

재가 복지 봉사 사업의 가정 간호 사업연계 필요 조사

김 성 실*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

복지의 필요와 그 해결은 일반적으로 중세기의 봉건사회로부터 자본주의 사회에 이르기까지 시대의 변화에 따라 각기 다른 방법과 형식으로 그 필요를 충족하여 왔다. 즉 자연 발생적인 상부상조와 종교적, 도덕적 동기로 행하여지는 자선, 박애 사업들과 이에 반하는 근대적 자본주의 사회제도로부터 발생된 제도적 소산으로 나타난 복지 제도와 사회적 환경으로부터 발생하는 것 등을 들 수 있다(송정부 1986. p.39). 우리 나라는 지난 80년대 초까지 성장 우선정책하에 절대 빈곤 퇴치중심의 소극적, 사후적 복지 정책을 고수하여 왔다(서상목, 1995. p.165). 그러므로 국민 소득 만 달러의 경제발전에 걸맞지 않은 우리의 복지 실태를 설명하기에는 많이 미흡한 실정이다(성민선, 1995. p.261). 한국은 50년 전쟁의 폐허를 외국의 원조로 극복하면서 그동안 문화적 삶을 누릴 자격이 있는 사람들로 대접받지 못하였다. 신 정부 출범 후 그동안 침체되었던 국민 복지에 대해 새로운 관심을 불러일으키고 있으며 더욱이 급변은 지방화 1주년을 맞아 복지 욕구 수준의 증대와 더불어 그 내용도 다양화 및 구체화 될 전망이다. 현재 우리의 복지 수준은

제도에 있어 현재의 부족한 복지 재원이나 미래 증폭될 자원을 충분히 효과적으로 활용할 수 있을 정도로 효율적이지 못할 뿐만 아니라 사회 지도층의 의식도 취약하다. 이는 정부 및 민간의 복지에 대한 투자 부족이 원인이 되고 있다(박순일, 1995. p.1).

이제 21세기를 준비하는 한국의 복지 사업은 경제 선진화에 발맞추어 어느 수준으로 발전해야 할 것인지 합의점을 끌어내어야 한다. 우선 한국의 복지 환경은 복지 정책에서 정치적 효율주의가 아직도 적지 않은 영향을 주고 있지만 소득 수준의 향상, 시민 정치 의식의 향상, 지방 자치화에 따른 시민의 정치적 영향력을 평가할 수 있게 되어 모든 국민에 대한 보편적 복지 서비스의 욕구는 취약계층의 고용, 교육, 주택, 보건 서비스 등 기본 생활에서 향상된 삶 즉 복지 욕구가 발생되고 있는 실정이다. 바라기는 평균적 생활의 생애적 보장을 추구하는 시민 자유주의의 이념 정착의 높은 복지의 수준에 도달하는 복지 환경으로 이끌어야 할 것이다(박순일, 1995. p.7).

우리나라의 복지 모형은 국가가 경제 부문에 대한 개입의식은 매우 강한 반면 복지 부문에 대한 책임은 가능한한 회피하려는 속성과 민간 주도형 복지 모형을 장려하면서도 민간 부문이 성장할 수 있는 여건 형성에는 소극적이거나 부정적인 속성을 가졌다는 것이다(김상균, 1987. p.89-104). 그래서 우리의 복지

* 한림대학교 의과대학 간호학과

모형은 비정상적 정부 주도화라 할 수 있다. 비정상적 정부주도의 특징은 정부의 복지 예산이 적는데도 정부가 그 예산으로 민간을 지원한다는 이유에서 통제를 강화하는 것이다(성민식, 1995, p266). 한편으로 한국은 가족이 사회적 책임을 받아들이고 개인이 자발적인 사회조직을 헌신적으로 원조하며 기업들이 경제적 기부등으로 사회 사업을 후원하는 것을 받아들이고 있다. 그러나 한편으로는 명백하게 정부 중심 사회 복지 체계가 다른 선진국에 비하여 크게 미흡하다. 따라서 상당수 사회적으로 취약한 집단들 즉 단독가구 가족, 고아, 만성질환자들등은 개인에 대한 사회적 책임과 보장이라는 사회망의 보호를 받지 못할 수 있다.

최근 복지는 물질 중심으로만 보아 왔다. 삶의 질은 물질, 정서, 정신적인 것을 모두 포함해야 한다. 물론 물질적인 서비스가 기본적인기는 하나 그것이 전부는 아니라는 것이다. 정서적, 정신적 서비스가 물질적 서비스와 함께 강조되어야 한다(이성미, 1995, p281). 원초적 복지 제도의 출발은 가족의 공동 생활을 통해 삶의 질을 추구하면서이다. 즉 인간은 대개 가정을 준거로 일정한 구조와 기능 및 가치를 필수로 가족과의 공동 생활을 영위한다. 여기서 구조는 구성원의 규모와 특성을, 기능은 공동체의 유지에 필요한 역할 범주를, 가치는 유대의식, 부양의식 및 윤리의식등을 의미한다. 이러한 점은 가족이 결혼을 통하여 이루어지고, 가족의 협력으로 생활을 자립하고, 노후를 자식들에게 의존하듯 공동체적 생활양식과 실천윤리를 가족 제도로 삼는데 있다. 인간은 가족제도로 생활을 구조화하고 이를 통해 삶의 질을 추구한다. 한국의 사회복지는 상당부분 가족과 시장 제도에 의해 주도 된다. 이는 민간 중심 모델로서 아시아 국가들은 서구의 복지 국가 유형과 다름을 존스(Jones, 1993)는 지적한바 있으며 특히 한국을 유교 복지 국가 즉 전통적인 유교적 확대가족에 의해 운영되는 가계 경제 복지 국가로 간주하였다. 이러한 가족 지향적 전통은 정책 결정자들로 하여금 선가정 후사회 보장 정책을 고수하게 하였다. 보건 복지부에서는 1994년 1월 사회복지 정책 심의 위원회를 발족하여 21세기를 대비하는 사회복지 정책과제와 발전 방향이라는 보고서에서 “가족 복지의 강화와 지역사회를 중심으로 한 재가 서비스의 활성화” 등을 21세기를 향한 사회복지계의 중장기 발전 계획안으로 보고 되었다. 재가 복지 봉사 센터 설치 운영 지침을 보면 1992년

1월 보건 사회부 훈령으로 당시 보건 사회부 자립지원과(1994년 5월 직제 개편으로 복지 지원과로 됨)에서 사회복지관 부설로 재가 복지 봉사 센터를 설치하여 가정에서 보호를 요하는 장애인, 노인, 소년 소녀 가장, 편부, 편모 가정등 가정 기능이 취약한 저소득 소외계층과 지역사회내에서 재가 복지 서비스를 원하는 사람에게 가사, 간병, 정서, 의료, 결연 등의 서비스를 제공하는 재가 복지 봉사 센터를 설치 운영에 관하여 필요한 사항을 정하여 지역사회 복지 증진에 기여함을 목적으로 하고 있다(보건사회부 자립지원과 1992). 또한 우리나라는 보건의료 전달 체계상의 문제점을 보완하기 위한 대안으로 1990년 1월 정부는 가정 간호 사업을 도입하기 위하여 업무분야별자격 간호사에 가정 간호사를 포함 시키는 의료법 시행규칙을 개정하여 최근 변화하는 보건 의료 환경과 인구 노령화로 인한 만성 질환자의 증가, 교통 및 각종 사고로 인한 재해율의 상승, 정신질환자 등 장기간의 치료기간을 요하는 건강 문제를 시설이 아닌 가정 병상에서 서비스를 받게 하는 새로운 의료전달 체계의 건강 공급 자원으로의 가정간호사업이 효용 가치가 높은 것으로 평가되고 있다.

가정 간호 사업은 재가 복지 서비스 내용에 독립된 주요(主要) 분야로서 재가 복지 서비스를 한층 활성화 할 수 있다. 재가 복지 사업은 1992년부터 사회복지관을 중심으로 전국 사회복지 기관 단체 144개소에 재가 복지 봉사 센터를 개설중에 있다.

1. 연구의 목적

본 연구는 사회 종합 복지 기관의 재가 복지 봉사 센터에서 실시한 재가 환자 간호 사정을 통하여 재가 복지 봉사 센터에 건강 관련 서비스 부분의 필요한 만큼을 전문 간호 서비스를 포함시키도록 운영체계를 개선하는 새로운 정책을 수립하는데 기초자료로서 다음을 구체적인 목적으로 한다.

- 1) 재가 복지 봉사 센터 사업 중 건강 관련 부분의 서비스 실태를 파악하고
- 2) 대상자들의 건강 관련 수요와 요구의 범위를 확인하여
- 3) 재가 복지 봉사 센터에 가정간호 사업을 연계하는 제도 개선의 필요성을 도출 한다.

2. 연구의 문제

- 1) 재가 복지 봉사센터 서비스 대상자의 간호에 대한 요구는 있는가?
- 2) 재가 복지 봉사센터의 간호 서비스는 필요한가?
- 3) 가정간호 사업과 재가 복지 센터의 재가 간호 서비스는 같은가?

3. 용어의 정의

1) 재가 복지 서비스

재가 복지 봉사센터 설치, 운영 지침에 의해 이루어지는 가정에서 보호를 요하는 장애인, 노인, 소년소녀 가장, 편모, 편부가정, 가족 기능이 취약한 저소득층의 계층과 지역사회 내에서 재가 복지 서비스를 원하는 사람에게 가사, 간병, 정서, 의료, 결연 등의 서비스를 제공하는 것

2) 가정 봉사서비스 (Home helper)

가정의 기능을 유지 회복시키기 위하여 필요한 양육(foster care), 개인 위생보조(Home health Aid), 가사(Home make), 잡일(Chore), 식사제공(Home Delivery Meal) 등을 무의탁 환자나 노인 장애인 등 기능 불능 상태에 있는 대상자에게 적당히 도움을 주는 것.

3) 가정 간호 서비스

가정 환경 범주 안에서 전문간호사에 의해 제공되는 기능 간호(Skilled Nursing)의 총체.

II. 문헌 고찰과 선행 연구

1. 사회 복지와 재가 복지

사회보장에 관한 기본법이 마련되는 등 복지 개혁이 요구되고 또 준비되는 시기인 지금 사회 정치적 여건의 변화로 소외계층의 국민들이 사회적 권리로서 복지에 대한 요구가 증대되고 있다(성민선, 1995. p. 261). 사회복지는 곧 사회보장으로 정의되어 모든 국민이 헌법에 정해진 대로 인간다운 생활을 할 수 있도록 최저 생활을 보장하고 복지 사회를 실현하는 것을 사회보장 기본법의 이념으로 제시하고 있다. 복지가 국가중심(체도적)이 될수록 시민사회의 협력적 역

할이 축소될 것이고, 민간 중심이 될수록 시민 사회의 협동적 역할이 확대되므로 복지에 관여하는 가정과 사회, 개인과 국가는 각기 가지고 있는 고유한 장점들을 최대한 발휘하는 가운데 협력하는 동반자 관계를 형성하면서 조화를 이루는 것이 바람직하다(김상호, 1987)고 했다.

1950년 국제 사회사업대회에 제출된 일본의 사회사업의 정의는 “정상적인 일상생활 수준 보다 극히 낮거나 혹은 그러한 우려가 있는 불 특정한 개인 또는 가족에 대하여, 그 회복 보전을 목적으로 하여 국가, 지방 공공 단체 혹은 사적인 사람이 사회보험, 공중 위생(보건) 교육 등 사회복지 증진을 위한 일반 대책과 병행하며 또는 그것을 보완하고 혹은 그것에 대신하여 개별적, 집단적으로 보호 조장 또는 처치를 행하는 사회적인 조직적 활동이다”라 했고 이 정의의 속에서의 사회사업이란 용어는 그 후 사회 복지 사업으로 바뀌어 일반적으로 사용되고 있다(송정부 역, 1986. p.15-6). 또한 영국에서는 사회복지라는 말 보다 사회적 서비스(social service)란 용어를 사용하고 있는바 그 정의는 “전 국민의 물질적, 정신적, 사회적 최저 생활의 확보를 위한 공사의 사회적 제반 서비스의 총칭”이라고 광의의 개념으로 설명하고 있다(장인협, 1990. p.33).

사회사업(social work)은 전문적화된 직업이며, 대체로 사회적 서비스의 전달이나 사회복지 제도에서 기능적으로 작용하는 것이며 사회복지의 사회사업이 작용하는 제일의 영역이고, 사회적 서비스는 사회사업이 개인에게 수행하는 활동이며, 사회복지 분야 내의 주요 전문직집단이다(Ralph Dolgoff, 1980).

수용시설 중심의 사회복지 사업의 한계로 나타나는 여러 가지 현상은 사회복지의 역사적 배경을 보더라도 수용시설의 서비스는 열등 처우의 원칙 등을 내세워 최소한의 서비스밖에 지원하지 않는 현상 속에서 제기되는 시설병(Hospitalism)과 탈 시설화(Deinstitutionalization)의 이론이 제기 되었고 정상화(normalization)와 사회통합(social integration)이념이 제기되면서 수용시설의 개방화, 사회화, 중간 시설화(half way house), 수용시설의 일시보호시설화, 대형시설의 소규모화, 소규모 그룹 홈의 시설로 수용시설의 형태가 다양하게 변화하여 왔다(김범수, 1993. p.16).

우리나라도 최근에 들어오면서 산업화 추세와 더불어 각종 장애와 노령화에 따른 질환, 그리고 가족 해

체로 인한 결손 가정의 증가등 제반 원인으로 인해 가정에서 보호를 필요로 하는 대상들이 점차 늘어나고 있으나 핵가족화 등으로 인한 가족기능 약화로 가족들에 의해 보살핌을 받기가 점차 어려워지고 있다(한국 사회복지관 협의회, 1992). 따라서 지금까지의 사회복지가 시설중심에서부터 지역중심의 사회복지로 방향이 전환되는 추세를 보이고 있다.

사회복지에 있어서 복지 욕구는 매우 중요한 기초 개념이며 지금까지의 복지 정책은 빈곤가정이나 저소득 가정을 주요 정책 대상으로 삼아왔다. 따라서 지금까지의 시설중심의 사회복지가 선별적인(Selective) 것이라면 지역사회를 중심으로한 재가 복지는 보편적(universalism)원리에 입각한 것이라 생각할 수 있다(박재호, 1993). 재가 복지 서비스의 개념은 시설 복지나 시설보호 서비스를 Institutional Care, Out of home service, Residential Care의 용어에 상반되는 개념의 재가 복지나 재가 보호란 Domiciliary Care, In-Home Service, Community Care Service의 용어를 쓴다.

카두신(Alfred Kadushin, 1980)에 따르면 재가 복지 서비스란 교육이나 훈련을 받은 자들이 사회복지기관에서 어린이의 보호나 대상자의 기능을 유지, 강화 보호하기 위한 도움을 주는 것이라고 하였고, 이는 도움이 필요한 자들이 가정에서 도움을 받을 수 있도록 한 것으로 가족의 약화된 부분을 보완하는 보충적 서비스라고 정의하였다.

정부는 재가 복지 사업 제1차년도인 1992년에 총 63억원(1개소당 연간 46,080,000원)을 투입하여 전국의 사회복지관, 노인 복지 단체, 장애인 복지관, 지역 사회 복지협의회에 144개의 재가 복지 봉사센터를 설치하여 지원하고 있다(최성재, 1993. p.79).

2 노인 대상자

재가 복지 서비스 대상은 주로 노인인구로서 노인의 증가 현상이 두드러져 1995년 65세 이상 노인이 5.7%로 노령화 사회로 서기 2000년에는 7.0%인 노령화 인구구조를 나타낼 것으로 추이하고 있다. 65세 이상 노인의 85%이상에서 만성 질환을 가지고 있고 30%에서 3가지 이상의 질환을 가지고 있으며 기능의 장애로는 지적 기능 장애인 치매나 섬망, 뇨실금, 균형장애로서 이로 인한 낙상, 거동불능, 영양결핍, 감각기능의 손실, 우울증 등이 있으며 65세 이상

노인에서 흔한 질환으로는 관절염, 고혈압, 청력손실, 심장병, 백내장, 당뇨병순이다(이영수 1995. p.103, 서미경, 1995. p.281). 특히 노인 환자는 질병이 장기간 지속되며 노화를 가속화시켜 쉽게 일상 생활 기능에 장애 현상이 나타나 자립성을 잃게 된다(최경애, 1995. p.643). 한 조사에 나타난 연령별 노인인구의 구성은 60-69세가 47.2%로 가장 많고 70-79세, 80-89세 순이며 여자 노인이 2/3이상 차지하고 있다(양옥남, 1995, p.8). 만성질환으로 인한 일상 생활의 지장율은 치매 95.7%, 뇌졸중 94.0%, 만성요통 90.1%, 관절통 87.9%, 골절 및 탈구 87.4%이다. 특별히 일상생활에 많은 지장을 주어 반드시 수발 대책을 세워야 하는 질병의 일상생활 지장 정도는 치매 78.3%, 뇌졸중 60.3%, 악성신생물과 골절이 각각 49.0%이다(서미경, 1995, p.33). 평균 수명이 길어지는 반면 출산 자녀수는 줄어들고 있어 자녀를 모두 출가시킨 후 두 부부가 함께 지내는 기간이 약 15년으로 상당히 늘어나고 있다(한국 인구 보건 연구원, 1987). 이와 같이 노년기는 연장되고 있으나 노인 부양의식의 약화 노인세대의 독립심 향상 등으로 인한 노인 단독가구 비율이 높아지고 있는데 1981년 19.8%에서 1989년 25.1%로 점차 증가하는 추세를 보이고 있다(최재성, 1993). 노인 단독 가구의 비율은 특히 농촌 지역에서 높으며 비자발적이나 도시지역 중상류 계층 노인 단독가구는 주로 노인세대의 자발적 의지와 주도에 의해 형성되는 경향을 보이고 있다(손승영, 1992, 한국 인구 보건 연구원, 1989). 노인의 우울에 영향을 미치는 변인은 가족의 생활비, 노인 자신의 수입인데 반해 노인을 돌보는 가족의 우울에 영향을 미치는 요인은 자신의 건강 상태와 연령, 가족의 생계비, 노인의 희망수입이었다(양옥남, 1995. p.12). 노인에게 주로 발생하는 만성 질환은 유병기간이 길수록 합병증이 많이 발생하는 점을 감안 할 때 정기 검진을 통한 조기 발견 치료는 만성 질환 유병율의 감소와 악화 방지를 통하여 국민 의료비 절감에도 기여한다. 1986년 의료보험 공단의 건강 진단 자료를 이용한 연구결과 건강 진단 사업에 의하여 건강 증진의 효과가 4-10배 있는 것으로 조사되었다(유승흠, 1989).

노인들의 만성질환은 치료보다는 장기적 보호 및 간호를 필요로 하는 경우가 많아 병원 이외의 대체 서비스제도가 필요한 실정이다. 노인의 의료이용 구조는 장기간에 걸친 비교적 단순한 치료 및 간호를

요하는 구조를 나타내고 있으나 총 병상의 10.1%가 65세 이상의 노인에 의해 점유되고 있는 것으로 나타나고(문옥륜, 1995) 있어서 병상 활용의 문제점으로 지적되고 있다. 재가 복지 봉사센타운영 지침의 규정상에는 재가 장애인, 노인, 소년소녀 가장 세대 등을 중심으로 서비스를 제공한다고 되어 있으나 대부분의 재가 복지센타에서는 인접지역내 생활보호 대상 노인들을 위한 서비스가 주종을 이루고 있으며 그 다음이 소년소녀 가장세대를 위한 서비스의 제공이다(김범수, 1995, p.537).

3. 장애인

재가 복지봉사서비스 제공에 있어서 재가 장애인들을 위한 서비스는 매우 미흡한 실정인데 아직 재가 복지봉사센타의 전문 인력의 배치와 장비나 시설 등이 초보적인 수준이기 때문이다. 장애인을 위한 재가 복지사업의 중요한 요건 중 하나는 전문인력인데 사업의 성패는 전문인력의 능력에 달려 있기 때문이다. 전문인력은 사회복지사, 재활사회복지사, 간호사, 작업치료사, 물리치료사, 의사 등의 전문가와 가정자원 봉사자, 가족, 지역주민등의 인력이라 할 수 있다(김범수, 1995, p.547). 1994년 현재 우리나라의 등록 장애인수는 13,936명으로 지체 장애, 정신지체, 시각장애자들이 160개 시설에 수용되어 있다(차홍봉, 1995, p.409). 최근 장애인 복지 분야에는 장애인을 위한 CBR(Community Based Rehabilitation) 사업이 1960년말 아일랜드 재활관계 세미나 이후 사용되었으며 그 이후 세계 보건기구가 제안한 장애인의 생활기점인 가정과 지역사회를 중심으로 이루어지는 것이 가장 바람직하며 이를 위해서는 장애인 본인과 그 가족 그리고 이웃과 지역사회 주민들이 서로 이해하고 협력하며 장애인 재활 문제를 함께 해결해 나가는 사업이어야한다(정진모, 1987). 우리나라의 지역사회 중심 재활 시범사업은 1985년부터 1988년 4년간 도시지역, 농촌지역 시범지역에서 실시하였고 그 외의 30여개 장애인 관련기관이 실시하고 있으나 사업의 내용이 순회진료 및 치료, 가정 방문진단 치료사업, 후원결연사업, 홍보사업, 장애인 등록, 지역사회조직, 기타로서(신상윤, 1994) 사업내용이 다양하며 사업의 주요 내용의 초점 부각이 미흡하여 사업의 고유 특성을 살리는 방향으로 사업이 이루어져야 할 것으로 보여진다. 시범사업후에 지적된 문제점은 첫째, 지역사회 중심 사업

이 지역주민들의 욕구보다는 외부 집단에 의하여 시행되어 지역주민의 참여를 얻지 못한 점, 둘째, 지역의 행정 기관들로 부터 협조를 얻어 내지 못한 점 셋째, 장애인 가족, 친지 지역주민들을 봉사자로 훈련시키지 않았다는 점. 넷째, 기존의 일차 보건의료와 연계된 사업으로 통합하지 못한 점, 다섯째, 지역중심 장애인 재활 사업에 대한 충분한 이해와 훈련이 부족한 점이였다(문경태, 1994).

4. 편부모 가족 대상자

편부모 가족은 사별, 이혼, 유기, 별거, 미혼모 등에 의해 형성된다. 우리나라의 편부모 가족은 1990년 현재 10,043,391가구로 전체 가구 구성의 약 10%를 차지하고 있다(한국 여성 개발 연구원, 1994). 주로 사별에 의한 경우가 급격히 증가하고 있어 주목된다. 1960년에는 22쌍에 1쌍 꼴로 이혼을 했으나 80년 말에는 10쌍에 1쌍, 1992년에는 7쌍에 1쌍 꼴로 이혼하는 것으로 나타나고 있으며(이숙현, 1995, p.11), 보통 남편을 상실한 여성 가구주의 경우 경제적 어려움을 심각하게 겪는 것으로 밝혀지고 있고(한국 여성 개발원, 1988 : Kitson & Morgan, 1990). 남성 가구주는 정서적 측면에서의 어려움을 경험하는 것으로 지적하고 있다. 편부모 가족의 어려운 점은 자녀의 양육으로서 편부나 편모 자신들의 심리적 충격 때문에 자녀에게 소홀할 수 있는 것이다. 그러나 이러한 어려움은 친족이나 사회로부터 도구적 지원이 제공된다면 큰 폭으로 감수될 수 있음이 최근 연구에서 밝혀지고 있다(Kitson & Morgan, 1990). 자녀는 두 부모에 의해 길러질 때에만 건강하게 자랄 수 있다. 결국 편부모 가족이 경험하는 어려움을 해결하기 위해서는 우선 사회적 차원에서의 지원이 필요하지만 각 가정에서의 적극적인 노력 없이는 효과를 거둘 수 없다. 편부모 가족에게 있어 주위의 경제적, 도구적, 정서적 지원은 부모-자녀간의 질을 높게 유지하면서 새로운 생활 패턴에의 적응을 쉽게 해주는 중요한 매체가 된다.

5. 소년소녀 가장의 실태

가족의 결손은 편부모 가족이나 부모가 없는 미혼 가족인 구조적 형태로서 생활의 자립이 어려운 영세 가족의 기능적 측면을 함축하고 있다. 가족의 문제는

산업화에 따른 개인 중심의 생활양식으로 가부장제의 붕괴, 남녀 평등의 구현, 핵가족화의 보편화등 구조적인 변화에 대한 실 생활에서의 부조화의 결과라 할 수 있다. 가족에 대한 객관적 인식의 강조점은 가족이 결혼을 통해서 이루어지는 사적 생활단위인 동시에 사회구성의 기본 단위라는 점이다. 이러한 점에서 가족 문제로 인해 파생되는 문제의 경향은 첫째, 부양체계의 와해, 둘째, 가정 파괴현상의 증가(의도적, 비의도적), 셋째는 가족 생활의 구조 기능 및 가치의 결함 현상이라고 지적하고 있다(공세권, 1995, p.3). 지적된 이들 중 가정 파괴 현상의 증가가 다른 지적된 문제들의 원인과 결과로 이어지게 된다. 즉, 가정 파괴 현상의 증가는 이혼, 인신매매, 자녀유기, 성폭행, 낙태, 가정일탈, 인명살해와 같은 의도적 사건과 각종 산업사고, 재해사고 및 교통사고 등에 의하는데 이러한 결과는 가족의 해체 내지 결손으로 이어지는데 이 중 부모 없는 미혼 가족인 소년소녀 가장이 기존의 복지관 가입 결연대상자중 1차적 세대에 불과하다. 강원도(강원도, 1996. 7, 아동복지과) 소년소녀 가장 실태자료는 소년소녀 가장이 총 690세대에 1360명으로 강원도 총 가구의 6.31%를 차지한다. 소년소녀 가장 발생원인을 보면 부모사망 48.4%, 부모의 가출, 행방불명 39.4%, 이혼 3.9%, 노령, 기타 복역 등으로 자기 집에서 거주하는 소년소녀 가장은 29.4%에 불과해 나머지 가정은 해체된 것으로 예상되며 가정을 이끌어가고 있는 소년소녀 가장 가정의 과반수 이상이 생활이 영세하였다.

6. 가정간호 실태

재가 복지 서비스 대상 중 간호가 필요한 대상자는 장애인을 비롯한 노인이 주류를 이루고 있고 상태별로는 건강에 문제가 있는 상태, 불능의 상태이다. 앞에서 언급한 재가 복지 봉사센터 현황보고서 '92, '93, '94년의 재가 복지 서비스 내용을 보면, 가사 서비스, 결연서비스, 정서서비스, 치료서비스, 간병서비스로서 사업초창기에는 결연사업 54.1%로 가장 높았으나 1994년 현황으로는 가사 봉사 33.1%, 정서지지 33.9%가 높은 율을 차지 했지만 간병서비스, 의료서비스, 정서적 서비스 등은 다른 내용의 서비스에 비해 훈련된 전문직에 의해 서비스가 제공되어야 할 부분이다. 재가 복지에 있어서 간호 서비스 대상은 장애인과 노인을 포함한 입원 치료를 요하는 정도의 신체

적 중증 상태에 있는 대상자, 중간 범위에 있는 사람들로서 간호를 care와 cure의 합으로 설명하고 있다(김범수, 1993. p.197). 그러나 재가 간호 서비스인 가정간호는 새로운 의료제공 형태로서 우리나라보건의료체계의 다양한 건강 서비스 공급원중 하나의 건강 사업으로 정부는 3년간의 시범사업을 마무리하는 단계에 있으나 간호수가 체계에 대한 개발이 과제로 남아 있는 실정이다. 가정간호 사업은 3차 진료기관의 재원일수와 입원대기 기간의 문제, 전염병 질환 관리를 위한 병의원 중심 체계의 현상환이 상병구조가 만성적이고 장기화되어진 현실과 맞지 않는 문제, 병상 회전율을 높이고 국민의료재원을 아낄 수 있는 기회가 될 수 있다(유호신, 1994. p.149). 지난 7월 정부는 의료개혁 위원회를 국무총리 직속자문기관으로 설치하도록 했으며 중점 목표는 양질의 의료서비스에 대한 국민 요구의 증대, 의료시장 개방 등 의료 환경 변화에 대비, 현행제도상 비효율적이고 불합리한 점을 제거함으로써 국민 건강확보 차원에서 의료제도의 기본틀을 정비하도록 하고 있다(간협신문, 1996, 934호).

Ⅲ. 연구대상 및 방법

1. 연구 설계

본 연구는 재가 환자의 간호사정지에 기록된 간호 요구와 요구에 따르는 관련 변수와 그 빈도를 조사한 후향성 기술 단면 조사(Retrospective crosssectional discriptive study) 연구이다.

2. 연구 대상

본 연구 대상은 춘천 시내 일 사회복지관에 설치된 재가 복지 봉사센터의 사회복지사로부터 1995년 3월부터 11월까지 9개월간 의뢰된 건강 문제 대상자 107명의 가정간호사정기록지를 대상으로 하였다.

본 대상자가 거주하는 지역은 근로자 아파트, 생활보호대상자 임대 아파트 밀집 지역으로 총 610세대 3000여명의 주민 거주지이다.

본 지역의 생활 수준별 분류를 보면 거택 보호 87세대, 자활 보호 210세대, 저소득 313세대로 구성되어 있으며 가족 구조 상태를 보면 소년 소녀 가장 9세대, 편부편모 가정 114세대, 독거노인 세대 30세대, 장애

인 세대 69세대, 노인 동거 가족 186세대인 지역이다 (춘천 효자 복지관, 1995).

3. 연구 도구

1) 본 조사에 사용된 간호사정지는 UTMB(University of Texas Medical Branch)의 Home Health Agency에서 사용하는 가정 간호 요구 사정표중 필요한 항목을 선택하였고 항목의 문항은 수정 없이 사용했다. 조사 도구의 내용이 신체적 면의 위장관계 10문항, 호흡기계 9문항, 심맥관계 5문항, 근골격계 7문항, 비뇨기계 7문항, 생식기계 7문항, 신경계 15문항, 내분기계 3문항 였으며 그 이외 영양 6문항, 심리상태 6문항, 의사 소통 8문항, 가정 환경의 안전 14문항, 간병자 10문항, 지식상태 7문항이며 ADL수행정도 9개문항, Personal Care 5개문항, Mobility 5개문항 등이다.

2) 독립변수로서 대상자 특성은 인구사회학적 사항, 진단명, 유병기간, 주호소, 치료상태, 생활지지이다.

4. 자료 분석

수집된 자료는 SAS를 이용하여 통계 처리하였으며 다음과 같은 방법으로 분석하였다. 주로 활용한 통계 방법은 단순 빈도(Frequency), 교차 분석(Crosstabs), 유의성 검증(χ^2 -test) 등이다.

IV. 연구의 결과 및 고찰

1. 조사 대상자의 일반특성

대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다.

연구대상인 재가 서비스를 필요로 하는 기동불능환자는 남자 40.2%, 여자 59.8%로 여성이 많았으며 가장 높은 연령군은 60대와 70대가 각각 15.0%를 차지하고 있고 전체의 80.5%가 50세 이상 연령군이다. 서(1995)의 1994년 전국 60세 이상 노인 대상 조사에서 만성 질환 유병상태가 85.9%로서 여성이 더 높았고, 지역별로는 시지역보다 군지역 거주 대상자에서 높은 유병율을 보였다. 본 조사에서 50대 유병율이 27.1%로 전국 유병율에 비해 유병연령이 낮아지는 경향을 보여 만성질환 유병 연령의 범위가 확대되는 경향으

로 해석된다. 이와 같은 차이는 본조사 지역은 생활 보호대상 세대인 저소득층인 특성이 연관되는 것으로 생각된다. 많은 연구에서 건강과 경제수준과는 밀접한 상관성이 이미 증명된바 있다. 본 조사 성별에 있어서도 여성이 남성의 1/3만큼이나 더 많다. 질환별 유병율로 65세이상 노인 사망원인의 1/4을 차지하며 치명율이 가장 높은 악성 신생물(통계청, 1993)이 0.9%로 1994년 전국 조사와 유사했다. 근골격계 질환은 치명적인 것은 아니지만(관절염, 고관절 탈구, 허리디스크, 골절, 신경통) 앓고 있는 대상자의 38.8%에서 증상을 호소했으나 서(1995)의 전국수준인 56.6%보다는 낮다.

다음은 마비 증세로(편마비, 뇌성마비, 소아마비, 하반신 마비) 15%를 차지 했으며 고혈압 5.7%, 뇌졸중(중풍) 18.7%, 당뇨 3.7%, 결핵 및 천식인 호흡기계 질환이 3.7%, 정신 분열증 1.9%이며 이외 자궁암, 늑막염, 심장병, 신경성 두통이 각각 1명이며 1가지 이상 질환을 복합적으로 가지고 있는 대상이 8.4%로 연령간 유의 수준 $p=0.000(\chi^2=180.258)$ 로 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 이 결과는 서(1995)의 전국조사 58.6% 보다는 훨씬 낮으나 고혈압과 뇌졸중의 경우 본 조사는 뇌졸중 유병율이(18.7%) 높은 반면 전국 조사는 고혈압 유병율이(19.3%) 더 높은 것은 저소득층인 본 지역 대상의 고혈압 관리 부족으로 인한 뇌졸중으로의 악화로 보아진다. 호흡기계 질환으로는 천식과 폐결핵 3.7%인 반면 서(1995)의 조사의 호흡기계 질환은 만성 기관지염, 천식 유병자를 10.9%로 보고 있다. 결핵은 2.8%로 서(1995)의 전국 60세 이상 노인 조사의 2.5% 보다 높았다. 결핵 역시 영양 및 휴식 등 수칙을 잘 이행하는 문제가 있으므로 생계가 어려운 저소득 세대에 많이 발생하게 될 수 있다고 본다. 김(김성실 1993. p. 101)의 1990년 UTMB Home Health Agency조사에서도 역시 대상에 있어서는 60세 이상 대상이 80.2%으로서 본 조사와 유사한 양상을 나타내고 있다. 서, 이 등(서미혜, 이해원, 전춘영, 1995. p.52)이 조사한 연세 대학 가정 간호사범센터에 입원한 대상자의 (1992-1994 2년간) 84.3%가 50세 이상층이 점유하여 대부분의 연구에서 service를 필요로 하는 대상자는 고연령 층임을 알 수 있다. 연세대 가정 간호 사범사업의 성별 대상은 남자가 55.3%로 높았으며 COPD 36.8% 뇌졸중뇌손상 36.8%로 본 연구에서와 다른 점은 본 조사 대상에는 COPD 환자가 없는 데

이는 병원 중심 사업과 지역사회 중심사업이 갖는 차이점으로 보인다. 대상자의 유병기간은 유병기간 11년 이상이 39.3%로 가장 높았고 질병으로는 관절염 25.2%, 중풍 18.7%였다. 서(1995)의 전국 60세 이상 노인 조사에서도 유병기간 10년 이상이 가장 높았고 그 중 질병으로는 결핵이 51.2%나 차지하였다. 본 조사 대상자의 99.1%는 가족과 함께 살고 있었으며 혼자 사는 대상자는 6명으로 0.9%였다. 이는 최경애(1995, p.647) 노인 병동 환자 조사에서 혼자 사는 노인 4.9% 보다 낮았다. 이는 지역 및 대상간의 차이로 보여진다. 몇몇 표본조사에 따르면 노인단독 가구의 비율이 1981년 19.8에서 1989년 25.1%로 증가하는 추세에 있다(최성재, 1993).

김(1993)의 미국 가정간호조사에서는 가족 혹은 누구라도 함께 살고 있는 대상자가 62.2%였고 혼자 살고 있는 환자가 36.2%나 되어 많은 차이를 볼 수 있다. 결혼 상태별로 보면 결혼이 61.7%이고, 다음이 사별로 20.6%이다. 이 수치는 가족 구조를 단면으로 볼 수 있는 자료로 38.3%에 해당하는 대상 가족은 부부 중심 가족 제도를 기준으로 본다면 해체 가족으로 볼 수 있다. 가족은 개인을 통합하고 사회와의 연계로 유지되는 역동적 집단으로 가족의 안정은 개인의 안정은 물론 사회의 안정과도 밀접하여 그 해체나 결손은 가족 구성원 뿐만 아니라 사회 문제로 귀결될 수 있다. 이러한 결손 가족 내지 무의탁 대상의 사회보호가 사회복지의 출발이다(공세권, 1995).

노(노유자, 김춘길 1995, p.267)의 연구에서도 60세 이상 노인 결혼 상태중 사별상태의 노인이 시설 수용자 79%, 가정에 있는 노인 61.7%보다 높았으나 그 차이는 크지 않았다. 치료 상태를 보면 전체 대상자의 41.6%가 약물 치료에 주로 의존하고 있었는데 일반 병원에서 투여 받는 경우 46%, 복지관 내 의원에서 32%, 약국매약의존 16%, 장애인 협회에서, 한약방에서, 중국산 뜨내기 방문 판매구입이 각각 1명씩이었다. 이와 같은 현상은 종전의 약국의존이었던 형태를 벗어난 이례적인 실태로 의료보험, 의료보호 등의 제도적 지지와 의료기관의 접근성 요인이 작용한 것으로 풀이된다. 물리치료에서 치료하고 있는 대상자는 전체 15%인데 일반 병원에서 38.3%, 복지관 물리치료실 물리치료는 33.3%, 가정에서 27.2%가 행해지는 것이다. 가정에서 행해지는 물리치료는 기동 불능 환자나 증세가 경미한 경우이었다. 35.8%를 차지하는 치료방치와 치료거부 7.3%에 대한 대책이 강구 되어야 한다.

서(1995, p.35)의 연구의 60세 이상 노인 대상 치료 상태에서 의사 진단 비율도 질병에 따라 차이가 있으며 “치료함”과 “치료않함”도 질병에 따라 달리 보고하고 있다. 치료 지수를 100으로 보았을 때 치료하지 않은 지수는 6.31로서 가장 치료하지 않은 질병으로는 치매 59.7%, 백내장 58.7%, 결핵 55.5%, 악성 신 생물 50.6%이며 유병환자중 치료 비율이 가장 높은 질병은 86%로 소화기계 만성 질환으로 보고하였다. 본 조사에서 지적한 43.3%, 약 1/2의 질환자가 치료를 받고 있지 않고 있어 이에 대한 원인 분석을 통한 적절한 해결 대책이 강구되어야 할 것으로 사료된다.

〈표 1〉 일반적 특성

특성	구분	빈도(비율)	계	
성별	남	43(40.2%)		
	여	64(59.8%)		
연령	0-29	6(5.6%)		
	30-39	6(5.6%)		
	40-44	6(5.6%)		
	45-49	3(2.8%)		
	-54	15(14%)		
	55-59	14(13.1%)		
	60-64	8(7.5%)		
	65-69	16(15%)		
	70-74	16(15%)		
	75-79	13(12.2%)		
	80이상	4(3.7%)		
결혼 상태	미혼	12(11.2%)		
	결혼	66(61.7%)		
	이혼	6(5.6%)		
	사별	22(20.6%)		
	별거	1(0.9%)		
생활지치 상태	독신	6(0.9%)	107(100%)	
	가족과함께	101(99.1%)		
유병 기간	1년 이내	5(4.7%)	107(100%)	
	3년 이내	10(9.4%)		
	5년 이내	13(12.2%)		
	5-10년	37(34.6%)		
	11년 이상	42(39.3%)		
치료상태		남	녀	계
	방치	20	23	43(35.8%)
	*물리 치료	3	15	18(15.0%)
	*약물 치료	13	37	50(41.6%)
	치료 거부	7	2	9(7.5%)
	계	43	77	120(100%)

〈표 1〉 계속

특성	구분	빈도(비율)
일차진단	복합질환	9(8.4%)
	고혈압	5(4.7%)
	당뇨4	(3.7%)
	치졸증	20(18.7%)
	편마비	2(1.9%)
	관절염	27(25.2%)
	고관절탈구	2(1.9%)
	자궁 경부암	1(0.9%)
	뇌성 마비	8(7.5%)
	소아 마비	2(1.9%)
	결핵	3(2.8%)
	하반신 마비	4(3.7%)
	허리 디스크	6(5.6%)
	신경통	2(1.9%)
	늑막염	1(0.9%)
	심장병	1(0.9%)
	정신 분열증	2(1.9%)
	골절	4(3.7%)
	신경성 두통	1(0.9%)
	천식	1(0.9%)
수정체후부	1(0.9%)	
섬유증식증		
누점 폐쇄	1(0.9%)	

* 물리치료 : 병원 7명, 복지지원 6명, 가정에서 5명

* 약물치료 : 병원 23명, 복지지원 16명, 약국 8명, 장애인협
회 1명, 한약 1명, 중국산 관절염약 1명

2. 주 증상

대상자들이 호소한 주증상은 환자들이 이로 인해 생활의 불편이나 삶의 고통을 받고 있는 정도이다. 증상들의 호소 내용은 사지통이 전체의 22.4%로 가장 높았고 다음이 활동제한 16.8%, 요통 15%순이며 정서적 불안은 6.5%로 주로 남성에서였다. 연령과 성별간에는 통계적으로 유의한 차이($\chi^2=35.097$ $P=0.006$, $\chi^2=232.110$ $P=0.001$)가 있는 것으로 나타났으며, 주증상에 대한 성별 차이는 요통과 사지통에 있어서 여성이 현저히 높는데 특히 요통과 사지통(75%)은 여성이 남성의 3배나 높았으며 정서 불안에 있어서는 남성(100%)이 높았다. 연령별로 보면 요통이나 사지통은 주로 50대 이후 각 연령층에 고루 분포되어 있는데 반해 남성에게만 있었던 정서 불안증은 50대 이전 연령층에 고루 분포되어 있으나 30대에만 43%이다. 불안은 인간이 사회생활 과정에서 적응

하기 위한 노력 자체로서 적응 자체가 방해받았을 때 병적 불안을 초래하게 된다(임영숙 외, 1979, p.216)고 한다. 이영호 등이 조사한 우리나라의 정신질환 유병률 중 신체 장애로 인한 불안 73.9%, 정동 불안 30.7%로 소개한 바있다(박정환, 1996, p.16). 유병기간으로 본 주증상은 유병기간이 5년 이상에서 사지통 16.6%, 요통 6.25%가 1년이내에서부터 11년 이상까지로 넓게 분포되어 있었다. 대부분의 만성질환은 조기에 발견하여 초기에 치료하므로 소홀해서 발생할 수 있는 합병증의 예방과 악화방지 대책이 강구되어야 한다고 본다. 주요 증상의 학력별 분포를 보면 무학층에서 주로(50.4%) 높은 수치를 차지하고 있어 학력이 높아 갈수록 증상호소율은 낮게 나타나 교육 수준이 자기관리 능력에 영향을 준 것으로 보여진다. 즉 치료를 위하여 지켜야 할 규칙이나 금기 사항을 준수하는 것이 치료에 한 부분이므로 환자나 환자가족이 함께 협조하여야 하는데 이 부분을 잘 이해하고 이행하는 힘이 바로 교육 배경인 것으로 판단된다. 결혼 상태는 환자의 정서적 지지와 안정 수준을 파악하는데 중요한 부분으로 환자들의 호소된 증상들은 기능적인 부분이 우위이지만 심리적인 상태도 상당부분 상관이 있다. 본 조사에서의 결혼 상태와 주 증상간에는 통계적으로 유의하며($\chi^2=121.846$ $P=0.005$), 미혼이나 별거 상태에서는 정서 불안증이 전체 7명 중 6명(86.0%)이었고 불면증은 2명 모두 미혼에 서였다.

3. 재가 환자 간호사정

대상 환자 사정은 신체사정과 기타 간호 관련 부분에 대한 사정으로 구분하였다. 신체 사정 항목은 위장관계, 호흡계, 심맥 관계, 비뇨기계, 생식 기계, 신경계, 내분기계의 8항목으로 근골격계가 항목별 항목 평균빈도 35.7로 가장 높았고 각 신체 항목 결합빈도 비율은 33.3%였다. 신체 사정으로 본 결합 비율은 10.65%로서 재가 환자 가정에서의 신체적 문제는 앞에서 언급한 진단별 유병상태에서 관절염, 고관절탈구, 허리 디스크, 골절, 신경통과 같은 근골격계의 결합합이 38.8%로 가장 높았던 것과 맥을 같이 하고 있다.

재가 환자의 신체적 결합의 대상별 평균빈도는 6.76회, 분항별 평균빈도는 11.4회로 나타났다. 즉 한 환자가 평균 6.76빈도로 신체적 결합을 가지고 있다고 풀이된다.

신체적 결함 외적 부분에 대하여는 영양, 심리, 의사소통, 가정 환경의 안전, 지식, 간병자들의 항목에 관한 응답은 항목별 문항 평균 응답수는 26.8로서 신체적 평균빈도수 보다 높았고 그중 care giver(수발드는 사람)에 대한 필요가 49.5%만큼 요구되었다. 각 항목에 대한 그 필요는 신체면이 문항당 0.8, 그 외 종합적 요인에서 필요는 항목당 2.1%로 큰 차이를 보여 재가 복지 충족을 위한 계획에 준비된 care giver(수발자), 지식의 보충, 문제에 대한 의사소통이나 영양결핍 및 가정내 안전, 심리간호, 환자 건강문제에 대한 병생리적 지식과 아울러 대처방안등 충분히 훈련되어지고 교육되어진 인력이 배치되어야 한다는 필요성을 강력히 반영하는 결과로 인식되어진다. 김(1993. p.104)의 조사에 의하면 재가 환자 신체 간호요구 분포에서 역시 근골격계중 기능성 저하에 대한 보완 요구가 높았고(72%) 다음으로 신경계의 균형결함 51%와 지속적 보행결함이 65%로 가장 높아 본 조사의 신체결함순위와 유사한 결과를 보였다. 비교한 김(1993. p.104)의 조사대상이 서양인임에도 불구하고 신체적 간호 요구 경향에서는 대단히 유사성을 보인다.

1) 간병자(care giver)

간병자는 환자의 그림자와 같은 존재로 24시간 환자 곁에 있으면서 환자의 변화하는 상태를 관찰하고 일차적인 환자의 요구를 충족시키는데 불편하지 않도록 도움주는 대상자이다.

본 조사에서 간병서비스(수발)를 받고 있는 대상자는 전체 54.2%이었으며 간병서비스의 기능은 10개문항으로서 식사준비의 기능을 못한다는 응답의 빈도가 67.3%로 가장 높았다. 이는 간병인은 있으나 생계를 위한 일 때문에 정상적 식사시간이 지켜지지 못하는 것으로 해석된다.

본 조사에서의 간병자는 26.2%가 배우자였으며 그중 남자 배우자는 78.5%로 더 많아 부인들의 건강에 더 문제가 있다는 것을 보여주고 있다. 그러나 간병자의 성별비교는 다른 연구보고와 같이 59.8%로 여성에서 높았다. 간병자와 생활지기간에는 통계적으로 유의하였다($\chi^2=117.113$ P=0.000).

연령별 성별 간병자의 분포를 보면 60대 간병자가 가장 많았고(28.0%) 생활지시 상태와 간병자간에는 가족 간병 대상자의 48.2%가 배우자에 의해 서비스를 받았다. 이는 많은 외국 문헌에서도 보고된바 있

거니와 김(1993, p.101)의 조사에서도 36.4%가 배우자로 보고되고 있다.

〈표 2〉 재가환자 간호요구사정(Ⅰ)

신체사정	문항	총빈도	항목평균 (①)	평균빈도 (②)	빈도비율 (③)
위장관계	10	65	6.5	0.6	6.1
호흡기계	9	46	5.1	0.4	4.7
심맥관계	5	57	11.4	0.5	10.6
근골격계	7	250	35.7	2.3	33.3
비뇨기계	7	20	2.8	0.1	2.6
생식기계	7	38	5.4	0.3	5.0
신 경 계	15	227	15.1	2.1	14.1
내분비계	3	21	7.0	0.2	6.5
계	63	724	11.4	6.76	10.65

- ① : 총빈도 / 문항 = 각신체별 평균 결합빈도
- ② : 총빈도 / 107 = 대상별 항목별 평균결함빈도
- ③ : 대상별 각 항목별 결합빈도 / 107 × 100 = 각 항목별 결합 빈도 비율

〈표 2-1〉 재가환자 간호요구사정(Ⅱ)

기타사정	문항	총빈도	항목평균 (①)	평균빈도 (②)	빈도비율 (③)
영양상태	6	135	22.5	1.26	21.0
심리상태	6	101	14.4	0.9	13.4
의사소통	8	158	19.7	1.4	18.4
가정환경안전	14	221	15.7	2.0	14.6
간 병 자	10	530	53.0	4.9	49.5
지식상태	7	212	30.2	1.9	28.2
계	51	1367	26.8	12.7	25.0

- ① : 총빈도 / 문항 = 각신체별 평균 결합빈도
- ② : 총빈도 / 107 = 대상별 항목별 평균결함빈도
- ③ : 대상별 각 항목별 결합빈도 / 107 × 100 = 각 항목별 결합 빈도 비율

2) 지식 결여

재가 환자들이 자신의 질병에 대한 지식 7문항 질문에서 가장 높은 빈도로 반응한 문항은 “증상에 대한 진술” 능력의 결여로서 35.5%를 차지 하였으며 “간호에 필요한 기본원리”에 대한 지식이 결여가 다음순위로 34.6%였다. 특수식이와 수분제한에 대하여는 다른 문항에 비해 가장 낮은 결여율(11.2%)나 타내고 있다. 유병기간으로 보았을때 가장 높았던 자신의 “증상에 대한 진술 능력”의 결여는 유병기간1년 이내가 27.0%인데 반해 11년이상 유병기간의 환자에

서 더 높은 33.3%으로 전문적 지도와 교육이 이루어지지 않았다는 결론에 이르게 되므로 환자와 접하게 되는 모든 전문직의 환자 치료과정에서 환자에게 상세히 설명하고 알리는 환자 존중의 의식전환이 이루어지도록 보완하여야 할 부분으로 지적된다.

우리나라의 기존 공공보건의료 전달 체계를 통한 고위험대상군의 질병발생 억제와 악화 방지에 대한 정책수행이 이러한 문제를 우선 해결할 수 있다고 보는데 특히 농어촌 벽오지에서 실시되고 있는 일차 보

건의료사업과 현재 보건소에서 실시하고 있는 가정방문사업에 포함시키고 지역 분담제 지역사회 간호사업의 정책적 지지와 직무 수행자들의 확고한 의지와 추진할 수 있는 동기부여로 여건 마련이 현실적으로 이 문제를 해결토록 할 수 있다고 생각된다.

그리하여 환자들에 대한 재활의 신속하고 적절한 계속관리가 환자의 적극적 참여가 제공될 수 있도록 운영관리 되어져야 한다(김진순 1994 p.95).

〈표 3〉 간병자의 일반특성

		간병자					간병자 연령대								
		배우자	여자 식구	남자 식구	부모	기타	계 (%)	10대	20대	30대	40대	50대	60대	그이상	계 (%)
생	독신		2			4	6				1		1	4	6
활							(5.6%)								
지	가족과	28	9	8	11	45	101	2	15	7	7	20	29	21	101
지	함께						(94.4)								
계		28	11	8	11	49	107	2	15	7	8	20	30	25	107
(%)		(26.2)	(10.3)	(7.5)	(10.3)	(45.8)	(100)	(1.9)	(14)	(6.5)	(7.5)	(18.7)	(28)	(23.4)	(100)
성	남	22			9	12	43	1	2	2	4	10	14	10	43
별							(40.2)								(40.2)
	녀	6	11	8	2	37	64	1	13	5	4	10	16	15	64
							(59.8)								(59.8)
계		28	11	8	11	49	107	2	15	7	8	20	30	25	107
(%)		(26.2)	(10.3)	(7.5)	(10.3)	(45.8)	(100)	(1.9)	(14)	(6.5)	(7.5)	(18.7)	(28)	(23.4)	(100)

3) 의사소통

의사소통에 관한 문항은 8개항 중 가장 높은 결여 부분은 교육 배경이 낮던지 정규 교육을 못 받아서 의사소통에 결함이 있다라고 응답한 대상이 22.2%였고 아울러 쓰고 읽기의 능력 결함이 20.25%로 나타나고 있다.

전체대상자의 18.4%에서 의사소통결함이 있었고 74.2%가 의사소통에 결함이 없다고 응답하였다. 7.3%는 무응답으로 역시 의사소통이 되지 못한 경우이다.

4) 가정 환경 안전상태

가정환경의 안전에 대한 질문 14개항 중 “환기불량”의 지적이 23.3%, 잠자리 보기가 20%로 불안정한 것으로 응답하였으며 결혼상태와 가정환경 안전상태 내용 중 “기능 방해”, “물품보관”, “이웃”, “환기”, “가스나 연료”가 안전에 위험이 있는 것에 통계적으로 유의하였다. 또한 교육수준과 가정 환경 안전

위험간에는 통계적으로 유의($\chi^2=69.086 P=0.000$)하였다.

5) 재가환자의 심리정서상태

재가환자의 심리정서상태의 결함 중 우울이 가장 높은 25.2%이고 다음이 신체의 변화 23.4%로 다음 순위이다. 우울은 주증상이 사지통이 있는 환자에서 가장 많이 경험했고 신체적 변화는 활동제한의 문제가 가장 높은 증상이었다.

학력별로는 무학층에서 우울이나 신체적 변화에 높은 응답율을 나타냈다. 결혼상태와 “상호작용상의 갈등”간에도($\chi^2=20.782 P=0.023$)도 통계적으로 유의하였으며, 생활지지상태와 우울간에도($\chi^2=14.810 P=0.005$) 통계적으로 유의하였으며, “상호작용상 갈등”간에도($\chi^2=11.889 P=0.018$) 통계적으로 유의하였다.

4. 재가환자보유 질환의 성격

본 대상자들이 갖고 있는 질환의 성격을 보면 만성 질환이 가장 많은 전체의 67.3%로 과반수를 차지하고 있으며 결혼상태, 연령, 주호소와 질환의 성격간에는 각각 통계적으로 유의($\chi^2=66.411$ P=0.000), ($\chi^2=31.607$ P=0.048), ($\chi^2=166.117$ P=0.003)하였다.

주호소별로 질환의 성격을 보면 가장 높은율을 차지하고 있는 것이 만성질환으로 변비, 부종, 요통, 두통, 호흡곤란, 현기증, 실금, 식욕부진, 정서불안, 소화장애, 사지통, 다뇨, 활동제한, 견비통 등 18가지

증상으로 3가지 증상만을 제외하고는 고르게 분포되어 있어 재가환자의 대부분이 만성질환으로 분류되고 유병기간으로도 만성 질환에서는 5년 이상의 유병기간 환자가 80.5%를 차지하였고 일반질환에서 5년 이내 유병기간환자가 29.4%로 가장 낮았다. 연령에 있어서도 역시 만성질환이 50세이상 연령에서 83.3%이며 선천성질환은 4명중 3명이 30세이전 연령군에 모두 속해있다.

결혼상태에 따른 재가환자들의 질환속성은 미혼층에는 모든 질환들이 고루 분포되어 있었으며 선천성 질환자는 모두가 미혼이었다.

〈표 4〉 재가환자의 주증상과 질환

속성	만성질환	재해사고	일반질환	선천성질환	계
주증상					
변비	3	1			5(4.7%)
부종	4	2			6(5.6%)
요통	8	4	4		16(15%)
두통	2		1		3(2.8%)
호흡곤란	1		3		4(3.7%)
현기증	3				3(2.8%)
실금	3				3(2.8%)
식욕부진	3				3(2.8%)
불면증				2	2(1.9%)
정서불안	4	1	1	1	7(6.5%)
소화장애	2				2(1.9%)
사지통	21	2	1		24(22.4%)
다뇨	1				1(0.9%)
치통	2		1		3(2.8%)
활동제한	14	4			18(16.8%)
피로감			1	1	2(1.9%)
견비통	1		1		2(1.9%)
시력장애			3		3(2.8%)
계	72 (67.3%)	14 (13.1%)	17 (15.9%)	4 (4.7%)	107 (100%)

5. 재가환자의 장애 실태

조사대상자들의 질병으로 인한 기능장애 실태는 전체 대상자의 86%가 신체장애로 우위를 차지하고 있다. 기능장애(Impairment)는 WHO가 1980년 정의한 장애를 3가지 차원으로 분류하면 기능장애(impairment), 능력장애(disability), 사회적 불리(不利 handicap)로 구분하고 있으며 이들 사이는 인과적 또는 시간적 연속관계에 있다. 어떤 질병으로 인하여 기능장애가 일어나고 기능장애가 활동능력에 제약을

가져오는 경우 능력장애가 생기며 이러한 능력장애가 어떠한 사회적 불이익을 초래할 때 사회적 불리라고 한다(W.H.O 1980 p.30).

유병기간별 장애는 복합장애를 가지고 있는 재가환자 8명중 7명이 5년 이상의 장기 유병기간을 보유하고 있는 것으로 보아 조기치료나 악화방지 지연으로 인한 만성적 질병의 진행, 혹은 누적되는 병적 복합원인에 의한 합병증으로서 유병기간이 길면 길수록 장애 빈도가 높게 나타나는 것과 맥을 같이 한다.

〈표 5〉 재가환자 장애실태

유병기간	청각장애	시각장애	신체장애	정신장애	복합장애	계
1년 이내			4		1	5(4.7%)
3년 이내	1	2	7			10(9.3%)
5년 이내			13			13(12.2%)
5-10년			33		4	37(34.6%)
11년 이상			35	4	3	42(39.6%)
연령	1 (0.9%)	3 (2.8%)	92 (86%)	3 (2.8%)	8 (7.5%)	107 (100%)
0-29		1	5			6(5.6%)
30-39			3	1	2	6(5.6%)
40-44			6			6(5.6%)
45-49			2	1		3(2.8%)
50-54			15			15(14%)
55-59			13		1	14(13.1%)
60-64		2	6			8(7.5%)
65-69	1		12		3	16(15.9%)
70-74			16			16(15.9%)
75-79			10	1	2	13(12.2%)
80 이상			4			4(3.7%)
계	1 (0.9%)	3 (2.8%)	92 (86%)	3 (2.8%)	8 (7.5%)	107 (100%)

6. 생활활동(ADL)과 가동능력 상태

재가 환자들에게 있어서 질병으로 인해서 정상생활을 방해받는 경우가 많은데 방해받는 범위가 다양하겠지만 일일생활에 지장받는 정도를 파악하고 자가관리의 능력, 자신을 돕는 능력, 자기를 챙길 수 있는 기능의 한도와 가동능력을 정리해보면 대체적으로 ADL에 있어서는 대상자의 과반수인 51.7%가 정상인과 같았고 17.4%에서 부분적인 도움이(보조기구의 사용 또는 사람의 조력) 있어야 되었으며 완전도움이 필요한 대상이 6.3%였다.

그중 “목욕”과 “걷기”가 완전의존 대상중에서도 가장 높은 13.1%, 10.3%이다.

또한 보조기구를 사용하면서 완전의존해야하는 대상자는 완전의존 대상자중 13.4%를 차지하고 있다. ADL중 유병기간과 수행능력정도와의 관계에서 보조기구를 사용하는 3개항목에서 각각 통계적으로 유의하였다($\chi^2=20.937$ $P=0.007$), ($\chi^2=27.308$ $P=0.038$), ($\chi^2=40.959$ $P=0.001$)〈표 6-1〉.

Personal care는 개인 생활에 필요한 사항에 대한 관리를 돕도록 준비하는 일 또는 돕도록 관리하는 능

력으로서 ADL과는 그 내용을 달리 한다. Personal care는 모든 항목에서 68.9%가 독자적 수행이 가능하다고 했고 부분의존이 완전의존쪽보다 낮은 6.7%였다. 독자적 Personal care를 가장 잘 이행하고 있는 항목은 “Eating”으로서 85.1%였다. 다음이 78.5%의 “Toileting”이었다. “목욕”은 독립적 수행이 57.9%로 Eating이나 Toileting과는 차이를 보였고, 전혀 목욕을 못하고 있는 대상도 있다(1.9%).

ADL에 대해서는 모든 부분에서 유병기간과 독립적 수행과는 밀접한 관계가 있어서 유병기간이 길어질수록 자립율이 높았다. 보조기구의 사용자는 총 75명으로 전체대상자의 70%나 되었으며 사용되는 도구는 Wheelchair 사용과 Mechanical lift 사용이 유병기간과 통계적으로 유의한 결과를 보였다〈표 6-1〉.

Personal care에 대해서는 일상생활에 있어서 상시 반복수행 해야하는 내용에 대한 준비, 관리계획 이행의 기능에 대하여 유병기간이 길수록 독립적 능력이 높게 나타났으나 통계적으로는 유의하지는 않았다.

연령별 Personal care는 독립적인 능력이 모든 내용과 모든 연령에 고른 분포를 보였고〈표 6-2〉, 지지와 조력을 많이 받은 내용은 Bathing이다.

〈표 6〉 생활활동과 기동 및 개인기능, 능력상태

		독자적	부분의존	완전의존	하지않음	무응답
ADL	Eating	93(86.9)	11(10.3)	3(2.8)		
	Dressing	79(73.8)	20(18.7)	8(7.5)		
	Grooming	78(72.9)	22(20.6)	6(5.6)	1(0.9)	
	Bathing	59(55.1)	34(31.8)	14(13.1)		
	Toileting	83(77.6)	17(15.9)	6(5.6)		1(0.9)
	Walking	56(52.3)	39(36.5)	11(10.3)		1(0.9)
	Weelchair	7(6.5)		4(3.7)	96(89.7)	
	Prostesis /Orthotics	26(24.3)	18(16.8)	6(5.6)	53(49.5)	4(3.7)
	Mechanical lift	9(8.4)	2(1.9)	3(2.8)	89(83.2)	4(3.7)
Meal prep.	64(59.8)	23(21.5)	9(8.4)			
계	545(51.7)	184(17.4)	67(6.3)	247(23.4)	10(0.9)	
Personal care	Eating	91(85.1)	7(6.5)	8(7.5)		1(0.9)
	Dressing	80(74.8)	8(7.5)	19(17.8)		
	Grooming	79(73.8)	9(8.4)	19(17.8)		
	Bathing	62(57.9)	8(7.5)	35(32.7)	2(1.9)	
	Toileting	84(78.5)	4(3.7)	19(17.8)		
계	396(68.91)	36(6.7)	100(18.7)	3(0.6)		
Mobility	방안에서	87(81.3)	6(5.6)	14(13.1)		
	집안에서	81(75.7)	9(8.4)	17(15.9)		
	계단에서	45(42.1)	30(28.0)	32(29.9)		
	이동하기	45(42.1)	30(28.0)	32(29.9)		
	외출하기	38(35.5)	26(23.3)	43(40.2)		
계	296(55.3)	101(18.8)	138(25.7)			

〈표 6-1〉 유병기간과 개인위생 수행

개인위생내용	유병기간 수행정도	유병기간					계(%)
		1년 이내	3년 이내	5년 이내	5-10년	11년 이상	
Eating	독립수행	5	49	11	29	37	91(85.1)
	부분의존수행				3	4	7(6.5)
	완전의존수행		1	2	4	1	8(7.5)
	불가능				1		1(0.9)
	계(%)	5(4.7)	10(9.4)	13(12.2)	37(34.6)	42(39.3)	107(100)
Dressing	독립수행	5	9	9	27	30	80(74.8)
	부분의존수행			1	3	4	8(7.5)
	완전의존수행		1	3	7	8	19(17.8)
	계(%)	5(4.7)	10(9.4)	13(12.2)	37(34.6)	42(39.3)	107(100)
Grooming	독립수행	5	8	8	26	32	79(73.8)
	부분의존수행			2	2	5	9(8.4)
	완전의존수행		2	3	9	5	19(17.8)
	계(%)	5(4.7)	10(9.4)	13(12.2)	37(34.6)	42(39.3)	107(100)
Bathing	독립수행	4	8	7	16	27	62(57.9)
	부분의존수행	1		2	4	1	8(7.5)
	완전의존수행		2	4	17	12	35(32.7)
	불가능					2	2(1.9)
계(%)	5(4.7)	10(9.4)	13(12.2)	37(34.6)	42(39.3)	107(100)	
Toileting	독립수행	5	9	10	27	33	84(78.5)
	부분의존수행			1		3	4(3.7)
	완전의존수행		1	2	10	6	19(17.8)
	계(%)	5(4.7)	10(9.4)	13(12.2)	37(34.6)	42(39.3)	107(100)

〈표 6-2〉 유병기간과 ADL상태

		1년 이내	3년 이내	5년 이내	5-10년	11년 이상	계(%)	Df	χ^2	P
Eating	독립수행	5	9	11	29	39	93(86.1)	8	20.937	0.007
	부분의존수행			1	7	3	11(10.3)			
	완전의존수행		1	1	1		3(2.8)			
	안함									
계(%)		5(4.7)	10(9.4)	13(12.2)	37(34.6)	42(39.3)	107(100)			
Dressing	독립수행	5	9	9	26	30	79(73.8)			
	부분의존수행			3	8	9	20(18.7)			
	완전의존수행		1	1	3	3	8(7.5)			
	안함									
계(%)		5(4.7)	10(9.4)	13(12.2)	37(34.6)	42(39.3)	107(100)			
Grooming	독립수행	5	8	9	25	31	78(72.7)			
	부분의존수행		1	3	7	11	22(20.6)			
	완전의존수행		1	1	4		6(5.6)			
	안함				1		1(0.9)			
계(%)		5(4.7)	10(9.4)	13(12.2)	37(34.6)	42(39.3)	107(100)			
Bathing	독립수행	5	6	7	15	26	59(55.1)			
	부분의존수행		3	5	16	10	34(31.8)			
	완전의존수행		1	1	6	6	14(13.1)			
	안함									
계(%)		5(4.7)	10(9.4)	13(12.2)	37(34.6)	42(39.9)	107(100)			
Toileting	독립수행	5	9	10	25	34	83(77.6)			
	부분의존수행			2	7	8	17(15.9)			
	완전의존수행		1	1	4		6(5.6)			
	안함									
계(%)		5	10	13	37	42	107(100)			
Wheelchair	독립수행		1		3	3	7(6.5)			
	부분의존수행									
	완전의존수행				1	1	4(3.7)			
	안함	2								
계(%)		3	9	3	33	38	96(89.7)			
계(%)		5(4.7)	10(9.4)	13(12.2)	37(34.6)	42(39.3)	107(100)			
Orthotics / Prosthesis	독립수행	1	5	3	9	8	26(24.3)			
	부분의존수행	1		2	10	5	18(16.8)			
	완전의존수행	2	1	1	2		6(5.6)			
	무응답	1	1		1	2	4(3.7)			
	안함	1	3	7	15	27	53(49.5)			
계(%)		5(4.7)	10(9.4)	13(12.2)	37(34.6)	42(39.3)	107(100)			
Walking	독립수행	4	6	6	15	26	56(52.3)			
	부분의존수행	2	2	6	15	14	39(36.5)			
	완전의존수행		2	1	6	2	11(10.3)			
	무응답				1		1(0.9)			
	안함									
계(%)		5(4.7)	10(9.4)	13(12.2)	37(34.6)	42(39.3)	107(100)			
Mechanical life	독립수행			1	4	4	9(8.4)			
	부분의존수행					2	2(1.9)			
	완전의존수행	2			1		3(2.8)			
	무응답		2	1		1	4(3.7)			
	안함	3	8	11	32	35	89(83.2)			
계(%)		5(4.7)	10(9.4)	13(12.2)	37(34.6)	42(39.3)	107(100)			
Meal prep.	독립수행	3	5	8	26	22	64(59.8)			
	부분의존수행	2	1	3	5	12	23(21.5)			
	완전의존수행		1	1	3	4	9(8.4)			
	무응답					1	1(0.9)			
	안함		3	1	3	3	10(9.4)			
계(%)		5(4.7)	10(9.4)	13(12.2)	37(34.6)	42(39.3)	107(100)			

〈표 6-3〉 결혼상태와 개인위생 수행

		미혼	결혼	이혼	사별	별거	계(%)	Df	χ^2	P
Eating	독자수행	7	56	6	21	1	91(85.1)			
	부분의존수행	4	3				7(6.5)			
	완전의존수행	1	6		1		8(7.5)			
	불가능		1				1(0.9)			
	계(%)	12(11.2)	66(61.8)	6(5.6)	22(20.6)	1(0.9)	107(100)			
Dressing	독자수행	4	55	5	15	1	80(74.8)			
	부분의존수행	4			4		8(7.5)			
	완전의존수행	4	11	1	3		19(17.8)			
	계(%)	12(11.2)	66(61.8)	6(5.6)	22(20.6)	1(0.9)	107(100)	10	25.508	0.004
	Grooming	독자수행	4	53	5	16	1	79(73.8)		
부분의존수행		5	1		3		9(8.4)			
완전의존수행		3	12	1	3		19(17.8)			
계(%)		12(11.2)	66(61.8)	6(5.6)	22(20.6)	1(0.9)	107(100)	10	25.020	0.005
Bathing		독자수행	4	42	5	11		62(57.9)		
	부분의존수행	1	3		4		8(7.5)			
	완전의존수행	5	21	1	7	1	35(32.7)			
	불가능	2					2(1.9)			
	계(%)	12(11.2)	66(61.8)	6(5.6)	22(20.6)	1(0.9)	107(100)	15	26.355	0.034
Toileting	독자수행	7	51	5	20	1	84(78.5)			
	부분의존수행	2	2				4(3.7)			
	완전의존수행	3	13	1	2		19(17.8)			
	계(%)	12(11.2)	66(61.8)	6(5.6)	22(20.6)	1(0.9)	107(100)			

〈표 6-4〉 성별 가동성 범위

가동범위	성별	남	여	계(%)	Df	χ^2	P
방안	독자수행	31	36	87(81.3)			
	부분의존수행	3	3	6(5.6)			
	완전의존수행	9	5	14(13.1)			
	계(%)	43(40.2)	64(59.8)	107(100)			
	집안	독자수행	27	54	81(75.7)		
부분의존수행		5	4	9(8.4)			
완전의존수행		11	6	17(15.9)			
계(%)		43(40.2)	64(59.8)	107(100)			
계단		독자수행	15	30	45(42.1)		
	부분의존수행	14	16	30(28)			
	완전의존수행	14	18	32(29.9)			
	계(%)	43(40.2)	64(59.8)	107(100)			
	이동	독자수행	14	31	45(42.1)		
부분의존수행		14	16	60(28)			
완전의존수행		15	17	32(29.9)			
계(%)		43(40.2)	64(59.8)	107(100)			
외출		독자수행	9	29	38(35.5)		
	부분의존수행	11	15	26(23.3)			
	완전의존수행	23	20	43(40.2)			
	계(%)	43(40.2)	64(59.8)	107(100)	2	7.519	0.023

결혼상태별 Personal care는 결혼 중에 있는 자가 독립적 능력이 61.9%로 가장 높았고 그 중 “Bathing”에서 도움을 가장 많이 받고 있었으며 “목욕” 수행 정도와 “옷입기”, “Grooming”수행 정도와 결혼상태에는 통계적으로 유의($p=0.034, 0.004, 0.005$)하였다.

“Dressing”에서도 66.2%가 여성이 독립적이었으며, “Grooming”도 68.3%에서 여성이 더 독립적이었고, “Bathing”도 62.9%로 여성이 더 독립적이었고, “Toilet”은 65.4%에서 여성이 더 독립적이었으며 “Toileting”수행 정도와 성별간에도 통계적으로 유의($\chi^2=8.298 p=0.016$)하였다. 기구를 사용한 독립성은 남성이 63.8% 여성보다 그 수행능력이 높았다.

가동성(Mobility) 수행은 기동할 수 있는 범위와 난해한 부분으로 구분하여 분석하면 방안에서, 집안에서, 집밖으로의 외출 중 독립적으로 용이하게 기동할 수 있는 범위는 방안이 81.3%로 가장 높았으며, 기동범위가 넓어지고 기동이 난해해질수록 의존도가 높아지는 경향이며 외출에서는 성별과 기동수행 정도 사이에 통계적으로 유의하였다($\chi^2=7.519 p=0.023$).

유병기간과 기동 능력을 보면 유병기간이 길어지면 단순한 가동정도도 완전의존성향을 보이며 “계단”이나 “이동”, “외출”과 같은 노력과 시간이 더 많이 필요로 하는 부분은 유병기간의 장단과 무관하였으며 완전의존의 요구가 높았던 곳은 옥외로의 외출로서 40.2%이다.

V. 결론 및 제언

사회복지관 부설 재가복지 봉사센터의 서비스대상인 개인이나 가족집단의 일상생활의 당면문제(신체적, 정신적, 심리적문제)와 발달적 욕구충족문제를 해결해주거나 서비스접근이 용이하도록 도와준 기능 중 간호의 이론과 실무 즉 역할과 기능으로 해결할 수 있는 요구범위를 조사하기 위하여 1995년 3월부터 12월까지 춘천 H사회종합복지과의 임대아파트 거주 재가 복지 서비스 수혜자중 건강문제로 인한 의료적 서비스가 요구된다고 사회복지사들로부터 의뢰받은 107명을 대상으로 가정간호 필요 내용을 종합 기술한 단면조사(Descriptive Crosssectional Study)를 실시하였다.

조사도구는 UIMB Home Health Agency의 환자 간호사정기록지에서 필요한 항목만 발췌하여 수정없이 사용하였으며 자료처리는 전산처리하였고 단순빈

도와 교차분석하여 주로 백분율로 표시하였으며 χ^2 -test로 유의성검증을 하여 분석한 결과 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 재가복지 서비스 대상자중 의료적 간호를 필요로 하는 대상자는 여성(59.8%)이 더 높았으며 연령은 50세 이상군이(80.3%) 과반수를 차지했고 그 중 65세 이상군은 45.7%를 점유하였다. 학력은 무학이 50.5%로 과반수를 차지하였으며 대상자의 생활 지지상태는 가족과의 동거가 99.1%이며 결혼상태는 사별 20.6%이다. 질병진단별로는 근골격계 질환이 38.8%, 고혈압, 뇌졸중이 24.4%였다. 단일질환으로는 관절염이 25.7%로 가장 높았고 유병기간은 5년 이상의 장기간이 73.9%였다. 질병에 대한 치료상태는 치료중 56.6%, 방치 43.3%이며 치료방법으로는 약물치료가 치료 대상자의 73.5%이고 치료받는 대상 일인당 평균치료빈도 1.8로 약물치료와 물리치료를 병행하고 있는 것을 보여 주고 있다.
2. 주호소는 사지통 22.4%, 활동제한 16.8%, 요통 15.0% 순이며 성별과 연령사이에는 통계적으로 유의($p=0.006$)했으며 주호소와 결혼상태간에도 통계적으로 유의($p=0.005$)하였다. 진단별 유병 상태와 연령간에도 통계적으로 유의($p=0.000$)하였다.
3. 조사자 판단에 의한 대상자에게 우선 필요한 서비스는 의료적서비스가 32.7%, 운동요법 29.9%, 정서적지지가 19.6% 순으로 보였고 주호소와 우선 필요한 서비스간에는 통계적으로 유의하였다($p=0.003$).
4. 재가환자 간호요구중 신체면에서는 근골격계 33.3%, 신체면 이외의 요구에서는 간병자에 대한 필요가 49.5%, 지식결여 28.2%, 영양상태의 결함이 21.0%, 의사소통결함이 18.4%였으나 통계적으로는 유의하지는 않았다.
5. 질병의 성격(속성)으로 보았을 때 만성질환 67.0%, 일반질환 15.9%, 사고 및 재해성질환 13.1% 순이었으며 질병의 속성과 연령, 유병기간, 주증상, 결혼상태와는 통계적으로 각각 $p=0.000$ 로 유의하였다. 장애 실태는 신체장애상태가 86%로 가장 높았으며 장애와 연령과는 통계적으로 유의하지 않았으나 유병기간과는 $p=0.048$ 로 통계적으로 유의하였다.
6. 환자의 ADL능력은 Eating 86.9%, Toileting 77.6%에서 독립적 수행이 가장 높았고 총 수행빈도

중 독립적 수행능력 빈도가 68.4%이었다. ADL의 수행정도와 유병기간간의 유의성은 wheelchair $p=0.007$, orthotics/prosthesis $p=0.038$, Mechanical lift $p=0.001$ 로 보조기구 사용부분만 통계적으로 유의하였다.

Personal care의 수행능력은 ADL과 유사하였으며 수행 정도와 결혼상태 간의 통계적 유의성은 Dressing($p=0.004$), Grooming($p=0.005$), Bathing($p=0.034$)에서 나타났으며, 또한 Personal care의 수행능력과 성별간의 통계적유의성은 Eating($p=0.006$), Dressing($p=0.021$), Toileting($p=0.016$)에서 나타났다. Mobility의 수행능력은 “방안”에서의 독자적 기능 수행이 81.3%로 가장 높았고 수행능력이 가장 낮은 완전의존기동은 “외출”의 40.2%이나 성별과 수행정도간에는 통계적으로 유의($p=0.023$)하였다. 수행능력과 연령간의 통계적 유의성은 “집안”(p=0.035), “외출”(p=0.049)에서 나타났다.

이상의 결과를 바탕으로 다음과 같은 결론을 얻었다.

재가 복지 봉사센터 운영은 가정에서 보호가 필요한 장애인, 노인 및 환자, 거동 불능 요보호계층에게 필요한 제반 서비스를 제공하기 위한 사업인데 현재의 구조 설비 인력으로는 기존 목적의 사업을 이루기는 본 조사 결과로 불가능하다고 본다. 그러므로 현재의 재가복지 봉사센터의 설치운영 지침에 대한 개정과 보완 작업을 통하여 의료 전문 기술적 서비스를 제공하여 사업결과의 효율성을 높이도록 제도적 보완과 신축성 있는 운영으로 방향을 전환하여야 한다는 결론에 도달하게 된다. 아울러 본 조사 연구는 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 간호전문직을 운영 책임자로 하는 재가복지 봉사운영체제모형 개발을 위한 연구의 시도가 필요하다.
2. 지역사회의 개인, 가족집단을 대상으로 현재 시행되고 있는 산발적이고 미숙한 각종 재가서비스에 대한 종합평가가 필요하다.
3. 현재 시행되고 있는 재가 복지 서비스를 포함한 모든 복지 사업 내용, 서비스 전달 체계, 운영에 대한 지역단위 종합 평가가 필요하다.

참 고 문 헌

- 간협신보(1996). 934호, 8월 1일 1면.
- 경운호(1992). 요보호대상자 선정 및 보호프로그램의 문제점과 개선방안, 재가 복지 봉사 센터 운영의 활성화 방안, 한국사회복지관협회
- 공세전(1995). 한국보건복지 정책의 주요과제, 민주자유당 중앙상무위원회 보건복지분과위원회.
- 김범수(1995). 재가 장애인 서비스, 아태장애인 10년 연구모임.
- 김범수(1993). 재가복지론, 홍익재 p.337.
- 김상균(1987). 민간주도형 복지모형, 사회복지연구, 제15권, 대구대학교 pp.89-104.
- 김성실(1993). UTMB Home Health Agency의 가정간호실태조사, 대한간호 제32권 1호 pp. 95-110.
- 김성이(1995). 21세기사회 복지사회를 위한 파트너쉽 : 정부, 기업, 민간단체역할, 한국의 경험, '95 추계 한국 사회 복지 학회 국제 심포지움 및 학술대회' p.281.
- 김진순(1994). 보건의료서비스 연구 일차 보건 의료층 중심으로-연세대학교 간호대학 간호정책 연구소.
- 노유자, 김춘길(1995). 가정노인과 양로원노인의 체력, 자기효능, 일상생활활동 능력 및 삶의 질에 관한 연구, 대한간호학회지, 제25권 제2호.
- 문경태(1994). 지역사회중심 재활의 개발 전략모색, 전국장애인 종합 복지관 협의회, “지역사회 중심 사업의 발전 방향모색 워크샵자료” pp.19-21.
- 문옥륜(1995). 노인 보건제도와 노인 간병 요양원제도 개발의 관제와 전망, 한국노년학회 세미나.
- 박정환(1996). 우리나라 국민건강 수준의 평가, 대한 보건협회지 제22권 제1호.
- 박순일(1995). 한국보건복지정책의 주요과제, 민주자유당 중앙상무위원회 보건복지분과 위원회 p.1.
- 박재호(1993). 지역사회와 재가복지의 연계개발안, 강원도 사회복지협회.
- 보건사회부(1992) 제1차 재가복지봉사센터 전담요원 교육, 재가 복지봉사센터의 기능역할, 한국 사회복지관 협회.
- 보건사회부(1994). 21세기를 대비하는 사회복지정책 과제와 발전방향, 사회복지심의 위원회.
- 서미경(1995). 한국 노인의 만성 질환상태 및 보건, 의료대책, 한국 노년학회 제15권 1호.

- 서미혜, 이해원, 전춘영(1995). 가정간호시범사업 간호진단 및 간호중재분석연구, 대한간호 제34권 제5호 pp.52-63.
- 서상목(1995). 한국형 복지사회의 건설 '95추계한국사회 복지학회 국제심포지움 및 학술 대회' p.165.
- 성민식(1995). 21세기 복지사회를 위한 파트너십 : 정부, 기업, 민간단체 역할-한국의 경험, '95추계 한국사회복지학회 국제 심포지움 및 학술대회' p.261.
- 손승영(1992). 노부부의 가족 구성 및 가족관계, 여성 한국사회연구회 편, 한국가족론, 서울 까치사.
- 신상운(1994). CBR적용사례, 전국 장애인 종합복지관 협의회, "지역사회중심재활 사업의 발전 방향 모색 워크샵자료" pp.100-101.
- 양옥남(1995). 노인부양자의 스트레스에 관한 연구, '95한국노년학회 후기 논문발표회 및 한국노년·노화·노인병학회 연합학술대회, 한국노년학회, 한국노인병학회, 한국노화학회.
- 유승홍(1988) 외 피보험자의 건강진단비용-효과분석 : '86 건강 진단의 비용-편익을 중심으로, 의료보험관리공단.
- 유호신(1994). 한국의 가정간호 수가체계, Health Service Research, 연세대학교 간호대학 간호정책 연구소.
- 이숙현(1995). 현대 가족의 경향 및 연구 방향, 간호탐구 4권 2호, 연세대학 간호대학 간호정책연구소.
- 이영수(1995). 노인질환과 삶의 질, '95한국노년학회 후기 논문 발표회 및 한국노년, 노화, 노인병학회 연합학술대회, 한국노년학회, 한국노인병학회, 한국노화학회.
- 임영수, 김명자, 김혜경, 유애광, 최영숙(1979). 정신간호학, 창학사.
- 장인협(1990). 사회복지학개론, 서울대학교출판부.
- 전봉운(1982). 계획자와 관리자를 위한 CBR 안내, Janeva 서울장애인 종합복지관직원교육자료.
- 정진모(1987). 지역사회 중심 재활사업의 필요성, 성지서울장애인 종합복지관 1987, p.15.
- 岡村重夫 저 송정부 역(1986). 사회복지학, 병지사 p. 39.
- 재단법인 춘천효자종합복지관(1996). 사업보고서, 춘천효자종합복지관 1991-1995.
- 차홍봉(1995). 장애인 복지 서비스 전달체계, 아태장애인 10년 연구모임.
- 최경애(1995). 노인환자와 가족을 위한 의료 사회사업 서비스 욕구조사; 한강 성심병원 노인병센터를 중심으로, 인간과학 : vol19, No11.
- 최성재(1993). 고령화 사회에 대비한 노인복지정책, 연세대학 생활과학 연구소 창립25주년 기념 국제 학술 심포지움.
- 통계청(1994). 사망원인 통계 연보, 통계청.
- 한국사회복지관협회. 재가 복지 봉사센터 운영의 활성화 방안, 한국 사회복지관협회.
- 한국사회복지관협회(1992). 재가 복지 봉사센터의 기능과 역할, 한국사회복지관협회.
- 한국사회복지관협회(1993). 1992년도 재가 복지 봉사센터 현황조사보고서, 한국사회복지관협회.
- 한국사회복지관협회(1994). 1993년도 재가 복지 봉사센터 현황조사보고서, 한국사회복지관협회.
- 한국사회복지관협회(1995). 1994년도 재가복지봉사센터 현황조사보고서, 한국사회복지관협회.
- 한국 여성 개발원(1994). 여성 관련 사회 통계 지표, 한국여성개발원
- 한국 인구보건 연구원(1989). 노인 단독 가구의 실태에 관한 연구, 한국 인구 보건 연구원
- Alfred Kadushin(1980). "Homemaker Services child Welfare Service, MacMillan Publish" Co. Inc. New York.
- Jones Catherine(1985). Patterns of Social Policy, Tavislock Publication Ltd.
- Jones Catherine(1993). The pacific challenge : Confucian welfare state in Catherine Jones (ed), New perspectives on the welfare state in Europe Routledge : London pp.198-217.
- Kitson G. C & Morgan : L.A.(1990). The Multiple Consequences of divorce : A decade review, Journal of Marriage and the Family, 52 : 913-924.
- Ralph Dolgoff, Donald Feldstein(1980) Understanding Social Welfare Harper and Row, New York.
- W. H. O(1980). International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps Report, pp.30-33.

— Abstract —

Key Words : Home Health Care

Study on Effective Utilization Strategies of the Home Health Care Program in the Community Care Service of Welfare Policy.

*Kim Sung Sil**

This study was designed out to develop a home health care service for nurses working in community care services. This study investigates actual conditions at welfare institutions related to health needs the demands of clients, and the state of home health care services we hope that this study will improve upon the current service system.

In Korea home health care services are still developing and only new becoming a part of the health care supply system.

The data was collected by recording the client home nursing assessments modified to the situation of UTMB home health agency.

In this study 107 clients were selected for home care who needed care for physical and mental deficits. The study lasted from March to November of 1995 at one of the welfare service institutions in Chunchon city.

The results show that those who most frequently needed care services were over 50 years old with a health deficit of 80.3%, followed by sex as women who needed care at 59.8%. 50.5% of the clients had very little education.

99.1% of the clients live with their family, and a medical diagnostic analysis reveals that 73.9% of the 5 year period of illnesses were the following : 38.8%—muscular-skeleton system disorder, 24.4%—hypertension and stroke, 25.7% sole disease of arthritis.

For behavioral conditions 43.3% of the patients were without care services, 56.6% of the patients were taking treatment that 73.5% of those were taking medication.

The most main complaint of patients were 22.4% of pain in the extremities, next were 16.8% of a limitation of body activities, 15.0% was lumbo-sacralgia.

According to the investigator who was a senior student nurse, the following suggestions were made : 32.7% for curative medical services, 29.9% for physical exercise, 19.6% for emotional support.

Consultation nursing services consisted of 67.2% for physical therapy, 11.2% for the maintaining healing, 9.4% for counseling.

The patients at home, required assistance most frequently for muscular-skeleton problems under the category of physical systems(33.3%). But, on the other hand, 49.5% of the patients required care givers at home, 28.2% had a knowledge deficit, 21.0% had malnutrition, 18.4% had bad impaired communication.

The character of health problems were divided into chronic disease(67.0%), accidents(13.1%), and general disease(15.9%).

86% of the disabled client had an impairment of the physical system.

Eating(86.9%), Toileting(77.6%), and personal care showed much the same of ADL condition, the level and range of achievement of mobility, the most frequently self performed was 81.3% only in a room size area, and 40.2% were completely dependent when going out.

Although there were a large number of home care services in th community at these welfare institutions, many clients needed a variety of curative services. As policy changes have gathered momentum, responsibility for the deveopment of a more suitable program was demanded by the clients from the community.

* Hallym University Department of Nursing