

## 한국 가정간호사업의 유형별 비교분석\*

김 성 실\*\*

### I. 서 론

우리나라의 가정간호 제도는 인구의 노령화, 질병 발생 양상의 변화(급성질환에서 만성질환으로), 국민의 건강에 대한 가치관(의식)의 변화, 즉 보건의료서비스의 포괄적인 제공을 기본권으로 인식하고 형평의 원칙 하에 수용할 수 있는 범위 내에서 제공받고자 하는 의식의 증대, 경제성장과 산업사회로의 사회구조의 변화로 가족구조의 변화에 따른 의료요구의 증대, 의료비 상승 등에 따른 제반 사항을 해결하기 위한 현행 의료제도의 일대 개혁이 요구되어 도입되었으나 이러한 사회변화에 우리 사회와 정부, 의료제공자, 의료 소비자 모두 조직적이고 체계적인 대처가 아직 미흡한 실정이다.

가정 간호 사업은 역사적으로 국가와 시대적 특성에 따라 차이가 있음을 엿볼 수 있다. 우리나라의 가정 간호 사업은 국가보건의료전달체계안의 주요 건강공급 자원으로 지역사회자원과 유기적인 연계망을 구축하여 저 비용으로 같은 효과를 창출하는 제도이려 한다. 1996년 정부가 시도하고 있는 우리나라의 병원중심 가정간호 시범사업은 병원에 입원한 환자는 위급한 급성 시기에 집중관리 서비스로 위기를 넘기고 다음 단계의 서비스를 가정에서 가정 간호사에 의하여 완치 서비스를 받게 하는 병원의료서비스의 연

장 치료로 그 몫을 하는 것이다.

정부의 1차 시범사업의 목표는 입원 대체 서비스에 초점을 맞추었고, 기존의료체계내의 도입가능성을 검토하고자 하였다. 1차 시범 사업 종결 후 평가에서는 병원중심가정간호 시범사업 효과로 의료비의 절감, 병상회전을 제고, 이용환자의 편의 효과로 이용자의 신뢰 부분이 만족되었고, 일상 생활 유지의 편의의 효과로 평가하였다(황나미, 1996).

가정 간호서비스의 주체는 각종 형태의 건강 요구를 가지고 있는(환자) 대상자들이므로 운영주체가 누구인가보다는 사업의 목적과 내용에 맞는 운영을 하는 것이 중요하다. 최근 우리나라의 주요 사인의 변화 양상은 1970년 이전과 1980년 이후에 사인이 전염성 질병에서 만성이며 장기간 치료를 요하는 질병으로의 양상을 보이고 있다(유승홍, 1994). 또한 장기유병기간이 소요되는 정신질환, 장애, 치매 등이 증가추세를 보인다. 즉 의료보험 및 의료보호 급여 자료와 정신 요양원 재원자를 대상으로 정신질환자 수를 추정한 결과 전체인구의 3.3%로 파악되었다(남정화, 1966). 치매 노인은 1996년 현재 60세 이상 노인이 4%, 65세 이상 노인이 5.1%로 고령의 진전은 치매노인의 절대수가 급격히 증가할 것으로 예측하고 있다(서미경 1996). 전국 장애인 실태 조사(1995) 결과 재가 노령 장애인의 출현은 인구 천명당 112명으로

\* 이 연구는 1997년 한림대학교 학술연구조성비에 의한 연구임.

\*\* 한림대학교 간호학과

전체 장애인의 44%이다(김형수, 1996).

그 간 국내에서 실시된 가정간호사업의 유형은 정부가 시범으로 실시하는 병원중심 가정간호 사업(황나미, 1996), 지역사회 주민의 건강 요구를 근거로 수행되는 지역중심가정간호 사업(강원도 간호사회, 춘천시), 사회 복지관 소재지 중심 또는 의뢰인 환자에 대한 가정 간호 사업(서울, 봉천동 성심복지관), 가정간호사 중심의 가정간호(서울시 간호사회, 대전 광역시 간호사회)사업이 진행되고 있으나, 보건복지부의 병원 중심 가정간호 시범 사업과 서울시 간호사회(1993-1996)가정간호시범사업의에는 아직 사업 결과를 못 내고 있는 실정이다. 그러므로 지속적인 환자 관리를 위한 가정 간호 제도의 확대 실시는 우리나라 의료현실에서 시급히 시행해야 하는 정책적 과제이므로 본 연구는 제한적인 가정간호 사업을 수행하고 있는 정부의 시범사업과 그 밖의 자율적으로 운영되고 있는 가정간호 사업의 방법과 내용, 보완해야 할 부분과 시정해야 할 부분등 병원중심 가정간호사업, 지역사회중심가정간호사업, 가정간호사 중심의 가정간호사업 간의 차이점을 파악하여 우리나라 보건의료전달체계내의 의료공급 자원으로 지역주민과 가정간호 수요자에 대한 가정 간호제도 이용 용이성과 접근성을 높이고자 한다.

본 연구의 목적은 국내에서 현재 실시중에 있는 여러 유형의 가정 간호 사업 대상자에게 제공된 서비스 전체를 평가하려는 것이다. 즉 병원중심 시범사업과 비정부시범 가정간호로 구분하여 시범, 연구, 서비스 등 각각의 목적으로 추진되고 있는 가정간호 사업실태와 그 차이를 비교, 분석하고 미흡한 부분은 보충하여 문제점을 해결하고자 한다. 그리고 가정 간호의 효과와 효율성 있는 가정간호 제도의 모형을 제시하기 위하여 다음의 구체적인 목표를 제시한다.

- 1) 국내에서 실시하고 있는 가정간호 사업 실태를 파악한다.
- 2) 유형별 가정간호 사업 내용을 분석한다.
- 3) 우리나라 가정간호 사업의 한계점을 파악한다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 가정간호 사업 추세

2차대전 이전의 가정간호는 고전적인 형태를 띠며, 단순히 가정에서 제공되는 간호사의 서비스 범주에서

사회복지의 일환으로 이루어졌다. 이차대전 이후 미국의 가정간호는 고전적 간호사의 역할과 그 밖의 다른 전문직들, 참여하는 팀 등의 접근 개념으로 바뀌는 가정간호 사업으로 전환하였다. 1983~1986년 사이에 미국병원들이 가장 빠른 속도로 성장한 부분은 가정간호 사업이며, 이 배경은 연금대상과 의료보험(MEDICARE)에 의한 가정간호 이용율이 37%를 차지하였으며 미국정부의 가정간호에 대한 비용지출이 상승추세를 보이고 있는 곳에서 비롯되었다(Dan, 1987). 1983년 이 제도의 도입은 DRG에 의해 병원입원 환자등의 조기퇴원으로 치료의 지속성 유지를 위하여 가정간호의 수요 증가는 불가피하였을 것이다. 1990년 미국전역의 가정간호(agency)는 9,270개소로 전년에 비해 14.4% 상승하였다(Marion, 1991)

우리 나라 가정간호 사업은 1994년 9월부터 1년 9개월간 1차 병원 중심 가정간호 시범사업이 종료되었다. 4개의 지정된 3차 진료기관에서 실시한 병원중심 가정간호 사업의 결론은 첫째, 의료비 절감 효과, 병상회전을 제고효과, 이용환자의 의료이용 편의 효과 등 긍정적 결과를 보고하였다(황나미, 1996). 이어서 보건 복지부는 2차 병원중심 가정간호시범 사업을 45개 종합병원까지로 확대하여 1999년 4월 31일 까지 종료할 목적으로 추진되고 있다.

미국은 가정간호의 비용지불은 가정간호 사업의 법적 근거와 서비스 측정을 기본으로 지속적인 변화와 발전을 하고 있다. 즉 가정간호 사업 간호 인력의 증가시 가정간호재정 관리부서인 HCFA(Health Care Financing Administration)의 간호 자문단이 사회보장법에 따라 다른 인력(의사)과 비교하는 심의 과정의 정책적 심의 과정을 경유한다. 그러므로, 가정간호의 비용효과는 선택적으로 의료보장제도(MEDICARE)의 증가적용이 가정간호를 안정적 산업으로 성장하게 했다(박홍심, 1990). 미국정부는 사회보장법(Social Security act)의 일환으로 Medicare 나 Medicaid와 같은 의료보장제도가 가정간호사업 비용을 대부분 보건의료반제(Reimburse), 즉 제 3자 지불형태의 정책으로 수립하였다.

미국의 가정간호 사업의 발전방향은 병원비의 절감을 위한 방안과 아울러 직원의 수준을 높이고 service의 범위를 넓히는 규정을 인가만도록 하고 있다(Ruth, 1984). 장기질환의 보유율이 높은 노인층에 대한 Medicare인 사회보장 중 의료보장 방식이 포괄하는 간호사, 가정건강 보조사, 사회 복지사, 물리 치

료사, 언어치료사, 작업치료사들이 확실히 진단된 가정범주내에 있는 Medicare 환자와 그의 수발자들은 간호, 의료, 물리치료, 언어치료, 작업치료, 영양지도, 사회사업, 의료장비의 제공, 가사관리, 가정간호보조 등의 서비스를 포괄하는 가정간호 서비스를 제공받게 되는데, 가정간호의 대상이 되어 가정간호사업 범위의 서비스(Home Health Care)를 받기 위하여 우선 가정간호사에 의해 간호사정을 받기를 원하고 있다 (Paula, 1991 & Molly, 1989).

유럽지역의 가정간호 사업도 급속도로 증가하는 노령화로 많은 노인 또는 취약한 사람들이 기관이나 시설에 있기보다는 자신의 가정에 있기를 더 좋아하는 데 힘입어 발전하고 있다. 이들에 대한 제공되는 모든 서비스가 장기간일수록 가정에서 받게 되는 것이 그들의 삶의 질을 높이는 반면, 시설이나 기관에서의 간호업무를 감소시키는 것이라는 것이다. 유럽 여러나라, 즉 영연방정부는 가정간호 사업을 일반보건의료정책 구성에 포함시켜 그 지지를 제시하고 Home Care와 Home Help에 대한 책임을 중앙정부가 지고 부분적인 재정지원은 지방정부가 지도록 되어 있으며 지역사회의 관심 부족, 인식의 부족, 가정간호 서비스 전달의 부진에 대한 확인이 일상적으로 이루어진다. 벨지움, 덴마크, 불란서, 그리스, 독일, 아일랜드, 이태리, 네덜란드, 영연방등 여러나라는 유럽 공동체가 제공하는 가정간호 서비스 연구과제의 재정지원을 하기도 한다.

스웨덴(Sweden)의 가정간호사업은 일반보건의료사업내에서 공공서비스로 제공되며 중앙정부로부터 재정지원을 받으며 가정간호제공은 무료이나 가사관리나 Home Help에 대하여는 포괄수가로 환자가 지불 한다.

아르헨티나(Argentina)의 가정간호는 국가의료보협에 포함하여 무료로 제공하며 가정간호 인력은 국가 공무원으로서 입원환자의 병원퇴원 후 체계적인 연장서비스 제공이며(김성실외, 1993 pp.132-137, Renzo, 1996) 정책적 통합이 필수적인 것으로 지적하고 있다(Mary, 1989).

## 2. 가정간호 서비스

가정간호제도는 대부분 기존 국가보건의료 목표 달성의 상대적 보완 방식의 정책으로 출발되고 있다. 2차대전 후 미국은 소극적으로 실시하던 가정간호 program이 간호산업으로 확대되어 조직적인 인력구

성과 체계적이고 전문적 경영감각으로 획기적인 성과를 올려 미국민의 보건의료 요구의 한 부분을 충족 해결하는 제도적인 기초를 마련하였다(Keating, 1988). 가정간호제도를 실시하게되는 대부분의 국가는 사회의 노령화에 따른 만성질환의 증가는 단편적으로 병원의 병상수를 부족하게 하고, 장기질환은 비용의 감당이 부담으로 나타나게 되므로 가정간호제도를 실시하므로 병원운영의 원활을 기할 수 있을 뿐만 아니라 환자입장에서는 비용의 절감효과와 가정에서의 지속적 치료와 관리를 받게되므로 치료는 물론 정신적으로 심리적으로 안정감을 가질 수 있어 소비자와 공급자 또는 국가 모두에게 유익한 제도이다.

가정간호 서비스의 질을 유지하기 위하여 국가는 이에 필요한 기준, 즉 참가병원들의 자격기준을 마련하는 것, 가정간호 종사자의 자격 기준, 의료감독등과 같은 제도적보급 장치가 필요하다. 가정간호는 급식이나 가사관리와 같은 단순한 보호치료가 아닌 전문적 기능 간호와 기술적 서비스를 하도록 한다. 미국의 경우 가정간호 사업운영 유지를 위한 재정은 의료보장제도의 재정지원이 사업성장에 주요한 결정요인이 되었다. 법적으로 제도화된 Medicaid는 빈곤한 사람들의 치료를 위해 주정부 50%, 연방정부 50% 수입으로 주정부에 위임하여 운영되고 있다. 65세 이상 노인에게 적용되는 의료보장정책인 Medicare는 가정간호 사업의 68.9%, Medicaid 17.5%에서 운영되고 가정간호 독지가 기부금 11.4%, 기타 2.2%의 가정간호사업단위의 기본 재정 자원이다. 가정간호 비용은 병원비의 25% 수준에서 절감되며 갈수록 병원의료비와 격차가 벌어지는 실태이다(M. I. 로머, 1989).

가정간호서비스는 대상자의 간호요구에 따라 또는 환자상태에 따라 분류하였다. 김등의 문헌조사에 따르면 만성질환자, 재활환자, 모자보건대상자로 또는 노인환자, 수술전후환자, 기구장착환자(인공항문, 유치카테터), 항상 누어있는 상태, 주치의의 권고에 따른 가정치료자등으로 총괄하고 있다(김화중외, 1993). 또한, 서울지역의 주로 3차의료기관과 보건소가 의뢰한 환자로는 의식인지장애, 복막투석, 당뇨, 암, 호흡기질환이 있었으며(윤순영, 1998), 춘천지역 사회복지관 관할 지역의 가정간호서비스 대상자는 고혈압, 뇌졸중을 주축으로 정신분열증까지 25종의 질환으로 다양한 분포의 특징을 보였다(김성실, 1996).

가정간호학회의 연천군 보건소 방문간호사업과 함께 시행한 연구에서의 가정간호 대상은 의료이용불가

능자(병원 퇴원직후 환자), 특수장치착자, 만성질환자, 건강관리능력부족, 가족의 지지와 지원부족자들이었다. 이들이 원하는 가정간호요구는 가정방문 가족건강관리, 혈압측정, 물리치료, 건강상담, 주사, 예방접종, 영양 및 식이지도, 투약, 상처소독, 타기관 의뢰등 병원중심 가정간호 사업대상과는 상이한 점을 볼 수 있다.

Marion(1989)에 따르면 제공된 5대 가정간호 서비스로는 숙련된 간호(95.0%), 개인위생(84.9%), 주사요법(infusion therapy)(56.9%), 재활(51.8%), 학생제투여(48.2%)가 이용비용이 높은 순위였고 25가지 유형의 서비스로 구성되어 있으며 가정간호의 경영주체에 따라 특성을 달리하고 있었다.

우리나라의 병원중심 가정간호 시범사업 대상자의 다빈도 질환은 암질환이 가장 많으며 시범병원 별로는 세브란스병원 59.5%, 강동성심병원 38.2%, 원주기독병원 50.9%, 영남대의료원 47.6%를 차지하고 있었다. 시범사업에서 제공된 가정간호서비스는 기초간호 9항목, 검사 8항목, 투약주사 8항목, 교육영역에서 15항목, 치료적 간호영역 40항목, 훈련영역 6항목으로 빈도가 가장 많은 서비스는 기본간호영역의 활력 측정, 교육영역의 위험요인과 증상에 대한 교육과 식이요법이 가장 많았다. 다음 순위는 교육영역의 약물요법, 활동요법과 간호영역의 봉합선제거와 상처치료가 높은 빈도를 나타냈다(황나미, 1996).

가정간호대상의 연령은 황(1996)의 연구평가에서는 20~39세군이 48%로 가장 많았고 시범 병원별로 보면 강동성심병원 가정간호 대상자는 70세 이상이, 세브란스 병원에서는 59.3%가 남성환자로 상이한 면을 보인다. 사회보장은 직장, 지역의료보험 의존이 87.1%이고 의료보호는 0.8%이다.

윤(1998)의 연구에서는 남자대상자가 65.6%로 많고 평균연령이 64.88세로 환자 수발자는 배우자가 65.6% 다음이 자녀순으로 본 연구와 유사하다(25.0%).

1991년 Marion(1989)의 조사에서는 대상자의 61.6%가 남자이고 65세 이상 연령이 69.2%로 높다. 주 2~3회 방문이 45.2%로 가장 많고 30일 이상 입원하고 있는 대상자는 71.0%이다. 24시간 지속된 서비스가 요구되는 대상은 2.6%로 보고하고 있다. 환자상태는 혼자 살고 있는 환자가 42.5%, 만성질환자 57.8%, 외병 25.3%, 치매와 일시적 무력 37.4%로 보고하였다.

Warren과 Sabecha(1984)의 지역중심과 병원중심

사업의 비교분석에서는 대상자의 평균연령은 68세이며, 중앙연령은 71세로서 전체대상의 2/3에서 65세 이상이며 75세 이상이 40%를 점유하고 있어 본 연구 대상보다 고연령이다. 평균연령은 지역중심 대상자는 67세, 병원 중심 대상자는 평균연령은 75.5세였다. 주요진단은 순환기 질환이 24.7%, 암, 당뇨이나 지역중심 사업소는 사고(20%), 당뇨(18.9%)이고 병원중심 사업소 환자의 진단은 순환기 질환(30.9%) 다음으로 암(25.3%), 사고(13.9%)이다.

의료보장상태는 지역중심사업소의 대상자는 Medicaid 대상자가 24.8%, Medicare가 61.6%였고, 병원중심사업소는 개인보험(Blue Cross/Blue Shield) 17.1%, Medicare가 80.3%로 운영되고 있다.

가정간호사업소에 입원한 환자들의 ADL상태는 완전의존 46.5% 중 지역중심 환자 50%, 병원중심 환자 39.0%로 차이를 보였고, 부분의존환자의 경우는 병원중심사업소 46.3%, 지역중심사업소 38.6%로서 병원중심사업소 환자가 더 독립적이었다.

가정간호사업소에 입원 직전의 환자는 병원에서 바로 입원한 경우가 병원중심사업소는 91.8%, 지역중심사업소는 23.8%가 가정에 그냥 있던 환자들이었다. 가정간호서비스 제공에 대하여는 다른 보고와 같이 간호서비스가 99.3%로 절대적이다. 가정방문횟수는 주당 1~2회가 40%로 가장 많았고 특히 병원중심사업소에서는 주4회 이상이 37.0%로 가장 많았다.

보고된 것과 같이 두 유형의 차이는 의료보장에서 또 대상의 질병과 기능 불능의 정도에 따라 주어진 서비스 강도에 따라 간호서비스 내용에 차이를 보였다.

### Ⅲ. 연구 방법

#### 1. 연구 대상자

연구대상자는 7개 가정간호사업 기관에 입원되어 있는 173명의 환자를 대상으로 하였으며 대상 기관은 정부의 병원중심 가정간호시범기관 4개소(이하 병원이라 함)와 사회복지기관 소속 가정간호사 중심의 사업기관 1개소(이하 지역 I이라 함), 전문직 단체인 서울의 간호사회 소속 가정간호사 중심의 사업기관(이하 지역 I이라 함)과 전문직 단체인 지방의 간호사회가 운영하는 사업기관(이하 지역 II라 함)이며 대상자 선정은 기관 소속 간호사 임의로 추출하였다. 병원의 "감"기관은 입원환자 55명중 20명을 선정하여

36%, “영”기관은 38명 입원환자 중 21명을 선정하여 55.3%를 “원기관”은 54명의 입원 환자의 37%인 20명을 선정했으며 “춘기관”은 25명 환자를 10명의 환자를 선정해 40%였다. 지역 I의 기관은 102명 환자 중 20명을 선정하여 19.6%, “간”기관은 153명의 환자 중 29명을 선정해 18.9%였다. 지역 II의 “춘간”기관은 입원환자 62명 중 53명을 선정해 84%를 대상으로 선정하여 총 입원환자 489명 중 173명으로 35.4%를 연구의 대상으로 하였다.

## 2. 조사 기간

조사 기간은 1997년 10월 1일부터 1998년 3월까지 6개월간이었다.

## 3. 연구 도구

본 연구에 사용된 연구 도구는 문헌고찰을 통하여 연구자가 작성한 39개 문항으로 대상자 일반특성 10 문항, 가정간호대상자 입원 실태 11문항, 환자상태 11 문항, 가정간호서비스 내용 7문항으로 구성하였고, 기관별 우편 회수하였다. 자료의 분석은 SAS-PC를 이용하였으며 빈도, 비율  $X^2$  test로 유의성을 검증하였다.

## 4. 용어의 정의

- (1) 병 원 : 병원중심 가정간호사업을 하고 있는 강동성심병원, 원주기독병원, 영남대 의료원, 춘천성심병원에서 정부의 병원중심가정간호 사업관련 운영지침에 의해 운영되는 유형임.
- (2) 지역 I : 서울에 소재한 봉천동의 사회복지관과 구로구에 소재한 서울시 간호사회의 소속 가정간호사의 가정간호서비스를 받는 환자가 대상이며 기관의 역할은 의뢰된 환자를 지역별 가정간호사에게 할당하고 기관이 규정한 비용지불 범위 내에서 가정간호서비스에 대한 인건비를 받아주는 시범사업으로 가정 간호사 중심의 사업유형과 사회복지관에 의뢰된 가정간호 대상자에게 성심복지기관은 의료보호처리의 역할을 할 뿐 가정간호 사업에 대하여서는 가정간호사 중심으로 이루어진 가정간호사 중심의 사업유형임.
- (3) 지역 II : 춘천소재 기관인 강원도 간호사회가 춘

천시민을 대상으로 한 지역중심 가정간호 시범사업으로 모든 경영은 협회가 하며 운영규정에 따라 춘천시 보건소의 방문간호 사업과 보건소와 협조한다. 환자의 비용지불은 의료보험대상자는 무료로 하고 그 외는 포괄숫가로 지불하게 한다. 사업예산은 춘천시에서 일부 지원하는 지역중심 가정간호사업 유형임.

## IV. 연구 결과

### 1. 대상자 일반특성

연구대상자의 연령은 60세 이상에서 67%, 70~79세가 대상자 전체의 54%를 차지하였다. 대상자 중앙연령은 68세이고 평균연령은 64.3세였다. 여성이 63%로 높았으며, 의료보장상태는 지역보험이 87명으로 전체 53.3%이고 지역중심 II 사업대상자에서는 사회보장 의료보호의 80%를 차지하여(표 1) 3 유형의 사업집단간에(df=6,  $x^2=79.964$  P=0.001) 유의한 차이를 보였다.

〈표 1〉 대상자 일반적 특성

특성	병원	지역 I	지역 II	DF	X <sup>2</sup>	P
성 별						
남자	31	20	13	2	5.195	0.074
여자	40	29	40			
연 령						
19이하	1	0	1	14	22.314	0.072
20-29	2	0	1			
30-39	1	1	1			
40-49	6	9	3			
50-59	8	15	8			
60-69	14	11	17			
70-79	26	11	17			
80이상	13	2	5			
결혼상태						
기혼	39	33	28	8	12.100	0.147
미혼	5	2	3			
사별	27	9	16			
별거	0	2	1			
이혼	0	3	3			
의료보장						
공교	2	0	0	6	79.964	0.001
지역보험	51	28	8			
직장보험	13	15	7			
의료보호	3	6	36			

## 2. 환자의 질병특성

전체 대상자의 27.2%가 뇌혈관질환으로 진단된 환자였고 지역중심Ⅱ 대상은 당뇨병의 71.4% 관절염의 82%를 접하고 있으며 고혈압은 44%로 분포가 높은 반면 병원중심 대상자는 암환자의 72.2%를 차지하는 특징을 가지고 있다(표 2). 질병에 따른 환자의 배뇨배변 상태에서 전체의 52%가 도뇨관 삽입환자였고, 병원중심이 환자와 지역Ⅰ과 Ⅱ에서는 63.2%, 61.7%가 각각 도뇨관 삽입 배뇨환자였다. 3 가정간호사업유형별 집단간에 차이는 환자상태별로 보았을 때 통계적으로 ( $df=4 \times 2 \geq 20.582$ ,  $P=0.001$ ) 유의하였다(표 3).

〈표 2〉 환자의 질병특성(Ⅰ)

진단명 \ 대상	전체	병원	지역Ⅰ	지역Ⅱ
폐질환(천식포함)	2	0	1	1
간질환 및 간경변	1	1	0	0
뇌혈관질환	42	12	7	5
암	18	13	3	2
비뇨기질환	9	5	2	2
고혈압	18	3	7	8
치매	4	3	0	1
욕창	4	1	3	0
심장질환	1	1	0	0
상처감염	1	1	0	0
마비성질환	1	1	0	0
당뇨병	21	4	2	15
표피수포증	1	1	0	0
교통사고	6	2	1	3
혈관질환	5	3	2	0
경추손상	4	2	1	1
관절염	11	1	1	9
골절	1	1	0	0
약물중독	2	2	0	0
시력상실	1	0	0	1
위궤양	1	0	0	1

일상생활(ADL)상태는 완전의존환자가 전체 56%로서 병원대상사업과 지역Ⅱ 대상자에게서 상대적으로 64.3%, 69.4%로 높았고, 이동에 있어서는 일상생활 의존도보다 더 높게 나타났으며 3 유형별대상집단간의 유의한 차이를 보이고 있다( $df=4$ ,  $X^2=13.50$ ,  $p=0.011$ ). 피부상태는 욕창 가능성 높음과 현재 욕창을 가지고 있는 환자가 66%에 달하고 있으며(표 3) 영양상태가 불량하거나 인공영양공급을 받고 있는

환자가 41.11%에 달하고 있다. 피부상태에 대한 3 유형의 대상 집단간의 차이는 통계적으로 유의하다( $df=4$ ,  $X^2=13.150$ ,  $p=0.011$ ). 환자의 정서상태는 전체환자의 73%에서 불안을 느끼고 있으며 지역중심Ⅰ,Ⅱ 사업대상에서 더욱 높은 82%, 84%로서 3 집단간에는 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $df=4$ ,  $X^2=11.93$ ,  $P=0.008$ ). 감각 및 운동상태는 장애를 받고있는 대상이 전체의 80%이며 대상자의 가정간호 입원 당시 여건은 병원 중심 사업은 병원 퇴원과 함께 55.2%, 지역 중심사업은 치료중단에서 59.52%가 입원했으며 대상자 집단간에는 유의한 차이가 있었다( $df=3$ ,  $X^2=21.05$ ,  $P=0.001$ )(표 4). 가정간호 Program을 소개하여 입원의뢰한 자는 병원중심사업에서는 주치의가 53%, 지역중심Ⅰ 사업에서는 간호사가 67%이며 지역중심Ⅱ에서는 사회복지사의뢰가 48.5%로 3 대상집단간 차이가 유의하였다( $df=10$ ,  $X^2=147.88$ ,  $P=0.001$ ).

## 3. 가정 간호 서비스

수행된 가정간호의 서비스범위는 34개 유형으로 주어졌는데(표 5) 가장 많이 이용된 서비스는 기본간호, 비위관교환관리와 관절기동범위 운동이었으며 이용도가 낮은 서비스내용은 작업치료 보조기구사용, 물리치료, 언어치료, 위관영양, 보조기구사용간호, 노당검사법교육, 검사물수집등이 낮은 이용을 보였다.

가정간호서비스 빈도가 가장높은 기본간호서비스에 포함된 내용은 활력측정, 구강간호, 눈간호, 등마찰, 개인위생, 체중측정을 포함하였으며 비위관교환 관리에는 비위관 삽입, 제거, 삽입주위의 피부관리, 배액확인, 비위관유지들을 포함다.

욕창간호와 방광세척/요도세척, 상처치료가 다음 순위의 높은 이용빈도의 가정간호 이용범위였고 모든 환자에게 고루 활용된 가정간호서비스는 기본간호와 비위관교환 및 관리였다(표 6). 질병에 따른 서비스 내용은 뇌혈관질환에서는 22종의 서비스와 113회의 서비스를 받았으며 비위관교환 및 관리가 서비스빈도 중 24.8%로 가장 높게 가정간호 서비스가 주어졌다(표 6). 고혈압에 대한 가정간호서비스 빈도는 총 67회에 20종류의 서비스가 주어져서 평균 서비스빈도는 간호서비스내용당 3.4회이다. 암환자에 대한 서비스는 16가정간호내용에 35회의 서비스를 받아 가정간호 내용당 서비스량은 2.2회였다. 가정방문 횟수는 월평

〈표 3〉 질병특성(Ⅱ)

환자상태	전체(%)	병원(%)	지역 I (%)	지역 II (%)	DF	X <sup>2</sup>	P
의식수준							
명료	100(59.52)	41(58.57)	20(43.48)	39(75.00)	4	12.357	0.015
의식혼미	57(33.93)	23(32.86)	21(45.65)	13(25.00)			
혼수	11( 6.55)	6( 8.57)	5(10.87)	0( 0.00)			
계	168	70	46	52			
배뇨 및 배변							
자연	74(44.31)	21(30.88)	17(36.17)	36(69.23)	4	20.582	0.001
도뇨관삽입	86(51.50)	43(63.24)	29(61.70)	14(26.92)			
비뇨기계이상	7( 4.19)	4( 5.88)	1( 2.13)	2( 3.85)			
계	167	68	47	52			
일상생활							
거의 독립적	20(11.70)	5( 7.14)	3( 6.12)	12(23.08)	4	19.285	0.001
일부의존	55(32.16)	20(28.57)	12(24.49)	23(44.23)			
완전의존	96(56.14)	45(64.29)	34(69.39)	17(32.69)			
계	171	70	49	52			
이동							
독립적	21(12.21)	6( 8.45)	3( 6.12)	12(23.08)	4	17.641	0.001
부분의존	50(29.07)	19(26.76)	10(20.41)	21(40.38)			
완전의존	101(58.72)	46(64.79)	36(73.47)	19(36.54)			
계	172	71	49	52			
피부상태							
문제없음	58(33.92)	22(30.99)	10(20.41)	26(50.98)	4	13.150	0.011
욕창발생 가능성	71(41.52)	30(42.25)	22(44.90)	19(37.25)			
욕창	42(24.56)	19(26.76)	17(34.69)	6(11.76)			
계	171	71	49	51			
호흡상태							
정상	131(77.98)	55(80.88)	29(60.42)	47(90.38)	4	14.078	0.007
호흡곤란	34(20.24)	12(17.65)	17(35.42)	5( 9.62)			
상기도감염	3( 1.79)	1( 1.47)	2( 4.17)	0( 0.00)			
계	168	68	48	52			
영양상태							
영양장애없음	59(34.50)	23(32.86)	14(28.57)	22(42.31)	4	5.734	0.220
인공영양공급	72(42.11)	26(37.14)	23(46.94)	23(44.23)			
영양상태 불량	40(23.39)	21(30.00)	12(24.49)	7(13.46)			
계	171	70	49	52			
정서상태							
안정상태	28(16.77)	18(26.47)	7(14.29)	3( 6.00)	4	13.815	0.008
불안	122(73.05)	40(58.82)	40(81.63)	42(84.00)			
전문적 적응치료요함	17(10.18)	10(14.71)	2( 4.08)	5(10.00)			
계	167	68	49	50			
감각 및 운동상태							
정상	33(19.41)	11(15.71)	5(10.20)	17(33.33)	4	12.381	0.015
감각운동장애	117(68.82)	47(67.14)	39(79.59)	31(60.78)			
운동불능	20(11.76)	12(17.14)	5(10.20)	3( 5.88)			
계	170	70	49	51			
환자건강문제수준							
경증정도	24(14.04)	11(15.71)	4( 8.16)	9(17.31)	4	3.808	0.433
중증정도(전문인력 필요)	111(64.91)	42(60.00)	37(75.51)	32(61.54)			
중증정도(계속관찰 및 간호 필요)	36(21.05)	17(24.29)	8(16.33)	11(21.15)			
계	171	70	49	52			

군 3.47회로 질병별로는 병원중심대상에서는 상처감염과 마비성질환에서 8.0회로 가장 빈도가 높았으며 (표 7) 지역중심 I에서는 암환자에서 14.7회로 가장

높았다. 고혈압환자에 대한 가정방문횟수는 3 가정간호 유형 대상집단 모두에서 평균 방문횟수를 밀도는 특징을 보였다(표 7).

〈표 4〉 가정간호 대상자의 가정간호 관련 특성

입원실태	전체(%)	병원(%)	지역 I(%)	지역 II(%)	DF	X <sup>2</sup>	P
<b>입원기간</b>							
1개월이하	16( 9.25)	9(12.68)	5(10.20)	2( 3.77)	12	35.997	0.001
1개월-3개월	35(20.23)	19(26.76)	11(22.45)	5( 9.43)			
3개월-6개월	24(13.87)	13(18.31)	7(14.29)	4( 7.55)			
6개월-1년	43(24.86)	8(11.27)	14(28.57)	21(39.62)			
1년-2년	41(23.70)	13(18.31)	7(14.29)	21(39.62)			
2년-3년	9( 5.20)	5( 7.04)	4( 8.16)	0(0.00)			
3년이상	5( 2.89)	4( 5.63)	1( 2.04)	0( 0.00)			
<b>가정간호 입원시 환자</b>							
병원입원중	62(37.35)	37(55.22)	23(48.94)	2( 4.76)	6	53.156	0.001
통원치료중	49(29.52)	20(29.85)	8(17.02)	11(26.19)			
치료중단	40(24.10)	8(11.94)	7(14.89)	25(59.52)			
기타	15( 9.04)	2( 2.99)	9(19.15)	4( 9.52)			
<b>가정간호 의뢰자</b>							
병원주치의	41(24.70)	37(52.86)	4( 8.16)	0( 0.00)	10	147.88	0.001
병원간호사	49(29.52)	9(12.86)	33(67.35)	7(14.89)			
가족	43(25.90)	23(32.86)	11(22.45)	9(19.15)			
복지사	23(13.86)	0( 0.00)	0( 0.00)	23(48.94)			
이웃	7( 4.22)	1( 1.43)	1( 2.04)	5(10.64)			
동·반장·동장	3( 1.81)	0( 0.00)	0( 0.00)	3( 6.38)			
<b>비용지불자</b>							
본인	20(12.12)	13(18.57)	1( 2.08)	6(12.77)	10	73.844	0.001
배우자	51(30.91)	12(17.14)	26(54.17)	13(27.66)			
자녀	62(37.58)	41(58.57)	15(31.25)	6(12.77)			
부모	7( 4.24)	3( 4.29)	2( 4.17)	2( 1.26)			
형제자매	1( 0.61)	1( 1.43)	0( 0.00)	0( 0.00)			
기타	24(14.55)	0( 0.00)	4( 8.33)	20(42.55)			
<b>비용지불형태</b>							
무료	46(23.71)	0( 0.00)	7(14.29)	39(84.78)	6	265.04	0.001
포괄수가	49(25.26)	3( 3.03)	40(81.63)	6(13.04)			
행위별수가	96(49.48)	93(93.94)	2( 4.08)	1( 2.17)			
기타	3( 1.55)	3( 3.03)	0( 0.00)	0( 0.00)			
<b>가정간호목적</b>							
퇴원후회복	21(12.50)	14(20.90)	4( 8.16)	3( 5.77)	8	19.487	0.012
재활	28(16.67)	13(19.40)	2( 4.08)	13(25.00)			
건강유지	106(63.10)	35(52.24)	37(75.51)	34(65.38)			
호스피스	5( 2.98)	2( 2.99)	3( 6.12)	0( 0.00)			
기타	8( 4.76)	3( 4.48)	3( 6.12)	2( 3.85)			



〈표 5〉 가정간호로 방문빈도 및 소요시간

내 용	전체(%)	병원1(%)	지역 I (%)	지역 II (%)	DF	X <sup>2</sup>	Prob
평균방문횟수(월)							
1회	15( 8.67)	11(15.71)	4( 8.16)	0( 0.00)			
2회	32(18.50)	14(20.00)	15(30.61)	3( 5.56)			
3회-4회	103(59.54)	35(50.00)	21(42.86)	47(87.04)			
5회-6회	9( 5.20)	4( 5.71)	1( 2.04)	4( 7.41)			
7회이상	14( 8.09)	6( 8.57)	8(16.33)	0( 0.00)			
평 균	3.47	3.31	3.61	3.56			
계	173	70	49	54			
전화 방문횟수							
1회-2회	17(11.41)	9(15.00)	7(16.28)	1( 2.17)			
3회-4회	101(67.79)	32(53.33)	29(67.44)	40(86.96)			
5회-8회	20(13.42)	15(25.00)	2( 4.65)	3( 6.52)			
9회이상	11( 7.38)	4( 6.67)	5(11.63)	2( 4.35)			
평 균	4.15	4.38	4.07	3.93			
계	149	60	43	46			
교통왕복 소요시간							
1분-20분	12( 7.10)	9(12.86)	1( 2.08)	0( 0.00)	6	57.083	0.001
20분-40분	32(18.93)	22(31.43)	5(10.42)	4( 8.33)			
40분-60분	56(33.14)	20(28.57)	6(12.50)	30(62.50)			
60분이상	69(40.83)	19(27.14)	36(75.00)	14(29.17)			
평 균	51.54	44.00	62.08	54.17			
계	169	70	48	48			
가정방문 거리							
4Km이내	59(35.33)	23(32.39)	9(18.75)	27(56.25)	6	20.035	0.003
4Km-20Km	91(54.49)	40(56.34)	30(62.50)	21(43.75)			
40Km	10( 5.99)	5( 7.04)	5(10.42)	0( 0.00)			
40Km이상	7( 4.19)	3( 4.23)	4( 8.33)	0( 0.00)			

〈표 7〉 진단별 가정방문 횟수

진단명	방문횟수(월평균)	전체	병원	지역 I	지역 II
폐질환(천식포함)	4.0			4.0	4.0
간질환 및 간경변	2.0	2.0			
뇌혈관질환	3.9	3.5	4.2	4.0	
암	6.0	4.2	14.7	4.0	
방광의 장애	3.9	2.8	6.5	4.0	
고혈압	3.1	4.0	2.6	3.7	
치매	4.0	4.0		4.0	
육창	3.8	4.0	3.7		
심장질환	4.0	4.0			
상처감염	8.0	8.0			
마비성질환	8.0	8.0			
당뇨병	3.7	2.3	3.0	4.1	
표피수포증	4.0	4.0			

〈표 7〉 계속

진단명	방문횟수(월평균)	전체	병원	지역 I	지역 II
교통사고	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0
혈관질환	2.8	3.0			
경추손상	5.0	2.0	6.0		
관절염	4.3	8.0	3.0	4.0	
골절	6.0	6.0			
약물중독	5.0	5.0			
시력상실	4.0				4.0
위궤양	4.0				4.0

가정간호방문빈도 및 소요시간을 살펴보면 가정방문 간호실시는 월 3-4회가 59.54%로 가장 높았고 전화방문도 월 3-4회가 68%로 방문횟수와 함께 높

〈표 6〉 진단 및 간호서비스 내용과 기정법문

(단위/빈도)

진단명	진단명		폐질환 (천식)	간질	뇌혈관 질환	암	미노기 질환	고혈 압	치매	우장	심장 질환	머리성 질환	당뇨 병	표피수 포종	교통 사고	혈관 질환	경추 손상	관절 염	문질	약물 중독	시력 상실	위계 양	상처 감염	
	진단명	빈도																						
기분간호(활력측정등)																								
검사물수집				1																				
노당검사																								
기타검사(혈당,소변,알부민등)																								
정맥주사																								
수액감시 및 관찰																								
통증관리																								
투약관리																								
식이요법																								
약물요법																								
특수치치기구 및 사용법교육																								
부작용 예방법교육(합병증등)																								
노당검사교육																								
운동요법																								
배설관리교육																								
비위관교환 및 관리																								
산소요법																								
상처치료																								
방광세척/요도세척																								
도뇨관삽입/단순도뇨																								
위관영양																								
비,구강내흡입																								
기관지 청개간호																								
방광무술간호																								
속창간호																								
배농																								
보조기구사용간호																								
마사지																								
호흡운동(신호흡기침등)																								
편قل기동범위운동																								
강/방광 훈련																								
체위변경																								
물리치료, 언어치료																								
작업치료,보조기구사용																								

게 나타났다. 병원중심사업에서는 3-4회 전화방문이 53.4%로 지역 I에서 67.4%, 지역 II에서 87%로 가장 높게 나타나 직접방문횟수와 함수관계에 있다(표 5). 가정간호를 위한 방문에 소요된 시간은 병원중심사업에서는 20-40분 소요가 31%, 지역 I 사업은 60분이 상이, 지역 II는 40-60분에서 가장 높았으며 3 사업 집단간에는 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다(df=6,  $X^2=57.083$ ,  $p=0.001$ ). 가정간호 서비스 관련특성에 따르면 가정방문거리는 4-20km가 54%로 가장 많았으나 지역 II는 4 km이내가 가장 많았다. 3 유형 사업집단간의 차이는 유의했다(df=6,  $X^2=20.035$   $p=0.003$ ). 비용지불형태는 병원중심사업체는 행위별 숫가제 형태가 94%, 지역 I은 포괄숫가제 형태 82%, 지역 II는 무료 85%로 사업집단간의 차이는 유의하였다(df=6,  $X^2=265.04$   $p=0.001$ ).

가정간호제공을 위한 방문거리는 평균 4Km-20Km가 전체 54.5%로 가장 높았고 병원과 지역 I은 4-20Km에서 가장 높았고 지역 II에서는 4Km에서 가장 높았다. 대상 집단간에는 유의한 차이가 있다(df=6,  $X^2=20.035$ ,  $p=0.003$ ).

가정간호서비스의 효율을 극대화하기 위하여 필요하다고 가정간호사가 제시한 내용을 보면(표 8) 가정간호서비스에 더 필요한 부분은 전체적으로 재활간호 부분이 42%로서 3 유형대상집단이 고른 분포를 보인다. 다음 순위는 지역 II는 치료적 간호 29.8%, 지역 I은 개인위생 및 청결로서 26%, 병원중심사업은 치료적 간호 20%, 정신적 간호 20%로 차순위였다. 가정간호사업에 저해요인으로 지적한 것은 전체적으로 환자를 포함한 가족등 주위사람들의 비협조가 38.5%로 가장 높았으나 지역 II, 지역 I, 병원순으로 비협조 순위를 나타낸다(표 8). 대상집단별 가정간호사업을 저해하는 요인의 다음 순위는 병원중심은 42.5%에서 경제적 부담, 지역 II에서도 경제적 부담이 29.6%였으며, 지역 I에서는 시설 및 설비부족이 18%로서 저해요인으로 높게 지적되었다. 가정 간호의 계속연장 서비스로 요구되는 내용은 병원중심대상은 환자수발자에 대한 간호가 30.0%로 가장 높았고 지역 I 사업에서는 28%가, 지지적 상담을 지역 II에서는 기본서비스가 44%로 가장 높았다. 전체적인 연장서비스의 필요는 지지적 상담으로 전체 연장서비스내용의 26.9%

<표 8> 가정간호사의 가정간호 서비스 개선 요인

내용	대상	전체(%)	병원(%)	지역 I(%)	지역 II(%)
보충되어야 할 가정간호 서비스					
가사(청소, 식사, 세탁등)		22(16.67)	6(12.00)	5(14.29)	11(23.40)
청결(목욕, 세발등 개인위생)		14(10.61)	4( 8.00)	9(25.71)	1( 2.13)
치료간호		28(21.21)	10(20.00)	4(11.43)	14(29.79)
정신적간호		13( 9.85)	10(20.00)	2( 5.71)	1( 2.13)
재활간호		55(41.67)	20(40.00)	15(42.86)	20(42.55)
계		132(100)	50(100)	35(100)	47(100)
가정간호서비스 저해부분					
환자(가족, 친지포함)의 비협조		45(38.46)	12(30.00)	14(42.2)	19(43.18)
경제적인 부담		34(29.06)	17(42.50)	4(12.12)	13(29.55)
전문적 지식의 부족		11( 9.40)	7(17.50)	1( 3.03)	3( 6.82)
설비부족		10( 8.55)	2( 5.00)	6(18.18)	2( 4.55)
인력부족		7( 5.98)	0( 0.00)	3( 9.09)	4( 9.09)
보호자의 기력부족(고령...)		5( 4.27)	0( 0.00)	5(15.15)	0( 0.00)
효과에 대한 확신부족		2( 1.71)	0( 0.00)	0( 0.00)	2( 4.55)
기타		3( 2.56)	2( 5.00)	0( 0.00)	1( 2.27)
계		117(100)	40(100)	33(100)	44(100)
가정간호 연장서비스 부분					
지지적 상담		29(26.85)	8(24.00)	9(28.00)	12(28.00)
정기방문		5( 4.63)	2( 6.00)	2( 6.00)	1( 2.00)
특수치료적간호		18(16.67)	9(27.00)	7(22.00)	2( 5.00)
기본서비스		24(22.22)	1( 3.00)	4(13.00)	19(44.00)
수발자보호		19(17.59)	10(30.00)	4(13.00)	5(12.00)
경제적지지		13(12.04)	3( 9.00)	6(19.00)	4( 9.00)
계		108(100)	33(100)	32(100)	43(100)

이다. 가정간호사의 서비스 우선 제공순위의 가정간호 서비스는 전체 15종류의 서비스 내용 중에 병원중심사업에서는 중단하지 않은 치료가 18.6%로 가장 높았고 영양공급, 감염예방, 심리적안정감유지가 11.6%로 각각 다음 순위의 서비스였으며 지역 I 사업에서는 욕창치료 18.8%, 영양공급, 감염예방, 청결, 재활훈련, 흡인, 장비 및 기구제공이 같은 9.4%였고 지역 II에서는 심리적 안정감 유지, 통증관리가 가정간호 서비스의 우선순위 첫 번째로서 15.6%였고, 다음 순위가 경제적 지원과 지속적 치료가 13.3%로 차순위였다(표 9).

종합적 가정간호사업의 효율을 높이기 위해 제공하고 있는 가정간호에 지지적 간호서비스로 병행해야 하는 내용의 서비스 제공순위는 전대상에 있어서 제1 순위는 정서적지지가 8점 만점에 6.7점이었고 각 대상 유형별로는 병원 6.77점, 지역 I 6.95점, 지역 II 6.51점이다. 가족지지 투약 및 환자치료수칙이행은 순위 2위로 지역 II 6.27점, 병원 5.47점이다. 지역 I의 가정간호서비스에 우선 순위는 경제적 지원이 5.96점이었다. 가장 낮은 점수는 지역 II에서는 사랑과 화목이 3.38점, 병원 3.96점으로 가사관리에서이다. 지역 I에서는 환자의 협조 4.19점으로 최하위였다(표 8).

〈표 9〉 가정간호사 서비스의 우선순위

내용	대상	전체(%)	병원(%)	지역 I (%)	지역 II (%)
영양공급		12(10.00)	5(11.63)	3( 9.38)	4( 8.89)
감염예방		10( 8.33)	5(11.63)	3( 9.38)	2( 4.44)
환자의 대인관계 유지		6( 5.00)	1( 2.33)	2( 6.25)	3( 6.67)
통증관리		10( 8.33)	3( 6.98)	0( 0.00)	7(15.56)
경제적 지원		10( 8.33)	2( 4.65)	2( 6.25)	6(13.33)
지속적인 치료(물리치료등...)		16(13.33)	8(18.60)	2( 6.25)	6(13.33)
욕창치료		12(10.00)	3( 6.98)	6(18.75)	3( 6.67)
환자와 보호자에 대한 교육		3( 2.50)	2( 4.65)	1( 3.13)	0( 0.00)
심리적 안정감 유지		14(11.67)	5(11.63)	2( 6.25)	7(15.56)
환자이동		1( 0.83)	0( 0.00)	1( 3.13)	0( 0.00)
청결문제		5( 4.17)	1( 2.33)	1( 3.13)	3( 6.67)
재활훈련		7( 5.83)	3( 6.98)	3( 9.38)	1( 2.22)
흡인		4( 3.33)	1( 2.33)	3( 9.38)	0( 0.00)
장비 및 기구제공		4( 3.33)	0( 0.00)	3( 9.38)	1( 2.22)
기타		6( 5.00)	4( 9.30)	0( 0.00)	2( 4.44)
계		120(100)	43(100)	32(100)	45(100)

〈표 10〉 가정간호 지지서비스 내용순위별 점수

전 체(SD)	병 원(SD)	지역 I (SD)	지역 II (SD)
정[ 6.70(1.47) ]	정[ 6.77(1.55) ]	정[ 6.95(1.22) ]	정[ 6.51(1.66) ]
투[ 5.76(2.05) ]	투[ 5.47(2.40) ]	경[ 5.96(2.69) ]	투[ 6.27(1.59) ]
규[ 5.20(1.90) ]	금[ 4.96(1.49) ]	가[ 5.67(1.99) ]	규[ 5.33(1.87) ]
경[ 5.06(2.58) ]	규[ 4.96(2.06) ]	규[ 5.55(1.50) ]	금[ 4.65(2.22) ]
금[ 4.93(1.83) ]	경[ 4.90(2.62) ]	투[ 5.48(1.78) ]	경[ 4.57(2.20) ]
가[ 4.50(2.33) ]	사[ 4.52(2.04) ]	금[ 5.30(1.66) ]	가[ 4.21(2.11) ]
사[ 4.37(2.14) ]	환[ 4.04(1.88) ]	사[ 5.30(1.75) ]	환[ 3.92(2.40) ]
환[ 4.04(2.22) ]	가[ 3.96(2.46) ]	환[ 4.19(2.58) ]	사[ 3.38(2.21) ]

\* 경제적 지원(경), 정서적지지/가족의 지지(정), 규칙적식사공급(규), 가사관리(가) 투약 등 환자치료수칙이행(투), 사랑과 화목(사), 긍정적 자세(금), 환자의 협조(환)

#### 4. 가정 간호사 현황

본 연구에 참여한 가정간호사들은 총 10명이고 이들에 대한 인적 사항과 소속기관과 사업체계에 대한 이들의 의견은 일반특성 평균 연령은 43세였고, 이들의 소속기관의 가정간호 사업시작 시기는 1974년, 1993년, 1994년, 1996년, 1997년 등 각기 달랐으나 1994년은 정부 시범사업 1차년도 시작해이고 1997년은 정부시범사업 2차년도 시작하였다. 가정 간호사들의 경력의 범위는 5~18년으로 평균 경력은 11.9년이며, 경력의 대부분은 병원 임상 경험이었다. 각 기관의 가정 간호사업소의 행정책임자는 모두 기관장(병원장, 협회장등)였으며 사업운영의 지지는 간호부장 26.6%, 병원장 13.3%이고 환자와 그 가족의 지지 46.6%, 지역사회와 이웃 13.3% 기타에 수간호사와 보건소가 포함되어 있다. 가정 간호사가 생각하는 가정간호사업을 위한 우선 해결해야할 부분은 법적 보장 50.0%, 정부와 의료계 인식 50.0%를 주장하고 있다. 가정간호사업 효율을 위한 대책의 우선순위를 사업조직 체계의 개선을 제시하였다. 즉, 시급히 개선 40%, 장차 개선이 필요 50%로 조사되었다.

우리나라의 가정간호사업 미래에 대한 의견에서는 가정간호사업은 해야하는 사업으로 인식하고 있으며 가정간호사업의 제도화, 가정간호 활용의 일반화, 가정간호 사업의 자율화, 포괄수가제 도입, 가정간호 비용의 보험적용, 가정간호 인력의 효율적 활용, 가정간호사업에 대한 긍정적 수용, 등을 제안으로 제시하고 있다(부록).

### V. 논 의

#### 1. 가정간호사업 유형

본 연구대상 가정간호사업 운영형태는 병원중심 가정간호사업은 정부의 사업관리 운영지침에 따라 소속병원에서 퇴원하는 환자만을 대상으로 편도 30분으로 제한하며 가정간호요양급여기준과 가정간호수가기준에 따라 운영되고 있다. 사업 목적은 조기퇴원가능 환자의 재가 치료 유도로 기관 서비스가 아닌 가정서비스를 개발하고 환자의 재원기간 단축으로 국민의료비를 절감함과 동시에 환자의 의료비용도 감소시키자는 것이다. 또한 환자의 편의를 도모하므로 심리적 안정감과 지속치료에 대한 이용의 만족감을 주는 것

과 가정간호의 전국 연계망을 구축하려는 데 있다. 병원중심가정간호시범사업체계의 program은 간호부 소속과로서 병원의 진료과와 수평관계를 유지하며 진료부장, 행정부장, 병원장과는 수직관계를 이루고 있다(강동성심병원 1997, 보건복지부 1997). 환자의 비용 부담은 보건복지부 운영지침에 따라 지불되며 시범병원 경리부에 수납한다.

다른 형태의 가정간호사업(지역중심 가정간호사업)은 타의료기관에서 또는 지역사회자원으로부터 의뢰된 환자를 대상으로 각 가정간호사업소의 규정에 따라 운영된다. 운영은 비영리 사업소로서 지방자치단체가 지원하는 형태와, 환자를 의뢰받아 가정간호사에게 재의뢰하는 역할만 하는 기관의 유형인 가정간호사 중심 사업 형태이다. 환자는 모두 주치의가 있으며 복지사가 의뢰하거나 관할 보건소나 보건지소의 간호사 지역인사, 가족친지가 의뢰하는 경우는 대부분 치료중단자 또는 방치되었던 대상이 대부분이었으므로 주치의를 정하는 일이 곤란한 일이었다. 이러한 경우는 국가공공 보건기관의 의사에게 전문의 관계없이 처방의뢰를 한다. 그러므로 타지역의 의료기관을 이용하여 치료하던 입원환자에 대한 치료의 지속성이 유지되고 불필요한 병원이용을 최소화하여 시간, 의료비, 노력등을 경감시킬 뿐만 아니라 가족에 대해서도 환자간호의 기능을 할 수 있도록 지역마다(시, 군, 구 자치단체 단위) 지역중심의 가정간호사업소가 국가보건의료 전달체계중 한 단계로 포함시키는 제도개선이 필요하다. 이 사업소의 운영은 비영리로 포괄수가제로 하되 현행 사회보장제도에 포함하여야 한다.

#### 2. 가정간호대상자

본 연구결과 가정간호 대상의 일반특성으로 60세 이상이 67%로 가장 많았고 그 중 70~79세가 46%를 차지하여 노인대상이 주류였고 서울지역 연구에서도 60세이상 연령군이 75%로 역시 노인인구가 주 대상이다. 대상자의 평균연령은 본 연구 대상은 64.3세, 윤의(윤순영, 1998)연구 64.88세로 같은 수준이었다. UTMB연구에서는 60세 이상 대상이 80%로 미국 가정간호 대상자의 노인환자가 더 많음을 보여준다(김성실, 1993). 가정간호대상의 연령 범위는 UTMB 0~100세, 본 연구는 19~80세, 윤(1998)의 연구는 19-71세로서 지역간 차이를 찾아볼 수 있다.

본 연구 결과 환자의 상태는 배변비뇨상태와 정서 상태가 가정 간호 사업 유형간에 차이를 보였다. 도뇨관삽입상태에 있는 대상자가 51.5%로서 해당환자는 뇌혈관 질환, 암, 비뇨기질환, 고혈압, 치매, 교통사고, 경추손상, 관절염, 골절 환자 등이고 정부의 병원중심 가정간호 1차시범사업 조사결과에서도 치료적 간호 영역에서 도뇨관 삽입환자가 암환자 6.3%, 뇌혈관질환 4.5%로 보고하였다(황나미, 1996). 본 연구의 가정간호 대상 질환으로 가장 많은 질환은 뇌혈관 질환이었으나 최근 가정간호연구 보고는 의식 및 인식장애(윤순영 외, 1998), 관절염(임난영 외, 1996), 양성신생물(황나미, 1996), 고혈압(한국가정간호학회, 1994)등으로서 만성질환자가 주 대상이 공통적이다. 환자의 정서상태 영역에서 환자들의 불안이 본 연구 대상에서는 가장 높은 비율을 차지하여 73%를 점하였다. 그 중 지역Ⅰ과 지역Ⅱ의 대상자는 82%와 84%에서 불안상태에 있다는 것이다.

가정 간호대상자의 의료보장 상태는 지역Ⅱ사업에서는 의료보호대상자가 80%나 되며 병원중심사업대상은 6.6%에 불과해 대단한 대조를 보인다. 뉴욕주에서 실시한 지역중심사업에서도 Medicare 대상자 24.8% 병원중심사업에서는 2.6%로 대상자 사업소간의 차이를 보였다. 지역 중심사업소가 병원중심사업소에 비해 대상자 수용범위가 더 광범위하고 가정간호사업의 운영이 병원에 비해 비교적 융통성이 있는 경향을 하기 때문에 생각된다. 비용지불에 있어서도 책임이 국가나 지방자치단체가 지게 되는 경우가 지역중심사업에서 48%이나 본 연구의 지역Ⅱ 대상자의 85%가 지방자치단체가 부담하는 무료환자들임을 감안할 때 의료보호, 의료보장 80%와 그의 5%는 가정간호사의 판단이나 사회복지사의 의뢰에 의해 무료로 서비스 제공이 이루어지고 있다. 그러므로 지역Ⅰ에서는 가정간호서비스 우선제안으로 경제적 지원을 요구하여 가정간호사업의 부담 요인으로 병원 중심 대상을 지적하고 있다. 그러므로 본 연구의 지역Ⅱ의 대상자의 85%가 지방자치 단체가 부담하는 무료환자들임을 감안할때 이에 대한 정책적 대안의 수립이 시급하다 하겠다. 가정간호 서비스에 계속 서비스가 필요하다고 연장되는 가정간호 서비스요구내용으로는 지지적 상담이 전체환자의 27.0%, 지역Ⅰ,Ⅱ에서는 28% 대상에서 요구되는 것으로 보아 앞에서 지적한 85%의 불안 상태환자들의 불안을 극복하려는 대응 간호로 받아들일 수 있다. 또한 보건 의료기관 이용

노인의 가정간호요구조사에서 정신건강요구가 53.7%를 차지하는 보고(박홍심, 1990) 본 연구와 유사하다. 불안은 현대사회에서 가장 보편적으로 나타나는 정신역동학의 중심이 되는 개념으로 위협적 상황에 대한 방어적 반응이다. 불안이 나타나는 것은 인간을 둘러싸고 있는 수많은 자극에 의해 초래되는 감정에 대처할 준비가 심리적으로 되어 있지 않아 감정을 처리할 수 없다면 불안이 나타나게 된다. 불안에 대한 간호의 목적은 불안에 견디는 능력을 키우는 것이다(김소야자 외, 1994). 가정간호사의 정기 방문 가정간호 서비스에 보충이 필요한 서비스는 재활간호부분이 41.7%로서 지역중심사업대상에서 더 높았다. Marion(1991)의 연구에서 가정간호사업소에서 제공한 여러 서비스 중 재활 서비스가 51.8% 제공된 것으로 보고되어 본 연구결과와 유사하다. 재활에 포함되는 간호 서비스는 체위간호, 물리요법, 치료적 운동, 일상생활 운동 등이다(서문자의, 1997).

가정방문시 수행한 간호활동은 기본간호, 비위관교환 및 관리, 욕창간호, 검사물검사 가장 많이 수행되었는데 이는 윤의(1998) 조사에서의 측정 및 검사간호, 투석액 교환 및 기관 절개관 관리, 유치도뇨관 관리 순으로서 본 연구와 유사하였다. 암환자에 대한 가정 간호는 일반화된 첨단 기술과 전통적인 숙련된 환자사정과 간호, 환자 가족의 교육, 재활서비스, 사회복지사의 서비스, 가정간호 보조, 주사요법(Infusion therapy) 등이 환자의 연령, 질병의 치료나 회복 수준, 간호의 강도에 따른 지속적 집중 간호가 환자와 가족에 익숙한 전통 방식의 서비스와 과학 기술과 병행제공으로 이루어져야 한다고 요구된다(Maloney, 1992). 암환자에게 제공되는 간호 서비스는 등 마사지, 방광세척, 관장, 구강간호, 비위관 배액관찰, 욕창드레싱, 기관내관, 활력중후 측정 등 신체간호 부분에 치중되었고(김미애, 1992), 본 연구의 암환자에게 제공된 서비스는 기본 간호, 검사물수집검사, 정맥주사, 수액감시관찰, 통증관리, 도뇨관 삽입, 방광루, 체위변경 등의 역시 신체적 직접 간호서비스였다. 이은옥(1993)과 유경희(1993) 등의 연구에서 보고한 암환자를 대상으로한 교육적 간호요구조사에서는 신체적 요구가 가장 높게 보고 한 것과는 유사하였으나 사용하는 약물에 대한 약리작용을 알고자 하는 요구가 높은 것은 나타나지 않았다.

월별 가정방문횟수는 평균 3.47회였으며 가장 많은 횟수는 지역Ⅰ 중심사업의 암환자로 월 평균 14.7회

로 윤(1998)의 가정방문 횟수와 유사하나 북막투석환자의 주 3회보다는 낮다. Warren(1984)의 지역사회 중심사업소의 가정방문횟수 주 2회가 43%로 제일 많아 본 연구의 월 평균 3-4회 59.5%보다 높은 빈도의 방문을 하였다. 가정방문빈도는 환자상태나 사업소의 규칙, 가정간호 사업목표와 성격 전문간호술의 적용범위, 환자의 경중에 따라 가정방문의 빈도가 조정된다.

### 3. 가정 간호 사업 보완을 위한 논의

가정간호사업은 그 목적이 다양할 수 있어서 그 목적에 따라 가정간호 서비스 제공의 규정이나 규칙을 정하고, 운영지침으로 정해진 약속에 맞추어 사업을 하게 된다.

현재 우리나라 정부에서 주관하고 있는 가정간호사업은 병원을 주관부서로 하여 입원 대체 서비스만을 가정간호사가 제공하는 병원중심 가정간호 사업이다. 이 사업은 종합병원에 입원한 환자를 중심으로 조기퇴원을 유도하여 이들에게 병원에서 집중관리가 필요한 위급한 기간을 지난후부터 제공되는 서비스를 가정에 돌아와서 받게되는 병원서비스의 합법적 연장이다. 정부는 가정간호 시범사업 의료기관을 신청에 의해 지정하고, 대상자범위와 가정간호서비스범위, 운영체계, 가정간호사 자격규정, 비용지불기준 및 방식에 대한 규칙에 따라 지정하도록 하고 있다.

이 가정간호사업의 목적은 병원 입원치료의 대체 또는 연장서비스로서 병원의 병상회전율을 높이고, 가정간호 이용을 통한 치료비절감 효과를 생각할 수 있으며, 조기퇴원유도를 통한 재원기간의 단축, 환자에게는 익숙한 자신의 가정에서 서비스를 받으므로 정서적 안정과 시간과 금전적 절감을 할 수 있다는 병원중심 가정간호 1차 시범 사업결과를 확인한 바 있다(황나미, 1997).

병원중심 가정간호 사업의 안정화를 위한 보완작업 및 대상자의 요구에 부응하려면 지역중심 가정간호 사업개발이 필요하다(김의숙, 1996).

지역중심 가정간호사업소에서 새로히 개발해야 할 부분은 의사와의 연계, 서비스의 질적 보장을 위한 체계와 비용지불보상 방안을 지적하였으며, 병원중심 가정간호 사업소와 연계되어야 한다는 주장을 하고 있으나(김의숙, 1996), 본 연구의 결과를 보면, 현재 수행하고 있는 가정간호 서비스에 보충이 필요한 부분을 '재활간호'로서 지역 I 사업대상에서 42.86%와

지역 II 사업대상에서 42.55%로 평균보다 높고, 병원 중심사업 대상자에서 보다 높았다. 재활간호는 신체적 기능의 회복, 심리적, 사회적 재활모두를 포함하는 것이어서 가정간호 간호사들이 관심을 기울여야 할 부분이며 소홀 할 수 있는 부분으로 가정간호사의 재교육시 반영되어야 할 것으려 사려된다.

정부가정간호 시범사업의 가정방문 기준은 1일 4명으로 규정하고 있으므로 재활을 위한 간호는 장시간을 요하는 부분이기 때문에 모든 사업유형에서 신축성있게 운영규칙을 제정하여야 한다.

치료적 간호에 대한 보충의 필요, 가사에 대한 보충 필요는 지역 II 대상자에서 높아 지역중심가정간호사업의 발전적 정책수립시 고려할 것은 병원중심 가정간호사업의 미시적 목적은 동일하겠지만, 거시적인 면에서 가정관리내용을 포함한 현재 미국에거 실시하고 있는 Home Health Care(가정건강관리시범)형태를 취하는 우리나라 지역중심가정간호 모형을 정해야 할 것이다. 가정간호서비스를 제공하는 과정에서 환자치료에 방해되는 요인이라고 본 것은 환자를 포함한 가족의 비협조와경제적 부담을 제시하였으나, 병원중심사업대상의 42.5%에서 경제적 부담을, 비협조는 지역 I 사업 대상 42.4%, 지역 II 사업대상에서 43.2%로 가정간호 서비스를 받는 대부분의 환자들은 병위에서의 위급기간을 넘긴 다음 단계에서 가정간호서비스가 시작되므로 환자에 대한 심각성 부담에 대한 다소 낮아진 상태이므로 환자 치유에 대한 기대가 병원입원시 보다는 좀 높고 환자관리에 대해서는 병원입원시 보다는 다소 소홀할 수 있고 부담으로 나타날 수 있다. 또한 환자장본인이나 주변의 가족 및 친지들이 신체적으로, 상황적으로, 경제적으로 지쳐있을 수도 있다. 그러므로 가정간호제공자들은 이 긍정적이든 부정적이든 어떤 예측이 된다. 가정간호 종결을 제시한다하더라도 대상자에 맞는 간호계획과 수행될 수 있도록 운영되어야 한다. 가정간호사 서비스연장을 "지지 상담"을 가장 높게 요구하는데 기본서비스인 기초생활의 범주를 포함한 총족이 가정간호 서비스에 연장 서비스로 높게 요구되었다. 또한 가정방문의 횟수에 대해서는 정부 병원중심 가정간호 시범사업운영지침에서 주 1회로 제한되어 있기 때문에 그 이상의 방문서비스에 제한을 받게 된다. 그러므로 가정간호의 제공은 가정간호사의 판단과 필요에 의해 제공되도록 재량권이 주어져야 할 것이다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 단면적 비교 연구로서 가정간호사업의 실태를 파악하고 비교분석을 위하여 병원중심 가정간호 시범사업소와 지역중심 가정간호사업소 및 다른 형태의 가정간호사업에 입원한 환자를 대상으로 1997년 10월부터 1998년 3월까지 6개월간 7개 사업소(강동성심병원, 원주기독병원, 대구 영남대의료원, 춘천성심병원-병원중심사업소, 서울성심복지관, 서울시 간호사회, 강원도 간호사회-지역중심 사업소)에 입원된 173명의 환자를 대상으로 10명의 가정간호사가 각자의 소속기관 또는 자기담당 환자들을 가정 방문하여 본 연구자가 문헌고찰을 통하여 작성한 환자의 일반특성, 가정간호 대상자, 현행진행되고 있는 가정간호 서비스에 보완해야 하는 내용으로 구성된 설문지로 직접 방문, 면담, 조사하였고 조사된 설문지는 기관별 우편접수하였다. 자료의 분석은 병원중심사업 대상 71부와 지역사회중심사업 53, 가정간호사 중심사업 49, 총 173부를 사업형태별 차이를 비교분석한 결과를 빈도와 비율 그리고 유의성 검증을 하였고, 분석한 결과는 아래와 같다.

- 1) 대상자의 평균연령은 64.3세며 대상자 연령의 중앙값은 68세였고 60세 이상 대상자는 전체의 67%였다. 대상자의 63%는 여성환자였다.
- 2) 가정간호 사업과 관련된 특성으로 의료보장상태는 지역중심사업대상에서 26%가 의료보대상자였고, 지역Ⅱ대상의 80%는 무료환자였고, 가정간호사 중심사업에 비해 입원기간이 장기기간이었다. 가정간호사업 의뢰 및 안내자는 일반적으로 병원간호사가 29.5%로 높다. 그러나 지역Ⅱ 대상에서는 가정간호 의뢰환자는사회복지사가 48.5%인 특성을 보였다. 비용지불에 있어서는 병원중심시범사업소는 정부지침에 의해 행위별 수가제가 적용되거나 타 형태의 사업소는 운영이 각각 다르며, 지역중심사업은 대상의 84.8%를 무료로 제공을 하고 있다.
- 3) 입원된 환자 상태의 정도는 신체분야 배뇨배변영역의 “도뇨관 삽입상태”에 있는 환자가 병원중심사업소 환자에서 높은 비율(63.2%)인데 반해, 지역중심사업소에서는 정신적 분야, 정서상태 영역의 불안에서 높은 비율의(82.8%) 반응을 보였다.
- 4) 제공된 가정간호서비스의 범위는 34여종으로 “비위관 교환 및 관리” 서비스 이용빈도가 가장 높았

으며(15.9%), 기본간호 관절기동범위운동, 방광세척/요도세척, 상처치료, 욕창간호의 순으로 이용되었다. 환자증상 및 진단에 따른 가정간호 서비스 이용범위와 빈도에 있어서는 뇌혈관 질환이 22종의 가정간호서비스로 가장 높았고, 당뇨병, 암, 고혈압의 순이었다.

- 5) 가정간호서비스에 보충이 필요한 부분은 “재활간호”(42%)가 가장 높았고, 5.2회 평균 빈도로 사업형태사이에 유의한 차이가 있었다( $df=8$ ,  $X^2=25.072$ ,  $p=0.002$ ). 사업의 저해요인은 환자나 가족의 비협조가 38.5%로 가장 높았다. 가정간호사가 연장서비스가 필요하다고 생각하는 서비스는 “지리적 상담” 27%로 가장 높았고, 환자들에게 우선 제공해야한다고 제시한 가정간호서비스 내용은 전체 대상에서는 지속적처리가 13.3%로 가장 높았고, 지역 I,Ⅱ대상에서는 “심리적 안정감 유지” 16.6%, 욕창치료가 18.8%, 지속적 치료(물리치료) 18.6%로 가정간호 사업 유형별 차이를 나타냈다.

이상의 연구결과를 토대로 효과적인 가정간호사업의 확대 실시를 위하여 다음의 제언을 하고자 한다.

첫째, 가정간호서비스 범위와 수준에 대한 법적 근거를 확립하여야 한다.

둘째, 지역 중심 가정간호사업 추진을 구체화하여야 한다.

셋째, 지역중심 가정간호사업은 지역단위 가정간호 관련 기관 및 인력의 연계 운영 체계를 실시하여야 한다.

## 참 고 문 헌

### 국내문헌

- 김성실 등 (1993). 지역사회간호학. 한일, pp132-137.
- 김성실 (1996). 재가복지봉사 사업의 가정간호 사업 연계 필요조사. 지역사회간호학회지, 제7권, 제2호.
- 김소야자, 김윤희, 유숙자, 이광자, 이소우 (1994). 정신간호학 총론(상), 수문사, pp380-390.
- 김의숙 (1996). 한국의 가정간호사업 정책방향. 가정간호정책과 사업개발 연세대학교 간호대학 가정간호연구소.
- 김화중 등 (1993). 우리 나라 가정간호수가 체계 개발연구. 가정간호학회지, Vol.1.



- 김형수 (1994). 장애노인의 현황과 정책과제. 수문사.
- 남정자 (1969). 지역사회 정신보건 발전방향. 보건복지포럼, 한국보건사회연구원.
- 박홍심 (1990). 보건의료기관 이용노인을 대상으로 한 가정간호 요구조사. 서울대학교 보건대학원, 석사학위논문.
- 보건복지부 (1997). 가정간호시범사업관리 운영지침. 보건복지부.
- 손영희 외 (1996). 기본간호학(하). 현문사, pp502-505.
- 서문자 외 7명 (1997). 성인간호학(상). 수문사, pp547-551.
- 서미경 (1996). 치매노인의 가정봉사원 제도 개선방안. 보건복지포럼, 한국보건사회연구원.
- 윤경희 외 (1993). 입원한 환자의 교육적간호연구. 5(1), 86-93.
- 유승흠, 양재모 (1994). 의료총론. 수문사.
- 윤순영 등 (1993). 지역사회 간호사업 운영 효과에 관한 연구. 간호학 논문집, Vol.1.
- 윤순영 (1994). 보건소, 보건지소, 보건진료소를 통한 방문간호사업, 가정간호 업무 표준과 가정간호 시범사업. 한국가정간호학회.
- 임난영, 김성은, 이은옥, 이인숙 (1996). 병원중심 가정간호사업의 평가. 류마티스건강학회지, 3(1), pp4-21.
- 이은옥 외 (1993). 위암환자 퇴원교육 프로그램이 환자와 가족의 전반적 건강에 미치는 영향. 성인간호학회지, 6(2), pp308-323.
- 한림대 의료원 강동성심병원 (1997). 가정간호 심포지움. 강동성심병원.
- 황나미 (1996). 병원중심 가정간호시범사업평가. 한국보건사회연구원.
- 황나미 (1997). 병원중심 가정간호시범사업 평가(II). 한국보건사회연구원.
- 외국문헌**
- Barry, Trute (1995). Gender differences in the Psychological Adjustment of parents of young, Developmentally Disabled Children. J. child Psychol. Vol.36, No.7, pp.1225-1242.
- Cynthia O'Neill, Elaine shaw Sorensen : Home Care of the elderly : A family perspective Advances in Nursing Science, Jan, 1991.
- Dan Lerman : Home Care : Positioning the Hospital for the future, American Hospital Association, 1987.
- E. Joyce Gould : Home Care Nursing : Professional and political issues, Journal of New York state Nurses Association, Vol.20, No.1, 1989.
- Joanne C. McDonald, Kathleen M. Stetz : Educational Intervention for Famil Caregiveres During Marrow Transplantaion, Vol.23, No.9, 1996.
- Journal of Child Psychol. Psychiat. : Vol.36, No.7, 1995.
- Marion, Merrell : Long-term care digest, Home Health Care Industry, 1991.
- Mary Kaypera : Home Care nursing : Integration of politics and nursing, Holistic M. I. 퇴머 : 우리 나라 가정보건 의료제도 개방 세미나, 간협신보 4면, 1989, 11월 30일.
- Molly A. Rose, : Home Care nursing practice : The new frontier, Home Care Nursing practice, Feb. 2, 1989.
- Paula, R. Timmerman : Letter to the Editor : Home Care Need, Oncology Nursing Forum 18(3), 1991.
- Rengozanott : Home Care in Italy, 96 International Home care Nursing Development Policy Conference, Yonsei University, Seoul, Korea, 1996, 6.
- Rose G, Steele and Margaret I, Fitch : Oncology Nursing Form Vol.23, No.5, 1996.
- Ruth N. Knollmuier : Funding Home Care in a client of Cost Containment, Public Health Nursing, Vol.1, 1984.
- Sandra E, Gaynor : The long Haul : The effects of Home Care on Caregivers, IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, Vol.22, No.4, 1990.
- Sarah B. Keating, Glenda B. Kelman (1988). Home health care Nursing. Lippincott, pp1-65.
- Susan Jensen, Barbara A. Given : Fatigue affecting Family Caregivers of Canced patients, Cancer Nursing Vol.14, No.4, 1991.
- Warren Balinsky, Sabeeha Rehman (1984). Home Health Care : A Comparative Analysis of Hospital-Based and Community-Based Agency patients.

– Abstract –

Key concept :

## **A Comparative Study on Effective Factors Related to Home Nursing Care in Hospital and Community-based Care in Korea.**

*Kim, Sung Sil\**

This study was designed to examine Home Nursing Care in Hospital-based and Community-based programs.

This study investigates actual conditions of nursing needs and demands of clients and their family and the state of home nursing services. We hope that this study will improve upon the current home nursing care system.

In Korea Home-Nursing Care programs are still developing and only now becoming a part of the health care delivery system.

The data was collected by a questionnaire the clients developed and modified through literature review by this writer and through 10 nurses who are members of 4 hospital and 3 community-based agencies. In this study 173 clients were selected.

The study lasted from Oct. 1997 to March of 1998. The results show that the average age was 64.3, years older than most women clients(63.0%), the average age of a caregiver was 50.9 years old and most were female(77%).

Two types of agency clients with a significant difference between social conditions [25.7%] used some form of insurance ; 54.3% had the spouse pay expenses ; pay 58.5% son and daughters of Hospital-based agencies ; patients of social workers were 24.0%, the highest in the community agency.

The condition of patients was 63.2% of the foley and nelaton catheter insertion at hospital based agencies.

The range of nursing services offered is one of the highest among the 34 kinds of servies including nasogastric tube management basic nursing, ROM exercise, bladder irrigation, wound and sore dressing.

For an effective care service factors that disturb each program such as a non-cooperatative family as well as patients themselves need to be lessened. Further more, the following must be emphasized, supportive counsel 27.0%, steady care for patient, 13.3% maintain a sense of security(11.7%), dressing sores and nutrition(10.0%).

Although there were a large number of home nursing care services in the community, policy changes have gathered momentum. Fortunately, the scope and level at legal support will be increased in the future. The program should intergrate and link the district or community together. A project to develop a community based home nursing system as soon as possible should be developed. In conclusion, home nursing care nurses training curriculum should be strengthened.

---

\* College of Nursing, Hallym University

## 〈부록〉 가정간호사의 특성

분항	특성	빈도	백분율
학력	전문대학	6	60.00
	대학	3	30.00
	대학원	1	10.00
	계	10	
가정간호사업의 운영성격	지역사회중심	5	29.41
	병원중심	5	29.41
	국가정부시범사업	1	5.88
	지방정부시범사업	3	17.65
	민간단체 운영	1	5.88
	정부지침하 운영	1	5.88
	기관독자 운영	1	5.88
	계	17	
가정간호사업의 효율을 위하여?	시급히 조직체계를 개선.	4	40.00
	장차 조직체계의 개선.	5	50.00
	조직체계에 불편이 없다.	1	10.00
	계	10	
가정간호사업의 협조자	병원장	2	13.33
	간호부장	4	26.67
	환자 및 보호자	7	46.67
	지역사회, 이웃	2	13.33
	계	15	
가정간호사업의 선결문제	법적보장	6	50.00
	의료계 인식	2	16.67
	정부의 인식	4	33.33
	계	12	
가정간호사업의 경영책임자	가정간호사	1	10.00
	병원장	4	40.00
	간호부장	1	10.00
	기타	4	40.00
	계	10	