

일부 지역사회 저소득층 주민을 대상으로 한 가정간호사업의 효과에 관한 연구

이 군 자 (경기간호보건전문대학)
김 명 순 (경기간호보건전문대학)
양 영 희 (경기간호보건전문대학)

〈目 次〉

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적
2. 용어 정의
3. 제한점

II. 문헌고찰

1. 저소득층 지역
2. 가정 간호
3. 만성 환자 관리

III. 연구 방법

1. 대상지역 및 대상자 선정
2. 연구 도구의 작성
3. 가정 간호 수행자 및 가정 간호 수행절차
4. 분석 방법

IV. 연구 결과

1. 연구 결과 I (저소득층 지역의 조사)
2. 연구 결과 II (가정 간호 수행 분석)

V. 논 의

1. 결과 I (저소득층 지역의 조사)에 대한 논의
2. 결과 II (가정간호 수행)에 대한 논의

VI. 결론 및 제언

1. 결 론
2. 제 언

참고문헌

부 록

영문초록

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

가정 간호 사업이란 만성 퇴행성 질환자, 노인성

질환자, 불구자, 정신질환자등 장기 건강 문제를 가진 사람들과 그 가족들을 대상으로 가정 방문이라는 수단을 이용하여, 간호사를 중심으로 한 보건 인력팀이 필요한 직접 간호 제공 및 보건 교육을 제공함으로써 그들 스스로 자기 건강 관리 능력을

* 본 논문은 1990년도 교육부 지원 한국 학술진흥재단의 자유공모과제 학술연구조성비에 의하여 연구되었음

개발하게 하여 적정 수준의 건강을 유지하도록 함을 목표로 하는 사업이다(김화중, 1988; 박노예, 1988; 이인숙, 1990).

이러한 가정 간호 사업은 자유 기업형 보건 의료 전달체계를 운용하고 있는 미국이나 일본등 선진국에서 이미 어떻게 하면 효율적인 보건 의료를 국민 모두에게 적용할 수 있는가 하는 지속적인 연구의 결과로 제도화되어 실시됨으로서, 의료 수가의 앙등과 의료 보험 재정 압박을 해소하고, 환자의 병원 집중화 현상을 완화, 병상 가동율을 높이며, 국민들의 의료비 부담을 경감시키는 데 효과적임이 판명되어, 해마다 그 사업기관이 눈에 띄게 늘어나고 있는 실정이다(김화중, 1988; 박노예, 1988; 간협신보, 1988.3.31).

우리나라에서는 우선 1990년에 1단계로 가정 간호사 제도 실시에 따른 기반 조성과 가정 간호사를 양성하고, 2단계로 1991년 부터 국공립 병원 및 보건소등을 통해 시범사업을 실시하고, 3단계로 병원급 이상 의료 기관에 가정 간호 사업을 전면 확대 실시할 예정이다(간협신보, 1988.8.10).

이러한 시대의 변화에 부응하여 관련 연구들이 행해지고 있으나 대부분은 가정 간호에 대한 소비자의 태도를 조사한 것이고 가정 간호의 실시에 대한 효과 분석이나 문제점을 보고한 논문은 드문 실정이다.

오늘날 보건 의료 전달 체계에 있어 가장 주요한 문제는 만성질환관리이다. 만성 환자에게 계속적이고 포괄적인 간호를 제공하기 위해 가장 적합한 장소는 가정이다. 가정 간호는 새로운 의료 전달 체계로서 저렴한 비용으로 소비자들이 선호할 수 있는 방법이나 질의 유지가 문제이다(Maraldo, 1989).

차제에 본 연구진은 정부의 이와 같은 정책에 발 맞추어 지역사회 저소득층 주민중 만성 질환자가정을 대상으로 가정 간호 사업 실시에 수반되는 제반 문제점을 파악하고 효과적인 가정 간호 사업 제도의 기반 조성에 필요한 자료를 제공하고자 한다.

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 일부 지역사회 저소득층 주민의 가정 간호 요구도를 파악한다.
- 2) 일부 지역사회 저소득층 주민중 만성 질환자

를 둔 가정을 대상으로 가정 방문 간호를 실시하여 그 효과를 측정한다.

- 3) 일부 지역사회 저소득층 주민을 대상으로 한 가정 방문 간호 실시에 따른 제반 문제점을 파악한다.

2. 용어 정의

가정간호-환자의 독립적 기능을 유지하기 위하여 가정에서 질병예방, 치료, 지지적인 서비스를 제공받는 것이다(Hennessey & Gorenberg, 1983).

만성 질환-질병으로 인한 병리학적 변화가 회복 불가능하며 장기간의 의학적 관리를 요구하는 질환을 뜻하며(Strauss, etc, 1984) 본 연구에서는 의사의 진단으로 확인되어 3개월이상 이환중인 당뇨병과 고혈압을 의미한다.

저소득층 지역 주민-구청 사회과나 구 보건소에서 영세 지역으로 지정된 곳에 거주하는 주민을 의미하며 본 연구에서는 인천시내 N구 K동 주민이나 N구 보건소 이용자를 말한다.

자기 건강 관리-식이, 운동, 약물복용, 수면, 휴식의 5가지 내용을 질병상태에 맞도록 관리하는 정도를 의미하며 관리 정도는 5점 척도로 측정한다.

성인병 태도-만성 질환에 대한 주관적 지각을 의미하며 건강신념 모형중 심각성, 유익성, 건강동기, 장애성으로 구성된다.

3. 제한점

저소득층 지역 주민중 만성환자 비율이 낮아서 연구대상자를 저소득층지역 관할 구보건소 진료실 내소자중 고혈압, 당뇨병 환자만으로 그 범위를 한정한다.

장기적 관리가 필요한 만성환자에게 가정 간호를 1년으로 제한하여 수행하였다.

비용 효과분석은 하지 못하였다.

II. 문헌 고찰

1. 저소득층 지역

1) 저소득층의 구조적 특성

저소득층 지역에 대한 조사 연구는 1967년 권이혁등에 의해 시작된 후 간헐적으로 계속 되어지고 있다. 본고에서는 80년대 이후에 선행된 영세지역의 보건 의료 문제에 관련된 연구 결과들을 살펴봄으로서 저소득층 지역의 구조적 특성을 도출해 보고자 한다.

(1) 저소득층 지역의 기준

지난 30여년간에 걸친 급속한 산업화 과정은 인구의 도시 집중화를 유발하며 도시 인구 비율의 급증을 가져오게 되었고 도시로 유입된 인구는 특별 생활 기반 없이 생활비가 적게 드는 도시 변두리에 버려진 공간으로 모여들기 시작하므로써 저소득층 집단으로 이루어지는 소위 영세 지역을 형성하게 되었다(김정순 등, 1980; 윤순녕, 1981; 우극현, 1985). 또 한편으로는 도심 재개발 사업의 일환으로 모여든 철거민들의 정착촌으로서 영세지역이 형성되기도 했다(문옥륜 등, 1991).

미국같은 선진국들에서는 사회복지법에 연수입액의 일정 한계선을 기준으로 저소득층 집단을 구분하고 있으나(김정순 등, 1980), 우리나라는 다만 저소득층을 위한 생활보호 대상자 책정 기준이 생활 보호법에 마련되어 있고 이들 생활 보호자를 위한 의료 보호 및 의료 부조 제도의 대상자 책정 기준이 있을 뿐이다(보건 사회 백서, 1991).

91년 현재 우리나라의 저소득층으로 분류되는 의료 보호 또는 의료 부조 대상자로 책정된 인구 수는 전 인구의 7%인 288만명으로 국가에서 의료비를 지원받고 있다(보건사회 백서, 1991).

김정순 등(1980)은 우리나라의 영세지역에 대한 기준이 모호하며 연구 대상 지역으로서의 영세 지역 선정의 어려움을 지적하면서 ㄱ) 의료 보호 대상가구의 비율이 전국 평균 비율보다 높은 지역, ㄴ) 정부가 실비로 주택을 건립하여 무허가 건물 철거 지역의 무주택 주민을 이주 정착시킨 지역, ㄷ) 시청 사회계나 보건소가 취약지구로 지정한 지역으로 그 선정 기준을 임의로 정하였는데 실제 연구에서는 이 중 시청 사회계나 보건소가 취약 지구로 지정하는 지역을 선정하였다고 했다.

이후 80년대 대부분의 연구들이 김정순 등(1980)이 선정한 영세 지역의 기준 범위내에서 연구 대상을 선정하고 있었는데, 시청이나 보건소에서 이

미 영세 지역 또는 보건의료 취약 지역으로 지정한 지역(김영신, 1982; 김정남, 1988; 김화중, 1991; 도복늬 등, 1987; 배정하, 1983; 우극현, 1985; 윤순녕, 1981; 이지현, 1982), 의료 보호 대상자 및 생활 보호 대상자 비율이 높은 지역(박수필, 1982; 서인선, 1980; 이지현, 1980; 이지현 등, 1986), 도시 변두리 철거민 정착촌 지역(문옥륜 등, 1991; 이군자 등, 1981), 병원에서 시범 지역 보건 사업을 실시중인 지역(백종민, 1989)을 기준으로 연구하였다.

그러나 김규순 등(1985)은 법정 영세민 책정 기준을 이용하여 이들 법정 영세민의 부양 의무자가 없거나 기타의 상해로 노동 능력을 상실한 자, 정 부로부터 생활 보호 및 의료 보호 혜택을 받은 자들이 주로 거주하는 지역을 취약 지구라 일컬어 기준하였다.

이상의 내용을 살펴 볼 때, 우리나라에서의 저소득층 지역이란 영세 지역이란 용어로도 쓰이며 산업화의 결과로 초래된 인구의 도시 집중화로 파생된 지역으로서 사회, 경제 수준 및 보건의료 수준 등 제반 여건이 취약한 지역이라고 볼 수 있겠다.

(2) 저소득층 지역 주민의 상병 상태 및 관리 상태

상병이란 질병 혹은 상해로 인해 야기된 일시적 혹은 영구적인 것으로 당사자가 인지하고 있는 신체적, 정신적 장애(김정순 등, 1980), 또는 신체적 정신적 질병이나 증상 또는 사고, 중독 그리고 후유증으로 인하여 '몸이 안좋다'고 느꼈던 상태로써 보건 의료적 조치를 이미 취했거나 취하고 싶었던 경우를 말하는 것(우극현, 1985) 등으로 정의되고 있으며 특히 특정 지역의 보건 문제를 파악할 수 있는 현실적인 방법으로서 면접에 의한 상병 조사가 많이 이용되어 왔다(김정순 등, 1980).

저소득층 지역 주민들의 상병 상태를 선행 연구를 통해 살펴 보면, 여성이 남성보다 높고(김정순 등, 1980; 김화중, 1991; 변종화 등, 1982; 우극현, 1985), 45세 이상의 연령층에서(김정순 등, 1980; 김화중, 1991; 도복늬 등, 1987; 변종화 등, 1982; 서인선, 1980; 윤순녕, 1981) 상병율이 높은 것으로 보고 되었다.

한편 질병의 종류로는 소화기, 호흡기, 순환기 질환(김정순 등 1980; 김정순 등, 1983; 도복늬 등,

1987; 배정하, 1983), 근골격계(김화중, 1991; 변종화등, 1982) 신경계(문옥륜등, 1991), 심장병, 고혈압, 뇌혈관 질환(김정순등, 1983; 김규순등, 1985; 도복늬등, 1987)등 만성 퇴행성 질환들이 주요 상병 질환으로 나타나 이들 영세 지역 주민들의 만성 질환 관리의 필요성이 지적된 바 있다(김정순등, 1980; 김정순등, 1983; 김화중, 1991; 도복늬등, 1987; 변종화등, 1982). 또한 김정순등(1983)은 전체 상병 건수의 70%가 만성 질환임을 지적하면서 만성 질환은 급성 질환과 달리 쉽게 치료되지 않을 뿐만 아니라 진행성이기 때문에 제2차 예방적 측면에서 그 실태를 파악하는 것이 중요한 일임을 강조한 바 있다. 또 김규순등(1985)은 영세 지역의 고혈압 유병율이 연차적으로 2배 이상 증가했다고 보고했으며 도복늬등(1987)도 고령층의 고혈압, 당뇨 유병율이 전국 일반 인구에서 보다 훨씬 상회함을 보고한 바 있다. 김화중(1991)은 60세 이상의 연령층의 유병율이 지역 전체 유병율의 11.6배가 되며 이들 대부분이 만성 질환자임을 지적하면서 만성 질환자들의 유병기간이 매우 길거나 완치가 불가능한 것들이므로 이들은 삶의 과정 그 자체가 만성 질환의 관리이어야 함을 주장했다.

한편 이들 저소득층 지역 주민의 상병 관리 양상은 상병 상태가 발생했을 때 이들이 얼마나 적절한 조치를 취하느냐에 관련된 정보로서 그 질병의 예후에 큰 영향을 미칠 뿐 아니라 이들의 건강 관리에 대한 관심도를 간접적으로 측정할 수 있어 중요하다고 본다(김정순등, 1983). 또한 이와 같은 상병 관리 행위는 의료 이용 행위로 연결시켜 생각할 수 있는데 주로 사회과학적, 행동과학적 요인에 크게 지배받는 것으로 알려져 있으며 특히 한국인의 의료 추구 양상은 도시, 농촌별, 계층별, 의료 보장 혜택 유무별로 크게 다르며 의료 기관의 종류도 매우 다양하기 때문에 비교적 복잡한 편이라고 본다(정경균, 1984).

저소득층 지역 주민의 의료 행태를 보면, 우선 의료 이용율이 낮다는 점이 공통적으로 지적되고 있는데(김정순등, 1980; 김정순등, 1983; 문옥륜등, 1991; 박수필, 1982; 변종화등, 1982; 우극현, 1985; 이지현, 1980, 이지현, 1982), 그 이유로는 주로 경제적 여유가 없기 때문이며(김정순등,

1980; 도복늬등, 1987; 박수필, 1982; 변종화등, 1982; 우극현, 1985), 의료 보장 여부(우극현, 1985; 이지현등, 1986), 특히 의료 보호 대상자의 경우 의료 보호 사업에 대해 긍정적 태도를 가진 경우에 이용율이 높은 반면(이지현등, 1986) 환자를 데리고 의료 기관에 가출 사람이 없거나 무료이기 때문에 부끄럽고 창피해서(정경균, 1981) 또는 의료 기관까지의 거리가 멀어서(변종화등, 1982; 박수필, 1982)등의 이유로 오히려 의료 보호 수혜자들의 이용율이 낮은 경우도 보고된 바 있다. 김정순등(1983), 문옥륜등(1991)과 정경균(1981)의 연구에서도 영세 지역 상병자들이 의료 보호 지정 기관 및 보건소 이용율이 낮은 것으로 나타났는데 이지현(1980)은 의료 보호 이용을 높이기 위해서는 의료 보호 진료종의 용도를 알게 하고 치료 내용의 차별이 없다는 것을 인지하게 하며 지정 의료 기관까지의 지리적 근접성을 높여야 할 것임을 지적하고 있다.

이상을 종합해 보면, 저소득층 지역의 상병 양상을 다른 지역과 비교할 수는 없었으나 대체로 여성, 중장년층 이상의 연령군에서 만성, 퇴행성 질환으로 인한 상병자 비율이 높아 만성 관리의 필요성이 있었으나 이러한 상병 관리를 위해 실제로 의료 기관등을 이용한 비율은 낮았고 의료 필요와 수요간의 차이를 볼 수 있었다.

2) 저소득층 지역의 보건 의료 사업의 필요성

박수필(1982)은 국민 의료 부문에서 가장 어려운 정책적 과제가 대도시 저소득층 주민에 대한 의료 공급 확대라고 했다.

그간 무의면 해소로 놓여온 지역 주민을 위한 보건의료 수급 문제해결에는 많은 진전을 보인 바 있으나, 이의 결과로 도·농간의 보건 수준의 격차 및 도시내 사회·경제 계층별 보건 수준의 격차는 인구의 도시 집중화와 더불어 관심을 갖고 그 해결을 위한 노력을 기울여야 할 부분으로 강조되고 있다(김정순등, 1983; 김규순등, 1985; 문옥륜등, 1991; 백종민, 1989; 변종화등, 1982; 이지현등, 1986). 특히 변종화등(1982)과 우극현(1985)은 도시 저소득층의 경우 상병이환 수준이 높아 의료 요구도가 높음에도 불구하고 의료 이용수준은 중산층에 비하여 현저히 낮기 때문에 이들의 건강 및 보건 의료 문제가 중요하다고 보았다.

정혜경(1991)은 한 국가내에서 여러 인구 집단 즉 도·농간, 사회 계층간에 존재하는 사망율이나 이환 수준의 차이가 보건 서비스의 이용 가능성이나 접근성뿐 아니라 지역의 사회, 경제적 지위, 교육, 소득, 주거 형태의 변동과 보다 밀접히 관련되어 있다고 보았고, 문옥륜등(1988, 1991)과 김정순등(1983)도 대도시 저소득층 지역의 보건 문제는 근본적으로 빈곤 문제와 직결되어 우리나라와 같이 의료 서비스에의 접근이 개인의 구매력에 의하여 좌우되는 사회에서는 빈자에 대한 조치가 별도로 강구되지 않는 한 그들의 사회, 경제적 조건이 의료 이용을 제약하게 된다고 보았다.

정경균(1984)도 현대 의학의 공급은 인력과 시설에 많은 투자가 따르기 때문에 그 숫자가 높을 수 밖에 없고 그에 따라 접근 가능한 인구가 제한될 수 밖에 없으며 의료 서비스의 질과 양은 공급자가 일반적으로 정하는 것이기 때문에, 일반 상품 거래와 같이 공급자와 이용자간의 완전 자율 경쟁 기전에만 맡겨 둘 수는 없는데 국가와 조정 기구의 역할이 미흡한 탓으로 서민 대중과 농어촌 주민이 현대 의료에 손쉽게 접근하지 못하고 있다고 했다.

한편, 최근 사회 각 분야에서 계층간, 지역간의 불균형 해소 문제가 시대적 과제로 제기됨에 따라 정부에서는 보건 의료 정책에 있어서도 양질의 보건 의료 서비스 균점과 의료 전달 체계의 개선을 주요 정책과제로 삼고 있다(보건 사회 백서, 1991).

그간 저소득층 지역을 대상으로 하는 보건 의료 사업은 대학 및 부속 병원에서 실시한 시범 보건 사업이 간헐적으로 있어 왔으며 극히 제한된 범위의 진료사업 내지는 예방 보건활동을 하는 것이 전부일뿐, 그 문제 발생의 근본적인 요구 규명을 위한 연구·조사 사업은 미비한 상태였다.

경제 개발 계획에 따른 산업화 과정은 국민 경제 수준을 향상시키기는 했으나 지속적인 도시 인구 비율의 증가와 더불어 도시 지역내 계층간 빈부의 격차를 초래했다. 빈곤과 질병 발생의 악순환이 도시 영세 지역의 근본적인 문제임을 감안할 때 이들의 자립 및 자활을 위한 사회 복지 차원에서 공적 부조제도의 확충과 더불어 기존 보건 의료 사업 조직에 이들을 위한 보건의료 사업체

의 본격적인 도입 추진이 필요하다고 본다.

3) 저소득층 지역 보건의료 사업 방안

많은 연구자들이 저소득층 지역 주민을 위한 보건의료 사업은 단순한 의료서비스만이 아닌 사회, 경제적 요소들을 개선하는 노력을 병행하는 포괄적인 보건의료복지의 개발로 지역사회 개발까지 포함하는 종합적인 접근이 필요하다고 보고 있다(김정순등, 1983; 도복능등, 1987; 우극현, 1985; 정경균, 1981; 정혜경, 1991).

자유 방임식 의료전달체계로 민간 대 공공부문간의 불균형이 심한 우리나라에서는 기존 보건소 조직망의 확장 및 강화로 진료 기능을 강화하고 보건소 하부구조 조직으로 보건지소를 설치하여 진료는 물론 보건 간호사가 기존 보건간호사업 이외에 방문간호 사업을 담당토록하고 동 단위에 배치될 사회복지사와의 연계 수행등으로 정부가 보건의료 서비스 제공자가 되어 만성질환에 대한 치료비나 거동이 불편한 사람들까지 도와가는 대인 사회복지 서비스 체계와 보건 사업이 병행되는 체제로의 개발이 바람직하다고 보는 견해도 있다(문옥륜, 1988; 문옥륜등, 1991).

그러나 결국, 의료 수요도가 낮은 영세 지역주민들의 의료 이용도를 제고하기 위해서는 그들의 의료비 지불 능력, 의료 자원에서의 근접성, 부정적이고 위축된 의료수용태도등의 장벽을 제거하는 일이 중요할 것이다(문옥륜등, 1991)

정경균(1981)은 의료 비용이 높은 의사보다는 간호사, 사회사업가 등의 인력을 좀 더 적극적으로 활용할 필요가 있으며 만성 관리가 필요한 대상자를 위해서는 의료기관에 앉아 기다리는 진료 사업만이 아닌 방문간호 사업의 개발이 필요하다고 보았고, 정혜경(1991)은 이러한 만성질환관리에는 보건 교육을 통한 건강한 보건행태를 습득시키도록 하는 방안도 고려해야 할 것임을 강조한 바 있다.

저소득층 지역의 보건의료 문제는 전체 지역사회 건강 수준에도 많은 영향을 미치며 또 이들의 보건 의료 문제는 빈곤과의 악순환으로 단순한 접근 방식으로 그 문제 해결이 어려울 것으로 보인다.

따라서 빈곤 문제 해결을 위한 사회복지적인 측면의 사업과 보건의료 사업을 통합 조정하여 종합

적으로 접근하는 것이 바람직하다고 보며, 특히 보건의료사업 부문에 있어서는 영세 지역의 상병양상 및 그 관리 실태에서 살펴본 바와 같이 만성, 퇴행성 질환등 유병 기간이 긴 질병의 관리가 제대로 처리되고 있지 못한 점을 감안하여 이들의 의료비 지불 능력에 맞고 부정적이고 미온적인 의료수용태도에 맞는 방안이 강구되어야 하리라고 본다.

2. 가정 간호

가정 간호는 초기 기독교 시대에 Phöbe가 병자의 집을 방문한 것이 기록된 최초의 방문 행위이었고(Stanhope & Lancaster, 1984), 그후 기독교 신자와 수녀들이 중심이 되어 병자와 빈자를 방문하여 돌보아 주는(Keating & Kelman, 1988) 자선사업 형태로 행해졌다. 그러나 보다 조직적으로는 1796년 미국의 Boston시에서 가정 간호를 시작하였고, 1877년 뉴욕에 방문 간호사가 생기면서 그 효용성이 인정되었으며(Wiles, 1984), 1900년 미국에서 가정 간호 방문 기관이 200여곳이 설립되었다. 1947년에는 Montefiore병원에서 처음으로 의사가 개입된 병원 중심의 가정 방문 간호 프로그램을 운영하였으며(Kent & Hanley, 1990) 1970년대 중반에는 가정 간호가 미국 공공기관 보건업무의 90% 이상을 차지할 만큼 중요한 사업으로 확장되었고(김화중, 198; 박노예, 1988) 이후 병원 중심의 가정 간호 프로그램이 증가하기 시작하였다(Romer, 1989). 지역사회 중심의 가정간호사업을 실시하고 있는 대표적인 나라는 영국으로 가정간호를 통해 퇴원후 관리, 장기 질환자 관리, 사회문제 있는 가족의 관리를 맡고 있다(변영순 및 송미숙, 1990).

이러한 가정간호사업은 대체로 두가지 방향으로 발전되어 왔는데, 하나는 보건사업 담당 지역사회기관에서 그 지역의 병원과 협조관계를 이루면서 가정간호사업을 전개하는 것이고 두번째는 병원 자체에서 그 기능을 확대하여 지역사회에서 사업을 전개하는 방식이다(간협신보, 1988.10.27).

여러 학자들에 의해 가정간호사업에 대한 정의나 중요성이 다양하게 제시되어 왔는데 그 내용을 살펴보면 다음과 같다.

Rawlinson(1975)은 가정간호사업은 병원이나 지역사회 건강기관과 연계하여 건강요원의 적절한 배치, 가정간호의 질적 확보에 필요한 정보와 도움을 얻는 것이 필수적이라고 하였고, Foster와 Janssens(1980)은 가정간호란 개인이 살고 있는 장소에서 건강상의 문제나 그로 인하여 일상생활에 지장을 초래했을 때 이에 필요한 직접적 도움을 줄 뿐 아니라 생명과 건강을 유지하고 질병이나 장애로부터 회복을 목적으로 자신을 비롯한 모든 사람으로부터 제공되는 간호를 말하며 주요 대상자는 노인이나 만성환자등 추후 관리를 받아야 할 사람들이라고 하였다. 우리나라에서 행해진 가정 간호 관련 논문에 대한 문헌 고찰을 한 양영희(1991)의 결과를 인용하면 1978년 이후 총 30편이 보고되고 있으며 가정 간호 시행에 대한 소비자의 반응은 평균 84.1%의 찬성율을 보이고 있고 90.3%의 이용의사를 가지고 있는 것으로 나타났다. 또한 가정 간호가 환자의 정서적 안정과 시간 절약에 유용하며 만성 질환자, 성인병 증가에 대비한 대안으로 이용될 수 있음을 시사하였고 만성환자, 노인환자를 대상으로 가정 간호시행의 효과를 분석하기 위하여는 신체적 상태가 아닌 정서, 심리적 상태의 변화를 측정하는 것이 질환의 특성에 맞는 것이라고 결론 내린 바 있다. 또한 가정간호는 병원 치료 과정에서 제공되기 힘든 보건 교육을 가정 간호를 통해 실시하여 큰 예방 효과를 거둘 수 있는 장점도 지니고 있다(간협신보, 1989.7.20). 그의 선행 연구에서 가정간호가 임원 예방으로 인한 경비절약효과를 얻었다고 보고하고 있고(Brickner, etc, 1976; Colt, etc, 1977; Ellis, 1986; Garyl, etc, 1986; Hennessey & Gorenberg, 1983; Phillips & Rempusheski, 1986; Sager, 1983; Stone, 1987) 따라서 가정간호 사업의 장점으로 의료비감소를 들고 있었다(Colt, etc, 1977; Fagin, 1982; Horn, 1975; Rioux, 1975; Ross, 1981; Taylor, 1985). 그러나 Keenan과 Eanale(1989)는 만성질환에서 가정간호는 입원치료받는 것과 비교할 때 경비 차이는 적은 것으로 보고되고 있다고 하면서 가정간호를 비용절감측면으로 보는 것은 가정간호의 장점을 흐리게 하는 견해이며 가정간호의 평가는 간호의 질, 적절성, 효율성등에 기준을 두어야 한다고 하였다. Blazer(1988)는 환자의 장애나 질

병의 성격에 따라 가정간호비용이 오히려 상승하는 경우가 있다고 하였고, Ancona-Berk와 Chalmers(1986)는 백내장 수술후 조기퇴원하여 가정간호 받는 환자의 비용을 분석한 결과 가족이 제공한 서비스를 뺀 경우에만 가정간호의 비용이 적었다고 하였다. Haug(1985)는 가정간호 실시로 가족이 얻는 이점은 심리적인 것이라고 하였고 Hennessey와 Gorenberg(1983)는 이를 도덕적 만족감과 정서적 안정감으로 표현하면서 가정간호에서 비용분석은 부분적 평가일 뿐이라고 하였다.

실제 가정 간호 실시에 따른 효과 분석을 한 선행 연구를 살펴 보면, Calleta와 Boswick(1972)은 화상환자의 가정간호시 퇴원전에 필요한 정보를 얻고 퇴원후 환자 일인당 평균 2~3회 방문으로 합병증이나 재입원을 막을 수 있었다고 하였고, Merlin(1975)은 Home Oxygen Project를 이용한 가정간호시 예상 의료비의 99%를 절약하였다고 보고 하였다. Peterson과 Green(1977)은 조기퇴원하는 결핵환자를 병원에서 가정간호하여 재입원을 막고 계속 치료를 받게 할 수 있다고 하였고 입원환자와 조기접촉하고 의사와 협조체계를 갖는 것이 가정간호사업의 열쇠라고 하였다. Vincent와 Price(1977)는 정신과 환자에게 9개월간 한달 평균 2~3회 가정방문을 한 결과 가정간호를 받지 않았던 환자에 비하여 취업율이 높고 재입원율이 낮았음을 보고하였고, Hayman과 Station(1977), Kane(1984)과 Zerrlessting(1987)은 재입원을 뿐만 아니라 환자의 자기건강관리 능력을 향상시키고 사회적응을 도왔다고 하였다. Hickey, DeRoeck과 Shaw(1977)는 정상분만을 한 산모에게 산후 소아간호를 교육시킨 후 출산 24시간에 퇴원을 시켜 가정에서 산후 관리를 받게 함으로서 분만비를 절약하였다고 하였다. 또한 임종 환자의 가정간호를 실시한 선행연구(Creek, 1982; Malkin, 1976; Martison, etc, 1977; Martison, etc, 1985; Paige & Looney, 1977)의 보고를 보면 환자 스스로가 임종장소를 선택하여 가족이 돌봄으로 마지막까지 가족의 사랑을 확인하는 가운데 평안히 죽음을 맞이할 수 있었고 가족은 경비절감의 효과가 있었다고 하였다.

이외에도 선행 연구에서 가정간호의 대상이 되었던 환자들은 투석환자(Chambers, 1981; Wheeler,

1977), 정맥주사요법 환자(Corby, etc, 1986; Michael, 1978), 암환자(Dwyer & Held, 1982; Schaffner, 1984), 치매환자(Morycz, 1985), 심수술 환자(Haskel, 1987), 알콜중독자(Dicicco-Bloom, 1986), 지능장애아(Ross, 1981), 심장환자와 암환자(Ballard & McNamara, 1983)등 다양하였고 만성환자나 전문적인 의료술이 필요한 환자들이었다. 만성질환은 반복되는 증상의 변화를 정확히 판단하기 위하여 전문인의 도움이 필요하며 장기적 투병에 경제적 심리적 부담을 가족에게 줄 수 있으므로 가정간호에 대한 요구도가 높을 것으로 본다.

우리나라에서의 가정 간호 사업은 1970년대 이후 전주 예수 병원과 원주기독교 병원에서 부분적으로 시작되어 왔고 이후 가정 간호 관련 연구들이 발표되기 시작하였으며 가정 간호사업의 효과를 보고한 선행연구를 살펴보면 전산초등(1981)이 원주 기독교병원 보건 간호과에서 1974년부터 1980년까지 서비스 받은 가정(107가구)과 그렇지 않은 가정(51가구)을 비교 분석한 결과 가정 간호를 받은 가정에서의 증상 호소율이 더 높았고 결핵이나 영유아 관리를 보다 잘하였으나 전반적인 건강관리면에서는 차이가 없었으며 이는 저교육 수준, 저경제 수준으로 보건 지식이 적어 바른 건강 행위를 생활화하지 못했기 때문이라고 설명하였다.

김성실(1986)은 강원도 한 군의 지역주민중 30세 이상의 상병자(159명)에게 보건 진료원이 가정간호를 시행한 결과를 보고하였다. 가정 간호의 만족도를 5점 만점으로 측정한 결과 평균 3.3점으로 비교적 만족한 편이었으나 이로 인한 대상자의 건강 상태 호전은 보고되지 않았으며 시행된 간호내용은 직접 간호, 안내와 지도, 보호와 지지, 건강한 환경 제공, 교육 수행이었는데 이중 직접 간호에 대한 만족도가 가장 높았고 교육 수행에 대한 만족도가 가장 낮았다.

홍여신 등(1990)은 서울 시내 한 종합 병원에서 퇴원하는 만성 환자중 간질환, 당뇨, 편마비 환자(총 80명)를 퇴원 2주이내, 한달, 3개월, 6개월의 시기에 4회 방문하여 가정간호를 실시하였으며 그 효과를 대조군(80명)과 비교 분석한 결과 간 환자는 자기 간호 지식, 외래방문 약속 이행, 합병증 발현 정도, 자기 보고에 의한 치료 지침 이행면에서 대조군보다 좋은 성적을 얻어 가정 방문의 효

과가 나타났으나, 편마비 환자는 자기 간호 수행 능력면, 당뇨 환자는 외래 방문 약속 이행, 자기 보고에 의한 치료 지침 이행정도에만 대조군보다 우월한 성적을 얻어 방문 간호 효과가 적었다고 하였다. 특히 당뇨병의 경우 병력이 10년 이상으로 긴것이 실험군과 대조군의 차이가 없었던 이유라고 보았다. 이 연구에서는 방문 간격이 길어 교육의 효과가 희석될 소지가 있었다.

김조자등(1989)은 진단후 1년이 경과한 암환자 60명을 실험군, 대조군으로 나누어 실험군에게 1개월 간의 가정 간호를 시행하고 그 효과를 분석하였는데 실험군의 신체적 안녕, 증상 조절 효과가 유의하게 높았다고 하여 가정 간호의 효과가 있음을 주장하였다. 그러나 가정 간호 시행 기간이 한 달동안으로 효과를 보이기에는 짧은다는 생각이 들고 그동안 시행된 가정 간호의 내용과 방문의 간격 및 횟수가 밝혀져 있지 않아 위 연구 결과를 받아들이는데 한계가 있다고 생각된다.

이인숙(1990)은 강원도 한 군의 지역주민중 65세 이상의 노인(505명)을 실험군과 대조군으로 나누어 6개월간 보건 진료원이 가정 간호를 시행한 결과를 분석하였는데 실험군에서 건강 관리 형태가 긍정적 변화를 보였으나 대상자의 일상 활동 능력의 차이는 보이지 않았다고 하였다.

신유선, 이정지와 최순옥(1990)은 부산의 한 종합병원 내과 환자 20명을 실험군으로 하여 조기 퇴원시켜 가정 간호를 수행하였다. 환자는 급성 회복기군(G1-급성 간염), 합병증이 없고 자가 간호가 가능한 군(G2-당뇨), 재활이 필요한 군(G3-합병증있는 당뇨), 마비로 계속적 관리가 필요한 군(G4-마비동반한 뇌졸중), 말기 환자군(G5-간경화 말기)의 5군으로 분류하여 분석한 결과 G1 G2 G3에서 실험군의 문제가 대조군보다 낮아서 가정 간호가 입원 기간을 단축하고 빠른 회복과 재활을 도왔음이 나타났다고 하였다. 그러나 위 연구에서의 문제점은 각 군의 환자수가 2명에서 6명 정도 이어서 결과의 일반화가 어려운 것이다.

이상의 선행 연구를 보면 만성 환자를 대상으로 한 연구들은 방문 기간이 1개월에서 6개월의 단기간이었고, 가정간호의 시행 효과가 신체 상태의 개선의 형태로 가시화되지는 못하였다는 것을 알 수 있었다.

3. 만성 환자 관리

만성 질환은 장기적 관리가 필요한 질환으로서 이들은 가정에서의 관리가 요구된다.

질병관리 행위에 영향 미치는 요인들에 관한 선행 연구들을 고찰하여 그 결과를 다음에 서술하였으며 이는 만성 환자의 가정 간호를 위하여 유용한 자료가 될 것으로 본다.

1) 만성 질환

만성 질환의 유병율은 연령이 높아질 수록 증가하고 있는데 직장 의료 보험 적용자를 대상으로 만성 질환의 유병양상을 조사한 최경혜(1990)의 결과를 인용하면 만성 질환으로 인한 진료 건수가 85년에 15.3%로서 84년 대비 58%의 급속한 증가가 있었고, 전체 질환 증가율과 비교해 볼 때 4배의 증가추세를 보이고 있었다.

이러한 만성 질환은 유병 기간이 길고 완전한 예방 및 치료가 불가능하며 활동적 능력을 떨어뜨리기 때문에 개인은 물론 사회·경제적인 문제를 내포하고 있다(진영훈등, 1989).

보건 연감(1990)에 의하면 1988년도 고혈압성 질환으로 인한 사망자는 전체 사망자의 7.29%로 3위를 차지하였고, 내분비, 영양장애 및 면역 장애로 인한 사망 순위는 8위에 속한다고 하였다.

이중 고혈압은 88년에 비하여 유병율이 1.2배로 높아졌으며 90년 현재 인구 10만당 885.6명의 유병율을 보이고 있다(최경혜, 1990).

또한 당뇨 역시 우리나라에서 중요한 성인병중 하나인데 보사부 용역에 의한 서울대 보건대학원 김정순 교수팀의 조사 결과에 의하면 88년도 유병율은 인구 10만당 231.6명이었으나 90년도에 의료 보험 적용 대상자(국민의 93.7%)를 대상으로 조사한 최경혜에 의하면 404.4명으로 증가한 것을 알 수 있었다(보건 연감, 1990).

2) 욕구 이론

기본 욕구 이론은 Maslow에 의하여 처음 기술되었는데 모든 인간은 행동을 동기화하는 공통 욕구를 가졌으므로(Fuerst, etc, 1980) 인간을 기본 욕구체계로 보았고 이들 욕구는 계층적 구조를 가져 하위 욕구가 충족되면 다음의 욕구 충족을 바르게 된다고 하였다(Billing & Stokes, 1987). 욕구

는 생리적 욕구, 안전의 욕구, 사랑과 소속의 욕구, 자존의 욕구, 자아 실현의 욕구의 5가지로 구성되며 이들 욕구의 계층 순위는 환자의 상태를 사정하는데 유용하다(Brunner & Suddarth, 1988).

3) 질병 지식

만성 환자의 장기 치료는 결국 환자의 자기 관리(self-care)에 의존해야 하며 치료의 성과는 혼자 스스로가 얼마나 질병에 대한 관심과 이해를 가지고 의료팀의 지시대로 실행하느냐에 좌우된다. 따라서 선진국 여러 나라에서는 자기 관리의 효율적 방안을 모색하기 위하여 이 방면에 많은 연구가 진행되어 왔다(이영자, 1982).

그동안 질병에 대한 지식에 관한 문헌을 살펴보면 다음과 같다.

이영자(1982)는 고혈압 지식의 정도가 낮을 수록 고혈압 환자의 자치관리 실행(식이, 체중조절, 약물요법, 운동, 긴장해소, 목욕, 음주, 담배)의 8가지 항목의 실행 정도로 측정) 정도가 높았다고 하였고($\beta(N=189) = -.151, p < .10$), 최영희(1980)도 고혈압 지식이 많을 수록 환자 역할 행위 이행을 잘하였다고 하였다($r(N=187) = .21, p < .01$).

Haines와 Ward(1981)는 1974년의 National Health Interview Survey와 1978년의 Health Maintenance 및 Gallup Survey의 결과를 이용하여 고혈압 환자의 질병 지식을 비교한 결과 지식의 증가는 있었으나 상태가 좋아져 치료를 그만 두는 환자수는 감소되지 않았다고 하였다. Glanz, Kirscht와 Rosenstock(1981)은 치료 받고 있는 고혈압 환자 432명을 대상으로 유인물과 설명으로 질병지식을 교육한 결과 질병 지식은 증가하였으나 투약 행위 이행은 증진되지 않았다고 하였다.

김유실 등(1986)은 당뇨병의 조절은 환자 자신에 의한 자기 관리가 특히 중요하며 이를 위해서는 환자 교육이 당뇨병 관리의 기본이 된다고 하였고 임선옥(1984)은 당뇨병 환자 대상에서 질병 지식이 높을 수록 환자 역할 행위 이행을 잘 하였다고 하였다($r(N=72) = .58, p < .01$). 권연희(1988)는 당뇨 환자의 질병 지식의 정도가 높을 수록 환자의 자가 조절 행위 이행이 좋았으나($r(N=45) = .34, p < .05$) 뇨당치가 유의하게 저하되지는 않았다고 하였으며 박오장(1985)은 당뇨 지식이 높을 수록 환자 역할 행위 이행을 잘하였으나($r(N$

$=102) = .56, p = .000$)혈당치가 저하되지는 않았다고 하였다. 이외에도 많은 연구자들이 질병 지식과 환자 역할 행위 이행과 관계가 있음을 보고 하였다(김강미자 및 김병우, 1986; 김옥수, 1985; 박오장 등; 1988, 소애영, 1985; 이은자, 1988; 조묘현 및 황보선, 1986; Korhonen, etc. 1983).

이러한 연구 결과를 종합해 보면 효율적인 자기 관리와의 관계있는 세가지 주요인을 들 수 있다. 즉 질병에 대한 지식과 질병예방과 치료를 위한 자기 관리에 대한 지식, 그리고 여러가지 개인의 상황 조건들을 들 수 있다.

4) 건강 신념 모델

사람의 태도와 신념은 사람의 행동에 있어 중요한 결정 요소로서(O'Connell, etc. 1985), 사람이 의식적이든 무의식적이든 특별한 방법으로 사건을 보며 어떤 행동 과정을 취하기 위한 전제 조건이 되는 것이 신념이다(Sideleau, 1987). 이 신념이 건강을 유지, 증진시킬 수 있는 건강 행위를 유도할 수 있거나 나쁜 영향을 미치는 건강 행위로 건강 문제를 일으킬 수 있는 의미있는 요소가 되기도 한다. 특히 그중에서 건강에 대한 신념은 질병 예방이나 증상이 없는 질병의 조기 발견을 위한 집단 검진에 사람들의 참여도가 낮음을 이해하기 위해, 1950년 초기 미국 사회 심리학자들에 의한 시도에서 유래되어 건강신념에 대한 관심이 높아지고 널리 연구되어 왔다(Janz & Becker, 1984; Redeker, 1988; Rosenstock, 1974).

건강 신념은 개인과 환경과의 행동을 조정하는 요소로 작용하는데(Cox, 1982), 개인의 행동은 특별한 결과에 부여한 가치와 어떤 활동이 그 결과를 가져온 가능성에 대한 개인의 판단에 달려 있다(Janz & Becker, 1984; Redeker, 1988). 이들을 개념화하면 활동을 취한 심리적 준비상태(지각된 민감성과 지각된 심각성), 추천된 건강 활동에 대한 개인적 평가(지각된 유익성과 지각된 장애성) 및 적절한 건강 행위를 하도록 하는 자극(활동 계기)등이다. 그리고 건강 동기는 활동을 위한 필요 조건임을 제시하고 있으며(Maiman & Becker, 1974), 행동은 객관적 현실보다 인지와 지각에 의해 과거 보다 현재의 환경에 의해 직접적으로 영향을 받는다(Lauver, 1987).

건강 신념 모델은 1950년대 예방적 건강 행위를

설명하기 위하여 개발된 모델로서 그후 질병 행위와 환자 역할 행위를 설명하는데 까지 확대되었다(Becker, 1974).

만성 환자를 대상으로 한 건강 신념에 관한 문헌을 살펴보면 다음과 같다.

고혈압 환자를 대상으로 건강 신념과 환자 역할 행위 이행과의 관계를 연구한 선행 논문을 살펴보면, 이영취(1985)는 민감성($r(N=96)=.29, p=.002$)의 정도가 높을 수록 치료 이행을 잘한다고 하였으며 최영희(1980)는 건강 동기($r(N=187)=.18, p<.05$), 심각성($r(N=187)=.18, p<.01$), 이익성($r(N=187)=.49, p<.01$)의 정도가 높고 장애성($r(N=187)=-.24, P<.01$)의 정도가 낮을 수록 치료지시 이행을 잘한다고 하였다. 한편 Hershey 등(1980)은 장애성($X^2(1, N=132)=4.49, p<.05$)이 적을수록 약물 복용을 잊지 않고 잘 하는 사람이 많았으나 민감성, 심각성, 이익성이 약물 복용 이행과 관계가 없었다고 하였다. 그러나 고혈압 환자 대상의 선행 연구에서 민감성, 이익성, 심각성, 장애성이 환자 역할 행위 이행에 영향을 주지 못하였다고 한 보고도 있었다(홍은영, 1985; Andreoli, 1981).

당뇨병 환자를 대상으로 한 선행 연구를 살펴보면, 임선옥(1984)은 민감성($r(N=72)=.28, p<.05$), 심각성($r(N=72)=.28, p<.05$), 이익성($r(N=72)=.49, p<.01$)의 정도가 높을 수록 환자 역할 행위 이행을 잘한다고 하였고, 장애성은 환자 역할 행위 이행에 유의한 영향을 주지 못하였다고 하였다. 이은자(1988)는 건강 신념($r(N=60)=.41, p=.001$)의 정도가 높을 수록 환자 역할 행위 이행을 잘하다고 하였으며 박오장(1985)은 건강 신념($r(N=102)=.56, p=.000$)의 정도가 높을 수록 환자 역할 행위 이행을 잘한다고 하였으나 혈당치($r=-.03, p=.375$)의 저하와 관계되지 않았다고 하였다. 박오장, 홍미순, 소향숙 및 장금성(1988)의 연구에서도 건강 신념($r(N=52)=.56, p<.005$)의 정도가 높을 수록 환자 역할 행위 이행을 잘 한다고 하였다. 건강 신념의 측정은 연구자가 개발한 도구를 이용하였으며 민감성, 심각성, 이익성, 장애성을 합하여 한 변수로 하였다. 그러나 홍은영(1984)은 당뇨병 환자의 경우($N=141$), 민감성, 심각성, 이익성이 환자 역할 행위 이행에 영향을 주지 못했

다고 하였다.

또한 폐결핵 환자($N=87$)를 대상으로 한 최영희(1983) 연구에서도 민감성 및 심각성($r=.41, p<.000$), 이익성($r=.73, p<.00$)의 정도가 높을 수록 장애성($r=-.30, p<.003$)의 정도가 낮을 수록 환자 역할 행위 이행을 잘한다고 하였다. 같은 폐결핵 환자($N=88$)를 대상으로 연구한 심영옥(1983)은 민감성($r=-.20, p<.05$)의 정도가 낮을 수록, 이익성($r=.31, p<.001$)의 정도가 높을 수록, 환자 역할 행위 이행을 잘한다고 하여 민감성에 대하여는 최영희의 결과와 반대로 나타났다. 최영희의 연구 대상자는 투약이 지연된 보건소 등록 환자였고, 심영옥의 대상자는 학교 보건소에서 활동성 결핵으로 진단받은 대학생인 것이 다른 점이다. 조묘현과 황보선(1986)의 폐결핵 환자 대상 연구에서($N=95$) 심각성($t=2.41, p<.05$)의 정도가 높을 수록 환자 역할 행위 이행을 잘 하였으나 민감성, 이익성, 장애성은 영향을 미치지 못하였다고 하였다. 그리고 소애영(1985)은 역시 폐결핵 환자($N=112$) 대상에서 장애성($t=-5.17, p<.001$)은 환자 역할 행위 이행에 영향을 주었으나 민감성, 심각성, 이익성은 영향을 주는 변수가 아니었다고 보고 하였다.

김옥수(1985)는 간 경변증 환자의 경우($N=80$) 건강 동기($r=.79, p=.000$), 민감성($r=.64, p=.000$), 심각성($r=.59, p=.000$), 이익성($r=.75, p=.000$)의 정도가 높을 수록 장애성($r=-.77, p=.000$) 정도가 낮을 수록 환자 역할 이행을 잘한다고 하였다.

암환자를 대상($N=70$)으로 연구한 김강미자등(1986)은 심각성($r=-.49, p<.01$), 장애성($r=-.25, p<.01$)의 정도가 낮을수록 건강 동기($r=.47, p<.01$), 이익성($r=.24, p<.01$)의 정도가 높을 수록 환자 역할 행위 이행을 잘 한다고 하였고, 민감성은 영향미치는 변수가 아니었다고 하였다. 오경환(1987)은 신장 이식술 환자의 경우($N=93$), 민감성($r=.40, p<.05$), 이익성($r=.23, p<.05$)의 정도가 높을 수록 추후관리 이행을 잘하였고, 심각성은 영향을 주지 못하였다고 하였다.

이상의 선행 연구에서 건강 신념은 환자의 역할 행위 이행에 일관적이지는 않으며 혈압이나 혈당치를 감소시키는 결과를 보고한 것은 없었다.

5) 가족과 만성 질환

만성환자가 흔히 거주하는 장소는 가정이며 가족은 역동적인 사회 단위로서(Carpenter, 1974) 환자와 가족은 환자의 질병에 의해 서로 영향을 주고 받게 된다. 환자의 간호는 주로 가족이 맡게 되므로 가족의 지지와 협조는 환자의 회복이나 건강 유지에 중요한 변수로 작용하게 된다. 박종숙(1988)은 정신 박약아(165명) 가족의 가족 지지와 가족 기능(Pless & Satterwhite의 도구)은 정상관 관계가($r=0.54, p<0.01$) 있음을 보고하여 가족의 지지에 가족 기능이 좋은 예측 변수임을 보였다.

송남호(1989)는 만성 신부전증과 결핵환자 가족 89명과 건강한 가족 77명의 가족 기능을 비교한 결과 만성 질환 가족의 적응력과 결속력이 정상 가족군보다 높았다고 하였으며(각 $p<0.05$) 이는 만성 질환으로 가족의 환자 보호기능이 더 강화되고 더 많이 요구되기 때문이라고 보았다. 여기서 가족 기능은 가족의 적응력과 결속력으로 측정하는 Olson의 FACES III(Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale)를 이용하였다. 가족 적응력은 가족 성원이 처하게 되는 상황적 발달적 긴장에 대응하여 가족 관계에서의 역할, 규칙, 힘의 구조 등의 가족 체제를 변화시킬 수 있는 능력으로 가족 적응력이 보통인 가족은 고정과 변화에 균형을 이루어 문제 해결방법이 능숙하나 가족 적응력이 너무 높거나 낮은 가족은 가족 기능이 혼란스럽거나 경직된 가족으로 문제 해결 능력이 부족하다(안양희, 1988). 가족 결속력은 가족 성원들이 서로에 대하여 갖는 정서적 유대감으로 가족 결속력이 너무 높거나(가족 소속감이 크다) 낮은 가족(가족 유대감이 낮다)은 가족 행위가 극단적으로 나타나고 가족 기능 수행이 역기능이다(안양희, 1988). 여기서 가족 적응력과 결속력은 전형이 아닌 곡선 관계가 있는 변수이다. 최영희와 원종순(1989)은 대학병원에 입원한 60세 이상의 급성환자(42명)와 만성환자(44명)의 가족기능(FACES로 측정)을 비교 조사하였는데 급·만성질환에 따른 가족 기능의 차이는 없었다고 하였다.

III. 연구 방법

1. 대상지역 및 대상자 선정

1) 대상 지역의 선정; 인천시 N구청에서 사회과 공무원의 도움으로 저소득층이 모여 살고 있는 지역을 파악하였다. 이중 한개 동을 선정하여 해당 동사무소에서 한 개 통의 통장을 소개 받고 세대주를 중심으로 명단을 작성하였다.

2) 대상 지역 주민의 실태 조사

통장의 도움으로 주민의 협조하에서 한 개 통 주민의 가족 전수를 대상으로 인적 사항 및 거주 환경을 조사하였고 면담증 병력이 있는 것으로 나타난 대상자는 병력 조사를 하였다. 조사는 1990년 11월부터 12월까지였으며 대상자와 만날 가능성이 가장 높은 일요일 오전을 택하였다.

3) 가정간호 대상자 선정

지역주민의 건강 상태를 조사한 결과 만성질환(고혈압과 당뇨병)이 있는 것으로 밝혀진 대상자는 수는 매우 적었다. 충분한 수의 연구 대상자를 확보하기 위하여 인천 지역의 종합병원에 입원한 의료보호환자들의 현황을 조사하여 보았으나 적당하지 않았다. 따라서 인천시내 N구의 보건소 내소자중 의료 보호 대상자나 저소득 지역에 거주하는 사람의 주소와 전화번호를 바탕으로 개별 접촉을 시도하였다. 전화를 통해 연구의 목적을 설명하고 동의를 하는 대상자에게는 방문 약속을 하였다.

1991년 5월부터 10월 사이에 121명의 대상자와 접촉을 시도하여 46명의 대상자에게 가정 간호를 시작하였고 1992년 7월 종료하였다. 처음 121명중 방문을 허락한 사람은 69명이고 26명은 전화 번호가 틀렸으며 24명은 거절, 한 명은 이사, 한 명은 사망하였다. 방문을 시작한 69명중 23명이 탈락하였는데 그 사유는 거절이 14명, 이사가 4명, 연락 두절이 1명, 취업이 4명이었다. 이들 취업자들은 일주일 내내 새벽에 나가 밤늦게 들어왔기 때문에 연구자들과 만날 시간이 없었다.

가정 방문을 받다가 거절한 사람들은 부담스러워, 도움이 안되어, 병원에 다니므로 필요가 없다는 것이 이유였다. 방문을 계속 허용한 대상자들은 대체로 무료로 도와주는 것에 대하여 무척 고마워 하였으나 부담스러움을 표시하였다.

2. 연구 도구의 작성

1) 저소득층 지역 주민의 가구 조사

지역주민 조사를 위하여 가구 단위 조사표와 가족원 건강 상태 조사표를 작성하였는데 가구 단위 조사표는 가족 상황, 의료 보장 형태, 주거 환경에 대한 총 18문항으로 구성되었고 가족원 건강상태 조사표는 진단명, 증상, 발견 경위 치료 여부, 이용하는 의료기관, 환자에게 필요한 의학적 관리 내용, 환자의 기능적 일상활동 정도등의 총 20문항으로 구성하였다. 이중 대상자의 일상 활동정도는 Linn의 Rapid Disability Rating Scale(RDRS : McDowell & Newell, 1987)를 이용하였다.

2) 가정 간호 대상자를 위한 설문지

보건소에 내원했던 고혈압과 당뇨병자를 위한 가정 방문용 설문지는 가구 단위 조사표와 간호요구도 사정 기록표, 성인병 태도조사, 가족 적응력 및 결속력 평가 척도, 고혈압이나 당뇨의 지식 측정 도구, 방문 기록 일지의 6개로 구성되었다.

간호 요구도 사정은 Stanhope와 Lancaster(1984)의 기본 욕구 충족도 도구를 이용하여 기본 생리적 욕구 16문항, 안전의 욕구 3문항, 사랑과 소속의 욕구 9문항, 자기 존중의 욕구 2문항, 자아 실현의 욕구 3문항, 총33문항의 5점 척도로 구성하였으며 신뢰도 $\alpha=.88$ 로 나타났다. 이 욕구 이론은 피라미드형으로서 생리 욕구가 가장 기본 구조로 다음의 욕구의 바탕이 된다는 의미에서 욕구 단계에 따라 가중치를 주었는데 5가지 욕구의 평균 내어 생리 욕구는 5점, 안전 욕구는 4점, 사랑과 소속의 욕구는 3점, 자기 존중의 욕구는 2점, 자아 실현의 욕구는 1점을 곱하였고 총 점수가 높을수록 간호 요구도가 높은 것이다.

성인병 태도 조사는 문정순(1990)의 성인의 건강신념 측정도구를 수정하여 만든 24문항의 5점 척도로서 심각성, 유익성, 장애성, 건강 동기가 각각 6문항씩으로 구성되었다. 본 조사에서는 신뢰도 α 는 방문초 조사에서 .78, 방문 말에 .62였다. 장애성은 다른 건강신념 요인과는 달리 건강 행위에 부정적 영향을 주는 요인이므로 점수를 역산하여 총 건강신념 점수를 구하였다. 민감성은 본 대상자가 만성질환자인 관계로 제외하였다. 우리나라에서 건강신념 모델을 이용한 논문을 분석한 구미옥과 이은옥(1990)에 의하면 질환에 걸린 환자 대상에서 민감성은 적절하지 않다고 제안한 바 있다.

가족 적응력 및 결속력 척도(FACES III)는 1985년 Olson, Portner 및 Lavee가 개발한 자기 보고식의 질문지로서 20문항이다(Olson, 1986). 이중 짝수 10문항은 적응력에 관한 것이고 홀수 10문항은 결속력에 관한 것이며 점수가 높거나 낮은 것은 적응력이나 결속력이 나쁘고 보통 정도의 점수가 결속력과 적응력이 좋은 것을 의미한다(안양희, 1988). 이 도구의 신뢰도 α 는 .83으로 나타났다.

고혈압 지식 정도는 이향련(1985)의 도구를 참조하여 작성하였으며 16문항의 2점 척도로서 신뢰도 α 는 방문 초기와 말기가 각각 .90이었다. 당뇨 지식 정도는 박오장(1985)의 도구를 참조하여 작성하였으며 20문항의 2점 척도로서 신뢰도 α 는 방문초기가 .85, 말기가 .80이었다. 질병의 지식 점수는 고혈압 지식의 16문항을 20문항의 점수로 표준화하여 당뇨 지식의 점수와 같게하여 분석하였다. 점수가 높을 수록 지식 정도는 높은 것이다.

방문 일지는 매회 방문일자와 소요 시간, 환자에게 시행한 교육과 환자의 자기 건강 관리 이행 여부, 혈압이나 혈당을 측정 기록하였다. 환자의 자기 건강 관리 행위는 식이, 운동, 약물복용, 수면, 휴식에 관한 5가지 내용으로 나누어 관찰한 결과를 5점 만점으로 기록하였으며 점수가 높을 수록 자기 건강 관리를 잘하는 것이다. 혈당과 혈압은 그 정도를 3단계로 나누어 표준화하였다. 혈당은 Joslin Clinic(김유실 등, 1876)의기준에 따라 125이하를 경등상태, 126에서 150까지를 중등상태, 151 이상을 상등상태로 분류하였고, 혈압은 이완기 혈압을 중심으로 104이하를 경등상태, 105에서 114까지를 중등상태, 115 이상을 상등상태로 분류하였다(김영숙등, 1991), 경한 상태를 3점, 상등상태를 1점으로 하여 점수가 높을 수록 혈압이나 혈당이 좋아진 것이다.

3. 가정간호 수행자 및 가정간호 수행 절차

1) 가정간호 수행자

가정간호 수행자는 연구자들 3명과 연구원 한명이었다. 이들은 모두 간호학 석사 학위이상의 소지자로서 임상 및 교육경력을 갖추었다.

2) 가정간호 수행절차

1차 방문에서는 다시 한번 연구의 목적을 설명

하고 향후 1년간의 방문을 허락받은 후 방문 초기 상태를 조사하기 위하여 가구 단위 조사표를 기입하고 방문 당시 집에 있는 가족 모두의 혈압과 뇨당, 뇨단백 검사를 하였으며 환자의 간호 요구도 사정과 성인병 태도 및 질병의 지식을 면담으로 기록하였다. 가족의 적응력 및 결속력은 환자에게 가장 중요한 사람이 누구인지 질문하여 그 가족원에게 주고 기록하게 하였다.

질병 지식을 측정 한 후 질병에 대한 교육을 유인물을 이용하여 교육하였는데 그 내용은 질병(고혈압 혹은 당뇨병)의 정의, 원인, 증상, 진단 검사, 치료, 합병증에 대한 것이었다. 계속적인 교육의 효과를 위해 유인물을 코팅하여 주고 벽에 걸어 놓도록 하였다. 또한 당뇨 환자에게는 뇨당 스틱을 주어 스스로 평가하여 1점에서 5점으로 점수화하도록 기록 용지를 주었는데 여기서 평가하는 내용은 식이, 운동, 간식제한, 휴식, 체중, 뇨당 검사등으로 고혈압이나 당뇨 환자의 관리에 적절한 9문항(당뇨)에서 10문항(고혈압)이었다. 그러나 대상자들의 기록 성적이 좋지 않아 분석에서는 이용하지 못하였다. 매회 방문시 마다 혈당이나 혈압을 측정하였고, 자기 건강관리의 정도(식이, 운동, 약물복용, 수면, 휴식)를 방문자가 평가하여 5점 만점으로 기록하였으며 질병의 관리에 대한 교육과 상담을 하였다.

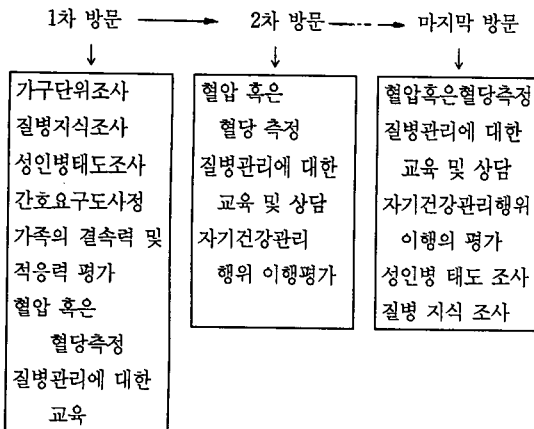


그림 1. 가정간호 수행 절차

방문을 끝낼 때에 성인병의 태도와 질병 지식을 다시 한번 조사하였다.

다음 그림 1은 가정간호 수행 절차를 도식화한

것이다.

일년간의 방문 기간에 평균 한달 간격으로 가정 방문을 시행하였으며 가정간호의 기간과 방문 간격을 다음 표 1로 요약하였다.

〈표 1〉 가정간호를 위한 방문기간 및 간격

방문 내용	평균	표준편차	최저	최고
방문횟수	9.43	1.67	5	13
방문기간(월)	10.80	1.95	6	14
평균방문간격(월)	1.15	.16	.75	1.63

4. 분석 방법

기본 서술 통계와 T-test, 다중 회귀 분석은 SPSS-PC(V. 2.0)을 이용하였고 경로 분석은 PC-LISREL 7.13(Jörborm, & Sörbom, 1988)을 이용하였다.

경로 분석은 독립변수가 종속 변수에 미치는 직·간접 효과를 제시할 수 있는 분석기법으로서 이론적으로 구성된 경로 도해(모형)를 수집한 자료에 의하여 그 적합성을 검정한다. 모형의 적합성은 X^2 , GFI(Goodness of Fit Index), RMR(Root Mean Square Residual)로 평가를 하는데 X^2 은 값이 클 때, GFI는 .90이상일 때, RMR은 상수관계수 자료를 이용한 경우 .05이하이면 적합성이 좋다고 할 수 있다.

또한 모형에서 각 경로의 유의성은 T값을 기준으로 하는데 T값은 경로계수를 표준오차로 나눈 값으로서 2.0이상이면 그 유의하다고 판정한다. 그러나 경로는 이론상 의미있는 경우 T값이 적더라도 연구자 의도에 의하여 유지될 수 있다.

IV. 연구 결과

1. 연구결과 I (저소득층 지역의 조사)

1) 저소득층지역 주민의 특성

인천시에서 저소득층지역인 N구 K동의 한개 통 주민의 특성은 표 2와 같다.

조사대상자는 1개통 지역주민 488명이었으며 남자와 여자가 각 50%로 거의 동수였다. 연령층은 15세 미만이 20.3% 정도로 가장 많았고 15세 이상 59세이하의 생산연령층 인구비율이 71.3%, 65세 이상 인구비율이 5.5%로 중모형의 인구구조를 보

었다. 세대주와의 관계에 있어 세대주 본인과 자녀인 경우가 70.9%로 가장 많았고 부모(3.5%)나 손자(4.1%)의 관계는 매우 적었는데 이는 주로 핵가족으로 구성되었음을 알려 주고 있는 것이다. 대상 주민의 학력은 미취학 아동 및 재학생 35.7%였고 성인층에는 중·고 졸업 경우가 33.8%로 가장 많았고, 국졸자가 14.5%였다. 직업별로는 학생 및 주부를 제외하고는 봉급생활자인 공무원이나 회사원인 경우가 21.3%이고 일용직, 상업등 기타가 13%를 차지하고 있었다. 종교는 없는 경우가 49%로 거의 반수였으며 종교를 믿는 경우에는 불교(23%)와 기독교(21%)가 대부분이었다.

2) 저소득층지역 가구의 특성

저소득층지역 가구의 특성은 표 3과 같다.

전체 가구수는 123가구이었고 세대주는 주로 남자였다(89%). 반수 이상의 세대주가 40세에서 59세로 장년층이었고 월수입은 60만이하가 반수이상인 61%로서 비교적 적은 편이었다. 그러나 월수입 질문시 대상자들은 응답을 기피하여 한달 생활비에 대한 내용으로 우회 질문한 것이어서 정확한 결과라고 할수는 없다.

(표 2) 저소득층지역 주민의 특성

	내 용	명수	%
성별	남	242	49.6
	여	246	50.4
연령	0~14	99	20.3
	15~29	155	31.8
	30~44	103	21.1
	45~59	91	18.6
	60~74	34	7.0
	75 이상	6	1.2
세대주 관계	자녀	226	46.3
	본인(세대주)	120	24.6
	배우자	93	19.1
	손자	20	4.1
	부모	17	3.5
	형제	6	1.2
	조카	5	1.0
	노부모	1	.2
학력	미취학	32	6.6
	학생	142	29.1

	무학	46	9.4
	국졸	71	14.5
	중·고졸	165	33.8
	대졸	7	1.4
	무응답	25	5.1
직업	학생	135	27.7
	공무원 및 회사원	104	21.3
	주부	78	16.0
	일용직(파출부 포함)	34	7.0
	상업	11	2.3
	기타	18	3.7
	없음	88	18.0
종교	무응답	20	4.1
	불교	115	23.6
	기독교	101	20.7
	천주교	32	6.6
	없음	240	49.2
총	계	488	100.0

의료보장은 지역 의료보험(39.8%)과 직장 의료보험(35.8%)이 대부분이었고 의료보호는 3.2%(4가구)에 지나지 않았다. 지역 의료보험인 경우 월부담액은 평균 3,900원 정도였다. 조사 지역에서의 거주기간은 5년 이상이 48.7%로 가장 많았고 평균 거주기간은 92개월(7.7년)로서 대도시 지역임을 감안할 때 비교적 긴 기간이었다.

거주하는 주택은 주로 남향(82%)의 단독 주택(66%)이었고 자가 소유가 54.5%로 반수 이상이었다. 사용 방수는 1개 내지 2개가 대다수(78%)였고 가족수는 2인에서 5인 이하가 많았다(82%). 공동사용 시설은 화장실의 경우가 64%로 가장 많았고, 하수시설은 거의 폐쇄식이었으나(99%) 화장실은 거의 재래식이었다(95%). 쓰레기는 일주에 3회 정도 수거해 가고 있었고 수거료는 월 평균 3,120원이었으며 쓰레기 뚜껑은 없는 경우가 38%가 되었다. 주거 환경에서 불편한 점은 과반수 이상의 가구가 연탄 배달이 어려운 점(42%)이라고 했고, 다음이 급경사가 불편하다(25%). 상·하수도(16.3%), 교통 수단(17.9%)의 순위였다. 실제 이 K동은 산동네로 버스 정거장에서 15분 정도는 걸어 올라가야 했으며 연탄은 아래 평평한 지역까지만 배달해 주어 주민들이 직접 가져와야 한다고 했다.

〈표 3〉 저소득층지역 가구의 특성

	내 용	가 구 수	%	평 균	표준편차
세대주 성	남	109	88.6		
	여	14	11.4		
세대주 연령	20~39	30	24.4		
	40~59	71	57.7		
	60~79	20	16.3		
	80 이상	2	1.6	47.95±12.29	
월 수 입	20만 이하	4	3.3		
	21만~40만 이하	33	26.8		
	41만~60만 이하	38	30.9		
	61만~80만 이하	14	11.4		
	81만~100만 이하	3	2.4		
	101만 이상	7	5.7		
	무 응 답	24	19.5	58.53±47.44	
의료 보장	지역 의료 보험	49	39.8	(부담액 3895.13±5257.64)	
	직장 의료 보험	44	35.8		
	공·교 의료 보험	11	8.9		
	의료 보호	4	3.2		
	없 음	15	12.2		
거주 기간(개월)	35 이하	44	35.8	91.83±95.51	
	36~59	17	13.8		
	60~83	9	7.3		
	84~107	9	7.3		
	108 이상	42	34.1		
	무 응 답	2	1.6		
주택 종류	단 독	81	65.8		
	다세대	42	34.1		
주택 방향	남 향	101	82.0		
	남향 이외 향	22	18.0		
주택 소유 형태	자 가	67	54.5		
	전 세	44	35.8		
	기 타	9	7.3		
	무응답	3	2.4		
사용 방수	1개	47	38.2		
	2개	49	39.8		
	3개 이상	27	22.0	1.87± .88	
가족 수	1인	8	6.5		
	2인 이상 5인	101	82.2		
	6인 이상	14	11.3	3.98± 1.54	
사용 인원/방	2인 이하	74	60.2		
	3인 이상	49	39.8	2.38± 1.07	

공동 사용 시설	화장실	79	64.2	
	쓰레기통	42	34.1	
	수 도	26	21.1	
하수 시설	폐쇄식	122	99.2	
	개방식	1	.8	
화장실 시설	수세식	6	4.9	
	재래식	117	95.1	
쓰레기 처리(/ 주)	2회 미만	39	31.7	
	3회	74	60.2	
	4회 이상	2	1.6	2.32 ± 1.21
	무 응 답	8	6.5	
수거료(/ 월)				3120 ± 3590
쓰레기통 뚜껑	있 다	64	52.0	
	없 다	47	38.2	
	무 응 답	12	9.7	
주거 환경에서 불편한점	연탄 배달	52	42.3	
	급 경 사	31	25.2	
	교통수단	22	17.9	
	상·하수도	20	16.3	
	계 단	10	8.1	
	병·의원, 약국이 없는 것	3	2.4	
	목욕 시설	3	2.4	
	안전대책	1	.8	
	기 타	1	.8	
총 계		123	100.0	

3) 저소득층 지역주민의 가정간호 이용에 대한 태도

저소득층 지역의 123가구중 가정간호 이용의사는 71%정도로 높은 편이었으나 이용의사가 있는 가구중 65.5%라는 과반수가 의사가 방문해 주기를 원하였다(표 4).

〈표 4〉 가정간호 이용 의사에 대한 태도

		명수	%
가정 간호 이용 의사 (123가구)	있 음	87	70.7
	없 음	13	10.6
	모 름	9	7.3
	무응답	14	11.4
희망하는 가정 간호 제공자	간호사	25	28.7
	의 사	57	65.5
	무응답	5	5.7

4) 저소득층 지역주민의 상병양상 및 관리실태
표 5에서와 같이 조사 대상자 488명중 건강문제가 있는 것으로 나타난 대상자수는 40명으로 상병율은 8.2%였다.

여기서 진단명은 의사에 의해 확인되었거나 혹은 대상자가 호소하는 증상을 질병별 17분류법에 의해 구분한 것이다.

근육 및 골격계 질환이 22.5%로 가장 많았으며, 다음이 내분비 및 영양장애 질환(12.5%), 순환기 질환과 소화기 질환(각 10%)이었다. 발견은 보통 각자가 병원을 찾아가 진단받은 것이며(75%) 현재 치료받고 있는 경우가 12명으로 30%였고 11명은 치료받지 않고 있다고 응답하였다. 이들이 주로 이용하는 의료 기관은 약국이 가장 많았고(37.5%), 다음이 개인의원이었다(25%). 치료하는데 있어 애로점은 경비 문제였고(47.5%), 질병의 지식

부족이 문제라고 응답한 경우도 20%였다.

〈표 5〉 상병양상 및 관리실태

내 용	명수	%
진단명		
근육및골격계 질환	9	22.5
내부분비및영양장애	5	12.5
순환기 질환	4	10.0
소화기 질환	4	10.0
호흡기 질환	3	7.5
증상 및 진단 불명	7	17.5
기 타	8	20.0
발견 경위		
집단 점검	2	5.0
개별 진단	38	75.0
치료 여부		
치 료 중	12	30.0
증 단 합	10	25.0
필요시 마다 치료	7	17.5
치료 받지 않음	11	27.5
주로 이용하는 기관		
약 국	15	37.5
개인의원	10	25.0
한 의 원	7	17.5
종합병원	5	12.5
보 건 소	1	2.5
기 타	2	5.0
의료기관 방문		
정 기 적	12	30.0
비정기적	23	57.5
입 원 중	1	2.5
무 응 답	4	10.0
치료중 애로사항경 비	19	47.5
질병의 지식부족	8	20.0
간호인 부재	4	10.0
가족의 협조 부족	2	5.0
교 통 편	1	2.5
치료에 필요한 검 사	15	37.5
의학적 관리내용정기적 통원	15	37.5
약물복용	14	35.0
식 이	7	17.5
신체운동	7	17.5
주 사	3	7.5
치 치	1	2.5
대·소변 가리기	1	2.5
도움이 필요한 걷 기	9	22.5
일상활동 내용 이 동	7	17.5

식 사	3	7.5
복 욕	3	7.5
옷 입 기	3	7.5
화장실 출입	3	7.5
단장 하기	2	5.0
기능부전 정도		
시 력	15	37.5
청 력	6	15.0
식 이	4	10.0
의사소통	3	7.5
대·소변 실금	2	5.0
낮에 누워있는 시간		
3시간 미만	31	77.5
3시간 이상	4	10.0
거의 종일	5	12.5
총 계	40	100.0

치료에 필요한 의학적 관리 내용은 검사와 정기적 통원(각37.5%), 약물 복용(35%)이 가장 많았고 다음이 식이와 신체 운동(각 17.5%)이었다. 이들중 일상 활동에 도움이 필요한 경우는 많지 않아서 걷기(22.5%)와 이동(17.5%)정도였다. 환자의 기능상 가장 문제가 많은 것은 시력이었다(37.5%).

대체로 건강 문제가 있는 주민의 활동 능력이나 신체 기능은 좋은 편이어서 자기 스스로가 자신을 돌볼 정도는 되었다.

2. 연구결과 II(가정간호 수행분석)

1) 가정간호 대상자의 일반적 특성

가정간호 대상자는 모두 46명이었고 이들의 일반적 특성은 표 6과 같다.

남자가 26명으로 여자보다 많았으며 연령은 최저 36세에서 최고 83세로 청년기 이후의 연령층에 해당되었고 50세에서 69세가 과반수 이상이었으며 평균 61세이었다.

이들의 진단명으로 고혈압이 22명, 당뇨가 24명이었다. 질병 기간은 61개월(5년) 이상이 24명으로 과반수이상(52.2%)이었고 노단백은 거의 정상으로 나타났으며 노당은 56.5%가 정상인 음성이었다.

간호 요구도는 44.5점으로 보통 정도였고, 가족의 적응력과 결속력은 100점 만점에서 57점으로 중간 정도였으며, 적응력(평균 24.67)보다 결속력(평균 32.27)이 높은 편이었다(표 7).

〈표 6〉 가정간호 대상자의 일반적 특성

특	성	명수	%	평균
성 별	남 자	26	56.5	
	여 자	20	43.5	
연 령	36세~49세	9	19.6	
	50세~69세	29	63.0	
	70세~83세	8	17.4	60.89
진 단 명	고 혈 압	22	47.8	
	당 뇨	24	52.2	
부진단명	없 음	25	54.3	
	있 음	21	45.7	
	관 절 염	6	13.0	
	황 달	2	4.3	
	반신마비	2	4.3	
	기 타	11	24.1	
	질병기간	12개월 이하	6	13.0
	13~60	16	34.8	
	61개월 이상	24	52.2	94.33
노 단 백	없 음	43	93.5	
	±	3	6.5	
노 당	없 음	26	56.5	
	±	2	4.3	
	+	3	6.5	
	++	4	8.7	
	+++	8	17.4	
	++++	3	6.5	
	총 계		46	100.0

〈표 7〉 가정간호 대상자의 간호 요구도와 가족 적응력 및 결속력

변 수	평균	표준편차	최저	최고
간호요구도(15~75)	44.50	11.22	27.15	73.28
가족의 적응력 및 결속력(20~100)	56.93	14.27	36	100
적응력	24.67	7.70	14	50
결속력	32.27	8.72	18	50

2) 가정간호 대상자의 가구 특성

다음은 가정간호 대상자의 가구 특성을 표로 제시한 것이다(표 8).

〈표 8〉 가정간호 대상자의 가구특성

특	성	명수	%	평균	표준편차
의료보장	직장의료보험	26	56.5		
	지역의료보험	11	23.9		
	의료보호	9	19.6		
	(황색)	6	66.6)		
	(녹색)	2	22.2)		
	(의료부조)	1	11.1)		
가족 수	1명(독신)	1	2.2		
	2명~5명	32	69.5		
	6명 이상	13	28.3		
수 입	50만 이하	14	30.4		
	51만~100만이하	24	52.2		
	101만 이상	3	6.5		
	무 응 답	5	10.9	69.4±0.6	
주택소유	자 가	26	56.5		
	전 세	9	19.6		
	월 세	9	19.6		
	기 타	2	4.3		
거주환경					
주택종류	단독주택	22	47.8		
	아 파 트	15	32.6		
	연 립	9	19.6		
방 향	남 향	31	67.4		
	동 향	9	19.6		
	서 향	3	6.5		
	북 향	3	6.5		
동 거	1가구	28	60.9		
	2가구 이상	18	39.1		
가구 수	1	6	13.0		
	2	26	56.5		
	3	14	30.4		
한방당	1명	15	32.6		
	2명	22	47.8		
거주인원	3명	9	19.6		
공동사용	수 도	9	19.6		
	시 설	11	23.9		
하수시설	개 방 식	7	15.2		
	폐 쇄 식	39	84.8		
쓰레기통	뚜껑 있음	34	73.9		
	쓰레기처리	3회 이상	39	84.8	
	4회 이상	7	15.2		
쓰레기	수거료			3252±1017.8	

주거환경	계 단	18	39.1
에서 불	급 경 사	10	21.7
편한 점	교통수단	10	21.7
	목욕시설	10	21.7
	안전대책	9	19.6
	상·하수도	3	6.5
	연료배달	6	13.0
	병·의원및 약	1	2.2
	국이 없는 것		
총	계	46	100.0

의료 보장은 직장의료보험이 가장 많았고(56.5%), 의료보호 가구는 9가구였다.

46명의 가정간호 대상자중 1명은 독신가구였고 가구당 2명에서 5명의 가족이 가장 많았으며 수입은 평균 69만원정도였다. 주택을 소유한 가구가 반수이상(56.5%)이었으며 단독 주택과 아파트에 거주하는 경우가 대부분이었다(80.4%). 과반수 이상의 가구가 남향의 주택(67.4%)이고 한집에 한 가구만이 거주하고 있었고(61%) 방은 2개 정도였다

〈표 9〉 가정방문 시기에 따른 변화상태

변	수	평 균	표준편차	최 저	최 고	변 화 여 부
고혈압(n=22)						
수축기 혈압 (초기)		160.00	22.68	140	220	t=2.31 p=.031
	(말기)	150.00	22.25	120	200	
이완기 혈압 (초기)		100.23	14.18	80	140	t=4.16 p=.000
	(말기)	91.36	9.41	70	110	
당 뇨(n=24)						
혈 당	(초기)	204.25	94.06	74	399	t= .32 p=.756
	(말기)	198.08	64.06	96	381	
질 병 지 식 (0~40)	(초기)	22.97	9.90	0	37.6	t= -7.63 p=.000
	(말기)	30.98	6.52	11.2	40	
성인병 태도 (24~120)	(초기)	95.78	12.09	70	118	t= -4.92 p=.000
	(말기)	102.00	9.86	74	118	
심 각 성	(초기)	24.43	4.75	14	30	t= -2.55 p=.014
	(말기)	25.87	3.94	14	30	
유 익 성	(초기)	26.04	4.13	14	30	t= -3.96 p=.000
	(말기)	28.22	2.54	20	30	
건강동기	(초기)	25.48	3.87	16	30	t= -4.02 p=.000
	(말기)	27.78	2.71	20	30	
장 애 성	(초기)	19.83	5.13	6	28	t= - .46 p=.644
	(말기)	20.13	4.57	12	30	

(56.5%). 수도나 화장실을 공동으로 사용하는 가구는 20% 내외로 적었으며 하수시설은 주로 폐쇄식이었다(84.8%). 쓰레기는 일주에 3회정도 수거하고 있었고 한달에 3,252원의 수거료를 내고 있었다. 주거 환경에서 불편한 점은 계단이 불편하다는 응답이 가장 많았고(39%), 급경사가 있어서, 교통수단이나 목욕시설이 불편하다는 응답이 각 21.7%였다. 가정간호가 시행된다면 이를 이용하겠다는가에 질문에 93.5%가 긍정적인 반응을 보였고 보건 간호사가 방문해 주기를 원한다고 하였다(76.6%)

3) 가정 방문 전·후의 변화

다음 표 9는 가정간호 대상자의 혈압이나 혈당 및 지식, 자기건강관리 정도가 방문 초기와 말기에 변화가 나타났는지를 제시하고 있다. 고혈압의 경우 수축기 압(t(22)=2.31, p=.03)과 이완기 압(t(22)=4.16, p=.00) 모두가 방문 초기 보다 방문 말기에 유의하게 낮아졌으나 당뇨의 경우는 방문 초기와 말기에 혈당의 유의한 변화가 없었다.

자기 건강 관리	(초기)	17.54	4.93	9	22	$t = -4.89$ $p = .000$
	(말기)	20.43	3.83	9	25	
식 이	(초기)	2.52	1.17	1	5	$t = -3.43$ $p = .001$
	(말기)	3.87	.91	1	5	
운 동	(초기)	2.91	1.26	1	5	$t = -3.21$ $p = .002$
	(말기)	3.50	1.01	1	5	
약물복용	(초기)	3.43	1.70	1	5	$t = -2.95$ $p = .005$
	(말기)	4.26	1.08	1	5	
수 면	(초기)	4.11	.88	2	5	$t = -1.83$ $p = .073$
	(말기)	4.28	.72	2	5	
휴 식	(초기)	3.96	1.07	1	5	$t = -1.32$ $p = .192$
	(말기)	4.17	1.00	1	5	

질병 지식은 방문 초기에 비하여 말기에 유의하게 높아졌으며($t(45) = -7.63, p = .000$), 성인병 태도도 방문 초기보다 말기에 유의하게 높아졌고($t(46) = -4.92, p = .000$), 각 요인별로 보면, 장애성을 제외한 심각성, 유익성, 건강 동기가 모두 말기에 유의하게 높아졌다. 장애성은 역으로 계산하였으므로 점수가 높을 수록 장애 정도는 낮은 것이며 방문 초기와 말기에 변화가 없는 것으로 나타났다.

자기건강 관리 정도는 방문 초기보다 말기에 유의하게 높아졌으며($t(46) = -4.89, p = .000$) 각 관리 내용별로 보면, 식이와 운동, 약물 복용이 방문 말기에 좋아진 내용이었고 수면과 휴식의 내용은 변화가 없는 것으로 나타났다.

이상의 결과중 방문초기와 말기를 비교한 것만 보면, 질병 지식과 성인병 태도, 자기 건강 관리가 증진되었고 고혈압 환자의 혈압이 낮아졌으며 혈당만이 차이가 없는 것으로 나타났고 혈압과 혈당을 모두 포함하여서는 유의한 변화가 보이지 않았다.

4) 자기 건강 관리와 혈압, 혈당에 영향을 미치는 요인

(1) 가정방문 초기

대상자의 성별, 연령, 질병 기간, 간호 요구도 질병의 지식, 성인병의 태도, 가족의 적응력 및 결속력이 방문초기에 대상자의 자기 건강 관리와 혈압, 혈당치에 영향을 미치는 지에 대하여 분석하였다.

혈압과 혈당은 그 정도를 경한 정도에서 심한 정도의 3군으로 나누어 표준화하여 분석에 이용하였는데 대상자의 분포는 표 10과 같다. 방문 초기

에서 고혈압은 이완기압을 중심으로 해서 104이하인 경우가 16명이었으나 말기에는 20명으로 증가하여 좋아졌다. 당뇨병 환자의 혈당은 방문 초기에 혈당 150이상인 경우가 14명이었으나 말기에는 20명으로 증가하여 오히려 높아진 추세를 보였다.

가족의 적응력 및 결속력은 점수가 낮거나 높은 경우 가족 기능이 낮은 것이고 보통의 점수를 가질 때 가족 기능이 좋은 곡선 관계의 변수이므로 평균과 표준편차를 기준으로(Green, etc, 1985) 적응력이나 결속력이 낮은 경우(M-1 SD 이하), 보통인 경우(M±1 SD), 높은 경우(M+1 SD 이상)의 3군으로 나누어 자기 건강 관리와 혈압, 혈당의 변화를 분석한 결과 가족의 적응력 및 결속력은 유의한 영향을 미치는 변수가 아닌 것으로 나타났다(표 11).

〈표 10〉 혈압 및 혈당의 분류

방문시기	정도	분 류 기 준	명수	%
초	경(3점)	이완기혈압 104 이하	16	22 47.8
		혈 당 125 이하	6	
기	중(2점)	이완기혈압 105-114	3	7 15.2
		혈 당 126-150	6	
말	상(1점)	이완기혈압 115 이상	3	17 37.0
		혈 당 151 이상	14	
초	경(3점)	이완기혈압 104 이하	20	23 50.0
		혈 당 125 이하	3	
기	중(2점)	이완기혈압 105-114	2	3 6.5
		혈 당 126-150	1	
말	상(1점)	이완기혈압 115 이상	0	20 43.5
		혈 당 151 이상	20	

〈표 11〉 가족적응력 및 결속력과 자기건강관리 정도와 혈압, 혈당의 측정치

변 수	명수	자기건강관리		혈압,혈당의 측정치	
		평균	F P	평균	F P
적응력	낮은 집단	6	19.00	2.33	
	보통인 집단	32	16.38	.068	.934
	높은 집단	7	18.14	2.43	
결속력	낮은 집단	6	17.67	2.17	
	보통인 집단	33	16.94	.152	.860
	높은 집단	6	16.97	2.50	

〈표 12〉 가정 방문 초기의 변수간 상관행렬

	Y 1	Y 2	X 1	X 2	X 3	X 4	X 5	X 6
자기건강관리 (Y1)	1.000							
혈압, 혈당치 (Y2)	.243	1.000						
성 (X1)	-.493	.088	1.000					
연령 (X2)	-.088	.059	.021	1.000				
질병기간 (X3)	-.070	.203	.164	.466	1.000			
간호요구도 (X4)	.405	.326	-.328	-.057	-.311	1.000		
질병지식 (X5)	.270	.207	-.293	-.191	-.080	.350	1.000	
성인병태도 (X6)	.286	.149	-.409	-.064	-.154	.480	.384	1.000

즉 남자 환자가 자기건강관리를 보다 잘하였고, 간호요구도가 클수록 혈압, 혈당이 좋아졌다.

성, 연령, 질병 기간, 간호 요구도, 질병 지식, 성인병 태도의 독립 변수들이 대상자의 자기 건강 관리를 33%, 혈압, 혈당의 측정치를 30% 설명하여 주었으며 전체 모형의 설명력은 50%로 나타났다.

〈표 13〉 가정방문 초기가설 모형의 경로계수와 T값

종속변수	독립변수	경로계수(표준오차)	T값	R ²
자기건강관리	성	-.409(.147)	-2.775*	.331
	연령	-.124(.156)	-.798	
	질병기간	.150(.159)	.940	
	간호요구도	.302(.160)	1.882	
	질병지식	.036(.152)	.240	
	성인병태도	-.009(.163)	-.058	
	혈압,혈당의 측정치	성	.322(.165)	
연령	-.034(.161)	-.213		
질병기간	.314(.165)	1.901		
간호요구도	.377(.172)	2.195*		
질병지식	.110(.156)	.707		
성인병태도	.044(.167)	.265		
자기건강관리	.225(.164)	1.373		

결정계수=.500

가족 적응력 및 결속력을 제외한 나머지 변수는 경로 분석을 이용하여 자기 건강 관리와 혈압, 혈당에 미치는 영향을 분석하였다. 표 12는 경로 분석에 이용된 상관행렬이다.

T 값은 경로 계수를 표준오차로 나눈 값으로서 2.0보다 크며 유의하다고 해석한다(Jöreskog & Sörbom, 1988).

표 13에서 보는 바와 같이 자기 건강 관리에 영향주는 유의한 변수는 대상자의 성이었고, 혈압, 혈당의 측정치에 영향을 주는 변수는 간호요구도였다.

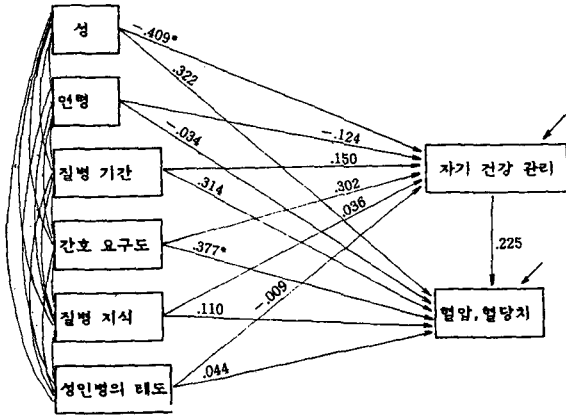
〈표 14〉 가정방문초기 가설모형의 직접효과, 간접효과 및 총효과(표준오차)

종속변수	독립변수	직접효과	간접효과	총 효과
자기건강관리	성	-.409	-	-.409(.147)*
	연령	-.124	-	-.124(.156)
	질병기간	.150	-	.150(.159)
	간호요구도	.302	-	.302(.160)
	질병지식	.036	-	.036(.152)
	성인병태도	-.009	-	-.009(.163)
혈압,혈당의 측정치	성	.322	-.092	.230(.155)
	연령	-.034	-.028	-.062(.164)
	질병기간	.314	.034	.348(.167)*
	간호요구도	.377	.068	.445(.168)*
	질병지식	.110	.008	.118(.160)
	성인병태도	.044	-.002	.042(.171)
자기건강관리	.225	-	.225(.164)	

표 14에서 보는 바와 같이 질병 기간이 자기 건강 관리를 거쳐 혈압, 혈당의 측정치에서 간접적으로 미치는 영향으로 유의한 변수로 나타났으며 그 외에는 간접효과로 인하여 유의하게 변화된 것은 없었다.

그림 2는 가정 방문 초기 가설 모형에 대한 경로 도해이다.

가설 모형은 포화모형이므로 모형 부합도 기준인 X^2 나 GFI, RMR이 모두 분석 자료와의 적합도가 좋았다.



〈그림 2〉 가정 방문 초기 가설 모형

이상의 가설 모형을 유의하지 않은 경로를 제거하고 통계상 유의하거나 이론상 관계가 있다고 생각되는 경로만으로 연결한 수정 모형의 분석을 실시한 결과를 표 15와 표 16에 제시하였다.

표 15에서 보면 자기 건강 관리에 유의한 변수는 대상자의 성과 간호 요구도, 혈압과 혈당의 측정치에 영향을 주는 유의한 변수는 질병 기간과 간호요구도였다.

즉, 남자 환자이고 간호 요구도가 높을 때 자기 건강 관리를 잘하였고, 질병 기간이 길고 간호 요구도가 높을 때 혈압이나 혈당이 좋아지는 경향을 보였다. 이 모형의 전체 설명력은 49.8%, 자기 건강 관리에 대한 설명력은 33%, 혈압과 혈당의 변화에 대한 설명력은 29% 정도로서 가설 모형에서와 유사하였다.

이 수정 모형은 X^2 의 값이 충분히 크고 기초부합지수인 GFI가 .90이상이고 잔차의 차이인 RMR 값이 .05이하이므로 자료와의 적합도가 좋았다. 간접효과는 크지 않아서 관계에 변화를 주지는 못하였다.

〈표 15〉 가정방문 초기수정 모형의 경로계수와 T값

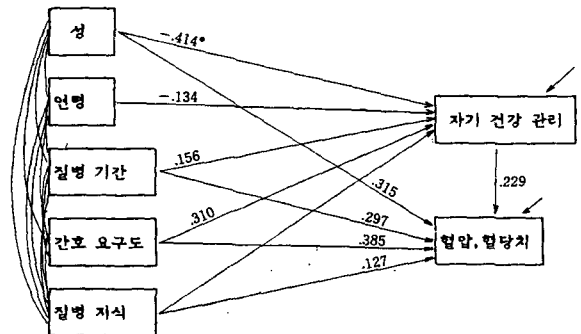
종속변수	독립변수	경로계수(표준오차)	T값	R ²
자기건강관리	성	-.414(.137)	-3.012*	.330
	연령	-.134(.147)	-.913	
	질병기간	.156(.155)	1.009	
	간호요구도	.310(.143)	2.164*	
혈압,혈당의 측정치	성	.315(.158)	1.996	.294
	연령	-.031(.141)	-0.213	
	질병기간	.297(.141)	2.106*	
	간호요구도	.385(.159)	2.417*	
	질병지식	.127(.145)	.876	
	자기건강관리	.229(.161)	1.424	

$X^2=.10(P=.953)$, GFI=.999, RMR=.006 결정계수=.498

〈표 16〉 가정방문초기 수정모형의 직접효과, 간접효과 및 총효과(표준오차)

종속변수	독립변수	직접효과	간접효과	총 효과
자기건강관리	성	-.414	-	-.414(.137)*
	연령	-.134	-	-.134(.147)
	질병기간	.156	-	-.156(.155)
	간호요구도	.310	-	.310(.143)*
혈압,혈당의 측정치	성	.315	-.095	.220(.147)
	연령	-	-.031	-.031(.040)
	질병기간	.297	.036	.332(.145)*
	간호요구도	.385	.071	.456(.156)*
	질병지식	.127	-	.127(.145)
	자기건강관리	.229	-	.229(.161)

그림은 3은 가정방문 초기 수정모형의 경로 도해이다.



〈그림 3〉 가정 방문 초기 수정 모형

(2) 가정 방문 말기

대상자의 성, 연령, 질병 기간, 건강 요구도, 질병 지식, 성인병 태도, 가족의 결속력 및 적응력이 대상자의 자기 건강 관리 정도와 혈압, 혈당의 측정치에 미치는 영향을 분석하였다.

〈표 17〉 가족적응력 및 결속력과 자기건강관리정도 와 혈압, 혈당의 측정치

변 수	명수	자기건강관리 혈압,혈당의 측정치					
		평균	F	P	평균	F	P
적응력	낮은 집단	6	21.67			1.67	
	보통인집단	32	19.66	1.743	.187	1.97	2.327 .110
	높은 집단	7	21.14			2.71	
결속력	낮은 집단	6	20.33			1.67	
	보통인집단	33	20.06	2.297	.124	2.00	.949 .395
	높은 집단	6	20.50			2.67	

〈표 18〉 가정 방문 말기의 변수간 상관행렬

	Y 1	Y 2	X 1	X 2	X 3	X 4	X 5	X 6
자기건강관리 (Y1)	1.000							
혈압, 혈당치 (Y2)	-.057	1.000						
성 (X1)	-.103	-.014	1.000					
연령 (X2)	.028	.419	.021	1.000				
질병기간 (X3)	.048	.356	.164	.466	1.000			
간호요구도 (X4)	.132	.268	-.328	-.057	-.311	1.000		
질병지식 (X5)	-.055	.129	-.226	-.238	-.197	.242	1.000	
성인병태도 (X6)	-.028	.097	-.315	-.104	-.370	.518	.466	1.000

가정 방문 말기의 경로 분석결과 표 19와 표 20과 같다.

자기 건강 관리에 유의한 영향을 주는 변수는 없었고 혈압, 혈당의 측정치에 영향을 주는 변수는 연령, 질병 기간, 간호 요구도인 것으로 나타났다. 즉, 연령이 많을 수록 질병 기간이 길수록 간호 요구도가 높을 수록 혈압, 혈당의 측정치가 좋았다. 독립변수가 자기건강관리를 5% 정도만을 설명하였으나 혈압, 혈당의 측정치는 40%의 설명력을 보였고 전체 설명력은 42%였다.

표 20에서 보는 바와 같이 간접 효과는 크지 않아서 종속변수에 주는 유의성 변화는 없었다.

방문 초기에서의 분석과 같이 가족 결속력 및 적응력은 곡선 관계 변수이므로 이들 점수를 평균과 표준 편차를 기준으로 3군으로 나누어 그 관계를 먼저 분석하였다. 표 17에서 보는 바와 같이 가족 결속력과 적응력은 대상자의 자기 건강 관리와 혈압, 혈당의 변화에 영향을 주는 변수는 아니었다.

대상자의 성, 연령, 질병 기간, 건강 요구도, 질병 지식, 성인병의 태도가 대상자의 자기 건강 관리나 혈압, 혈당치를 설명하는 모형을 경로 분석을 이용하여 구성하였다.

표 18은 방문 말기 경로 분석에 이용된 변수들의 상관행렬이다.

〈표 19〉 가정방문 말기 가설모형의 경로계수와 T값

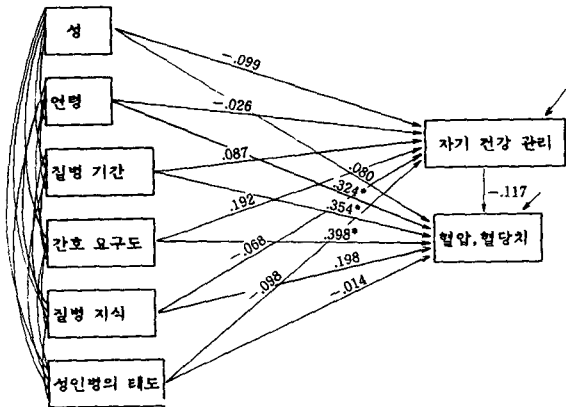
종속변수	독립변수	경로계수(표준오차)	T값	R ²
자기건강관리	성	-.099(.169)	-.586	.046
	연령	-.026(.183)	-.143	
	질병기간	.087(.194)	.448	
	간호요구도	.192(.189)	1.016	
	질병지식	-.068(.183)	-.372	
	성인병태도	-.098(.209)	-.467	
혈압,혈당의 측정치	성	.080(.135)	.593	.398
	연령	.324(.145)	2.228*	
	질병기간	.354(.154)	2.299*	
	간호요구도	.398(.152)	2.616*	
	질병지식	.198(.145)	1.361	
	성인병태도	-.014(.166)	-.085	
	자기건강관리	-.117(.127)	-.917	

결정계수=.424

〈표 20〉 가설모형의 직접효과, 간접효과 및 총효과

종속변수	독립변수	직접효과	간접효과	총 효과
자기건강관리	성	-.099	-	-.099
	연령	-.026	-	-.026
	질병기간	.087	-	.087
	간호요구도	.192	-	.192
	질병지식	-.068	-	-.068
	성인병태도	-.098	-	-.098
혈압,혈당치	성	.080	.012	.092
	연령	.324	.003	.327*
	질병기간	.354	-.010	.344*
	간호요구도	.398	-.022	.376*
	질병지식	.198	.008	.206
	성인병태도	-.014	.011	-.003
자기건강관리	-.117	-	-.117	

그림 4는 가정방문 말기 가설모형의 경로 도해이다.



〈그림 4〉 가정 방문 말기 가설 모형

가정 방문 말기 가설 모형의 분석 결과 통계상 유의하거나 이론상 중요하다고 생각하는 변수간의 관계를 연결하고 유의하지 않은 관계는 제거한 수정 모형을 구성하였고 그 결과는 다음 표 21과 같다.

혈압, 혈당치에 영향을 주는 변수는 대상자의 연령, 질병기간, 간호 요구도였으며 대상자의 자기 건강 관리에 영향을 주는 변수는 없었다(표 21).

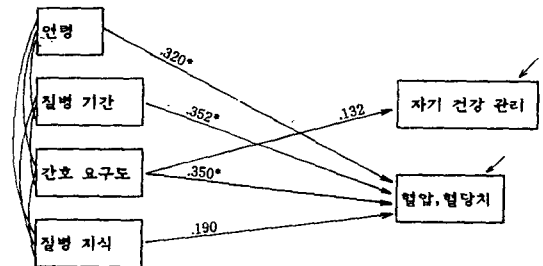
수정 모형에서 독립 변수가 종속변수를 40% 설명하였다. 이 수정모형과 실제 자료와의 적합도는 X^2 의 값이 충분히 크고 GFI가 .90이상이며 RMR이 .05이하로서 좋았다.

〈표 21〉 가정방문 말기 수정모형의 경로계수와 T값

종속변수	독립변수	경로계수(표준오차)	T값	R ²
자기건강관리	간호요구도	.132(.155)	.855	.018
혈압,혈당치의 측정치	연령	.320(.143)	2.242*	.396
	질병기간	.352(.147)	2.395*	
	간호요구도	.350(.133)	2.623*	
	질병지식	.190(.131)	1.454	

$X^2=1.78(P=.776)$, $GFI=.987$, $RMR=.035$ 결정계수=.403

그림 5는 가정 방문 말기 수정 모형의 경로 도해이다. 자기 건강 관리와 혈압, 혈당치는 서로 유의한 영향이 없어 그 관계를 제거하였다.



〈그림 5〉 가정 방문 말기 가설 모형

V. 논 의

1. 결과 I (저소득층 지역의 조사)에 대한 논의

1) 저소득층 지역의 인적 및 가구 특성

본 연구에서 저소득층 주민은 29세 이하의 청년층이 장년이나 노년층보다 많았고 따라서 미취학이나 학생의 신분인 인구층이 전체의 1/3정도에 달하였다. 직업도 학생이나 주부를 제외하면 공무원이나 회사원등의 급여 생활자가 가장 많았고 월 수입은 20만에서 60만 사이가 57.7%로 가장 많았다.

선행 연구 결과에서 저소득층 주민의 경제 활동 인구비가 적으며 상대적으로 부양인구비가 높고(윤순녕, 1981), 생산연령층 가구원들의 생업의 종류로는 노동, 행상, 기능공, 일일 고용직등 불안정한 저임금 노동자들이 많아 가구당 월수입이 도시 근로자의 최저생계비에 못미치는 수준(김정남, 1988; 문옥륜등, 1991; 변종화등, 1982; 우극현, 1985)이라고 보고한 것에 비하면 본 연구 대상자의 직업은 상대적으로 안정되어 있었으나 월수입은 도시 근로자의 월평균 소득에 비하면 매우 적었다. 통계청이 92년도 2분기 도시 근로자 가계수지 동향을 통해 발표한 것에 의하면 월평균 129만원이라고 하였고(조선일보, 1992.9.24) 서울의 저소득층 지역을 대상으로 조사한 전미순(1992)의 보고에 의하면 50만원에서 90만원대가 49.8%였다고 하였다. 또한 89년도 도시가구당 월평균 소비지출액은 65만원(보건사회통계연보, 1990) 정도였다. 경제활동인구(15세에서 65세까지)는 많으나 대부분이 학생으로서 가장의 부양책임은 높을 것이라고 생각된다. 가구당 가족수는 2명에서 5명이 대부분으로서 선행연구(김영신, 1981; 김정순등, 1983; 배정하, 1983; 백종민, 1989; 변종화등, 1982; 서인선, 1980; 우극현, 1985; 이군자등, 1981; 이지현, 1980; 이지현, 1982)에서의 3~5명 규모라는 보고와 일치하였다.

본 연구 대상 가구에서 세대주는 남자가 대다수로서 선행연구에서 여성 인구비율이 대체로 높고(김정순등, 1980; 김정순등, 1983; 백종민, 1989; 서인선, 1980; 우극현, 1985; 이군자등, 1981), 여성가구주가 많다(변종화등, 1982; 서인선, 1980)는 보고와는 차이가 있었으며 의료 보장 수혜율도 1989년 이후의 실태이므로 78%로서 높았다. 1989년 7월의 전국민의 의료보험실시 이전에는 의료보장 수혜율이 대체로 낮았으며 주로 생활 보호 및 의료보호 대상 가구 비율이 높은 것으로 보고된 바 있다(김정남, 1988; 김정순등, 1983; 변종화등, 1982; 우극현, 1985; 윤순녕, 1981).

본 조사 결과 평균 거주기간이 약 8년 정도로 길고 중장년층의 핵가족 구성에 남성가구주 비율이 높았고 비록 월수입이 도시 생활비 수준에는 못미치나 생산연령층 인구의 취업종류가 부분적으로 안정세를 보이고 있는점, 전국민의료보험제도의 정

착화로 의료보장 수혜율이 높아진 점, 그리고 의료 보호대상자 비율이 3.2%로 91년 현재 전국의 의료보호대상자 비율이 7%(보건사회백서, 1990)에 못미치고 있다는 점등에서 저소득층 지역이긴 하나 비교적 안정된 생활을 하고 있다고 볼 수 있었다.

2) 저소득층 지역의 주거 환경 특성

대상자의 주거 환경을 보면 남향의 단독에서 살며 반수이상이 자기집을 소유하고 있고 1개 내지 2개의 방을 사용하며 한 방당 2명이상이 거주하고 있었으며 재래식 화장실에 반수이상이 화장실을 공동으로 사용하고 있는 것으로 나타났다. 선행연구 결과에서도 주택의 자기소유 비율이 다소 높은 편인(김영신, 1981; 김정순등, 1983; 이군자등, 1981; 이지현, 1982) 대신 무허가가 대부분으로 불안정한 주거 상황을 보이며(문옥륜등, 1991; 전미순, 1992), 방당 거주 인구 비율이 높다고(김정순등, 1989; 이군자등, 1981) 하였고, 재래식 화장실 사용율이 높고 공동 화장실 사용 가구 비율도 높은 것으로 보고된 바 있다(김정순등, 1983; 문옥륜등, 1991; 배정하, 1983; 이군자등, 1982). 또한 상수보급율, 쓰레기 수거율등이 낮은 편이어서(김영신, 1981; 배정하, 1983) 밀집되고 비위생적인 환경 특성을 보인다고 하였는데 본 연구 대상 지역에서는 쓰레기 수거를 일주에 3회정도 하고 있었고 하수시설이 거의 폐쇄식이어서 밀집되었으나 비교적 깨끗한 환경을 유지하고 있었다.

대상지역주민의 가정간호 이용의사는 71% 정도로 높은 편이었으나 면담과정에서 조사자가 느낀 것은 대상자들 거의가 가정간호에 대해 이야기를 들어보지 못하였고 따라서 가정간호가 무엇인지를 모른다는 점이다. 가정간호를 본격적으로 시행하기 이전에 홍보가 필요하며 홍보를 통해 가정간호 요구를 창출해 내야 한다고 생각한다.

3) 저소득층 지역 주민의 상병양상 및 관리 실태

대상자중 상병자는 40명으로 8.2%였다. 이들이 갖고 있는 질환이나 증상은 대부분이 만성적인 것으로 김화중(1991), 문옥륜등(1991)의 연구에서 가정내 거주하는 환자 비율 및 질환의 종류별로 보았을 때 만성환자 비율이 높았다고 한 것과 유사한 양상을 보였다. 그의 선행 연구들(김규순등,

1985; 김정순등, 1980; 김정순등, 1983; 도복늬등, 1987; 변종화등, 1982)에서도 저소득층 지역 주민들의 만성, 퇴행성 질환 관리의 필요성이 지적된 바 있다. 특히 김규순등(1985)은 저소득층 지역의 고혈압 유병율이 연차적으로 2배 이상 증가했다고 보고했으며 도복늬등(1987)도 고연령층의 고혈압, 당뇨병 유병율이 전국 일반 인구에서 보다 훨씬 상회함을 보고한 바 있는데 김화중(1991)에 의하면 유병기간이 매우 길거나 완치가 불가능한 만성 질환의 특성을 살려 장기적인 관리가 필요함을 지적하고 있다.

상병환자들중 치료를 받고 있는 군은 30% 정도였고 그외는 중단하거나 치료받지 않고 있다고 하였으며 치료하는데 있어 애로사항은 거의 반수 정도가 경비 문제라고 하였다. 선행 연구에서 저소득층 지역 주민들의 질병치료율이 대체로 낮으며 그 주된 이유가 경제적 여유가 없기 때문이라는 점(김정순등, 1980; 도복늬등, 1987; 박수필, 1982; 변종화등, 1982; 우극현, 1985)이 본 연구에서와 같았으며 따라서 저소득층 지역 주민들의 의료 필요 및 수요간의 불균형을 확인할 수 있었다.

한편 정경균(1984)은 한국인이 가장 친근하게 여기는 의료기관이 약국이며 가장 신뢰도가 높은 의료인은 의사이나 실제로 자주 이용하는 곳은 약국이라고 했는데 대부분의 선행연구들(도복늬등, 1987; 백종민, 1989; 변종화등, 1982; 우극현, 1985; 이근자등, 1981)은 물론 본 연구에서도 약국 이용자가 가장 많아 이같은 사실을 확인할 수 있었다. 최근 정부에서는 사회 각 분야에서 계층간 지역간의 불균형 해소 문제가 시대적 과제로 제기됨에 따라 보건의료서비스 균점과 의료전달체계의 개선을 주요 정책과제로 삼고 임상 및 지역사회현장에서의 가정간호사업제도의 도입과 추진을 계속하고 있는 실정으로(보건사회백서, 1990) 이의 조기 정착화가 필요하다고 보며 이들에 대한 문제를 해결하기 위해서는 단순히 의료서비스 하나만 가지고 접근하는 것은 불충분하며 적어도 의료 사회사업적인 종합적 접근이 필요하다고 본다.

2. 결과 II(가정간호 수행)에 대한 논의

1) 가정간호 수행 효과 분석

재가 만성 환자들이 질병에 관련된 자기건강관리와 혈압이나 혈당의 변화를 가져오는데 영향을 주는 변수들을 대상자의 성, 연령, 질병기간, 간호요구도, 질병지식, 성인병 태도, 가족의 적응력 및 결속력으로 보고 분석을 한 결과 여러 독립변수들이 2개의 종속변수(자기건강관리와 혈압, 혈당치)를 가정 방문초기에는 50%정도, 가정 방문 말기에는 40%정도를 설명하여 주었고 이들 관계를 그린 경로 모형과 분석자료와의 적합도가 좋아 이론상의 타당성을 보였다. 가정 방문 초기에는 대상자의 성과 간호요구도가 자기건강관리와 혈압, 혈당치에 영향을 주었고 질병기간은 혈압, 혈당치에만 영향을 주었다. 남자와 간호요구도가 큰 환자들이 자기건강관리를 더 잘하고 있었고 또 여자이고 간호요구도가 크며 질병기간이 긴 환자들의 혈압, 혈당치가 더 좋은 것으로 나타났다. 그러나 가정 방문 말기에서는 대상자의 연령, 질병기간, 간호요구도가 혈압, 혈당치에만 영향을 주고 있었고 자기건강관리에 미치는 영향은 유의하지 않게 나타났다. 방문 말기에는 연령이 많고, 질병기간이 길며, 간호요구도가 큰 환자가 혈압, 혈당치가 좋았음을 보였다. 가정 방문 초구나 말기에 공통으로 나타난 영향 변수는 간호요구도와 질병기간이었는데 간호요구도가 클수록 질병기간이 길수록 자기건강관리나 혈압, 혈당치가 좋은 것으로 해석되었다. 간호요구도는 Maslow의 욕구 이론을 기본으로 하여 측정하였는데 그에 의하면 욕구는 인간의 행동을 동기화 시키는 힘이라고 하였다(Fuerst, Wolff & Weitael, 1980). 즉 간호요구도가 높음은 욕구 충족이 적은 것을 의미하면서도 한편으로는 행동을 활성화 시킬 수 있는 원동력이 되므로 자기건강관리에 더 노력을 할 것이며 따라서 혈압, 혈당치가 좋은 것이라고 생각할 수 있다.

질병기간은 길수록 자기건강관리 정도가 좋은 것으로 나타났는데 이는 질병기간이 길수록 질병관리하는 지식이 많아지므로 자기건강관리를 잘하고 있는 것으로 생각된다. 그러나 예상과 달리 질병기간이 길수록 혈압, 혈당치가 좋게 나타난 것은 그대로 해석하기가 어려웠다. 생리상태만 인구학적 특성이나 질병기간, 환경등 사회, 심리적이외에 다른 많은 요인들에 의해 결정되는 것이므로 혈압, 혈당치의 변화를 초래하는 다른 변수에 대한 검토

가 필요하다고 생각된다.

가정 방문 초기에는 대상자의 성이 자기건강관리나 혈압, 혈당치에 영향을 주고 있었다. 남자가 자기건강관리를 잘하고 있었으나 여자의 혈압, 혈당치가 더 좋은 것으로 나타났다. 가정 방문 말기에서 연령이 많을 수록 혈압, 혈당치가 좋았는데 연령이 높은 대상자들은 주로 집에서만 생활을 하여 혈압이나 혈당에 영향을 미치는 환경의 변화정도가 사회생활을 해야 하는 대상자들에 비하여 상대적으로 적었다는 것이 이러한 관계를 형성하는 원인을 제공하였다고 본다.

그러나 가정 방문 초기나 말기에서 모두 자기건강관리가 혈압, 혈당치에 유의한 영향을 미치는 변수는 아니었다. 본 연구에서 자기건강관리는 식이, 운동, 약물복용, 수면, 휴식을 잘하는 정도로 측정하였는데 방문 초기보다는 말기에 자기건강관리 정도는 유의하게 좋아졌으나 이러한 건강행위가 혈압, 혈당치를 변화시키지 못하였다는 결과는 만성환자를 실망시키고 좌절하게 하는 요인이 될 수 있다. 그 이유는 만성환자들은 누구나 예외없이 의료인들에게 자기건강행위의 중요성과 필요성을 강조하는 교육을 받고 있는데 이러한 치료지침을 어렵게 지켜도 질병 정도가 좋아지지 않기 때문이다. Milne, Logan과 Flanagan(1985)은 고혈압 환자 대상(N=100)의 연구에서 처음 진단 받은 사람은 체중을 줄이려는 동기를 얻은 것으로 보였으나 그 행위가 지속되지 않았다고 하였고 권연희(1988)와 박오장(1985)은 당뇨병환자의 질병지식이 증가할 수록 환자 역할행위 이행은 좋았으나 뇨당치가 유의하게 저하되지 않았다고 하였다. 본 연구의 결과에서 혈압, 혈당치가 초기보다 말기에 더 나빠지지 않는다는 사실에 의미를 두고 환자를 간호해야 할 것이며, 만성질환의 관리가 질병의 치유가 아닌 질병의 악화나 합병증 발생을 예방하는데 목적을 두고 있어야 한다는 사실을 부각시키고 환자교육시에도 이러한 사실을 분명히 해야 할 것이라고 생각한다.

가정 방문 초기와 말기를 비교하여 볼때 초기에 비하여 질병지식이나 성인병 태도, 자기건강관리 정도는 모두 유의하게 좋아졌으므로 가정간호 수행 효과는 있었다고 본다. Stahl 등(1984)은 고혈압 환자의 자기 혈압측정이 6개월까지의 혈압을

조절하는데 효과가 있었으나 그 이상의 기간에서는 혈압관리에 큰 차이가 없었다고 하여 환자 혼자만의 관리는 한계가 있음을 보였고, Earp, Ory과 Strogatz(1982)는 고혈압 진단받은지 2년된 환자를 일상적인 치료를 받는 군(1군), 일상치료에 18개월간 방문 간호도 받는 군(2군), 일상치료와 방문간호와 가족 치료에 적극 참여하는 군(3군)으로 분류하여 혈압의 변화를 보았다. 18개월후 2군과 3군보다 1군에서 혈압이 증가하였고 2군과 3군사이는 차이가 없었다. 즉 일상적 치료만 받는 경우보다 방문간호를 병행하고 가족의 참여를 조장하는 것이 효과적이었으며 이는 방문이 종료된 6개월후 까지 그 효과가 지속되었다고 하였다. 만성질환의 관리는 환자 자신의 자율적인 의지가 있어야 하나 결국 의료인과의 연대하여 장기적 전망을 갖고 해야하며 지속적인 강화가 필요함을 보이는 결과이었다.

성인병 태도나 질병지식, 가족의 적응력 및 결속력은 대상자의 자기건강관리나 혈압, 혈당치에 영향을 주지 못하였다. 결핵환자 가족을 대상으로 연구한 송남호(1989)는 환자의 가족(n=89)은 건강한 가족(n=77)의 경우보다 가족 적응력이나 결속력이 증진된다(각 $P < .05$)고 보고하였으나, 고등학생의 가족을 대상으로 연구한 안양희(1988)는 가족 적응력이나 결속력이 학생의 정신건강과는 관련이 없었다고 보고하여 가족의 힘이 환자의 자기건강관리에 영향을 미치지 못하는 것으로 나타난 본 연구 결과와 일치하였다. Glanz, Kirscht와 Rosenstock(1981)은 고혈압 환자 대상 연구에서 질병 지식이 증식하였으나 투약행위이행은 좋아지지 않았다고 하여 본 연구결과와 일치하였으나 질병지식과 환자 역할행위가 관계가 있다고 보고한 선행연구들도(김강미자등, 1986; 김옥수, 1985; 소애영, 1988; 이은자, 1988; Korhonen, etc, 1983) 있어 일관된 경향을 보이지는 않았다. 성인병 태도는 건강신념으로 측정하였는데 이 변수가 대상자의 자기건강관리에 영향을 미치지 못하였다는 결과는 일부 선행연구들과(조묘현 및 황보선, 1986; 홍은영, 1985; Andreoli, 1981; Hershey, etc, 1980) 일치하였으나 이들 변수사이 관계가 있음을 보고한 연구들도(이은자, 1988; 임선옥, 1984; 최영희, 1983) 있어 일관적이지는 못하였다. Andreoli는 건

강신념이 환자 행위에 영향주는 유용한 변수가 아닐지도 모른다고 하였으며 다른 알려지지 않은 정신의학적 변수가 존재할 수도 있다고 하였다.

본 연구는 저소득층 지역의 주민을 대상으로 하였는데 그 연령층은 장년 이상의 노인층이었다. Newton(1986)은 여러 가정간호기관의 협조하에 일년간 가난한 사람들을 위한 가정간호를 시행한 결과를 보고하였는데 가정간호 수혜로 대상자들은 병원 내원기간을 줄일 수 있었고 의료비 지불능력에 관계없이 계속 관리가 가능하였으며 재가 환자에게도 병원 수준의 간호 제공이 가능하였고 가난한 사람을 돌볼 책임을 병원이 아닌 지역사회 기관과 나누었다는 점이 좋았다고 하였다. 즉 저소득층 주민에게 가정간호는 의료와 접근성을 제고하는 한 방법이 될 수 있으며 특히 활동이 제한적인 노인에게는 사회적 유대가 형성된다는 점에서 부가적인 효과를 얻을 수 있다고 본다. Lubben 등(1989)은 사회적 연계가 제한된 노인은 입원 경향이 크고 입원기간도 길었다고 하였다.

가정간호를 단순히 병원에서의 의료서비스의 값싼 대체물로 취급하는 것을 지양하기 위해서는 가정간호의 서비스 질을 높이고, 적절성, 효율성을 기준으로 판단해야 할 것이다.

2) 가정간호 실시에 따른 제반 문제점

본 연구에서 실시한 저소득층 지역주민을 대상으로 한 가정간호 수행 과정시 나타난 문제점을 살펴보면 다음과 같다.

1) 저소득층 지역주민중 연구 대상이 되는 만성 환자의 발견이 어려웠다.

2) 환자가 발견된 경우에도 가정간호 요구가 없는 경우 그 동기유발을 시키기가 어려웠다. 즉 가정간호에 대한 정보가 전혀 없는 상황에서 그 필요성 및 목적을 설명하고 이해시키는데 따른 어려움이 많았다.

3) 실제 가정간호 업무 수행 및 그 효과 분석에 필요한 기존의 직무규정 내지는 분석틀이 없어서 업무 수행과 평가단계에서 어려움을 겪었다.

4) 연구대상자들의 일차적 요구는 의료적인 처치였으나 간호사인 연구진 입장에서는 이를 충족시켜 줄 수가 없었다. 대신 이들의 의료비 지불능력에 적합한 보건소 진료실 이용 안내를 하였으나 보건소 이용에 따른 대상자들의 부정적이고 미온

적인 태도로 만족할 만한 도움이 되지 못하였다.

5) 만성환자를 대상으로 하다 보니 노인환자가 대다수였고 노인환자들은 특히 자기건강관리 수행에 관련된 보건교육의 효과를 높이는 데 어려움이 컸다. 또한 노인들의 경우 방문 간호가 전문적인 간호 제공이나 보건교육 실시보다는 심리적 지지, 즉 고독감이나 소외감을 해소하는 기회로 더 이용이 되었다.

6) 대상자중 취업하고 있는 사람은 방문시간을 맞추기가 어려웠다.

VI. 결론 및 제언

1. 결 론

1) 저소득층 지역 조사

저소득층 지역인 인천시 N구 K동의 주민을 대상으로 1990년 11월부터 12월까지 조사한 지역 주민의 실태조사 결과는 다음과 같다.

(1) 주민 488명에서 남,녀의 비율은 50%정도로 동등하였고 15세에서 29세까지의 연령층이 31.8%로 가장 많았으며 다음이 30세에서 44세(21.1%)와 0세에서 14세까지(20.3%)의 순위였다. 세대주와의 관계에서 세대주 본인과 자녀인 경우가 70.9%로 가장 많았고 학력은 학생과 미취학 아동을 제외하면 중·고졸이 대부분이었다(33.8%). 주민의 직업은 학생(27.7%)이거나 공무원 및 회사원(21.3%)이었으며 종교는 없는 경우가 반수가 가까웠고(49.2%) 종교가 있는 경우는 대부분이 불교(23.2%)나 기독교(20.7%)였다. 대상 주민의 70.7%는 가정간호 이용의사가 있었고 방문자는 의사(65.5%)를 원했다.

(2) 저소득층 지역 123가구는 거의 남자 세대주였고(88.6%), 세대주 연령은 40세에서 59세에 속한 장년들(57.7%)이었다. 월수입은 평균 58만원 정도였고 지역이나 직장 의료보험이 75.6%로 대다수였으며 현재의 집에서 평균 7.7년을 거주하고 있었고 남향(82%)의 단독(65.8%)에서 거주하며 자가소유가 과반수 이상이었다(54.5%). 사용 방 수는 평균 1.9개였고, 가족수는 평균 4명이었다.

공동사용시설은 화장실이 64.2%로 가장 많았고 쓰레기통(34.1%)이나 수도(21.1%)가 다음이었다.

하수시설은 거의 폐쇄식(99.2%)이었고 화장실은 재래식(95.1%)이 많았고 쓰레기 처리는 일주에 3회정도(60.2%)였다. 주거 환경에서 불편한 점은 연탄배달(42.3%)이 가장 많았고 급경사(25.2%), 교통수단(17.9%), 상하수도 사용(16.3%) 등이었다.

(3) 대상 주민중 상병자는 40명으로 8.2%였다. 이들의 질환은 근육 및 골격계 질환이 가장 많았고(22.5%), 다음이 내분비 및 영양장애 질환(12.5%), 순환기질환(10%), 소화기질환(10%)이었다. 질환의 발견경위는 주로 개별 검진을 통해서였고(75%) 현재 치료받는 경우는 30%정도였으며 의료기관은 주로 약국(37.5%)과 개인의원(25%)을 이용하고 있었고 이용상 애로점은 경비문제가 컸다(47.5%). 치료에 필요한 의학적 관리내용은 검사와 정기적 통원이 각 37.5%로 가장 많았고 신체 기능상 시력이 가장 문제가 많았고(37.5%) 일상 활동 정도는 장애가 거의 없이 독립적이었다.

2) 가정간호 수행효과

인천시 N구의 보건소 내소자중 고혈압(22명)과 당뇨병(24명) 환자를 대상으로 가정 방문을 허락한 46명에게 일년간 한 달 간격으로 가정간호를 시행하였으며 그 효과를 분석한 결과는 다음과 같다.

(1) 가정간호대상자는 남자(56.5%)가 여자보다(43.5%) 조금 많았으며 50세에서 69세가 63%로 많은 수를 차지하였다. 질병기간은 5년 이상의 장기간이 다수였고(52.2%) 뇨단백은 없었으나 뇨당은 20명(43.5%)에게서 검출되었다.

(2) 가정간호대상자의 가구 특성을 보면, 직장이나 지역 의료보험을 받고 있었고(80.4%), 가족수는 2명에서 5명 정도였으며(69.5%), 수입은 50만원에서 100만원 이하였다(52.2%). 주택은 자가 소유하고 있었고(56.5%), 남향(67.4%)의 단독이나 아파트(80.4%)에 거주하며 방은 2개 정도를 사용하고(56.5%) 있었다.

한 주택에 한 가구 거주였고(60.9%) 하수시설은 폐쇄식이었으며(84.8%), 쓰레기는 일주 3회정도 수거하였고(84.8%) 한달 3,252원의 수거료를 지불하고 있었다. 주거환경에서 불편한 점은 계단(39.1%)이 가장 많았고, 급경사와 목욕탕, 교통수단이 각 21.7%였다. 가정간호 이용의사는 93.5%

가 가지고 있었고 간호사의 방문(76.7%)을 원하였다.

(3) 가정 방문 초기와 말기를 비교하였을 때 이완기압이 100.23에서 91.36으로, 수축기압은 160.00에서 150.00으로 유의하게 낮아졌으나($P=.000$) 혈당의 차이는 없었다. 질병지식은 가정 방문 초기 22.97에서 말기 30.98로 유의하게 높아졌고($P=.000$), 성인병태도는 가정방문 초기에 95.78에서 말기에 102.00로 유의하게 좋아졌으며($P=.000$), 자기건강관리도 가정방문 초기에 17.54에서 말기에 20.43으로 증진되어($P=.000$) 가정방문 간호의 효과는 있는 것으로 나타났다.

(4) 가정 방문 초기에 대상자의 자기건강관리에 영향을 미치는 변수는 대상자의 성($\beta=-.414$, $t=-3.012$)과 간호요구도($\beta=.310$, $t=2.164$)였고 혈압, 혈당치에 영향을 주는 변수는 질병기간($\beta=.297$, $t=2.106$)과 간호요구도($\beta=.385$, $t=2.417$)였다. 즉 남자이고 간호요구도가 클수록 자기건강관리를 잘하였고 질병기간이 길고 간호요구도가 클수록 혈압, 혈당치가 좋았다.

가정 방문 말기에 대상자의 혈압, 혈당치에 영향을 미치는 변수는 대상자의 연령($\beta=.320$, $t=2.242$)과 질병기간($\beta=.352$, $t=2.395$), 간호요구도($\beta=.350$, $t=2.623$)였는데 대상자의 연령이 높고, 질병기간이 길며, 간호요구도가 클수록 혈압, 혈당치가 좋았다. 대상자의 자기건강관리에 영향을 미치는 변수는 없었으며 가정 방문 초기나 말기에 대상자의 자기건강관리는 혈압, 혈당치에 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다.

가족 적응력 및 결속력은 대상자의 자기건강관리와 혈압, 혈당치에 관련이 없었다.

(5) 가정간호 수행상 문제점은 지역사회기반에서는 환자발견이 어려웠고, 환자교육의 지침서가 없었으며 간호의 평가 기준도 모호하였다. 저소득층 주민은 생계로 인해 간호사와 만날 여유가 없었고, 간호사 단독으로는 환자가 요구하는 의학적 관리를 수행하는데 무리가 있었다.

2. 제 언

이상의 연구 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 저소득층 지역주민의 가정간호요구에 대한 심층 조사 연구가 필요하다.
2. 기존 보건소 조직을 활용한 가정방문간호사업의 수행 및 그에 따른 연구가 필요하다.
3. 가정간호 업무 규정 및 지침의 개발이 필요하다.
4. 특히 저소득층 지역주민을 대상으로 하는 경우 보건의료적인 측면에서의 전문 보건의료인력 및 자원들간의 팀 접근 방식이 필요하며 사회복지 측면도 고려한 종합적인 접근이 요망된다.
5. 이미 가정간호사 교육을 받은 인력을 활용한 사업수행 및 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

- 가정 간호 사업 제도화되어야(1988, 3, 31) 간협 신보, p.1.
간협 신보, 1988, 8,10
간협신보, 1988, 10,27.
구미옥 및 이은옥(1990). 건강 신념 모델과 한국인 만성 질환자의 환자 역할 행위. 대한 간호 29(3), 49-59.
권연희(1988). 노인 당뇨 양성자의 질병 관리에 대한 교육 및 추후 관리 양상에 관한 연구. 서울대학교 보건 대학원 석사 학위 논문.
근로자 월평균 소득 129만원(1992.9.24). 조선일보 22118호, p.7.
김강미자 및 김병우(1986). 항암제 요법을 수행하는 암환자의 환자 역할 행위에 관한 연구. 전남의대 잡지, 23(1), 9-26.
김규순, 조희정 및 정의방(1985). 저소득 지역의 보건 활동 -신림7동 지역-. 인간 과학, 9(7), 25-42.
김성실(1986). 가정 간호 요구 및 수행 실태에 관한 조사 연구. 연세대학교 대학원 박사 학위 논문.
김양이(1988). 가정 방문 간호의 현황과 활용 방안에 관한 연구. 중대 사회 개발 대학원, 석사 학위 논문.
김영신(1982). 일부 도시 영세 지역의 보건 실태에 관한 일 연구. 춘해 간호 전문 대학 논문집, 창간호, 33-84.
김영숙, 김옥배, 박오장, 박춘자, 서문자, 유성자, 이정희, 이향련 및 최철자(1989). 성인간호학(p.1024). 수문사.
김옥수(1985). 간경변증 환자의 환자 역할 행위 이행에 관한 연구. 대한간호학회지, 15(1), 30-43.
김유실, 승정자, 김수만, 김성봉 및 유형준(1986). 당뇨병 환자들의 영양교육 평가에 관한 연구. 당뇨병 10(2), 191-195.
김정남(1988). 도시 영세 지역 주민의 모자 보건 실태. 경북대 보건 대학원 석사학위 논문.
김종순, 이진수, 노병선, 이일우, 및 조수현(1980). 전국 일부 영세 지역 주민의 상병 양상과 보건 문제에 관한 연구. 보건학 논집, 30, 1-42.
김정순, 정경균, 김정근, 홍재웅, 문옥륜, 및 이시백(1983). 도시 저소득 계층의 의료 복지 모형 정립을 위한 기초 조사 연구. 보건학 논집, 35, 1-46.
김조자, 유지수 및 박지원(1989). 방문 간호를 통한 암환자의 위기중재 효과에 관한 연구. 간호학회지, 19(1), 63-80.
김화중(1988). 가정 간호 사업 모형 개발. 제17회 전국 보건 강사 및 직원 연수회 교재.
김화중(1991). 일부 대도시 영세 지역 및 대학 병원 의료의 가정 간호 요구 분석. 서울대 국민 보건 연구소 연구 논총, 1(1), 88-100.
도복늬 및 전성주(1987). 도시 영세민의 주요 건강 문제와 처리 실태 및 개선 방안. 경북 의대지, 28(3), 331-345.
만성 질환자 대부분이 가정 간호 요구(1989, 7,20). 간협신보 596호.
문옥륜(1988). 전국민 의료 보호성과 도시 보건소의 진료 기능. 보건학 논집, 41, 92-108.
문옥륜 및 강성도(1991). 대도시 영세민을 위한 1차 보건 의료 사업 개발에 관한 연구, 서울대 국민보건 연구소 연구 논총, 1(1), 151-160.
문정순(1990). 성인의 건강 신념 측정 도구 개발 연구. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
박노예(1988, 10, 27). 가정 간호 사업의 필요성 및 전망. 간협신보.
박수필(1982). 대도시 영세 지역의 의료 수용태도 및 의료 이용과 관련된 요인 연구. 서울대 보건 대학원 석사학위 논문.
박오장(1985). 사회적 지지가 당뇨 환자의 역할 행위 이행에 미치는 영향에 관한 연구. 연세대학교 대학원

박사 학위 논문.

- 박오장(1990). 가정방문을 통한 개별교육이 당뇨병 환자 역할행위 이행에 미치는 영향과 교육효과의 지속에 관한 연구. 간호학회지, 20(2), 174-183.
- 박오장, 홍미순, 소향숙 및 장금성(1988). 당뇨 교육이 당뇨 환자의 역할 행위 이행에 미치는 영향. 간호학회지, 18(3), 281-288.
- 박정희(1982). 일반적 제 특성에 따른 환자의 퇴원 요구와 간호 수행. 증양의학 43(1), 47-55.
- 박종숙(1988). 정신 박약아가 있는 가족의 가족 기능과 가족 지지에 대한 연구. 이화여자 대학교 대학원 석사 학위 논문.
- 방용자, 문정순, 및 김정례(1989). 가정 간호 제도의 수용도. 최신의학 32(8), 91-107.
- 배정하(1983). 일부 도시 영세 지역의 보건 실태 조사. 대동 간호 논문집, 3(6), 9-18.
- 백종민(1989). 일부 대도시 영세 지역 주민의 건강 의식에 관한 조사. 지산 간호 보건 전문 대학, 7, 277-294.
- 변영순 및 송미숙(1990). 가정간호 수요파악에 관한 탐색적 연구 -만성 질환자를 중심으로- 이대 간호학 연구소, 간호과학, 2, 87-99.
- 변종화, 서문희 및 안성규(1982). 도시 저소득층 지역 보건 의료 실태 조사 보고서. 한국 인구 보건 연구원.
- 보건사회 백서(1991). 보건사회부.
- 보건사회 통계 연보(1990). 보건사회부.
- 보건연감(1990). 보건신문사.
- 서인선(1980). 일부 도시 영세민들의 의료 시혜 이용 및 태도에 관한 면접 조사. 순천 간호 전문대 논집, 6, 1-33.
- 서인선(1980). 일부 도시 의료 보호 사업 이용에 대한 실태조사. 순천 간호 전문대 논집, 6, 197-235.
- 소애영(1985). 일부 지역 폐결핵 환자 역할 행위 이행에 영향미치는 요인에 관한 조사연구. 원주전문대학 학술논문집 10, 245-276.
- 송근희(1989). 가정 간호 요구에 관한 조사 연구. 중앙대학교 대학원 석사 학위 논문.
- 송남호(1989). 만성 질환의 가족군과 정상 가족군의 가족 적응력과 가족 결속력의 비교 연구. 이화여자 대학교 대학원 석사 학위 논문.
- 신유선, 이정지 및 최순옥(1990). 내과질환 환자의 입원치료와 조기퇴원후 간호사 방문 간호에 있어 비용과 간호문제 해결정도에 관한 연구. 지산간호보건전문대학 논문집, 8, 21-46.
- 심영옥(1983). 폐결핵 환자의 자아 개념과 건강 신념이 치료적 행위 이행에 미치는 영향. 연세 대학교 대학원 석사학위 논문.
- 안양희(1988). 고등학교 남학생 가족의 기능적 특성과 정신 건강과의 관계. 연세대학교 대학원 박사 학위 논문.
- 양영희(1991). 우리나라 가정간호 사업에 관련된 선행 연구 분석. 경기 간호 보건 전문 대학 논문집, 18, 135-175.
- 오경환(1987). 신장 이식 환자의 건강 신념과 추후 관리 이행과의 관계 연구. 연세 대학교 대학원 석사 학위 논문.
- 우극현(1985). 도시 영세 지역 주민의 상병 및 의료 이용 양상 -대구 직할시를 중심으로- 예방의학회지, 18(1), 25-39.
- 윤순영(1981). 서울 일부 도시 영세 지역 핵가족의 건강 문제에 대한 조사연구. 증양의학, 40(6), 445-456.
- 이근자, 최명자, 및 김명순(1981). 경기도 일부 도시 영세 지역의 보건 실태 조사. 인간 과학, 5(3), 67-81.
- 이영자(1982). 만성 질환의 효과적 치료 방안에 대한 기초 연구 -고혈압 환자를 중심으로- 부산의대 잡지, 22(2), 267-274.

- 이영휘(1985). 본태성 고혈압 환자의 건강 지각 및 건강 통제위 성격과 치료 이행과의 관계 연구. 연세 대학교 대학원 석사 학위 논문.
- 이은자(1988). 계획된 당뇨 교육이 환자 역할 행위 이행에 미치는 영향 -일부종합 병원을 중심으로- 연세 대학교 보건 대학원 석사학위 논문.
- 이인숙(1990). 지역사회 가정 간호의 실행 모형 개발을 위한 연구. 서울 보건 대학원 박사 학위 논문.
- 이지현(1980). 한국 도시 영세민의 의료 보호 이용 양상에 관한 연구. 부산 의사회지, 16(9), 38-48.
- 이지현(1982). 부산 시내 저소득 지역 주민의 의료 및 가족 계획에 관한 연구. 중양의학, 43(1), 37-45.
- 이지현 및 윤석옥(1986). 일부 농촌 영세민의 의료 시혜 이용 양상에 관한 연구. 복음 간호 전문대 논문집, 4, 41-52.
- 이향련(1985). 자가 간호 증진을 위한 건강 계약이 고혈압 환자의 건강 행위 이행에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사 학위 논문.
- 임선옥(1984). 당뇨병 환자의 환자 역할 행위에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 원주 전문 대학 학술 논총, 307-341.
- 정경균(1981). Problems in Health among Urban Poor. 보건학 논집, 31, 123-132.
- 정경균(1984). 의료 전달 체계의 이론과 실제. 한림대학 세미나 보고서, 63-74.
- 정혜경(1991). 지역 사회의 구조적 특성이 사망수준에 미치는 영향에 관한 연구. 서울대 국민 보건 연구소 연구 논총, 1(1), 17-50.
- 전미순(1992). 도시 일부 저소득층지역의 가정간호요구 및 수용정도에 관한 조사연구. 중앙대학교 대학원 석사학위 논문.
- 전산초, 김모임, 서미혜, 조원정, 김의숙, 및 추수경(1981). 연대 원주 기독 병원 조기 퇴원 프로그램에서 제공된 지역사회 간호 사업에 관한 평가 연구. 연세대 간호학 연구소.
- 조묘현 및 황보선(1986). 폐결핵 환자의 치료 지시 이행자와 비이행자의 건강 신념과 지식의 비교. 부산 의대 학술지, 26(2), 135-141.
- 진영훈, 이장희, 김종애, 김균홍, 및 정요한(1989). 만성 퇴행성 질환의 입원 실태 분석에 관한 연구, 최신의학, 32(4), 34-44.
- 최경혜(1990). 만성 질환의 유병 양상 및 진료 추이 분석. 서울 대학교 보건대학원 석사학위 논문.
- 최영희(1980). 고혈압 환자의 치료 지시 이행에 관한 연구. 간호학회지, 10(2), 73-83.
- 최영희(1983). 지지적 간호 증대가 가족 지지 행위와 환자 역할 행위에 미치는 영향에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사 학위 논문.
- 최영희 및 원종순(1989). 급·만성 질환이 있는 가족의 가족 기능 비교 연구. 간호과학 창간호, 5-30. 이대 간호학 연구소.
- 홍여신, 이은옥, 이소우, 김매자, 홍경자, 서문자, 이영자, 박정호 및 송미순(1990). 추후 관리가 필요한 만성 질환 퇴원 환자 가정 간호 시범 사업 운영 연구. 간호학회지, 20(2), 227-248.
- 홍은영(1984). 당뇨병 환자의 조절위 성격과 건강 신념이 환자 역할 행위 이행에 미치는 영향에 관한 연구. 최신의학, 27(9), 159-169.
- 홍은영(1985). 고혈압 환자의 조절위 성격 및 건강 신념과 환자 역할 행위 이행과의 관계 연구. 중양의학 49(1), 51-61.
- Ancona-Berk, V.A., & Chalmers, T.C.(1986). An Analysis of the Costs of Ambulatory and Inpatient Care. AJP, 76(9), 1102-1104.
- Andreoli, K.G.(1981). Self-Concept and Health Belief in Compliant and Noncompliant Hypertensive Patients. Nursing Research, 30(6), 323-327.
- Ballard, S., & McNamara, R.(1983). Quantifying Nursing Needs in Home Health Care. Nursing Research, 32

(4), 236-241.

- Becker, M.H.(1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Charles B. Slack, Inc : Thorfare, New Jersey.
- Billing D.M., & Stokes, L.G.(1987). *Medical-Surgical Nursing*(p.4-5). 2nd ed. The C.V.Mosby Comp. : St. Louis Washington Toronto.
- Blazer, D.(1988). Home Health Care : House calls Revisited. *AJPH*, 78(3), 238-239.
- Brickner, P., Janeski, J.F., & Duque, T.(1976). Hospital Home Health Care Program aids Isolated, Home-Bound Elderly. *Hospitals*, 50, 117-122.
- Brunner, L.S., & Suddarth, D.S.(1988). *Textbook of Medical-Surgical Nursing*(p.13-14). 6th ed. J.B. Lippincott Comp. : Philadelphia.
- Calleta, P. & Boswick, J.A.(1972). A Home Care Nursing Program for Patients with Burns. *AJN*, 72(8), 1442-1444.
- Chambers, J.K.(1981). Assessing the Dialysis Patient at Home. *AJN*, 81(4), 750-754.
- Christopher, M.A.(1988, Jul). Home Care for the Elderly in Three-Part Harmony. *Nursing*, 50-55.
- Colt, A.M., Anderson, N., Scott, M.D., & Zimmerman, H.(1977). Home Health Care is Good Economics. *Nursing Outlook*, 25(10), 632-636.
- Corby, D., Shad, R.F., & Fudge, J.P.(1986). Intravenous Antibiotic Therapy : Hospital to Home. *Nursing Management*, 17(8), 52-61.
- Cox, C.L.(1982). The Health and Self-Determination Index. *Nursing Research*, 34(3), 177-183.
- Creek, L.V.(1982). A Home Care Hospice Profile : Description, Evaluation and Cost Analysis. *Journal of Family Practice*, 14(1), 53-58.
- Davis, E.(1977). Funding Rural Nurse Practitioner Care. *Nursing Outlook*, 25(10), 628-631.
- Dicicco-Bloom, B. et al(1986). The Home Bound Alcoholic. *AJN*, 86(2), 167-169.
- Dwyer, J.E., & Held, D.M.(1982). Home Management of the Adult Patient with Leukemia. *Nursing Clinics of North America*, 17(4), 665-675.
- Earp, J.A.L., Ory, M.G., & Strogatz, D.S.(1982). The Effects of Family Involvement and Practitioner Home Visits on the Control of Hypertension. *AJPH*, 72, 1146-1154.
- Ellis, N.B.(1986). Nationality Speaking : The challenge of Nursing Home Care. *The American Journal of Occupational Therapy*, 40(1), 7-11.
- Fagin, C.M.(1982). Nursing as an Alternative to High Cost Care. *AJN*, 82(1), 56-60.
- Foster, P.C.W. & Janssens, N.P.(1980). *Nursing Theories : the Bases for Professional Nursing Practices*(p.46-170). Prentice Hall Inc. : Englewood Cliff, New Jersey.
- Fuerst, E.V., Wolff, L.V., & Weitzel, M.H.(1980). *Fundamentals of Nursing* (p.65, p.102). J.B.Lippincott Comp. : Philadelphia, Toronto.
- Garyl, G., Birnbaum, H., Pratter, F., Burke, R., Franklin, S., & Ellingson-Otto, K.(1986). Impact of the New York Long-Term Home Health Care Program : Medical Care. *Medical Care* 24(7), 641-653.
- Glanz, K., Kirscht, J.P., & Rosenstock, I.M.(1981). Linking Research and Practice in Patient Education for Hypertension. *Medical Care*, 19(2), 141-152.
- Green, R.G., Kolevzon, M.S., & Vosler, N.R.(1985). The Beavers-Timberlawn Model of Family Competence and the Circumplex Model of Family Adaptation and Cohesion : Separated, but Equal? *Family Process*, 24, 385-398.
- Haines, C.M., & Ward, G.W.(1981). Recent Trends in Public Knowledge, Attitudes, and Reported Behavior

- with Respect to High Blood Pressure. *Public Health Reports*, 96(6), 514-522.
- Haug, M.R.(1985). Home Care for the Ill Elderly-Who Benefits? *AJPH*, 75(2), 127-128.
- Haymann, G.M., & Station, L.M.(1977). A Pilot Study to evaluate Visiting Nurses' Services to Chronic Psychiatric Patients. *Nursing Outlook* 25(2).
- Hennessey, M.J., & Gorenberg, B.(1983). The Significance and Impact of the Home Care of an Older Adult. *Nursing Clinics North America*, 15(2), 349-360.
- Hershey, J.C., Morton, B.G., Davis, J.B., & Reichgott, M.J.(1980). Patient Compliance with Antihypertensive Medication. *AJPH* 70(10), 1081-1089.
- Hickey, L.A., DeRoeck, E.F., & Shaw, M.I.(1977). Maternity Day Care Program offers Economical, Family-Oriented Care. *Hospitals*, 51, 85-88.
- Horn, M(1975). Hospital-Based Home Care. *AJN*, 75(11), 1811.
- Janz, N.K., & Becker, M.H.(1984). The Health Belief Model : A Decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47
- Jöreskog, K.G. & Sörbom.D.(1988). LISREL 7: A Guide to the Program and Applications. Chicago : SPSS Inc.
- Kane, C.(1984). The Outpatient comes Home. *Journal of Psychosocial Nursing*, 22(11), 919-925.
- Keating, S.B. & Kelman, G.B.(1988). Home Health Care Nursing : Concepts & Practice(p.3). J.B. Lippincott Comp.
- Keenan, J.M. & Eanale, J.E.(1989). Home Care : Past and Present, Problems and Potential. *Journal of American Geriatric Society*, 37, 1076-1083.
- Kent, V.P. & Hanley, B.E.(1990). Home Health Care. *Nursing & Health Care*, 11(5), 235-240.
- Korhonen, T., Huttunen, J.K., Aro, A., Hentinen, M., Ihalainen, O., Majander, H., Siitonen, O., Uusitupa, M., & Pyörala, K.(1983). A Controlled Trial on the Effects of Patient Education in the Treatment of Insulin-Dependent Diabetes. *Diabetes Care*, 6(3), 256-261.
- Lash, M.E.(1980). Community Health Nursing in a Minority Setting. *Nursing Clinics of North America*, 15(2), 339-348.
- Lauver, D.(1987). Theoretical Perspective relevant to Breast Self-Examination. *Advances in Nursing Science*, 9(4), 16-24.
- Lubben, J.E., Weiler, P.G., & Chi, I.(1989). Health Practices of the Elderly Poor. *AJPH*, 79, 731-734.
- Maiman, L.A., & Becker, M.H.(1974). The Health Belief model : Origin and Correlates in Psychological Theory. in M.H.Becker(ed.). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*(pp.9-26). Charles B. Slack, Inc.
- Malkin, S.(1976). Care of the Terminally Ill at Home. *CMA Journal*, 115, 129-130.
- Maraldo, P.J.(1989). Home Care Should be the Heart of Nursing-Sponsored National Health Plan. *Nursing & Health Care*, 10(6), 301-304.
- Martison, I.M., Geis, D., Anglin, M.A., Peterson, E., Nesbit, M., & Kersey, J.(1977). Home Care for the Child. *AJN*, 77(11), 1815-1817.
- Martison, I.M., Janieson, M.K., O'Grady, B & Sime.M.(1985). The Block Nurse Program. *Journal of Community Health Nursing*. 2(1), 21-29.
- McDowell, I., & Newell, C.(1987). *Measuring Health : A Guide to Rating Scales and Questionnaires*(p.74). New York, Oxford : Oxford University Press.
- Merlin, D.(1975). Home Care Project for Indigent allows dignified Care, Costs Cuts. *Hospitals*, 49, 77-78.

- Michael, S.L.(1978). Home IV Therapy. *AJN*, 78(7), 1223-1226.
- Milnes, B.J., Logan, A.G., & Flanagan, P.T.(1985). Alterations in Health Perception and Life-Style in Treated Hypertensives. *Journal of Chronic Disease*, 38(1), 37-45.
- Morycz, R.K.(1985). Caregiving Strain and the Desire to Institutionalize Family Members with Alzheimer's Disease. *Research on Aging*, 7(3), 329-361.
- Newton, G.A.(1986). Sharing Responsibility for Home Care of the Indigent. *Journal of Nursing Administration*, 16(5), 25-27.
- O'Connell, J.K., Price, J.H., Roberts, S.M., Juns, S.G., & Mckinley, R.(1985). Utilizing The Health Belief Model to predict Dieting and Exercising Behavior of Obese and Nonobese Adolescent. *Health Education Quarterly*, 12(4), 343-351.
- Olson, D.H.(1986). Circumplex Model VII : Validation Studies and FACES III. *Family Process*, 25, 337-351.
- Paige, R.L., & Looney, J.F.(1977). Hospice Care for the Adult. *AJN*, 77(11), 1812-1815.
- Peterson, L.D. & Green, J.H.(1977). Nurse Managed Tuberculosis Clinic. *AJN*, 77(3), 433-435.
- Philips, L.R., & Rempusheski, V.F.(1986). Caring for the Frail Elderly at Home : Toward Theoretical Explanation of the Dynamics of Poor Quality Family Caregiving. *Advances in Nursing Services*, 8(4), 62-84.
- Rawlinson, H.L.(1975). Planning Home Care Services. *Hospitals*. 49, 66-71.
- Redeker, N.S.(1988). Health Belief and Adherence in Chronic Illness. *Image*, 20(1), 31-35.
- Rioux, C.(1975). Health & Social Services under the Same Roof. *The Canadian Nurse*, Vol. 71, 24-26.
- Romer, M.H.(1989). Home Health Care : Principles, Development and Organization. 가정 보건 의료 세미나에 서 발표.
- Rose, M.A.(1976). Problem Families face in Home Care. *AJN*, 76(3), 416-418.
- Rosenstock, I.M.(1974). Historical Origin of The Health Belief Model. in M.H.Becker.(ed). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*(pp.1-8). Charles B. Slack, Inc.
- Ross, T.(1981, May, 27). Programmed for Success. *Nursing Mirror*, 20-21.
- Sager, A.(1983). A Proposal for Promoting more Adequate Long-Term Care for The Elderly. *The Gerontologist*, 23(1), 13-16.
- Schaffner, A.(1984). Safety Precautions in Home Chemotherapy. *AJN*, 84(3), 346-347.
- Sidelean, B.F.(1987). Irrational Beliefs and Intervention. *Journal of Psychosocial Nursing*, 25(3), 18-24.
- Stahl, S.M., Kelley, C.R., Neill, P.J., Grim, C.E., & Mamlin, J.(1984). Effects of Home Blood Pressure Measurement on Long-Term BP Control. *AJPH*, 74(7), 704-709.
- Stanhope, M., & Lancaster, J.(1984). *Community Health Nursing : Process and Practice for Promoting Health* (p.882-885). The C.V. Mosby Comp.
- Stone, M.(1987, Mar, 11). Multi-Purpose Home Care. *Nursing Times*, 28-29.
- Struss, A.L.etc(1984). Chronic Illness and the Quality of Life (P.11-16). The C.V. Mosby Comp.
- Taylor, M.B.(1985). The Effect of DRGS on Home Health Care. *Nursing Outlook*, 33(6), 288-289.
- Vincent, P., & Price, J.R.(1977). Evaluation of a VNA Mental Health Project. *Nursing Research*, 26(5), 361-367.
- Wheeler, D.(1977). Teaching Home Dialysis for an 8 year old boy. *AJN*, 77(2), 273-274.
- White, K.D., & Perez, P.W.(1986). Your Ventilator Patient can go Home again. *Nursing*, 16(12), 54-55.
- Wiles, E.(1984). Home Health Care Nursing. in M.Stanhope & J. Lancaster(ed.). *Community Health Nursing : Process and Practice for Promoting Health*(pp.780-801). The C.V. Mosby Company.
- Zerrlessting, D.(1987). Home Care for Psycho Problems. *AJN*, 87(10), 1317-1320.

(ABSTRACT)

A Study on Effectiveness of the Home Care Services for the Low Income Inhabitants

Lee Kunja, Kim Myongsoon, Yang, Younghee
Kyonggi Junior College of Nursing

This study was intended to assess the need of home nursing care and analyze the effect of home nursing care, and find out the problems during the performance of home nursing care for the chronic patients among the low-income people in urban area.

Data collection by interview was carried out from Nov. 1991 to Jul. 1992.

The main results were as follows ;

1) Total subjects for the need assessment of home nursing care were 123 households with 488 persons in a urban poor area. Over half of households(57.7%) was teenage family.

The overall living conditions were poor and the average monthly income was 580 thousands won. 74.8% of subjects was covered by medical care insurance and only 4.7% was covered by public assistance. The morbidity rate was 8.2% among 488 subjects and 27.5% of them was not treated at all, 30% was treated in utilizing pharmacies or local clinics.

2) The subjects of home nursing care were 46 with Hypertension or DM who agreeded the participation of study among registered patients at a public health center in Incheon. Home visiting was performed at intervals per one month for one year. Most of them were the elder(mean age=61 years) and long term patients(7.8 years continued). Home nursing care was effective. That is, blood pressure(including systolic and diastolic pressure) was significantly reduced ($t(n=22)=2.31, P=.031, t(n=24)=4.16, P=.000$ respectively) and knowledge of disease($t(N=46)=-7.63, P=.000$), attitude of disease ($t(N=46)=-4.92, P=.000$), and self-care($t(N=46)=-4.89, P=.000$) were significantly improved through home nursing care. But there was no difference in blood sugar for diabetics between the beginning and the end of visits.

At the beginning of visit for home nursing care, sex($\beta=-.414, t=-3.012$) and nursing need($\beta=.310, t=2.164$) were influencing self-care, and duration of disease($\beta=.297, t=2.106$) and nursing need ($\beta=.385, t=2.417$) were influencing blood pressure, blood sugar level. Namely, the subjects who were male and had higher nursing need showed better self-care and the longer duration of disease and the higher nursing need were relationship with the better blood pressure and blood sugar level.

At the end of visit for home nursing care after one year, the blood pressure and blood

sugar level was influenced by age($\beta=.320$, $t=2.242$), duration of disease($\beta=.352$, $t=2.395$) and nursing need($\beta=.350$, $t=2.623$) and self-care had no influencing factor. The higher age and the longer duration of disease and the higher nursing need were relationship with the better blood pressure and blood sugar level.

3) The problems that were found out during the performance of home nursing care were the absent of useful protocols for services and the clear evaluation base, and the difficulty of teaching elders who were the major part of our subjects.