

퇴원환자의 신체적 기능상태 및 미충족 간호요구도: 만성호흡기질환, 장루보유 대장암, 뇌졸중 환자를 중심으로

오익금¹⁾ · 성지현²⁾ · 박영수³⁾ · 이현주⁴⁾ · 김유경⁵⁾

¹⁾연세대학교 간호대학·김모임간호학연구소 교수, ²⁾연세대학교 간호대학·김모임간호학연구소 연구원,
³⁾순천향대학교 간호학과 조교수, ⁴⁾연세대학교 일반대학원 박사과정, ⁵⁾국군간호사관학교 조교수

Physiological Functional Status and the Levels of Unmet Care Needs after Discharge in Patients with Chronic Pulmonary Disease, Colorectal Cancer, and Strokes

Oh, Eui Geum¹⁾ · Sung, Ji Hyun²⁾ · Park, Young-Su³⁾ · Lee, Hyun Joo⁴⁾ · Kim, Yu Kyung⁵⁾

¹⁾Professor, Mo-Im Kim Nursing Research Institute, College of Nursing, Yonsei University

²⁾Researcher, Mo-Im Kim Nursing Research Institute, College of Nursing, Yonsei University

³⁾Assistant Professor, Department of Nursing, Soonchunhyang University

⁴⁾Doctoral Student, Graduate School, College of Nursing, Yonsei University

⁵⁾Assistant Professor, Korea Armed Forces Nursing Academy

Purpose: The purpose of this study was to identify physiological functional status and unmet care needs among patients with chronic pulmonary disease, colorectal cancer, and strokes after discharge. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 224 patients diagnosed with aforementioned diseases from January to July in 2014 in two different tertiary hospitals in Seoul and its suburban area. Physiological functional status and unmet care needs were collected using Karnofsky Performance Status (KPS) Scale and Problems After Discharge Questionnaire-English version (PADQ-E) respectively. Data were analyzed using SPSS/WIN 21.0 program. **Results:** Patients with chronic pulmonary disease and colorectal cancer showed a low level of physiological functional status (mean: 77.20 and 77.60 out of 100 respectively) and a high level of unmet care needs (mean 2.23 and 2.63 out of 4 respectively). Stroke patients showed a high level of unmet care needs in the category of 'counseling', 'physical complaints', and 'instructions'. Physiological functional status was significantly associated with unmet care needs in all three patient groups and it showed a significant effect on unmet care needs in patients with stroke. **Conclusion:** The results showed that patients after discharge were still having insufficient functional status and various unmet care needs. The results of this study suggest a development of nursing care service for patients with chronic diseases after discharge.

Key words: Patient Discharge, Needs Assessment, Karnofsky Performance Status

I. 서 론

1. 연구의 필요성

국내 퇴원 환자수는 매년 증가 추세를 보이고 있는 반면 평균재원일수는 감소하고 있다. 2014년의 1개월간 퇴원 환자수

는 838,747명으로써 2005년에 비해 약 1.6배 증가하였고, 2014년 퇴원 환자의 평균재원일수는 14.4일로 2008년의 15.9일에서 1.5일 감소하였다[1]. 이는 포괄수거제의 확대 실시 및 병상회전을 제고 등과 같은 의료효율을 강조하는 보건의료환경의 변화와 관련된 조기퇴원 증가경향을 반영하는 결과로 인한 것으로 추측된다. 한편, 퇴원 환자의 재원일수가 감소함에 따라

주요어: 퇴원 환자, 간호요구도 사정, 신체적 기능상태

Corresponding author: Oh, Eui Geum

College of Nursing, Yonsei University, 50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03722, Korea.

Tel: 82-2-2228-3256, Fax: 82-2-392-5440, E-mail: euigeum@yuhs.ac

* 본 연구는 보건복지부의 재원으로 한국보건산업진흥원의 보건 의료기술연구개발 사업지원에 의하여 이루어진 것임(과제고유번호:HI 13C0775).

* 성인간호학회 춘계학술대회(2014. 6. 20)구두 발표.

투고일: 2016년 1월 31일 / 심사회의일: 2016년 2월 3일 / 게재확정일: 2016년 6월 24일

재입원율은 유의하게 증가하며, 이는 사망률을 포함한 환자의 결과 지표에 영향을 미치는 것으로 보고되었다[2]. 재입원은 퇴원 환자에 대한 병원의 질 관리 결과를 반영하는 것으로 써[3], 국내 일 중소병원의 경우, 퇴원 환자의 재입원율은 27.9%로 퇴원 후 28일 내 재입원의 32.5%가 기대되지 않은 재입원이었고, 신생물, 호흡기계, 소화기계질환자에서 재입원율이 높은 것으로 나타났다[4]. 이와 같이 퇴원 후 28일 이내의 높은 재입원율은 퇴원 환자에 대한 질적이고 안전한 의료서비스의 개발 및 제공에 대한 시급성과 중요성을 시사한다고 볼 수 있다.

한편, 퇴원 환자의 대부분은 최소 한 가지 이상의 신체적 어려움을 경험하고, 가족이나 친구의 도움을 받으며 생활하고 있으며, 자기관리를 위한 건강에 대한 요구도가 높다[5]. 특히, 퇴원 환자 중 장루 환자, 만성폐쇄성폐질환 환자, 뇌혈관질환자 등이 간호요구도가 높은 질환군으로 보고되었다. 장루를 보유한 대장암수술 환자들은 장루를 보유하지 않은 대장암 환자들에 비해 합병증과 불편감에 대한 퇴원 후 간호요구도가 높으며[6], 만성폐쇄성폐질환 환자들은 불명확한 질병의 예후에 대한 염려와 대중적 치료에 대한 미충족 요구가 높고, 그들의 상태를 가정에서 규칙적으로 모니터링받기 원하며 정보와 지지자원 등에 대한 지속적 요구를 호소하였다[7,8]. 뇌혈관질환자는 급성기를 지나 회복기에 접어들면서 장애가 동반되거나 후유증 치료를 위한 장기간의 재활이 필요하므로 지속적인 간호가 필요한 것으로 보고되었다[9,10]. 즉, 급성 시기를 지나 퇴원하는 환자들이 완전한 회복이 이루어지지 않은 아급성 상태에서 퇴원 후 바로 가정 및 사회로 복귀하는 것에 대한 어려움을 경험하고 있음을 알 수 있다.

퇴원 시 환자의 신체적 기능상태는 퇴원 후 환자의 건강상태 및 간호 요구에 영향을 미치는 중요한 요인이므로, 환자의 신체적 기능상태 저하와 이에 대한 퇴원 후 간호중재의 부재는 퇴원 환자의 재입원 발생의 주요한 위험 요인이 될 수 있다[11,12]. 따라서, 퇴원 환자의 신체적 기능상태에 대한 사정, 체계적 맞춤형 퇴원계획의 중요성이 강조되고 있으며, 이를 위해서는 퇴원 후 환자들이 가정에서 직면하는 신체적, 심리적, 사회적, 환경적 문제가 무엇인지에 대한 포괄적인 규명이 우선되어야 한다[13]. 국외의 경우, 퇴원 환자의 관리를 위한 다양한 지역사회 중심의 케어가 이루어지고 있는데, 미국은 오바마 의료개혁의 일환으로 퇴원 환자의 재입원율을 낮추기 위한 다양한 사례관리(case management) 프로그램을 개발하여 의료 자원의 효율적 이용 및 연계를 도모할 뿐 아니라 환자 중심의 맞춤형 퇴원간호를 제공하고 있다[14-16]. 또한, 캐나다는 대상자 중심의 개별화된 질적 서비스 제공을 위해 지역

보건센터(Community Care Access Center, CCAC)를 운영하며 사례관리자가 주축이 되어 지역사회 중심의 재가서비스를 제공하는데, 이러한 간호서비스는 재입원율 감소, 삶의 질 증진 등에 효과적인 것으로 보고되고 있다[17].

국내의 재가간호서비스로는 의료기관 가정간호와 보건소 방문보건간호, 노인장기요양보험 방문간호가 있다. 하지만 급성기 치료 후 퇴원하는 환자가 가지는 복합적인 치료 및 간호요구를 충족시키기에는 서비스 내용 및 서비스 간 효율적 연계의 부분에서 한계점을 가지고 있으며[18,19], 각 재가간호서비스의 제도화와 확산 정책에도 불구하고, 서비스 대상자와 제공자의 인식도와 이용률이 낮아 제도적 개선이 필요함이 지적되고 있다[20]. 급성기 퇴원 환자의 성공적이고 안전한 지역사회 복귀를 돕고 재입원을 감소시키기 위하여 여러 자원간의 비용 효율적인 연계방안을 모색해야 할 시점에 와 있으나, 아직까지 이러한 의료 및 복지 체계의 연계는 미비한 실정이다. 퇴원 환자의 질 관리를 위하여 의료서비스를 적극적으로 활용할 수 있도록 하기 위해서는 환자들이 퇴원 후 가정으로 복귀하여 경험하는 미충족 간호요구도의 파악이 우선적으로 요구된다. 국내에서는 노인 입원 환자 및 수술 환자, 암 환자를 대상으로 퇴원 계획과 관련된 간호요구, 또는 퇴원 시 예상되는 가정간호요구가 무엇인지를 파악하는 연구[6,21,22] 등이 이루어졌으나, 환자들이 퇴원 후 일정한 기간 동안 가정 및 사회에서 경험한 것을 바탕으로 충족되지 않은 간호요구를 포괄적으로 규명한 연구는 거의 이루어지지 않은 실정이다.

이에, 본 연구는 선행연구와 전문가 의견을 통해 퇴원간호요구도가 높은 것으로 파악된 만성호흡기질환, 장루보유 대장암, 뇌졸중환자를 대상으로 신체적 기능상태 및 퇴원 후 가정에서 경험하는 미충족 간호요구도를 신체적, 심리사회적, 환경적, 경제적, 정보적 요구를 포함하여 포괄적으로 파악하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 만성호흡기질환, 장루보유 대장암, 뇌졸중환자를 대상으로 신체적 기능상태 및 퇴원 후 가정에서 경험한 미충족 간호요구도를 파악함으로써, 대상자 중심의 포괄적인 퇴원 후 간호서비스 제공을 위한 서비스 모델 개발의 기초자료를 마련하고자 한다. 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 인구사회학적 및 질병 관련 특성을 파악한다.
- 2) 대상자의 신체적 기능상태와 퇴원 후 미충족 간호요구도를 파악한다.
- 3) 대상자의 신체적 기능상태와 퇴원 후 미충족 간호요구도

간의 관계를 파악한다.

- 4) 대상자의 퇴원 후 미충족 간호요구도에 영향을 미치는 관련 요인을 파악한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 퇴원 환자의 신체적 기능상태와 가정에서 경험한 미충족 간호요구도를 파악하고, 이에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위한 횡단적 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상은 문헌고찰과 전문가 자문결과를 바탕으로 선정하였다. 일차적으로, 문헌고찰을 통해 퇴원 환자 중 높은 비율을 차지하는 질환군, 가정간호요구도가 높게 보고된 질환군, 퇴원 후 신체적, 정신적, 사회적 문제를 경험하는 것으로 보고된 질환군, 퇴원 후 교육 및 자가관리가 필요한 질환군을 선정기준으로 하여 산부인과질환자, 당뇨병 환자, 고혈압 환자, 신경계질환자, 말기암 환자, 장루보유 환자, 만성호흡기질환자, 만성신부전 환자 등의 8개 질환이 도출되었다. 이에 대해, 간호학 전공 교수 4인, 가정전문간호사 2인과 임상전문간호사 2인을 대상으로 각각 전문가 자문을 시행한 결과를 바탕으로 가장 우선순위가 높게 파악된 만성호흡기질환자, 장루보유 대장암 환자, 뇌졸중환자를 선정하였고, 해당 진료과 전문의 3인(호흡기내과, 대장항문외과, 신경과)과의 논의를 통해 본 연구 대상자로 적합함을 확인하고 최종 대상자로 확정하였다.

연구대상자는 서울 소재 일 상급종합병원과 경기도 소재 일 종합병원에서 만성호흡기질환, 대장암, 뇌졸중을 진단받고 입원치료 후 퇴원하는 환자이며, 대상자 선정기준은 18세 이상의 성인으로, 만성호흡기질환자, 장루보유 대장암 환자, 항혈전제 또는 항혈소판제 복용 중인 뇌졸중환자이다. 치매, 기억장애 또는 정신과적 질환 등의 병력이 있거나, 의사소통이 불가능한 자는 대상에서 제외하였다. G*Power 3.1 프로그램을 이용하여 유의수준(α)=.05, 검정력(1- β)=.80, 효과크기 f^2 =.25, 총 예측 요인 8개의 선형 회귀분석으로 가정하였을 때 필요한 대상자수는 각 질환군별 총 69명으로 탈락률을 10% 이내로 고려하여 각 질환군별 75명을 목표로 하였다. 그 결과 선정기준에 부합하고, 본 연구참여를 동의한 만성호흡기질환자 80명, 장루보유 대장암 환자 75명, 항혈전제 또는 항혈소판제 복용 중인 뇌졸중환자 80명 중 재입원 2명, 사망 1명, 설

문 거부 및 불가 5명, 추후 외래진료 누락 3명을 제외한 총 224 명이 대상자로 포함되었다.

3. 연구도구

1) 신체적 기능상태

대상자의 신체적 기능상태는 Karnofsky Performance Status Scale (KPS)을 이용해 측정하였다. 이는 암 환자의 신체적 기능상태를 정량화하기 위한 도구로 개발되어, 암 환자뿐만 아니라 다양한 질환을 가진 환자의 전반적 신체적 기능상태 평가를 위해 광범위하게 사용되고 있다[23,24]. 본 도구는 최저 0점에서 최고 100점까지 10점 간격으로 된 평가척도로써 0점은 사망 상태, 10점은 빈사상태, 20점은 심각하게 아픈 상태로 입원치료 및 적극적 지지요법이 필요, 30점은 심각한 무기력 상태로 입원치료가 필요, 40점은 무기력 상태로 특수한 치료와 보조가 필요, 50점은 적당한 보조가 필요하며, 의료적 도움이 자주 필요, 60점은 경우에 따라 보조가 필요하나 대부분 자가간호가 가능, 70점은 자가간호가 가능하나 정상생활 및 활동이 불가능, 80점은 노력하면 정상생활 가능, 90점은 경미한 증상이 있으며, 정상활동이 가능, 100점은 질병 관련 증상이 없으며 정상기능상태임을 의미하며, 점수가 높을수록 신체적 기능상태가 좋음을 나타낸다. 본 도구의 평가자 간 신뢰도(Inter-rater reliability)는 95%의 일치율을 보였고, 분류기준 타당도는 KPS 점수와 폐암 환자의 생존기간의 유의한 상관관계로 타당도가 확립되었다[25].

2) 미충족 간호요구도

미충족 간호요구도는 퇴원 후 환자가 경험하는 각 영역별 어려움, 걱정, 한계 등과 같은 제반 문제에 대해 어느 정도의 도움이 필요한 지를 의미하는 것으로[26], Problems After Discharge Questionnaire-English version (PADQ-E) 도구 개발자인 Holland 등[5]의 승인을 받은 후 원본 영문설문지를 한국어로 번역하고, 수정 및 보완하였다. 원 도구는 퇴원 후 약 7일동안 환자들이 가정에서 경험한 미충족요구를 파악하기 위해 개발된 도구로써 총 8개의 하부영역과 47개의 항목으로 이루어져 있다. 본 연구팀은 일차적으로, 4인의 연구원이 원본 영문설문지를 각각 한글로 번역하고, 연구 회의를 통해 번역된 도구의 내용을 비교 및 분석하여 총 11개 영역, 82개 세부항목을 도출하였고, 이를 바탕으로 간호학 전공 교수 4인으로 구성된 전문가 그룹에게 자문을 받아 총 9개 하부영역, 82개의 항목으로 구성된 도구를 완성하였다. 연구팀의 논의와 전문가 자문 결과, 기존 도구의 퇴원 후 가정에서 간호서비스를 받을 수 있는 방법에 대한 문항에 대한 확장이 필요한 것으

로 판단되어 퇴원 후 환자가 필요로 하는 다양한 자원에 대한 요구를 확인하는 개별상담 영역을 새로이 추가하였고, 해당 영역에 가사활동지원, 경제적 지원, 교육 프로그램 지원 등에 대한 항목을 포함하도록 구성하였다. 그 외 가사활동 영역에서는 기존 도구의 거실정리 항목을 주거공간 청소 항목에 포함하였고, 신체적 증상 영역에서는 퇴원 후 환자들이 자주 호소하는 것으로 파악된 발열, 식욕부진, 소화불량 등의 증상이 기존 도구에 포함되어 있지 않아 해당 항목을 수정 및 보완시에 추가하였으며, 정서적 증상 영역에서는 화, 짜증 등의 한국어로 표현이 가능한 증상에 대한 항목을 추가하였다. 또한, 치료기구 및 장비 사용 영역에서는 각각의 기구 및 장비를 세분화하여 제시하는 것으로 수정하였고, 치료지시이행 영역에서도 약물복용, 운동요법 등의 치료내용을 각각 제시함으로써 그 내용을 구체화하였다. 수정·보완된 도구의 내용타당도 검증을 위해 간호학 전공 교수 4인, 간호학 박사학위 소지자 2인을 대상으로 안면타당도를 측정하여 내용을 최종 확정하였다. 본 도구는 자기돌봄, 가사활동, 신체활동, 신체적 증상, 정서적 증상, 치료기구 및 장비 사용, 치료지시이행, 치료 정보, 개별 상담의 9개 영역으로 구성된, 4점 척도의 자가보고형 질문지이며, 점수가 높을수록 미충족 간호요구도가 높음을 의미한다. 개발 당시 내적 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .72$ 이며, 본 연구에서는 .84였다.

4. 자료수집방법

본 연구의 자료수집기간은 2014년 1월부터 2014년 7월까지 서울 소재 A 상급종합병원과 경기도 소재 B종합병원을 대상으로 시행되었다. 해당 의료기관의 전자의무기록을 통해 선정기준에 적합한 연구대상자를 확인하고, 퇴원 전에 연구자가 연구대상자를 만나 연구의 목적과 절차를 설명하였으며, 자발적 의사에 따라 연구참여에 대해 서면 동의한 환자를 대상으로 하였다. 퇴원 전 날 병동에서 연구보조원이 환자의 신체적 기능을 평가하였고, 퇴원 후 첫 외래 방문일에 미충족 간호요구도에 대한 설문을 진행하였다. 호흡기내과, 일반외과, 신경과 외래에 마련된 독립된 공간에서 면대면 조사를 통해 이루어졌으며, 임상경력이 있는 석·박사과정의 연구보조원 3인에 의해서 수행되었고 평균 10~20분 정도가 소요되었다. 퇴원 후 첫 외래 방문일은 평균적으로 만성호흡기질환자 9.3일, 장루보유 대장암 환자 8.8일, 뇌졸중환자 17.0일이었다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS 21.0 프로그램을 이용하여 다음과 같

이 분석하였다.

- 1) 질환군별 대상자의 인구사회학적·질병 관련 특성과 신체적 기능상태 및 미충족 간호요구도는 실수, 백분율, 평균, 표준편차를 이용한 기술통계로 분석하였다.
- 2) 질환군별 대상자의 인구사회학적·질병 관련 특성에 따른 신체적 기능상태와 미충족 간호요구도의 차이는 t-test, one-way ANOVA로 분석하였고, ANOVA 분석 후 그룹간 차이가 있는 경우에는 사후검정으로 Scheffé 분석을 하였다.
- 3) 대상자의 신체적 기능상태와 미충족 간호요구도 간의 상관관계는 Pearson correlation coefficient로 분석하였다.
- 4) 대상자의 미충족 간호요구도에 영향을 미치는 관련요인은 다중회귀분석으로 분석하였다.

6. 윤리적 고려

본 연구는 Y대학교 기관 연구윤리심의위원회 승인(IRB 2013-0040-02)을 받은 후 연구대상자에게 연구목적과 방법을 설명한 후 연구참여에 자발적으로 동의한 자를 대상으로 하였다. 연구자는 연구대상자에게 연구참여에 대한 서면 동의서를 받은 후 자료수집을 진행하였으며, 대상자의 개인적 정보에 대한 비밀 유지 및 익명성 보장과, 수집된 자료는 본 연구목적 이외에는 사용되지 않고, 연구 도중 언제라도 연구참여를 철회할 수 있음을 설명하였다.

III. 연구결과

1. 질환군별 퇴원 환자의 인구사회학적 특성·질병 관련 특성

만성호흡기질환자는 평균 연령 73.5세로, 대상자의 48.0% (36명)가 퇴원 후 배우자와 함께 거주하는 것으로 나타났다. 평균 입원기간은 11.74±9.67일이었으며, 일 평균 복용 약물은 8.68±4.13개이었다. 대상자의 76.0% (57명)는 전문인력의 간헐적인 도움이 필요한 가정간호대상자분류 2단계에 해당되었으나, 가정간호처방이 있는 대상자는 0명으로 나타났다. 장루보유 대장암 환자는 평균 연령 62.1세로, 대상자의 53.4% (40명)가 퇴원 후 자녀와 함께 거주하고 있었다. 평균 입원기간은 13.72±6.93일, 일 평균 복용 약물은 5.52±3.26개이었고, 대상자의 94.7% (71명)가 가정간호대상자분류 2단계에 해당되었으나, 실제 가정간호처방을 받은 대상자는 1명 (1.3%)이었다. 뇌졸중환자는 평균 연령 63.1세로, 대상자의 50.0% (37명)가 퇴원 후 자녀와였으며, 평균입원기간은 6.66±2.13일, 일 평균 복용약물

은 7.01±2.57개이었다. 87.8%(65명)의 대상자가 가정간호대상자분류 2단계에 해당되는 것으로 나타났고, 대상자의 6.8%(5명)가 가정간호처방을 받아 서비스를 이용하였다.

세 질환군의 인구사회학적, 질병 관련 특성은 연령, 결혼상태, 교육수준, 직업유무, 가족과의 동거여부, 재원기간, 복용 약물개수, 질병이환력, 가정간호대상자분류, 가정간호처방유무 항목에서 유의한 차이를 보였다(Table 1).

2. 신체적 기능상태 및 미충족 간호요구도

만성호흡기질환자의 신체적 기능상태는 평균 77.20±13.31점으로 자가간호는 가능하지만 정상적인 활동이 어려운 상태에 해당되었으며, 퇴원 후 미충족 간호요구도를 영역별로 살펴보면 최대 4점 만점 중 신체활동 영역이 2.89±1.02점으로 가장 높았고, 신체적 증상(2.57±0.83), 가사활동(2.39±1.18)영역의

Table 1. General and Disease Characteristics of Participants (N=224)

Characteristics	Categories	Total	CPD ^a (n=75)	Rectal cancer ^b (n=75)	Stroke ^c (n=74)	χ ² or F (p)
		n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	
Age (yr)		66.24±12.68	73.48±9.13	62.13±13.29	63.05±12.10	21.96 (<.001) b, c < a
Gender	Male	152 (67.9)	53 (70.7)	52 (69.3)	47 (63.5)	0.99 (.611)
	Female	72 (32.1)	22 (29.3)	23 (30.7)	27 (36.5)	
Marital status	Single	37 (16.5)	18 (24.0)	7 (9.3)	12 (16.2)	15.93 (.014)
	Married	187 (83.5)	57 (76.0)	68 (90.7)	62 (83.8)	
Education	≤Elementary	66 (29.5)	35 (46.7)	11 (14.7)	20 (27.0)	23.66 (.003)
	Middle school	45 (20.1)	12 (16.0)	17 (22.7)	16 (21.6)	
	High school	62 (27.7)	17 (22.7)	28 (37.3)	17 (23.0)	
	≥College	51 (22.7)	11 (14.6)	19 (25.3)	21 (28.4)	
Employment	Employed	64 (28.6)	13 (17.3)	25 (33.3)	26 (35.1)	7.04 (.030)
	Unemployed	160 (71.4)	62 (82.7)	50 (66.7)	48 (64.9)	
Living together	Live alone	20 (8.9)	11 (14.7)	7 (9.3)	2 (2.7)	33.18 (<.001)
	With spouse	99 (44.2)	36 (48.0)	28 (37.3)	35 (47.3)	
	With children	105 (46.9)	28 (37.3)	40 (53.4)	37 (50.0)	
Care givers	Yes	201 (89.7)	65 (86.7)	69 (92.0)	67 (90.5)	17.23 (.141)
	No	23 (10.3)	10 (13.3)	6 (8.0)	7 (9.5)	
Perceived health status	Very good	1 (0.4)	1 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	9.15 (.165)
	Good	94 (42.0)	29 (38.7)	30 (40.0)	35 (47.3)	
	Poor	108 (48.2)	33 (44.0)	39 (52.0)	36 (48.6)	
	Very poor	21 (9.4)	12 (16.0)	6 (8.0)	3 (4.1)	
Length of hospital stay (day)		10.72±7.54	11.74±9.67	13.72±6.93	6.66±2.13	20.33 (<.001) c < a, b
Number of PO medication		7.07±3.60	8.68±4.13	5.52±3.26	7.01±2.57	36.65 (<.001) b < c < a
Comorbidity	Yes	190 (84.8)	63 (84.0)	54 (72.0)	73 (98.6)	20.61 (<.001)
	No	34 (15.2)	12 (16.0)	21 (28.0)	1 (1.4)	
Use of health care service after discharge	Yes	11 (4.9)	6 (8.0)	1 (1.3)	4 (5.4)	3.63 (.163)
	No	213 (95.1)	69 (92.0)	74 (98.7)	70 (94.6)	
Classification of home care need	Level 1	23 (10.3)	15 (20.0)	1 (1.3)	7 (9.5)	14.58 (.006)
	Level 2	193 (86.2)	57 (76.0)	71 (94.7)	65 (87.8)	
	Level 3	8 (3.5)	3 (4.0)	3 (4.0)	2 (2.7)	
Prescription for home care	Yes	6 (2.7)	0 (0.0)	1 (1.3)	5 (6.8)	7.31 (.026)
	No	218 (97.3)	75 (100.0)	74 (98.7)	69 (93.2)	

CPD=Chronic pulmonary disease; PO=Per oral.

순으로 높게 나타났다. 장루보유 대장암 환자의 신체적 기능상태는 평균 77.60±12.61점이었고, 퇴원 후 미충족 간호요구도는 개별상담(3.32±1.02), 치료기구 및 장비사용(3.09±1.03), 치료지시이행(2.96±1.06)영역의 순으로 높게 나타났다. 뇌졸중환자의 신체적 기능상태는 평균 85.27±9.82점이었고, 퇴원 후 미충족 간호요구도는 개별상담(2.22±1.02), 신체적 증상(2.05±0.74), 치료지시이행(2.05±0.74)영역의 순으로 높게 나타났다.

신체적 기능상태 점수는 뇌졸중환자그룹이 만성호흡기질환자그룹과 장루보유 대장암 환자 그룹에 비해 유의하게 높았으며, 전반적인 미충족 간호요구도는 장루보유 대장암 환자 그룹이 가장 높았고, 만성호흡기질환자그룹, 뇌졸중환자그룹 순이었다. 특히, 만성호흡기질환자그룹은 다른 그룹에 비해 신체활동에 대한 미충족 간호요구도가 유의하게 높았으며, 장루보유 대장암 환자그룹은 치료지시이행, 정서적 증상, 개별상담, 치료기구 및 장비 사용의 영역에서 다른 그룹에 비해 유의하게 높은 것으로 나타났다(Table 2).

3. 질환군별 퇴원 환자의 특성에 따른 신체적 기능상태 및 미충족 간호요구도

대상자의 인구사회학적·질병 관련 특성에 따른 신체적 기능상태 및 미충족 간호요구도의 차이는 Table 3과 같다. 만성호흡기질환자의 경우, 신체적 기능상태는 돌봄 제공자 유무(t=2.09, p=.046)에서, 미충족 간호요구도는 지각된 건강상태(t=3.25, p=.002), 퇴원 후 간호서비스 이용 경험(t=-3.12, p=.003)에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 장루보유 대장암 환자의 신체적 기능상태는 재원기간(t=2.10, p=.039), 동반질환(t=2.55, p=.013)에서, 미충족 간호요구도는 지각된 건강상태(t=2.53, p=.014), 재원기간(t=-2.50, p=.014), 가정간호대상자분류(t=-2.54, p=.013)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 뇌졸중

Table 2. Physiological Functional Status and Unmet Care Needs of the Participants (N=224)

Variables	Categories	CPD ^a	Rectal cancer ^b	Stroke ^c	F	p
		(n=75) M±SD	(n=75) M±SD	(n=74) M±SD		
Physiological functional status		77.20±13.31	77.60±12.61	85.27±9.82	10.65	< .001 a, b < c
Level of unmet care needs	Overall	2.23±0.73	2.63±0.67	1.82±0.56	28.26	< .001 c < a < b
	Mobility	2.89±1.02	2.00±1.16	1.64±0.97	28.07	< .001 b, c < a
	Physical complaints	2.57±0.83	2.84±1.09	2.05±0.74	14.74	< .001 c < a, b
	Household activities	2.39±1.18	2.16±1.32	1.42±0.92	14.33	< .001 c < a, b
	Information needs	2.36±1.07	2.49±1.13	1.99±0.75	5.13	.007 c < a, b
	Instructions	2.15±0.97	2.96±1.06	2.05±0.74	21.38	< .001 a, c < b
	Psychological complaints	2.05±0.93	2.41±1.12	2.01±0.79	3.99	.020 a, c < b
	Personal care	2.03±1.16	2.36±1.25	1.43±0.98	12.72	< .001 c < a, b
	Counseling	1.95±0.93	3.32±1.02	2.22±1.02	40.47	< .001 a, c < b
	Equipment operation	1.71±1.05	3.09±1.03	1.57±0.81	56.53	< .001 a, c < b

CPD=Chronic pulmonary disease.

Table 3. Differences of Physiological Functional Status and Unmet Care Needs based on General and Disease Characteristics (N=224)

Characteristics	Categories	Chronic pulmonary disease (n=75)						Rectal cancer (n=75)						Stroke (n=74)					
		PFS		Care needs		PFS		Care needs		PFS		Care needs		PFS		Care needs			
		n	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	n	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	n	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)			
Age (yr)	≤ 65	12	78.33±16.42	0.32	2.26±0.93	0.14	44	79.09±13.26	1.22	2.57±0.56	-0.82	37	86.78±8.51	1.31	1.67±0.39	-2.38			
	≥ 66	63	76.98±12.78	(.750)	2.23±0.69	(.891)	31	75.48±11.50	(.225)	2.70±0.80	(.413)	37	83.78±10.89	(.195)	1.97±0.65	(.020)			
Gender	Male	53	75.85±13.65	-1.37	2.26±0.78	0.65	52	75.96±13.03	-1.71	2.56±0.68	-1.35	47	85.53±9.74	0.02	1.78±0.57	-0.90			
	Female	22	80.45±12.14	(.174)	2.16±0.59	(.517)	23	81.30±10.10	(.091)	2.78±0.64	(.181)	27	84.81±10.14	(.765)	1.90±0.54	(.370)			
Marital status	Single	18	80.00±13.28	1.02	2.24±0.81	0.05	7	77.14±11.13	-0.10	2.43±0.81	-0.82	12	87.50±6.22	0.86	1.84±0.43	0.15			
	Married	57	76.32±13.31	(.309)	2.23±0.70	(.957)	68	77.65±12.83	(.921)	2.65±0.66	(.414)	62	84.84±10.36	(.394)	1.81±0.58	(.878)			
Education	≤ Primary	35	77.14±13.19	0.62	2.16±0.64	0.42	11	79.09±9.44	1.95	2.34±0.64	1.23	20	82.00±11.05	3.00	1.97±0.62	0.95			
	Middle	29	80.83±13.11	(.543)	2.24±0.48	(.659)	17	72.35±17.86	(.149)	2.73±0.70	(.298)	16	83.13±12.50	(.056)	1.78±0.36	(.390)			
	≥ High	11	75.71±13.72		2.33±0.91		47	79.15±10.60		2.66±0.66		38	87.89±7.04		1.76±0.59				
Employment	Employed	62	80.00±14.72	-0.83	2.15±0.75	0.47	25	76.40±11.14	0.58	2.55±0.57	0.69	26	87.31±8.74	-1.32	1.58±0.29	3.44			
	Unemployed	13	76.61±13.05	(.408)	2.25±0.73	(.637)	50	78.20±13.35	(.564)	2.66±0.71	(.492)	48	84.17±10.28	(.191)	1.95±0.62	(.001)			
Perceived economic status	Poor	44	76.82±13.77	-0.29	2.26±0.72	0.42	40	76.75±13.85	-0.62	2.72±0.61	1.25	37	82.70±9.90	-2.32	1.94±0.64	1.93			
	Good	31	77.74±12.84	(.770)	2.19±0.75	(.673)	35	78.57±11.15	(.536)	2.52±0.72	(.215)	37	87.84±9.17	(.023)	1.70±0.43	(.058)			
Living together	Yes	64	76.56±13.48	1.00	2.21±0.72	0.70	68	77.94±12.53	-0.73	2.61±0.63	0.76	71	85.35±9.98	-0.39	1.82±0.57	-0.11			
	No	11	80.91±12.21	(.320)	2.37±0.79	(.489)	7	74.29±13.97	(.469)	2.81±0.99	(.451)	3	83.33±5.77	(.969)	1.74±0.23	(.915)			
Care giver	Yes	65	76.46±13.97	2.09	2.29±0.72	-1.73	69	77.39±12.91	0.48	2.64±0.66	-0.77	67	85.07±10.06	0.53	1.84±0.58	-2.15			
	No	10	82.00±6.33	(.046)	1.87±0.68	(.087)	6	80.00±8.94	(.630)	2.43±0.80	(.447)	7	87.14±7.56	(.600)	1.63±0.17	(.040)			
Perceived health status	Poor	45	76.44±13.84	-0.60	2.44±0.71	3.25	45	78.22±13.70	0.52	2.78±0.70	2.53	39	82.31±10.34	-2.91	2.05±0.66	4.42			
	Good	30	78.33±12.62	(.551)	1.92±0.63	(.002)	30	76.67±10.93	(.604)	2.39±0.54	(.014)	35	88.57±8.10	(.005)	1.56±0.23	(<.001)			
Length of hospital stay (day)	≤ 10	46	78.26±13.39	0.95	2.17±0.72	-1.27	34	80.88±9.33	2.10	2.42±0.58	-2.50	71	85.35±9.98	0.35	1.82±0.57	-0.22			
	≥ 11	29	75.19±13.41	(.347)	2.39±0.72	(.210)	41	74.88±14.34	(.039)	2.80±0.69	(.014)	3	83.33±5.78	(.730)	1.89±0.29	(.828)			
Number of PO medications	≤ 7	42	76.90±14.40	-0.22	2.22±0.69	-0.14	70	77.71±12.76	0.80	2.62±0.64	-0.44	64	85.63±10.05	0.65	1.77±0.52	-1.31			
	≥ 8	33	77.58±11.99	(.830)	2.24±0.78	(.890)	5	72.50±9.57	(.425)	2.86±1.06	(.687)	10	83.33±8.66	(.518)	2.12±0.77	(.220)			
Comorbidity	Yes	63	76.51±13.93	1.03	2.29±0.72	-1.76	54	75.37±12.99	2.55	2.68±0.71	-1.22	73	85.21±9.88	0.48	1.82±0.56	-1.08			
	No	12	80.83±9.00	(.305)	1.90±0.68	(.082)	21	83.33±9.66	(.013)	2.48±0.54	(.226)	1	90.00	(.631)	1.22	(.284)			
Use of health care service	Yes	6	70.00±14.14	1.39	3.07±0.79	-3.12	1	70.00	0.60	3.66	-1.58	4	82.50±15.00	0.58	2.14±1.26	-0.53			
	No	69	77.83±13.16	(.169)	2.16±0.68	(.003)	74	77.70±12.67	(.548)	2.61±0.66	(.118)	70	85.43±9.58	(.566)	1.80±0.50	(.630)			
Classification of home care needs	I & III	60	75.83±13.05	1.80	2.28±0.74	-1.35	74	77.57±12.69	0.19	2.65±0.64	-2.54	67	84.78±10.05	2.08	1.84±0.58	-0.84			
	I	15	82.67±13.34	(.075)	2.00±0.74	(.182)	1	80.00	(.850)	1.00	(.013)	7	90.00±5.77	(.063)	1.65±0.28	(.403)			
Prescription for home care	Yes	0	-	-	-	-	1	70.00	0.60	3.66	-1.58	5	84.00±11.40	.298	2.60±1.15	-1.62			
	No	75	77.20±13.31		2.23±0.73		74	77.70±12.67	(.548)	2.61±0.66	(.118)	68	85.36±9.79	(.767)	1.76±0.46	(.180)			

PFS=Physiological functional status; PO=Per oral.

환자의 신체적 기능상태는 주관적 경제상태($t=-2.32, p=.023$), 지각된 건강상태($t=-2.91, p=.005$)에서, 미충족 간호요구도는 연령($t=-2.38, p=.020$), 직업($t=3.44, p=.001$), 돌봄 제공자 유무($t=-2.15, p=.040$), 지각된 건강상태($t=4.42, p<.001$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

4. 질환군별 퇴원 환자의 신체적 기능상태와 미충족 간호요구도의 관계

대상자의 퇴원 후 신체적 기능상태와 영역별 미충족 간호요구도 간의 관계를 분석한 결과는 Table 4와 같다. 만성호흡기질환자의 경우, 신체적 기능상태가 낮을수록 자기돌봄($r=-.26, p=.026$), 가사활동($r=-.26, p=.027$), 신체활동($r=-.28, p=.015$), 신체적 증상($r=-.32, p=.005$), 상담($r=-.25, p=.029$)영역에서 미충족 간호요구도가 높았으며, 장루보유 대장암 환자의 경우 신체적 기능상태가 낮을수록 신체활동($r=-.27, p=.020$) 영역에서 미충족 간호

요구도가 높았다. 뇌졸중환자에서는, 신체적 기능상태가 낮을수록 자기돌봄($r=-.24, p=.040$), 가사활동($r=-.37, p=.001$), 신체활동($r=-.30, p=.010$), 정서적 증상($r=-.37, p=.001$), 치료와 관련된 정보($r=-.29, p=.013$), 상담($r=-.37, p=.001$)영역에서 미충족 간호요구도가 높았다.

5. 질환군별 퇴원 환자의 미충족 간호요구도에 영향을 미치는 요인

대상자의 질환군별 퇴원 후 미충족 간호요구도에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 단계적 다중회귀분석을 시행하였으며, 결과는 Table 5와 같다. 만성호흡기질환자의 경우 지각된 건강상태($p<.001$), 퇴원 후 간호서비스 이용($p=.001$), 장루보유 대장암 환자에서는 가정간호분류($p=.002$), 재원기간($p=.008$), 지각된 건강상태($p=.009$), 뇌졸중환자에서는 지각된 건강상태($p<.001$), 신체적 기능상태($p=.039$)가 통계적으

Table 4. Correlations between Physiological Functional Status and Level of Unmet Care Needs (N=224)

Variable	Domains	Physiological functional status			
		Total (n=224)	CPD (n=75)	Rectal cancer (n=75)	Stroke (n=74)
		r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Level of unmet care needs	Personal care	-.30 (<.001)	-.26 (.026)	-.21 (.070)	-.24 (.040)
	Household activities	-.31 (<.001)	-.26 (.027)	-.16 (.182)	-.37 (.001)
	Mobility	-.34 (<.001)	-.28 (.015)	-.27 (.020)	-.30 (.010)
	Physical complaints	-.22 (.001)	-.32 (.005)	-.03 (.810)	-.08 (.511)
	Psychological complaints	-.17 (.011)	-.13 (.267)	-.05 (.649)	-.37 (.001)
	Using equipment	-.22 (.001)	-.21 (.078)	-.11 (.359)	-.17 (.138)
	Following instructions	-.17 (.011)	-.14 (.247)	-.04 (.748)	-.25 (.103)
	Information needs	-.10 (.128)	-.11 (.356)	-.12 (.297)	-.29 (.013)
	Counseling	-.23 (.001)	-.25 (.029)	-.19 (.098)	-.37 (.001)
	Overall		-.35 (<.001)	-.30 (.009)	-.18 (.124)

CPD=Chronic pulmonary disease.

Table 5. Predictors of Level of Unmet Care Needs based on Disease Types (N=224)

Disease types	Predictors	β	t	p	B	R ²	Adj. R ²	F	p
CPD (n=75)	Perceived health status	-.38	-3.71	<.001	-0.56	.26	.24	12.65	<.001
	Use of health care service	.37	3.60	.001	0.98				
	Physiological functional status	-.18	-1.73	.089					
Rectal cancer (n=75)	Classification of home care	.34	3.30	.002	1.97	.26	.25	8.12	<.001
	Length of stay	.28	2.71	.008	0.38				
	Perceived health status	-.28	-2.70	.009	-0.38				
Stroke (n=74)	Perceived health status	-.39	-3.70	<.001	-0.44	.25	.23	11.60	<.001
	Physiological functional status	-.22	-2.10	.039	-0.35				
	Care giver	.10	0.98	.333					
	Employment	-.16	-1.42	.160					
	Age	.18	1.72	.090					

Adj. R²=Adjusted R²; CPD=Chronic pulmonary disease.

로 유의한 영향을 주는 것으로 나타났으며, 질환군별로 각각의 결과는 24%, 25%, 23%의 설명력을 보였다.

IV. 논 의

퇴원 환자의 증가 추세에 따라 퇴원 환자가 가정 및 사회로 복귀하여 적응하는 과정에서 발생하는 다양한 문제를 효율적으로 관리할 수 있는 대상자 중심의 포괄적인 간호서비스에 대한 필요성이 꾸준히 제기되고 있다. 특히 다양한 간호 요구를 가지는 환자군에 대해 퇴원 후 관리의 연속성 유지 및 질 유지를 위한 노력이 요구되며, 이는 합리적 의료이용 및 효율성이 강조되는 현재의 보건의료 환경 변화를 감안할 때 더욱 절실하다. 그러나 현재 국내에서는 퇴원 후에도 지속적인 간호가 요구되는 대상자에 대한 다각적인 연구가 미흡한 실정이다. 따라서 본 연구는 만성호흡기질환자, 장루보유 대장암 환자, 뇌졸중환자를 대상으로 그들의 신체적 기능상태 및 퇴원 후 가정에서 경험한 미충족 간호요구도를 보다 포괄적으로 파악하여 퇴원 환자의 재가간호에 대한 일관성 유지 및 기존의 지역사회 기반의 재가간호 자원의 활용에 대한 실마리를 제공했다는 데 의의가 있다. 또한, 본 연구로부터 도출된 결과는 본 연구의 대상자그룹과 유사한 상태를 가지는 질환군에서 확대적용이 가능할 것으로 생각된다. 퇴원 후 직면하는 미충족 간호요구도를 보다 적극적으로 해결하기 위해서는 환자와 가족, 환자와 의료진 간의 연계 및 조정을 담당하면서 간호의 일관성을 도모하고, 지역사회 자원의 효율적 사용을 돕는 전문적인 간호인력의 확충이 필요할 것이다.

본 연구결과, 퇴원 환자의 전반적인 미충족 간호요구도는 장루보유 대장암 환자그룹에서 다른 두 질환그룹에 비해 유의하게 높은 것으로 나타났고, 세부영역 중 치료지시이행, 치료기구 및 장비사용, 개별 상담의 영역에서 다른 그룹에 비해 미충족 간호요구도가 높았다. 장루를 보유한 대장암 환자의 경우에는, 만성호흡기질환자 및 뇌졸중환자와 다르게 장루조성술이라는 사건을 경험함으로써 식이의 변화, 장루 및 수술상처 관리 등 자가관리와 관련된 익숙하지 않은 치료지시에 갑작스럽게 노출되므로 지시를 따르거나 장루와 같은 기구를 관리하는 데에 어려움을 경험한다[2,5]. 특히, 개별 상담 영역 중 경제적 지원 및 환자교육 프로그램에 대한 간호요구도가 높았는데, 이는 대장암을 비롯한 암 환자의 경우에는 다른 질환에 비해 항암화학요법이나 방사선요법과 같은 적극적인 치료가 수술 이후에도 이루어지는 경우가 많기 때문에, 직접적인 치료 비용뿐만 아니라 노동능력 상실로 인한 부담이 가중되기에 의료적인 문제뿐만 아니라 막대한 경제적 손실이 초래된다고 한 선행연구

결과[27]와 맥락을 같이 한다. 반면에 본 연구에서 뇌졸중환자그룹의 전반적인 미충족 간호요구도가 다른 두 질환그룹에 비해 낮은 것으로 나타났는데, 이는 뇌졸중환자의 간호요구도가 장기적으로 높게 나타나는 것으로 보고된 선행연구[10]와는 차이를 보였다. 이는 본 연구에서는 퇴원 후 2차 의료기관이나 요양시설이 아닌 가정으로 돌아가는 뇌졸중환자를 대상으로 하였기에 질병의 중증도가 상대적으로 낮은 환자들이 연구 대상으로 포함된 점이 반영된 결과로 생각된다.

미충족 간호요구도의 세부영역 중 신체활동영역의 간호요구도는 만성호흡기질환그룹이 다른 두 질환그룹에 비해 유의하게 높았는데, 선행연구[28]에서도 만성호흡기질환으로 인한 지속적인 호흡곤란, 기침, 수면장애, 피로 등으로 인해 독립적인 일상생활 수행능력이 감소됨이 보고되었다. 즉, 만성호흡기질환자의 호흡곤란, 기침 및 수면 장애, 피로 등의 증상 관리는 이들의 기능상태에 영향을 미치는 중요한 요소로서 증상관리를 위한 적극적인 교육과 중재가 요구됨을 시사한다.

퇴원 후 미충족 간호요구도에 영향을 미치는 요인을 확인한 결과, 세 질환그룹에서 공통적으로 지각된 건강상태가 영향을 미치는 것으로 보고되었다. 지각된 건강상태와 미충족 간호요구도의 관계를 분석한 연구는 거의 드문 실정이나, 암 환자를 대상으로 진행된 선행연구[29]에서 초기 암 환자에 비해 병기가 진행된 환자에서 간호요구가 높게 측정된 것과 유사한 맥락이라고 볼 수 있다. 따라서 환자들이 경험하는 지각된 건강상태를 증진시킬 수 있는 구체적인 간호중재방안의 마련이 필요하다고 생각된다.

본 연구의 제한점은 서울시와 경기도 소재의 2개 기관의 퇴원 환자를 편의표집한 횡단적 연구이므로, 본 연구결과를 일반화하는데 주의를 기울여야 한다. 이에 추후 연구에서는 대상자의 표본을 좀 더 확대하고, 대상자의 신체적 기능에 대한 객관적 지표를 보완하여 평가, 분석하는 것이 필요하다. 또한, 각 질환그룹별 비교결과는 단순비교에 의해 이루어진 것으로 제반변수에 대한 고려가 필요할 것으로 생각된다. 본 연구결과를 바탕으로 대상자의 복합적 요구를 충족시킬 수 있는 맞춤형의 포괄적 간호서비스를 제공하기 위해서는 국외의 사례와 같이 각 서비스를 조정, 연계할 수 있는 사례 관리자 역할 개발이 요구되며, 다학제간 협력을 통한 보다 체계적이고 효율적인 퇴원 환자 간호서비스 개발 및 제도적 장치가 필요하다. 또한, 현재의 재가서비스 체계와 내용을 면밀히 살펴봄으로써 이를 최대한 활용할 수 있는 방안을 함께 모색해나가야 할 것이다.

V. 결론 및 제언

퇴원 환자 간호의 질 향상을 위해서는 퇴원간호서비스에 대한 접근성과 연계성 확보가 우선되기에 대상자 맞춤형 간호서비스 모델 개발 및 확충 방안이 중요하게 대두되고 있다. 따라서 본 연구는 간호요구도와 재입원율이 비교적 높은 것으로 파악된 세 질환군의 환자를 대상으로 신체적 기능상태 및 퇴원 후 가정에서 직면하는 미충족 간호요구도를 파악하고, 이에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 시도되었다. 본 연구결과, 만성호흡기질환자, 장루보유 대장암 환자에서 신체적 기능상태가 낮고, 미충족 간호요구도는 높았으며, 신체적 기능상태가 낮을수록 미충족 간호요구도가 유의하게 높은 것으로 나타났다. 이를 토대로 퇴원 환자가 가정으로 복귀하는 과정을 돕고, 양질의 재가 간호서비스를 제공하는 퇴원 환자 사례관리 서비스 모델 개발에 유용한 근거자료로 활용될 수 있을 것이라 사료된다.

본 연구결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 첫째, 접근성과 효율적 연계를 고려한 질환별 대상자 맞춤형 퇴원간호서비스 개발 및 적용이 요구된다. 둘째, 퇴원 후 가정에서도 지속적인 간호와 관리가 요구되는 대상자의 재가간호 요구도를 객관적, 포괄적으로 평가할 수 있는 도구 개발이 필요하다. 그러므로 추후에는 퇴원 환자 사례관리를 위한 간호서비스 모델을 개발하고 그 효과를 검증하는 연구를 시도할 것을 제언하는 바이다.

참고문헌

1. Korea Institute for Health and Social Affairs. 2014 Patient Survey [Internet]. Seoul; Ministry of Health & Welfare, Korea Institute for Health and Social Affairs; 2014[cited 2016 March 8]. Available from: <http://stat.mohw.go.kr/front/statData/publicationView.jsp?menuId=45&bbsSeq=11&nttSeq=21883&searchKey=&searchWord=&nPage=1&topSelect=B00006>.
2. Schneider EB, Hyder O, Brooke BS, Efron J, Cameron JL, Edil BH, et al. Patient readmission and mortality after colorectal surgery for colon cancer: Impact of length of stay relative to other clinical factors. *Journal of the American College of Surgeons*. 2012;214(4):390-398. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2011.12.025>
3. Lee E, Yu SH, Lee HJ, Kim S. Factors associated with unplanned hospital readmission. *Korean Journal of Hospital Management*. 2010;15(4):125-142.
4. Lee JH, Kim YM, Kang SH. A study patient management for both planned and unplanned readmission in a medium-size hospital. *Health Service Management Review*. 2008;2(1):11-17.
5. Holland DE, Mistiaen P, Bowles KH. Problems and unmet needs of patients discharged "home to self-care". *Professional Case Management*. 2011;16(5):240-250. <http://dx.doi.org/10.1097/NCM.0b013e31822361d8>
6. Ju AR, Yeoum SG, Park KS. The nursing needs of post-surgical colon cancer patients at discharge. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2009;16(4):392-401.
7. White P, White S, Edmonds P, Gysels M, Moxham J, Seed P, et al. Palliative care or end-of-life care in advanced chronic obstructive pulmonary disease: A prospective community survey. *British Journal of General Practice*. 2011;61(587):e362-370. <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp11X578043>
8. Baker CL, Zou KH, Su J. Risk assessment of readmissions following an initial COPD-related hospitalization. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2013;8:551-559.
9. Cho KH, Kim KH. A families's burden on a cerebrovascular accident patient and the demand for nursing home. *Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. 2006;12(1):95-103. <http://dx.doi.org/10.2147/COPD.S51507>
10. Hung MC, Hsieh CL, Hwang JS, Jeng JS, Wang JD. Estimation of the long-term care needs of stroke patients by integrating functional disability and survival. *PLoS One*. 2013;8(10):e75605. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0075605>
11. Bowles KH, Naylor MD, Foust JB. Patient characteristics at hospital discharge and a comparison of home care referral decisions. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(2):336-342.
12. Depalma G, Xu H, Covinsky KE, Craig BA, Stallard E, Thomas J III, et al. Hospital readmission among older adults who return home with unmet need for ADL disability. *The Gerontologist*. 2013;53(3):454-461. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gns103>.
13. Altfeld SJ, Shier GE, Rooney M, Johnson TJ, Golden RL, Karavolos K, et al. Effects of an enhanced discharge planning intervention for hospitalized older adults: A randomized trial. *The Gerontologist*. 2013;53(3):430-440. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gns109>
14. Carr DD. Building collaborative partnerships in critical care: The RN case manager/social work dyad in critical care. *Professional Case Management*. 2009;14(3):121-132. <http://dx.doi.org/10.1097/NCM.0b013e3181a774c3>
15. Brubakken K, Grant S, Johnson MK, Kollauf C. Reflective practice: A framework for case manager development. *Professional Case Management*. 2011;16(4):170-179. <http://dx.doi.org/10.1097/NCM.0b013e318216af96>
16. Mitchell SE, Gardiner PM, Sadikova E, Martin JM, Jack BW, Hibbard JH, et al. Patient activation and 30-day post-discharge hospital utilization. *Journal of General Internal Medicine*. 2014;29(2):349-355. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-013-2647-2>

17. Chalmers K. Community health nursing in Canada: Practice under transition. *Health & Social Care in the Community*. 1995;3(5):321-325.
18. Shin EY. Nursing case management program development for the elderly at hospital. *Journal of Korean Community Nursing*. 2002;13(3):444-455.
19. Jang MY, Lee GE. Influencing factors on the need of community care services in the family caregivers of hospital based home care patients. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2009;20(4):443-452.
20. Lee JS, Han EJ, Kang IO. The characteristics and service utilization of home nursing care beneficiaries under the Korean long term care insurance. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2011;22(1):33-44.
21. Kwon IS, Eun Y. The homecare needs of cancer patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 1999;29(4):743-754.
22. Jacobs V. Informational needs of surgical patients following discharge. *Applied Nursing Research*. 2000;13(1):12-18.
23. Glower DD, Christopher TD, Milano CA, White WD, Smith LR, Jones RH, et al. Performance status and outcome after coronary artery bypass grafting in persons aged 80 to 93 years. *The American Journal of Cardiology*. 1992;70(6):567-571.
24. Humphreys J, de la Maza P, Hirsch S, Barrera G, Gattas V, Bunout D. Muscle strength as a predictor of loss of functional status in hospitalized patients. *Nutrition*. 2002;18(7-8):616-620.
25. Mor V, Laliberte L, Morris JN, Wiemann M. The karnofsky performance status scale: An examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer*. 1984;53(9):2002-2007.
26. Mistiaen P, Duijnhouwer E, Wijkel D, de Bont M, Veeger A. The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;25(6):1233-1240.
27. Hong BE, Shon EJ. A study on the factors affecting the economic cost of cancer. *Korean Journal of Social Welfare Studies*. 2008;38:193-215.
28. Oh EG, Kim CJ, Lee WH, Kim SS, Kwon BE, Chang YS, et al. Factors influencing functional status in people with chronic lung disease. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2002;32(5):643-653.
29. Kim H, Yi M. Unmet needs and quality of life of family caregivers of cancer patients in Korea. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2015;2(3):152-159.