

도시지역 취약가구의 방문간호서비스 평가

박 경 민*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

현대사회는 급속한 의·과학 기술의 발달과 소득수준 향상으로 질병양상이 과거의 전염성 및 급성 질병위주에서 암, 당뇨병, 고혈압, 관절염, 정신질환, 치매, 뇌졸중 등 비전염성 또는 만성퇴행성 질환이 차지하는 비율이 높아지고 있다(Seo et al., 2003). 또한 국민생활 수준의 향상과 국민의 건강에 대한 인식 및 요구가 높아짐에 따라 단순한 질병치료 뿐 아니라 삶의 질을 추구할 수 있는 건강증진 및 재활의 측면에도 관심이 모아지고 있다(Cho & Kim, 1996).

그러나 우리나라의 보건의료 체계는 민간부분이 85% 이상을 차지하고 있어 의료양상이 고급화 상업화되고 이에 따른 의료비 부담을 상승으로 경제능력이 없는 저소득층 주민을 위한 양질의 의료서비스 제공이 절실하며, 농촌주민 및 도시 저소득층 소외계층의 의료 접근성이 저하되는 실정이다(Joo, Kim, Lee & Min, 1996).

이에 보건소의 중심으로 시행되고 있는 방문간호서비스는 지역사회에서 최소의 비용으로 관리하는 건강증진 체계로 급격히 증가하는 만성퇴행성 질환과 거동이 불편한 장애인을 대상으로 한 적절한 의료서비스를 제공하기 위해 지속적이고 포괄적인 건강관리보장이라는 측면에서 그 필요성이 더욱 강조되고 있다(Ministry of Health & Welfare, 2001).

방문간호서비스는 연속적인 보건의료 전달체계의 한 부분으로서 국민 누구나 포괄적인 보건의료의 형평성과 동등한 접근도를 유지하여 질적인 삶을 유지하며 궁극적으로 복지사회를 실현코자 실시하는 하나의 보건의료 사업이다. 지역주민들의 건강관리를 추구하는데 있어 가장 기본적이며 필수적인 접근으로 이를 통하여 지역주민이 스스로 문제를 확인하고 관리하도록 하며, 지역사회 의료자원과 연계하여 대상자의 요구에 부응하는 서비스를 제공함과 동시에 가족구성원을 참여시킴으로써 건강한 삶을 영위하도록 하고, 재가환자와 가족의 보건의료 서비스 접근성 제고, 급성기에서 만성적인 문제까지 예방, 건강증진, 치료, 재활 및 상담 등의 포괄적인 보건의료서비스를 비용 효과적인 방법으로 제공하여 궁극적으로는 국가보건수준을 증진시키고자 하는 것이다(Yun et al, 2002).

따라서 1989년 국제간호협회(ICN: International Council of Nurses)에서 개발되어 전 세계적으로 통용되고 있는 ICNP(국제간호실무 분류체계: International classification for Nursing Practice)를 한국의 실정에 맞도록 수정하여, 1999년 한국가족현상에서 실무타당성 검증을 마친 한국가족간호현상 분류를 이용하여, 가정방문을 통해 지역사회 주민의 가족의 문제점을 먼저 분석하여 그 대상자에게 적절한 중재를 하는 것이 타당하다.

그러므로 취약계층대상으로 방문간호 대상자중 건강위협집단 분포를 파악하고 방문간호서비스의 질을 개선하

* 계명대학교 간호대학 교수(교신저자 E-mail : kmp@kmu.ac.kr)

기 위하여 가족에 관한 모든 자료들을 수집하고 수집된 자료로 문제를 분석하고 이 가족에 적절한 방문간호 사업을 그 가정에 방문하여 제공할 수 있는 방안이 모색되어야 한다.

이에 본 연구에서는 도시 저소득층 소외계층인 기초생활수급자 중압, 당뇨병, 고혈압, 관절염, 정신질환, 치매 및 뇌졸중 질환을 가진 사람과 거동불편 장애인을 대상으로 현존하거나 잠재적인 가족의 문제점 알아내어 그 가족에 적합한 방문간호 서비스를 제공하였다. 그 결과로 한국가족현상의 방문횟수별 방문간호 수혜자들의 만족도를 조사함으로써 방문간호 서비스의 질을 평가하고자 한다.

2. 연구의 목적

대구광역시 서구지역에 거주하는 취약계층인 국민기초생활보장수급자 중 7개 질환(암, 당뇨, 고혈압, 관절염, 정신질환, 치매, 뇌졸중)보유자와 장애인 등록자 중 거동불편(불능)자를 대상으로

- 1) 방문간호서비스 제공 전과 후의 한국가족간호현상 분포 변화 파악
- 2) 방문횟수별 방문간호서비스 실시 후 방문간호 사업에 대한 수혜자 만족도(방문간호사에 대한 만족도, 방문간호서비스에 대한 만족도) 분석

II. 연구대상 및 방법

1. 연구설계 및 연구대상

본 연구 설계는 방문간호사의, 방문간호서비스 제공 전·후 한국가족현상 분포 변화와 수혜자 만족도를 평가하였다.

사전조사에서 전체 대상자 가족 각각에 대해 한국가족현상에 의거하여 가족진단을 내리고 가족간호과정을 적용하였다.

- 1)가족의 사례를 요약 2)가족사정단계에서 가족구조도, 가족친밀도, 사회지도도등의 자료를 근거로 영역별로 가족 자료 분석 3)가족간호진단에서 문제와 가설을 세우고 4) 가족진단에 따른 목표와 간호계획 및 수행 5) 평가 6)마지막으로 이 가족의 문제가 해결되었는지를 확인하였다.

연구대상자의 표본추출 방법은 층화무작위 추출법을 사용하였으며, 위의 표 1과 같이 주민 전체를 대상으로 첫 단계로 의료취약계층인 기초생활 수급자 6128명을 추출하였다. 그 중 7개 질환 보유자 1375를 대상으로 하여 30.5% 무작위 추출을 하였고, 거동 불편 불능자는 1712명이었으며 30.5%를 무작위 추출 하였다. 따라서 연구대상자는 7개 질환 보유자 420명, 거동 불편 불능자 523명으로 총 943명으로 구성되었다. 943명중 연락

Pre	Intervention(Services)	Post
Famiy Phenomena	Accessment & Diagnosis	1. Famiy Phenomena
	Test	
	Medication	
	Dressing & Treatment	2. Client satisfaction
	Symptom management	(Visiting nurse and
	Health Education & Counselling	Visiting nurse services)
	Referral to medical service institute	
	Referral to welfare service institute	

<Figure 1> Research design

<Table 1> Selection Method of Subjects

	Selection Criteria	
	92,694 family	
1st	Basic social welfare service from nation 6128 (2.23% of residents)	Disabled persons 7427 (2.71% of residents)
2nd	Family with diseases 1375 (22.4% of basic social welfare service from nation)	Inadequate movement 1712 (23.0% of disabled persons)
3rd	30.5% random sampling 420	30.5% random sampling 523

이 어렵거나 비협조로 자료수집이 불가능한 110명이 제외되었고, 833명중 불충분하거나 미비된 자료를 제외하고 711명이 분석되었다.

2. 자료수집 기간 및 방법

연구 기간은 2003년 4월 7일에서 2003년 10월 14일까지 이루어 졌으며, 자료수집방법은 각 지역별로 자료 수집자를 선정하여 설문지 작성방법에 대한 교육을 실시한 후 가정방문을 통해 자료수집자가 일대일로 면접 조사 하였다. 설문지 작성시간은 대상자와 가족의 협조에 따라 30~1시간 정도 소요되었다. 수혜자 만족도의 조사결과에 대한 신뢰도를 높이기 위하여 수혜자에게 방문간호서비스를 제공하지 않은 4학년 간호대학생이 직접 방문하여 조사하였다.

3. 연구 도구

1) 한국가족현상

국제간호협회의회에서 개발되어 전 세계적으로 통용이 가능한 ICNP(국제간호실무체계, International Classification for Nursing Practice)를 한국현실에 맞게 개발된(Yun et al., 2002) 한국가족현상은 17개의 하부영역으로, 지역사회와의 상호작용 부족 2문항, 사회적 고립감 3문항, 지역사회 지지체계 부족 4문항, 부모역할 장애 5문항, 성생활의 장애 2문항, 의사소통 장애 4문항, 부적절한 가족 대처 7문항, 가족의 친밀감 부족 4문항, 부적절한 권력부조 5문항, 가족학대 6문항, 부적절한 생활양식 10문항, 비효율적 재정관리 6문항, 부적절한 질병관리 5문항, 부적절한 주위환경 4문항, 부적절한 가정위생관리 3문항, 부적절한 주거관리 6문항으로 총 79문항으로 구성되어 있다. “예” “아니오”로 답하는 양식이다.

2) 방문간호 수혜자 만족도

1999년 공공근로 방문간호 협의체 사무국에서 개발된 설문지(Ko et al., 2002)를 보건소장 1인, 10년 경력 이상인 방문간호계 간호사 3인, 보건소 행정직 2인 및 지역사회간호학 교수 1인의 토의를 통해 내용 타당도를 거쳐 수정 보완하였다.

방문간호서비스 수혜자의 만족도는 방문간호사에 대한 만족도와 방문간호서비스에 대한 만족도로 분류되었다.

방문간호사에 대한 수혜자의 만족도는 기술 및 전문성 영역, 교육적 영역, 신뢰적 영역, 편의성 및 접근성 영역으로 조사하였다. 각 영역은 4점 척도로 측정되어 점수가 높을수록 만족도가 높음을 의미한다.

방문간호서비스에 대한 수혜자의 만족도는 사정, 교육 및 상담, 의뢰, 마비환자 관리, 만성질환자 관리, 치매환자·정신질환자 관리, 호스피스간호 영역으로 조사하였다. 각 영역은 3점 척도로 측정되어 점수가 높을수록 만족도가 높음을 의미한다.

4. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS/win을 이용하였으며, 대상자의 일반적 특성은 빈도와 비율로, 한국가족현상 분포와 전후 비교는 빈도와 백분율로, 방문간호수혜자 만족도는 평균을 통해 분석하였고 방문횟수별 수혜자의 만족도는 t-test로 분석하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 대상자의 특성

대상자의 연령은 70세 이상 연령대가 230명(32.3%)으로 가장 많았으며 60-69세 216명(30.3%), 50-59세 108명(15.1%), 40-49세 102명(14.3%), 39세 이하 50명(7.0%)순이었으며 성별은 남자 310명(43.6%), 여자 401명(56.4%)이었다. 연령은 70세 이상의 고령이 많았고 여성 대상자가 많았다. 종교는 불교가 258명(36.4%)으로 가장 많았고 무교 35.6%, 기독교 17.6%, 가톨릭 7.7%, 무교 2.8%순이었고, 교육정도는 무학 360명(50.6%)으로 가장 많았고 국졸 234명(37.0%), 고졸 94명(13.2%), 대졸이상 23명(3.2%)순이었다.

배우자의 유무는 있다가 311명(43.8%), 없다가 400명(56.2%)이었고, 세대구성은 독거가 260명(36.6%), 미혼자녀와 동거 25.3%, 부부만 17.8%, 결혼한 아들과 동거 9.1%, 결혼한 딸과 동거 2.2%, 기타 9.0%였으며 동거가족수가 없는 가족이 250명(35.1%), 동거가족수가 1명 d: 있는 사람은 21.2%, 2명이 15.9%, 3명이 14.4%, 4명이상 이 13.4%를 차지하였다.

직업이 없는 사람이 86.5%로 가장 많이 차지하였고 기타 6.3%, 상업 4.5, 회사원 2.7%이었다. 수입이 없

〈표 3〉 Visiting Nursing Services

Characteristics	M±S.D
Visiting Number(No./Family)	3.82±3.63
Services(No./family)	
Assessment & Diagnosis	3.08±3.63
Test	2.02±3.07
Medication	1.71±3.35
Dressing & Treatment	1.01±1.66
Symptom management	3.08±3.38
Health Education & Counselling	3.16±2.96
Referral to medical service institute	0.21±0.55
Referral to welfare service institute	1.00±0.59

다고 응답한 대상이 622명(87.5%)으로 대부분 수입이 없는 것으로 나타났다.

2. 제공된 방문간호서비스 현황

평균 방문횟수는 3.82회로 나타났다.

방문간호사들이 제공하는 방문간호 서비스를 사정 및 진료, 검사, 투약 및 투약관리, 처치, 환자 및 증상관리, 교육 및 상담, 홍보, 의료기관에 의뢰 및 사회복지관련기관 의뢰 등 8개 영역에서 분석하였다. 방문간호 사업이 지역사회 사정에 초점을 맞추어 진행되었기 때문에 서비스 제공 내용에서도 교육 및 상담이 평균 3.16회로 가장 많은 빈도수를 보였다. 그 다음이 환자 및 증상관리 3.08회와 사정 및 진단이 3.08회, 검사가 2.02회, 투약 및 투약관리 1.71회, 처치 1.01회, 사회복지관련기관에 의뢰 1.00회, 의료기관에 의뢰 0.21회 순이었다.

3. 방문간호 사업 후 한국가족현상 분포 변화

대상자들의 한국가족현상 분포에서는 총 79문항 중에서 문제점을 많이 가지고 있는 상위 5개 항목을 살펴보면 방문간호서비스 제공 전에는 지역사회지지체계 부족 영역의 지역사회 자원에 대한 정보가 부족하다가 85.7%로 가장 높게 나타났으며 그 다음이 비효율적 재정관리 영역의 수입원이 감소된 상태다 77.8%, 부적절한 생활양식의 여가활동이 부족하다 77.5%, 비효율적 재정관리의 실직한 상태이다 77.4%, 지역사회 지지체계 부족의 지역사회의 도움을 청할 기관이 부족하다 77.1%순으로 나타나 지역사회지지체계 부족과 비효율적 재정관리, 부적절한 생활양식이 높게 나타났다. 방문간호서비스 제공 후에는 지역사회 지지체계 부족영역 중 지역사회 자원에

대한 정보가 부족하다가 83.9%로 가장 높게 나타났으며, 자원 이용에 대한 지불능력이 없다가 83.3%, 지역사회 도움을 청할 기관이 부족하다 75.0%, 지역사회에 도움을 청할 사람이 부족하다 71.6%순으로 나타났다. 방문간호서비스 제공전에 비해 제공 후에는 비율이 조금씩 낮아졌으나 실적상태, 재정관리 부적절·과도한 의료비 부담·수입원 감소는 증가되었다.

방문간호서비스 제공 전후 모두 문제점이 적은 문항은

〈Table 2〉 General Characteristics N=711명

Variables	Category	N	%
Age(Years)	Below 39	50	7.0
	40-49	102	14.3
	50-59	108	15.1
	60-69	216	30.3
	Over 70	230	32.3
Sex	Male	310	43.6
	Female	401	56.4
Religion	Protestant	125	17.6
	Buddism	258	36.4
	Catholic	55	7.7
	Others	20	2.8
	No religion	253	35.6
Education	No Education	360	50.6
	Elementary	234	33.0
	Middle & High school	94	13.2
	Collgidge	23	3.2
Spouse	Yes	311	43.8
	No	400	56.2
Living family Number	0	250	35.1
	1	151	21.2
	2	113	15.8
	3	102	14.4
Occupation	over 4	95	13.4
	Yes	96	13.4
	No	615	86.5
Income	Yes	89	12.5
	No	622	87.5

가족학대 영역의 6문항이 가장 낮게 나타났다(Table 4).

<Table 4> Differences between pre-and post-Home visiting Services

Characteristics	Home visiting Services		
	Pre(N=756) N(%)	Post(N=711) N(%)	
1. Lack of family interaction in community	1) A few close neighbor	452(59.8)	402(56.5)
	2) Low interaction rate with friends	455(60.2)	428(58.7)
2. Social isolation	1) Few interaction with neighbors	412(54.5)	387(50.3)
	2) Stay at home most of time	454(60.1)	427(57.9)
	3) No close friend	334(44.2)	314(46.2)
3. Lack of social support system in community	1) Lack of resource organs in the community	583(77.1)	548(75.0)
	2) No person to ask help in the community	561(74.2)	528(71.6)
	3) No money to use resource	581(76.9)	547(83.3)
	4) No information of community resource	648(85.7)	570(83.9)
4. Disturbance in parent role	1) Indifference about child's life	130(17.2)	80(11.2)
	2) Parents divorce, separation or living the home	67(8.9)	36(5.0)
	3) Neglect of general child rearing	123(16.3)	62(8.7)
	4) Indifference to child's education	97(12.8)	57(8.0)
	5) Misconducting child	53(7.0)	50(2.2)
5. Disturbance in marital role	1) Verbally abusiveness, aggressiveness between married couple	56(7.4)	19(2.7)
	2) Lack of communication between married couple	131(17.3)	70(9.9)
	3) Frequent matrimonial quarrel	55(7.3)	34(4.8)
6. Dissatisfaction of sexual life	1) Husband or wife's whoring	35(4.6)	33(1.2)
	2) Unsatisfied sexual life	177(23.4)	85(12.0)
7. Disturbance in family communication	1) Insisting on-sided communication of the head of a family	102(13.5)	34(4.8)
	2) Closed communication pattern of the head of a family	165(21.8)	106(14.9)
	3) A few communication change among family	362(47.9)	257(36.1)
	4) Gap of inter-generational thought pattern	154(20.4)	88(12.4)
8. Inappropriate family	1) Excessive stress of family members	275(36.4)	189(26.6)
	2) High level of anxiety between family members	248(32.8)	190(26.8)
	3) Overburden of housewives role	255(33.7)	159(22.4)
	4) Inadequate distribution of each family members role	265(35.1)	182(25.6)
	5) Excessive self-sacrificing spirit	167(22.1)	113(15.9)
	6) Lack of recognition in individual role	177(23.4)	111(15.6)
	7) Sexual discrimination of family members	141(18.7)	65(9.2)
9. Lack of family intimacy	1) Conflict between mother-in-law and daughter-in-law	57(7.5)	23(3.2)
	2) Lack of come and go with children who liveseparately	194(25.7)	154(21.7)
	3) Lack of comprehension among family members	192(25.4)	152(21.4)
	4) Gap of inter-generational thought pattern	324(42.9)	210(29.6)
10. Inadequate family power structure	1) Inappropriate power distribution	153(20.2)	83(11.7)
	2) Lack of leadership of elder family members	155(20.5)	80(11.2)
	3) The head of family has strong authority	140(18.5)	55(7.7)
	4) The wife completely ignores decisions which the husband made overstrict rules made by head of a family	54(7.1)	13(1.8)
	5) Strong power of the a family in decision making	88(11.6)	33(4.7)
11. Intra-family abuse	1) Child assault by parents	26(3.4)	5(0.7)
	2) Child disregard by parents	22(2.9)	9(1.2)
	3) Parents assault by children	11(1.5)	6(0.8)
	4) Parents disregard by children	36(4.8)	12(1.7)
	5) Husband(wife) assault by wife(husband)	25(3.3)	4(0.5)
	6) Husband(wife) disregard by wife(husband)	29(3.8)	5(0.7)

〈Table 4〉 Differences between pre-and post-Home visiting Services(continued)

	Characteristics	Home visiting Services	
		Pre(N=756) N(%)	Post(N=711) N(%)
12. Unhealthy life style	1) Severe obesity among family members	66(8.7)	42(5.9)
	2) Inadequate immunization	438(57.9)	396(55.7)
	3) Irregular mealtime	310(41.0)	358(50.3)
	4)Inadequate sleep	291(38.5)	321(45.2)
	5) Inadequate exercise	539(71.3)	493(69.4)
	6) Smoker among family members	335(44.3)	218(30.6)
	7)Excessive drinking	172(22.8)	87(12.2)
	8)Lack of leisure activity	586(77.5)	552(77.6)
	9) Failure to obtain routine medical check-up	515(68.1)	523(73.6)
	10)Knowledge deficit in health management	552(73.0)	568(79.9)
13. Deficit of financial management skill and support	1) Excessive experts	156(20.6)	165(23.2)
	2) Irregular income	538(71.2)	570(80.1)
	3) Unemployment state	585(77.4)	643(90.5)
	4) Inadequate money management	516(68.3)	538(75.6)
	5) Overburden of medical expenditure	444(58.7)	492(69.2)
	6) Deceased income	588(77.8)	597(83.9)
14. Inadequate care management of sick member	1)Non-compliance of regimen	243(32.1)	172(24.2)
	2) Lack of recognition about illness	335(44.3)	265(37.3)
	3) Short of caring among family members	345(45.6)	302(42.5)
	4) Inadequate utilization of health resources	558(73.8)	515(72.4)
	5) Knowledge deficit about illness	420(55.6)	373(52.5)
15. Insecure safety and hygiene in neighborhood	1) Foul odors	159(21.0)	158(22.2)
	2) Steep stairs without side rails	216(28.6)	202(28.4)
	3) No removal wastes in time	181(23.9)	149(20.9)
	4) No safety devices in the sloped alley way	216(28.6)	221(31.1)
16. Inadequate home sanitation	1) Unsanitary bathroom	238(31.5)	246(34.1)
	2) Insects and rodents	310(41.0)	246(34.6)
	3) No recycling system	214(28.3)	201(28.3)
17. Inadequate home making	1) Messy living space	263(34.8)	317(44.6)
	2) Inadequate organizing living space	311(41.1)	299(42.1)
	3) Crowded living space	195(25.8)	171(24.1)
	4) Inadequate heating	226(29.8)	214(30.1)
	5) Inadequate lighting	310(41.0)	308(43.3)
	6) Inadequate humidity	238(31.5)	239(33.6)

4. 방문간호 서비스에 대한 수혜자의 만족도

방문간호서비스의 질을 방문간호서비스 수혜자의 만족도로 평가하였다. 방문간호서비스 수혜자의 만족도는 방문간호사에 대한 수혜자의 만족도와 방문간호서비스에 대한 수혜자의 만족도로 분류하였다.

1) 방문간호사에 대한 수혜자의 만족도

방문간호사에 대한 수혜자의 만족도는 기술 및 전문성 영역, 교육적 영역, 신뢰적 영역, 편의성 및 접근성 영역으로 조사하였다. 각 영역은 4점 척도로 측정되어 점수

가 높을수록 만족도가 높음을 의미한다.

방문간호사에 대한 만족도는 4점 만점에 평균 3.25점이었다.

영역별로는 수혜자에게 시행한 교육적 영역에서 평균 3.36점으로 가장 만족도가 높게 나타났으며 간호기술 및 전문성 영역 3.28, 편의성 및 접근성 영역이 모두 평균 3.20점으로 수혜자가 매우 만족하는 것으로 나타났다. 반면에 방문간호사에 대한 신뢰감 영역이 평균 2.90점으로 다른 영역보다는 만족도가 낮게 나타났다

방문횟수별 만족도를 보면 기술 및 전문성 영역에서는 11회 이상 방문 간호사의 방문을 받은 대상자의 만족도

가 가장 높아 3.35점이고 그다음은 5-10회 방문이 3.24점, 그 다음이 1-5회 방문이 2.89점으로 유의하게 낮게 나타났다($F=14.80, p=0.000$). 방문횟수별 만족도를 보면 교육적 영역에서는 5-10회와 11회 이상 방문 간호사의 방문을 받은 대상자의 만족도가 높아 3.50점이고 1-5회 방문이 3.20점으로 나타났다. 신뢰적 영역에서는 11회 방문을 받은 대상자의 만족도 점수가 3.10점으로 가장 높았으며, 그 다음이 5-10회 방문을 받은 대상자들의 점수는 3.05였으며 1-5회 방문은 2.80으로 전체 영역 중에서도 가장 낮게 나타났다. 편의성 및 접근성 영역에서는 5회 이상은 같은 점수로 3.29점을 나타내었으며, 1-5회 방문은 3.12점을 나타내었다. 모든 영역 모두 유의한 차이를 보였다.

전체적으로 1-5회 방문에 대한 방문 간호사에 대한 만족도가 2.98점으로 가장 낮았으며, 5-10회가 그 다음으로 3.26점이고 11회 이상 방문이 3.31점으로 가장 높게 나타났다($F=10.32, 0.000$)<Table 4>.

2) 방문간호서비스에 대한 수혜자 만족도
방문간호서비스에 대한 수혜자의 만족도는 사정, 교육

및 상담, 마비환자 관리, 만성질환자 관리, 치매환자·정신질환자 관리, 호스피스간호 영역으로 조사하였다. 각 영역은 3점 척도로 측정되어 점수가 높을수록 만족도가 높음을 의미한다. 영역별로는 교육 및 상담 영역이 2.98점을 가장 높았고, 그 다음이 그 다음이 건강상태 사정이 2.78점, 만성질환자 관리 2.66, 마비환자 관리 2.60점이었다. 반면에 치매 및 정신질환자관리가 평균 2.54점으로 다른 영역에 비해 낮았다.

방문간호 서비스에 대한 만족도는 3점 만점에 총평균 2.70점으로 매우 높았다. 방문간호사의 방문횟수에 따른 방문간호서비스에 대한 수혜자 만족도를 분석한 결과는 <표 6>과 같다. 대상자에 따라 방문간호사의 방문 횟수에는 차이가 있었으나 1-5회 방문간호서비스를 제공받은 수혜자의 만족도는 3점 만점에 평균 2.65점이었고, 6-10회 방문간호서비스를 제공받은 수혜자의 만족도가 평균 2.75점을 나타냄으로써 방문횟수가 증가함에 따라 수혜자의 만족도가 증가하는 양상을 보였다. 그러나 11-20회 방문간호서비스를 제공받은 수혜자의 만족도보다 다소 감소하여 2.62점으로 나타났다($F=5.00, p=0.006$).

<Table 5> Client satisfaction of visiting nurse services by number of visits

	Visiting Number			F	P
	1-5	5-10	≥11		
	M (S.D.)	M (S.D.)	M (S.D.)		
Technical and Professional Services (Mean=3.28)	2.89 (0.54)	3.24 (0.53)	3.35 (0.33)	14.80	.000
Educational Services (Mean=3.36)	3.20 (0.60)	3.50 (0.70)	3.50 (0.61)	9.91	.000
Trust relationship (Mean=2.90)	2.80 (0.68)	3.05 (0.81)	3.10 (0.80)	10.215	.000
Convenient and accessibility (Mean=3.25)	3.12 (0.59)	3.29 (0.53)	3.29 (0.28)	9.33	.000
Total	2.98	3.26	3.31	10.32	.000

<Table 6> Client satisfaction of visiting nursing services by number of visits

visiting nursing services	Visiting Number			F	P
	1-5	5-10	≥11		
	M±S.D	M±S.D	M±S.D		
Assessment(Mean=2.78)	2.54±0.73	2.80±0.85	2.87±0.58		
Health Education & Counseling(Mean=2.98)	2.95±0.73	2.99±0.83	2.97±0.73	5.64	.004
Paralysis patient care(Mean=2.60)	2.38±0.74	2.67±0.79	2.62±0.94	2.00	.136
Chronic psychiatric patient care(Mean=2.66)	2.35±0.86	2.67±0.95	2.78±0.72	4.93	.008
Dementia, Psychiatric patient care (Mean=2.54)	2.24±0.56	2.60±0.60	2.50±0.96	37.86	.000
Hospices care(Mean=2.61)	2.65±0.56	2.75±0.67	2.62±0.97	2.00	.136
Total	2.60±0.56	2.75±0.60	2.73±0.58	5.00	.006

IV. 논 의

우리나라는 급격한 산업화와 함께 보건위생의 개선과 평균수명의 연장 등의 영향으로 인구의 노령화가 급속하게 진행되고 있다(Korea national statistical office, 2003). 본 사업에서도 대상자중 65세 이상 인구가 차지하는 비율이 62.6%였다. 우리나라 인구는 1960년에 52.4세에 불과하던 전 국민의 평균수명이 2000년의 74.9세를 거쳐 2020년에는 78.1세까지 늘어날 전망이다. 우리나라의 노인인구 증가속도는 다른 외국과 비교해도 특히 빠른 것으로 나타나고 있다. 선진외국과 비교해 보면 노인인구의 비율이 7%(고령화 사회)에서 14%(고령사회)로 증가하는 기간이 프랑스는 115년, 미국은 75년, 서독·영국이 45년, 일본은 26년이 소요된 데 비해, 우리나라는 그 보다도 짧은 22년밖에 걸리지 않을 것으로 전망되고 있다(Korea national statistical office, 1996). 이는 오랜 기간에 걸쳐 인구고령화에 대처해 온 선진국과는 달리 우리나라의 경우 고령사회에 대한 준비가 그만큼 시급함을 의미한다.

제공된 방문간호사들의 방문간호 서비스를 사정 및 진료, 검사, 투약 및 투약관리, 처치, 환자 및 증상관리, 교육 및 상담, 홍보, 의료기관에 의뢰 및 사회복지관련기관에 의뢰 등 8개 영역에서 분석하였다. 2000년 보건소 공공근로 방문간호사업평가에서는 제공된 서비스 내용중에서도 사정 및 진단이 33.7%로 가장 많은 빈도수를 나타내었으나(Ko et al., 2002) 본 연구에서는 방문간호사업이 이 지역 사정에 초점을 맞추어 진행되었기 때문에 서비스 제공 내용에서도 교육 및 상담이 평균 3.16회로 가장 많은 빈도수를 보였다. 이는 방문간호사가 예방과 재발생을 방지하는 방문간호서비스 취지와 가족문제에 대한 상담 역할도 많이 실시한 결과를 반영해 주는 것이라 볼 수 있다. 그러나 2000년 보건소 공공근로 방문간호사업평가에서 의뢰가 0.9%로 가장 낮은 빈도수를 차지했듯이(Ko et al., 2002), 본 연구에서도 의료기관 의뢰가 가장 낮은 실정이었다. 사회복지 분야 의뢰는 평균 1.00회 정도 밖에 되지 않았다. 이는 현재 이 연구 대상자들이 사회복지관련 기관에 의뢰되어 다음의 활동을 받고있기 때문이다. 이 지역 안경사회를 통한 돌보기 기증을 받고 있으며, 의사회를 통해 생계후원금 지원을 받고 있으며, 서구관내 사회종합복지관을 통한 반찬제공, 간호과 학생들이 매달 1회씩 방문하여 보건교육 및 상담을 통한 노력봉사를 하고 있다. 또 대구시 적십자사로부터

터 거동불편 장애인에게 휠체어를 제공받는 등 보건서비스를 비용 효율적인 방법으로 다른 서비스와 연계성이 잘 되고 있다.

방문간호서비스 전 후의 한국가족현상의 분포를 살펴보면, 지역사회지지체계 부족이 가장 높게 나타났으며 그 다음이 비효율적 재정관리, 지역사회와의 상호작용부족, 사회적 고립감, 부적절한 생활양식, 부적절한 질병관리 순으로 나타났다. 이는 2002년 조사된 가족의 사회경제적 특성에 따른 가족현상 및 가족특성 중 대도시의 가족현상 분포와 차이를 보였는데, 대도시 지역의 가족현상 분포에서는 '부적절한 가족대처' 현상이 17.4%로 가장 높은 비율을 차지하였고, '부적절한 질병관리' 현상이 15.3%, '의사소통장애' 현상과 '부적절한 생활양식' 현상이 각각 10.4%를 차지하고 있었다(Kim, Kim, Jung & Park, 2003). 한편 본 연구에서 방문보건 서비스 시행후에는 지역사회 자원에 대한 정보가 부족하다, 자원 이용에 지불 능력이 없다, 지역사회 도움을 청할 기관이 부족하다. 사업 실시 전후 모두 대상자들이 가족 내부의 문제보다는 지역사회와 문제와 재정적인 문제에 높은 비율을 나타내었다. 이 결과에서, 지역사회와 관련된 문제는 이러한 서비스가 제공될 수 있도록 전문인력을 확보하고 교육, 훈련을 강화해야 하며, 필요하다면 지역의 민간의료기관을 적극적으로 활용해야 한다. 보건소에서 제공하는 사업에 대한 보건의료수가는 지역주민의 지불 능력에 맞도록 책정되어야 하며 부족 부분에 대해서는 국가 지원이 있어야 하고, 또 만성환자에 대한 방문간호서비스나 지역특성에 맞는 보건의료서비스 상품을 개발하여야 한다.

현재 우리나라의 질병양상이 전염병 등의 급성질환에서 비전염성의 만성질환으로 전환되면서 의료양상도 치료보다는 예방중심으로 바뀌어야 한다(Lim & So, 1999). 이에 만성질환을 가지고 있는 65세 이상 노인들의 의료 접근도를 높이는 방법중의 하나로 방문간호서비스의 실시가 중요한 부분을 차지하는 것으로 사료된다(Ko et al., 2002).

방문간호란 공공보건(보건소, 보건지소, 보건진료소) 인력이 지역주민이 거주하는 곳에 직접 방문하여 대상자 발견 및 상태파악, 보건교육, 예방, 치료, 추후관리, 간호, 의뢰활동 등의 보건의료서비스를 제공하는 사업을 말한다(Ministry of Health & Welfare, 2000, 2001). 이러한 방문간호서비스는 1991년 서울시 5개 보건소에서 처음 실시되어 일부 보건소에서 실시되었다.

방문간호서비스의 궁극적인 목적인 지역주민에 대해 가족단위 중심의 예방, 치료, 재활의 포괄적 보건요로서비스가 제공되어야 할 것으로 사료된다. 이에 본 사업에서도 대상자를 중심으로 한 가족접근을 시도하였고, 사업 후 분석도 한국가족현상을 파악하였다. 건강한 지역사회 조성을 달성하려면, 방문간호서비스를 통해 새로운 가구에 대한 가구사정이 더 활발히 이루어져야 한다고 볼 수 있다. 또한 대부분 보건소에서 2-3명의 방문간호사가 방문간호서비스를 담당하는 현실에서는 이의 달성이 불가능하므로 방문간호인력 확충이 우선적으로 이루어져야 할 것이다.

본 연구에서는 방문간호서비스의 평가를 위해서 한국가족현상 분석과 수혜자들의 서비스에 대한 질 평가를 실시하였다. 이 서비스 질 평가를 위해 방문간호사와 방문간호서비스의 수혜자에 대한 만족도를 조사하였다. 방문간호사에 대한 만족도는 4점 만점에 평균 3.27점으로 2000년 보건소 공공근로 방문간호사업평가의 3.17점(Ko et al., 2002)보다 높게 나타났다. 방문간호사에 대한 수혜자 만족도는 기술 및 전문성 영역, 교육적 영역, 신뢰적 영역, 편의성 및 접근성 영역으로 나누어져 있다. 영역별로 다소 점수가 가장 높게 나타난 영역은 교육적 영역으로 평균 3.36, 가장 낮게 나타난 영역은 신뢰적 영역이 평균 2.90점이었으나 만족도는 높은 편이었다. 이는 방문간호서비스의 특성상 계속적으로 방문간호서비스를 제공할 수 없었던 것이 신뢰적 영역의 만족도가 다른 영역에 비해 비교적 낮게 나타난 것이라 사료된다.

제공된 방문간호서비스에 대한 만족도는 3점 만점에 평균 2.70점으로 역시 2000년 보건소 공공근로 방문간호사업평가(Ko et al., 2002)보다 만족도가 조금 높게 나타났다. 방문간호서비스에 대한 수혜자의 만족도 영역은 사정, 교육 및 상담, 의뢰, 마비환자 관리, 만성질환자 관리, 치매환자·정신질환자 관리, 호스피스간호 영역으로 되어있다. 가장 높은 만족도를 보인 영역은 영역별로는 교육 및 상담 영역이 2.98점을 가장 높았고 반면에 치매 및 정신질환자관리가 평균 2.54점, 마비환자 관리가 2.60점으로 다른 영역에 비해 낮았다. 이는 치매환자가 치료될 수 있는 질병이 아니라 지속적으로 서비스를 제공해도 서비스의 효과가 가시화되지 않는 한계가 있기 때문인 것으로 보인다. 2000년 현재 65세 이상 노인인구의 약 8.3%인 28만명 정도가 치매노인으로 추정되고 있으며 이 비율은 인구 증가에 따라 계속적으로 증가할

것으로 예상되고 있다. 그리고 치매의 특성상 가족의 정신적, 육체적, 경제적 부담이 매우 심각한 것으로 인식되고 있다. 그러나 아직까지 치매에 대한 종합적인 관리체계가 미비하고 전문요양시설 및 전문진료기관이 부족하며 전문인력 양성체계 및 종합적인 연구기능도 미흡한 상태이다. 마비환자관리 또한 지역사회 실정에서 장기적 서비스 관리가 필요하므로 현실적으로 어려운 실정이다.

결론적으로 이상에서, 이 지역의 방문간호 대상자들에게 평균 3.16회의 방문을 시행하여 높은 빈도수를 보였으며, 반면 사회복지관련 기관 의뢰는 평균 1.00회 뿐이었다. 이런 결과는, 현재 이 지역 관내 사회복지관련기관과 연계하여 돌보기 기증, 생계후원금 지원, 반찬제공, 간호대학생의 노력봉사, 휠체어 제공등을 받는 활동으로 효율적인 방법으로 다른 기관과 연계성이 잘 되고 있었다. 그러나 의료기관과의 의뢰는 낮은 실정이었다.

방문간호서비스 제공 전 후 모두 지역사회지체체구나 재정문제를 높은 문제로 인식하고 있었고 가족내부의 문제인 가정학대나 가족 내 부적절한 권력구조에 대해서는 문제가 적은 것으로 나타났다. 이는 현재 지역주민의 경제적 어려움이 있음을 보여주고 이에 비해 만성질환으로 인한 의료비 부담이 상대적으로 높음을 느끼는 것을 알 수 있다. 수혜자 만족도는 전반적으로는 높은 경향을 보였으며, 의료혜택에 있어서 소외되어 있던 생활보호 대상자나 저소득층 가구에 대해 그들이 필요로 하는 적절한 방문간호 서비스를 제공한 결과라고 볼 수 있다.

V. 결 론

본 연구는 취약가구인 국민기초생활보장수급자 중 7개 질환(암, 당뇨, 고혈압, 관절염, 정신질환, 치매, 뇌졸중)보유자와 거동불편자에게 방문간호서비스 제공 전 후 한국가족현상 분포 변화와 방문간호 서비스에 대한 수혜자 만족도조사이다. 대상자의 표본추출 방법은 층화무작위 추출법을 사용하였으며, 711명을 분석하였다. 연구기간은 2003년 4월 7일에서 2003년 10월 14일까지 이루어졌으며, 자료수집방법은 각 지역별로 자료 수집자를 선정하여 신뢰도를 높이기 위하여 수혜자에게 방문간호서비스를 제공하지 않은 사람이 직접 방문하여 조사하였다.

연구 도구로는 ICNP를 한국현실에 맞게 개발된 한국가족현상과 1999년 공공근로 방문간호 협의체 사무국에서 개발된 방문간호 수혜자 만족도를 수정·보완하여 사

용하였다.

1) 평균 방문횟수는 3.82회이며, 교육 및 상담이 평균 3.16회, 환자 및 증상관리 3.08회, 사정 및 진단이 평균 3.08회, 검사가 2.02회, 투약 및 투약관리 1.71회, 처치 1.01회, 사회복지관련기관에 의뢰 1.00회, 의료기관외뢰 0.21회 순이었다.

2) 방문간호 사업서비스 시행전 후 모두 가족간호현상중 지역사회지지체계 부족이 가장 높게 나타났다. 그 다음이 비효율적 재정관리, 지역사회와의 상호작용부족, 사회적 고립감, 부적절한 생활양식, 부적절한 질병관리 순으로 나타났다. 방문간호서비스 제공 전 보다 제공 후 많은 항목의 문제점이 조금씩 감소하였으나, 비효율적 재정관리영역 6항목은 모두 문제점이 증가되었다.

3) 방문간호사에 대한 수혜자 만족도는 4.0 만점에 3.27이었다.

방문횟수별 방문 간호사에 대한 수혜자 만족도는 1-5회 방문시 만족도가 2.98점으로 가장 낮았으며, 5-10회가 3.26점, 11회 이상 방문이 3.31점으로 가장 높게 나타났다($F=10.32, 0.000$).

4) 방문간호 서비스에 대한 수혜자 만족도는 3점 만점에 총평균 2.70점으로 나타났다. 영역별로는 교육 및 상담 영역이 2.98점, 건강상태 사정이 2.78점, 만성질환자 관리 2.66점, 마비환자 관리 2.60점이었다. 반면에 치매 및 정신질환자관리는 평균 2.54점이었다. 방문간호사의 방문횟수별 방문간호서비스에 대한 만족도는 1-5회 방문간호서비스를 제공받은 수혜자의 만족도는 3점 만점에 평균 2.60점이었고, 6-10회 방문간호서비스를 제공받은 수혜자의 만족도가 평균 2.75점, 11-20회 방문간호서비스를 제공받은 수혜자의 만족도는 약간 감소(2.73점)하였지만 방문횟수가 증가함에 따라 수혜자의 만족도가 증가하는 양상을 보였다($F=5.00, p=0.006$).

References

Cho, S. Y., & Kim, J. J. (1996). A study on health promotion needs assessment of the

rural elderly in Korea. *J Korean Community Health Nursing Acad Society*, 10(2), 146-161.

Joo, K. S., Kim, H. J., Lee, S. H., & Min, H. Y. (1996). A Comparative study on medical utilization between Urban and Rural Korea. *Korea J of Preventive Medicine*, 29(3), 311-329.

Kim, Y. I., Kim, H. G., Jung, H. S. & Park, J. K. (2003). Family Phenomena and Characteristics by Socioeconomic Characteristics of the Family. *J Korean Community Nursing*, 14(2), 263-273.

Ko, I. S. et al. (2002). Evaluation of Government Assisted Visiting Nursing Services of Health Center in 2000. *J Korean Academy of Nursing*, 32(3), 344-354.

Korea national statistical office (2003). Increase rate in population, Average life span and Annual report on the cause of death statistics(<http://www.nso.go.kr>).

Korea national statistical office (1996). Aged society(<http://www.nso.go.kr>).

Lim, Y. O., & So A. T. (1999). A Study on Visiting Nursing Service in Primary Health Care Units. *J Korean Community Nursing*, 10(2), 480-493.

Ministry of Health & Welfare (2001). The management guide of visiting-nursing work.

Seo, Y. J. et al, (2003). The Process Assessment of Health Promotion Programs at Public Health Centers. *J of Korean Society for Health Education and Promotion*, 20(1), 1-17.

Yun, S. N. et al., (2002). Validity Field Testing of Family Nursing Phenomen in Korea by the Retrospective Method of ICNP. *The J of Korea Community Nursing*, 13(3), 423-433.

- Abstract -

Evaluation of Visiting Nursing Services for the Vulnerable Family in Urban Community

*Park, Kyung Min**

Objectives: The purpose of this study was to verify a change for family nursing phenomena and satisfaction of clients of vulnerable families in an urban community. **Methods:** The study subjects were 711 families, randomly selected, who had chronic diseases (arthritis, diabetes, stroke, hypertension, mental disease, cancer, dementia) with basic social welfare services from the nation and had disabled persons in an urban community, South Korea. The instruments used were the family nursing phenomena in Korea by ICNP and client satisfaction. Client satisfaction consisted of client satisfaction on home visiting nurses (4 Likert scales) and home visiting services (3 Likert scales). **Results:** The average visiting number is 3.82. The service number of education and counseling is 3.16, patient and symptom management 3.08,

assessment and diagnosis 3.08, test 2.02, medication service 1.71^회, dressing 1.01, referral to social welfare institute 1.00^회, referral to medical service institute 0.21. In both, pre home visiting and post home visiting, the highest rated phenomenon was the 'lack of social support system' and following that 'deficit of financial management skill and support', 'lack of family interaction in community', and 'social isolation', 'unhealthy life style' and 'inadequate care management of sick member', in that order.

The percentages of phenomena besides 'deficit of financial management skill and support' decreased.

The satisfaction level of clients towards the nurses was 3.27 points on a scale of 4, and the nursing services was 2.70 points on a scale of 3. **Conclusion:** Home visiting nursing services should continue to provide comprehensive healthcare services and support for vulnerable families, in urban communities.

Key words : Home Visiting, Family nursing phenomena, Client satisfaction, Vulnerable family, Urban community in Korea

* College of Nursing, Kyungmyung University (Corresponding author)