

우리 나라 가정·방문간호 사업을 위한 가정간호요구 사정도구 개발*

-자가간호개념에 근거한 가정간호진단을 중심으로-

소애영** · 조병희***

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

가정간호는 가정을 보건의료 장소로 하여 전문적 간호를 제공하는 간호 사업의 한 분야(Keating and Kelman, 1988)로 치료적·지원적·예방적 측면을 포함하며(HCC, 1995; Hwang, 2001에서 재인용), 환자 및 가족의 스스로 돌봄 기능을 최대화하고, 최적의 기능 수준을 유지하기 위한 간호 활동이다(Kim and Yun, 1997).

우리 나라의 경우 가정을 보건의료 장소로 하는 간호 사업은 가정간호와 방문간호로 구분된다. 방문간호는 공공 보건 조직을 중심으로 지역보건법(1995)에 따라 전국 보건소에서 실시되고 있다. 가정간호는 병원을 중심으로 2001년 현재 2차 시범 사업 종료 후 85개 의료기관에서 실시되고 있다(Ministry of Health and Welfare, 2001). 이외에 간호협회 지부에서 지방자치단체 지원 사업으로 시행 중에 있으며 지역사회 중심 가정간호 사업 제도화(Park et al., 2001)가 향후 더욱 다양한 주체의 사업으로 실시될 전망이다.

가정간호 서비스에 대한 요구 증가, 서비스 공급 주체가 다양화되는 추세이나, 가정간호 서비스 제공 주체간의 의사소통과 간호진단 및 간호행위 분류체계의 표준화,

가정간호 수가 확립, 간호의 질 관리 등이 문제로 지적되고 있다(Yun, 1996).

가정간호 업무를 보면 사정영역 업무가 34.0%로 비중이 크며(Yun et al., 1999a; Kim, 1999), 보건소 방문간호의 경우 포괄적인 보건의료 서비스로서 대상자 사정 및 진단에 주력하고 있다(Hwang, 2001). 따라서 간호사의 사정 능력 개발을 위한 교육과정 개발 필요성이 제기된바 있다(Kim and Lee, 1999). 또한 가정간호 시범사업 대상 병원의 85.7%가 환자 사정을 하고 있으나 자료 수집의 기본 틀과 동일 서식지의 동일 항목에 대해 기록 방법이 다르다는 점등이 지적된 바 있다(Hwang et al., 1999).

1970년에서 1997년까지 가족 관련 논문 총 214편의 분석 결과 비 실험 연구 192편중 가족간호 요구 논문 7.0%, 도구 개발 1.6%, 이론적 개념 틀 구축 논문 1.9%(Chang, 1998)로 대상자 사정 관련 연구가 중요성에 비해 매우 취약함을 알 수 있다.

가정간호 요구 사정도구를 통해 많은 양의 자료를 조직하고 유사한 정보끼리 묶을 수 있으며 표준화된 중재 제공과 업무 평가에 활용할 수 있으나 현 가정간호 기록지들이 간호학 이론 틀에 의해 개발되지 못하였음이 지적되고 있다(Han et al., 1996).

가정간호 사업은 재가 환자의 자가간호 능력을 높이는 것이 주요 기능 중 하나이며 목표이다(Bohny, 1997).

* 2002년도 서울대학교 대학원 보건학 박사학위 논문 요약임

** 원주대학 간호학과 교수

*** 서울대학교 보건대학원 교수

가정 간호사들이 자가간호를 중요하게 인지하고 있는 것으로 나타났으며(Suh et al., 1999). 가정간호 서비스 결과 평가에서 자가간호 능력 평가가 중요하게 제기되고 있다(Sorgen, 1986; Wilson, 1993; Kim et al., 1999에서 재인용). 따라서 가정간호 요구는 자가간호 요구를 기본으로 사정되어야 한다. 가정간호 진단 분류 연구에서는 대상자의 간호문제가 체계적으로 파악되지 못함이 지적되었다(Lee, 2000).

우리나라의 가정간호 진단 연구들은 가정간호 분류 체계 명명화(Park et al., 1999), 병원중심 가정간호 진단 분류(Lee, 2000), 가정간호 업무 전산화 시스템 개발(Yoo et al., 2001), 가정간호진단 분류체계 및 사정 도구 분석(소애영, 2001), 가정간호 진단 파악(Suh and Huh, 1998, 1996) 등이 있었으나 자가간호를 기본 개념으로 간호진단 사정 도구를 개발한 연구는 미흡한 실정이다. 이에 본 연구는 재가 환자 간호를 위한 가장 우선 단계로 간호의 중심 개념인 자가간호를 근거로 하는 간호진단 분류 틀 개발과 이에 기초한 가정간호요구 사정 도구를 개발하고자 한다.

2. 연구목적

첫째, 간호진단 분류 체계를 통해 간호진단 범주, 간호진단을 파악한다.

둘째, 우리나라 가정간호 대상자의 가정간호 진단을 파악한다.

셋째, 자가간호 개념에 기초한 가정간호 진단 분류 틀을 개발한다

넷째, 자가간호 진단 분류 틀을 이용한 가정간호 요구 사정 도구를 개발한다.

Ⅲ. 연구 방법

연구 목적에 따라 3단계로 구분하여 1단계는 간호진단 분류체계 분석과 실무에서 사용 중인 가정간호 기록부 분석, 문헌고찰을 통해 간호진단 분류 틀을 개발하였다. 2단계는 이 분류 틀을 기초로 전문가 타당성 평가를 통해 예비 사정도구를 개발하였다. 3단계는 임상적 타당성 평가를 통해 최종 가정간호 요구 사정도구를 확정하였다.

1. 가정간호진단 분류 틀 개발

1) 간호진단 분류체계 분석

NANDA, HHCC, OMAHA의 간호진단 범주, 간호진단들을 비교 분류하였다.

2) 가정간호 기록지 분석

간호진단을 사용하고 있는 1개 가정간호 시범사업 기관의 4년 7개월간 등록된 406명의 가정간호 기록지중 1회 방문으로 간호진단이 내려지지 않은 대상자를 제외한 253명의 기록지를 선정하여 간호진단, 증상 및 증후, 관련 요인에 대해 분석하였다.

2. 예비 사정도구 개발

Orem의 3가지 자가간호 영역에 의거하여 간호진단 범주, 간호진단의 관련요인, 증상·증후의 타당성 검증이 3차에 걸쳐 전문가 그룹을 통해 이루어졌다.

1) 전문가 그룹 선정

전문가 그룹은 지역사회간호학 교수, 가정간호사, 방문간호사 총10인으로 구성하였다.

2) 타당도 조사

내용타당도 평가를 위해 하나는 구인타당도로 전문가 집단의 80%이상 합의된 문항을 채택하였으며 다른 하나는 진단명에 따른 타당한 특성들 파악을 위해 Fehring (1987)의 3가지 모델(DCV, CDV, modified CDV)중 DCV(diagnostic content validity)를 이용하였다. 이는 간호진단의 타당성 연구에서 사용했던 방법으로 도구 개발의 기초가 된다(Whitley, 1997). DCV 모델에 의한 환산 점수가 0.50 이상이면서 CVI가 80%이상인 항목만 선정하였다. 내용 타당도는 자가간호 분야별 간호진단 범주, 간호진단의 관련요인, 특성(증상, 증후)에 대해 리커트의 5점 척도를 사용하였다. 타당성 평가 기준은 전문가 그룹의 80% 이상이 4점 이상에 동의한 항목들을 선별하였으며 동일 과정을 3차에 걸쳐 시행하였다.

3) 조사 기간

2001년 5월 8일부터 6월 15일까지 10일 이상의 간격으로 3차에 걸쳐 이루어졌다.

4) 예비 가정간호 사정도구 개발

3차례 타당성 검증 후 3부분으로 구성된(I.대상자의

일반정보·대상자 분류기준·상병상태·치료 및 투약·지원서비스, II.자가간호 분야별 간호진단, III. 간호진단 최종 결과지) 예비도구를 개발하였다.

3. 최종 가정간호 요구 사정도구 개발

1) 사전 조사

조사 대상은 현재 가정간호 시범 병원 가정 간호과에 등록하여 방문간호 서비스를 받고 있는 40명으로 신뢰도는 Cronbach's α 값으로 측정하였다.

2) 본 조사

(2-1) 조사 대상 및 기간

조사 대상은 현재 가정간호과, 보건소, 보건진료소에 등록되어 관리 받고 있는 가정·방문간호 대상 450명으로 조사 기간은 2001년 6월 27일부터 9월 12일까지 이루어졌다.

(2-2) 조사자

가정간호나 방문간호 사업을 담당하고 있는 간호사 7명을 사전교육 하여 조사자로 활용하였다.

(2-3) 기존 기록지를 통한 간호진단 파악

간호진단의 일치도 판정을 위해 새로 개발된 사정 도구를 가지고 판단한 간호진단과 동일 대상의 기존 사정 도구에서 나타난 간호진단을 비교하였다. 간호진단의 오차를 줄이기 위해 각 기록지 진단간에 일주일 이상의 시차를 두지 않도록 하였다.

(2-4) 신뢰도 분석

도구의 신뢰도는 Cronbach's α 값을 통해서 분석을 하였다.

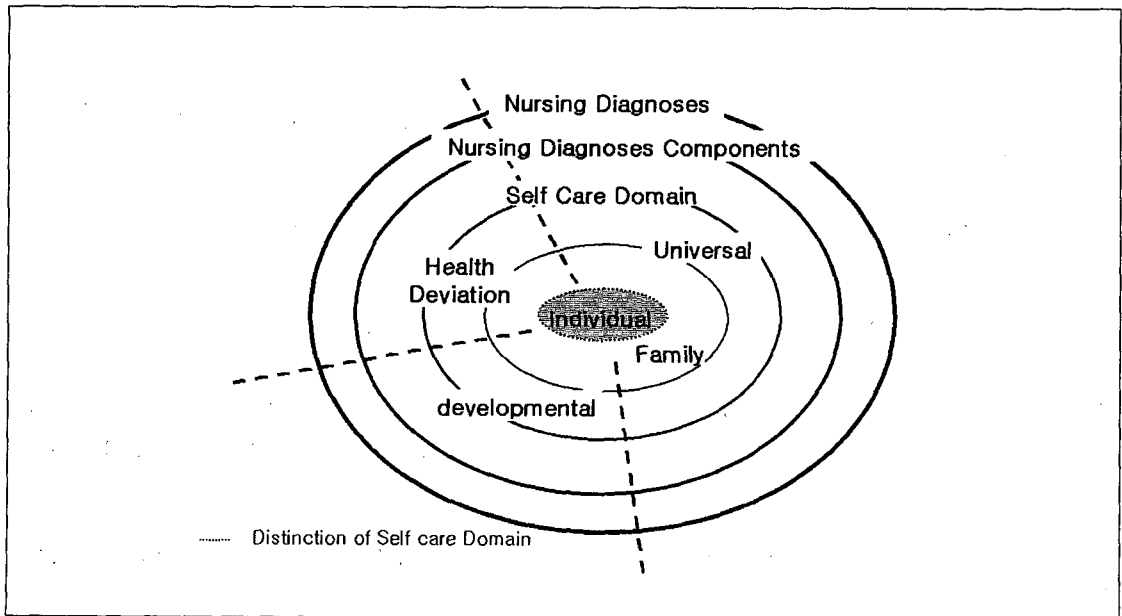
(2-5) 타당도, 일치도 분석

예비 측정도구에서 나타난 간호진단과 동일 대상의 준거가 되는 간호진단을 비교하여 준거관련 타당도를 검증하였다. 이를 위해 진단명의 일치도를 보았고 도구의 민감도와 특이도를 조사하였다. 일치도는 k(Kappa)값을 이용하였다.

IV. 연구 결과

1. 가정간호진단 분류 틀 개발

가정간호 사정도구 개발을 위한 가정간호 진단 분류틀은 다음과 같다(그림 1)



(Figure 1) Frame of Home Health Care Classification

가장 중심에 위치한 2개의 원은 가정간호 대상인 개인, 가족을 나타낸다. 개인의 경우 원을 점선으로 표시하여 자가간호 요구를 갖고 있으면서 가족과 상호작용하고 있음을 상징적으로 나타낸다. 가족은 의존적 간호를 제공하는 가족기능의 역할을 수행하면서 개인과의 상호작용을 통해 개인의 자가간호 수행 능력에 영향을 주는 환경으로 작용한다.

세 번째 원은 가정간호 대상이 갖는 자가간호 요구들로 보편적 자가간호가 차지하는 부분이 가장 넓으며 발달적 자가간호, 건강이탈 자가간호 순으로 되어 있다.

네 번째 원은 자가간호 영역별 해당되는 간호진단 범주를 제시한 것이다.

마지막 원은 간호진단으로 가정간호 기록지 분석과 전문가 타당도 검증, 실무 적용을 통해 우리나라에서 사용할 수 있는 간호진단이 확정될 것이다.

또한 점선으로 나타난 3개의 축은 원과 함께 일정한 면적을 갖게 되는데(3가지 자가간호요구) 점선으로 표시된 이유는 3가지 유형의 자가간호가 서로 상호 작용함을 의미한다.

2. 예비 사정도구 개발

3차에 걸친 타당성 조사 결과 최종 간호진단 수는 보편적 자가간호요구 34개, 발달적 자가간호 요구 12개, 건강이탈 자가간호 요구 7개로 총 53개로 나타났다.

3. 최종 가정간호 요구 사정도구 개발

1) 사전 조사

Cronbach's α 가 0.734으로 의미 전달이 분명하지 않거나 중복되는 문항을 수정하였다.

2) 본 조사

(2-1) 신뢰도

간호진단 범주와 간호진단 신뢰도는 각각 Cronbach's $\alpha = .8764, .9032$ 로 나타났다.

(2-2) 일치도, 타당도

$k \geq 0.75$ 이상으로 일치도가 매우 높은 진단 명은 전체 진단명의 68.4%이다(표 1).

간호진단의 민감도는 0.444 ~ 1.000의 범위를 갖고 특이도는 경우 0.743 ~ 1.000의 범위를 갖는 것으로 나타났다. 민감도 보다 특이도가 높은 간호진단이 많았으며 일치도 값이 낮은 경우에 민감도 또는 특이도가 낮았다.

민감도의 경우 일치도처럼 확인이 비교적 용이한 보편적 자가간호 요구에 해당하는 진단에서 높았으며 발달적 자가간호 요구나 건강이탈 자가간호 요구의 경우 낮게 나타났다. 특히 발달적 자가간호 요구의 영적 갈등 진단은 0.444로 낮게 나타나 영적 갈등의 문제가 있는 대상자를 본 도구가 44%정도만 판별해 낼 수 있음을 알 수 있다. 그러나 영적 갈등의 경우 특이도는 0.988로 매우 높아 영적 갈등의 문제가 없는 사람의 대부분을 본 도구가 판별해 낼 수 있는 것으로 나타났으나, 이는 실무에 있는 간호사들의 경우 이 진단을 실제로 간호 문제로 인지하지 않고 있다고 볼 수 있다. 따라서 민감도는 낮으면서 특이도가 높은 진단의 문항 수정이 필요하다.

3) 최종 가정간호 요구 사정 도구

본 도구의 실무 적용 분석 결과와 실무자 의견 수렴 및 관련 문헌 검색을 통해 일반적 특성, 간호진단, 간호진단 최종 결과지의 3부분으로 구성된 최종 가정간호 요구 사정도구를 확정하였다(도구 문의: aeyoung@sky.wonju.ac.kr).

V. 논 의

1. 자가간호 개념을 적용한 본 간호진단 분류 틀의 유용성

Gebbie와 Lavin(1974)의 간호진단 분류 틀 기준에 따라 분석해 보면 다음과 같다.

1) 간호진단 또는 목적과의 관련성

대상자의 자가간호 능력 향상은 가정간호의 목적이자 중심 개념으로 다루어지고 있다.

제시된 간호진단 범주의 건강 문제들에 대한 대상자 반응은 해당 간호진단으로 연결되어 관련성을 갖고 있다. 즉 오렘이 자가간호 영역별 하부 구성 요소로 제시한 내용을 기초로 간호진단 범주를 설정하고 타당성 검증을 거쳐 간호진단을 배열하였으므로 관련성이 있다고 판단된다(표 1).

2) 임상적 유용성

간호어휘는 용어가 쉬워 임상적 유용성을 가져야 한다 (Zielstorff, 1998; Gebbie et al., 1974; Aydelotte et al., 1987). 본 분류 틀에서 제시한 자가간호영역에 따른 30개의 간호진단 범주는 용어가 비교적 명확하며 익숙한 어휘로 임상적 유용성이 있다고 판단된다.

3) 포괄성

분류 영역들이 나타나고자 하는 내용을 포함해야 한다. 본 도구를 실무에 적용한 결과 가정간호 대상의 경우 52개, 방문간호 대상의 경우 53개로 추가해야 할 간호진단이 전문가 평가나 임상 평가에서 더 이상 나타나지 않아 포괄성이 있다고 판단된다. 또한 본 분류 체계에 제시된 53개 간호진단들은 우리 나라 가정간호 실무에서 사용되고 있는 43개의 가정간호 진단을 포함하고

있어 포괄성이 있다고 판단된다.

4) 상호 배타성

개별 진단들이 배타적이어야 하는데 본 도구에서 일부 간호진단의 경우 다른 간호 진단 범주에 해당되는 경우가 있거나 진단 간 구분이 명확하지 않아 배타성이 부족한 측면이 있다. 예로 사회적 상호작용과 적응, 부정 반응과 비효율적 대응, 기도 개방 유지 불능과 비효율적 호흡 양상, 보호자 역할 부담감과 가족의 비효율적 대응 등은 추후 연구를 통해 수정할 필요가 있다. 또한 많은 수의 간호진단 범주 분류는 간결하지 못하며(Kim, 1996), 배타성 유지가 어렵다. 간호진단 범주를 단순화 하는 것이 자료 분석과 의료 인력들 간의 의사소통을 용이하게 하고 사용하기 쉽다. 본 사정도구에서 제시한 30개 범주는 추후 연구를 통해서 상호 배타적인 명확한 영

<Table 1> Sensitivity, Specificity, Cohen,s Kappa value of Nusing Diagnoses

Self Care Domain	Nursing Diagnoses Components	Nursing Diagnoses	Kappa value	Validity		
				Sensitivity	Specificity	
Develop mental	1. Sanitation & residence environment	1) Impaired home maintenance management	0.775	0.954	0.860	
	2. Cognition	1) Altered thought processes	0.890	0.929	0.971	
		1) Anxiety	0.665	0.743	0.965	
	3. Emotion	2) Hoplessness	0.776	0.803	0.968	
		3) Powerlessness	0.605	0.583	0.965	
	4. Sexuality	1) Sexual dysfunction	0.709	0.800	0.976	
	5. Spiritual status	1) Spiritual distress	0.460	0.444	0.988	
	6. Role performance	1) Altered role performance	0.579	0.766	0.921	
		2) Caregiver role strain	0.812	0.895	0.945	
	7. Family function	1) Altered family processes	0.657	0.831	0.921	
		2) Negligence	0.859	0.968	0.980	
		3) Abuse	0.888	1.000	0.998	
	Health Devia tion	1. Non-compliance	1)Noncompliance(diagnostic test)	0.830	0.975	0.967
			2)Noncompliance(diet)	0.774	0.806	0.965
3)Noncompliance(fluid intake)			0.732	0.813	0.986	
4)Noncompliance(medication)			0.811	0.866	0.965	
5)Noncompliance(exercise)			0.778	0.821	0.969	
2. Technical procedure		1)Ineffective management of technical procedure	0.770	0.889	0.983	
		1)knowledge deficit(diagnostic test)	0.697	0.697	0.980	
3. Knowledge		2)knowledge deficit(diet/fluid intake)	0.689	0.581	0.995	
		3)knowledge deficit(disease process)	0.749	0.810	0.950	
		4)knowledge deficit(medication)	0.779	0.700	0.948	
	5)knowledge deficit(safety)	0.634	0.542	0.993		
4. Self-esteem	6)knowledge deficit(therapeutic regimen)	0.787	0.818	0.977		
	1)Self-esteem disturbances	0.837	0.879	0.953		
5. Coping (Adaptation)	1)Ineffective denial	0.467	0.700	0.972		
	2)Ineffective individual coping	0.722	0.800	0.956		
	3)Ineffective family coping	0.701	0.759	0.976		

(Table 1) Sensitivity, Specificity, Cohen,s Kappa value of Nursing Diagnoses(continued)

Self Care Domain	Nursing Diagnoses Components	Nursing Diagnoses	Kappa value	Validity	
				Sensitivity	Specificity
Universal	1. Respiratory	1) Ineffective airway clearance	0.912	0.966	0.990
		2) Ineffective breathing pattern	0.905	0.956	0.985
		3) Risk for aspiration	0.914	0.846	1.000
	2. Fluid volume	1) Fluid volume excess	0.878	0.950	0.990
		2) Fluid volume deficit	0.665	0.789	0.976
	3. Circulation	1) Altered tissue perfusion	0.731	0.881	0.897
		2) Decreased cardiac output	0.679	0.727	0.981
	4. Oral	1) Altered oral mucous membrane	0.836	0.918	0.959
	5. Nutrition	1) Altered nutrition: less than body requirements	0.774	0.858	0.915
		2) Altered nutrition: risk for morethan bodyrequire	0.888	0.955	0.990
	6 Elimination	1) Altered urinary elimination	0.872	0.957	0.936
		2) Constipation	0.849	0.933	0.940
		3) Bowel incontinence	0.857	0.950	0.988
		4) Diarrhea	0.862	1.000	0.991
	7. Musculoskeletal	1) Impaired physical mobility	0.811	0.979	0.795
		2) Activity intolerance	0.743	0.822	0.918
	8. Self-care deficit (ADL)	1) Mobility in bed	0.919	1.000	0.982
		2) Transfer	0.959	1.000	0.986
3) Locomotion in home		0.961	0.987	0.989	
4) Dressing upper body		0.932	0.971	0.984	
5) Dressing lower body		0.960	1.000	0.986	
6) Eating		0.931	0.965	0.987	
7) Toilet use		0.933	0.975	0.980	
8) Personal hygiene		0.800	0.961	0.931	
9) Bathing		0.822	0.990	0.915	
9. Sleep & rest	1) Sleep pattern disturbance	0.765	0.848	0.935	
	2) Diversional activity disturbance	0.557	0.847	0.743	
	3) Fatigue	0.763	0.903	0.905	
10. Comfort	1) Pain	0.801	0.917	0.897	
11. Social Interaction	1) Impaired social interaction	0.743	0.766	0.955	
	2) Social isolation	0.645	0.876	0.857	
12. Communication	1) Impaired verbal communication	0.904	0.963	0.964	
	1) Meal preparation	0.794	0.980	0.863	
13. Self-care deficit (IADL)	2) Ordinary housework	0.796	0.987	0.857	
	3) Managing finance	0.916	0.991	0.957	
	4) Transportation	0.850	0.965	0.915	
	5) Phone use	0.928	0.988	0.975	
	6) Shopping	0.886	0.974	0.948	
14. Infection	7) Managing medication	0.913	0.975	0.972	
	1) Risk for infection	0.743	0.722	0.975	
15. Skin integrity	1) Risk for impaired skin integrity	0.873	0.878	0.979	
	2) Impaired skin integrity	0.897	0.929	0.987	
16. Safety	1) Risk for injury	0.709	0.907	0.830	
17. Sensory	1) Visual alteration	0.882	0.967	0.957	
	2) Auditory alteration	0.848	0.961	0.966	
18. Health behavior	1) Altered preventive health care measure	0.769	0.880	0.908	
	2) Altered health promotion lifestyles	0.629	0.898	0.849	
	3) Altered health maintenance	0.608	0.906	0.929	

역으로 축소화 할 필요가 있다.

5) 배열 순서

각 간호진단 범주는 서비스 제공의 우선 순위 설정을 위해 배열 순서가 필요하다. 본 분류 틀은 어떤 자가간호 요구 영역의 진단 범주가 가장 우선 순위를 갖느냐에 대한 분석은 이루어지지 않았다. Jenny(1987)는 생명 유지에 즉각적으로 위협을 미치고 개인의 자의적 조절 능력을 벗어나기 쉬운 생리학적 균형 영역을 가장 낮은 단계로 두고, 환경 관리를 가장 상위영역으로 두어 간호의 우선 순위를 정했으나, 대상자가 처한 가정 환경이나 지지 체계, 개인의 역량에 따라 동일하게 구분 짓기는 어려운 부분이므로 추후 연구를 통해 개발해야 할 부분이라고 판단된다.

2. 간호진단 범주 및 간호진단

1) 간호진단 범주

본 도구에서 제시한 30개 간호진단 범주는 HHCC의 20개, 가정간호 사업소의 12개(박정호 외, 2001)를 포괄하고 있으나 OMAHA에서 제시한 수입, 성장/발달, 안전/산후, 가족계획은 포함하지 못하였다.

2) 간호진단

본 도구에서 제시한 53개의 간호진단을 우리 나라에서 운영중인 가정간호 사업소의 가정간호 문제 목록 70개와 비교한 결과 본 도구에 포함되지 않는 것은 '탈모'로 나타났는데 이를 피부 영역의 독립된 가정간호 문제로 넣어야 하는지는 추후 검토가 필요하다고 본다. 용어의 차이는 있으나 나머지 69개 문제는 포괄하고 있는 것으로 나타났다. 타 분류체계와 비교 시 자가간호 결핍 진단의 경우 광범위하여 임상적 적용이나 자원 소모 예측 시 도움이 되지 못해 본 연구에서는 자가간호 결핍을 세분화하였다.

기존 간호진단 분류체계에서 다루지 않았던 수단적 일상생활(IADL)의 경우 가정에 거주하는 대상자가 기본적으로 해결해야 하는 매우 중요한 부분으로 세분화하여 추가하였다. 기존의 건강유지 능력 변화 간호진단은 애매 모호하여 임상적용이 어려워 건강행위 진단 범주에 예방적 조치 부족, 건강증진 생활양식 변화, 건강유지능력 변화로 구분하여 추가하였다. 재가 환자간호에서 문제로 지적되는 방치, 학대와 의료 기기 등의 도구를 다

루는 데에서 나타나는 기술적 절차의 비효율성을 추가하였다. 지식부족 진단은 세분화하여 실무에서 간호중재시 교육내용에 대한 방향설정이 용이하도록 하였고 불이행 진단의 경우 자가간호 능력 향상에 중요한 간호중재 영역이 되므로 세분화하였다.

3) 가족간호 진단

본 사정 도구의 가족관련 진단은 14개로 Yun 등(1999)의 연구와 비교시 부부역할 장애, 부적절한 권력 구조와 비효율적 재정관리 등은 제시되지 않았는데 이는 타 분류체계의 경우도 유사하다. 진단 분류 체계들의 간호진단 간에 중복되는 현상이 보임을 알 수 있는데 예를 들면 본 사정도구에서 나타난 가족간호 진단 중 가족 기능장애의 경우 Yun 등(1999b)의 연구에서 가족 의사소통 장애, 부적절한 가족대처, 가족의 친밀감 부족과 유사함을 알 수 있다. 또 비효율적 가정관리는 부적절한 주위 환경, 부적절한 가정 위생 관리, 부적절한 주거관리 진단과 유사함을 알 수 있다. 따라서 추후 연구를 통해 분류된 가족현상 중 유사한 가족간호 현상은 묶거나 세분화하는 것이 타당하다고 본다.

VI. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 가정·방문간호 사업에 호환성 있게 사용될 수 있는 가정간호 요구 사정 도구를 개발하는데 그 목적이 있다. 연구 기간은 2000년 9월부터 2001년 11월까지이며 가정·방문 간호 대상 439명을 대상으로 하였다. 연구 방법은 가정간호 진단 분류 체계와 실무에서 사용중인 가정간호 기록부를 분석하여, 자가간호 개념을 근거로 전문가 타당성 검증, 실무적용을 통한 신뢰도·타당도 검증을 하였으며 결론은 다음과 같다.

1) 간호진단 분류체계 분석

NANDA, HHCC, OMAHA분류체계를 분석한 결과 49개의 간호진단 범주로 나타났다.

2) 가정간호 기록지 분석

가정간호 대상자 기록지를 분석한 결과 간호 진단 목록 수는 총 43개로 NANDA에서 제시한 진단 목록 98개 가운데 43.9%를 가정간호에서 사용하고 있는 것으로

나타났다.

3) 가정간호 요구 사정도구 개발을 위한 가정 간호진단 분류 틀

가정간호 대상은 개인과 가족이며 개인은 보편적, 발달적, 건강이탈 자가간호 요구를 갖고 가족과 상호작용한다. 가족은 의존적 간호를 제공하는 가족기능의 역할을 수행하면서 개인과 상호 작용을 통해 자가간호 수행 능력에 영향을 미치는 환경으로 작용한다.

자가간호 요구별 하부 구성요소는 간호진단 범주와 간호진단으로 구성된다.

자가간호 요구별 간호진단 범주와 간호진단 구성은 보편적 자가간호 요구에 18개 범주와 34개 간호진단, 발달적 자가간호에 7개 범주와 12개 간호진단, 건강이탈 자가간호에 5개 범주와 7개 간호진단으로 총 30개 범주, 53개 간호진단으로 이루어져 있다.

4) 자가간호 개념에 따른 간호진단 범주, 간호진단 증상·증후, 관련요인

간호진단 분류체계와 가정간호 기록지를 분석하여 진단 목록과 관련요인, 증상·증후를 작성하고 문헌고찰과 전문가 자문을 통해 간호진단을 추가하였다. 타당성 검증으로 진단 범주, 관련요인, 증상·증후에 대해 CVI 80%이상, DCV 0.5이상인 것만 선정하였다.

5) 예비 가정간호 요구 사정도구 개발

본 도구를 가정간호와 방문간호 대상 총 439명에게 적용한 결과 간호진단 범주 및 간호진단의 신뢰도는 각각 Cronbach's $\alpha = 0.8764, 0.9032$ 로 비교적 높게 나타났다. 간호진단의 일치도(Kappa값)는 0.460~1.000으로 나타나 진단 목록 일치도가 높음을 알 수 있었다. 민감도는 0.444 ~ 1.000, 특이도는 0.743 ~ 1.000의 범위를 갖는 것으로 나타났다.

6) 최종 가정간호 요구 사정 도구

가정·방문간호 대상자에게 적용 분석 결과를 토대로 다음과 같이 수정하였다.

① 일반적 특성의 경우 동거자 영역의 문항을 수정하였고, 대상자 상병상태의 경우 감각, 감염영역에 일부 문항을 추가하였으며 의식상태를 새로운 사정 영역으로 추가하였다. 치료영역, 지원 서비스의 경우에도 일부 항목을 각각 추가하였다.

② 간호진단은 보편적 자가간호 요구에서 호흡, 순환, 구강, 영양, 배뇨/배변, 근골격계, 수면과 휴식, 안전, 건강행위 범주의 해당 간호진단별 증상·증후 및 관련요인의 일부 수정 및 추가가 이루어졌다. 발달적 자가간호 요구의 경우 정서, 영적 상태, 가족기능 범주의 해당 간호진단에서, 건강이탈 자가간호 요구의 경우 불이행, 지식, 대응 범주의 해당 진단에 따른 관련요인, 증상·증후에 대한 수정 또는 일부 항목이 제거되었다.

③ 간호진단 최종 결과지의 경우 각 간호진단 별로 요구되는 방문 빈도를 기록하여 방문 요구도를 파악할 수 있도록 하였다. 자가간호 요구별 총계를 넣어 대상자나 가족 스스로 해결할 수 있는 간호진단과 방문 요구도 수준의 변화를 식별할 수 있도록 함으로써 가정간호 서비스의 과정 및 결과 평가에 활용할 수 있도록 하였다.

결론적으로 개발된 가정간호 요구 사정도구의 실무 적용시 종전 도구에 비해 간호진단 내리기가 용이하였고, 이를 토대로 간호계획 설정이 보다 용이해졌다고 판단된다.

2. 제언

① 실무적용을 통한 타당도, 신뢰도, 특이도, 민감도 측정으로 도구의 정련화 과정이 필요하다.

② 간호진단들의 개념 분석을 통한 간호진단 별 특성들의 포괄적 목록 제시가 필요하다.

③ 서비스 우선 순위 설정을 위해 간호진단 범주들의 우선순위에 대한 연구가 필요하다.

References

- Aydelotte, M. K., Peterson, K. H. (1987). Keynote address, Nursing taxonomies-state of art, Malane, A.M., edit, *Classification of Nursing Diagnosis: Proceedings of Seventh Conference*, Mosby, 1-16.
- Bohny, B. J. (1997). A Time for self-Care: Role of the Home Healthcare Nurse. *Home Healthcare Nurse*, 282 - 286.
- Fehring, R. J. (1987). Methods to validate nursing diagnosis. *Heart & Lung*, 16(6), 625-629.
- Gebbie, K. M., & Lavin, M. A. (1974). Classifying nursing diagnoses. *American*

- Journal of Nursing*, 74, 250-253.
- Han, K. J., Park, S. A., Ha, Y. S., Yun, S. N., Song, M. S. (1996). Research on Home Care Recording Sheet Development. *The J. of Korea Acad. Soc. of Home Care Nursing*, Vol.3, 5-38.
- Home Care Coalition (1995). *The Importance Role of Home Care in the Emerging Health Care Delivery System*. Alexandria, VA: author.
- Hwang, N. M. (2001). Description of Home Care service, *Workshop for 3rd Home Health service Preperation*. Home Care Nurse Association, 1-11.
- Jang, S. O. (1998). An Analysis of Family Nursing Research in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol. 28, No. 1. 104-116.
- Jenny, J. (1987). Classifying Nursing Diagnosis: A Self-care Approach. *Nursing & Health Care*, Feb, 83-88.
- Keating, S. B., Kelman, G. B. (1988). *Home Health Care Nursing. Concepts and Practice*. J.B. Lippincott Company.
- Kim, C. J. (1996). Development of a Conceptual Framework of Nursing from Selected Concepts of Nursing Diagnoses. *The J. of Korea Adult Nursing Academic Society*, Vol. 26, No.1, 177-191.
- Kim, H. J., Yoon, S. N. (1997). *Home Care. Community Health Nursing*. Soo Moon Sa.
- Kim, J. H. (1999). *The Analysis of Nursing Intervention Performed by Home Visiting Nurses-by Home Health care classification (HHCC)*. Master Thesis, The Graduate School of Ewha Woman's University.
- Kim, M. I., Cho, W. J., Kim, E. S., Kim, S. K., Chang, S. B. (1999). A Basic Research for Evaluation of a Home Care Nursing. *The J. of Korea Acad. Soc. of Home Care Nursing*, Vol.6, 33-45.
- Kim, S. L., Lee, K. Y. (1999). Visiting Nursing Activities Provided by Public Health Nurses in a Health Center. *The J. of Korea Acad. Soc. of Home Care Nursing*, Vol. 6, 56-65.
- Lee, J. K. (2000). *Comparison of NANDA and Home Health Care Classification System Application for Classification of Home Care Nursing Diagnoses in a General Hospital*. Master Thesis, Seoul National University.
- Ministry of Health and Welfare (2001). *Job Description of Home Care*.
- Park, H. A., Cho, I. S., Hwang, J. I., Choi, Y. H., Lee, H. Y., park, H. K. (1999). Standardization and Validity Study of Korea Nomenclatures of the Home Health Care Classification. *The J. of Korea Adult Nursing Academic Society*, Vol.11, No. 2, 252-266.
- Park, J. H., Hwang, N. M., Yun, S. N., Kim, M. J., Han, K. J., Hong, K. J., Park, S. A., Park, M. S., Park, Y. T., Chang, I. S., Huh, C. S. (2001). *Policy Directions for Establishment and Expansion of Home Nursing Care in Korea*, College of Nursing, Seoul National University, Korea Institute for Health and Social Affairs, Ministry of Health and Welfare.
- So, A. Y. (2001). Analysis on Nursing Diagnosis Classifications and Assessment Tools in Home care. *The J. of Korean Community Nursing*, Vol.12, No.1, 3-21.
- Sorgen, L. M. (1986). The Development of a Home Care Quality Assurance Program in Alberta. *Home Health Care Services quarterly*, 7(2), 13-28.
- Suh, M. H., Hur, H. K. (1998). Categorization of Nursing Diagnosis and Nursing Interventions Used in Home Care. *The J. of Korea Acad. Soc. of Home Care Nursing*, Vol.5, 47-60.
- Suh, M. J., Park, H. R., Kang, H. S., Kim, S. S., Shin, K. L., Kim, K. S., Kim, H. S. (1999). A Study on the Nursing Performance of the Home Care Nurses in Seoul. *The J. of*

korea Acad. Soc. of Home Care Nursing.,
Vol.6. 46-58.

Whitley, G. G. (1997). Three Phases of
Research in Validating Nursing Diagnoses.
Western Journal of Nursing Research, 19(3),
379-399.

Wilson, A. A. (1993). Measurable Patient
outcomes: Putting theory into practice.
Home Health Nurse, 6(6), 15-18.

Yoo, J. S., Kim, C. J., Shin, H. S. (2001).
Development of a Home Care Nursing
Management System for Computerization of
Home Care Nursing Practice. *The J. of korea
Acad. Soc. of Home Care Nursing.*, Vol.8,
No. 1, 62-73.

Yun, S. N., Park, J. H., Kim, M. J., Hong, K.
J., Han, K. J., Park, S. A., Hong, J. E.
(1999a). Development of Home Nursing Care
Classification and Home Nursing Care Costs
of the Free-Standing Home Nursing Care
Agency. *The J. of korea Acad. Soc. of Home
Care Nursing*, Vol. 6. 19-32.

Yun, S. N., Kim, H. S., Kwon, Y. S. et al.
(1999b). Development of Family Nursing
Phenomena in korea by Retrospective
Method of ICNP. *The J. of Korean
Community Nursing*, Vol.10, No. 2. 275-290.

Yun, S. N. (1996). Community-Based Home
Care. *International Home Care Nursing
Developmental Policy Conference: Celebrating
the 90th Anniversary of the College of
Nursing*. Yonsei University, 80-90.

Yun, S. N., Kim, H. S., Kwon, Y. S., et al.
(1999b). Development of Family Nursing
Phenomena in korea by Retrospective
Method of ICNP. *The J. of Korean
Community Nursing*, Vol.10, No. 2. 275-290.

Zielstorff, R. D. (1998). Characteristics of a

Good Nursing Nomenclature From an
Informatics Perspective. *Online Journal of
Issues in Nursing*.

- Abstract -

Development of a Home Care Need Assessment Tool* - Focused on Home Care Nursing Diagnoses based on Self Care -

So, Ae Young** · Cho, Byong Hee***

Objectives: The purpose of this study was to
develop a framework for home care and a Home
Care Need Assessment Tool.

Method

1. Identifying common domains in the
provision of home care.

2. Charts of 253 home care clients were
reviewed to obtain a classification of the nursing
diagnoses.

3. A focus group methodology was used to
develop the domains.

4. The tool was applied to 439 home care
clients. (Kappa value=0.460-1.000, sensitivity,
0.444-1.000; specificity, 0.743-1.000).

5. Some refinements and extractions of the
defining characteristics and related factors were
made based on the results of the focus group.

Results

Home Care Need Assessment Tool consists of
three parts:

-Part I : factors related to basic conditions

-Part II : a screening component that enables
home care nurses to assess 30 multiple domains

* Doctoral Dissertation

** Wonju National Junior College

*** School of Public Health, Seoul National University

of 53 nursing diagnoses.

-PartⅢ : summative nursing diagnoses and nursing need intensity for the clients.

Conclusion

This tool provides a comprehensive assessment

that helps the recognition of many strengths as well as problems of the clients. It will be usefully utilized in scheduling home care nursing plans and evaluating client outcomes.

Key word : home care nursing diagnosis, self care