

# NIC 간호중재분류체계를 이용한 일개 지역 중소 종합병원의 간호중재 분석\*

김 정 희<sup>1)</sup>

## 서 론

### 연구의 필요성

지금까지 간호사는 임상이나 지역사회에서 대상자의 건강문제 해결을 위하여 다양한 형태로 간호행위를 수행해 왔다. 그러나 간호중재의 그 구성성을 인정받지 못하고, 환자에게 미치는 영향 또한 가시적이지 못했다. 그 이유 중 하나는 간호사가 행하는 간호중재에 관한 표준화된 용어가 없기 때문으로, 이에 따라 간호의 실존적 의미를 지닌 간호사의 행위를 간호중재로 개념화하고 용어의 사용이나 그 구조를 표준화하려는 노력이 계속 되고 있다(Snyder, 1992). 간호현상에 대한 표준화된 용어와 분류체계를 개발하고 해당 실무분야에서 수행되는 간호중재 내용을 밝히는 것은 간호의 역할과 효과를 증명하기 위한 필수적인 요소로서 간호전문직 발전에 매우 중요하다고 할 수 있다(김숙영 등, 2006). 이러한 점에서 최근 국내외에서 간호중재를 규명하고 분류하는 연구가 활발히 시도되고 있다. 주요 간호중재분류체계로는 지역사회 중심의 Omaha Classification System(Martin & Scheet, 1992), 가정간호 중심의 Home Health Care Classification(Saba, 1991), Iowa 대학의 간호중재분류체계(McCloskey & Bulechek, 2000)와 국제간호사 협회(ICN, 1993)의 간호중재분류체계(International Classification for Nursing Practice, ICNP) 등이 있다.

특히 다양한 간호중재분류체계 중 Iowa 간호대학에서 개발된 간호중재분류체계(Nursing Interventions Classification, NIC)

는 독자적인 간호중재와 협동적 간호중재 그리고 직접·간접 간호중재를 모두 종합하여 표준화한 언어체계로서 그 포괄성과 유용성이 널리 인정되고 있다(McCloskey & Bulechek, 2000). Iowa 간호대학은 1992년 336개의 간호중재를 개발하여 지속적인 연구를 통하여 4년마다 개정 작업을 통하여 1996년 433개, 2000년(3차 개정) 486개, 2004년(4차 개정)을 통하여 514개 간호중재로 보완하였고, 2007년에는 5차 개정을 통하여 542개 간호중재분류체계를 발표한 바 있다(Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2007).

이와 같이 NIC를 적용하여 현재 각각의 특수 임상분야에 대한 간호중재분류에 대한 많은 연구들이 나오고 있다. 특히 국내에서도 90년대 말부터 NIC의 한글 명명화에 대한 타당성 연구와 이를 간호단위(nursing unit)에 적용하여 간호 중재를 파악하는 연구들이 발표되고 있다(김문숙, 1997; 박성애, 박정호, 정면숙, 박성희와 염영희, 1999; 염영희, 1999; 오원옥, 석민현과 윤영미, 2001). 지금까지 NIC를 적용한 연구 결과를 살펴보면, 대부분의 중재가 내외과계, 소아과, 산부인과, 정신과, 중환자실 및 가정간호, 보건소 등 여러 간호환경에서 한 달에 한 번 정도는 이루어지고 있어 우리나라 간호실정에 별 무리 없이 적용 가능한 것으로 보고되고 있다(박성애 등, 1999; 최자윤, 김혜숙과 박미선, 2003).

한편 국내에서 NIC를 이용하여 수행된 선행 연구들은 대부분 대도시 지역의 대학병원 혹은 300-500병상 이상의 종합병원 중심으로 수행되었다. 그런데 2000년 현재 국내에서 300병상 이하의 종합병원은 전체 종합병원 수의 78.6%, 병상수로는

주요어 : 간호중재분류, 일반 간호사

\* 이 논문은 2006년도 제주대학교발전기금 효천의대발전기금의 지원에 의해서 연구되었음.

1) 제주대학교 의과대학 간호학과 부교수(교신저자 E-mail: snukjh@hanmail.net)

투고일: 2007년 8월 2일 심사완료일: 2007년 12월 14일

41.8%를 차지하고 있음에도 불구하고(문재우, 2000), 종합병원의 과반수이상을 차지하는 이들 300병상 이하의 중소 종합병원이나 의료취약지역에서의 NIC을 적용한 연구는 거의 없다. 또한 임상간호사회(2002)에서 조사한 결과에 따르면, 간호관리료 1-4 등급을 차지하는 종합전문요양기관은 전체의 47.5%이었던 반면에 종합병원의 경우, 16.6%이었다. 병원 규모에 따른 간호중재 차이에 대한 연구가 거의 없어 비교하기 어려우나, 환자 대 간호인력 비율이 높을수록 간호 성과에 영향을 미치는 것으로 보고되고 있는데, 간호사의 직접 간호시간이 많고, 간호활동으로 인한 사망률, 합병증, 재입원률 및 재원일이 적으며, 간호사 및 환자 만족도도 높아지는 것으로 나타났다(김종경, 2007; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Siber, 2002). 간호서비스전달체계 측면에서도 팀 간호를 주로 사용하는 대형병원들에 비하여 팀 및 기능적 간호방법을 함께 사용하거나, 기능적 간호방법을 주로 사용하는 것으로 보고된다(임상간호사회, 2002). 따라서 이러한 중소병원의 간호실무 상황을 고려하면, 지역 및 병원 특성에 맞게 간호중재를 분석하거나 새로운 간호중재를 개발하는데 이를 적용하기에는 제한점이 있을 것으로 생각된다. 예를 들어 J지역의 경우, 지리적으로 육지와 고립되어 있고, 2007년 현재 1곳의 대학병원을 비롯하여 총 6곳의 종합병원이 있으나, 그중 1곳을 제외하면 모두 200-300병상 안팎의 규모이고, 도내에 종합전문요양병원이 없는 유일한 지역으로(홍성철, 이상이와 황승욱, 2002). 대부분의 종합병원에서 기능적 간호방법을 사용하는 것으로 보고되었다(김정희와 이인숙, 2004).

이에 본 연구는 간호중재분류체계로서 그 포괄성과 유용성을 인정받고 있는 NIC을 적용하여 일개 지역의 중소 종합병원에서 수행되고 있는 간호중재를 확인하여 실무 교육에 필요한 기초 자료로 활용하고자 수행하였다.

### 연구의 목적

본 연구는 간호중재분류체계(NIC)를 적용하여 제주 지역의 중소 종합병원에서 수행되고 있는 간호중재 목록과 그 수행 정도를 확인하여, 실무표준과 간호기록체계 구축, 교육에 필요한 기초 자료를 얻는데 그 목적이 있다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

- 중소병원에서 수행되고 있는 간호중재 내용을 확인한다.
- 중소병원에서 수행되는 간호중재의 수행 정도를 파악한다.
- 중소병원에서 빈번하게 수행되는 중재와 거의 수행되지 않는 중재를 파악한다.
- 중소병원의 간호단위별 수행된 간호중재의 차이를 파악한다.

### 용어정의

#### ● 간호중재

간호사가 환자/ 대상자의 결과를 향상시키기 위하여 임상에서의 판단과 지식을 근거로 하여 수행하는 처치로 직접 간호와 간접 간호를 포함한다. 또한 간호중재는 개인과 가족, 지역사회를 목표로 수행되며, 간호중재간호사의 책임 하에 이루어진 처치, 의사의 책임 하에 이루어진 처치 및 다른 제공자들의 책임 하에 이루어진 처치를 포함한다(Bulechek et al., 2007).

#### ● 간호중재분류(Nursing Interventions Classification, NIC)

Iowa 간호대학 연구팀이 개발한 것으로써 간호활동들의 관계에 근거하여 간호 활동들을 집단이나 세트로 정돈하여 배열하고 이러한 그룹에 간호중재 명을 부여하는 것을 의미한다(Bulechek et al, 2007). 본 연구에서는 3차 개정된 NIC (McCloskey & Bulechek, 2000)을 사용한 이윤영(2001)과 김숙영 등(2006)의 486개 간호중재 목록 중 간호학과 교수 2인 및 수간호사 3인 등 전문가 집단에 의해 선정된 478개의 간호중재 목록을 말한다.

## 연구 내용 및 방법

### 연구 설계

본 연구는 제주특별자치도 소재 6곳(전수)의 중소 종합병원 간호사를 대상으로 NIC에서 제시한 간호중재를 분석한 횡단적 조사연구이다.

### 연구 대상

본 연구의 대상자는 임의표출로 제주 지역에 위치한 200-300 병상 규모의 6개 종합병원에서 3개월 이상 근무하는 일반 간호사 241명(기타 부서 근무 간호사 49명 포함)을 대상으로 하였으며, 그중 간호단위별 차이 분석에서는 내과, 외과, 중환자실, 산부인과 및 소아과 병동에서 근무하는 간호사 170명을 대상으로 하였다.

### 연구 도구

- Iowa 간호대학에서 3차 개정한 NIC의 총 486개의 중재목록(2-3개 영역에 중복되어 있는 64개 중재를 포함, 총 문항수 551개)을 사용한 이윤영(2001)과 김숙영 등(2006)의 도구를 사용하였다. 중소병원 간호현장에서의 적합성 여부를 검토하

기 위하여 간호학과 교수 2인과 중소병원의 수간호사 3인으로 구성된 전문가 집단의 타당도 검사를 거쳐 부적절하다고 판단되거나 중복된 중재 문항 등을 제외하고 총 478 문항을 사용하였다. 각 문항에 대하여 간호사들이 각각의 간호중재를 얼마나 자주 행하는지를 5점 척도로 구성하였으며, ‘거의 수행하지 않는다’를 1점으로, ‘약 한달에 한번 정도 수행한다’ 2점, ‘약 일주일에 한번 정도 수행한다’ 3점, ‘약 하루에 한번 정도 수행한다’ 4점, ‘하루에 여러번 수행한다’를 5점으로 평가하였다.

한편 조사 및 보고서 작성 당시 4차(2004년), 5차(2007년) 개정·보완된 NIC 원문을 국문으로 번역 및 역번역 하는 등 국내에서 그 적용성 및 타당성을 탐구하고 결과를 발표한 연구들이 거의 없어, 현실적으로 중소병원 및 의료취약 지역 병원에서 수행되는 간호중재를 분석하는데 3차 개정판 NIC(McCloskey & Bulechek, 2000)을 사용하였다.

- 대상자들의 인구사회학적 특성을 파악하기 위하여 성별, 연령, 학력수준, 결혼상태, 근무부서, 임상경력 등 6문항을 조사하였으며, 대상 병원들의 특성은 운영병상수, 간호서비스전달방법, 간호관리료 등급, 병원 종류 등 4문항을 조사하였다.

## 자료 수집 방법

자기기입식 설문지를 사용하였다. 먼저, 각 병원 간호부(과)장에게 연구의 목적 및 방법을 설명한 후 협조를 얻어, 병원별로 각 50-100부씩 총 350부를 배포하였다. 각 병원에서는 간호단위별 간호사의 수에 비례하여 할당된 후 할당된 간호사를 임의 표출하여 연구자와 보조 연구자가 연구 참여에 동의한 대상자들에게 배포하였다. 배포 후, 개별 회수용 봉투를 이용하여 301부를 회수하였으며(회수율 86.0%), 이 중 본 연구 대상자(근무지, 직급, 3개월 이상 경력요건 등, 54부)에 적합하지 않거나, 설문지 작성이 미흡한 6부를 제외한 총 241부의 설문지를 선정하였다.

## 자료 분석 방법

수집된 자료 총 241 부 자료에 대하여 통계 분석을 하였다. 먼저 연구 대상자의 일반적 특성과 전체적인 간호중재 수행 정도에 대한 분석은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차 등 서술적 통계를 사용하였다. 간호단위별 간호중재 수행 정도 비교 분석의 경우, 간호단위별 간호중재 수행 정도의 차이점을 파악하기 위하여 조사대상자들 중 기타 간호단위에서 근무하는 간호사 49명의 자료 및 무응답 22명의 자료를 제외한 총 170부의 자료만을 분석하였다. 간호단위별 간호중재 수행 정도에 대한 차이 검정은 ANOVA를 사용하였다.

간호단위별 간호중재 수행 정도에 대한 분석은 조사 대상 병원들 모두 간호단위별로 과 구분을 엄격히 적용하고 있지 않아 분류하기 어려운 점이 있어 대상자들의 응답에 근거하여 간호단위를 분류하여 분석하였다. 또한 산·소아과계 간호단위의 경우, 대상 병원들 모두 현실적으로 산과와 소아과계로 구분하여 간호단위를 구성하지 않고 있어 산·소아과계 간호단위로 합하여 분석하였다.

## 연구 결과

### 대상자의 일반적 특성

조사 대상 간호사는 총 241명으로 모두 여성이었으며, 평균 연령은 26.94(±4.21)세로 30세 이하가 196명(82.0%)이었다. 미혼인 대상자는 165명(73.0%)이었으며, 대상자 대부분이 전문대 졸업자였다(208명, 92.0%). 현 병원에서의 임상경력은 6년 이상이 94명(39.0%)으로 가장 많았으며, 3년 이하가 88명(36.5%), 3-5년이 59명(24.5%) 순이었고 평균 경력은 5.43(±4.05)년이었다. 근무하는 간호단위는 조사 대상 병원들 모두 간호단위별로 과 구분이 엄격히 적용되고 있지 않아 분류하기 어려운 점이 있어 대상자들의 응답에 근거하여 분류하였다. 그 결과 내과계가 60명(27.4%)으로 가장 많았고, 그 다음은 외과계가 51명(23.3%)이었으며, 중환자실 33명(15.1%), 산·소아과 26명(11.9%), 기타 49명(22.4%) 순이었다. 또한 간호단위 내 간호지원 인력이 없다고 응답한 경우가 154명(66.1%)이었고, 지원 인력이 있다고 응답한 대상자는 79명(33.9%)이었다.

조사 대상 병원 6곳의 평균 운영 병상 수는 2006년 현재 270병상 규모이고(보건복지부, 2007), 2007년 5월 현재 간호관리료 등급은 3등급 1곳(204병상 규모의 사립병원), 4등급 2곳, 5, 6등급 각 1곳이었으며, 2곳은 국공립 병원(1곳은 대학병원)이었고, 4곳은 사립병원이었다. 간호서비스전달방법의 경우, 설문지를 통하여 대상 간호사들의 응답 결과를 분석하였으나, 대상자들의 질문에 대한 이해와 그 응답이 부정확하다고 판단되어, 같은 지역의 종합병원을 대상으로 간호서비스의 질을 평가한 김정희와 이인숙(2004)의 연구결과를 참조하여 대상 병원 간호부에 직접 문의 및 확인하였다. 그 결과 기능적 간호방법을 적용한다고 응답한 1곳을 제외하고 나머지 5곳의 병원 모두가 팀간호와 기능적 간호방법을 함께 병행한다고 응답하였다. 그러나 본 연구자가 확인한 바에 의하면, 조사 대상 병원의 일부 간호단위에서만 부분적으로 기능적 방법과 팀간호방법을 함께 병행하고 있었으며, 인력 부족 및 간호지원체제 부족 등의 현실적인 어려움 등으로 조사 대상 병원 모두 기능적 간호방법을 적용하고 있었다.

<표 1> 중재영역 및 군별 간호중재 수행 정도

중재영역(domain)	평균(표준편차)	중재군(class)	평균(표준편차)	순위		
생리적 영역	기본	A. 활동 및 운동강화	3.12(1.23)	6		
		B. 배설관리	2.56(0.84)	21		
		C. 이동 불가능한 환자 관리	3.28(1.03)	3		
		D. 영양보조	3.00(0.99)	10		
		E. 신체적 안위 도모	3.40(0.98)	2		
		F. 자가간호 증진	2.70(0.97)	16		
		G. 전해질 및 산-염기 관리	3.11(1.15)	7		
	복합	H. 투약관리	3.47(0.79)	1		
		I. 신경학적 관리	2.67(1.27)	17		
		J. 수술전후 관리	2.52(1.16)	22		
		K. 호흡관리	2.93(1.16)	12		
		L. 피부/상처관리	3.17(1.04)	5		
		M. 체온조절	3.24(1.22)	4		
		N. 조직관류조절	3.00(1.07)	9		
행위영역	2.67(1.07)	O. 행동요법	2.62(1.22)	19		
		P. 인지요법	3.03(1.63)	8		
		Q. 의사소통 강화	2.74(1.34)	15		
		R. 적응보조	2.36(1.16)	24		
		S. 환자교육	2.35(0.91)	25		
		T. 정신적 안위 도모	2.96(1.41)	11		
		안전영역	2.35(0.96)	U. 위기관리	2.26(1.13)	27
				V. 위험관리	2.44(0.90)	23
가족영역	1.67(0.71)	W. 출산간호	1.32(0.64)	29		
		Z. 자녀양육간호	1.29(0.63)	30		
		X. 생애주기(수명) 간호	2.33(1.23)	26		
건강체계영역	2.67(0.92)	Y. 건강체계 조정	2.67(1.07)	17		
		a. 건강체계관리	2.78(1.04)	14		
		b. 정보관리	2.59(1.03)	20		
		c. 지역사회건강증진	1.90(1.09)	28		
지역사회영역	2.36(1.15)	d. 지역사회위험관리	2.83(1.52)	13		
		전체	2.54(0.73)	-		

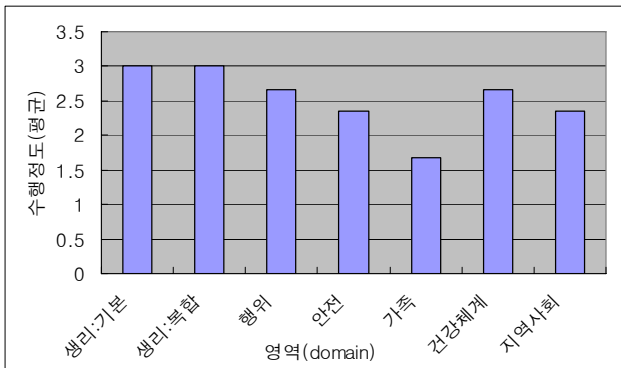
간호중재 수행 분석

● 중재영역 및 군별 간호중재 수행 정도

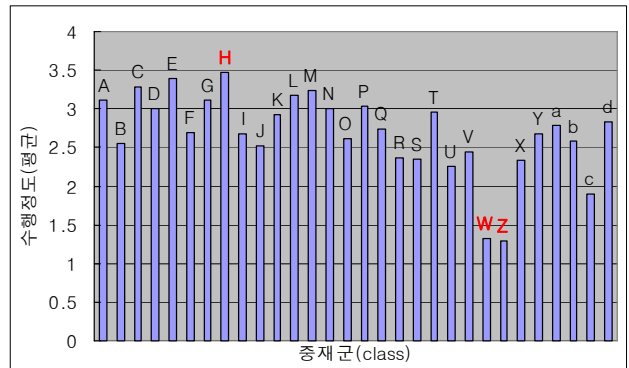
전체적인 간호중재 수행 정도는 평균 2.54점(±0.73)으로, 전체적으로 간호사들이 한달에 1회 이상 정도 간호중재를 수행하는 것으로 나타났다. 중재영역(domain)별로는 ‘생리적: 기본’

과 ‘생리적: 복합’ 영역이 각각 평균 3.01(±0.83), 3.01(±0.88)로 가장 많이 수행하는 영역이었으며, 그 다음으로는 ‘행위(2.67±1.07)’와 ‘건강체계(2.67±0.92)’ 영역이었고, ‘가족’ 영역은 평균 1.67(±0.71)로 가장 수행을 적게 하는 영역이었다<표 1, 그림 1>.

중재군(class)별로는 생리적: 복합 영역의 ‘투약관리(H)’ 군



<그림 1> 중재영역별 간호중재 수행정도



<그림 2> 중재군별 간호중재 수행 정도

을 가장 많이 수행하였으며, 그 다음으로는 생리적: 기본 영역의 ‘신체적 안위도모(E)’, ‘이동 불가능한 환자관리(C)’, ‘체온조절(M)’, ‘피부/상처관리(L)’ 순이었다. 가장 적게 수행하는 중재군은 가족 영역의 ‘출산(W) 및 자녀양육간호(Z)’ 군과 지역사회 영역의 ‘지역사회건강증진(c)’군, 안전 영역의 ‘위기관리(U)’군 순이었다<표 1, 그림 2>.

● 빈번하게 수행되는 간호중재

478개의 간호중재(intervention) 중 대상 간호사들이 적어도 하루 1회 이상 수행한다(4점 이상)고 응답한 간호중재는 총 14개이었다. 가장 높은 점수를 보인 중재는 생리적: 복합 영역(투약관리 군)의 ‘정맥내 투약’으로 평균 4.71(±0.71)이었고 (이는 하루에 수시로 수행함을 의미한다), 그 다음은 ‘근육 투

약’, ‘진통제 투여’, 조직관류조절 군의 ‘정맥주사요법’, ‘정맥 주사놓기’ 순으로 투약관련 중재를 빈번하게 수행하는 것으로 나타났다<표 2>.

● 드물게 수행되는 간호중재

대상 간호사들이 거의 수행하지 않는다고 응답한 간호중재 (5점 척도 중 평균 1.50 미만으로, 이는 거의 수행하지 않음을 의미한다)는 총 55개로 안전영역 위험관리 군의 중재들과 가족영역 출산간호 및 자녀양육간호 군의 중재들이었다<표 3>. 특히 가족영역의 경우, ‘생애주기(수명)간호’ 군과 ‘출산간호’ 군의 5개 중재를 제외하고 나머지 출산 간호 및 자녀양육 간호 군에 속하는 47개의 중재들이 거의 수행되지 않는 것으로 나타났다.

<표 2> 빈번하게 수행하는 간호중재

중재영역(domain)	중재군(class)	중재(intervention)	평균(표준편차)	
생리적 영역	기본	C. 이동 불가능한 환자관리	이동	4.14(1.08)
		E. 신체적 안위 도모	통증관리	4.19(1.14)
	복합	G. 전해질 및 산-염기 관리	고혈당관리	4.19(1.14)
			저혈당관리	4.18(1.13)
		H. 투약관리	진통제 투여	4.52(0.99)
			투약: 피내	4.31(1.15)
			투약: 근육	4.55(0.93)
			투약: 정맥내	4.71(0.71)
			투약: 구강	4.31(1.23)
			처방된 약물에 대한 교육	4.21(1.15)
		M. 체온조절	체온조절	4.18(1.21)
		N. 조직관류조절	정맥주사 놓기	4.38(1.12)
			정맥주사 요법	4.43(1.13)
		안전영역	V. 위험관리	낙상방지

<표 3> 드물게 수행하는 간호중재

중재영역(domain)	중재군(class)	중재(intervention)	평균(표준편차)		
안전영역	V. 위험관리	학대예방 및 보호	1.42(0.97)		
		학대예방 및 보호: 아동	1.39(0.93)		
		학대예방 및 보호: 가족구성원	1.38(0.94)		
		학대예방 및 보호: 노인	1.37(0.93)		
		학대예방 및 보호: 종교적	1.34(0.88)		
		레이저 예방을 위한 간호	1.24(0.69)		
		라텍스 예방을 위한 간호	1.22(0.68)		
		공압식 지혈대 사용시 예방조치	1.36(0.89)		
		가족영역	W. 출산간호	출산: 아기분만	1.36(0.93)
				출혈감소: 산전자궁	1.36(0.91)
전자태아모니터링: 산전	1.42(0.97)				
전자태아모니터링: 분만 중	1.33(0.89)				
환경관리: 애착형성 과정	1.40(0.93)				
가족단합증진: 출산가족	1.32(0.86)				
가족계획: 불임	1.17(0.60)				
가족계획: 계획되지 않은 임신	1.17(0.63)				
생식력 보존	1.20(0.72)				
애도작업증진	1.29(0.84)				
고위험 임신 간호	1.36(0.91)				
분만중 간호	1.28(0.86)				

<표 3> 드물게 수행하는 간호중재(계속)

중재영역(domain)	중재군(class)	중재(intervention)	평균(표준편차)		
가족영역	W. 출산간호	위험 분만	1.19(0.70)		
		캠거루식 돌봄	1.17(0.63)		
		유도분만	1.31(0.85)		
		분만억제	1.35(0.94)		
		수유억제	1.43(1.00)		
		신생아 간호	1.30(0.89)		
		신생아 모니터링	1.31(0.96)		
		기본 빨기	1.27(0.87)		
		광선요법: 신생아	1.19(0.72)		
		수태 전 상담	1.12(0.49)		
		임신중절 간호	1.34(0.84)		
		산전간호	1.37(0.90)		
		출산을 위한 기술적 관리	1.11(0.49)		
		인공소생술: 태아	1.12(0.53)		
		인공소생술: 신생아	1.16(0.64)		
		위험규명: 출산가족	1.18(0.65)		
		감시: 낮은 임신	1.18(0.67)		
		튜브간호: 제대 카테터	1.12(0.51)		
		초음파검사: 산과적 제한	1.24(0.74)		
		Z. 자녀양육간호		애착관계증진	1.37(0.87)
				우유병 수유	1.36(0.95)
				변실금간호: 유분증	1.24(0.78)
				발달간호	1.32(0.85)
				발달증진: 청소년	1.33(0.80)
				발달촉진: 아동	1.31(0.79)
				영아간호	1.28(0.78)
				모유수유상담	1.42(0.90)
				정상생활증진	1.25(0.74)
				부모교육: 영아	1.27(0.75)
부모역할향상	1.31(0.81)				
회복력향상	1.34(0.85)				
형제자매 지원	1.23(0.74)				
교육: 영아 영양	1.24(0.71)				
교육: 영아 안전	1.28(0.77)				
요실금 간호: 야뇨증	1.16(0.60)				

간호단위별 간호중재 수행 정도

간호단위별 수행된 간호중재의 수행 정도는 ‘근무하는 간호단위’ 문항에 기타 및 무응답인 것을 제외하고 내·외과계, 산·소아과계, 중환자실에 따른 분석을 하였다.

● 간호단위별 간호중재 수행 정도의 차이

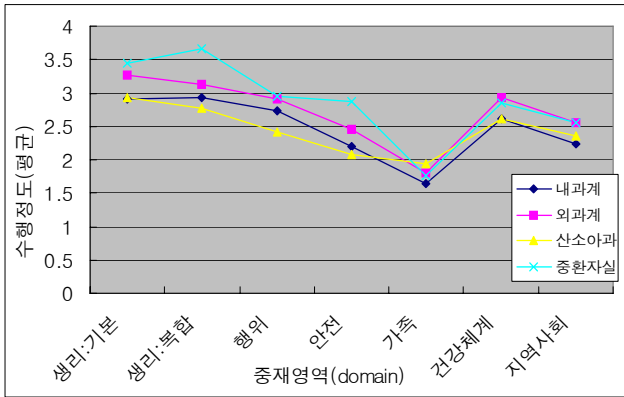
간호단위 및 중재 영역별 수행정도의 차이는 <표 4, 그림 3>과 같다.

전체적으로 간호중재를 가장 많이 수행하고 있는 곳은 중환자실로 평균 2.87점(±0.81)이었다. 이는 중환자실 간호사들

<표 4> 간호단위 및 중재 영역별 수행 정도의 차이

영역(domain)	간호단위	내과계 (n=60)	외과계 (n=51)	산·소아과 (n=26)	중환자실 (n=33)	F(p값)
생리적 영역	기본	2.92(0.71) <sup>a</sup>	3.27(0.71)	2.93(0.77) <sup>a</sup>	3.44(0.79) <sup>b</sup>	4.759(0.003)
	복합	2.94(0.78) <sup>a</sup>	3.12(0.85) <sup>a</sup>	2.78(0.76) <sup>a</sup>	3.66(0.80) <sup>b</sup>	7.455(0.000)
행위영역		2.73(0.94)	2.92(1.07)	2.42(0.93)	2.95(1.24)	1.676(0.174)
안전영역		2.20(0.86) <sup>a</sup>	2.45(1.00)	2.08(0.70) <sup>a</sup>	2.87(0.96) <sup>b</sup>	5.176(0.002)
가족영역		1.64(0.58)	1.81(0.70)	1.95(0.83)	1.77(0.85)	1.294(0.278)
건강체계영역		2.61(0.85)	2.94(0.92)	2.61(0.90)	2.85(0.96)	1.596(0.192)
지역사회영역		2.24(0.93)	2.56(1.14)	2.36(1.25)	2.55(1.31)	0.900(0.443)
전체		2.47(0.59)	2.72(0.69)	2.45(0.67)	2.87(0.81)	3.434(0.018)

a,b,c: Scheffe-test 결과



〈그림 3〉 간호단위별 간호중재(영역) 수행 정도의 차이

은 전체적으로 거의 주1회 정도의 간호중재를 수행하고 있음으로 의미한다. 그 다음은 외과계, 내과계, 산·소아과계 순이었고, 간호단위별 전체적인 간호중재 수행 정도의 차이는 통계적으로 유의하였다(F=3.434, p=0.018).

간호단위에 따라 간호중재의 차이가 있는 영역은 생리적: 기본(F=4.759, p=0.003), 생리적: 복합(F=7.455, p=0.000), 안전(F=5.176, p=0.002) 영역이었다. Scheffe 사후검정 결과, 3가지

영역 모두에서 다른 간호단위에서 보다 중환자실에서의 수행 정도가 더 높았다. 즉 생리적 기본 영역의 경우, 내과계 간호단위 보다 중환자실에서의 간호중재 수행 정도가 더 높았으며, 생리적 복합 영역은 내외과계 및 산·소아과계 간호단위 보다 중환자실에서의 수행 정도가 더 높았다. 또한 ‘안전’ 영역은 중환자실에서의 간호수행 정도가 내과계나 산·소아과계보다 더 높았다.

● 간호단위에 따른 영역(군)별 간호중재 수행 정도

간호단위에서 수행되는 영역별, 군별 간호중재 수행 정도는 <표 5>와 같다.

• 내과계

내과계 간호단위에서 가장 많이 수행하는 중재영역은 생리적: 복합 영역으로 평균 2.94(±0.78)점으로 이는 거의 주 1회 정도 중재를 수행하는 것을 의미한다. 그 다음은 생리적: 기본(2.92±0.71) 영역이었고, 행위, 지역사회, 건강체계, 가족 영역 순이었다. 중재 군별로는 ‘투약관리(H)’군이 평균 3.49(±0.78)점으로 가장 많이 수행하였으며, 그 다음은 ‘신체적 안위도모(E)’, ‘전해질 및 산-염기 관리(G)’, ‘피부/상처관리(L)’, ‘인지요법(P)’군 순이었다. 가장 적게 수행하는 중재군은 가족

〈표 5〉 간호단위에 따른 영역별 간호중재정도

중재영역 (domain)	중재군 (class)	내과계		외과계		산·소아과계		중환자실	
		평균 (표준편차)	순위	평균 (표준편차)	순위	평균 (표준편차)	순위	평균 (표준편차)	순위
생리적 영역 기본	A. 활동 및 운동강화	2.98(1.19)	10	3.73(0.87)	1	3.20(0.98)	4	3.20(1.27)	14
	B. 배설관리	2.43(0.71)	23	2.65(0.75)	22	2.69(0.84)	11	2.99(0.91)	18
	C. 이동불가능한 환자관리	3.04(0.88)	8	3.68(1.00)	3	3.16(1.14)	5	3.37(0.90)	12
	D. 영양보조	3.03(0.79)	9	3.03(0.95)	11	2.72(0.94)	8	3.79(0.78)	5
	E. 신체적 안위 도모	3.41(0.89)	2	3.57(0.93)	4	3.24(0.87)	3	3.76(0.96)	6
	F. 자가간호 증진	2.63(0.78)	17	2.95(0.98)	18	2.57(0.80)	15	3.50(0.84)	11
소계		2.92(0.71)	-	3.27(0.71)	-	2.92(0.71)	-	3.44(0.79)	-
복합	G. 전해질/산-염기관리	3.22(0.95)	3	3.04(1.09)	10	2.61(1.05)	14	3.81(1.06)	4
	H. 투약관리	3.49(0.78)	1	3.69(0.69)	2	3.51(0.72)	1	3.60(0.72)	10
	I. 신경학적 관리	2.49(1.15)	22	2.53(1.21)	24	2.24(0.97)	25	3.90(1.06)	2
	J. 수술전후 관리	2.36(1.09)	25	2.96(1.11)	16	2.44(1.07)	19	2.34(1.19)	26
	K. 호흡관리	2.84(1.04)	12	2.63(1.09)	21	2.53(1.04)	17	4.36(0.65)	1
	L. 피부/상처관리	3.19(0.84)	4	3.53(0.87)	5	2.91(0.93)	6	3.82(0.90)	3
	M. 체온조절	3.06(1.03)	6	3.52(1.20)	6	3.38(1.14)	2	3.69(1.21)	8
	N. 조직관류조절	2.90(0.98)	11	3.09(1.04)	8	2.64(0.98)	13	3.66(0.99)	9
소계		2.94(0.78)	-	3.12(0.85)	-	2.78(0.76)	-	3.66(0.80)	-
행위영역	O. 행위요법	2.69(1.13)	14	3.01(1.14)	13	2.35(1.15)	23	2.83(1.40)	21
	P. 인지요법	3.14(1.52)	5	2.98(1.63)	15	2.54(1.47)	16	3.70(1.72)	7
	Q. 의사소통 강화	2.66(1.20)	16	3.03(1.35)	11	2.68(1.19)	12	3.19(1.49)	15
	R. 적응보조	2.51(1.04)	21	2.66(1.17)	20	2.05(0.95)	26	2.60(1.42)	25
	S. 환자교육	2.39(0.70)	24	2.50(0.87)	25	2.44(0.90)	20	2.22(1.00)	27
	T. 정신적 안전 도모	3.05(1.31)	7	3.37(1.27)	7	2.48(1.23)	18	3.20(1.61)	13
소계		2.73(0.94)	-	2.92(1.07)	-	2.42(0.93)	-	2.95(1.24)	-
안전영역	U. 위기관리	2.20(0.86)	27	2.31(1.17)	27	1.85(0.79)	28	2.84(1.19)	20
	V. 위협관리	2.10(1.03)	26	2.59(0.91)	23	2.30(0.73)	24	2.93(0.86)	19
소계		2.30(0.77)	-	2.45(1.00)	-	2.08(0.70)	-	2.87(0.96)	-

<표 5> 간호단위에 따른 영역별 간호중재정도(계속)

중재영역 (domain)	중재군 (class)	간호단위		내과계		외과계		산·소아과계		중환자실	
		평균 (표준편차)	순위	평균 (표준편차)	순위	평균 (표준편차)	순위	평균 (표준편차)	순위		
가족영역	W. 출산간호	1.64(0.58)	29	1.50(0.86)	29	1.84(0.89)	29	1.07(0.18)	30		
	Z. 자녀양육간호	1.14(0.32)	30	1.40(0.61)	30	1.62(0.88)	30	1.15(0.37)	29		
	X. 생애주기(수명) 간호	1.17(0.43)	20	2.45(1.13)	26	2.38(1.15)	22	2.79(1.36)	22		
소계		2.52(1.20)	-	1.81(0.70)	-	1.95(0.83)	-	1.77(0.85)	-		
건강체계 영역	Y. 건강체계 조정	2.61(0.85)	15	2.99(0.91)	14	2.69(1.06)	10	2.66(1.16)	24		
	a. 건강체계관리	2.69(1.03)	18	2.96(1.10)	16	2.71(1.06)	9	3.11(1.09)	16		
	b. 정보관리	2.61(0.81)	19	2.88(1.03)	19	2.43(0.82)	21	2.78(1.10)	23		
소계		2.53(0.97)	-	2.94(0.92)	-	2.61(0.90)	-	2.85(0.96)	-		
지역사회 영역	c. 지역사회건강증진	2.24(0.93)	28	2.03(1.16)	28	1.96(1.24)	27	2.09(1.25)	28		
	d. 지역사회위험관리	1.73(0.87)	13	3.09(1.52)	8	2.75(1.40)	7	3.00(1.65)	17		
	소계	2.76(1.36)	-	2.56(1.14)	-	2.36(1.25)	-	2.55(1.31)	-		
전체		2.47(0.59)	-	2.72(0.69)	-	2.45(0.67)	-	2.87(0.81)	-		

영역의 ‘출산간호(W)’군이었으며, 그다음 ‘자녀양육간호(Z)’, 지역사회 영역의 ‘지역사회위험관리(d)’, 안전 영역의 ‘위기관리(U)’와 ‘위험관리(V)’ 순이었다.

• 외과계

가장 많이 수행하는 간호중재 영역은 생리적: 기본 영역으로 평균 3.27(±0.71)이었고, 그 다음은 생리적: 복합, 건강체계, 행위 영역 순이었으며, 가족 영역이 가장 낮았다. 중재 군 별로는 생리적: 기본 영역의 ‘활동 및 운동강화(A)’를 가장 많이 수행하였으며(3.73±0.87), 그 다음은 ‘투약관리(H)’, ‘이동 불가능한 환자관리(C)’, ‘전해질 및 산-염기 관리(G)’군 순이었다. 가장 적게 수행하는 중재군은 가족 영역의 ‘자녀양육간호(Z)’, ‘출산간호(W)’이었으며, 이들 중재는 거의 수행하지 않는 것으로 나타났다.

• 산·소아과계

산·소아과계 간호단위에서 가장 많이 수행한 간호중재 영역은 ‘생리적: 기본’ 영역으로 평균 2.92(±0.71)이었고, 그 다음은 ‘생리적: 복합’, ‘건강체계’, ‘행위’ 영역 순이었으며, 수행정도가 가장 낮은 영역은 ‘가족’ 영역으로 평균 1.95(±0.83)이었다. 중재 군별로는, 가장 많이 수행한 중재군은 ‘생리적: 복합’ 영역의 ‘투약관리(H)’군이었으며, 그 다음은 ‘체온조절(M)’, ‘신체적 안위 도모(E)’군 순이었다. 또한 가장 적게 수행한 중재군은 ‘자녀양육간호(Z)’, ‘출산간호(W)’, ‘위기관리(V)’군이었다.

• 중환자실

중환자실 간호단위에서 가장 많이 수행한 간호중재 영역은 ‘생리적: 복합’ 영역으로 평균 3.66(±0.80)이었고, 그 다음은 ‘생리적: 기본’, ‘행위’, ‘안전’ 영역 순이었으며, 수행정도가 가장 낮은 영역은 ‘가족’ 영역으로 평균 1.77(±0.85)이었다. 중재군 별로 살펴보면, 가장 많이 수행한 중재군은 ‘호흡관리(K)’군이었으며, 그 다음은 ‘신경학적 관리(I)’, ‘피부/상처관

리(L)’군 순이었다. 또한 가장 적게 수행한 중재군은 ‘자녀양육간호(Z)’, ‘출산간호(W)’, ‘지역사회 건강증진(c)’이었다.

## 논 의

### 간호중재 수행 정도

본 연구 대상자들의 간호중재 수행 정도는 평균 2.54점으로, 전체적으로 간호중재를 월 1회 정도 수행하는 것으로 나타났다. 이는 2차 개정된 NIC을 사용한 염영희(1999)의 연구에서 평균 1.67-2.86점이었던 결과나, 본 연구와 같이 3차 개정 NIC을 사용하여 정신과 병동 간호사를 대상으로 한 최자윤 등(2003)의 연구에서 평균 2.47점이었던 것과 유사한 수준이었다. 이 같은 결과는 NIC에서 제시한 대부분의 중재가 여러 간호환경에서 한달에 한번 정도 이루어지고 있어, 우리나라 간호실정에서도 별 무리 없이 적용 가능하다고 보고한 손행미 등(1998)이나 최자윤 등(2003)의 연구결과를 지지하는 것으로 생각된다.

중재영역별 수행정도는 생리적: 기본 영역과 생리적: 복합 영역의 수행 정도가 평균 3.01로 가장 높았는데, 이는 생리적 기본영역 및 복합영역에서의 수행 정도를 평균 2.97-3.21로 가장 높았다고 보고한 선행 연구들과 유사한 것이었다(권미숙과 박경숙, 2002; 류은정 등, 1998; 오명선과 박경숙, 2002; 오원옥 등, 2001).

건강체계 영역의 수행 정도는 평균 2.67로 생리적 기본 및 복합영역을 뒤이어 3번째로 수행을 많이 하는 것으로 나타났다. 이는 수행 순위 면에서는 건강체계영역 수행 순위를 2-3번째로 보고한 선행 연구들과 거의 유사하였으나, 평균 2.80 이상을 보인 선행 연구들의 결과와는 차이가 있었다(권미숙과 박경숙, 2002; 염영희, 1999; 오명선과 박경숙, 2002). 특히 손



행미 등(1998)의 연구에서 건강관리체계 영역의 수행 순위가 가장 높았던 것과는 큰 차이가 있었다. 이처럼 선행연구들에서 높았던 건강체계 영역의 수행정도가 본 연구에서 낮은 이유들 중 한 가지는 조사 대상 병원 간호서비스방법의 차이인 것으로 생각된다. 즉 선행 연구들은 서울·경기지역의 대학병원 및 종합병원들에 종사하는 간호사를 대상으로 하였던 바, 이들 병원들은 대부분 팀간호방법이나 팀 및 기능적 분담방법을 병행하는 것으로 보고하는 반면에(임상간호사회, 2002), 본 조사 대상자들이 소속되어 있는 종합병원들의 경우, 대부분 기능적 분담방법을 사용하였다(김정희와 이인숙, 2004). 즉 기록이나, 근무교대보고, 침상에서의 임상검사 등 건강체계영역의 많은 중재들이 업무 중심으로 할당되어 특정 간호사(주로 선임간호사)에게 일임되고(실제로 선임 간호사가 기록 및 교대보고 등을 전담하고 있어 건강체계영역의 중재들이 선임 간호사에 의해 국한되어 수행되고 있음), 또 다른 간호사는 투약, 활력중후 체크 등 다른 업무들만을 수행하며 기록이나 교대보고 등에 참여하지 않기 때문으로 추정된다. 실제로 본 연구 결과, 기록 등 건강관리체계 영역의 중재들이 빈번하게 수행되는 중재 목록에 포함되지 않은 점 또한 이 같은 결과를 지지하는 것으로 보인다.

한편 전체적인 행위영역 수행 정도는 평균 2.67로, 정신과 환자를 대상으로 한 최자윤 등(2003)의 3.11나 정형외과 환자를 대상으로 한 연구(권미숙과 박경숙, 2002)의 2.72 보다 낮은 수준이었다. 수행 순위의 경우, 기본 및 복합적 생리적 영역 다음의 3번째이었으며, 행위영역의 군(class) 별로는 인지요법군의 수행정도가 가장 높았고, 정신적 안전도모, 의사소통강화, 행동요법, 적응보조 순이었으며, 환자교육 군(class)이 가장 낮았다. 이는 낮은 수행 순위를 보고한 염영희(1999)의 연구 결과나, 행위영역 내 환자교육이나 정신적 안위도모, 의사소통강화(경청) 등의 수행정도를 높게 보고한 권미숙과 박경숙(2002), 노미경과 박경숙(1999)의 결과와 차이가 있는 것이었다. 특히 본 연구의 대상자로 정신과 간호단위 간호사가 포함되지 않았고, 대상 6곳의 종합병원들 중 1곳을 제외하고는 정신과 간호단위가 아예 개설되지 않았음에도 불구하고, 행위영역과 '인지요법'군 수행 순위가 높은 것은 특이하였다. 행위영역의 평균점수가 정신과 환자를 대상으로 한 연구에 비해서 낮음에도 불구하고, 본 연구의 다른 영역들에 비하여 상대적으로 더 많이 수행하는 이러한 결과는 생리적 중재에 집중하여 수행하는 본 연구 대상자의 특성이 일부분 반영되어, 상대적으로 다른 영역들의 수행 정도는 낮아 행위영역의 수행 순위가 높게 나타난 것으로 생각된다. 또 다른 측면으로는 본 연구 대상 지역의 정신과 환자 입원시설 관련 특성이 일부분 반영된 것으로 추정된다. 즉 연구 대상 지역에서 정신과 환자 입원시설이 되어 있는 곳은 종합병원 1곳(40병상 규모)과 노

인요양병원 1곳(연구대상에 포함되지 않음, 정신과 병상은 80병상), 2006년에 개설되어 운영한지 1년이 안된 정신병원 1곳(연구대상에 포함되지 않음, 운영 병상수 67병상)으로 정신전문 입원시설이 부족하고(보건복지부, 2006), 주로 종합병원 정신과 외래나, 개인 의원, 지역정신보건센터 등에서 대부분의 정신과 환자가 관리되고 있다. 실제로 이 지역의 2002년 정신과 외래환자 수진율이 10만명당 164.5명으로 전국에서 가장 높고 전국 평균치인 64.9명의 2배를 초과하면서도, 이 지역의 정신과 퇴원환자수는 전국의 1.10%에 불과하였다(보건복지부, 2003). 그래서 실제 정신과 문제로만 종합병원에 입원하는 경우는 많지 않고, 정신과 문제를 가진 대상자들이 다른 건강문제로 여러 종합병원의 각기 다른 간호단위에 입원하게 되고(실제 입원할 정신과 간호단위가 제한적이므로), 결국 정신과 간호단위의 간호사들이 아닌 일반 간호단위에서 근무하는 간호사들이 실제로 인지요법군이나 정신적 안전도모 군 등의 행위영역 중재들을 다른 영역의 간호중재들 보다 더 빈번하게 수행하고 있는 것으로 생각된다. 따라서 본 지역의 간호사들이 실제로 다른 영역의 중재들 보다 특히 행위영역의 중재를 많이 수행하는지에 대하여 확인할 필요가 있다.

또한 행위영역 중 환자교육군 수행정도가 평균 2.35로 가장 낮게 나와, 주 1회 정도 수행하는 것으로 나타났는데, 이는 환자교육군을 가장 많이 수행한다고 보고한 권미숙과 박경숙(2002), 노미경과 박경숙(1999)의 결과와 상이하였다. 이 같은 결과는 간호인력의 부족(권미숙과 박경숙, 2002)이나 간호서비스전달 방법과 관련되어 있는 것으로 생각된다. 즉 현행 시행되고 있는 업무 중심의 기능적 간호방법에서는 담당 환자도 불분명하고, 일관성이 부족하고 환자의 요구를 간과하기 쉽고 업무중심으로 이루어지기 때문에(염영희 등, 2005) 담당 환자들에 대하여 체계적인 간호과정의 적용과 간호계획에 근거한 환자 교육 등을 수행하기에는 현실적으로 어려움이 클 것으로 생각된다. 그러나 간호대상자의 간호요구가 점점 높아지고 양질의 간호를 기대하는 현실에서(염영희, 1999), 행위영역 중 특히 의사소통강화나 교육에 대한 중요성이 강조되고 있다. 따라서 이에 대한 중요성을 인식하고 일선 간호사들의 적극적인 노력이 필요하다(권미숙과 박경숙, 2002).

한편 3차 개정된 NIC를 사용한 선행연구들에서 '지역사회 영역'의 간호중재들을 보고하고 있지 않아 비교하기 어려우나, 본 연구 결과 지역사회 영역의 중재를 안전이나 가족영역의 중재 보다 더 많이 수행하는 것 또한 선행 연구들과는 크게 다른 점이었다. 이는 본 연구가 수행된 지역의 경우, 타지역과 고립되어 있어 지역 사회망이 넓지 않고, 상대적으로 육지와 비교하여 폐쇄적인 분위기 혹은 대면관계의 사회 즉 '아름으로' 일이 되는 사회에서의 사회 구성원들 간의 관계와 공동체 의식 등의 지역 특성(유철인, 1992)이 반영된 것으로도

생각된다. 따라서 지방 중소병원의 경우, 이러한 지역적 특성을 고려하여 기존의 병원 중심의 간호중재가 사례관리나 지역사회 주민 대상 건강교육, 병원중심의 가정간호, 지역 내 연계망을 통한 퇴원환자 추구관리 등 지역사회 건강증진 분야 등으로 까지 간호사의 업무가 확대될 수 있음을 시사한 것으로도 생각할 수 있겠다.

### 빈번하게 수행되는 간호중재

빈번하게 수행되는, 즉 적어도 하루 한번 이상 수행되는 간호중재는 14개로, 생리적 기본 및 복합영역과 안전영역에 속한 중재들이었고, 그중 생리적 복합영역에 속한 중재가 가장 많았다. 이 같은 결과는 행위와 가족영역을 제외한 영역에서 총 18개 중재가 하루 한번 이상 수행되는 것으로 보고한 염영희(1999)의 연구나, 21개의 중재를 보고한 손행미 등(1998)의 연구 결과와 다소 차이가 있는 것으로, 정형외과 간호사를 대상으로 한 권미숙과 박경숙(2002)의 연구나 신경외과 간호사 대상의 오명선과 박경숙(2002)의 연구에서 간호사의 50%가 하루에 1번 이상 수행하는 핵심 간호중재의 수를 26개, 48개로 보고한 것보다 큰 차이가 있었다. 이는 본 연구의 대상자들이 하루에 1번 이상 수행하는 중재가 선행 연구들에 비하여 다양하지 못함을 의미하는 것이다. 특히 NIC이 4년 마다 새로운 중재가 계속 포함되어 개정되고 있는 점을 고려한다면, 10여 년 전에 수행되었던 염영희(1999)나 손행미 등(1998)의 연구에서 보다는 빈번하게 수행되는 간호중재의 수가 더 적다라는 점은 본 연구 대상자들은 새롭게 개발되어 적용되고 있는 간호중재들을 실무에 반영하지 못하며 다양한 대상자들의 간호요구에 적절히 반응하지 못하고 있음을 시사하는 것으로 생각된다.

한편 본 연구에서 가장 빈번하게 수행된 간호중재(intervention)는 정맥내 투약이었으며, 그 다음 근육 주사, 진통제 투여 등 투약관리 군에 속한 중재들이었다. 특히 정맥내 투약, 정맥주사놓기, 정맥주사요법 등이 투약관리군 혹은 조직관류조절 군 등으로 나뉘어져 있거나 중복되어 있던 점을 고려하면, 정맥내 투약관련 간호중재를 더 자주 빈번하게 수행하는 것으로 생각된다. 유사 간호중재의 중복에 대해 김문숙(1997)과 손행미 등(1998)은 동일한 간호활동을 포함하는 간호중재명과 내용에 대한 분별력 검증의 필요성을 지적하였던 바, 유사 간호중재에 속하는 간호활동들의 중복은 NIC의 명확성과 변별력을 다소 떨어뜨리는 요소로 보여진다. 이처럼 투약관련 중재가 빈번하게 수행되는 결과는 기록, 비경구투약, 정맥주사놓기, 체온조절, 근무교대보고 등으로 보고한 염영희(1999)의 연구나, 침상 옆 간호 등 사무적인 업무에 많은 시간을 할애하고 있는 것으로 보고한 손행미 등(1998)과 최자운

등(2003)의 연구 결과와는 차이가 있는 것이었다. 선행연구들에서는 ‘기록’을 가장 빈번하게 수행되는 중재라고 보고하였으나 본 연구에서는, 비록 과반수이상의 대상자(94명, 55.3%)가 하루에 수시로 수행한다고 응답함에도 불구하고, 전체적으로 간호사들의 기록 수행정도는 평균 3.87(1.54)로 나타나 거의 하루 1회 이하 수행하는 것으로 나타났다. 이는 대상 병원 대부분이 기능적 간호방법을 적용하고 있으며, 기록과 관련하여 명확하고 실제적인 간호 정책이 부족하다는 점에서 기인된 것으로 보인다. 즉 처치전담(액팅, acting) 간호사는 처치를 전담하고 근무 중 간호일지를 거의 기록 하지 않으며, 선임(책임) 간호사가 기록을 전담하여 통상적으로 한 duty당 1-2회 기록하고 있다. 다양한 중재가 수행되지 못하고 투약관련 중재에 집중하고 있는 이유는 전술한 기능적 간호방법을 적용한다는 점과 함께, 개별 간호사들의 간호과정 적용에 대한 적극적인 사고 부족에서 일부분 기인된 것으로 생각된다. 실제로 간호사들과의 개별적 접촉 결과, 일부 간호사들은 실제적인 병원에서의 간호업무 수행에 간호과정 적용이 도움이 된다고 생각하지 못하거나, 간호과정 적용에 대한 교육 부족으로 간호과정 및 간호중재 수행에 대하여 적극적으로 생각하지 못하는 것으로 보고하였다. 따라서 간호에 대한 역할 기대와 대상자들의 간호요구 변화 등에 적극적으로 대응하기 위해서는 간호사 개인의 노력들이 필요하며, 개별 간호사들의 노력을 현실적으로 가능하게 해주는 체계적인 조직적 지원과, 간호서비스방법의 변화 등과 같은 간호 조직적 차원의 노력들이 함께 필요할 것으로 생각된다.

### 드물게 수행되는 간호중재

거의 수행되지 않는다고 보고한 간호중재는 모두 ‘가족’과 ‘안전’영역에 속하는 55개의 중재들로, 입원환자의 직접적인 안전과 관련된 낙상방지를 제외하고 전체적으로 안전영역 위험관리군의 중재들을 드물게 수행하는 것으로 나타났다. 특히 가족영역의 경우, 총 52개 중 47개 중재가 거의 수행되지 않았으며, 생애주기 간호군 수행정도는 손행미 등(1998)의 결과와 비교해서 낮은 수준이었고, 출산간호나 자녀양육간호 군은 거의안함-거의 월 1회 수행되는 것으로 나타났다. 이 같은 결과는 한국사회에서는 대부분 가족에게 가족영역 간호중재가 일임되는 것이 보편적이기 때문에 드물게 수행된 것이라는 염영희(1999)의 결과와 매우 유사한 것이었다. 그러나 1,000병상 이상의 종합병원을 대상으로 한 손행미 등(1998)의 연구에서는 가족간호 영역의 수행 빈도가 높았고, 특히 가족참여, 가족결손력증진, 가족역동, 가족지지, 간호제공자지지 등 생애주기 간호군의 중재 수행빈도가 높았던 점과는 크게 차이가 있었다. 이에 대하여 손행미 등(1998)은 종합병원에 입원하는

환자의 질병은 중증인 경우가 많아 환자의 질병으로 인해 환자를 중심으로 한 가족관계의 변화가 심각하게 대두되고, 가족과 관련된 문제들이 표출되는 상황에서, 보호자의 병실 상주로 간호사는 환자가족과 빈번한 접촉이 가능하며 이를 통해 가족 간호중재영역에 대한 필요성을 인식하고 적극적인 수행을 한 것으로 보고하였다. 이처럼 대학병원이나 대형종합병원들을 대상으로 한 선행연구와의 차이는 병상 수나 환자의 중증도, 간호서비스방법, 간호지원체계, 간호사의 능력 등에서 일부 분기된 것으로 생각된다. 그러나 본 연구에서 실제적으로 산·소아과를 포함한 모든 간호단위에서 가족영역의 중재가 거의 수행되지 않는다는 점은 전인적 차원에서의 환자 간호가 미흡한 것으로 생각되며, 좀 더 적극적인 가족영역의 간호중재를 수행하는 것이 필요할 것으로 생각된다. 특히 정부차원에서 출산을 장려하고 적극적인 시책을 펴고 있고, 2005년도 조사 대상 지역의 출산율이 1.30으로 전국에서 가장 높았던 점을 고려하면(통계청, 2005), 가족영역의 출산 및 양육관련 간호중재는 이 지역 간호사들의 적극적인 수행이 요구되는 영역으로 생각되며, 최소한 산·소아과계 간호단위에서라도 적용 가능한 가족영역 관련 간호중재를 개발 및 선별하고 수행하는 노력이 우선적으로 필요하다.

본 연구 결과, 전체적으로 대상자들은 환자의 생리적 측면을 중심으로 투약관련 중재를 가장 많이 수행하였고, 기록 및 교대 보고 관련 건강관리체계 영역의 중재 수행이 저조하였다. 또한 빈번하게 수행된 간호중재의 수는 적으면서, 거의 수행하지 않는다고 보고한 간호중재의 수는 많았다. 이는 본 연구의 대상자들은 다양한 중재를 하지 못하고 입원환자의 생리적 측면과 직접적으로 관련된 간호활동에 국한되어 있음을 의미한다. 그러나 가족영역의 예방적, 교육적, 건강증진적인 간호중재들이나, 안전영역의 학대예방 및 보호관련 중재들 또한 변화된 사회 분위기와 대상자의 요구들을 적극적으로 수용하고 대응하는 차원에서 간호사들이 관심을 두고 수행되어야 하는 간호중재들로 생각된다.

### 간호단위별 간호중재 수행 정도

간호단위별 간호중재 수행 정도는 중환자실에서 가장 높았고, 외과계, 내과계, 산·소아과계 순이었다. 이는 염영희(1999)의 연구결과와 일치한 것으로, 우리나라의 중환자실에서는 모든 간호를 간호사가 수행하는 반면에 직접간호를 보호자에게 의존하는 일반 병동들과 마찬가지로, 산·소아과계 간호단위 또한 산모나 어린이가 입원하는 경우 대부분 보호자가 상주하여, 실제적인 간호중재가 보호자들에게 위임되어 수행되는 경우가 많기 때문으로 생각된다. 외과계 간호단위에서의 수행정도가 내과계에서 보다 더 높았던 바, 이는 대부분

의 간호단위에서 간호단위 특성이 반영된 간호중재를 수행하기 보다는 수술관련, 의사지시 관련 외과적 처치 및 수술전후 간호 등 의사지시 관련 중재를 중점적으로 수행하고 있는 상황이 반영된 것으로 추정되며, 내과계 간호단위 특성이 반영된 간호중재 개발 및 적용이 부족하여 직접적으로 외과적 처치와 관련이 있는 중재를 상대적으로 덜 수행하는 내과계에서의 중재 수행 정도가 더 낮은 것으로 생각된다.

또한 중재 영역별 간호단위에서의 수행 정도에 대한 차이 검정 결과, 생리적 영역과 안전영역에서 차이가 있었으며, 특히 내과계 간호단위와 산·소아과계 간호단위는 생리적 영역이나 안전 영역 등 거의 모든 영역에서 외과계 간호단위나 중환자실 보다 간호중재를 덜 수행하였다. 다른 간호단위들에 비하여 중환자실에서의 생리적 영역 간호중재 수행정도가 높은 점은 내외과계 중환자실 간호사를 대상으로 한 류은정 등(1998)의 연구결과와 일치된 것으로, 환자의 생명유지를 위한 치료와 간호에 중점을 두는 중환자실의 특성이 반영된 것으로 생각된다.

한편 영역별 간호중재 수행 정도가 생리적영역이나 안전영역에서 간호단위별로 차이는 있었으나, 중환자실을 제외하고 영역 및 군의 수행정도에서 큰 차이를 보이지 않았으며, 전체적으로는 생리적 영역의 중재를 가장 많이 수행하고, 가족영역의 중재를 가장 적게 수행하였다. 이 같은 결과는 간호단위 특성을 반영하는 특정 간호중재가 이루어지지 않는다고 보고한 손행미 등(1998)의 결과와 일치한 것으로, 본 연구 대상자들은 환자 치료과정에 적극적으로 참여하지 못하고, 의사 지시 관련 활동에 집중되어 간호단위의 특성별, 대상자별 특정 간호중재가 수행되지 못하고 있음을 시사한 것으로 생각된다. 따라서 방대한 NIC의 간호중재목록을 모든 간호중재영역에서 모두 사용하는 것이 비현실적이라면, 각 간호단위 특성별로 간호중재분류가 필요할 것으로 생각된다(김문숙, 1997).

내과계 간호단위에서 가장 많이 수행하고 있는 간호중재 영역은 생리적: 복합, 기본 영역 순이었고 외과계 간호단위의 경우에는 생리적: 기본, 복합 영역 순이었다. 내·외과 간호단위 모두 투약관리를 가장 많이 수행하며, 특히 외과 간호단위의 경우, 수술 후 중재와 관련된 활동 및 운동강화나 이동 불가능한 환자관리 중재 또한 가장 많이 수행하였다. 이는 내·외과계 간호단위에서 복합적 생리적 영역을 가장 빈번하게 수행한다고 보고한 염영희(1999)의 연구결과나 성인간호단위(내과병동) 간호사를 대상으로 한 노미경과 박경숙(1999)의 결과와 유사하였다.

산·소아과계 간호단위에서 가장 많이 수행하는 중재 영역 또한 내외과계 간호단위와 마찬가지로 생리적 기본 및 복합 영역이었으며, 투약관리 및 체온조절, 신체적 안위도모 등이 높은 우선순위를 보인 중재이었다. 이는 대상 지역의 입원환

자 특성을 일부분 반영한 것으로, 소아과의 경우 감기 및 폐렴 등 호흡기계 질환자가 가장 많은 점 등(홍성철 등, 2002)이 반영된 결과로 생각된다. 그러나 가족영역의 중재가 거의 수행되지 않고, 특히 자녀양육 군과 출산간호 군의 중재들이 가장 드물게 수행하는 중재라는 점은, 신생아 간호단위 간호사를 대상으로 한 오원옥 등(2001)의 연구에서 출산 및 양육 간호군의 가족영역 중재가 가장 빈번하게 수행된 것과는 큰 차이가 있었다. 본 연구 조사 지역과 동일한 지역의 의료기관 이용 현황을 조사한 홍성철 등(2002)의 보고에 따르면, 여자 입원환자의 주요 원인들 중 임신, 출산 및 산육관련 원인이 전체의 28.4%로 가장 많은 부분을 차지하였다. 따라서 모든 간호단위에서 가족영역의 간호중재 수행에 차이가 없고, 특히 산·소아과계 간호단위에서 조차 가족영역, 출산간호 중재가 가장 드물게 수행하는 간호중재라는 점은 시급히 수정되어야 하며, 오히려 출산간호 및 양육간호 중재들은 이 지역에서 적극적으로 수행될 수 있는 간호중재 영역으로 생각된다.

중환자실에서 가장 많이 수행된 간호중재는 복합적 생리적 영역으로 호흡관리, 신경학적 관리, 피부/ 상처관리 등이었다. 이는 중환자실 간호사를 대상으로 한 연구결과와 유사한 것이었다(김문숙, 1997; 류은정 등, 1998; 염영희, 1999). 중환자실 간호사들이 가장 적게 수행한 중재군은 자녀양육 및 출산간호 군이었던 바, 이 또한 류은정 등(1998)의 연구결과와 일치하였다. 류은정 등(1998)에 따르면 NIC에서 제시된 출산간호중재군이 질환을 가진 산모를 대상으로 하지 않고 정상분만과 관련된 간호중재가 많고 일반적으로 정상분만외의 제왕절개술을 통한 분만일 경우 통상적으로 외과계로 분류되는 경향이 있다. 따라서 중환자실에서의 이와 관련된 중재군들의 수행 정도가 낮은 것으로 생각된다.

또한 모든 간호단위에서 가장 드물게 수행되는 간호중재 중의 하나로 지역사회영역의 지역사회건강증진 중재가 있었다. 이는 입원환자 및 질환 중심의 병원(임상) 간호 현실을 반영한 것으로 생각되는 바, 지역사회영역의 중재들은 개정판 NIC에 새롭게 포함된 영역으로, 간호의 영역과 건강, 건강증진의 의미들에 확대되고 있는 상황들을 고려한다면, 우선순위가 낮았던 지역사회건강증진이나 위기 및 위험 관리 등의 중재로 까지 임상 간호사의 중재범위를 확대시키거나 가정간호나 퇴원환자 관리 등과 같은 지역사회와 연계한 간호중재 프로그램 개발도 고려되어야 할 것으로 생각된다.

## 결론 및 제언

대상 간호사들은 전체적으로 간호중재를 평균 한달에 1회 이상 수행하며, 생리적: 기본 및 복합영역(domain)을 가장 많이 수행하고, 가족 영역의 중재를 가장 적게 수행하였다. 중

재군(class) 별로는 투약관리 군을 가장 많이 수행하였으며, 가족영역의 출산간호 및 자녀양육간호 군을 가장 적게 수행하였다. 적어도 하루 1회 이상 수행한다고 응답한 간호중재(intervention)는 총 14개로, 가장 빈번하게 수행하는 중재는 ‘정맥내 투약’ 등 투약관련 중재들이었다. 거의 수행하지 않는다고 응답한 간호중재는 총 55개로 안전영역의 위험관리 군이나 가족영역의 출산 및 자녀양육간호군에 속하는 중재들이었다. 간호단위별 간호중재 차이 검정 결과, 중환자실에서 간호중재 수행을 가장 많이 하나, 전체적으로는 간호단위 특성이 반영된 특정 간호중재를 수행하지 못하였다. 즉 거의 모든 간호단위에서 다양한 중재가 수행되지 않고 생리적 기본 및 복합 영역의 간호중재에 집중되어 있으며, 특히 투약관리 중재를 가장 많이 수행하고, 가족영역과 안전영역, 지역사회영역 등의 간호중재는 드물게 수행하였다. 선행 연구와 달리 산·소아과계 간호단위에서 조차 가족영역 특히, 출산간호 및 자녀양육 간호 중재를 거의 수행하지 않는 것으로 나타났다.

본 연구 결과에 근거하여 다음과 같이 제언을 하고자 한다.

- 간호에 대한 역할 기대와 대상자들의 간호요구 변화 등에 적극적으로 대응하기 위해서는 간호사 개인의 노력들과 함께, 개별 간호사들의 노력을 현실적으로 가능하게 해주는 체계적인 조직적 지원과, 기능적 간호방법에서 팀간호방법로의 간호서비스방법의 변화 등과 같은 조직적 차원의 노력들이 요구된다.
- 개별 간호사들이 적극적으로 간호중재를 수행하기 위해서는 간호과정 적용 등에 대한 교육이 필요하다.
- 가족영역의 출산 및 양육관련 간호 중재는 이 지역 간호사들의 적극적인 수행이 요구되는 영역으로 생각되며, 최소한 산·소아과계 간호단위에서라도 적용가능한 가족영역 관련 간호중재를 개발 및 선별하고 수행하는 노력들이 우선적으로 필요하다.
- 가족영역의 예방적, 교육적, 건강증진적인 간호중재들이나, 안전영역의 확대예방 및 보호관련 중재, 환자교육 및 의사소통강화(경청) 관련 중재 또한 변화된 사회 분위기와 대상자의 요구들을 적극적으로 수용하고 대응하는 차원에서 간호사들이 관심을 두고 수행되어야 한다.
- 지역적 특성을 고려하여 기존의 병원 중심의 간호중재가 사례관리나 지역사회 주민 대상 건강교육, 병원중심의 가정간호, 지역내 연계망을 통한 퇴원환자 추구관리 등 지역사회 건강증진 분야 등으로 까지 간호사의 업무 확대를 고려할 수 있겠다.
- 지역특성 및 중소병원의 여건에 적절한 간호중재 분류와 간호중재 개발이 필요하다.
- 간호단위 특성이 반영된 간호중재 개발이나 분류가 필요하다.
- 간호중재 관련 ‘기록’에 대한 병원 간호조직의 정책이 필요

하며, 이에 근거한 간호중재 수행 평가 및 표준화, 전산화 작업들이 필요하다.

## 참고문헌

- 권미숙, 박경숙 (2002). NIC 간호중재 분류체계를 이용한 간호중재분석-정형외과 간호단위를 중심으로, *간호행정학회지*, 8(4), 655-667.
- 김문숙 (1997). *심혈관계 중환자에서 간호중재빈도에 대한 조사 Iowa 대학의 NIC 이용*. 서울대학교 석사학위논문, 서울.
- 김숙영, 진영란, 오복창, 박은준, 윤순녕, 이인숙 (2006). 보건소 간호사의 간호중재 분석-간호중재분류(NIC)의 적용, *대한간호학회지*, 36(2), 217-226.
- 김정희, 이인숙 (2004). 중소 종합병원 입원환자와 간호사의 간호서비스에 대한 기대와 지각, 질 평가와 만족도 차이, *대한간호학회지*, 34(7), 1243-1254.
- 김종경 (2007). 병원 간호조직의 유효성 결정요인, *간호행정학회지*, 12(4), 564-573.
- 노미경, 박경숙 (1999). 성인 간호단위 간호사의 간호중재 분석, *성인간호학회지*, 11(2), 331-342.
- 류은정, 최경숙, 권영미, 주숙남, 윤숙례, 최화숙, 권성복, 이정희, 김복자, 김형애, 안옥희, 노은선, 박경숙 (1998). 간호중재분류체계를 이용한 내외과계 중환자실 간호중재 분석, *대한간호학회지*, 28(2), 457-467.
- 문재우 (2000). 중소병원의 경영전략 수립을 위한 일고찰, *보건정보교육학회지*, 2(1), 17-26.
- 박성애, 박정호, 정면숙, 박성희, 염영희 (1999). 한국에서의 간호중재분류체계(NIC) 구조 타당성 검증, *간호학논문집*, 13(2), 193-204.
- 손행미, 황지인, 김숙영, 박승미, 서문자, 김금순 (1998). 간호중재분류체계(NIC)에 의한 임상간호사의 간호중재수행 정도에 관한 조사연구, *간호학논문집*, 12(1), 75-96.
- 염영희 (1999). 간호중재분류(NIC)에 근거한 간호중재수행분석 I-병원간호사를 중심으로, *대한간호학회지*, 29(2), 346-360.
- 염영희, 강익화, 고명숙, 김기경, 김태숙, 민순, 신미자, 이미애, 정민 (2005). *간호관리학*. 서울: 수문사.
- 오명선, 박경숙 (2002). 간호중재분류체계(NIC)에 근거한 간호중재 수행분석-신경외과 간호단위 간호사를 중심으로, *성인간호학회지*, 14(2), 265-275.
- 오원옥, 석민현, 윤영미 (2001). 국내 아동간호단위 간호중재 분석, *대한아동간호학회지*, 7(2), 161-178.
- 유철인 (1992). 제주사람들의 사회와 섬에 대한 관념: 인구이동과 제주사회, *제주도연구*, 9, 37-47.
- 이윤영 (2001). *NIC 간호중재분류체계를 이용한 회복실 핵심 간호중재 분석*. 중앙대학교 석사학위논문. 서울.
- 임상간호사회 (2002). *2002년도 사업보고서: 전국병원 간호사 배치현황*.
- 최자윤, 김혜숙, 박미선 (2003). 정신과 병동 간호사의 간호중재에 대한 중요도 인지 및 수행빈도와의 관계-3차 개정 NIC을 적용하여, *대한간호학회지*, 33(1), 95-103.
- 홍성철, 이상이, 황승욱 (2002). 제주도민의 질병 유병양상과 의료이용실태. *제주대학교 개교 50주년, 제주대학교 의과학연구소 개소 및 제주대학교병원 개원 1주년 기념 심포지움 자료집*. 제주대학교 의과학연구소.
- 보건복지부 (2003). *2002년도 환자조사보고서*.
- 보건복지부 (2006). *2005년도 정신의료기관 현황*.
- 보건복지부 (2007). *2006년 의료기관 및 병상 현황*.
- 통계청 (2005). *시도별 장애인구 특별추계 결과*.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Siber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, *JAMA*, 288(6), 1987-1993.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, M. J. (Eds.), (2007). *Nursing Interventions Classification(NIC, 5th ed.)*. St. Louis: Mosby.
- International Council of Nurses(ICN) (1993). *Nursing's next advances: An international classification for nursing practice*. Geneva, Switzerland: ICN.
- Martin, K. S., & Scheet, N. J. (1992). *The omaha system: Application for community health nursing*. Philadelphia: Saunders.
- McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. (Eds.), (2000). *Nursing Interventions Classification(NIC, 3rd ed.)*. St. Louis: Mosby.
- Saba, V. K. (1991). A nursing intervention taxonomy for home health care. *Nurs Health Care*, 12(6), 296-299.
- Snyder, M. (1992). *Independent Nursing Interventions(2nd ed.)*. Albany: Delmar Publishers Inc.

# Analysis of the Nursing Interventions Performed by Nurses Working in Small-Medium Sized Hospitals Using NIC(Nursing Interventions Classification)\*

Kim, Jeong-Hee<sup>1)</sup>

1) Associate Professor, Department of Nursing, College of Medicine, Cheju National University

**Purpose:** The purpose of this study was to identify nursing interventions performed by nurses working in small-medium sized hospitals. **Method:** Using NIC(3rd revision), the data were collected from 241 staff nurses working in 6 general hospitals. **Result:** Fourteen interventions were performed at least once a day. The physiological: basic and complex domain was most frequently performed. The most frequently performed intervention was medication: IV, and followed by medication-related interventions such as medication: IM, analgesic administration, IV therapy, and IV insertion. Fifty-five interventions were rarely performed. Most of them were in the family domain. ICU nurses performed interventions most often, while OBGY-pediatric units nurses performed them least. The ICU nurses performed the physiological: basic and complex, and the safety domain more often than medical and OBGY-pediatric units nurses. For the OBGY-pediatric units, the nurses were performed rarely the family domain, especially child bearing and rearing care. **Conclusion:** This survey has helped to figure out the nursing care in small-medium sized hospitals. These findings will help in building and improving of the standardized interventions for small-medium sized hospitals in located local provinces.

**Key words :** Nursing Care, Classification, Nursing Staff

\* This work was supported by a grant from the Hyochon Academic Research Fund of the Cheju National University College of Medicine Development Foundation.

• Address reprint requests to : Kim, Jeong-Hee

Department of Nursing, College of Medicine, Cheju National University  
1, Ara-1 dong, Jeju-city, Jeju Special Self-Governing Province 690-756, Korea  
Tel: 82-64-754-3884 Fax: 82-64-752-2686 E-mail: snukjh@hanmail.net