

병원중심 가정간호중재 분석: NIC 체계 적용

용진선*·유인자**·유지연***

I. 서론

1. 연구의 필요성과 목적

오늘날 의과학의 발달과 함께 우리 나라에서는 노인인구의 증가와 더불어 만성퇴행성 질환이 증가하여 장기요양 시설이 부족하고, 보건의료 지출비의 급증과 환자권리 의식이 증대하고 있으며 DRG 제도도입과 관련된 조기퇴원 등 보건의료계에 다양한 변화가 진행되고 있다(황나미, 1997; 홍여신, 1998). 이같은 보건의료계의 변화 뿐 아니라 가족구조의 변화, 사회경제적 변화는 건강관련 각 분야에 새로운 제도적 변화를 요구하게 되었고 국민의료비 절감, 의료자원의 효율적 이용, 그리고 환자의 의료이용 편의에 대한 요구와 함께 가정간호의 필요성이 증가하게 되었다.

가정간호는 대상자의 접근이 용이하고 입원진료 보다 비용이 저렴하면서 질 높은 간호를 제공할 수 있는 방안으로 제시되었으며, 1990년 의료법 시행령 규칙 제 54조에서 가정간호사를 분야별 전문간호사로 인정함으로써 법적인 보장도 받게 되었다(박정호, 김매자, 홍경자, 한경자, 박성애 등, 1997). 정부에서 추진 중인 병원중심 가정간호 시범사업은 제1차 시범사업(1994. 9 - 1996. 6)에 이어 제2차 시범사업(1997. 5-1999. 12)이 36개

병원을 중심으로 시행되었고, 그 외에도 대한간호협회 지부의 가정간호 시범사업과 대학연구사업의 일환으로 지역사회 중심의 가정간호 시범사업이 시행되었다(윤순녕, 박정호, 김매자, 홍경자, 한경자 등, 1999).

가정간호는 환자에 대한 바람직한 치료와 삶의 질을 향상 또는 유지시키기 위하여 환자의 가정에서 치료서비스, 가사지원, 소모품과 의료장비 및 부수적인 서비스를 제공하는 것으로 예방적인 간호에서부터 급성적인 일차적 간호, 재활간호 및 장기적인 간호를 포함하는 포괄적인 사업으로 새로운 건강관리 체제로서 도입되어 성장하고 있다(김조자, 최애규, 김기란, 송희영, 1999). 우리나라의 병원중심 가정간호사업은 종합병원에 입원한 환자의 조기퇴원이나 재원기간의 단축으로 인한 입원대체서비스의 효과와 진료비의 감소, 병상회전을 제고와 재가 환자의 편의제공을 목적으로 실시하고 있다(양봉민, 1996; 황나미, 1996).

가정간호 사업운영 및 효과에 관한 연구가 진행되고 있으나 아직은 초기단계로 질적 통제나 업무의 표준화, 가정간호체계의 확립 및 정보체계 개발 등이 앞으로의 과제라고 본다(박정호 등, 1997). 최근 들어 간호의 영역을 정의하고 간호사가 독자적으로 중재할 수 있는 간호방법의 개발과 적용에 대한 관심이 증가되어 가정간호 연구에도 적용하고 있으나 아직까지 대부분의 간호중재

* 가톨릭대학교 간호대학 조교수

** 가톨릭대학교 강남성모병원 가정간호과장

*** 가톨릭대학교 강남성모병원 간호사

들은 체계적으로 정립되거나 분류되지 않은 실정이다(서문자, 1998).

가정간호사는 대상자의 문제해결을 위해 정확하고 효율적인 간호수행을 해야하고 그 활동내용을 일관성 있게 기록해야 하는데, 같은 내용의 간호중재를 방문 때마다 반복해서 기록해야함으로 기록에 많은 시간을 소요하고 있다. 또한 서비스내용에 대한 지침이 없어 항상 제한된 중재만을 하거나 수행을 하고도 중재내용을 기록하지 않아 미비한 기록으로 남을 수 있다. 따라서 간호중재의 표준화된 언어와 이의 체계적인 분류가 절실히 요구된다.

가정간호 중재활동의 표준화된 분류는 실제적인 활동에 기준을 제공하고 가정간호 상황에 적합한 전산화 개발에 활용될 수 있다. 또한 중재활동의 내용이 잘 분류되어 기록될 수 있다면 가정간호사의 업무의 범위와 수행의 지침이 되므로 가정간호사 업무의 질적관리와 간호수가 개발에 기여할 것이다. 따라서 가정간호사가 실무에서 수행한 중재활동을 표준화하기 위하여 이를 분류할 수 있는 체계가 시급히 요구된다(서미혜, 허혜경, 1998). 우리 나라에서는 임상에서 간호활동을 아직 서술형태로 기록하고 있을 뿐 간호중재로 정리하여 활용하지 못하고 있으며, 단지 NIC(Nursing Intervention Classification)(McCloskey & Bulechek, 1992)의 적용가능성에 대한 소수의 연구가 있을 뿐이다(김문숙, 1998; 김조자 등, 1999; 류은정, 1998; 서미혜와 허혜경, 1998; 손행미, 1998).

특별히 가정간호중재와 관련된 연구는 극소수이기 때문에 본 연구는 일 병원 가정간호에 등록된 환자의 현황을 파악하고, 진료기록부에 기록된 가정간호중재활동을 NIC 분류를 사용하여 분석하고 그 적용가능성을 살펴보고자 한다. 분석의 틀로는 간호중재의 표준화된 분류체계 중 Saba(1992)가 제시한 가정간호 활동분류(Home Health Care Classification: HHCC) 내에 간호중재의 목록이 있으나 20개의 간호중재로 압축하여 목록화하였기 때문에 너무 단순화되었다고 생각되어 사용하지 않았다. 한편, 독립적이고 합동적인 중재와 기본적으로 복합적인 중재를 모두 포괄하여 간호중재를 486개로 상세하게 분류한 NIC 체계를 분석의 틀로 사용하여 3차 병원에 소속된 복합적인 문제를 지닌 대상자에게 제공된 가정간호의 중재활동을 분석하였다. 본 연구는 가정간호 중재 분석의 초기단계로서 가정간호사들이 실제로 어떤 종류의 중재를 얼마나 사용하는지를 구체적으로 파악하여 이를 우리나라 가정간호중재 표준화를 위한 기초자료

로 활용하고자 한다.

따라서 본 연구의 목적은 제2차 가정간호 시범사업인 병원중심가정간호 활동내용을 체계적으로 분석하여 시범사업에 대한 평가자료와, 간호기록지의 간호중재 기록방식과 내용을 평가하여 기록지 개발에 필요한 기초자료를 마련하는데 있다. 더불어, 본 연구의 결과는 간호중재의 표준화된 분류체계개발과 전산화, 가정간호의 질관리와 수가정립을 위한 기초자료로 활용될 수 있으리라고 사료된다.

2. 연구 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 병원중심 가정간호에 등록된 환자 현황을 파악한다.
- 2) 가정간호 대상자에게 수행된 간호중재활동을 NIC 체계에 의해 분석한다.
- 3) 2)의 분석을 바탕으로 가정간호 기록지를 수정보완하여 개발한다.

II. 문헌 고찰

간호사는 간호대상자의 이익을 위한 전문직 활동을 한다는 관점에서 간호중재는 간호사의 행위를 근간으로 발전되어 왔다. 즉 간호중재는 간호과정의 틀 속에서 환자의 안위를 위해 간호사가 간호진단에 따라 행하는 모든 활동이라 보고 있다. 간호중재에 대한 정의는 이론적 배경에 따라 조금씩 차이가 있다. 미국 간호사 협회의 헌장(1980)에서 간호중재란 실제적, 잠재적 건강문제에 대한 인간의 반응을 진단하고 치료하는 것이라고 정의하고 있다. 또한, Synder(1992)는 간호중재가 간호진단에 근거한 간호사 중심의 자율적이며 독자적인 활동이라고 정의하고 움직임(movement), 인지적(cognitive), 감각적(sensory), 그리고 사회적(social) 간호중재 4가지로 제시하고 있다. 그리고, McCloskey와 Bulechek(2000)가 제시한 간호중재는 임상적판단과 지식을 바탕으로 간호사가 간호대상자(개인, 그룹, 가족, 및 지역사회)의 이익을 위해 수행하는 모든 치료로서 직접적인 간호사 주도행위(nurse-initiated), 의사와 협력적인 간호행위(physician-initiated), 그리고 다른 의료인과 협력적인 간호행위(other provider-initiated)를 모두 포함한다고 하여 서로 이견을 보이고 있다.

한편 국내의 간호중재와 관련된 연구(서문자, 김혜숙,

김금순, 손행미, 이은남 등, 1996b)에서는 간호중재의 개념을 임상간호사가 인지하는 간호의 본질적 특성 10가지로 제시하였고, 서문자 등(1996a)이 한국의 성인 대상의 간호중재 실험연구의 경향을 분석한 결과, 간호중재 개념이나 내용이 Synder(1992)가 제시한 독자적 간호중재 목록과 유사한 양상으로 나타나 한국간호사들은 간호중재 개념을 독자적 간호중재 개념으로 인식하고 있음을 알 수 있다. 이렇듯 간호중재에 대한 개념과 내용이 문헌과 연구마다 차이가 있는 것으로 나타나 간호중재에 대한 포괄적인 이해와 모든 간호사가 공유할 수 있는 언어의 정립이 시급할 뿐만 아니라 간호중재의 임상 활용을 용이하게 하기 위해서 통합된 간호중재와 그 분류체계가 요구된다.

가정간호에서 간호진단과 간호중재의 표준화된 분류체계가 필요한데 이는 가정간호가 가정에서 환자에게 다양한 기술적, 전문적 서비스를 포괄하는 팀 접근이 중요한 다학문적 실무이므로 상호 의사소통과 치료의 연속성을 원활히 하고, 간호의 독자성 및 자율성과 더불어 상호협동적인 업무를 파악하기 위함이다 (Saba, 1992a, 1992b).

가정간호의 독자성 면에서 보면 방문시간과 환자상태 파악 및 치료 등 가정간호사는 모든 업무를 독자적으로 결정하여 행하므로 환자의 임상기록지에 기록한 환자상태와 이에 따른 중재내용은 표준화된 간호를 제공했는지에 대한 여부를 판단하는 평가자료가 된다. 가정간호는 독자성과 치료의 연속성 때문에 특히 기록이 매우 중요하다 그 기준이 정립되어 있지 않아 기록에 많은 시간과 노력을 투자하는 실정이므로 간호업무의 능률과 질 관리를 위해 표준화된 업무기록지가 필요하다(박정숙, 1994, 1997). 또한 간호중재의 분류는 간호에 대한 의사소통의 중요한 도구이며 간호 정보화의 체계를 제공할 수 있고 간호수가 책정의 기본단위가 된다.

현재 개발되어 있는 미국의 간호중재분류 중에는 가정간호 분류체계의 간호중재체계(Home Health Care Classification: HHCC) (Saba, 1994), Omaha 중재체계(Martin, Scheet, 1992), 그리고 NIC (Nursing Intervention Classification) (McCloskey & Bulechek, 1992)등이 있는데 모두 미국간호협회가 인준한 표준화된 간호용어 체계에 포함된다. Saba등(1991)이 개발한 HHCC는 가정간호의 간호중재 요소로 20개를 제시하였으며 각각의 중재에 사정, 직접간호, 교육, 및 관리의 4가지 형태를 포함하여 총 80개의 간호

중재를 제시하였다. Omaha (Martin, Saunders, & Scheet, 1992, 1996) 간호중재 틀은 지역사회 간호사들의 활동을 전산화된 자료로 입력시키는 것에 중점을 두고 개발되어 학교, 건강관리소 등에서 수행되는 독자적 중재와 협동적 중재를 모두 포함하며, 간호중재의 범주는 건강교육과 지도상담, 치료와 절차, 사례 관리, 및 감독 등 4가지이며 총 62개의 분류 체계로 되었다.

본 연구의 틀로 사용된 NIC는 Iowa대학의 연구팀이 미국의 National Center for Nursing Research의 지원으로 개발되었다. 특히, NIC에서의 중재는 일반적이면서 특수한 간호활동을 나타내며 간호사가 대상자를 위하여 수행하는 모든 돌봄 행위를 다 포함한다.

NIC는 1992년에 336개의 간호중재목록으로 발표되었으나 1996년에는 433개로 2000년에는 486개로 증가되었다(McCloskey & Bulechek, 2000). 486개의 간호중재는 알파벳순으로 목록화하여 각 중재에는 중재명칭, 중재정의, 간호활동, 그리고 참고문헌이 제시되어 있다. NIC 분류체계는 세수준으로 영역, 범주, 그리고 중재로 구성되었다. 이는 가장 상위의 추상적 개념인 7가지 영역, 그 하위에 30개의 범주, 그리고 486개의 중재명으로 구성되어 있고 12,000가지 이상의 간호행위를 포함한다. 일곱가지 간호중재영역은 생리적(기본적), 생리적(복합적), 행위적, 안전, 가족, 건강체계, 그리고 지역사회 영역이다.

NIC의 장점은 NIC개발과정이 임상실무에 기초하여 귀납적인 방법으로 구조를 개발하였기 때문에 간호중재에 대한 포괄적인 이해와 적용이 가능하다는 점으로 ① 간호사에 의해 행해지는 모든 간호행위를 포함하여 특정 분야뿐 아니라 급성기 환자를 돌보는 임상적 일반 간호사, 전문간호사, 지역사회 간호사들에 이르기까지 간호실무에서 사용되어 모든 환자에게 처치를 제공하며 ② 각각의 중재명에 대한 중재정의와 규명된 간호활동이 포함되어 간호사의 행위에 중점을 두고 ③ 환자문제 분류의 어느 유형에도 적용가능하며 ④ 간호의 변화에 따라 진화되도록 구성된 점이며, 간호사가 새로운 중재와 현존하는 중재의 재 고찰을 위해 제안 할 수 있는 피이드백 형태를 가지고 있다 (Moorhead, 1993; Bulechek et al., 1994).

이러한 중재분류체계는 간호진단에 따라 행하는 간호사-주도치료, 의학진단에 따라 행하는 의사-주도치료, 진단과 관련은 없지만 스스로 행할 수 없는 대상자를 위해 간호사가 해주는 필수적인 일상기능의 수행을 위한 간호

와 간접적 간호(행정적, 교육적 간호) 모두를 포함하고 있다. 따라서, 간호중재를 구체적으로 광범위하게(중환자 중재에서 건강증진 중재, 개인부터 가족과 지역사회까지) 제시하여 중재의 선택을 용이하게 하는 장점이 있어, 3차 병원의 가정간호과에 등록된 본 연구의 복합적이고 다양한 문제를 가진 대상자들에게 적합하리라 사료된다.

NIC 발표 이래 그 적용을 검증하기 위하여 간호의 일부 영역에서 시행된 국내의 연구를 살펴보면 중환자를 대상으로 한 중재(Titler et al., 1996; 김문숙, 1998; 류은정, 1998), AIDS 환자에 대한 중재(Davis, 1995), 공립학교에서 수행한 간호중재(Sigsby & Campbell, 1995) 등이 발표되었다. Sigsby와 Campbell(1995)의 공립학교에서 수행한 연구결과에서는 간호중재가 25개만 사용되어 NIC가 학교 보다는 병원환경에 더 유용할 것이라고 시사하였다. 가정간호와 관련된 NIC의 적용은 국외에서는 찾을 수 없었고, 국내에서 병원 가정간호과 대상자에게 적용한 김조자 등(1999)의 논문에서 97개의 중재가 서미혜와 허혜경(1998)의 논문에서 105개의 중재가 추출되었다.

하지만, 우리 나라에서는 아직 대부분의 간호현장에서 간호활동을 서술형태로 기록하고 있을 뿐 간호중재로 정리하여 활용하지 못하는 실정이다. 그러므로 조속히 표준화된 간호중재 용어를 활용 또는 개발하여 간호사들의 업무수행에 동일한 언어를 사용하여 기록할 수 있게되면, 다학제간 의사소통을 원활히 할뿐만 아니라 간호의 표준화와 질관리, 전산화, 가정간호의 수가정립, 그리고 간호중재의 효능을 증명하는 연구에도 커다란 기여를 하게 될 것이다.

* 연구의 제한점

1. 일개 병원 가정간호과의 간호중재활동내용을 분석하였으므로 일반화에 제한이 있다.
2. 표준화가 되지 않은 간호기록지에 기록된 내용을 표준화된 틀에 따라 분석하였으므로 연구자의 편견을 완전히 배제하지 못한다.

III. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 가정간호기록지를 통하여 가정간호 대상자에게 적용된 간호중재를 조사하고 NIC (McCloskey & Bulechek, 2000) 분류틀을 이용하여 분석하는 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 서울시내에 소재한 C대학교 K병원 가정간호과에 1997년 5월부터 2000년 7월까지 등록된 환자 중 열람 가능하였던 572명의 가정간호기록지를 대상으로 하였다. 제 2차 가정간호 사업의 시작시기인 1997년 5월부터 본 연구기간이 시작된 이유는 가정간호 활동의 체제가 좀 더 갖추어지고 수행한 가정간호기록을 분석하고자한 것이다.

3. 연구도구

본 연구에 사용된 도구는 대상자의 일반적 특성을 포함하여 ① 가정간호 기록지를 일차적으로 분석하기 위해 조명숙(1999)이 개발한 '병원중심 가정간호 중재도구'와 ② 일차에서 수집된 간호중재들을 세밀하게 분석하기 위해 McCloskey와 Bulechek (2000년)가 수정 개발한 486문항의 '간호중재 분류(Nursing Intervention Classification : NIC)' 체계를 사용하였다. ③ 한글 중재명을 위해서는 박현애 등(1999)이 한글로 명명화한 것에 2000년에 추가된 53개의 간호중재목록을 본 연구팀과 간호대 교수 5인이 토의를 거쳐 번역한 것을 추가하여 사용하였다.

- 1) '병원중심 가정간호 중재도구' (조명숙, 1999): 간호중재는 101항목이 15개의 간호영역으로 분류되어 구성되는데 15개의 간호영역은 (1) 측정 및 관찰 7문항 (2) 검사 7문항 (3) 투약간호 7문항 (4) 호흡간호 3문항 (5) 배설간호 12문항 (6) 상처 및 피부간호 15문항 (7) 영양간호 3문항 (8) 운동 및 활동간호 7문항 (9) 안위 및 안전간호 6문항 (10) 특수간호 7문항 (11) 이행증진간호 6문항 (12) 전문가/보조자 서비스 의뢰 8문항 (13) 영적 간호 2문항 (14) 임종간호 2문항 (15) 가족 및 환경관리 2문항이다.
- 2) NIC: Iowa Intervention Project Team (1992) 이 336문항의 간호중재목록을 26개의 군으로 분류한 NIC를 McCloskey와 Bulechek가 2000년에 53개

를 추가한 486개의 간호중재목록을 사용하였다. NIC (McCloskey & Bulechek, 2000)는 486개의 간호중재가 7개의 영역과 30개의 범주로 분류 구성되어 있는데 7개의 영역은 (1) 생리적 기본영역 (2) 생리적 복합영역 (3) 행위 (4) 안전 (5) 가족 (6) 건강체계 및 (7) 지역사회영역이며 30개의 범주는 다음과 같다.

(1) 활동/운동관리군 8문항 (2) 배설관리군 21문항 (3) 부동관리군 8문항 (4) 영양지지군 14문항 (5) 신체적 안위증진군 9문항 (6) 자기간호증진군 22문항 (7) 전해질/산염기관리군 23문항 (8) 약물관리군 16문항 (9) 신경학적 관리군 12문항 (10) 수술관리군 9문항 (11) 호흡기관리군 14문항 (12) 피부/상처관리군 12문항 (13) 체온조절군 6문항 (14) 조직 관류관리군 38문항 (15) 행위치료군 25문항 (16) 인지요법군 7문항 (17) 의사소통증진군 6문항 (18) 대처보조군 28문항 (19) 환자교육군 21문항 (20) 심리적 안위증진군 9문항 (21) 위험관리군 21문항 (22) 위기관리군 31문항 (23) 출산기간호군 38문항 (24) 양육기간호군 24문항 (25) 삶의 주기 간 호군 13문항 (26) 건강체계매개군 9문항 (27) 건강체계 관리군 17문항 (28) 정보관리군 10문항 (29) 지역사회 건강증진군 7문항 및 (30) 지역사회 위험관리군 9문항이다.

4. 자료수집 방법 및 연구절차

본 연구의 자료수집은 1997년 5월부터 2000년 7월 까지 K병원 가정간호과에 등록된 환자의 가정간호기록지를 대상으로 2 단계로 시행되었다. 제 1단계는 가정간호 서비스 내용을 '병원 중심 가정간호 중재도구(조명숙, 1999)'를 조사지로 사용하여 중재활동으로 분류하였고, 2단계는 분류된 간호중재를 세밀한 NIC(McClosky & Buledhek, 2000)의 분류틀에 근거하여 다시 분류하였다. 제1 단계와 2단계 작업은 자료분석간의 신뢰도를 높이기 위하여 연구팀의 논의과정을 거쳐 이루어졌다. 각 대상자에게 중복 사용된 간호중재는 빈도에 포함시키지 않았다. '병원 중심 가정간호 중재도구'에 포함되지 않는 중재들은 기타항목으로 따로 넣어 NIC의 분류목록을 찾아 분류하였다. 분류된 간호중재들의 한글명명은 'NIC의 한글 명명화에 대한 타당성 연구' (박현애 등, 1999)를 통해 채택된 한글간호중재 명칭과 본 연구팀이 번역한

것을 추가하여 사용하였다.

5. 분석방법

- 1) 연구대상자의 일반적 특성은 서술적 통계로 분석하였다.
- 2) 연구대상자에게 수행된 간호중재빈도와 백분율을 산출하고 실수에 의한 항목별 순위를 조사하였다.

IV. 연구 결과 및 논의

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 성별은 남자가 286명(50.6%), 여자가 279명(49.4%)로 거의 비슷한 분포를 보였다. 연령은 1세에서 95세 까지이며, 평균연령은 약 66세였고, 70-79세가 28.2% (158명)로 가장 많았으며, 다음으로 80세 이상이 22.2% (124명), 60대가 18.3% (102명), 그리고 50대가 15% (84명)였고, 70대 이상의 고령층이 대상자의 50.4%를 차지하였다. 종교는 과반수가 (49.5%) 천주교신자였고, 다음으로 기독교 (26.7%), 불교 (12.5%), 그리고 무교 (10.9%)의 순이었다.

가정방문회수는 1회에서 88회까지였으며, 평균 방문회수는 약 8회였고, 1-4회 까지가 50.7% (290명)로 가장 많았고, 다음이 5-8회로 19.8%, 9-12회가 11.5%로 12회 이내의 방문이 82%를 차지하였다. 가정간호 총 서비스 기간은 1일에서 최고 594일 까지이며 평균일수는 약 47일 이었다. 서비스 기간을 구체적으로 보면 2주 이하가 39.6%(226명)로 가장 많았고, 다음이 3-4주 16.1%, 5-8주 17.7%, 그리고 9-12주가 10.3%로 2주 이내의 기간이 83.7%를 차지하였다. 가정간호 서비스 종결사유는 환자의 사망이 39.8%(227명)로 가장 많았고, 병원에 재입원이 27.9%, 상태호전이 21.9%, 타지역/타기관으로 이동이 5.8%, 환자나 가족이 종결을 원하는 경우가 2.8%, 그리고 외래방문이 1.8%였다<표 1>.

대상자의 질환을 살펴보면 암이 47.8%(271명)로 가장 많은 분포를 보였고 그 중에서 위암이 12.5% (71명)으로 가장 많았으며, 폐암 (5.8%), 그리고 간암 (5.5%)의 순이었다. 암 다음으로 뇌혈관질환이 19.1% (108명)로 높은 빈도를 보였고, 다음이 정형외과문제 (7.1%, 40명), 폐질환 (6.9%, 39명) 순이었으며 그

〈표 1〉 대상자의 일반적 특성 (N=572)

일반적 특성	구분	실수	%	평균	범위
성별	남	286	50.6		
	여	279	49.4		
나이	20세 이하	7	1.3	65.84	1-95
	20 - 29	15	2.6		
	30 - 39	23	4.2		
	40 - 49	46	8.2		
	50 - 59	84	15.0		
	60 - 69	102	18.3		
	70 - 79	158	28.2		
	80세 이상	124	22.2		
종교	천주교	150	49.5		
	기독교	81	26.7		
	불교	38	12.5		
	무	33	10.9		
	기타	1	0.3		
가정방문 회수	1 - 4	290	50.7	8.15	1-88
	5 - 8	113	19.8		
	9 - 12	66	11.5		
	13 - 16	31	5.4		
	17 - 20	28	4.9		
	21 - 24	9	1.6		
	25 - 48	27	4.7		
	49 - 88	8	1.4		
가정간호 서비스 기간	2주 이하	226	39.6	46.86	1-594
	3 - 4 주	93	16.1		
	5 - 8 주	101	17.7		
	9 - 12 주	59	10.3		
	13 -16 주	29	5.1		
	17 - 20 주	12	2.1		
	21 - 24 주	18	3.1		
	25 - 28 주	12	2.1		
	29 주 이상	22	3.9		
가정간호 서비스 종결사유	상태호전	125	21.9		
	환자가 종결원함	9	1.6		
종결사유	외래방문	10	1.8		
	사망	227	39.8		
	재입원	159	27.9		
	타지역/ 타기관으로 이동	33	5.8		
	가족이 종결원함	7	1.2		

〈표 2〉 대상자의 진단명 빈도

진단명	실수	%
암	271	47.80
·위암	71	12.52
·폐암	33	5.82
·간암	31	5.47
·대장암	20	3.53
·췌장암	20	3.53
·담낭암	18	3.17
·자궁암	10	1.76
·직장암	10	1.76
·자궁경부암	9	1.59
·방광암	6	1.06
·림프종	6	1.06
·백혈병	6	1.06
·인후암	5	0.88
·뇌종양	5	0.88
·신장암	4	0.71
·식도암	4	0.71
·유방암	4	0.71
·갑상선암	2	0.35
·좌측부종양	2	0.35
·전립선암	2	0.35
·기타암	3	0.53
뇌혈관질환	108	19.05
정형외과문제	40	7.05
폐질환	39	6.88
·각종폐질환	25	4.41
·만성폐쇄성 폐질환	14	2.47
신장질환	29	5.11
간질환	23	4.06
당뇨병	15	2.65
혈관계질환	8	1.41
심장질환	6	1.06
산부인과문제	4	0.71
육창	3	0.53
무긴장성방광	3	0.53
감염	2	0.35
기타	16	2.82
계	567	100

의의 질환별 분포는 〈표 2〉와 같다. 본 연구보다 훨씬 대상자 수 (약100-120명)가 적지만 김조자 등 (1999)의 연구에서도 암이 41.6%로 가장 빈도가 높았고 다음이 뇌혈관질환 12.9% 그리고 3위가 만성폐쇄성 폐질환 (11.9%)으로 나타났으며, 서미혜와 허혜경(1998)의 연구에서도 암이 40.7%로 가장 높았고, 뇌혈관질환 (26.8%) 그리고 신경성방광 (4.9%)의 순이었다. 따라

서, 가정간호의 주 대상자가 암환자임을 반영한다고 볼 수 있었고, 또한 뇌혈관질환의 빈도도 공통적으로 높음을 파악 할 수 있었다.

위와같이 본 연구대상 가정간호과에 등록된 대상자들의 특성을 보면 70세 이상의 고령층이 50%이상으로, 고연령층의 가정간호 이용율이 높음을 반영하였으며 김조자 등 (1999)의 36%, 서미혜와 허혜경(1998)의

49% 보다 더 높은 분포를 나타냈다. 또한 천주교재단에 속한 병원 특성상 천주교신자의 이용율이 50%로 현저히 높아 자신이 가진 종교적 분위기 안에서 간호 받는 것을 선호함을 알 수 있었다.

가정방문 회수는 4회 이하가 약 51%, 총 서비스 기간이 4주 이하가 약 56%로 단기간의 방문과 가정간호 서비스를 필요로 하는 대상자가 가장 많음을 파악 할 수 있었는데 이는 서미혜와 허혜경 (1998)의 연구에서 4회 이하 방문 회수가 52%로 나타난 것과 유사하였다. 그러나, 6개월 이상 장기간 방문서비스를 받은 대상자도 6% 있었는데 이는 병원에 재입원 한 후에 다시 퇴원과 함께 가정간호로 의뢰된 경우가 포함되어 나타난 결과로 해석 된다.

대상자의 약 과반수가 암환자이고, 가정간호 종결사유 의 약 40%가 사망이며 약 28%가 재입원 임을 고려할

때 3차 병원 특성상 중환자가 가정간호로 많이 의뢰되었음을 알 수 있었고, 또한 병원에서 최선의 치료와 간호를 받고 보존요법을 위해 의뢰되는 경우가 많음을 파악 할 수 있었다.

2. 간호중재 분류

가정간호 기록지 분석도구를 통해 수집한 간호중재를 NIC 분류체계에 따라 분석한 결과 6개 영역, 21개 범주, 그리고 95개의 중재가 있었으며 중재들의 총 사용빈도는 11,107회였다 <표 3>. 각 수준별 빈도를 살펴보면, 영역(수준 1)에서는 생리적·복합영역의 간호중재가 3,663회 (33%)로 가장 많았고, 다음에 안전영역에 속하는 중재가 3,108회 (27.9%), 생리적·기본영역이 2,230회 (20.1%), 행위영역이 1,336회 (12.1%),

<표 3> NIC 분류체계에 따른 간호중재 빈도

수준1 (영역)	빈도 (%)	수준2 (범주)	빈도 (%)	수준3 (중재)	빈도/대상자 (%)	빈도 (%)	
1. 생리적 기본영역	2230 (20.1)	A. 활동및운동관리	228 (2.1)	운동요법 : 관절운동	190(33.0)	1.7	
				운동요법 : 침상이상	38(6.6)	0.3	
		B. 배설관리	727 (6.5)		도뇨	184(32.0)	1.6
					튜브간호 : 요도	162(28.2)	1.4
					배변관리	137(23.8)	1.2
					변비 / 분변매복관리	90(15.6)	0.8
					방광세척	83(14.4)	0.7
					방광훈련	26(4.5)	0.2
					도뇨 : 간헐적	21(3.7)	0.2
					장루간호	15(2.6)	0.1
					자가간호증진 : 배변 . 배뇨	9(1.6)	0.08
					C. 이동불가능한 환자관리	207 (1.8)	
		억제대사용	13(2.3)	0.1			
		석고붕대간호 : 유지	3(0.5)	0.03			
		D. 영양보조	562 (5.1)		영양관리	217(37.7)	1.9
					체중관리	165(28.7)	1.5
					튜브관리 : 위장관	99(17.2)	0.9
					장관영양주입	81(14.1)	0.7
		E. 신체안위도모	221 (2.0)		마사지요법	92(16.0)	0.8
					온냉요법	73(12.7)	0.6
					통증관리	56(9.7)	0.5
F. 자가간호증진	285 (2.5)		회음부간호	129(22.4)	1.1		
			사후간호	74(12.9)	0.6		
			구강위생 관리	35(6.1)	0.3		
			발간호	19(3.3)	0.2		
			목욕	16(2.7)	0.1		
			모발관리	5(0.9)	0.04		
			눈간호	5(0.9)	0.04		
			튜브관리 : 요로	2(0.3)	0.02		

수준1 (영역)	빈도 (%)	수준2(범주)	빈도 (%)	수준3 (중재)	빈도/대상자 (%)	빈도 (%)		
2. 생리적 복합영역	3663 (33)	G. 전해질/산염기 관리	118 (1.1)	고(저)혈당관리	104(18.1)	0.9		
				복막투석요법 .복막투석 .복막투석세트교환	14(2.4)	0.1		
		H. 약물관리	1289 (11.6)			투약관리	397(69.0)	3.6
						정맥주사요법	325(56.5)	2.9
						약물투여 : 경구	309(53.7)	2.8
						약물투여 : 정맥내	124(21.6)	1.1
						약물투여 : 근육내, 피하, 피내	52(9.0)	0.4
						약물투여 : 피부	32(5.6)	0.3
						약물투여 : 직장내	27(4.7)	0.2
						자가통증치료보조	21(3.7)	0.2
						항암요법관리	2(0.3)	0.02
						I. 신경학적 관리	519 (4.7)	
		K. 호흡관리	288 (2.6)			기도흡인	93(16.2)	0.8
						흉부물리요법	83(14.4)	0.7
						인공기도관리	51(8.9)	0.4
						산소요법	45(7.8)	0.4
						호흡기감시	16(2.8)	0.1
		L. 피부/창상관리	524 (4.7)			카테터삽입부위드레싱	159(27.7)	1.4
						육창드레싱	139(24.2)	1.2
						단순드레싱	98(17)	0.9
피부간호 : 국소처치	42(7.3)					0.4		
기타배액관리	41(7.1)					0.3		
피부절개부위관리	24(4.2)					0.2		
상처간호	21(3.6)					0.2		
N. 조직관류조절	925 (8.3)			체액사정	332(57.7)	3.0		
				.수액치료	247(43.0)	2.2		
				혈관절개술 : 정맥혈채취	210(36.5)	1.9		
				침습적혈류역학감시	103(17.9)	0.9		
				고혈량관리	33(5.7)	0.3		
3. 행위영역	1336 (12.1)	R. 적응보조	633 (5.8)	대응기건강화	283(49.2)	2.5		
				정서적지지	261(45.4)	2.3		
				임종간호	76(13.2)	0.7		
				영적지지	13(2.3)	0.1		
				S. 환자교육	703 (6.3)			교육 : 절차/치료
교육 : 처방식이	252(43.8)	2.2						

수준1 (영역)	빈도 (%)	수준2 (범주)	빈도 (%)	수준3 (중재)	빈도/대상자 (%)	빈도 (%)			
4. 안전영역	3108 (27.9)	V. 위험관리	3108 (27.9)	활력징후관찰	569(99)	5.1			
				건강검진(신체사정)	566(98.4)	5.1			
				감시(활동정도사정)	523(91)	4.7			
				건강검진(건강력/병력사정)	499(86.8)	4.5			
				감시(안전이행)	379(65.9)	3.4			
				건강검진(신장, 체중, 복위측정)	221(48.4)	2.0			
				환경관리	152(26.4)	1.3			
				감시(특수장비 및 기구사용)	114(19.8)	1.0			
				감염관리(기구소독)	52(9.0)	0.4			
				감시(위장관배액)	15(2.6)	0.1			
				격리	8(1.4)	0.1			
				감시(재활치료서비스)	5(0.9)	0.04			
				감시(간호전문가서비스)	4(0.7)	0.03			
				감염관리(인공호흡기line관리)	1(0.2)	0.01			
5. 가족영역	256 (2.3)	W. 출산기간호	6(0.05)	산후간호(산후체조)	2(0.3)	0.02			
				산후간호(유방간호)	2(0.3)	0.02			
				산후간호(자궁마사지)	2(0.3)	0.02			
		X. 생애주기 관리	249(2.2)	가족지	192(33.4)	1.7			
				가정관리지원	41(7.1)	0.3			
				보호자휴식제공	11(1.9)	0.1			
				보호자돕기	5(0.9)	0.04			
		Z. 양육기간호	1(0.01)	영아간호(신생아목욕)	1(0.2)	0.01			
		6. 건강체계 영역	514 (4.6)	Y. 건강체계 조정	35(0.31)	보건의료체계안내	35(6.1)	0.3	
						a 건강체계관리	173(1.6)	물품공급기관의회	53(9.2)
검사물관리(채뇨)	47(8.2)							0.4	
검사결과해석(항달검사)	47(8.2)							0.4	
검사물관리(배양검사)	18(3.1)							0.1	
검사결과해석(노단백)	8(1.4)							0.1	
b 정보관리	306(2.7)					사건보고	298(51.8)	2.7	
						의회	8(1.4)	0.1	
계	11,107 (100%)						11,107 (100%)	대상자=572명 (100%)	11,107 (100%)

건강체계영역에 속하는 중재가 514회 (4.6%), 그리고 가족영역에 속하는 중재행위가 256회(2.3%) 순으로 나타났다.

범주(수준 2)에서는 위험관리가 3,108회 (27.9%)로 가장 빈도가 높았고, 다음이 약물관리 1,289회 (11.6%), 조직관류조절 925회 (8.3%), 배설관리 727회 (6.5%), 환자교육 703회 (6.3%), 적응보조 633회 (5.8%), 영양보조 562회 (5.1%), 피부/창상관리 524회 (4.7%), 신경학적관리 519회 (4.7%), 정보관리

306회 (2.7%), 그리고 호흡관리가 288회 (2.6%) 수행되었다.

중재(수준 3)에서 가장 높은 빈도를 보인 간호중재는 안전영역의 활력징후관찰 (569회, 5.1%), 건강검진(신체사정) (566회, 5.1%), 그리고 감시(활동정도사정) (523회, 4.7%)의 순이고, 생리적복합영역의 신경학적 감시(519회, 4.7%), 그리고 안전영역의 건강검진(건강력/병력사정) (499회, 4.5%) 이었다. 따라서, 활력징후 관찰과 건강검진 (신체사정)은 거의 모든 경우에 매 방

문시 마다 적용된다고 볼 수 있다. 그 다음으로 투약관리 397회 (3.6%), 감시(안전이행)와 관련된 교육이 379회 (3.4%), 정맥주사요법 (325회, 2.9%), 체액사정 (332회, 3.0%) 그리고 경구약물투여(309회, 2.8%) 순이었다. 그 다음으로는 사건보고 298회 (2.7%), 대응기전 강화 283회 (2.5%), 정서적 지지 261회 (2.3%), 처방식이 교육 252회 (2.2%), 영양관리 217회 (1.9%), 그리고 정맥혈채취가 210회 (1.9%) 제공한 것으로 나타났다.

NIC 분류체계의 7개 영역 중 6개 영역은 간호중재로 수행되었으나 2000년도에 새로 추가된 7영역인 지역사회와 관련된 중재는 수행되지 않았다. 또한 30개 범주 중에서 21개는 수행되었고 9개범주 (수술관리, 체온조절, 행위요법, 인지요법, 의사소통증진, 심리적안위증진, 위기관리, 지역사회 건강증진, 그리고 지역사회 위험관리)는 수행되지 않았다.

본 연구에서 영역(수준 1)에서는 생리적 복합영역의 간호중재가 가장 많이 사용되었는데 이는 류정은 등 (1998)의 중환자실 간호중재, 김조자 등 (1999)의 병원 가정간호사업소 대상자에게 수행한 간호중재를 분석한 결과와 동일하게 나타났다. 그러나 서미혜와 허혜경 (1998)의 가정간호에서 가장 많이 사용된 영역은 생리적 기본영역으로 나타나 가정간호사업소의 지역적위치와 등록된 대상자들의 상태에 따라서 많이 수행되는 중재가 다를 수 있다. 안전영역에 속하는 간호중재가 두 번째로 많이 사용된 것으로 나타났는데 모두 위험관리 범주에 속한 중재들이었다. 이는 방문 시마다 환자에 대한 기본사항인 활력징후와 의식사정, 그리고 활동정도 파악과 더불어 안전이행과 환경관리 등에 대한 교육이 많은 비중을 차지하고 강조된 것이라 볼 수 있다. 중재(수준 3)에서 가장 많이 사용된 간호중재는 대상자에 대한 기본사항사정이라 볼 수 있는데 이는 임난영 등 (1997), 윤순녕 등(1998), 그리고 조명숙(1999)의 연구결과와 동일하였다.

요약하면, 본 연구 대상자들에게 수행된 간호중재는 영역(수준 1)에서 생리적 복합영역에 속한 간호중재의 사용빈도가 가장 높았으며, 범주(수준 2)에서 안전에 관한 교육으로 위험관리가 가장 높았고 다음이 약물관리순이었으며, 중재(수준 3)에서는 활력징후와 신체 의식사정과 관련된 항목이 가장 높았고 그 다음으로 투약관리가 빈번히 수행되었다.

이러한 연구 결과를 바탕으로 가장 많이 행해지는 가

정간호 중재행위에 대한 목록을 개발하여 기록지로 만들어 사용하면 실무의 효율성을 높일 뿐만 아니라 앞으로 가정간호중재의 표준화된 목록개발에 기여할 수 있을 것이다. 가정간호중재 제공에는 대상기관별, 대상자 특성별 차이가 있는 것으로 사료되므로 가정간호중재의 표준화된 목록을 개발하여 임상현장에서 사용하기 위하여 각 기관별 대상자와 제공된 중재에 대한 분석적 연구가 계속되어야 한다고 본다. 또한 반복연구를 통하여 간호중재 분류체계를 다듬어 간호의 표준화된 기록과 질관리, 정보화 구축, 그리고 간호수가 산출에 기여할 수 있어야 하겠다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 일개 병원 가정간호과에 등록된 환자의 현황을 파악하고 진료기록부에 기록된 가정간호중재활동을 NIC 체계를 사용하여 분석·평가한 서술적 조사연구이다. 1997년 5월부터 2000년 7월 사이에 서울시내에 소재한 C대학교 K병원 가정간호과에 등록된 572명의 기록지에 있는 가정간호활동 내용을 분석하였다.

대상자의 일반적 특성은 평균연령이 약 66세였고, 70대가 가장 많았다(158명, 28.2%). 가정간호 방문회수는 1-4회까지가 약 51%로 가장 많았고, 가정간호 서비스기간은 4주 이하가 약 56%이고 총 서비스 기간은 평균 약 47일 이었다. 대상자의 진단명을 살펴보면, 암이 48% (271명)로 가장 높은 빈도를 보였고 그 중에서 위암, 폐암, 간암의 순서였다. 그 다음은 뇌혈관질환 (19%, 108명), 정형외과 문제 (7.1%, 40명), 그리고 폐질환 (6.9%, 39명) 순이었다.

간호중재를 NIC 분류에 따라 분석하면, 생리적 복합적 영역에 속한 중재가 총 11,107회의 간호중재 중 3,663회(33%)로 가장 많이 사용되었다. 다음으로는 안전영역, 생리적·단순영역, 행위영역, 건강체계영역, 그리고 가족영역 순으로 나타났다. 수준 2의 범주에서는 위험관리가 3,108회 (27.9%)로 가장 빈도가 높았고, 다음이 약물관리, 조직관리, 배설관리, 환자교육, 그리고 적응보조 순으로 수행되었다. 수준 3의 중재에서 가장 높은 빈도를 보인 간호중재는 안전영역의 활력징후 관찰(569회, 5.1%), 건강검진(신체사정) 이었고, 생리적 복합영역의 신경학적감시, 그리고 투약관리 순으로 중재가 제공되었다.

이상의 결과를 요약하면, 인구학적 특성으로는 대상자

의 과반수가 암환자이고 70세 이상의 고령층이었으며, 가정간호 종결사유 40%가 사망이고 약 28%가 재입원이었다. 이와같은 결과는 3차 병원 특성상 중환자가 가정간호로 많이 의뢰 되었음을 알 수 있었다. 이러한 특성을 지닌 대상자들에게 수행된 간호중재는 영역(수준 1)에서 생리적·복합영역에 속한 간호중재의 사용빈도가 가장 높았으며, 범주(수준 2)에서 위험관리, 중재(수준 3)에서 활력징후와 신체·의식상징과 관련된 항목이 가장 빈번히 수행되었다.

본 연구 결과를 바탕으로 가장 많이 행해지는 가정간호 중재행위에 대한 목록을 개발하여 기록지로 만들어 사용하면 실무의 효율성을 높일 뿐만 아니라 앞으로 가정간호중재의 표준화된 목록개발에 기여할 수 있을 것이다. 가정간호중재 제공에는 대상기관별, 대상자 특성별 차이가 있는 것으로 사료되므로 각 기관별 대상자와 제공된 중재 분석을 통하여 중재의 표준화된 목록을 개발하고 비교하여 임상현장에서 사용되도록 좀더 많은 연구가 필요하다고 본다.

참 고 문 헌

김문숙, (1998). 심혈관계 중환자에서 간호중재빈도에 대한 조사-Iowa 대학의 NIC 이용. 간호학논문집, 12(2).

김조자, 최애규, 김기란, 송희영 (1999). 간호진단과 중재분류에 관한 조사연구-가정간호대상자를 중심으로 -. 대한간호학회지, 29(1), 72-83.

류은정, (1998). 간호중재분류체계(NIC)를 이용한 내외과계 중환자실 간호중재분석. 대한간호학회지, 28(2).

박경숙, 정연장 (1994). 조기퇴원 수술환자의 병원중심 가정간호 효과 및 비용분석에 관한 연구. 대한간호학회지, 12(4), 545-556.

박성애, (1999). 한국에서의 간호중재분류체계(NIC) 구조타당성 검증. 간호학논문집, 13(2).

박정호, 김매자, 홍경자, 한경자, 박성애, 윤순녕, 이인숙, 조현, 방경숙 (1997). 가정간호사업운영을 위한 정보전달체계개발. 가정간호학회지, 4, 5-22.

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

박현애, 김정은 (1998). 간호진단, 간호중재 및 환자결

과에 대한 분류체계의 비교분석. 간호학논문집, 12(1), 15-31.

박현애, 김정은, 조인숙, 최영희, 이향련, 김혜숙, & 박현경 (1999). Nursing Intervention Classification (간호중재 분류체계)의 한글 명명화에 대한 타당성 연구. 성인간호학회지, 11(1), 23-37.

서문자 (1998). 간호중재분류체계에 대한 최신경향. 간호학논문집, 12(1).

서문자, 김금순, 김인자, 손행미, 이은남, 김희진 및 김문숙 (1996a). 국내 성인 간호중재연구 현황과 내용 분석. 간호학논문집, 10(2).

서문자, 김혜숙, 김금순, 임난영, 김귀분, 성옥희, 주혜주 (1996b). 간호사가 인식하는 간호분질에 대한 탐색적 연구. 대한간호, 35(1), 66-79.

서미혜, 이해원, 전춘영 (1995). 가정간호 시범사업 간호진단 및 간호중재 분석연구. 대한간호, 34(5), 52-67.

서미혜, 허혜경 (1998). 가정간호에서 사용된 간호진단과 간호중재분류. 가정간호학회지, 제5권, 47-60.

서향숙 (1996). 가정간호 환자의 가족기능도와 만족도 조사. 한국가정간호학회지, 3, 67-74.

손행미, 황지인, 김숙영, 박승미, 서문자, 김금순 (1998). 간호중재분류체계(NIC)에 의한 임상 간호사의 간호중재수행정도에 관한 조사연구. 간호학논문집, 12(1), 75-96.

양미진 (1997). 서울시 각 구 보건소간호사의 방문간호 업무수행과 직무만족에 관한 연구. 한국가정간호학회지, 4, 30-40.

한국가정간호학회 편집실 (1999). 우리나라 가정간호사업 연혁. 한국가정간호학회 편집실, 101-103.

윤순녕 (1993). 지역사회 중심의 가정간호사업. 대한간호, 32(4), 28-32.

윤순녕, 황나미, 현혜진, 최정명, 권미경 (1995). 우리나라 가정간호제도화 방안에 관한 고찰. 한국가정간호학회지, 2, 5-17.

윤순녕, 조명숙, 김홍수 (1997). 국내 가정간호 사업의 성과 측정 연구의고찰(1981-1996). 한국가정간호학회지, 4, 41-52.

윤순녕, 김매자, 서문자, 한경자, 박성애, 박영숙, 하양숙, 김금순, 송미순, 이에주, 박연환 (1998). 지역사회 가정간호사업 운영효과에 관한 연구. 간호학논문집, 12(1), 97-115.

- 윤순녕, 박정호, 김매자, 홍경자, 한경자, 박성애, 홍진
의 (1999). 독립형 가정간호 시범사업소의 가정간
호행위분류체계 개발과 수가연구. 가정간호학회지,
6, 19-32.
- 이소우, 서문자, 김금순, 이인숙, 이은숙, 김명애
(1996). 만성질환자의 퇴원후 가정간호 요구변화
추이에 관한 조사 연구. 한국가정간호학회지, 3,
86-97.
- 임난영, 김금순, 김영임, 김귀분, 김시현, 박호란
(1997). 서울시 간호사회 가정간호 시범사업 서비
스 내용 및 만족도 분석. 대한간호, 36(1), 59-74.
- 조규경 (1999). 우리나라 병원중심 가정간호사업 실태
분석 및 비교조사. 강원대학교 경영행정대학원 석사
학위논문.
- 조명숙 (1999). 병원중심 가정간호중재도구 개발. 서울
대학교 간호대학원 석사학위논문.
- 조미자, 현혜진 (1995). 가정간호 서비스내용 및 만족도
에 대한 조사연구. 한국가정간호학회지, 2, 52-59.
- 조원정, 김용순, 김주희, 김진순, 연기순, 이광욱, 한경
자 (1991). 가정간호사업의 수용측정과 모형설정을
위한 연구. 대한간호, 30(2), 54-75.
- 최연순, 김대현, 서미혜, 김조자, 강규숙 (1992). 퇴원
환자의 가정간호요구와 가정간호사업의 효과 분석,
대한간호, 31(4), 77-97.
- 한경자, 박성애, 하양숙, 윤순녕, 송미순 (1996). 가정
간호기록지 개발에 관한 연구. 한국가정간호학회지,
3, 5-38.
- 황나미 (1997). 병원중심 가정간호 시범사업 평가(II).
한국보건사회연구원
- 홍여신 (1998). 간호전문직의 과제와 실천방향, 현문사.
- Bulechek, G. M., McCloskey, J. C., Titler, M.
G., & Denehy, J. A. (1994). Report on the
NIC project: Nursing interventions used in
practice. American Journal of Nursing,
94(10), 59-66.
- Davis, K. A. (1995). AIDS nursing care and
standardized nursing language: an application
of the nursing intervention classification. Journal of Association of Nurses in AIDS
care, 6(6), 37-44.
- Holzemer, W. L., Henry, S. B., Sousa, C., Bain,
C., & Hsieh, S. F. (1997). An Evaluation of
utility of the Home Health Care
Classification for Categorizing Patient
Problems and Nursing Interventions from the
Hospital Setting. Nursing Informatics, 21-26.
- Iowa Intervention Project. (1993). The NIC
taxonomy structure. Image : Journal of
Nursing Scholarship, 25(3), 187-192.
- McCloskey, J. C. & Bulechek, G. B. (Eds.)
(1992). Nursing Intervention Classification
(NIC). St Louis : Mosby.
- McCloskey, J. C. & Bulechek, G. B. (Eds.)
(2000). Nursing Intervention Classification
(NIC) (3rd. ed.). St Louis : Mosby Year
Book.
- Martin, K. S., & Scheet, N. J. (1992). The
Omaha system: Applications for community
health nursing. Philadelphia, PA: W.B.
Saunders Co.
- Martin, K. S., Scheet, N. J., & Stegman, M. R.
(1993). Home health clients: characteristics,
outcomes of care, and nursing interventions.
Am J Public Health, 83(12), 1730-1734.
- Martin, K. S., Saunders, W. B., & Scheet, N.
T. (1996). The Omaha System: a model for
describing practice. Holist Nurs Pract,
11(1), 75-83.
- Moorhead, S. A., McCloskey, J. C., &
Bulechek, G. M. (1993). Nursing
interventions classification. A comparison
with the Omaha System and the Home
Healthcare Classification. J Nurs Adm,
23(10), 23-29.
- Saba, V. K., O'hare, P. A., Zuckerman, A. E.,
Boondas, J., Levine, E., & Oatway, D. M.
(1991). A Nursing Intervention Taxonomy
for home health care. Nurs Health Care,
12(6), 296-299.
- Saba, V. K. (1992a). The classification of home
health care nursing diagnosis and
interventions. Caring, 10(3), 50-57.
- Saba, V. K. (1992b). Home health care
classification. Caring, 10(5), 58-60.

- Sigsby, L. M., & Campbell, D. W. (1995). Nursing interventions classification: a content analysis of nursing activities in public schools. Journal of Community Health Nursing, 12(4), 229-237.
- Titler, M. G., Bulechek, G. M., & McCloskey, J. G. (1996). Use of the nursing interventions classification by critical care nurse. Critical Care Nurses, 16(4), 38-54.

- Abstract -

Key concept : Home Health Care Nursing Intervention, Nursing Intervention Classification(NIC), Hospital

Analysis of the Nursing Interventions Performed by Home Health Care Nurses in a Hospital : An Application of NIC

*Yong, Jin Sun**

*Yoo, In Ja**Yoo, Ji Youn****

The purpose of the study was to investigate the characteristics of the clients registered in the department of home health care nursing in a hospital and to analyze nursing intervention activities recorded in charts by application of Nursing Intervention Classification (NIC) system. For the descriptive survey study, data were collected by reviewing charts of 572 home health care clients between May, 1997 and July, 2000 at K hospital in Seoul.

The average age of the clients was 66 years and the number of clients in their 70s ranked

first with 28.2 percent(158 people). The mean length of home care service was 47 days with the highest frequency of less than four weeks (56 %). With regard to medical diagnosis, cancer showed the highest frequency (48%, 271 people), followed by cerebrovascular disease (19%), and pulmonary disease (6.9%).

According to analysis of nursing interventions by the NIC system, the most frequently used nursing interventions in level 1 were interventions in the Physiological: Complex domain which were used 3,663 times (33%) among 11,107 total interventions. The Safety domain was the second most frequently used intervention, followed by the Physiological: Basic, and the Behavioral domains. In level 2, the Risk Management class was the most frequently used interventions with 3,108 interventions (27.9%), followed by Drug Management, and Tissue Perfusion Management classes. In level 3 interventions, Vital Sign Monitoring was the most frequently used intervention, 569 times (5.1%), followed by Health Screening, and Neurological Monitoring interventions.

In sum, half of the clients in the study had cancer and were in their 70s. The most frequent reason for ending home care was death (40%), followed by readmission (28%). These findings represent clients with severe conditions referred to the home care nursing department as it was a University teaching hospital. Further research on analyzing nursing interventions performed in each institution needs to be conducted to develop a standardized list of nursing interventions to use in home health care settings.

* Assistant Professor at College of Nursing, the Catholic University

** Home Health Care Nursing Department of Kangnam St. Mary's Hospital, the Catholic University

*** Nursing Department of Kangnam St. Mary's Hospital, the Catholic University