

가정간호를 위한 간호과정 정보시스템 개발

조현¹, 강인순^{2*}

¹인제대학교 보건행정학과, 보건과학정보연구소, ²부산대학교 간호대학

Development of Nursing Process Information System for the Home Health Care

Hyun Cho¹ and In-soon Kang^{2*}

¹Department of Health Care Management,

Institute of Health Science and Informatics, Inje University

²School of nursing Pusan National University

요약 본 연구는 가정간호사의 표준간호중재를 개발하여 이를 근거로 각각의 진단과 연결된 중재를 분류하고 프로토콜을 전산화하여 사용함으로써 의료기관간, 또한 의료인간의 격차를 없애고 서비스의 질 개선에 도움을 주고자 시행하였다. 연구방법은 크게 가정간호 표준중재 개발과정과 개발된 가정간호 표준중재 프로토콜을 전산화하는 과정으로 나누었는데, 가정간호 표준중재를 개발하기 위하여 먼저, 국내의 가정간호사의 직무분석, 대상자 사정 프로토콜 개발, 대상자 진단 프로토콜 개발, 대상자 중재 프로토콜 개발의 4가지 연구내용으로 구성하였다. 개발된 가정간호 표준중재 프로토콜을 전산화하는 과정으로, 크게 가정간호 정보시스템을 위한 전략수립과 가정간호 정보시스템의 분석, 설계, 운영 및 평가 등의 4개 연구내용으로 구성하였다. 개발된 프로그램은 P시에서 가정간호사업 실시 기관에 근무하는 가정간호사를 대상으로, 가정간호 정보시스템 메뉴얼을 사용하여 직접 시범, 교육하였다. 따라서 본 연구에서는 표준 가정간호중재에 속하는 구성요소를 가정간호정보조사지, 가정간호경과기록지, 가정간호경과요약서, 가정간호종결 요약서 양식에 포함될 수 있도록 개발하였으며, 표준 가정간호중재가 개발됨으로써 가정간호사업부서 간의 정보교환이 용이하고 기록의 누락 및 중복을 막을 수 있으며 EMR, HMR 개발시 병원용어의 표준화에 기여할 수 있을 것이다.

Abstract We carried out this study to reduce the gaps between medical institutes and between medical personnels and help to improve medical service quality, by classifying diagnoses and related intervention through the development of standard nursing intervention and by computerizing protocols. We considered two processes: one is the development process of home nursing standard intervention, and the other is the process of computerizing its related protocols. For the former, research covered analysis of home health care practices, development of client assessment protocol, of patients diagnosis protocols, and of patients intervention protocol. For the latter, strategies for home health care information systems should be set up and it constituted four research contents of analysis, design, management and evaluation of the systems. We also trained and educated home nurses who work at home health service center, by making them use the manual of home health care information systems at a certain city of P. In this study, therefore, we developed elements of standard home health care mediation so that they could be included in the forms of home health information note, home health progress note, and home health progress summary, home health discharge summary. Because standard home health care intervention has been developed, it became easier to exchange information between different home health service center offices, can prevent from missing or redundant information, and contribute to standardization of hospital terminologies when EMR and HMR are developed.

Key Words : nursing progress information system, home health care

본 연구는 2008년 인제대학교 교내 학술연구비에 의하여 수행되었음.

*교신저자 : 강인순(nursing@pusan.ac.kr)

접수일 09년 04월 10일

수정일 (1차 09년 05월 14일, 2차 09년 05월 20일)

게재확정일 09년 05월 27일

1. 서론

인구구조의 노령화, 가족구조의 핵가족화, 질병구조의 변화, 국민생활양식의 변화, 건강의 가치관변화, 의료수요의 고급화, 의학 및 진단기술 발달로 인한 의료비상승, 자원제한으로 인한 의료비억제를 위한 정보와 국민의 노력 등이 우리나라 국민건강관리사업에 직접적으로 영향을 미치면서 가정간호에 대한 요구가 대두되었다[1,2]

따라서 가정간호에 대한 관심은 해마다 증가하고 있는 연구에서도 볼 수 있는데 초기에는 가정간호요구조사 및 대상자 선정과 서비스 내용에 관한 것이 많았고 병원중심 가정간호시범사업이 시작되면서 서비스와 만족도에 대한 연구, 수가, 가정간호 정보전달체계에 대한 연구 등이 이루어졌다[3-5] 그리고 간호진단, 중재, 결과로 이어지는 간호과정에 대한 전산화 요구에 따라 우리나라에서도 많은 연구와 시도가 있었으나[6-8] 기록만 전산화되었고 표준화된 데이터를 확보하지 못하고 있는 실정이다.

현재 활용중인 간호진단 및 중재관련 데이터베이스는 NANDA의 간호진단분류체계, 간호중재분류체계(Nursing Intervention Classification ;NIC), 간호결과분류체계(Nursing Outcome Classification;NOC), 간호결과지표를 이용한 간호진단 및 중재관리시스템[6,8,14-19] 등이 있다.

현재 가정간호사업의 중요한 쟁점중의 하나는 가정간호중재를 어느 범위까지, 어떤 종류의 서비스를 제공하는지 하는 것이다[9,10]. 가정간호사는 파악된 대상자의 문제해결을 위해 정확하고 효율적이며 일관성있는 간호수행을 해야 하고 일관성있게 기록해야 하는데 표준화된 간호실무의 체계적인 분류가 없는 상황에서는 같은 내용의 간호중재로 방문때마다 반복해서 기록해야 하고 같은 날 수행한 간호중재도 동일한 내용을 분리하여 적는 경우가 많아 기록으로 많은 시간을 소요해야 하며 무엇보다 서비스내용에 대한 지침이 없어 항상 제한된 중재만 제공하게 된다[11,12].

따라서 가정간호실무와 환자의 결과 및 질적 향상을 위해 기여할 수 있는 수용 가능한 간호 결과의 통계적 한계를 결정하는 시스템 개발, 가정간호에 의한 환자 결과의 경계를 구명하고 구체화하는데 가정간호사가 사용할 수 있는 시스템 개발, 가정간호사에 의해서 도움을 받기 보다는 간호사를 도울 수 있도록 설계되어진 시스템 개발을 포함한 표준화된 가정간호정보체계 개발이 시급하다고 하겠다.

가정간호사의 가정간호 표준중재를 개발하여 이를 근거로 각각의 진단과 연결된 중재를 분류하고 프로토콜을 만들어 사용함으로써 대상자의 건강관리에 간호가 기여

하는 영향을 명확히 나타낼 수 있을 것이다.

현재 기관에 따라, 또한 서비스 제공자에 따라 차이를 보이고 있어 질 관리에 어려움이 있는 가정간호사의 표준간호중재를 개발하여 이를 근거로 각각의 진단과 연결된 중재를 분류하고 프로토콜을 전산화하여 사용함으로써 의료기관간, 또한 의료인간의 격차를 없애고 서비스의 질이 개선에 도움을 주고자 시행하였으며 본 연구의 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 1) 가정간호 표준중재를 개발한다.
- 2) 개발된 가정간호 표준중재 프로토콜을 전산화한다.

2. 연구 방법

2.1 연구대상 및 범위

본 연구의 대상은 가정간호사의 활동 중 각 대상자에 대한 간호사정 및 간호진단활동을 지원하고 그 간호진단 결과에 따라 이어지는 중재활동을 관리해 주는 정보시스템이다. 본 연구는 간호진단 및 중재활동에 필요한 간호지식을 체계적으로 관리하며 보다 정확한 간호진단을 내리도록 유도하고 간호진단에 따른 중재활동을 효과적으로 관리하는데 초점을 두고 있다. 대상자에 관한 정보는 간호진단 및 중재의 대상자를 확인하기 위해 필요한 자료에 국한하여 관리하도록 하였다.

간호진단, 간호중재 및 간호결과의 순환과정으로 이루어진 간호과정에서 간호결과는 진단 및 중재활동의 결과이며 동시에 가정간호사가 무엇을 할 것인지에 대한 기대되는 행위의 지침이 되며 간호결과의 지표들은 개인의 간호계획에 이용되고 있다. 이에 본 연구에서는 간호결과의 지표를 간호진단과 간호중재를 연계하는 도구로써 활용하데 이용하고자 한다.

2.2 연구방법

본 연구의 연구방법은 크게 가정간호 표준중재 개발과정과 개발된 가정간호 표준중재 프로토콜을 전산화하는 과정으로 나누었다. 가정간호 표준중재를 개발하기 위하여 먼저, 국내의 가정간호사의 직무분석, 대상자사정 프로토콜 개발, 대상자진단 프로토콜 개발, 대상자중재 프로토콜 개발의 4가지 연구내용으로 구성하였다.

2.2.1 가정간호 표준중재 개발과정

연구내용에 따라 문헌고찰 및 자료검색, 연구팀 회의, 전문가 회의 또는 워크샵 개최 등으로 구성하였다. 한편, 국내의 가정간호사 전문인력 실태 파악에 대한 문헌고찰

및 자료를 검색하여 가정간호사의 직무를 분석하였다.

1) 가정간호사 전문인력의 직무분석

가정간호사 전문인력의 직무를 분석하기 위해 주로 보건복지부와 한국간호평가원(2006)에서 발간한 ‘전문간호사 핵심능력 및 분야별 전문간호사 직무’ 분석 결과를 참고 하였다.

2) 가정간호 실무 간호기록/서식 수집 및 분석

2008년 1월 18일부터 2008년 1월 25일까지 P시 11개 가정간호사업소에 협조공문을 보내어 현재 사용 중인 가정간호기록지양식 8종류를 회수하여 내용을 분석하였다.

3) 가정간호사 요구사항 조사 및 분석

2008년 2월 14일 P시 가정간호사업소의 가정간호사 5명과 본 연구원들이 참석하여 불필요한 서식(가정간호의뢰서 등)을 간소화하여 1차적으로 4개의 가정간호기록지(가정간호정보조사지, 가정간호경과기록지, 가정간호경과요약서, 가정간호종결요약서)와 그 구성요소를 정하였다.

4) 가정간호사 5명, 간호학 교수 2인, 보건학

교수 1인으로 포커스 그룹을 구성하여 본 연구의 목적 및 진행절차에 대하여 설명한 뒤 동의를 구하였다

5) 표준중재 프로토콜 개발

1차로 확정된 가정간호기록지 (가정간호정보조사지, 가정간호경과기록지, 가정간호경과요약지, 가정간호종결요약서)의 구성요소에 대한 내용타당도를 가정간호사 10명으로부터 검증받았다.

2.2.2 개발된 가정간호 표준중재 프로토콜 전산화 과정

이 단계는 개발된 가정간호 업무 표준 프로토콜을 전산화하는 과정으로, 크게 가정간호 정보시스템을 위한 전략수립과 가정간호 정보시스템 의 분석, 설계, 운영 및 평가 등의 4개 연구내용으로 구성하였다.

가정간호 정보시스템을 위한 전략수립에는 전산화 범위결정, 정보체계 설치기관 선정, 기기 결정 등이 포함되었다. 가정간호 정보시스템 분석에는 가정간호 정보체계에 적용되는 업무의 세부분석, 하위시스템에 대한 현재 체계요, 기존 필요정보 및 전산체계, 도입시 시스템의 기능, 기대결과, 자료흐름도 등이 포함되었다. 가정간호 정보시스템 설계에는 정보체계의 하위시스템에 대한 논리적 설계를 통하여 프로그램을 작성하고 이 단계에는 개

념적 설계에 의한 입력화면, 및 신규 필요정보의 출력물, 목적, 자원을 포함시켜 프로그램을 작성하였다. 개발된 프로그램 은 P시에서 현재(2008년 5월) 가정간호사업실 시 기관에 근무하는 가정간호사를 대상으로, 가정간호 정보시스템 매뉴얼을 사용하여 직접 시범, 교육하였다. 개발된 정보체계는 P시에 있는가정간호사업소에 설치하였다. 이들 가정간호사업소는 부분적으로 OCS(Order Comunication System)가 실시되고 있으며 가정간호업무가 대부분 수작업으로 이루어지고 있었다.

3. 연구결과

3.1 대상자 사정 프로토콜 개발

가정간호 정보조사지에서는 다음과 같은 요소가 포함되어 있다.

간호력에는 환자등록번호, 이름, 성별, 나이, 진료과, 학력, 직업, 종교, 결혼상태, 주거형태, 건강행위, 현 병력, 가정간호등록번호 등이 포함되며, 건강사정내용에는 신체계측 및 활력증상, 신경계, 눈코입귀, 영양상태, 위장관계, 비뇨기계, 심혈관계, 근골격계, 호흡기계, 피부계, 일상생활수행능력 등이 포함된다. 가정간호정보조사지 양식에는 환자등록번호, 가정간호등록번호, 이름으로 간호대상자에 관한 정보를 조회할 수 있도록 하였다.

3.2 간호진단 프로토콜 개발

간호진단을 위한 표준프로토콜 개발과정은 NANDA(North America Nursing Diagnosis Association)와 HHCC(Home Health Care Classification), ICNP(International Classification for Nursing Practice)의 간호진단 목록을 비교 분석하여 이를 근거로 19개 간호영역, 115개 간호진단을 추출한 후 전문가집단과의 토의를 거쳐 16개영역, 97개의 간호진단을 확정하였다.

1차로 개발된 프로토콜에 대한 사용자 타당도 감정 결과 자가간호요소에서 ‘목욕/개인위생결핍’, ‘몸단장결핍’의 의미가 비슷하다고 하여 두 개의 간호진단을 ‘개인위생결핍’으로 수정하였으며, 간호진단의 영역을 16개로 분류하는 것이 혼돈스럽다고 한 의견이 있으나 간호진단을 손쉽게 찾기 위해서는 꼭 필요로 하다는 쪽으로 의견을 일치하였다.

따라서 활동요소, 배변요소, 인지/지각요소, 대처요소, 체액량요소, 건강행위요소, 영양요소, 신체조절요소, 심체조절요소, 심폐요소, 역할관계요소, 안전요소, 자가간호요소, 자아개념요소, 감각요소, 피부통합요소, 배뇨요소인 16개의 간호영역과 96개의 간호진단을 확정하였다.

3.3 간호중재 프로토콜 개발

16개의 간호영역과 96개의 간호진단을 확정됨에 따라 각 간호진단에 대한 간호중재내용을 기술하였다. 각 간호진단에 따라 간호중재내용은 앞으로의 전산화를 고려하여 좀 더 보충설명이 필요한 경우 사전적 설명을 하이퍼링크 시켰다.

간호중재 프로토콜시행에 따른 양식 중 가정간호경과 요약서의 구성내용에는 환자등록번호, 이름, 성별, 나이, 진료과, 주소, 전화, 진단명, 활력징후, 경과요약, 의뢰사항 등이 속하며 의뢰사항만 따로 기록할 수 있도록 하고 나머지는 그대로 다운받을 수 있도록 설계하였다. 가정간호종결요약서의 구성내용에는 환자등록번호, 이름, 성별, 나이, 진료과, 주소, 전화, 진단명, 종결사유, 등록시 환자상태, 가정간호 내용 및 환자상태 등이 속하며, 따로 작성하지 않고 가정간호정보조사지에서 그대로 다운받을 수 있도록 설계하였다.

3.4 표준중재 프로토콜 개발

1차로 확정된 가정간호기록지의 구성요소에 대한 타당도 검증결과, 위장관계의 경우, L tube의 크기와 교환날짜를, 비노기계의 경우 유치도뇨관 크기와 교환날짜를, 피부계의 경우 욕창의 크기와 부위, 사정도구, 드레싱 소요시간을 기록할 수 있도록 첨가하였다.

수정, 보완된 가정간호정보조사지를 다시 포커스그룹으로부터 서면으로 검증받아 가정간호정보조사지, 가정간호경과요약서, 가정간호종결요약서 양식을 최종 결정하였다.

3.5 정보시스템을 위한 전략수립

본 연구에서 개발하고자 하는 정보체계의 범위에는 가정간호사를 대상으로 한 간호실무영역으로 가정간호정보조사력, 간호진단 및 중재, 경과 및 퇴원요약에 관한 내용이 포함되었다.

3.6 정보시스템 분석

전략수립 단계에서 선정된 정보체계를 환자등록과 간호등록의 하위 시스템으로 분할하여 각각의 시스템에 대한 현 체계개요, 기존 필요정보 및 전산체계 도입시 시스템의 기능, 기대결과, 자료흐름도 등의 구조적인 기법을 사용하여 분석하였다. 이 단계에서는 가정간호 정보체계의 필요정보 파악을 위해 실사용자인 가정간호사와 만나 상담하였다.

3.7 정보시스템 설계

정보체계의 하위시스템에 대한 논리적 설계를 통하여

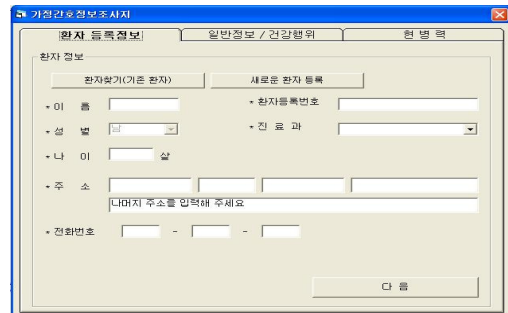
프로그램 작성하였고 이 단계에는 개념적 설계에 의한 입력화면 및 신규 필요정보의 출력물, 목적, 자료원을 포함시켜 프로그램을 작성하였다.

특히, 개발된 16개의 간호영역 중에서 가정간호대상에게 가장 빈번하게 요구되는 간호문제는 심폐요소에 관한 영역이다. 왜냐하면 가정간호대상자가 가장 많이 가지고 있는 질환이 뇌졸중, 치매, 고혈압, 당뇨병으로 심혈관계 뿐만 아니라 호흡기능에도 직, 간접적으로 영향을 미치기 때문이다[13]. 또한 심폐요소영역에서 ‘기도개방유지불능’ 간호진단은 기도가 개통될 수 있도록 호흡기로부터 분비물이나 폐쇄물을 제거하지 못하는 상태로 가정간호대상자에게 빈번하게 발생해서 가정간호사가 실제 많이 수행하는 중요한 간호중재에 하나이므로 이에 관한 프로그램을 다음과 같이 실예로 제시하였다.

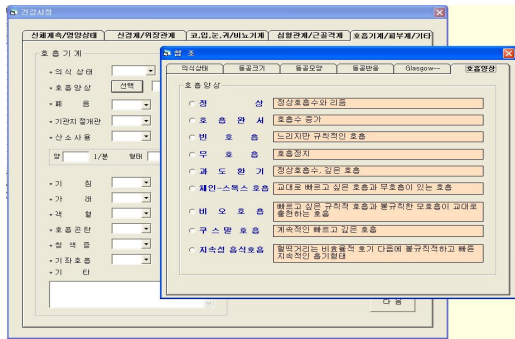
3.7.1 프로그램 구성

개발된 프로그램에서 기도내 분비물배출이 어려워 기도폐색이 우려되는 환자의 경우, 환자에 관한 정보는 다음과 같은 5가지 항목들로 구성된다.

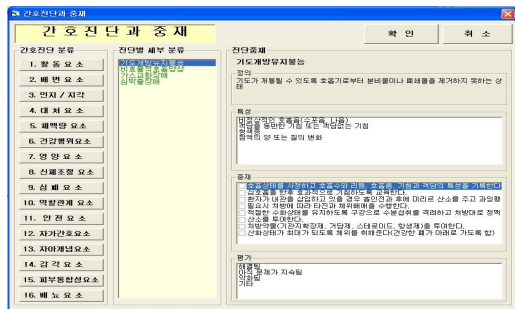
첫째, 가정간호 정보조사서에는 그림 1과 같이 환자의 이름, 나이 등 환자의 기본적인 신상내역이 포함되며, 둘째, 건강사정은 그림 2와 같이 환자의 건강상태를 각 영역별로 나누어 측정된 정보들을 입력하는 것으로 호흡기에 관련된 건강사정이 수행될 때, 호흡양상에 관한 참조화면을 하이퍼링크해서 열람할 수 있도록 하였다. 셋째, 가정간호 간호진단 및 중재요약서에서는 16개의 영역중 심폐요소에 속하는 ‘기도개방유지불능’, ‘비효율적 호흡양상’, ‘가스교환장애’, ‘심박출장애’ 간호진단중에서 비정상적인 호흡음, 객담을 동반한 기침, 청색증, 점액의 양 및 성상의 변화를 고려하여 기도개방유지불능의 간호진단을 클릭하게 되면 그림 3과 같이 간호진단에 따른 간호중재가 화면에 열거, 출력되어 환자에게 간호중재를 제공할 수 있다.



[그림 1] 가정간호정보조사서 화면

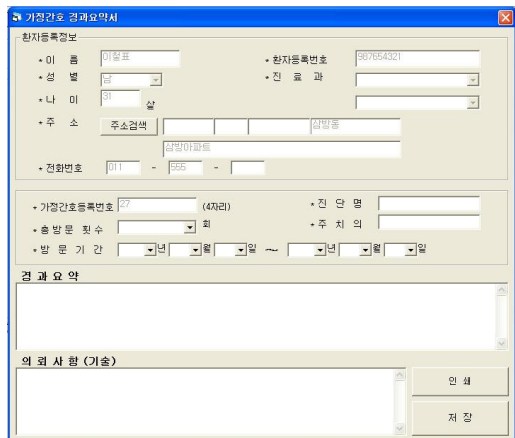


[그림 2] 간호사정에서 참조화면(호흡양상 참조화면)



[그림 3] 간호중재에서 참조화면(기도개방유지불능)

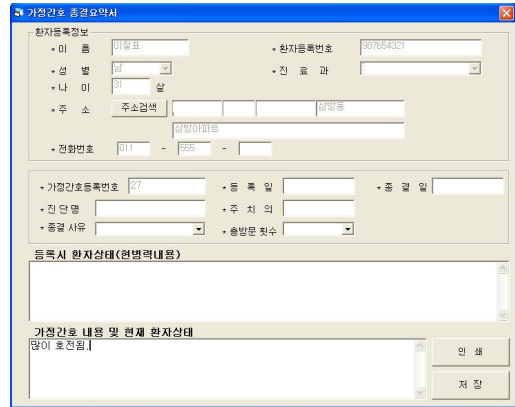
또한 환자에게 제공된 간호중재항목들을 확인하고 평가결과를 기록으로 남길 수 있다. 넷째, 가정간호 경과요약서는 그림 4에서와 같이 간호사정과 기타 여러 가지 사항들을 분석하여 가정간호사가 환자의 상태를 요약할 수 있으며,



[그림 4] 가정간호 경과요약서 화면

다섯째, 가정간호 종결요약서는 그림 5에서와 같이 가

정간호를 종결하면서 마지막으로 환자의 상태를 요약할 수 있다.



[그림 5] 가정간호 종결요약서 화면

3.8 개발된 정보시스템 운영

제작물은 visual basic 6.0을 이용하였다. 왜냐하면 DB 연결에 가장 효율적인 틀로써 구현이 용이하고, 차후 개발자의 변경시에도 소스가 유용하며, 비주얼 단塊 버전이 출시되어 있으나 여전시 필드에서는 일반 visual basic 6.0을 쓰고 있으며 .net의 경우 윈xp의 업그레이드가 부분적으로 요구될 만큼 높은 사양의 운영체계가 요구되기 때문이다.

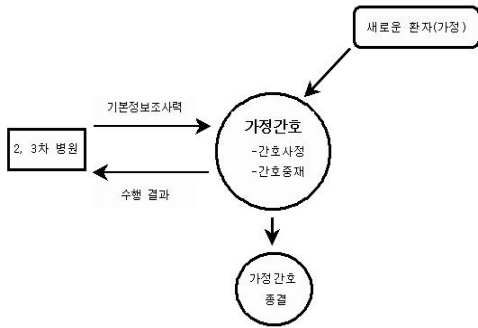
사용된 DB파일은 액세스 유형으로 DB 형태중에서는 프로그램과의 연동이 잘되고 관리가 편리하다.

프로그램 환경은 Microsoft Windows 95, Windows 98, Windows 2000professional, Windows me, Windows xp 현재 대다수의 윈도우즈 환경 내에서 작동 가능하며, 32MB of RAM, 10MB 이상의 하드디스크 여유 공간(DB의 양에 따라 충분한 여유공간 권장) 133MHz 이상의 펜티엄 CPU, Windows 2000professional 이상 CPU 166MHz 256MB 이상의 사양을 권장한다.

3.9 지역사회 기관간의 시스템에 대한 기본틀

그림 6에서 제시된 모형을 설명하면 가정간호를 실시하고 있는 2, 3차 진료기관에서 환자가 퇴원하게 되면 가정간호가 필요한 경우, 가정간호대상자로 등록되는데, 이때 환자의 기본정보력이 자동으로 전달된다. 또한 2, 3차 진료기관을 거치지 않은 경우는 새로운 환자로 등록되면서 환자의 기본정보력은 새로 조사되고 가정간호를 제공받는 동안 수행된 간호사정, 중재나 결과는 기록, 저장되며, 필요에 따라서는 경과요약지를 출력할 수 있다. 가정

간호제공이 종결되면 가정간호종결요약서를 출력할 수 있으며, 환자상태가 악화되어 2, 3차병원에 재입원할 경우, 그동안 제공받았던 가정간호중재 기록은 입원하는 병원으로 전송되어 열람할 수 있다.



[그림 6] 지역사회 기관간의 시스템 기본틀

4. 논의

본 연구에서는 가정간호를 위한 간호과정중 각 환자에 대한 간호사정 및 중재활동을 체계적으로 지원하고 그 진단에 따라 이어지는 중재활동을 지속적으로 관리해 주는 정보시스템을 개발하였다. 이 시스템을 통하여 간호진단 및 중재활동에 필요한 표준화된 간호지식을 체계적으로 관리하며 보다 정확한 간호진단을 내리도록 유도하고 간호진단에 따른 간호중재활동을 효과적으로 관리하고자 하였다.

가정간호전달체계는 가정간호 대상자들이 물리적으로 광범위하게 퍼져 있다는 특성 때문에 가정간호대상자, 가정간호제공자, 가정간호센터운영자, 담당의료진 간의 효율적인 의사소통이 필요하였으며, 이를 위해 선진외국에서는 원거리 통신망을 이용하여 가정간호시스템을 구축하고 있으며[20,21]. 독립된 지역을 대상으로 한 가정간호정보시스템을 구축, 운영하고 있다[22]. 간호분야에서는 임상간호연구를 위한 자료관리, 입원환자처방검색, 입원환자간호기록 등에 PDA를 이용하고 있으며 의사결정 시스템은 활용이 거의 되지 못하고 있는 실정이다[23].

지금까지 우리나라의 간호과정에 대한 전산화[6,8,14-19]는 기록만 전산화되거나 연구대상 병원에만 국한된 프로그램을 개발하여 표준화된 데이터베이스를 확보하지 못한 실정에서 진행된 경우가 대부분이었다.

따라서 본 연구에서는 가정간호를 간호과정정보시스템 개발에 앞서 가정간호 표준중재 개발과정을 거쳐 전

산화하였다. 앞으로 실제 가정간호대상자가 있었던 병원의 처방전달시스템과 연계되어 시험운영을 거쳐야 하는 검증작업이 필요하겠다.

5. 결론

본 연구에서는 표준 가정간호중재에 속하는 구성요소를 가정간호정보조사지, 가정간호경과기록지, 가정간호경과요약서, 가정간호종결요약서 양식에 포함될 수 있도록 개발하였다. 표준 가정간호중재가 개발됨으로써 가정간호사업부서 간의 정보교환이 용이하고 기록의 누락 및 중복을 막을 수 있으며 EMR, HMR 개발시 병원용어의 표준화에 기여할 수 있을 것이다. 또한 가정간호대상자들은 누구나 표준 간호서비스를 제공받을 수 있으며 간호수가 산정시 기초자료로 활용할 수 있을 것이다.

표준화된 업무개발로 U-Home Health Care 정보체계 개발이 가능하며 이는 가정간호 업무의 효율화, 간소화와 더불어 가정간호서비스의 질 향상을 도모할 수 있을 것이다.

또한 가정간호 정보시스템 개발은 가정간호사나 가정간호 교육생들 모두에게 표준적인 간호활동을 교육할 수 있다. 그리고 실무에서 가정간호사가 간호문제를 발견하여 진단하고 이를 근거로 간호를 제공하는 모든 활동을 독자적으로 수행하기 위한 도구로서 사용될 수 있다. 간호중재 프로토콜을 사용함으로써 주어진 시간내에 질적인 간호를 제공하며, 건강관리 지속성이 중요한 대상자에게 어떤 간호중재가 필요한지를 바로 알 수 있다.

가정간호 업무의 독자성, 자율성과 함께 다른 의료팀과 효과적으로 의사소통하며 방문기록에 소요되는 시간을 줄이고 기록의 정확성을 증진시킬 수 있다.

참고문헌

- [1] 최진호, 이해영, 김진상. 가정방문을 위한 물리치료사와 가정간호사의 팀워크에 관한 연구. 대한물리치료학회지, 12(4), 79-86, 2000.
- [2] 박현애, 김정은, 조인숙, 최영희, 이향련, 김혜숙, 박현경. Nursing Intervention Classification(간호중재 분류체계)의 한글 명명화에 대한 타당성 연구. 성인간호학회지, 11(1), 23-38, 1999.
- [3] 이진경, 박현애. 일개 종합병원중심 가정간호 간호진단 분류를 위한 NANDA와 HHCC의 적용 비교. 성인간호학회지, 12(4), 507-516, 2000.

- [4] 황보수자. 조기퇴원 제왕절개 산욕부를 위한 가정간호 표준서 개발. 간호행정학회지, 6(1), 135-146, 2000.
- [5] Dombi, W.A. Home Care & Hospice Financial Managers Association: It Works for You With the transformation in health care in the United States that raised the importance of home care and hospice in both acute and chronic care settings, the financial management of the sectors has grown in importance and complexity. HHFMA is recognition that financial managers are essential to the future success of home care and hospice. *CARING -WASHINGTON DC-*, 27(9), 6-7, 2008.
- [6] 문성미, 김선희. NIC에 근거한 척수손상환자의 가정간호 증재 프로토콜 개발. 한국가정간호학회지, 8(1), 25-37, 2001.
- [7] 박성애. 간호증재분류의 동향과 전망. 한국가정간호학회지, 3, 75-85, 1996.
- [8] 용진선. 병원중심 가정호스피스 대상자의 주호소, 의뢰 사유 및 간호진단 분석. 호스피스교육연구지, 9, 8-17, 2005.
- [9] Cabin, W. D. The Phantoms of Home Care: Home Care Nurses' Care Decisions for Medicare Home Health Alzheimer's Disease Patients. *HOME HEALTH CARE MANAGEMENT AND PRACTICE*, 19(3), 174-183, 2007.
- [10] McMackin, S. home care today Setting the Standard for Private Duty Home Care: How the National Private Duty Association Works to Improve Home Care for Providers and Their Patients. *Home healthcare nurse*, 22(12), 851-853, 2004.
- [11] 박정호, 박성애, 윤순영, 강성례. 컴퓨터 통신망과 PDA(휴대용개인정보단말기)를 이용한 가정간호정보시스템 개발. 대한간호학회지, 34(2), 290-296, 2004.
- [12] 강창현. 노인지역사회보호를 위한 방문(가정)간호서비스 네트워크 탐색. *韓國政策學會報*, 10(2), 215-242, 2001.
- [13] 장인순, 황나미. 병원중심 가정간호 뇌혈관질환자의 중증도별 서비스 특성 및 비용 분석. 대한간호학회지, 13(4), 619-630, 2001.
- [14] 서문자. 간호증재분류체계에 대한 최신경향, *The Seoul Journal of Nursing 간호학논문집*, 12(1), 1-14, 1998.
- [15] 엄영희, 이지순, 김희경, 장혜경, 오원옥, 차보경, 박창승, 천숙희, 이정애. 보건의료정보 자료 세트의 비교 및 간호정보 표준화에 대한 고찰. 한국간호교육학회지, 5(1), 72-85, 1999.
- [16] 박성애, 박정호, 이해자, 박성희, 정면숙, 주미경. 간호 결과지표를 이용한 간호진단 및 증재관리 시스템. 대한의료정보학회지, 7(1), 35-43, 2001.
- [17] 박현애, 조인숙, 황지인, 최영희, 이향련, 박현경. Home Health Care Classification(가정간호 분류체계)의 한글 명명화에 대한 타당성 연구. 성인간호학회지, 11(2), 252-266, 1999.
- [18] Coler, M. S. de Oliveira Ferreira Filha, M. Ozalting, G. Lutzen, K. Gorman, D. Rigol, A. Oud, N. Violence: A NANDA Nursing Diagnosis Targeted as a Universal Problem: One Proposal for Preventive Intervention. *CLASSIFICATION OF NURSING DIAGNOSES*, 13, 377-389, 1998.
- [19] Van De Castle, B. Comparisons of NANDA/NIC/NOC Linkages Between Nursing Experts and Nursing Students. *INTERNATIONAL JOURNAL OF NURSING TERMINOLOGIES AND CLASSIFICATIONS*, 14(4), 40, 2003.

조 현(Hyun Cho)

[정회원]



- 1993년 2월 : 서울대학교 보건대학원(보건학박사)
- 1998년 8월 : Georgetown University, Medical Center (Post Doc)
- 1993년 9월 ~ 현재 : 인제대학교 보건행정학과 교수

<관심분야>

보건의료정보, Hospice, 치매

강 인 순(In-soon Kang)

[정회원]



- 2003년 3월 ~ 2007년 2월 : 부산대학교 간호대학 간호학과 조교수
- 2007년 3월 ~ 현재 : 부산대학교 간호대학 간호학과 부교수

<관심분야>

성인간호, 중환자간호, 간호정보학