

일개 종합병원중심 가정간호 간호진단분류를 위한 NANDA와 HHCC의 적용 비교*

이진경**·박현애***

I. 서론

1. 연구의 필요성

최근 노인인구의 증가, 질병양상의 변화, 의료기관의 병상 부족 등 여러 가지 의료환경의 변화로 인하여 가정간호의 필요성이 점차 증가되고 있다. 이처럼 가정간호의 필요성이 증가되고, 실제 가정간호 대상자와 서비스가 확대되어 가고 있지만, 가정간호 대상자의 주된 간호문제가 무엇인지 체계적으로 파악되지 못하고 있다. 간호문제를 체계적으로 파악하기 위해서는 표준화된 간호진단 분류체계가 필요한데, 간호진단 적용의 효과에 대한 다양한 연구결과에도 불구하고 아직도 임상현장에서는 간호진단이 제대로 적용되지 않고 있는 실정이며, 사용하는 데에 여러 가지 문제점이 제기되고 있다.

우리나라에서 간호진단의 활용을 저해하는 여러 가지 문제 중 하나는 미국에서 개발된 간호진단이 우리나라 의료상황에서 적용 가능한 지에 대한 조사 없이 그냥 사용되고 있는 점이다. 다시 말해서, 사회문화적 배경이 다른 미국에서 개발된 간호진단을 우리나라에서 적용하기 위해서는 간호진단이 우리의 실정에 맞는 것인지, 그리고 각 진단의 구성요소로 포함된 관련 요인 및 특성(증상/징후)들이 우리나라 환자에게도 나타날 수 있는 현

상인지를 검증할 필요가 있다(최영희, 이향련, 김혜숙, 김소선, 박광옥, 1996a).

현재 우리나라 임상에서 간호진단을 분류하는데 주로 사용되는 NANDA Taxonomy I은 급성 환자 간호환경에 초점을 둔 간호문제를 서술하는데 필요한 용어를 제시하고 있어 대상 모집단이 지역사회 주민인 가정간호에 적합하지 않을 수 있다. 한편, 가정간호 서비스를 코딩하고 범주화하기 위한 새로운 틀과 구조를 제공하기 위해 대규모의 가정간호 대상자로부터 수집된 자료를 이용하여 개발된 Home Health Care Classification(이하 HHCC)은 NANDA의 간호진단 리스트에 부가적인 가정간호 진단을 포함하도록 개발되었기 때문에 병원 입원 치료의 연장이라는 우리 나라 병원 중심 가정간호의 실정과 잘 부합될 것으로 사료된다.

따라서 종합병원 중심의 가정간호 문제를 분류하는데 있어서 임상에서 주로 사용되는 NANDA와 가정간호 관련 서비스를 서술할 목적으로 개발된 HHCC의 적용 가능성을 살펴보고 문제점을 보완하여 우리나라에 적합한 가정간호 진단 분류체계를 개발할 필요가 있다.

2. 연구의 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

* 본 논문은 2000년도 서울대학교 간호대학 석사학위 논문임.

** 한국보건산업진흥원 연구원

*** 서울대학교 간호대학 부교수

- 1) 종합병원 가정 간호 대상자의 문제를 NANDA와 HHCC의 간호진단 분류체계를 이용하여 그 빈도를 조사한다.
- 2) NANDA와 HHCC의 간호진단 분류체계에 포함되지 않는 대상자의 문제를 규명하고 비교하여 NANDA와 HHCC의 적용가능성을 평가한다.

3. 용어 정의

1) 간호진단 분류체계 : 간호 서비스를 제공하게 된 현상을 반영하는 환자의 건강 상태와 관련되어 정리된 일련의 지표를 말한다. 본 연구에서는 이향련, 최영희, 김혜숙, 박현애, 박현경(1998)과 박현애 외(1999)의 연구에서 한글 명명화하여 타당성을 조사한 바 있는 NANDA Taxonomy I과 HHCC 간호진단 분류체계를 말한다.

II. 문헌 고찰

1. 간호진단 분류체계

우리나라에서 간호진단과 관련된 연구는 1980년부터 이루어져 왔으며, 간호진단을 적용한 간호과정을 간호교육과정에서 중요한 개념으로 다루어 왔고 임상실무에서도 이의 적용을 위해 많은 노력을 해오고 있다. 간호진단과 관련된 연구의 주류를 보면, 간호진단 분류에 관한 것(김복순, 1986; 김영희, 1995; 김정엽, 1980; 박경숙, 1989; 배영숙, 1994; 민순, 1995; 원경애, 1989; 조정호, 1994; 최영희 외, 1996a)이 대부분이었으며, 그 다음으로 간호진단별 증상, 징후의 규명과 타당성에 관한 연구(김혜영, 1995; 박경숙, 황복녀, 1991; 박명희, 1988; 박윤희, 1987; 조애란, 1987), 간호진단의 임상적용 현황(박신애 외, 1989) 및 효과분석에 관한 연구(박영숙, 1990; 이향련 외, 1989; 전춘영, 임영신, 김용순, 박지원, 조금숙, 1990) 및 간호사정 도구 개발에 관한 연구(양점자, 1995), 간호 진단의 한글 명칭에 대한 타당성을 조사한 연구(최영희 외, 1996b; 이향련 외, 1998; 박현애 외, 1999) 등이었다.

간호진단의 적용에 따른 효과가 제시되고 간호진단이 실제적이고 과학적인 접근이라는 다양한 연구결과에도 불구하고 아직도 임상현장에서는 간호진단이 제대로 적용되지 않고 있는 실정이며, 간호진단을 사용하는 데에

많은 문제점이 제기되고 있다. 여러 가지 문제 중에서 미국에서 개발된 간호진단이 우리나라 의료상황에서 적용 가능한 지에 대한 조사 없이 그대로 우리 문화에 적용됨으로 인해 임상에서 간호진단이 일관성 있게 사용되지 못하고 있는 점이 지적되었다(이향련, 1995).

1970년대 이후 여러 종류의 간호진단 분류체계가 개발되었는데, 본 연구에서는 이 중 NANDA Taxonomy I과 Home Health Care Classification System에 대해서 살펴보고자 한다.

NANDA(North American Nursing Diagnosis Association)에서는 1973년부터 근간이 되는 이론적 토대 없이 경험에 근거하여 간호진단을 구축하기 시작하였는데, 진단은 참가자의 투표로 채택되었으며 알파벳 순서로 열거되어 4단계의 기간(간헐적, 만성, 급성, 잠재적)과 4가지 병인론(해부학적, 생리학적, 정신적, 환경적)의 관점으로 보고되었다. 그 후 시간이 지나면서 개념적 틀이 개발되고 Rogers와 Roy의 이론에 영향을 받았다.

NANDA의 간호진단 분류체계는 추상성에서 6단계까지로 나뉘어져 있으며 가장 추상적인 단계로 인간의 반응양상을 체계의 조직 틀로 제공하고 있다. 여기에는 선택, 의사소통, 교환, 감정, 지식, 기동, 인지, 관계, 가치의 9개 인간반응양상이 포함되어 있다. 제 2단계의 수준에는 8개, 3단계는 38개, 4단계는 51개, 5단계는 26개, 6단계는 5개의 범주가 있으며, 현재 128개의 간호진단 분류를 가지고 있다(박현애, 김정은, 1998).

제1단계 인간반응양상

(Human Response Pattern)-----9개

제 2단계 진단명(label)-----8개

제3단계 진단명(label)-----38개

제 4단계 진단명(label)-----51개

제5단계 진단명(label)-----26개

제6단계 진단명(label)-----5개

NANDA는 제 1단계의 인간 반응 양상을 제외하고 2 단계부터 6단계까지가 모두 진단명으로, 6단계의 수준에서 내려진 진단명은 2-5단계의 다른 진단명으로도 분류될 수 있기 때문에 상호 배타적이지 않다. 또한 9개의 인간 반응 양상이 너무 추상적이고 모호하여 간호문제의 초점을 맞추기 어렵다는 단점을 가지고 있다(김용순, 1995). NANDA는 개발이 실제 대상자 자료가 아닌 전

문가의 합의로 이루어졌기 때문에 진단의 타당성에 대한 조사 작업이 아직도 임상에서 진행중인 실정이며 급성 환자 간호 환경에 초점을 둔 간호진단을 서술하는데 필요한 용어를 제시하고 있어 지역사회 가정간호 대상자에게는 그 적용성이 별도로 검토될 필요가 있다.

HHCC는 가정간호를 필요로 하는 Medicare 대상자의 간호 및 다른 의료서비스의 요구도를 예측하고 결과를 측정하기 위해 대상자를 사정하고 분류할 목적으로 Georgetown 대학의 간호대학에서 1988년부터 1991년 사이에 개발되었다(Saba, 1992). 이 연구 프로젝트에서는 646개의 가정 간호 사업소에서 퇴원한 8961명의 medicare환자들로부터 자료를 수집하였다. 입원에서 퇴원까지 각 환자의 전체 체원 과정과 가정간호 자원요구의 가능성 있는 예측인자로 고려되는 모든 관련 변수-인구학적, 환자간호 서비스, 방문 자료, 퇴원자료가 수집되었고, 이 자료를 분석하여 새로운 분류체계를 개발하게 되었다(Saba, 1992).

이러한 서술식 반응들을 코드화하고 분류하기 위해서 환자로부터 수집된 서술식 문장을 컴퓨터가 처리하는 전략이 개발되었는데, 간호 진단과 간호 중재를 위한 진술들이 공통 용어를 결정하기 위해 전산화된 데이터베이스에 입력되면 "주요어 분류"를 사용하여 유사한 용어가 분류되고 집락화되었다(Saba, 1992).

이러한 과정을 통해 20개의 가정간호 요소가 간호진단과 간호중재를 분류하고 기호화하기 위해 개발되었고 146개의 간호진단이 20개의 요소에 포함되었다. HHCC는 이 20개의 가정간호 요소로부터 더 구체적인 단계로 내려가는 4단계로 구성되어 있다(Saba, 1992).

제 1단계	요소(Component)	20개
제 2단계	대분류(major category)	50개
제 3단계	하부 분류(subcategory)	96개
제 4단계	수식 어구(modifier)	3개

20개의 요소는 활동, 배변, 심장, 인지, 대응, 체액, 건강행위, 투약, 대사, 영양, 신체 조절, 호흡, 역할관계, 안전, 자가간호, 자아개념, 감각요소, 피부, 조직관류, 배뇨 등이다. 50개로 나누어진 대분류는 정상에서 벗어난 이상 상태를 나타내고 96개로 구성된 하부분류는 정상에서 벗어난 이상상태의 특성을 말하며, 세개로 나누어지는 수식어구는 결과를 나타낸다(박현애, 김정은, 1998).

HHCC는 개발 당시 NANDA 목록을 전부 포함하면서 NANDA의 간호진단 리스트에 부가적으로 가정간호에 적합한 문제를 포함하도록 적용, 개정, 확대되었기 때문에 NANDA 간호진단보다 더 포괄적이다.

HHCC는 미국에서 가정간호 서비스의 요구도를 예측하고 결과를 측정하여 가정간호의 수가체계를 마련하기 위해 개발되어 현재 널리 사용되는 분류체계이지만, 우리나라에서 아직까지 그 유용성이 전혀 검증되지 않았기 때문에 HHCC의 유용성에 대한 연구가 앞으로 필요하다.

NANDA와 HHCC 간호진단을 비교한 결과는 NANDA와 HHCC의 간호진단 용어가 동일한 경우는 77개, 비슷한 용어이거나 포함관계에 있는 경우는 HHCC는 50개, NANDA는 32개였다. 간호진단이 다른 경우, NANDA에는 없고 HHCC에만 있는 경우는 20개, HHCC에는 없고 NANDA에만 있는 경우는 19개였다. 이 19개의 간호진단 중 13개의 간호진단은 1997년 이후에 추가된 것으로 이를 제외하면 HHCC에는 없고 NANDA에만 있는 간호진단은 6개에 불과했다<표1 참조>. 이는 HHCC가 개발당시 NANDA의 간호진단 리스트를 포함하여 개발되었기 때문이다.

<표 1> NANDA와 HHCC 간호진단 비교

HHCC에만 있고 NANDA에는 없는 경우(20개)	
소화기계장애	매복변
체액과다 위험성	피부절개
내분비장애	비사용증후군
영양부족위험성	투약위험성
기타감염	복수투약
신장장애	대뇌장애
근골격계장애	건강추구 행위장애
혈압변화	임종과정
말초순환장애	일상활동장애
면역장애	복합적/복잡한 일상활동장애
심혈관계장애	
HHCC에는 없고 NANDA에만 있는 경우(19개)	
말초 신경혈관기능 장애 위험성	영아의 조절불능 행동 위험성
상황관단력 상실 증후군	부모자녀 애정변화의 위험성
뇌내압의 적응력 저하	영아의 행동조절 증진
에너지 교류장애	효과적 모유수유
조직손상	가족대응의 발전 가능성
치료요법의 비효율적 관리: 가족	치료요법의 효율적 이행: 개인
치료요법의 비효율적 관리: 지역사회	지역사회 적응증진
환경변화 부적응 증후군	건강추구 행위
외로움의 위험성	영적건강증진
영아의 조절불능 행동	

NANDA와 HHCC는 각각 서로에 포함되지 않는 고유한 간호진단을 가지고 있었고 그 외에 NANDA에는 임상에서만 적용될 수 있는 간호진단이 더 포함되었고, HHCC에는 의학적 증상이나 원인에 해당하는 간호진단이 더 포함되었다. NANDA의 간호진단은 의학적 증상이나 원인은 포함되어 있지 않은데, 이러한 점을 보완하기 위해 1997년 Carpenito가 collaborative problems이라는 용어를 개발하였다. NANDA의 12차 간호진단목록에는 지역사회나 가족을 대상으로 하는 간호진단이 추가되어 이제 더 이상 HHCC가 NANDA보다 가정간호 중심의 간호문제를 진단내릴 수 있는 간호진단을 더 포함하고 있다고 할 수는 없다.

2. 국내 가정간호 진단 연구

가정간호 진단에 대한 연구는 대부분이 지역사회 중심이 아닌, 병원에서 퇴원한 환자를 대상으로 이루어졌다. 특정 간호진단 분류체계를 사용하지 않고 뇌졸중, 뇌척수 손상 입원 환자를 대상으로 간호문제 용어를 수집하여 분류한 추수경(1991)의 연구에서는 대상자의 과반수 이상이 배뇨, 마비, 경축, 이동 등의 문제를 가지고 있었고, 신체문제를 각 계통별로 볼 때 근골격계의 문제가 가장 많았으며, 가정간호 사업 대상자가 가지고 있는 평균 건강 문제는 11.1개였다. 최연순, 김대현, 서미혜, 김조자, 강규숙(1992)은 30명을 대상으로 퇴원후 3개월 동안 가정방문을 제공하면서 Gordon의 11가지 기능적 건강 양상과 간호문제 용어를 사용하여 확인된 간호진단을 분류하였는데, 불이행, 피부손상, 잠재적 손상, 기동성 장애의 순으로 간호진단이 많이 나타났다.

서미혜, 이해원, 전춘영(1995)은 신경 근골격계 문제 혹은 폐문제를 가진 가정간호 대상자의 간호진단 및 간호중재를 분석했는데, 간호문제는 Gordon의 기능적 건강 양상과 NANDA 간호진단분류체계로 분류하였다. 가장 빈도수가 높은 간호진단은 기동성 장애였고, 그 다음으로는 부적절한 호흡, 영양장애, 피부상대(욕창), 가스교환 장애, 배뇨기능 장애, 자가간호 부족, 배변기능 변화(변비), 수면장애, 감염 가능성, 체액량의 변화, 활동내구성 결여, 성생활의 변화 순이었다. 서문자, 김금순, 김명애, 김인자, 손행미(1996)는 만성 신경, 근골격계 질환으로 퇴원한 환자를 대상으로 가정간호 적용의 효과를 조사하였는데, 50% 이상이 건강유지 장애, 기동성 장애, 감염 잠재성, 가정관리 유지장애의 간호문제를

가지고 있었다.

김혜영(1995)은 뇌혈관 질환을 가진 가정간호 대상자에게 나타나는 간호진단을 규명하였는데, NANDA의 간호진단 분류 목록에 있는 것이 10개(불용증후군의 고위협성, 신체기동성의 장애, 피부통합성의 장애 : 욕창, 비효과적인 기도청결, 기도흡인의 고위협성, 감염의 고위협성 : 호흡기, 자가간호결핍 : 목욕/위생, 가족의 대처 : 부분적 기능장애, 외상의 고위협성, 영양부족)였고 나머지 4개의 진단(가족의 불안, 간호제공자의 피로, 부적절한 위관관리 및 위관영양)은 가정간호 상황에서만 내려질 수 있는 새로운 간호진단으로 NANDA의 분류체계에 포함되어 있지 않았다.

이와 같이 우리나라의 가정간호진단과 관련된 연구는 가정간호 대상자의 간호 문제 규명과 그 빈도 조사로 이루어지고 있지만, 이들 각각의 연구는 표준화된 분류기준 없이 문제를 나열하거나 서로 다른 분류 기준을 사용하고 있어 연구간에 비교와 자료의 축적이 어렵다. 또한 가정간호문제를 분류하는데 급성간호 환경에서 발생하는 간호문제를 분류할 목적으로 개발된 NANDA 분류체계를 주로 사용하여 이루어졌다.

III. 연구 방법

본 연구는 일개 종합병원 중심 가정간호의 간호진단 분류를 위한 NANDA와 HHCC 분류체계의 적용가능성을 비교하고자 실시한 조사연구로 서울시내에 위치한 일개 종합병원에서 실시하는 가정간호 서비스 수혜자 중에서 1999년 6월 1일부터 7월 31일까지 가정간호가 종료된 대상자 249명을 대상으로 자료수집하였다.

연구도구는 NANDA에서 개발하고 이향련 외(1998)의 한글 명명화에 대한 타당성 연구에 의해 표준화된 NANDA의 간호진단 목록과 Saba에 의해 개발되고 박현애 외(1999)의 한글 명명화에 대한 타당성 연구에 의해 표준화된 HHCC 간호진단 목록을 사용하였다.

자료는 연구자가 개발한 설문지를 이용하여 수집하였다. NANDA와 HHCC의 간호진단 목록은 대상 환자의 차트를 연구자가 검토하여 가정간호사가 내린 간호진단과 기술된 문제를 NANDA와 HHCC의 분류체계에 근거하여 체크하였다.

간호진단이나 문제로 기술되어 있지 않은 경우라도 간호중재를 하였거나 간호사정난에서 유추할 수 있는 문제는 간호진단에 포함하였다. 간호진단을 내릴 때에는 추

상성이 가장 낮은 단계의 진단명을 우선적으로 선택하고 해당진단명이 없는 경우에 더 높은 단계의 진단명을 선택하였다. NANDA와 HHCC에서 해당 진단명이 없는 경우는 기타란에 서술하여 진단 분류에 포함되지 않는 대상자 문제를 규명하도록 하였다.

HHCC 분류체계의 경우는 대분류에만 포함되고 소분류가 없는 문제를 규명하였다.

수집된 자료는 EXCEL 97' 프로그램을 이용하여 가정간호사와 가정방문 대상자의 일반적 특성은 실수와 평균, 백분율을 구하고, 간호진단은 빈도와 백분율을 구하였다.

IV. 연구 결과

1. 가정간호 대상자의 일반적 특성

본 연구에서 자료수집한 249명의 가정간호대상자의 특성은 <표 2>와 같다.

대상자의 성별은 여자가 76%로 남자보다 훨씬 많았으며 평균 연령은 48세로 15세에서 88세의 분포를 보였으며 20세에서 49세가 57%를 차지해 노령 인구보다는 청장년층의 인구가 높은 비율을 차지하였다.

가정방문 시작부터 종결시까지의 기간은 평균 14.9일, 총 가정방문 회수는 평균 4회, 평균 방문 주기는 2.7일이었다. 1회로 가정방문이 종결된 대상자가 44%였고, 10회 이상 가정간호가 지속된 대상자는 8%로 나타나 단기 가정간호 종결환자가 많았다. 가정방문시 소요시간은 30-60분이 67%로 가장 많았다.

가정간호 종결사유로는 의뢰문제 해결이 70%로 가장 많았고, 그 다음으로는 입원 11%, 환자사망 4%, 서비스 거부 3%, 관할지역 전출 2% 순이었다. 종결시 상태로는 완쾌가 55%, 상태유지가 22%, 호전안됨이 6%를 차지하였다.

대상자의 한국표준질병사인 분류(KCD-10)에 의한 진단명은 <표 3>과 같다. 임신, 출산 및 산욕이 69명으로 가장 많았고, 두 번째는 악성 신생물, 세 번째는 양성 신생물이 많았다. 비뇨생식기계의 질환, 근골격계 및 결합조직의 질환, 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과, 내분비, 영양 및 대사질환, 신경계의 질환, 정신 및 행동장애, 순환기계의 질환, 호흡기계의 질환, 소화기계의 질환은 그 빈도가 매우 낮아 본 연구에서는 다빈도 의학진단인 임신, 출산 및 산욕, 악성 신생물, 양성 신생물을 가진 대상자 166명만을 대상으로 간호진단을 분석

하였다.

<표 2> 가정간호 대상자의 일반적 특성

(n=249)

특 징	구 분	인원수(명)	백분율(%)
성 별	남	59	23.7
	여	190	76.3
연 령	20세미만	3	1.2
	20-29세	37	14.9
	30-39세	62	24.9
	40-49세	42	16.9
	50-59세	27	10.8
	60-69세	39	15.7
	70-79세	31	12.4
	80세 이상	8	3.2
가정방문 기간	1일	110	44.2
	2일-1주	42	16.9
	1주-1개월	61	24.5
	1달-3개월	27	10.8
	3개월-6개월	7	2.8
	6개월 이상	2	0.8
가정방문 회수	1회	110	44.2
	2-5회	89	35.8
	5-10회	30	12.0
	10-30회	18	7.2
	30-회 이상	2	0.8
방문시 교통소요시간	30분 이내	47	18.9
	30-60분	167	67.1
	60-90분	28	11.2
	90분 이상	5	2.0
	알 수 없음	2	0.8
가정간호 종결사유	의뢰문제 해결	174	69.9
	입원	26	10.5
	환자사망	11	4.4
	서비스 거부	8	3.2
	관할지역 전출	5	2.0
	기타	7	2.8
	알 수 없음	18	7.2
종결시 상태	완쾌	137	55.0
	상태유지	54	21.7
	호전 안됨	15	6.0
	사망	11	4.4
	기타	4	1.6
	가망 없는 종결	3	1.2
	알 수 없음	25	10.1

<표 3> 가정간호 대상자의 진단명 (n=249)

진 단 명	인원수(명)	백분율(%)
임신, 출산 및 산욕	69	27.7
약성 신생물	64	25.7
양성 신생물	33	13.3
비뇨생식기계의 질환	19	7.6
혈액 및 조혈기관의 질환	17	6.8
근골격계 및 결합조직의 질환	14	5.6
손상, 중독 및 외인에 의한	14	5.6
특정 기타 결과		
내분비, 영양 및 대사질환	9	3.6
신경계의 질환	4	1.6
정신 및 행동 장애	2	0.8
순환기계의 질환	2	0.8
호흡기계의 질환	1	0.4
소화기계의 질환	1	0.4

2. NANDA 간호진단 분류체계에 의한 가정간호진단 분석

대상기관의 가정간호 대상자의 NANDA 간호진단별 빈도수는 <표 4>와 같다. NANDA의 총 128개 간호진단 중 36개(28%)의 간호진단이 나타났다.

가장 많은 빈도를 차지한 간호진단명은 지식부족이었고, 그 다음으로는 감염 위험성, 성장발달장애, 영양부족, 통증, 설사, 만성통증, 피부 손상과 피부 손상 위험성, 변비, 불안, 고체온, 비효율적 호흡양상, 신체상 장애 순이었다. 나머지는 1%미만의 낮은 빈도를 보였다.

전체 대상자의 총 463건의 간호문제 중 385건(83.15%)의 대상자 문제가 NANDA 간호진단 분류체계에 진단내려질 수 있었고 78건은 NANDA 간호진단 목록에 포함되지 않았다. 이 78건의 간호진단은 오심, 구토, 영양부족 위험성, 식욕부진, 부종, 임종과정, 혈당조절장애, 비통/슬픔, 기타 감염, 비사용증후군이었다<표 5>.

<표 4> NANDA 간호진단별 가정간호진단 빈도 (n=166)

양 상	간 호 진 단	빈도수	백분율(%)
교 환	영양부족	24	6.23
	감염 위험성	101	26.23
	고체온	4	1.04
	변비	5	1.30
	설사	12	3.12
	변실금	1	0.26
	배뇨장애	1	0.26
	소변정체	1	0.26

<표 4> NANDA 간호진단별 가정간호진단 빈도 (계속) (n=166)

양 상	간 호 진 단	빈도수	백분율(%)		
교 환	배뇨장애	1	0.26		
	소변정체	1	0.26		
	조직관류변화				
	(구체적으로) :신장, 뇌조직, 심폐조직, 위장관, 말초	1	0.26		
	체액과다	1	0.26		
	체액부족 위험성	2	0.52		
	기도개방유지불능	1	0.26		
	비효율적 호흡양상	4	1.04		
	신체손상 위험성	1	0.26		
	방어능력저하	2	0.52		
관 계	구강점막변화	1	0.26		
	피부손상	6	1.56		
	피부손상 위험성	6	1.56		
	사회적 고립	1	0.26		
	피로	1	0.26		
	수면 장애	1	0.26		
	기 동	연하 장애	1	0.26	
		비효과적 모유수유	2	0.52	
		성장발달 장애	38	9.87	
		신체상 장애	4	1.04	
상황적 자존감 저하		1	0.26		
인 지		감각/지각 변화			
		(구체적으로) : 시각, 청각, 운동감각, 미각, 촉각, 후각	3	0.78	
		결망감	3	0.78	
		무력감	1	0.26	
		지 식	지식부족	115	29.87
	사고과정 장애		1	0.26	
	통증		22	5.71	
	만성통증		10	2.60	
	감 정		슬픔의 기대반응	1	0.26
			불안	5	1.30
두려움			1	0.26	

<표 5> NANDA 간호진단 분류체계에 포함되지 않는 간호진단 (n=166)

간 호 진 단	빈 도 수	백 분 율 (%)
오심, 구토	34	43.59
영양부족 위험성	14	17.95
식욕부진	7	8.97
혈압저하	7	8.97
부종	6	7.69
임종과정	3	3.85
혈당조절장애	3	3.85
비통/슬픔	2	2.56
기타감염	1	1.28
비사용증후군	1	1.28
계	78	100.0

3. HHCC 간호진단 분류체계에 의한 가정간호진단 분석

대상 기관의 가정간호 대상자의 HHCC 간호진단별 빈도수는 <표 6>과 같다.

총 146개의 간호진단 중 54개의 간호진단이 나타나고, 이 중 1% 이상을 차지한 다빈도 간호진단은 감염 위험성, 지식부족, 치료와 관련된 지식부족, 성장발달 장애, 소화기계 장애, 영양부족, 기타통증, 말초순환 장애, 영양부족 위험성, 실사, 피부통합성 장애, 만성통증, 피부손상과 피부손상 위험성, 변비, 불안 순이었고 나머지는 1% 미만으로 빈도가 적었다.

환자의 간호문제 중에서 HHCC의 간호진단 분류체계에 포함되지 않는 간호진단명은 없었다.

<표 6> HHCC 간호진단별 가정간호진단 빈도 (n=166)

요소	간 호 진 단	빈도수	백분율(%)
활동	피로	1	0.22
	수면장애	1	0.22
배변	변실금	1	0.22
	변비	5	1.08
	실사	12	2.59
	소화기계장애	36	7.78
심장	혈압변화	2	0.43
	지식부족	62	13.39
인지	진단검사와 관련된 지식부족	1	0.22
	식이와 관련된 지식부족	4	0.86
	질병과정과 관련된 지식부족	2	0.43
	투약과 관련된 지식부족	5	1.08
	치료와 관련된 지식부족	41	8.86
대응	사고과정장애	1	0.22
	임종과정	3	0.65
체액	체액부족위험성	2	0.43
	체액과다	1	0.22
건강행위	성장발달장애	38	8.21
대사	내분비장애	3	0.65
	방어능력저하	2	0.43
영양	영양부족	24	5.18
	영양부족위험성	14	3.02
신체조절	고체온	4	0.86
	감염위험성	101	21.81
	기타감염	1	0.22
호흡	기도개방유지불능	1	0.22
	비효율적호흡양상	4	0.86
역할관계	비통/슬픔	2	0.43
	슬픔의 기대반응	1	0.22
	사회적고립	1	0.22

<표 6> HHCC 간호진단별 가정간호진단 빈도(계속) (n=166)

요소	간 호 진 단	빈도수	백분율(%)
안전	손상위험성	1	0.22
	비사용증후군	1	0.22
자가간호	비효과적모유수유	2	0.43
	연하장애	1	0.22
자아개념	불안	5	1.08
	두려움	1	0.22
	절망감	3	0.65
	무력감	1	0.22
	신체상장애	4	0.86
감각	상황적자극심저하	1	0.22
	감각지각변화	1	0.22
	청각장애	1	0.22
	운동감각장애	1	0.22
	급성통증	2	0.43
	만성통증	10	2.16
	기타통증	20	4.32
	피부통합성장애	10	2.16
	구강점막손상	1	0.22
	피부손상	6	1.30
피부통합	피부손상위험성	6	1.30
	말초순환장애	6	1.30
	조직관류	1	0.22
조식관류	조직관류변화	1	0.22
	배뇨	1	0.22
배뇨	배뇨장애	1	0.22
	소변정체	1	0.22

4. NANDA와 HHCC 간호진단 분류체계에 의한 가정간호진단 비교분석

대상기관 가정간호 대상자에게 내려진 총 463건의 간호문제 중에서 HHCC는 463건의 간호문제 모두를 포함하였고, NANDA는 385건을 포함하여 NANDA에 없는 간호문제 78건(16.85%)을 HHCC가 더 포함하는 것으로 나타났다.

HHCC에 있지만 NANDA에는 없는 간호진단은 소화기계 장애, 혈압변화, 임종과정, 내분비장애, 말초순환장애, 영양부족 위험성, 기타감염, 비통/슬픔, 비사용 증후군이었다.

V. 논 의

대상기관 가정간호 대상자가 가진 총 463개의 간호문제 중에서 HHCC는 463개의 간호문제 모두를 진단내릴 수 있었고, NANDA는 385개의 간호문제를 진단내릴 수 있어서 HHCC는 NANDA에 없는 간호문제 78개를

더 포함하였다. 이는 HHCC가 실제 대상자 자료로부터 개발되어 NANDA 보다는 용어의 수준이 구체적이며 증상까지를 포함하고 있는 이유도 있으나, NANDA에 포함되지 않은 간호진단이 가정간호 상황에서만 나타날 수 있는 고유한 간호문제는 아니어서, 기록지 검토라는 자료수집 방법으로 찾아낼 수 있는 간호문제의 수준이 제한적이었기 때문에 나타난 결과라고도 할 수 있다. 이처럼 HHCC와 NANDA 간호진단 분류체계의 적용성 비교는 본 연구에서 수집된 자료만 가지고는 판단하기가 어렵다. 그러나 HHCC의 요소는 NANDA의 인간반응양상보다 그 용어가 구체적이고 뜻이 명확하여 사용하기 편리하며, 또한 가정간호 수가화와 전산화를 용이하게 하는 코드 구조를 가지고 있으며, 간호요소 안에서 간호진단, 중재, 결과에 이르는 간호과정의 단계를 분류체계 안에 모두 포함하고 있다는 장점이 있다. NANDA에 포함되지 않는 대상자 문제가 NANDA 간호진단의 관련요인으로 포함되어 분류되어질 수 있기는 하지만, 6단계의 추상성의 수준에서 더 하위수준인 관련요인까지로 내려가야되는 복잡성의 문제가 있다. 따라서 가정간호 진단 분류에 어떤 분류체계가 더 유용하다는 단정은 내릴 수 없으나, 실용성 면에서 HHCC가 더 유용한 것으로 생각된다.

VI. 제 언

- 1) 본 연구 대상기관의 가정간호 서비스 수혜자는 노인 보다는 젊은 층의, 장기간호보다는 수술후 처치나, 기타 처치 등을 위한 단기간의 간호를 필요로 하며, 가정간호의 목적이 병상회전을 증가의 목적이 많은 제한된 대상자이므로 간호진단 분류체계의 유용성을 조사하기 위해서는 다양한 가정간호 서비스 수혜자를 대상으로 하는 반복 연구가 필요하다.
- 2) 본 연구에서는 HHCC 간호진단에 대해 연구하였으나 간호중재를 함께 분석하여 HHCC 전반에 대한 평가를 함께 한 연구가 필요하다.
- 3) 환자 기록지를 보고 진단내리는 후향적인 방법으로는 확인할 수 있는 간호진단의 범위가 제한적이므로 직접 가정방문시 NANDA와 HHCC 분류체계에 근거하여 진단내리는 전향적인 방법의 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

- 김복순 (1986). 간호기록 분석에 의한 성인환자의 간호진단 확인연구. 중앙대학교 대학원 석사학위논문.
- 김영희 (1995). 심장질환 환자의 간호진단 분류. 대한간호, 34(1), 58-59.
- 김정엽 (1980). 간호기록상에 나타난 간호진단과 간호수행에 대한 분석적 연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 김혜영 (1995). 뇌혈관질환자와 관련된 간호진단 및 간호진단별 특성 규명파 타당성 조사연구-가정간호 대상자를 중심으로. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 민순 (1995). 간호학생이 내린 간호진단 분석에 관한 연구. 대한간호학회지, 25(3), 457-471.
- 박경숙 (1989). NANDA 간호진단 분류체계를 이용한 간호진단 분석 연구. 중앙대학교 대학원 석사학위논문.
- 박경숙, 황복녀 (1991). NANDA 간호진단 분류체계를 이용한 수면장애, 신체적 운동장애, 부적절한 기도유지 진단의 적용에 관한 연구. 한국의과학, 23(1), 146-157.
- 박명희 (1988). 파민성 속 환자의 간호진단 적용사례. 대한간호, 27(5), 59-65.
- 박신애, 강현숙, 문희자, 김광주, 이향련, 조미영, 조결자, 김윤희, 김귀분 (1989). 간호진단의 임상적용, 현황, 문제점 및 개선방안. 대한간호학회지, 19(1), 24-39.
- 박영숙 (1990). 일부 간호학생의 간호진단 적용에 대한 반응 정도. 경북대학교 대학원 석사학위논문.
- 박윤희 (1987). 5개 간호진단의 원인과 증상징후에 대한 발현율 조사연구-지속성 복막투석 환자를 중심으로. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
- 박현애, 김정은 (1998). 간호진단, 간호중재 및 환자결과에 대한 분류체계의 비교분석. 간호학 논문집, 12(1), 15-31.
- 박현애, 조인숙, 황지인, 최영희, 이향련, 박현경 (1999). Home Health Care Classification의 한글 명명화에 대한 타당성 연구. 성인간호학회지, 11(2), 252-266.
- 배영숙 (1994). 개심술을 받은 환자에서 적용된 간호진단 분석. 성인간호학회지, 6(1), 70-80.
- 서문자, 김금순, 김명애, 김인자, 손행미 (1996). 간호진단중심의 퇴원계획과 가정간호적용의 효과-만성질환자를 중심으로-. 기본간호학회지, 3(1), 50-67.

서미혜, 이혜원, 전춘영 (1995). 가정간호 시범사업 간호진단 및 간호중재 분석 연구. 대한간호학회지, 34(5), 52-67.

양점자 (1995). 간호진단의 자동화를 위한 간호사정 도구에 관한 연구. 한양대학교 대학원 석사학위논문.

이향련, 조미영, 조결자, 김윤희, 김귀분, 김광주, 문희자, 박신애, 강현숙 (1989). 간호진단 프로토콜의 임상적용 효과에 관한 연구. 대한간호학회지, 19(1), 40-62.

이향련, 최영희, 김혜숙, 박현애, 박현경 (1998). 간호진단의 한글표준화에 대한 타당성 연구-1997년 이후 추가 발표된 17개 간호진단을 중심으로-. 성인간호학회지 별책, 10(3), 395-402.

원경애 (1989). 한방환자 간호기록에 대한 간호진단적 분석연구. 경희대학교 행정대학원 석사학위논문.

전춘영, 임영신, 김용순, 박지원, 조금숙 (1990). 간호진단 임상 적용을 위한 교육 프로그램의 효과 및 간호사의 반응 조사 연구. 대한간호학회지, 29(1), 59-71.

조정호 (1994). Roy's Adaptation Model에 의한 모성 영역에서의 간호진단 확인연구. 대한간호학회지, 33(3), 79-90.

추수경 (1991). 가정간호 사업대상자의 선정기준 개발과 서비스 내용에 관한 연구-뇌졸중, 뇌, 척수 손상 입원환자를 중심으로. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.

최연순, 김대현, 서미혜, 김조자, 강규숙 (1992). 퇴원 환자의 가정간호 요구와 가정간호 사업의 효과분석. 대한간호, 31(4), 77-99.

최영희, 이향련, 김혜숙, 김소선, 박광옥 (1996a). 간호진단의 임상적용 활성화를 위한 기초조사 연구. 대한간호학회지, 26(4), 930-945.

최영희, 이향련, 김혜숙, 김소선, 박광옥, 박현경 (1996b). 간호진단 한글 표준화에 대한 연구. 대한간호, 35(4), 37-50.

Saba, V. K. (1992). The Classification of Home Health Care Nursing Diagnosis and Intervention. Caring, 11(3), 50-57.

- Abstract -

Key concept : HHCC, NANDA, Nursing Diagnosis, Home Health Care

Application of NANDA and HHCC to Classification of Nursing Diagnosis in a Hospital-Based Home Health Care

Lee, Jin Kyung*Park, Hyeoun Ae**

This study examines that North American Nursing Diagnosis Association(NANDA) and Home Health Care Classification(HHCC) is appropriate to classify home health care client's nursing problems and suggests a modified nursing diagnosis classification system.

Two hundred and forty-nine clients' records at a general hospital were reviewed and nursing problems were diagnosed according to each classification system.

Results of this study are as follows.

The major client's medical diagnosis are pregnancy, childbirth and puerperium, malignant neoplasm, and benign neoplasm.

Of four hundred and sixty-three nursing problems, all nursing problems made a diagnosis according to HHCC, while three hundred and eighty-five made a diagnosis according to NANDA. The HHCC diagnosis included 78 more nursing problems than NANDA. The discrepancy in the results may indicate a significant advantage to HHCC diagnosis because HHCC nomenclature was created empirically from hard data. However, this may be due to limitations in the data collection method so determination of which classification system is more useful is difficult to judge.

* Researcher, Korea Health Industry Development Institute

** Associate Professor, Seoul National University College of Nursing

However, nursing components of the HHCC are more concrete and clearer than human response patterns of the NANDA. Also the HHCC facilitates the documentation of patient care by computer, while using a conceptual framework consisting of 20 Care Components based on the nursing process: assessment, diagnosis, outcome identification, planning,

implementation and evaluation. Accordingly, the practical application of HHCC is more useful than NANDA.

Limitations of this study include a retrospective data collecting method and universality of samples. Further research for various samples that use prospective data collection method is recommended