤 총 82개의 세목으로 구성하였다.

국내의 경우 송미숙(1993)은 간호 관련 인력별 직무 표준을 설정하는 연구에서 환자간호의 표준을 사정, 진단, 계획, 수행, 평가 항목별로 제시하였으며 간호관리의 표준을 8항목으로 제시하고 있다. 간호수가의 현실화를 목적으로 수행한 박정호 외(1992)의 연구에서는 일차적으로 호흡간호, 영양섭취와 관련된 간호, 배설과 관련된 간호, 운동 및 자세변경, 수면과 휴식, 침상정리 및 환의 교환, 체온유지, 개인위생, 안전간호, 의사소통 및 정서적 지지, 영적 간호, 상처감파 관련된 간호, 여가활동과 참여, 상담 및 교육, 투약, 측정 및 관찰의 16개 영역의 128개 간호행위를 확인하였다.

3. 국외 간호중재 분류체계 연구의 경향 및 중재분류체계의 특성

Mortensen(1996)에 의하면 분류란 '개념들의 체계' 또는 '속성 관계와 연관된 상호 관련된 용어의 집합'이며 개념들간에는 일련의 세부영역(subdivision)이 연결되어 있다. 분류가 용이하게 되려면 하나의 개념이 두 개 이상의 구획부분(compartments)으로 분지되고 명확하게 기술되어야 한다. 분류체계(classification)에는 단일의 통일된 기본 분류방향이 있어야 하는데 이는 분류체계에서 세부분류(division)는 명료하고 애매 모호하지 않아야 하며 분류대상을 총망라하면서도 상호 배타적이어야 하고 가능하면 각 분류요소는 추상성의 수준이나 위치에서 비교가 가능해야 한다.

이러한 분류체계의 원리에 따라 간호중재의 분류는 임상실무와 전문가의 의견 및 현존 교과서를 근간으로 간호사에 의해 행해지는 모든 활동을 정의하려는 노력의

결과로 나타나고 있다. McCloskey와 Bulechek(1996)은 간호행위와 관련된 용어의 표준화와 간호진단, 간호처치, 간호결과사이의 연결성에 대한 간호 지식체의 확대, 간호와 건강관리 정보체계의 개발, 간호학생들을 위한 의사결정과정지도, 간호와 건강관리 정보체계의 개발, 간호사에 의해 제공되는 서비스의 추가결정, 간호현장에서 요구되는 자원에 대한 기획, 간호의 독자적인 기능에 대한 의사소통수단 및 다른 건강관리 제공자의 분류체계와의 접목을 위해 간호중재분류가 필요하다고 말하고 있다.

나이팅게일 이래 간호중재는 간호라는 개념으로 여러 세기에 걸쳐 정의되어 왔으며 체계적인 간호중재분류가 개발되기 전에 이미 간호이론에 따라 간호중재 종류들이 제시되어왔다.

특히, NANDA(North America Nursing Diagnosis Association)에서 간호진단분류체계를 개발한 이래 최근에는 여러 가지의 간호중재 분류체계가 제시되고 있다. 이를 시대적으로 보면 1975년부터 1993년까지 지역사회중심의 OMAHA간호중재틀(Martin & Scheet, 1992)과 1987년부터 1996년까지 Iowa대학을 중심으로 McCloskey와 Bulechek(1992) 등이 간호중재 분류체계(NIC : Nursing Intervention Classification)를 개발하였고 1992년에는 가정간호사 중심의 간호중재 분류(Saba, 1991; 1992)가 개발되었다.

이 대표적인 3가지 간호중재분류의 특징을 간략히 살펴보고자 한다.

(1) NIC(Nursing Intervention Classification)

NIC는 간호진단을 내리기 위한 사정활동, 의학적 진단과정을 돕기 위한 정보수집 목적의 사정활동, 간호진단에 따른 간호사 중심의 처치, 의학적 진단에 따라 의사로부터 위임된 처치, 매일의 필수적인 기능적 활동들(예: 침상교환, 처치대 준비, 꽃에 물주기 등), 간호와 의학적 치료의 영향을 평가하는 활동들, 의료전달체계를 지지하기 위한 행정적, 간접적 간호활동으로 간호중재의 종류를 규명하였다. 이러한 간호중재들은 간호사가 간호대상자의 이익을 위해 수행하는 직접적인 간호(nurse-initiated)와, 의학적 치료와 관련된 간호(physician-initiated), 간호대상자의 일상적인 기능을 위한 필수적 간호(daily essential function)와 간접적 간호(행정적, 교육적 간호) 모두를 포함하고 있다(McCloskey & Bulechek, 1995).

NIC의 구성은 6가지 간호중재 영역과 각 간호중재 영역별로 27개의 간호중재군으로 나누었고, 총 433개

의 간호 중재명으로 세분화하였다. 6가지 간호중재 영역은 기본 생리적, 복합 생리적, 행위적, 안전, 가족, 건강관리의 6개 체제영역이며 그 세부내용을 433개 간호행위로 분류하였다(McCloskey & Bulechek, 1992).

NIC의 장점을 살펴보면, 간호중재영역별로 분류된 간호중재군은 환자에게 가장 적절한 중재를 선택하는데 도움이 되고 의료사회내에서 간호전문성을 표출할 수 있는 도구가 되며 또한 코드화되어 컴퓨터 활용과 자료수집이 용이하고 언제나 새로운 중재명을 첨가할 수 있는 구조를 가지고 있다(McCloskey & Bulechek, 1996). 이렇게 많은 장점을 가지고 있지만 아직까지 분류에 대한 유용성 검증이 과제이며 한국적 간호실무상황에 적용할 수 있는가에 대한 검토가 필요하다.

(2) Omaha Nursing Intervention Scheme

오마하 분류체계는 세 가지 임상적 요소인 문제규명(problem classification scheme), 중재들(intervention scheme), 환자의 결과(outcomes scheme)를 위한 문제등급 척도로 구성되어 있으며, 정보수집, 문제규명, 문제정도측정, 계획 및 중재, 중간단계의 문제측정, 결과평가의 요소를 제시하고 있다.

문제분류는 4개의 영역(환경, 심리사회, 생리, 보건관련 행위영역)으로 구성되어 각 영역별로 간호진단이 44개로 분류되어 있다.

간호중재는 계획다음에 수반되는 활동을 말하며 접근, 지시/처방, 간호/사업, 전략 및 치료활동으로 직접, 간접활동, 자율적 협동적 간호가 모두 포함한다.

지역사회 보건간호 중재목록은 3단계로 분류되어 1단계는 4가지 간호행위영역으로 ① 건강교육, 지도, 상담 : 정보제공, 문제예견, 자기간호능력과 대처능력 권장, 의사결정과정 돕기, 문제해결 과정돕기 ② 치료와 처치 : 기술적인 간호, 증상과 정후경감을 위한 간호 ③ 환자관리 : 치료조정, 옹호, 의뢰 ④ 감독 : 확인, 측정, 관찰 등이다. 2단계는 간호중재 영역별로 62개의 간호활동대상이 제시되었고, 3단계는 대상자에게 맞는 간호를 위한 개별화된 정보를 포함하고 있다(Martin & Scheet, 1992).

오마하 체계를 사용하는 많은 지역사회기관들은 데이터베이스를 전산화하였기 때문에 중재에 대한 정보를 검색하여 더 상세한 정의를 기술할 수 있고 환자관리를 종합적으로 할 수 있으며 문서작성에도 용이하다. 그러나 오마하 체계는 지역사회 간호사들이 직면하는 환자 문제규명에 있고 간호과정의 모든 단계를 통해 간호사를 보

조하도록 설계되었으나 3가지 구성요소 중에서 중재요소는 문제규명요소와는 다르게 구체화하지 못했다.

(3) Home Health Care Classification

간호진단과 간호중재분류를 위한 기초로서 20개의 가정간호요소(활동, 배변, 심장, 인지, 대처, 체액량, 건강행위, 약물, 대사성, 영양, 신체적 조절, 호흡기, 역할관련, 안전, 자기간호, 자기개념, 감각, 피부/조직통합성, 조직관류, 요배설)를 제시하고, 간호중재활동의 종류는 사정, 직접간호, 교육, 간호서비스내용으로 범주화하였으며 60개의 간호중재 대분류와 100개의 하위분류, 640개의 간호중재활동으로 분류하였다(Saba, 1992). 이러한 분류는 임상적 지식과 경험적 자료에 근거하여 가정간호를 측정하고 평가하는데 분석적인 모델을 제공하며 환자기록을 구조화하고, 간호과정을 문서화하였다.

이 분류는 간호에 근거를 둔 지식뿐만 아니라 가정간호산업을 위한 다른 연관된 서비스에도 기여할 수 있으나 Saba의 간호중재에 대한 정의는 정확하지 않고 간호중재를 구성하는 활동의 성격이 불분명하며, 사정 및 평가의 행위도 중재개념에 포함시켰다는 지적을 받고 있다(Snyder, Egan & Nojima, 1996).

가정간호분류체계는 가정과 지역사회 간호사에 의해 주로 보여지는 간호문제와 중재를 통해 간호지식체를 구축한다는 점이 도구가 갖고 있는 장점이나 임상에서 광범위하게 사용하는 데는 제한점이 있고 모든 환자를 위한 간호에는 포괄적이지 못한 점이 지적되고 있다.

4. 국내 간호중재분류체계 연구의 동향

구미에서의 활발하게 진행되고 있는 간호중재 분류에 대한 연구와 비교할 때 국내의 간호중재 분류체계에 대한 연구는 아직 상당히 미흡한 상태이다. 간호행위와 간호중재라는 용어 정의의 미묘한 차이가 있기는 하나 간호계의 흐름에 따라 이를 하나의 개념으로 묶어서 살펴보면 적지 않은 연구의 예를 찾아 볼 수 있다.

신경자 외(1973)의 병원간호업무에 관한 조사연구에서 신체적 간호업무, 정신사회적 간호업무, 진료보조 간호업무, 관리업무, 기타의 5개 영역에 총 22개 항목을 구분 조사하였으며, 홍경자 외(1986)의 “간호원의 직위 및 직급별 업무분석에 관한 연구”에서는 각 직위에 따른 간호업무 및 책임한계의 확립 및 통합을 위한 목적으로 간호부(과)장의 업무 20항목, 간호감독의 업무 24항목,

교육담당의 업무 17항목, 수간호원의 업무 20항목, 일반간호원의 업무 21항목으로 총 102항목을 조사하였다.

종합병원에 입원한 환자들에게 간호요원이 제공하는 간호행위에 소요된 간호원가를 한국형 진단명 기준환자군(K-DRG)에 의해 산정하고자 시도된 박정호(1988)의 연구에서는 간호사의 간호행위를 크게 직접간호, 간접간호, 개인활동으로 분류하고 그에 따른 간호행위 영역은 직접간호를 영양, 위생, 운동, 측정관찰, 의사소통, 투약, 처치, 배설세척, 흡인, 산소투여, 열요법의 11개 영역과 간접간호에서 기록, 확인, 물품관리, 의사소통, 교육, 배선, 의사지시 확인, 휴식 및 개인시간의 8개 영역으로 분류하여 총 75개 세항목으로 조사하였다.

박정호 외(1992)는 1988년 연구를 발전시켜서 Henderson의 14가지 간호영역을 선정하고 그 외에 투약, 측정 및 관찰, 간호관리의 3가지 영역을 추가하여 17개의 간호영역을 선정한 후, 현재 임상현장에서 수행되는 간호행위를 모두 취합하여 각 영역별로 분류하였으며 이 중 직접간호영역은 호흡간호, 영양섭취와 관련된 간호, 배설과 관련된 간호, 운동 및 자세변경, 수면과 휴식, 침상정리 및 환의교환, 체온유지, 개인위생, 안전간호, 의사소통 및 정서적 지지, 영적간호, 성취감과 관련된 간호, 여가활동 선정과 참여, 건강상담 및 교육, 투약, 측정 및 관찰의 16개 간호영역에 속하는 128개의 간호행위로 분류하였다. 최근까지도 간호관리부문의 많은 연구들이 이 도구를 이용하여 간호인력산정(임상간호사회, 1991)과 간호원가 및 수가산정(조소영, 박정호, 1992; 임상간호사회, 1994; 박정호 외, 1997; 조정숙, 1997)의 기초를 마련하기 위하여 반복적으로 활용되어 왔다.

근래에는 한국의 간호사들이 자신이 수행하는 간호행위를 본질적으로 분석하고 무엇이 한국적 간호행위인가를 질적으로 탐색하는 연구들(서문자 등, 1996; 지성애, 1994)이 이뤄졌으며 간호중재의 본격적인 개념정립과 분류체계를 위한 노력으로 염(1995)과 김(1997)서(1995) 손(1998)등은 NIC을 중심으로 한국 간호사들의 간호중재 사용빈도 조사를 위한 연구를 수행하였다.

시대적인 흐름으로 볼 때 1980년대에 국내 간호계에 주류를 이루었던 개념의 하나가 간호진단이라 한다면 1990년대에는 간호중재라 할 수 있다. 그렇다면 간호에 있어서의 시대적 주요 관점이 변화함에 따라 간호 및 간호행위의 정의 및 분류도 변화를 거듭하고 있음을 알 수 있다.

1973년 미국에서 간호진단의 개발과 검증을 위해 만

들어진 NANDA에 의하면 간호진단이란 실제 건강문제, 잠재적 건강문제 그리고 생활과정에 대한 개인, 가족, 지역사회 반응의 임상적으로 판단하는 것으로 정의하였고(NANDA, 1991), NANDA의 간호진단체계는 현재 어느 정도 추상적인가에 따라 가장 추상적인 제 1단계에서부터 가장 구체적인 제 5단계까지로 나뉘어져 있으며, 가장 추상적인 단계로 인간의 반응양상을 체계의 조직들로 제공하고 있다. 여기에는 선택, 의사소통, 교환, 감정, 지식, 기동, 인지, 관제, 가치의 9개 인간반응양상이 포함되어 있다. 제 2단계의 수준에는 35개의 범주가 있으며(NANDA, 1996), NANDA의 간호진단 분류체계는 현재 128개의 진단적 분류를 가지고 있다.

그러므로 간호진단 개발 및 적용을 위한 그 동안의 노력의 결과를 활용하여 간호진단과 간호중재 양자의 특성을 살리면서도 두 개의 개념이 연계된 간호중재의 개발이 필요함을 알 수 있다. 그러므로 간호중재는 그 자체로서의 분류도 중요하지만 간호현상에 대한 독특한 중간 단계의 이론적 근거하에 간호진단/간호문제분류와 연계성, 그리고 간호결과 등의 간호과정과의 연계성을 가진 분류체제로 발전되어야 한다. 의학의 경우 진단분류와 치료분류 등이 이미 18세기부터 개발되어 발전되고 있음에 비하여 간호학에서의 분류체계는 간호진단 분류로부터 본격화되었다고 볼 수 있다(서문자, 1998).

III. 연구 방법

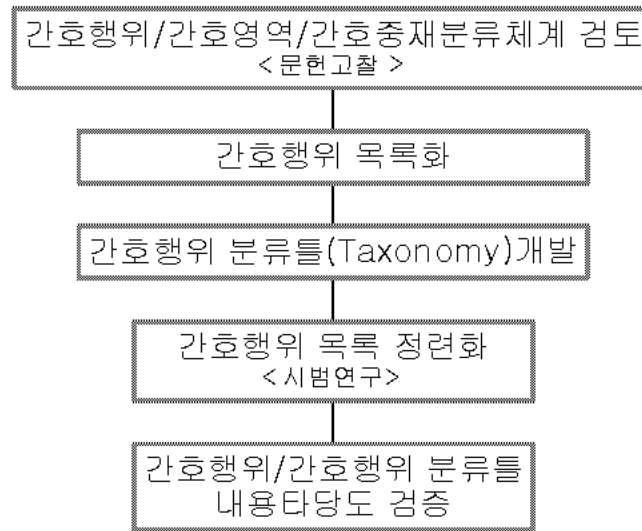
1. 연구절차 및 방법

1) 델파이 과정

델파이 과정을 진행하기 위해 2개의 전문가 팀을 구성하였는데, 한 팀은 간호대학 교수 2인과 임상전문가 3인으로 구성하여 간호행위를 규명하고 간호행위분류의 틀을 개발하는 델파이 과정을 진행하였고, 다른 한 팀은 9년 이상의 임상경력을 갖고 있는 임상실무 전문가들로 구성하여 개발된 간호행위 및 간호행위 분류 틀에 대한 타당성을 검증하는 델파이 과정을 담당하였다.

2) 시범연구

개발한 간호행위 분류도구를 이용하여 서울 및 부산 지역에 위치한 2개 종합병원의 각 병동을 대상으로 97년 9월 12일부터 1주일간 실제로 우리나라 간호현장에서 행해지는 간호행위를 확인하였다.



<그림 1> 연구절차

3) 간호행위 및 간호행위분류틀에 대한 타당도 검증
개발된 간호행위목록에 대해 임상실무 전문가들에게 설문지를 이용하여 간호행위의 중요도 및 간호행위분류틀에 대한 명확성, 동질성, 포괄성, 상호배타성에 대한 타당성을 검증하였다.

임상간호현장에서 제공되는 모든 간호행위는 「사정-진단-수행-평가」에 따라 간호과정으로 대분류될 수 있으며, 각 단계에서 이루어지는 세부적인 간호행위는 간호영역별로 중분류될 수 있다. 따라서 본 연구팀은 횡축으로 간호과정을 종축으로 간호영역을 설정하여 간호행위분류틀을 다음과 같이 개발하였다.

2. 자료분석방법

간호행위목록의 타당도는 명확성, 동질성, 포괄성, 상호배타성에 대한 내용타당도 지수를 구하여 검증하였다.

1) 대분류 설정: 간호과정(Process)

간호는 사정에서 시작하여 평가에 이르기까지 연속성을 갖고 대상자에게 제공되므로 '사정'의 단계를 간호과정 1, '진단'의 단계를 간호과정 2, '수행'의 단계를 간호과정 3, '평가'의 단계를 간호과정 4로 정의하는 대분류체계를 설정하였다.

IV. 연구 결과

1. 간호행위 목록화

간호수가를 산정하기 위해 우리나라 임상간호현장에서 이루어지고 있는 간호행위를 규명한 박정호(1992)의 128개 간호행위와 간호사의 직무표준을 설정하기 위해 간호행위를 규명한 송미숙(1995)의 86개 간호행위를 통합, 수정하여 총 172개의 간호행위를 목록화하였다. 이렇게 목록화한 172개의 간호행위는 간호과정의 흐름이 서로 상이하고 간호행위의 범위가 일정하지 않아 이를 분류하기 위한 분류의 틀을 다음과 같이 개발하였다.

2) 중분류 설정: 간호영역(Domain)

우리나라 임상간호현장에서 제공되고 있는 모든 간호행위를 총 망라하고 각각의 간호행위가 상호배타적이라도 구분하기 위해서 간호영역을 중분류로 설정하였다. 그런데 간호행위는 대상자의 요구에 따라 혹은 간호사의 역할에 따라 구분될 수 있으나 우리나라 임상간호현장에서 이루어지는 간호행위는 어느 한 기준으로만 구분되어 질 수 없기 때문에 본 연구팀은 Henderson의 인간요구별 간호행위와 우리나라 간호사의 역할별 간호행위를 통합하여 다음과 같이 간호영역을 조정하였다.

2. 간호행위 분류틀(Taxonomy) 개발

박정호의 16개 간호영역 분류시 기초가 되었던 Henderson의 인간요구별 14개 간호행위영역은 이미

여러 선행연구에서 자주 활용되어 왔던 도구임에도 불구하고 임상적용 시 어떤 영역은 광범위한 간호행위를 포함하는가 하면 어떤 간호영역은 협소한 범위의 간호행위만을 포함하므로 각 간호행위의 범위를 동등하게 하기 위하여 Henderson의 간호영역 중 정상적인 호흡은 호흡간호 영역으로, 적당한 식사와 음료는 영양간호영역으로, 체내의 노폐물 배설은 배설간호 영역으로, 운동과 적당한 체위유지는 운동 및 자세유지 영역으로, 수면과 휴식/복장이나 환경조절을 통한 정상체온을 유지함/성취감을 위한 활동과 오락에의 참여는 안위간호 영역으로, 신체의 청결 및 피부보호/적절한 의복선택은 위생간호 영역으로, 환경 내에서 위험을 피하고 타인에게 상해를 가하지 않음은 안전간호 영역으로, 감정, 욕구, 두려움, 의견 등을 나타내고 타인과 의사교환을 함은 의사소통 영역으로, 신앙활동은 영적 지지 영역으로 통합 및 재구분하였다. 그리고 Henderson은 분류하지 않았으나 우리나라 임상에서 간호사들이 많은 시간과 노력을 소요하는 투약 영역과 환자간호관리 및 정보관리 영역을 추가하여 12개의 간호영역으로 재편성하여 <표 1>의 간호행위분류틀을 개발하였다.

3. 간호행위분류: 간호과정에 따른 간호영역별

간호행위

목록화된 간호행위를 간호과정의 측면에서 보면 같은 범주의 간호행위라 할지라도 사정단계에서 이루어지는 간호행위가 있는가 하면, 진단, 수행 및 평가단계에서 이루어지는 간호행위가 있는 것으로 파악되었다. 그리고 한가지 간호행위로 간주되었던 것이 간호과정의 흐름에

따라 세분화될 수도 있기 때문에 모든 간호행위를 1차원적으로만 분류할 수 없음을 확인하게 되었다. 따라서 본 연구팀은 이를 간호과정에 따른 간호영역별 2차원적인 분류를 다음과 같이 시행하였다.

1) 간호과정 1(사정)의 간호영역별 간호행위분류

이미 여러 연구에서 규명된 간호행위는 간호과정 3단계인 수행과정의 간호행위로만 인식되었으나 각각의 간호행위 속성을 살펴보면 간호과정의 1단계인 사정단계에서 출발하여 진단단계, 수행단계, 평가단계로 연속성이 내재되어 있음을 알 수 있었다. 그러므로 목록화된 172개의 간호행위 가운데 사정단계에서 이루어지는 간호행위를 추출하여 간호영역별로 일차적인 분류를 실시하였다.

2) 간호과정 2(진단)의 간호영역별 간호행위분류

간호사정단계로 분류된 간호행위를 시작으로 간호계획을 세우기 위한 간호진단과정에서 행하여지는 간호행위를 2차적으로 분류하였다. 이 때 본 연구팀이 사용한 간호진단은 NANDA의 간호진단목록으로부터 추출하였다.

3) 간호과정 3(수행)의 간호영역별 간호행위분류

간호과정의 3단계인 '수행단계'에 있는 간호행위는 간호행위의 속성과 범위에 따라 세분화하였다. 각각의 간호행위의 수준에 대한 결정은 간호과정의 2번째 단계인 간호진단에 따른 건강문제를 해결하기 위해 수행되는 간호행위로 그 수준을 결정하였다. 예를 들어 혈액투석과 관련된 간호절차에서 Needling, Priming과 같은 간호

<표 1> 간호행위 분류틀

대분류:간호과정(Nursing Process)	간호과정1 (사정)	간호과정2 (진단)	간호과정3 (수행)	간호과정4 (평가)
중분류:간호영역(Nursing Domain)				
1. 호흡간호				
2. 영양간호				
3. 배설간호				
4. 운동 및 자세유지				
5. 안위간호				
6. 위생간호				
7. 안전간호				
8. 의사소통				
9. 영적간호				
10. 상담 및 교육				
11. 투약				
12. 환자간호관리 및 정보관리영역				

행위는 대사장애의 간호진단에 따른 건강문제를 해결하기 위한 「투석과 관련된 간호절차」 상에 이루어지는 세부적인 간호행위에 불과하므로 이를 독립된 간호행위로 정의하지 않았다.

4) 간호과정 4(평가)의 간호영역별 간호행위분류

간호과정에 따라 대상자에게 제공된 간호행위는 환자 상태의 변화, 환자와 그 가족의 만족도 평가 및 간호의 질 평가를 통해서 다시 첫 번째 단계인 사정단계로 회드백 될 것인가의 여부를 확인하여야 하므로 인간요구에 따른 간호행위가 아닌 간호사 역할에 따른 간호행위를 간호과정의 4단계인 평가의 간호행위로 분류하였다.

4. 간호행위 분류의 타당도 조사

간호과정에 따른 간호영역별 172개 간호행위에 대한 내용타당도를 조사한 결과 각 행위별 중요도는 내용타당도 지수가 .80 이하인 항목은 삭제하는 것을 원칙으로 하였으나 실제적으로 임상에서 빈번하게 수행되고 있는 간호행위 중 '타 의료전문직과의 조정 및 의뢰, 타 부서와의 조정 및 의뢰'는 일반간호사들의 업무라기 보다는 간호관리자들의 업무쪽에 가까우나 임상에서 많은 부분이 실제 이루어지고 있는 간호행위이고, '종교적지지, 성직자와의 면담의뢰' 또한 임종환자를 상대로 임상에서 이루어지고 있는 간호행위이므로 전문가팀의 재평가 과정을 거쳐 포함시켰다. 결과적으로 중요도가 점증된 136개의 간호행위를 채택하였으며 중요도에 대한 평균 내용타당도 지수는 .95로 비교적 높게 나타났다.

각 간호행위의 중요도에 대한 내용타당도를 평가한 다음에는 간호행위분류들의 타당성을 명확성, 동질성, 포괄성, 상호배타성의 4가지 기준(McCloskey, 1996)으로 간호업무영역과 간호행위간의 상호관련성에 대한 타당도를 평가하였다. 그 결과 명확성이 평균 4.94점, 동질성이 평균 4.86점, 포괄성이 평균 4.78점을 나타냈고, 상호배타성이 평균 4.60점을 나타냈다<표 2>.

최종적으로 12개 간호영역별 136개 간호행위를 한국 표준간호행위로 분류하였다<표 3>.

<표 2> 간호행위분류들의 평가기준별 내용타당도

평가기준	타당도	
	타당도	타당도 지수
명확성		494
동질성		486
포괄성		478
상호배타성		460

V. 는 의

1. 간호행위 분류체계

본 연구에서 규명된 136개 간호행위는 각각의 간호행위가 독립적인 간호행위이지만 그 자체로 종결되는 행위가 있는가 하면 다른 간호행위와 연속적으로 이루어지는 간호행위도 있다. 본 연구팀은 이와 같은 간호행위의 연속성과 유사성을 동시에 고려하여 간호행위를 분류하기 위한 방안으로 간호과정인 「사정-진단-수행-평가」의 4개 간호과정(Process)으로 구분하였고, 동시에 각각의 간호행위가 갖고 있는 속성을 표현하기 위한 방안으로 12개 간호영역(Domain)인 「호흡, 영양, 배설, 운동 및 자세유지, 안위간호, 위생, 안전, 의사소통, 영적간호, 상담 및 교육, 투약, 정보 및 운영관리」의 영역으로 구분하였으며 12개의 간호영역내에서의 간호활동을 세분화하여 136개 간호행위 분류체계를 완성하였다<표 3>. 본 연구팀이 개발한 간호행위 분류체계는 간호행위가 갖고 있는 연속성과 유사성을 동시에 만족하는 분류도구이며 이미 규명된 간호행위만을 분류하는 것이 아니라 앞으로 새롭게 개발되어야 할 어떠한 간호행위에 대한 분류도 가능하다.

2. 간호행위분류

박정호(1992)의 128개 간호행위와 송 미숙(1995)의 86개 간호행위 및 Henderson(1966)의 인간요구별 14개 간호영역을 총망라하여 전문가 팀이 3회에 걸친 델파이 과정을 통해서 검토한 결과, 표현이 모호하거나 불분명한 간호행위는 우리나라 임상간호 현장에 적합한 용어로 재정의하였고 복잡적으로 정의된 간호행위는 간호속성에 따라 분리하였다. 172개 간호행위 중 42개 간호행위는 삭제되고 6개 간호행위를 추가하여 최종적으로 12개 간호영역 136개 간호행위를 규명하였다.

본 연구에서 사용한 분류체계인 간호과정은 지지하는

<표 3> 한국 표준간호행위 분류

간호영역 (nursing domain)	간호과정 (nursing process)	간호과정1 사정	간호과정2 진단	간호과정3 수행	간호과정4 평가
1. 호흡간호		호흡관찰		호흡측정 1. 호흡수 측정 2. 호흡양상 관찰 3. 호흡음 청진	1. 환자 만족도 평가 2. 간호의 질 평가
		비효율적 기도청결 기도폐쇄 부분 전체	기도확보 1. 체위이용한거담(postural drainage) 2. 물리적 흉곽요법을 이용한 거담 (physiotherapy) 3. 비구강내흡입(nasooal suction) 4. 기관내 흡입(tracheal suction) 5. T Cannular교환과 관련된 간호절차 6. 기관내 삽관(intubation)과 관련된 간호절차		
		비효율적 호흡양상 호흡곤란, 빈호흡	산소공급 1. 비구강 튜브, 산소마스크 사용 2. 기습기 사용		
		가스교환장애 청색증	인공호흡 1. 구강대 구강 인공호흡(mouth to mouth) 2. 기구(ambu)를 사용한 인공호흡 3. 인공호흡기(respirator)사용에 따른 관찰 및 유지		
2. 영양간호		식이관찰	영양과다 잠재성 영양과다	영양상태 1. 체중측정 2. 신장측정 3. 복위 측정 4. 혈당측정 5. 섭취량 배설량 측정 6. 중심정맥압 측정	1. 환자 만족도 평가 2. 간호의 질 평가
		자가식사 능력 사정	영양결핍 연하장애, 흡수장애	경구영양 1. 전적인식사보조 2. 부분적인 식사보조 3. 위장관 삽입 및 유지와 관련된 간 호절차 4. 위장관 통한 음식주입	
		연하능력 사정 장음 청진	잠재성체액부족 체액부족	비경구 영양 1. 위루(gastrostomy)를 통한 음식주입 및 관찰 2. 완전영양주사(T.P.N)와 관련된 간호절차 3. IVH투여시 간호	
		부종 및 탈수여부 사정	탈수 체액과량 대사장애	수분 및 전해질 균형 1. 체혈 2. 혈액투석(hemodialysis) 준비, 시작, 끝내기과 관련된 간호절차 3. 복막투석(peritoneal dialysis) 준비, 시작, 끝내기과 관련된 간호절차 4. 혈액여과(hemofiltration) 준비, 시작, 끝내기과 관련된 간호절차	
		혈중 전해질 사정	소아영양 1. 소아의 젖병수유(bottle feeding)		

<표 3> 한국 표준간호행위 분류(계속)

간호영역 (nursing domain)	간호과정 (nursing process)	간호과정1 사정	간호과정2 진단	간호과정3 수행	간호과정4 평가
3. 배설간호	배변양상 관찰	배변장애 변비 변실금 설사	배변 및 배뇨 1. 청정관장(cleansing enema) 2. 윤활관장(glycerine enema) 3. 정체관장(retention enema) 4. 구공관장(gas enema) 5. 장루(Ostomy)를 통한 배변돕기 6. 장루주위 피부간호 7. 채변 8. 단순도뇨		1. 환자 만족도 평가 2. 간호의 질 평가
	배설물 관찰	배뇨장애	기능적 요실금 반사적 요실금 스트레스성 요실금 중추성 요실금 긴박성 요실금 요정체	9. 유치도뇨와 유지에 따른 간호절차 10. 방광훈련 11. 방광세척 12. 변기사용 보조 13. 기저귀 교환 및 피부간호 14. 채뇨 15. 노단백, 노비중 측정	
4. 운동 및 자세유지	피부상태 관찰		각종 배액 1. 흉곽내 배액관 유지 2. 뇌실내 배액관 유지 3. 담도내 배액관 유지 4. 체내 배액관(hemo vac 및 sump tube)유지 5. 위관 배액관(S, B, M, A tube) 유지 6. 배액 채취 7. 객담 채취 8. 24시간 소변채취		
		ADL 및 ROM측정 근력측정	활동장애 활동내구성 장애 기동성장애 부동상태 이동력(transfer)장애 기동력(mobility)장애	체위 및 자세변경 1. 단순체위 변경 2. Stryker이용한 체위변경 3. circle bed 이용한 체위변경 4. 보조기(prothesis)착용 환자 운동 및 체위 변경 5. 구축(contracture)예방을 위한 간호절차 7. 피부견인(skin traction)과 관련된 간호절차 8. 골 견인(skeletal traction)과 관련된 간호절차 운동 1. 운동(exercise)시 단순보조 2. 보행기 사용시 보조 3. 목발 사용시 보조 4. 수동적 관절운동(passive ROM exercise) 5. 환자이동(mobility장애 환자)시 부축 6. 휠체어 이용한 환자이동 7. 눕는 차(stretcher)이용한 환자이동	1. 환자 만족도 평가 2. 간호의 질 평가
		자가간호결핍	건강유지장애(운동력 결핍으로 인한) 피부통합성장애 조직통합성장애		

<표 3> 한국 표준간호행위 분류(계속)

간호영역 (nursing domain)	간호과정 (nursing process)	간호과정1 사정	간호과정2 진단	간호과정3 수행	간호과정4 평가
5. 안위간호		수면형태 관찰 간호순회 통한 환자관찰	수면장애 비효율적 체온조절 고체온증 저체온증	신체적 안위 1. 수면돕기 2. 휴식돕기 3. 체온측정 4. 온, 냉찜질 5. 온, 냉 조절기구 적용 6. 온습도 조절 7. cradle 적용 8. 보육기(incubator) 사용에 따른 간호절차 9. 전환 및 이완(음악, 근육이완, 회상)을 위한 간호절차	1. 환자 만족도 평가 2. 간호의 질 평가
		불안정도 사정 스트레스원 확인	불안 안위장애 공포 (지각양상) 의미장애 절망감 무력감 자아개념장애 신체상장애 개인 정체감 혼돈 자존감장애 감각지각장애 판측성 무관심 (감정양상) 비통감 여가활동결여	정서적 안위 1. 성취감을 위한 격려 2. 오락지도 3. 산책동반	
6. 위생		간호순회 통한 환자관찰	자가간호결핍 (식사, 목욕, 위생, 의복착용, 몸치장, 용변보기)	개인위생 1. 침상목욕 2. 통목욕 3. 세발 4. 삭모 5. 손발톱깎기 6. 구강청결 7. 회음부 간호 8. 좌욕	1. 환자 만족도 평가 2. 간호의 질 평가
			구강점막 손상 피부손상	피부 1. 침상 홑이불 완전교환 2. 침상 홑이불 부분교환 3. 환의교환	
7. 안전		간호순회 통한 환자관찰	(감각지각장애) 감각파임 감각일탈 시각장애 청각장애 (잠재성손상) 잠재성손상 잠재성의상 잠재성중독 (마약, 독극물)	감염 예방 1. 감염방지를 위한 완전 격리 2. 감염방지를 위한 부분 격리 3. 욕창 방지를 위한 피부맞사지 4. 단순 dressing 5. 복잡 dressing	1. 환자 만족도 평가 2. 간호의 질 평가
		신체관찰 (상처포함) 환경 사정	잠재성 질식 잠재성 기도흡인 잠재성 불응증후군 (번사장애)	사고예방 1. 마약 및 독극물 구분 점검 2. 자살예방을 위한 면밀 관찰 3. 낙상예방을 위한 간호절차 4. 분리 입실 및 면밀 관찰 5. 화재예방을 위한 관찰 및 점검 6. 부분억제 통한 활동제한과 관련된 간호절차 7. 전신억제 통한 활동제한과 관련된 간호절차	
		잠재성 감염 피부손상, 욕창 전신부종 특행잠재성(자살기도)	위기관리(crisis management) 1. 의식상태 관찰 2. 중심정맥압 측정 3. 뇌실압 측정 4. 혈압 측정 5. 맥박측정 6. 각종감시기를 통한 관찰(심전도, 혈압, pace maker 등)		

<표 3> 한국 표준간호행위 분류(계속)

간호영역 (nursing domain)	간호과정 (nursing process)	간호과정1 사정	간호과정2 진단	간호과정3 수행	간호과정4 평가
8. 영적 지지	환자의 예후판단 면담		비통감 질망감 사회적 고립감 영적갈등(장애)	1. 성직자와의 면담의뢰 2. 종교적 지지 3. 입종환자 가족지지 4. 입종시 간호절차	1. 환자 만족도 평가 2. 간호의 질 평가
9. 상담 및 교육	환자와 가족의 지식 정도, 대처기전, 건강 행태 파악		불이행 지식부족 적응장애 가족기능의 비효율성	1. 입원시 면담(interview) 2. 상담 (counseling) 3. 개인교육(education) 4. 집단교육	1. 환자 만족도 평가 2. 간호의 질 평가
10. 투약	1. 간호순회 통한 환자관찰 2. 신체관찰 3. 각종 감시기를 통한 관찰 4. 환자호소 청취		불이행 약물에 대한 과민 투약의 비안전성	1. 경구투약 2. 일반적인 정맥주사 3. 속도조절 정맥주사 4. Heparine Lock을 통한 정맥주사 5. 중심정맥관(central line)을 통한 정맥주사 6. 근육주사 7. 피하, 피내주사 8. 외용약 도포 9. 점적 투여(눈, 귀) 10. 좌약 투여 11. 수혈	1. 환자 만족도 평가 2. 간호의 질 평가
11. 의사소통	환자상태 판단 진료흐름 파악		의사소통장애 갈등(의료진간)	1. 타의료전문직과의 조정및 의뢰 2. 타 부서와의 조정및 의뢰	1. 환자 만족도 평가 2. 간호의 질 평가
12. 환자간호 관리 및 정보관리	환자진료흐름 판단 간호현장 순회		환자관리의 비효율성	1. 간호기록과 입력 및 출력 2. 의사처치 확인 및 검색 3. 인수인계 4. 의료물품 점검 및 관리 5. 환자약품 점검 및 관리	1. 환자 만족도 평가 2. 간호의 질 평가

바와 같이 환자간호를 수행하는데 필요한 구성요소로서 간호행위의 흐름을 가장 과학적이고도 분명히 파악, 시행할 수 있도록 고안되어진 틀이라 여겨진다.

또 다른 특징으로는 본 연구의 간호행위분류는 1980대, 90년대 초까지 간호계의 주류를 이루었던 간호진단과 접목시킬 수 있었다는 점이다. 간호진단 개발 및 적용을 위한 그 동안의 노력의 결과를 활용하여 간호진단과 현재 관심이 모아지고 있는 간호중재 양자의 특성을 살리면서도 두 개의 개념이 연계된 간호행위분류 즉, 간호진단과 간호중재의 연계성을 확립하고 간호진단의 연속선상에 있는 간호중재 또는 간호행위분류의 필요성에 따라 개발되었다고 할 수 있다.

VI. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구의 결과는 다음과 같이 요약할 수 있다.

1. 간호행위를 분류하는 틀에서 대분류로는 간호과정의 4단계 - 사정, 진단, 수행, 평가로 하였다. 사정의 단계를 '간호과정 1', 진단의 단계를 '간호과정 2', 수행의 단계를 '간호과정 3', 평가의 단계를 '간호과정 4' 로 정의하였다.
2. 중분류는 간호과정에서 행하는 간호행위를 범주화시켰다. 중분류로는 간호과정에서의 간호활동을 12개의 간호영역으로 분류, 정의하였다. 이는 수행을 위한 간호활동으로서 직접 대상자에게 시행하는 간호

행위로서 12개의 간호영역인 1. 호흡간호, 2. 영양간호, 3. 배설간호, 4. 운동 및 자세유지, 5. 안위간호, 6. 위생간호, 7. 안전간호, 8. 영적지지, 9. 상담 및 교육, 10. 투약, 11. 의사소통, 12. 환자간호관리 및 정보관리로 분류하여 이를 간호영역으로 정의하였다.

3. 다음으로 12개의 간호영역안에 포함되는 각각의 세부 간호행위를 수행하기 위한 4단계 간호과정을 그대로 나열하여 하나하나의 간호행위로 독립시켜 규명하였다.
4. 수행을 위한 간호행위로 12개의 간호영역별 136개의 간호행위를 목록화하여 한국 표준 간호행위 목록으로 규명하였다.

2. 제 언

본 연구는 한국 표준 간호행위의 분류틀을 제시하고, 우리나라 간호임상에서 수행되고 있는 간호행위를 규명하고자 수행되었다. 본 연구팀이 개발한 간호행위분류는 간호가 수행되는 간호과정과 간호영역을 분류의 틀로 삼았기 때문에 간호수행의 역동성을 그대로 표현하고 있는 장점이 있는 반면 규명한 간호행위들도 부분적으로는 행위의 범위가 일정하지 않고 간호행위 분류체계에 있어서 간호과정인 「사정-진단-수행-평가」 별로 행위의 연속성을 유지하는데도 어느 정도 한계점을 나타내고 있어 향후 이에 대한 정련화 작업이 필요하다. 아울러 각 간호행위의 업무표준을 정의하지 않았기 때문에 간호업무의 범위나 방법에 있어서 서로 다른 이해를 가져올 소지가 있다. 따라서 각 간호행위에 대한 업무표준을 설정하는 작업도 병행되어야 한다. 이외에도 간호평가에 있어 만족도나 간호의 질에 대한 평가에 대한 세부적인 간호행위에 대한 규명은 구체화할 수 없었다. 이번 연구에서 규명된 간호행위에 대한 합의가 이루어진 다음 추후연구에서 진행할 예정이다.

또한 본 연구팀이 개발한 간호행위 분류는 병동을 중심으로 한 임상간호 행위만을 규명하여 분류하였기 때문에 외래 및 가정간호 혹은 특수 간호현장에까지 일반화하기 어려운 문제점을 내포하고 있다. 따라서 향후 이에 대해서도 추후 연구가 수행되어야 할 것으로 본다. 앞으로의 연구방향을 다음과 같이 제시하고자 한다.

1. 향후 지역사회간호 중심의 간호행위분류, 가정간호사 중심의 간호행위분류를 위한 연구가 필요하다.
2. 본 연구에서 제시한 간호행위분류외에도 간호교육,

노인간호, 수술실 간호, 분만장내에서의 간호, 신생아 간호, 신경정신질환자 간호 등 특수분야에서의 간호중재목록의 제시 및 타당성 검증이 있어야겠다.

3. 본 연구에서 제시한 간호행위분류가 간호행위의 전산화 및 정보화, 그리고 간호비용 산출에 효율적인 적용이 가능한 지에 대한 추후 연구가 필요하다.

마지막으로 간호행위에 대한 규명은 간호의 발전에 따라 지속적인 수정, 보완작업이 이루어져야 하며 이러한 작업이 제대로 이루어지기 위해서는 실제 환자를 간호하는 임상간호사, 간호협회 및 관련 기관의 열의있고 시의 적절한 제안이 필수적이라 하겠다.

참 고 문 헌

김문숙 (1997). 심혈관계 중환자실에서 간호중재빈도에 대한 조사. 석사학위논문, 서울대학교 대학원.

박윤옥 (1985). 한국의 의료보험수가에서 간호수가추정에 관한 연구. 석사학위논문. 연세대학교 교육대학원, 57.

박정호 (1988). 한국형 진단명 기준 환자군 (K-DRG) 분류를 이용한 입원환자의 간호원가 산정에 관한 연구. 박사학위논문, 이화여자대학교.

박정호 황보수자, 이은숙 (1992). 간호수가 산정을 위한 간호행위의 규명연구. 대한간호학회지, 22(2), 185-206.

박정호, 송미숙 (1990). 종합병원에 입원한 환자의 간호원가 산정에 관한 연구. 대한간호학회지, 20(1), 16-37.

박정호, 조소영 (1993). 적정 간호수가 산정모형 개발을 위한 연구. 대한간호학회지, 23(1).

서문자 (1998). 간호중재분류체계에 대한 최신경향. 간호학 논문집, 12(1).

서문자, 김금순, 김인자, 손행미, 이은남, 김희진, 김문숙 (1996). 국내 성인간호 중재 연구 현황과 내용 분석. 간호학 논문집, 10(2), 123-147.

서울보건연구회 (1981). 보건백서.

송미숙 (1995). 간호 관련 인력별 직무표준 설정에 관한 연구. 간호행정학회지, 1(2).

신경자, 박정호, 이영자 (1981). 병원간호업무에 관한 조사연구. 최신의학, 16(6).

오효숙 (1988). 종합병원의 간호행위 양상에 따른 간호원가 산정에 관한 연구. 석사학위논문, 서울대학교

- 보건대학원.
 이소우 외 4인 (1997). 간호이론의 이해. 수문사, 141-143.
- 일본 후생성 보험국 의료과 (1984). 기준간호, 기준급식, 기준침구 설비의 실제. 동경: 일본 사회보험연구소.
- 임상 간호사회 특별위원회 (1992). 현 의료보험 수가상 반영되지 않은 간호행위를 중심으로 간호원가 산정에 관한 조사연구. 임상간호 연구 보고집.
- 임상 간호사회 특별위원회 (1993). 현 의료보험 수가상 간호관리료에 포함되는 간호행위를 중심으로 한 간호원가 산정에 관한 조사연구. 임상간호 연구 보고집.
- 정연강 (1996). 보건의료업무 분류. 간호행정학회지, 15(3).
- 조정숙 (1997). 중환자실에서의 K-DRG 분류와 개두술 환자군의 간호시간과 간호원가 연구. 석사학위논문, 서울대학교 대학원.
- 지성애 (1994). 간호중재분류 빈도 분석. 대한 간호학회지, 24(2).
- Beker, E., Dunn, D., & Hsiao, W. (1990). Refinement and expansion of the Havard resource based relative value scale ; The second phase. American Journal of Public Health, 80, 799-803.
- Bulechek, G.M., & McCloskey, J.C. (1992). Nursing Diagnosis, intervention and outcomes. In Bulechek, G.M, McCloskey, J. C(eds). Nursing Intervention :essential nursing treatments(2nd ed), Philadelphia: W. B. Sanders.
- Burke, C., Chall, C.L, & Abdellah, F.G. (1956). A Time Study of Nursing Activities in a psychiatric Hospital, A First Step in Improving Patient Care. Nursing Research, 5(1).
- Curtin, L. (1983). Determining Cost of Nursing Services per DRGs, The Journal of Nursing Management, 14(4): 16-20.
- Daniel, L.D.& Edmund, R.B.(1995). Validating the Resource-Based Relative Value Scale Cross Specialty Alignment. Medical Care, 33(10), 975-987.
- Dejeseph, J.F. etc. (1984). Costing and charging : Pricing Care in OB. The Journal of nursing management, 15(12) : 36-37.
- Duane, D.W. (1983). The Cost of Nursing Care in Hospitals, JONA, 13-18.
- Durvin, R.L., et al. (1974). Organization and Administration of health care. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Fetter, R.B., et al. (1974). A System for Cost Control and Reimbursement Control in Hospitals. The Yale Journal of Biology and Medicine.
- Higgerson, Von Slyck, A. (1982). Variable Billing for Nursing Service ; New Fiscal Direction for Nursing. Journal of Nursing Administration, 6, 20-27.
- Holtbrook, F.K. (1972). Charging by Level of Nursing Care. Hospitals, 8, 80-87.
- Horngren, C.T. (1982). Cost Accounting-A Managerial Emphasis(5th ed), Prince-Hall.
- Johnson, J. (1972). Econometric Method(2 ed). New York, MacGraw-Hill Book CO.
- Mark, S.L., Stephen, J.S & Wendy, S.C. (1993). Special communication. The Journal of Urology, 150, 981-987.
- Martin, W.T., Berry, L., Gilski, D., Kallenbach, A., Link, D., & Scharer, K. (1996). Patient outcome ; the link between nursing diagnosis and intervention. Journal of Nursing Administration, 26(11), 29-35.
- Meleis, A.I. (1985). Theoretical nursing : Development and progress. Philadelphia: Lippincott.
- Michael, L.B. (1994). Changes in Medicare Reimbursement and Managed Care : A Window to Health Care Reform. Gynecologic Oncology, 53, 141-145.
- Mowry, M.M & Korpman, R.A. (1985). Do DRG Reimbursement Rate Reflect Nursing Cost?. JONA, 15(7), 29-35.
- Nightingale, F. (1969). Notes on Nursing. Dover publication.
- Pettengill, J. & Vertrees, J. (1982). Reliability and Validity in Hospital case-Mix Measurement.

Health Care Financing Review, 4(2), 101-128.

Rieder, K.A., & Lensing, S.B. (1987). Nursing Productivity: Evolution of a Systems Model. The Journal of Nursing Management, 8, 33-41.

Saba, V.K. (1992). The Classification of home health care nursing ; diagnosis and interventions. Caring Magazine, 11(3), 50-57.

Snyder, M., Egan, E.C., & Nojima, Y. (1996). Defining nursing intervention. Image : Journal of Nursing Scholarship, 28(2), 137-141.

Sovie, M.D. & Smith, T.C. (1986). Pricing the Nursing Product Charging for Nursing Care. Nursing Economics, 4(5), 216-226.

The Nursing Theories Conference Group (1980). Nursing Theories. Prentice-Hall, Inc, Englewood Cliffs, NJ.

Thompson, J.D., & Diera, D. (1984). DRG and Nursing Intensity. Nursing and Health Care, 10, 435-439.

Walker, D.D. (1983). The Cost of Nursing Care in Hospitals. The Journal of Nursing Management, 8, 13-18.

Wolfe, H., & Young, J.P. (1965). Staffing the Nursing Units. Nursing Research, 14(3).

Yom, Y.H. (1995). Identification of nursing intervention in Korea. Doctor of philosophy. The University of Iowa.

- Abstract -

The Classification of Standard Nursing Activities in Korea

Park, Jung Ho · Sung, Young Hee**
Song, Mi Sook*** · Cho, Jung Sook****
Sim, Won Hee******

A nursing activity classification for hospitalized patients was performed based on an article review regarding nursing definition and nursing activity classification system. The study was conducted as follows:

- 1) Taxonomy was developed by the research team through the Delphi process and review article. The taxonomy consists of four nursing processes, (assessment, diagnosis, intervention and evaluation) and twelve nursing activity domains space (respiration, nutrition, elimination, exercise/alignment maintenance, comfort, hygiene, safety, spiritual support, counseling/ education, medication, communication, patient and information management).
- 2) First, nursing activities of the intervention process were listed and then classified by the nursing process of assessment, diagnosis, intervention and evaluation. The list consists of twelve nursing activity domains and 136 nursing activities.
- 3) A pilot study was conducted in two hospitals to verify validity and appropriateness of nursing activities.
- 4) The content validity index, which was

* Professor of Seoul National University, PhD.
** Professor of Ajou University, PhD.
*** Vice chief of Nursing Department, Samsung Medical Center, MSN
**** Head Nurse of Nursing education department, SNUH, MSN.
***** Seoul National University Hospital RN, MSN.

2000년 12월호

calculated by 6 clinical practice experts, was 0.95.

Also, a nursing activity classification system should also be developed in the department of community nursing and home health care nursing.

Key words : Nursing Process, Nursing Domain Taxonomy, Nursing Activity Classification System