

UTMB Home Health Agency의 가정간호 실태조사

김 성 실
(춘천전문대학 교수)

목 차

- I. 서 론
- II. 선행연구 및 문헌고찰
- III. 연구방법
- IV. 연구결과
- V. 논 의
- VI. 요약 및 결론
- 제 언
- 참고문헌
- Abstract

I. 서 론

우리나라를 비롯한 세계 여러나라들이 그들의 형편에 맞도록 가장 적절한 방법으로 국민의 건강을 유지 향상시킬 방법과 수단을 고안하여 왔고 또한 국민건강 문제를 미리 예방하는 것이나 이미 질병이 있는 환자들에 대한 치료도 또한 같은 맥락에서 생각할 수 있다.

인류사회가 고도로 발달함에 따라 지리적·문화적·경제적 차이를 나타내게 된다. 선진 여러나라의 여러 경험을 통하여 이미 알고 있듯이 과학이 고도로 발달하여 산업사회로 치달으면서 빛어지는 건강의 문제나 이를 해결하려는 무수한 제도나 정책이 시대와 배경을 달리하면서 변화하여 왔다. 한 시대가 지나가도 새로운 불결을 맞으면 그 시대가 요구하는 최소한의 문제와 해결책을 생각하게 되고 한나라의 정책을 입안하는 사람들이나 전문가들은 최대한의 방안을 제시하고자 연구하고 노력하게 된다.

2000년대를 맞이하는 이 시점에서 우리나라의 건강문제와 이를 해결하기 위한 소위 의료전달 체계와 서비스 인력과 자원, 정책 등을 생각해 보아

야 할 것 같다.

우리나라는 1960년 이후 급격히 변화되는 고도 산업사회화 과정에서 또는 그 결과로 나타나게 되는 건강관련 요인들이 오늘의 국민건강을 위한 종합적 건강모형을 구상하는데 포함되어야 할 부분들이다.

최근 우리나라는 인구구조의 변화, 즉 노인인구의 증가 이와 연관된 만성퇴행성환자의 증가, 정신질환자, 심신장애자, 교통사고 환자, 산업재해로 인한 피해자나 환자들이 새롭게 나타나는 건강 수요의 주류이며 아울러 경제성장의 결과로 나타나는 생활양식의 변화, 국민건강 인식의 변화 등 과거와 달리 정치, 경제, 사회, 문화의 발전 및 변화와 관련하여 보건의료에 대한 요구가 국민 권리의 식으로 표출되는 현실을 감안할 때 국민의 의료수요를 충족시키고 국민의 건강을 유지하고 향상하여 질병을 조기발견하고 예방하고 자신의 건강문제를 스스로 관리할 수 있는 능력을 키워 특히 만성질환이나 재활부분에 자기관리 기능을 갖게 하는 등 국민건강 교육확대 실시 방안이 포함되는 보건의료전반에 걸친 정책적 전환이 불가피한 시기로 판단된다. 그러나 아직 증가 일로에 있는 노인이나 퇴행성 만성 질환자와 재가 환자에 대한 확실하고 구체적인 뚜렷한 장단기 대책안이 발표되지 않고 있으나 1990. 1. 9. 보사부령 840호로 발표된 가정간호 전문간호사 과정에 관한 규정이 부가됨으로 가정의료사업(Home Health Care Service)의 제도적 기초가 마련된 셈이다.

이에 본 연구는 가정 간호사가 가정을 중심으로 한 간호활동전반 사항을 가정간호 사업이 국민의료 전달체계 안에 중요한 몫을 하고 있는 미국 실무현장에서 직접 경험하고 문헌에서 얻은 간접 경험을 기초로 우리나라 가정간호사업의 모형을 구

상하는데 기초자료를 사용하고자 한다.

1. 연구의 필요성

간호사가 가정 방문활동을 하는 것은 아픈 사람의 병상간호이상의 의미를 가지고 있기 때문에 권장해 오고 있는 보건 간호사들의 역할 책임중 하나이다. 그러나 최근 20~30여년간의 보건 간호사의 가정방문간호 활동이 전문사업중심, 목표와 실적위주의 과중한 부담을 감당해 왔다. 그간 정부 보건사업을 담당해온 보건소나 보건지소는 전문인력의 부족으로 보건 행정권위 조직으로 변모하여 오늘에 이르렀다. 현금에 이르러 보건 의료사업의 중요 인력인 의사와 간호사의 양적 증가를 비롯한 보건의료상황이 긍정적으로 수용되어질 수 있는 조건들로 성숙되고 있다. 더욱이 노인인구 증가와 함께 증가하는 만성퇴행성 질병과 정신 질환자, 심신 장애자, 사고 및 재해로 인한 환자 등 장기요양을 필요로 하는 대상자들에게 가정의 익숙한 분위기에서 적절한 관리와 재활을 촉진하여 불구를 예방하는 등 전 국민의료보험실시 이후 종합병원 선호현상으로 인한 병원인구의 3배 증가에 대한 의료보험 재원의 압박현상의 안정과 병상의 효율적인 운영이라는 차원에서 시급히 가정간호의 제도적인 정착이 필요하게 됨에 따라 구체적인 사업의 내용과 기존 의료전달 체계와의 연계, 인력의 개발 등 가정 간호 활동범위 및 활동내용을 표준화하여야 한다.

2. 연구의 목적

가정의료 사업의 도입은 현재 우리나라의 경제, 사회, 문화, 정치적 상황으로 미루어 보건 의료정책의 전환이나 제도적 보완 및 개선의 입장에서 장기요양환자(만성퇴행성 질환의 노인환자, 불구불능자, 임종환자)에 대한 가정에서의 지속적 치료를 받게 하므로 환자는 경제적 부담을 덜게 된다. 이 사업에 투입되는 인력은 의사를 중심으로 간호사, 기타 필요한 전문인력과 보조 인력으로 team을 구성하여 운영되는데 주로 간호서비스가 주류를 이루게 된다.

본 연구는 가정의료사업 team의 일원인 가정간호사의 사업내용을 가정간호서비스를 받고 있는 대상들을 중심으로 그 범위와 내용, 가정간호대상들의 요구 및 만족정도를 조사하여 한국 가정간호

사업모형 개발에 자료로 제시하고자 다음의 구체적인 연구목적을 제시한다.

- ① 가정간호(Home Health Care nursing) 내용과 범위를 정한다.
- ② 가정 간호대상자의 간호 문제 및 간호 요구를 사정한다.
- ③ 가정 간호대상자의 개인적 특성을 평가한다.
- ④ 가정 간호대상자의 서비스 만족도를 분석한다.

II. 문헌 고찰 및 선행연구

1. 문헌고찰과 선행연구

1) 역사적 배경

가정간호(Home Care)의 역사는 간호사업 초기부터라고 그 근원을 이야기한다(Keating 1988). 즉, 아픈사람이 있는 가정을 방문하여 질병에 대한 치료는 물론 질병의 예방과 건강에 관한 교육과 지도를 내용으로 가정간호가 이루어져왔다.

중세기에 들어와서는 국가적으로 가난하고 병든 사람에 대한 보장법들을 제정할 만큼 이에 대한 관심이 높았으며 영국을 배겨으로 하여 1601년 The English Elizabethan Poor Law는 병들고 있는 사람들에게 먹을 것과 치료나 간호를 인간의 기본적인 욕구를 해결하는 백성의 권리수호에 기본적인 탁을 둔 조치로 본다.

19세기 후반 현대 간호시대가 열려 Florence Nighningale이 과학적 간호접근과 때를 같이하여 의학이나 보건분야의 급성장하는 과학적 지식은 병인론에 의한 건강문제 해결을 연구하게 되는 등 산업혁명 이후에는 근로자들의 사회적 문제가 국민의 관심사가 될 만큼 의식 수준이 높아져 갔다. 역시 영국에서는 최초로 방문 간호협회(Visiting Nurses Association)를 설립하였고 방문간호업무를 하는 간호사를 구역간호사(District Nurses)로 명하여 병원간호에서 얻은 병상간호의 기초기술을 가정 분위기에서도 적용할 수 있도록 간호사 교육과정에 함께 하도록 Nighningale은 구상했었다. 미국은 최초의 방문간호사를 구역간호사로 불렀고 영국에서의 방문 간호사의 역할과 같이 환자 방문간호와 건강교육사업을 하였고 이름이 주어진 미국

가정방문간호사업은 1800년 도시지역의 병원 외래의 확대사업으로 실시되었고 1909년 Metropolitan 생명보험회사에 고용된 간호사에 의해 사업이 진행되었고 그후에 MHI의 방문간호간활동은 Visiting Nurses Association과 협합하거나 보건 간호기관(Community Health Nursing Agency)과 합동으로 일을 하였다. 지난 40년간 Home Care Program은 정부의 보건기관, 방문 간호협회 혹은 이들의 병합기관들이 사업을 경영하였다. 오늘날 보건의료전달체계가 변함에 따라 Home Health Care Program은 미국에 있어서 하나의 주요 건강공급자원으로 등장하게 되었다. 병원중심의 Home Care가 최초로 이루어진 것은 1800년 후반 뉴욕 Montefiore병원에서 탄생하였으며 포괄적이고 본격적인 서비스가 시작된 것은 1947년으로 여러 병원 중심의 가정보건의료체계(Home Health Care System)의 하나였다.

2) 정책과 재원

미국은 1983~1986년 사이에 각 병원이 빠른속도로 성장한 부분이 Home Care 산업이다. 첫째, 1900년초에 불과 4%에 불과했던 미국의 65세 이상의 노인인구가 1981년에 11%로 증가했고 또 2030년에는 18%로 증가할 것으로 예측하고 있다. 더욱이 고령인구의 증가, 즉 75세 이상 노인인구가 2000년대에 65세이상의 노인인구의 45%로 그 중 85세 이상의 노인인구가 12%를 차지할 것이라 예측하고 있다(Spiegel 1983, pp. 22-23) 노인층 인구는 60%가 유병하고 있으며 다른 연령층에 비해 건강 보호를 받아야하기 때문에 보건의료의 요구가 높아지게 된다. 아울러 많은 노인을 위한 시설이 미국에는 많은데도 불구하고 전체노인의 70%의 노인이 가족의 간호나 돌봄을 가정에서 받고 있는 것으로 예상되지만 이는 정확히 자료를 수집할 수 있는 체계를 만들어 통계를 잡는데 어려움이 있다. 둘째, 확실한 것은 신체장애 아동이나 성인등 불구자들이 Home Care를 받아야하는 대상으로 1980년 미국 보건 통계에 의하면 주요 일과에 제한을 받을 정도의 인구가 10.9%, 활동에 지장을 받을 정도가 14.4%로 연령과 정비례하고 있다(Spiegel 1983, p. 24). 셋째, Home Care를 받기로 결정한 대상자는 병원에서 퇴원한 후 가정법주(경

계)내에서 계속 치료나 간호 기타 돌봄이 필요한 대상자가 증가하는 수요를 수용하는 제도적 보완 조치를 취하므로 위에서 언급한 가정내에서 투병해야할 대상이나 노인층에 대한 의료제공 서비스를 하게 한 것이다. 미국의 일반보건의료비 지출이 1971~1981년 사이에 3배 증가하는 대폭적인 의료수요의 증가로 미국 정부나 정책입안자들은 의료비 지출의 증가와 의료비 상승에 대한 대응 방안을 모색하면서 환자인 건강 구매자가 스스로 선택할 수 있는 의료 제공수단으로 Home Health Care Service가 적합한 것으로 판단했으며(Knollmueller 1984), 이 결정은 가치있고 저렴한 국가 보건의료 전달체계의 한 자원으로 인정하기에 이르렀다.

정부는 가정내에서 제공받는 Health Care의 범위를 확대하는 한편 연방정부나 주정부의 사회 보장성 보건의료비용 반제(Reimburse)정책을 수렴하였다. 즉, Social Security Act로 Medicare와 Medicaid가 주로 Home Care Program에 필요한 비용을 책임을 지고 있다. Home Care에 대한 Medicare의 지원은 임종(Hospice Care), 재활(Rehabilitation), 기능간호(Skilled Care), 보조(Home Health Aide), 건강유지(Health Maintenance)에 지원을 하게 되어 있고 Medicaid는 중재(Intermediate Care), 개별간호(Personal Care), 재활, 기능 간호보조(Home health Aide)등이 적용되며 가족의 도움을 받아야할 무의탁 환자나 노인을 위해서는 Social Service Block Grant에 의해 Foster Care(양육) Home Health Aide, Home Make(가사), Chore(잡일), Home Delivery Meal(식사공급)등이 제공되는 가정 범위내의 환자들에게 적용하고 있는 제도들이다(Jenning 1985, p.67). National Association for Home Care의 Medicare를 이용한 Home Care사업이 1984년에서 1986년 사이에 37%증가했다고 보고하고 있다. 1980년 인가된 Home Care기관은 3,022개소였으나 1982년에는 3,639개소로 1983년에는 4,258개소로 1986년에는 5,940개소로 급증하는 현상을 보였으며 관리 기관별로 보면 영리목적의 병원 Home Care Program이 3년간에(1983~1986) 137% 급증한 것을 볼 수 있다(Lerman 1987, p. 3). 1983년에 467DRGS(Dignostic Related Group)에 의하여 조기 퇴원한 환자에 대한 계속치료(정액주

사 치료, 신장투석, 화학요법 치료 등)가 Home Care수요를 급증시키면서 주에 따라서는 50 : 50으로 지출되어지는 Medicare지출이 85%까지 연방정부에 의존한 추가 있을 만큼 주정부가 감당하기 어려울 정도로 지출이 늘어났다.

Home Care의 주된 재원은 Medicare와 Medicaid이기 때문에 공급의 미흡함을 보인 것으로 보인다(Wood 1984). Oklahoma Tulsa지역을 중심으로 Home Care Program에 투입한 재정의 증가를 보면 1981~1985에 연방정부, 주정부 또는 사립 또는 개인등 전체적으로 72%가 증가되어 \$5,474,843이 소요되었다.

3) Home Care의 내용과 대상

Home Care Service는 전제 건강관리 체계 모형으로 보았을때 1, 2, 3차 건강관리 체계내에 모두 위치해야될 것으로 Home Care를 받아야 할 대상의 우선은 2차와 3차의 경계선의 위치에 있는 대상자와 병원치료 밖에 있는 2차 수준의 환자와 3차 건강관리 체계의 서비스를 받아야할 대상과 진단된 환자와 그 가족과 기타 지지체계(Supporting System)로 이루어진 서비스 단위이다(Keating 1988). 즉 1차 건강관리 체계는 질병예방과 건강의 유지 증진이 업무의 초점이고 2차 건강관리 체계는 진단된 대상의 건강문제를 해결하기 위한 치료와 예방을 주어야 하고 부당한 죽음이나 불능, 합병증, 예상되는 다른 질병의 병발을 예방하여야 하는 것이며 3차 건강관리 범주는 재활과 일시적인 인정을 취하게 하거나 환자 당사자와 가족에게 임종을 수용하고 순응할 수 있도록 돕는 등의 내용을 포함한다. Home Care Agency는 자원 공급처에 따라 그 기관이 규정한('예' Medicare, Medicaid, 개인 의료보험회사)규약 내에서 Home Care Program의 범위를 정할 수 밖에 없는 실정이다. Home Care Program운영 재정의 대부분이 Medicare와 Medicaid이므로 이 재원처의 지침을 살펴봄으로 Home Care Program의 범위를 가늠할 수 있을 것이다.

Medicare에 의해 인가된 Home Care Agency의 대상자에 대한 규약은 ① 가정범주내에 항상 있어야 하고 ② 의학적으로 인정되는 질병과 손상에 대한 치료내용으로 이루어져야 하고 ③ 의사의 지

도하에 이루어져야 하는 조건을 전제로 급성질병이나 손상으로부터 회복되는데 필요한 단기 기능 간호 서비스, 이 기능 간호(Skilled nursing)에는 물리치료, 언어치료를 포함하고 있으며, 작업치료 Home Health Aide, 의료사회사업, 약간의 의료 소모품의 제공에 대한 혜택을 받게한다는 내용의 지침을 사용하고 있다. 전일(Full Time)서비스나 예방적 보건의료사업은 제외되고 있다. 이중 기능간호(Skilled Nursing)에 포함되어 있는 구체적인 간호요목은 ㉠ 관찰과 평가(Observation and Evaluation) ㉡ 지도와 훈련(Teaching and Training) ㉢ 감독(Supervision) ㉣ 운동(Therapeutic Exercise) ㉤ 카테터 삽입과 관주(Insertion & Sterile Irrigation of Catheter) ㉥ 관장(Administration of Enema) ㉦ 외상치료(Wound Care) ㉧ 투약(Medication) ㉨ 정맥침자(Venipunctures) ㉩ 혈관 및 피하영양주사(Intravenous & Hypodermoclysis Feeding) ㉪ 비경구장내 주입영양치료(Parenteral Nutrition Therapy) ㉫ 목욕(Bath) ㉬ 피부관리(Skin Care) ㉭ 정신 심리 간호(Psychiatric Nursing is Considered a Skilled Nursing Service) ㉮ 일반검사(Non-Covered Special & Procedures) ㉯ 말기 간호(Terminal Care)이다.

Home Care받은 대상자 분석을 보면 1980년 뉴욕주를 중심으로 조사된 바로는 질환별로 보면 순환계, 근 골격계 문제, 신생물등의 순서로 미국의 노인 사망원인 배열 순서와 그 순서를 같이 한다. 1984년 Lampley와 Freeman의 연구에 따르면 1980년 미시시피 지역내 Home Care대상자들의 건강문제 연구대상 363명중 활농을 전혀 못하고 자리보존하고 있는 대상이 88%, 특수장비를 사용하거나 어떤 조치나 보조물이 필요한 대상이 72%, 일일 일상생활에 도움이 필요한 대상이 80%로 진단된 질병명은 고혈압, 당뇨, 뇌졸중, 심부전증, 판질염, 농맥경화성 심장질환, 골절, 근골격 질환, 빈혈, 비노기 감염이었다. 1986년 Hay's에 따르면 말기환자들의 질병은 주로 암이었는데 그중 폐암이 지배적이었다고 하며, 환자 중 Home Care Program내에 Hospice Care를 받은 대상이 받지 않은 환자에 비해 훨씬 증상을 경험했다고 한다(Keating 1988)(통증, 오심, 구토, 호흡곤란, 배설

문제, 영양부족, 정신적 결함).

Home Care를 받은 대상자의 연령은 75세~84세 이상의 연령에서 증가하고 있으며(Knollmueller 1985) 20%의 85세 노인은 산소호흡이나 수액주사와 같은 고급기술(High Tech)을 필요로 했다(Wood 1984). 또한 미국내 보건의사업연구소에 의하면 Medicare의 인가를 받은 Home Care Agency의 75%가 65세 이상의 연령층으로, 치료된 질병은 당뇨, 고혈압, 심장순환계 문제, 암, 뇌졸중, 관절염 및 관절의 문제, 호흡기 질환, 대소변 문제, 피부문제로 보고하였고 ANA가 1986년 조사한 것에 따르면 병원퇴원 환자의 7.7%가 Home Care Agency로 의뢰되었고 그 중 61%가 퇴원한 병원의 Home Care Agency로 입원되었다. Home Care를 받은 환자 중 52%가 기능간호(Skilled Nursing)을 받았고 28%가 Home Health Aide, 15%가 물리치료, 2%가 언어치료, 2%가 작업치료, 1%는 의료사회사업을 위한 방문을 받았다고 했다. 연령은 65~84세가 64%로 가장 많았고 21~61세층이 17%, 85세 이상층이 16%, 20세 이하층이 3%, Home Care Program의 서비스를 받았다. 더욱이 이 조사는 17%의 AIDS환자가 병원지도하에 Home Care서비스를 받고 있었다고 밝히고 있다(Lerman 1987). 미시시피 지역 Home Care활용과의뢰 유형에 대한 조사연구에 의하면 대상 연령이 75세 이상이 55%며 여자가 62%로 남자보다 높았으며 백인이 78%를 차지했다. 제공받은 서비스 내용은 간호영역이 98%로 절대적이었으며 Home Health Aide가 24%였고 Home Care받은 기간은 1~3개월이 가장 길었고 6~12개월이 21%, 1년 이상이 19%, 4~6개월이 18%였다. Home Care Agency에서 퇴원한 사유로는 더 이상 필요한 서비스가 없다가 37%, 병원으로 재입원이 27%, 사망 17%로 조사되었다.

우리나라에서 연구되어진 Home Care관련연구는 1989년에 김과 홍 등에 의하여 조사연구된 퇴원환자 추후관리 및 간호에 대한 연구와 1985년에 발표된 가정간호요구와 수행실태에 관한 연구(김성실 1985 연세대 박사학위 논문)와 1989년에 발표된 지역사회 가정간호의 실행모형 개발을 위한 연구(이인숙 1989 서울대 박사학위논문) 1989년 국

립보건원이 조사 연구 발표한 가정간호 요구의 기초조사이었고 실무현장에서 직접 Home Care서비스는 1974년 부터 시작한 원주 기독교병원 지역사회보건간호과에서 실시한 가정간호 사업이다. 원주 기독교병원의 1981~1989년의 사업내용을 정리해보면 산전후관리와 신생아·영유아·아동 등 모자보건분야의 서비스가 48.2%, 고혈압을 비롯한 장기질환에 대한 관리 서비스가 18.6%, 뇌성마비를 포함한 신체장애 및 불구에 대한 서비스가 16.4%가 Home Care을 받은 대상자들이며 연령별로 50~59세군이 22.5%로 가장 많이 이용한 연령층이고 60~69세층이 20%로 노년층의 이용이 높았다.

Home Care을 받은 기간을 보면 1년 이내가 47%이며 방문횟수로 보면 주 1회 방문이 45%로 가장 많았다. 국립보건원의 Home Care Program을 계획하기 위한 가정간호 요구 기초조사는 1989년 아산군 관내 6개 지역 1,051가구 4,204명을 대상으로 실시되었는데 이 지역 건강문제 보유율은 22.9%로 유병율이 높은 연령층은 60세 이상으로 해당 연령 전체의 53.1%가 유병하고 있었다. 다음이 50대로 그 연령의 47.9%가 유병하고 있고 유병의 원인은 관절 및 신경통이 50대에서 15%, 60세 이상에서는 14.5%이며 전체조사 인구에 대한 연령별 비율은 50대 14.7%, 60대 18.7%로 미국이 2030년에 예측하는 노인인구비율을 넘고 있다. 질병의 종류로는 22종 이상의 질병을 보유하고 이 질병들에 대한 관촬 보건 간호사의 관리 능력에 대한 응답은 약간의 추가 교육과 훈련을 거쳐 85%정도의 독자적 업무수행 능력을 가질 것이라 했다(보건간호사회 1990). 1989년 “이”의 연구내용은 우리나라 실정에 맞는 가정간호 실행모형을 개발하는 것을 목적으로 지역사회내의 기존 일차보건의료 사업장인 보건진료소 관할 1개 군내 거주 65세 이상의 노인인구를 대상으로 필요한 가정간호 서비스를 보건진료원을 통하여 투입하고 그 결과를 비교분석한 현장실험연구(Quasi, Experimental Case Control Study)로서 그 자료를 보면 질병 보유율 71.2%로서 그중 만성질환 보유율을 67%며 보유율이 높은 질병은 근골격계 질환이며 청·시각의 장애자들 중 69%가 시각장애이고 치아기능장애는 59%였다. 일일 생활에 필요

한 환동에 제한을 받고 있는 대상은 16.5%로 연령이 높아 갈수록 더욱 불가능하여 의존정도가 65~74세층에서 1.2%, 80세 이상층에서 7.7%로 독립성이 저하되어가고 있다. 이들의 간호요구는 노인 자신들에 맞는 놀이나 즐길수 있는 무엇이 있기를 요구했으며 다음이 영양에 대한 내용이었다.

연구결과로 제시된 제언은 가정간호사업은 한국 기존의 의료 전달체계와 기존 인력으로 사업 내용을 구체화하여서 활용하고 약간의 수정 보완하는 정도에서 노인인구에 대한 가정간호 서비스는 필수적인 사업이라고 지적하고 있다. 앞으로의 Home Care에 대한 발전적 연구는 가정간호 업무지도 감독체계의 구축, 가정간호 업무의 표준화, 가정간호 수가의 제정과 의료보험의 적용, 인력의 개발, 간호교육과정의 조정등을 지적하였다. 1985년 김의 조사연구는 농촌지역 주민이 가지고 있는 간호요구를 측정하고 이들이 시행하고 있는 가정에서의 환자에게 간호해온 내용을 정리하고 일반대상 인구의 특성을 파악하여 한국농촌지역에 합당한 가정간호 서비스의 필요성을 제도적으로 받아들이고 정착할 수 있는 국가적 정책전환을 유도하기 위한 자료의 제시로 기술적 단면 조사연구(Descriptive Crossectional Survey)였다.

Ⅲ. 연구의 방법

본 연구는 UTMB Home Health Agency에 입원한 환자들의 간호 요구를 파악하고 제공된 간호의 내용과 범위를 파악하고 서비스를 받은 환자들의 만족도를 측정하는 후향성 조사 연구(Retrospective study)로서 1991년 1월 1일부터 9월말까지 UTMB (University of Texas Medical Branch) Home Health Agency에 입원했던 121명의 환자를 대상으로 환자들의 간호 요구사항과 간호 증재 내용 및 범위를 확인했으며 이에 따른 만족 정도를 조사하였다. 환자에게 대한 요구 측정은 UTMB Home Health Agency의 환자 기록지중 간호 사정과 평가에서, 간호 증재내용은 Patient-Family teaching plan of treatment prognosis note, Aid supervisory visit의 기록을 자료로, 신체적 체계별 요구는 신경계 16문항 호흡기계 10문항 위장계

16문항 심혈관계 11문항 생식기계 7문항 비뇨기계 11문항 내분비계 3문항이고 그의 가정에서 환자를 위해 필요한 물품 11문항 간병인 도움의 가능성 6문항 비용지불에 대한 요구 6문항 영양요구 5문항 가정환경 안전도 요구 14문항 심리적 요구 6문항 의사소통 요구 11문항 지식의 요구 7문항이다. 만족도는 1987년 Quality Review Bulletin에 수록된 Nancy Mumma의 논문 「Quality and Cost of Home Care Service」에서 사용한 도구 'Client Satisfaction Questionnaire'를 수정없이 사용하였다.

자료수집은 121명 전원에게 우편 설문하였고 회수율은 33%였다. 조사기간은 1991년 8월 14일부터 9월말까지 1개월 15일간이었고, 자료수집은 UTMB 간호대학 대학원 학생 2명이 도왔고 자료의 집계 및 분석은 Computer를 사용하여 백분율로 표시하였다.

Ⅳ. 연구결과

A. 일반특성

조사대상자 121명과 Home Health Agency에 입원한 환자의 연령분포는 61~80세군이 64.5%로 가장 높았고 인종은 백인과 흑인이 각각 44.6% 43.05였으며 환자의 지지 형태는 누구와 함께 사는 환자가 62.0%로 혼자 살고 있는 환자 36.3%보다 높았다. 환자 가정의 가사관리는 배우자가 36.4%로 가장 높았으나 가사관리자가 없이 사는 환자도 29.4%나 되었다. 환자의 간병인도 배우자가 34.7% 간병인이 없는 환자도 26.4%나 되었으며 그의 사람의 도움을 받는 경우도 16.5%였다.

Home Health Care에 대한 비용지불은 표 1에서 보여주는 것과 같이 Medicare에 의한 79.3%, 개인이 직접 지불하는 경우도 9.9%나 되었다.

조사 대상자의 기술(Description)된 일차적인 진단명은 당뇨병, 울혈성 심부전증이 각각 10.7% 분포를 보이나 진단된 질병은 전체가 71가지의 질병으로 그폭이 대단히 넓다. 이차적인 진단은 본래성 고혈압이 9.1%, 울혈성 심부전증이 7.4%, 당뇨병, 심장질환, 반신불수, 심맥관계질환, 배뇨불

능 등이고 그외 55가지의 다른 질병들로 분포되어 있다. 3차진단으로 가장 많은 질병은 만성기도 폐쇄가 4.1%였고, 당뇨병 3.3% 등으로 분포되어 있다(표 1).

〈표 1〉 가정간호 대상자의 일반특성

Age Group	frequency percent
0~20	1(0.8)
21~40	3(2.5)
41~60	20(16.5)
61~80	78(64.5)
81~100	19(15.7)
Race	
Caucasian	54(44.6)
Black	53(43.0)
Hispanic	12(10.7)
Native American	1(0.8)
Patient Support	
Live with Some One	75(62.2)
Lives Alone	44(36.3)
Patients housekeeper	
Spouse	44(36.4)
No One	35(28.4)
Daughter	22(18.2)
Other	16(13.2)
Mother	1(0.8)
Primary Caregiver	
Spous	42(34.7)
No One	32(26.4)
Daughter	24(19.8)
Other	20(16.5)
Mother	1(0.8)
Payment Source for Home Health Service	
Medicare	96(79.3)
Private Insurance	12(9.9)
Other	5(4.1)
Medicaid	4(3.3)
Private Charge	1(0.8)
Combination	2(1.7)
Source of Referral	
Physician M.D	63(52.1)

Other Home Health Agency	45(37.2)
Family	7(5.8)
Public Health Nurse	4(3.3)
Neighbor	2(1.7)

Primary Diagnosis

Diabetes mellitus without men- tion of complication	13(10.7)
Congestive heart failure	13(10.7)
Essential hypertension, unspeci- fied	7(5.8)
Unspecified cerebrovascular dis- ease	7(5.8)
Varicose veins of lower extremi- ties with ulcer	4(3.3)
Acute renal failure, unspecified	4(3.3)
Malignant neoplasm of bronchus and lungm unspecified	3(2.5)
Acute, but ill-definde, carebrov- ascular disease	3(2.5)
Post-inflammatory pulmonary fibrosys	3(2.5)
Other diagnoses	62(51.2)
Missing values, no response given	2(1.7)

Second Diagnosis

Essential hypertension, unспе- cifiedll	1(9.1)
Congestive heart failure	9(7.4)
Diabetes mellitus, without men- tion of complication	5(4.1)
Hypertensive heart disease, with- out congestive heart failure	4(3.3)
Hemiplegia, unspecified	3(2.5)
other and ill-defined cardiovascu- lar disease, unspecified	3(2.5)
Retention of urine	3(2.5)
Other diagnoses	55(45.5)
Missing values, response not given	28(23.1)

B. 가정간호 내용과 결과의 귀추

수행된 간호 내용은 표 2에서 보이는 바와 같

이 제공된 가정간호 내용은 환자교육과 환자 사정과 신체검진의 빈도가 가장 높은 57.9%, 49.6%로 전체대상자의 1/2에 해당하는 환자가 교육과 신체검진과 환자 사정의 서비스를 받았다.

전문 간호이외에 받은 서비스 내용 중으로는 물리치료 19.0%로 가장 높았고 Home health Aide 14.0%, 작업치료, 의료사회사업의 순으로 제공되었다. 입원되었던 환자들의 퇴원 이유는 퇴원은 50.4%가 “더 이상 서비스가 필요치 않음”, 이유 없는 퇴원 23.2%는 “사망” “병원으로 입원” “타기관으로 이송” “양로원” 순으로 나타나고 있다 <표 2>.

C. 환자의 간호 요구 특성

1) 환자주위와 관련된 요구

가정 간호 대상자의 간호요구는 간병인과 함께 있을 수 있는 대상은 전체의 73.6%로서 간병인의 도움을 받기에는 “수업이 부족하다”는 경제적인 요구가 가장 높았으며 2순위는 “병원갈때의 교통편이”에 대한 요구였다.

가정 물품에 대하여 요구가 가장 높은 것은 Trapeze(환자 기동에 필요한)가 요구의 1순위이고 다음이 경보기의 요구였다. 그의 흡인기, 주입기, 산소, 압박제거 장치, 휠체어, 보행보조물, 욕실 안전장치등으로 비교적 충족률이 낮은 편이었다.

가정내 위험요소에 대한 안전요구는 기능상 장애물들, 전기줄이나 깔개의 불안전 배치가 1순위로 안전도에 대한 요구가 높았으며 다음이 기생해충이 득실거림과 이웃에 대한 불안전이 차순위의 안전에 대한 요구였고 불안정한 비품이나 장

<표 2> 서비스 제공과 환자 추이

Description of skilled nursing need	Frequency	Percent
Teaching	70	57.9
Skilled assessment and body system	60	49.6
Evaluation	47	38.8
Training	44	36.4
Observation	26	21.5
Digitalis	21	17.4
Dressing wet-dry	18	14.9
Skilled assessment	11	9.1
Description of other services needed		
No other services reported	74	61.2
Physical therapy	23	19.0
Home health aide	17	14.0
occupational therapy	5	4.1
Social work	2	1.7
Description of reason for discharge		
No need for service	61	50.4
No reason reported	28	23.2
Not discharged at time of data collection	12	9.9
Patient died	12	9.9
Hospital admission	5	4.1
Service by others	2	1.7
Nursing home admit.	1	0.8

비의 보관, 불량구조, 부적당한 열시설과 전기시설, 비위생적 배관시설, 부적절한 냉장시설, 부당침구 배열, 환기 부족, 가스 전기시설의 불안전, 조리시설등의 순서로 안전에 대한 요구는 낮은 편이다.

영양에 대한 요구는 식사에 대한 요구가 50%를 넘었으며, 치아결손의 물체로 인한 영양섭취의 요구가 다음으로 35%, 음식섭취 부족, 수분 섭취부족, 체중의 변동, 저작 연하곤란 등의 순이다(표 3).

〈표 3〉 환자 가정 환경 관련요구

Caregiver's ability to assist patient	Percent(%)
Able to provide personal care	54
Able to assist w/mobility need	60
Able to administer med.	52
Able to prepare, serve meals	54
Able to maintain environment	55
Able to perform, assist proced.	78
Income inadequate	58
Medical exp. covered by ins.	52
Able to buy food, med, suppl. ect.	78
Inadquate transport. to md, clin.	88
Inappropriate use, lim. income	
Availability of equipment in patient's home	
BSC	81
Hospital bed	80
Wheelchair	75
Pressur relieving device	80
Ambulation aidsd	55
Suction machine	90
Infusion pump	96
Oxygen	90
Bathroom safety device	89
Ramps, railings	85
Trapeze	96
Home alert	90
Home safety hazards	
Unsound structure	8
Unsafe functional barriers	21
Unsafe placement of rugs, cords	20
Inadequate heat, electricity	5
Inadequate refrigeration	2

Inadequate sleeping arrangement	2
Inadequate ventilation	3
Unsafe gas, electrical applian.	4
Inadequate running water	2
Inadequate cooking facilities	2
Unsafe storage of supp. equip	8
Presence of pest infestation	13
Neighborhood unsafe	13

2) 환자의 신체적인 간호 요구특성

신체 체계별로 본 간호요구에 대한 구체적인 내용은 신경계 결함에 따른 요구는 결음의 불안정 및 운동실조가 65%의 요구, 신체의 균형 및 조화의 불일치로 인한 요구가 51%로 높았다. 그밖에는 장단기간의 일차손실, 주위집중력의 부족, 시각 반응에 대한 요구 19% 혼돈, 마비 감각손실, 현기증, 두통, 실어증, 혼수, 통증, 무의식, 발작등의 순이며 호흡기계에서의 요구는 호흡상태, 호흡음, 기침, 객담, Orthopnea산소의 이용, 기제의 사용, 기관절개에 대한 요구순이었다.

근 골격계에서의 요구는 기동성과 내성의 감소, 관절정상범위 운동의 제한, 뼈 관절문제 경련 혹은 통증, 발적, 종창, 열감, 절단, 보철장비에 대한 요구순이었다.

소화기계의 요구는 실사, 변비에 대한 간호 요구자가 28%로 가장 높았고 복통, 오심구토, 완화제의 사용과 남용, 복부 팽만감, 관주영양시 판의 크기와 모양, 결장루의 위치, 관주양과 빈도 비정상적인 대변의 색상, 대변실금, 복강내 덩어리, 관주영양을 위한 조리법과 그 변경, 장관영양의 관주속도 조절기구에 대한 간호 요구 순이다.

순환기계의 요구는 야간성 호흡곤란에 대한 간호요구가 28%, 심계항진 23%, 부종 18%, 현기증, 흉통, 심장뛰는 소리, 통증, 심박동 보조기, 현기증, 정맥주사의 순으로 요구하였다.

내분기계는 소변 혈액검사에 대한 요구 12%, 좌상, 점상출혈, 출혈, 8% 다뇨, 다갈, 다식증에 대한 간호요구가 75%로 나타내고 있다(표 4).

3) 사회심리 및 지식학습의 간호 요구특성

의사소통에 대한 결함은 시력손실 80%, 무

〈표 4〉 신체적 가정간호 요구분포

Nutritional deficits	Percent(%)		
Diet	51	Redness, warmth, swelling	8
Impaired or inad. fluid intake	9	Decreased mobility endurance	72
Impaired or inad. food intake	20	Amputation	4
Difficulty chewing, swallowing	17	Prosthesis, appliance	4
Dentures, upper and/or lower	35	Gastrointestinal deficits	
Recent weight gain or loss	24	Nausea, vomiting	9
Neurological deficits		Abdominal pain	11
Deficit, alertness, orientation	20	Abnormal stool characteristics	5
Seizure	5	Darrhea, constipation	22
Tremor	9	Use/abuse of laxative	7
Unsteady gait or ataxia	65	Stool incontinence	4
Impaired blance, coordination	51	Absent or minimal bowel sound	1
Vertigo or syncope	20	Abdominal masses	3
Episodes of unconsciousness	7	Abd. distention or tenderness	6
Sensory loss	20	Ent. feedings, type tube size	5
Pain	6	Ent. feedings, changed, formula	2
Paralysis	20	Ent. feedings, abt and frequency	2
Primary loss, short/long term	28	Ent. feedings, flow device	3
Confusion	17	ostomy location	5
Comatose or semicomatose	5	Problems with ostomy	1
Aphasia	12	Cardiovascular deficits	
Headaches	15	Palpitations	23
Pupils equal, round, reactive	19	Fainting, Dizziness	10
Respiratory deficits		Nocturnal dyspnea	28
Breathing status	35	Chest pain	9
Use of accessory muscles	5	Heart sound	8
Orthopnea	12	Pacemaker	3
Cough	30	Faint or absent pulse	2
Sputum	20	Volume of pain	5
Breath sounds	30	Edemam	18
Cyanosis or pain	3	IV. line	3
Use of oxygen	9	Reproductive/genital deficits	
Use of equipment	10	Problems lump, breast discharge	3
Tracheostomy	4	Problems with menses	0
Musculoskeletal deficits		Problems with menopause	0
Limited R. O. M	32	Abnormal pap. smear	0
Bone or joint problems	24	No monthly breast self exam.	2
Pain or cramps	20	Discharge from vagina, penis	1
		Prostate problem	2
		Urinary deficits	
		Urinary incontinence	18

Urgency, frequency	16
Burning or painful urination	5
Retention	7
Nocturia	41
Oliguria	4
Hematuria	0
External catheter	1
Indwelling catheter size	2
Abnormal urine or appear	3
Endocrine/hematology deficits	
Polyuria, polydypsia, polyphagia	7
Bruises, petichia, bleedng	8
Urine, blood testing performed	12

Medications	45
Pathophysiology of disease	60
Signs, symptoms reported to md.	61
Special diet/fluid restriction	30
Basic principles of care	25
Proper equipment use	18
Psychological deficits	15
Anxiety	10
Grief	25
Depression	20
Role change	12
Change in body image	5
Interpersonal conflict	3
Other psychological deficits	

학 25%, 보청기 사용 20%, 읽기 쓰기 못함 20%, 언어불통 13%에 대한 요구가 있으며 지식에 대한 결함부분은 자신의 증세에 대한 설명 미흡 61%, 병 생리에 대한 지식의 결함 60%, 투약에 대한 지식 부족 45%, 치료에 대한 기술적 시술에 대한 지식 부족 42%, 특수 식단에 대한 지식 3%, Care에 대한 기본원리에 대한 지식 25%순으로 부족함을 나타냈다. 심리정신적인 부분에서는 우울 25%, 역할 변화 20%, 불안 15%, 체형변화 12%, 비탄 10%, 인간과의 갈등 등에 대한 간호요구로 나타났다<표 5>.

<표 5> 사회 심리 및 인지 부분의 요구상태

Communication deficits	Percent(%)
Hearing loss, Aid used	20
Visual, impair, glasses, contacts	80
Ear discharge or pain	1
Redness, itching, burning of eyes	5
Sugery on eyes or ears	10
Limited eduvational background	25
Reading or writing problems	20
Slow learner	10
Speech or language barrier	12
Primary language	15
Interpreter needed	13
Knowledge deficits	
Thechnical procedures	42

D. Home Health Care의 만족도

1) 가정간호 대상환자의 만족도

전체 대상자중 응답한 40명(33%)의 반응은 65%가 매우 만족하다고 했으며 매우 불만족하다는 반응도 10%나 된다. 비교적 가정간호 서비스에 대한 구매자의 반응은 74%에서 긍정적으로 나타나고 있다. 제공된 전문 간호에 대한 만족정도는 75%에서 만족한 반응을 했고 그중 매우 만족했다는 반응은 60%였다.

전문간호서비스외의 Home Health Agency에서 제공한 서비스에 대한 만족 반응은 Home health aide에 대한 서비스는 전체 45%의 대상자가 서비스를 받았고 그중 매우 만족 58%, 어느정도 만족 13%로 71%가 만족 반응을 보였다. 표 6에서 보는 바와 같이 물리치료 60%, 사회사업 서비스 62%, 작업치료서비스 57%, 언어치료서비스에 대한 만족이 50%로 나타났다.

Home Health Service에 대한 구체적인 내용에 대한 만족빈도는 서비스 제공자와 대화하는 것에 대해 75%의 만족에서 “항상” 65.2% “평상” 8% “가끔” 12.5% 만족한다고 했고 Home Health Agency의 사전주의 사항에 대한 만족 정도에 대하여는 50%에서 “항상” 만족했고 “평상” 25% “가끔” 4.2% 만족한다고 했다.

V. 논 의

1. 가정환경에 대한 논의

1) 간병자에 대하여

간병인의 도움을 받을 수 있는 가정간호 대상자가 71.8%에 해당이 되며 그중 34.7%가 배우자, 딸, 어머니로서 환자를 돌보는 능력에 있어서 필요한 부분은 수입부분에 대한 요구가 두드러지게 높아 Home Health Program이 Medicare에 인가를 받아 운영되었고 60세 이상 대상자가 65%에 육박하는데도 불구하고 수입에 대한 문제가 가장 높았다.

이는 사회문화적 배경이 우리나라와는 달리 가족전체가 수입이 있어야 생활이 보장되는 경제체제가 한명의 가족이 간병인으로 수입원에서 제외되었을 때 나타나는 수입의 공백때문인 것으로 보인다. 그러나 우리나라의 가족의 구조나 형태, 가족개념이 미국의 그것과는 상이하다.

2) 가정간호 입원 환자 기제 이용능력에 대하여

가정에서 치료 받고 있는 환자에게 필요한 기구나 물품 중 가장 요구가 높은 것이 위험상태를 알릴 수 있는 경보기나 환자가 움직일때 도움을 받을 수 있는 보조기구로 잡을 수 있는 줄이나 막대기를 설치해 놓아야할 것으로 보인다. 본 조사 대상자의 연령이 고령이 많았고 환자의 진단된 질병명은 만성장기 질환이었기 때문에 나타난 결과로 보인다. 가정간호 수혜자의 장비는 산소, 주입기 등을 환자나 간병인의 도움으로 사용하고 있는 실정이다.

3) 가정의 안정위험요소에 대하여

가정간호를 받고 있는 환자에 대한 가정내의 안전위험 요인으로는 가장위험에 대한 요구가 높은 곳이 양탄자나 전기줄 같은 것으로 내용으로 보아 실생활과 가까운 곳의 안전에 대한 요구가 큰 것으로 생활의 수준이나 문화와 깊이 관계가 있다고 본다.

4) 영양 요구에 대하여

개인주의가 발달하고 가족형태가 핵가족인 문화

성향의 미국인들에게 가정간호 서비스 대상자는 동거하는 가족이 우리나라의 그것과는 많은 차이를 보인다. 식사에 대한 요구가 51%로 이의 이곳의 식사문화와 활동기에 있는 사람은 직장으로 나가기 때문에 재가환자나 재가 노인에 대한 식사제공이 문제가 되므로 보건 당국이나 영양 전문가들은 이들에게 1일 1회라도 균형있는 식사를 제공해야한다는 주장으로 여러가지 형태의 사업을 하고 있어 제도적인 측면에서는 대책이 있는 셈이다. 즉, 각 가정으로 식사를 배달한다던지 한 장소에서 함께 식사하게 하는 방법으로 운영하고 있다. 다음은 섭취하는데 중요한 치아 결손문제가 영양 섭취에 대한 요구인데 이는 우리나라의 노인에게서와 같다.

2 신체적 가정간호요구

신체적 체계별 간호요구가 가장 낮은 계통은 생식기계, 내분비계 소화기계 순위였고, 가정간호요구가 높은 계통은 호흡기계, 근골격, 신경계, 심맥관계의 순으로 만성장기 질환자들임을 알 수 있다.

신체적 체계별 간호요구가 가장 높은 부분은 근골격계의 기동성 감소에 대한 요구가 72%로 가장 높고, 관절정상범위 활동(ROM)의 제한에 대한 요구 32%, 비노기계의 야뇨증세 41%, 호흡기계의 호흡상태의 이상에 대한 요구 35%, 심맥관계의 호흡곤란 28%를 차지해 환자들의 질병보유상태의 연관을 나타내고 있다.

3. 정신 심리 및 지식상의 요구

가정간호 서비스를 받고 있는 환자들의 요구 중 확인하기 어려운 부분으로 표현적인 서구적 사고가 지배하는 문화권이면서도 텍사스 시골의 지리적 영향도 있는 듯 대부분의 환자들이 솔직히 의논해오고 서비스를 요구해오는 것을 볼 수 있어 이항목의 감정적인 분야의 표기도 잘되어 있음을 볼 수 있다. 특히 측정하기 어렵고 변화하기도 어려운 심리상태, 의사소통, 인지상태의 결함부분을 파악할 수 있다는 것은 환자 간호를 위한 계획 및 수행에 바른 판단을 내릴 수 있다. 특기할 것은 그리 많은 수는 아니지만 글을 읽지도 쓰지도, 못

해 의사소통의 요구가 있고 자신의 병에 대한 병리현상에 대한 요구 등, 안내말의 지도를 받고자 하는 요구가 높아 우리나라의 경우와 거의 같은 상황으로 보인다. 이는 주치의의 관심 있는 시간의 배려와 친절 등의 노력으로 해결될 수 있을 것으로 본다. 또한 심리적인 요구중 우울, 불안, 일의 중단, 체형의 변화와 같은 곁핍은 우리나라 노인인구의 심리적 요구부분과 거의 같으나 미국과 같은 가족문화 속에서는 적응과 극복의 방법으로 간호해야 할 것이지만 우리나라의 문화에서는 충분히 가족관계를 통해서 요구 충족이 미국의 환자보다 용이할 것으로 생각된다.

4. Home Health서비스에 대한 환자의 만족도

Home Health서비스에 대한 환자들의 만족 반응은 일반적으로 60%이상으로 나타내고 있다. 제공된 서비스 내용으로는 Medicare에 의해 인가된 내용의 Skilled Nursing Activities 30항 중 16항으로 종합하였고 11항의 물리치료 서비스 9항의 언어치료 11항의 작업치료 의료사업의 6항 Home Health Aid의 15분항의 서비스 내용에 만족하였는데 Home Health Aide의 내용으로는 Tub/Shower Bath, partial/Complete bed bath, Reserved, personal Care, Catheter Care, assist with ambulation, Exercises, prepare meal, Grocery shop, wash clothes House keeping other,(special under orders)

Skilled Nursing 내용은 ㉓ Observation and evaluation ㉔ Taching and Training ㉕ Supervision ㉖ Therapeutic exercises ㉗ Insersion and sterile irrigation of catheter ㉘ Administration of enema ㉙ Wound care ㉚ Medication ㉛ Venipuncture ㉜ Intravenous and hypodermoclysis feedings ㉝ Parenteral nutravenous therapy ㉞ Bath ㉟ Skin care ㊱ Psychiatric nursing service ㊲ Special test ㊳ Terminal care 특히 간호에 대한 만족은 70%로 나타나 한국에서의 시범사업이 요청된다.

VI. 요약 및 결론

본 조사는 1991년 8월 15일부터 9월말까지 Texas주 Galveston에 위치한 University of Texas

Medical Branch의 병원 Home Health Agency에서 동년 1월1일부터 9월말까지 입원했던 121명을 대상으로 가정 간호제공 과정에서의 환자의 간호요구를 파악하고 간호서비스의 내용과 범위를 확인하며 환자의 만족도를 종합 분석하여 다음과 같이 요약 하였다.

1. 본 조사 대상자는 60세 이상이 81%를 차지하였고 백인 44.6%, 36.3%가 홀로 살고 있었다.

2. 가사관리와 간병은 주로 배우자가하고 있었으며(36.4%, 34.75) 전혀 아무도 없는 경우도 28.4% 26.4%나 된다. 비용지불방식은 Medicare 지불이 79.3%이고 Home Health Agency에 의뢰한 사람은 의사가 52.1%로 가장 높았고 보건의간호사에 의한 의뢰는 3.3%이었다.

Home Health서비스를 받은 기간은 30일 이 43.8%로 가장 높았으나 180일 이상자도 1.7%나 된다. 퇴원의 이유로는 50.4%가 더이상 서비스가 필요 없었다고 했다.

3. 본 조사 대상자의 질병에 대한 일차 진단은 그 폭이 넓어 71종에 달하나 울형성 심부전증, 합병증 없는 당뇨가 10.7%로 가장 높았다. 환자의 이차 진단은 본태성 고혈압이 9.1%로 병합되는 경향이 있다.

4. 가정간호 서비스에 대한 환자의 간호 요구는 신체적인 면 보다는 심리적 부분이나 지식부분에서 의사소통 부분에 대한 요구가 높았고 환자가 도움을 받을 수 있는 사람, 돈(수입)에 대한 요구가 가장 높았다.

5. 제공된 Home Health Service는 Skilled Nursing, 물리치료, 언어치료, 작업치료, 의료사회사업, Home Health Aide로서 Skilled nursing중에서는 교육과 환자 사정을 위한 신체검진의 빈도가 가장 높아 57.9%이다.

6. Home Health 서비스에 대한 환자의 만족 정도는 매우 만족한 반응이 65%, 매우 불만족도 10%나 된다. Skilled Nursing에 대한 만족 반응은 74%에서 나타났으며 Home Health aid와 물리치료에 대한 서비스가 다른 부분에 비해 만족도가 높은 편이다.

제 언

본 조사는 미국의 한 시골 병원 가정간호 사업소에 입원한 미국사람이 대상이었으므로 전혀 경험이 없는 우리나라의 가정 간호사업에 종사하려는 간호사들에게 선진경험을 제시한 것이므로 우리나라의 가정간호사업의 경험이 축적되어 비교해봄으로 문화적 차이에서 찾아볼 수 있는 우리나라 고유의 가정간호 모형이 개발되기를 바라고 있다.

참 고 문 헌

1. 경제기획원 조사 통계국, 사당원인 통계연보 1989.
2. 구동서 : 노령인구의 사회학적 문제, 대한의약 협회지 제32권 1호 1989 pp. 37-41.
3. 김성실 : 가정간호요구 및 수행실태에 관한 조사연구, 1985, 연세대학원 박사학위논문.
4. 노동과 건강연구회 : 직업병과 산업재해 예방에서 보상까지, 들레게 1989.
5. 대한간호협회 : 가정간호사 제도 I 간협신보 1990.
6. 대한간호협회 보건 간호사회 : 보건소 중심가정 간호사업의 활성화 방안 보수교육 교재, 1990.
7. 이인숙 : 지역사회 가정간호의 실행모형 개발을 위한 연구, 서울대 보건대학원 박사학위 논문, 1989.
8. 이인숙 : 우리나라 역학적 변천에 관한 연구, 한국역학회지 vol. 4. No. 1, 1982, pp. 74-78.
9. 한국장애인 재활협회 : Rural Community-Based Rehabilitation Survey 1986~1988.
10. 한림대학교 사회의학 연구소 : 농촌지역 보건 개발 사업, 1987.
11. 한림대학교 사회의학 연구소 : 90년대 공공보건의료의 전개방향, 1990.
12. 한국통계연감, 1983.
13. 홍화기 : 우리나라 사고의 역학적 특성에 관한 연구, 한국 역학회지 vol. 7, No. 2, 1985, pp. 87-106.
14. Allen D.Spiegel, Home health care, National health publishing, 1983.
15. Anthony R.Kovner, Health Care delivery in U.S.A, springer publishing company N.Y. 1990.
16. Dan Lerman. Home Care-positioning the Hospital for the future, American hospital publishing Inc. 1987.
17. Elayne S. Kornblatt, Mary E. Fisher, Donna J, MacMillan, Impact of DRGS on Home Health Nursing, Quality Home Health Care : Redefining the tradition a special publication of Quality review Bulletin, 1987, pp. 93-99.
18. Juanita B. Wood, Home health Service, Quarterly Vol. 5, No. 2, pp. 75-86.
19. Milton I. Roemer, Home health care : principles, development and organization, 1989 unpublished.
20. Marian C. Jennings, Susanna E. Kerentz, Financing Care for the elderly : Federal government program, The Hospital research and education trust 1985. pp. 64-89.
21. Marilyn D. Harris, Donna A. peter, Toan yuan. Relating Quality and cast in a Home Care Agency, Quality Home Care : Redefining the tradition, A special publication of Quslity review Bulletin 1987. pp. 93-99.
22. Nancy L. Mumma MS, MDiv, Quality and cast of Home care service : Coordinated Funding, Quality Home Care : Redefining the tradition A special publication of Quality review Bulletin 1987. pp. 105-112.
23. paul Lampley, Robert Freeman, Utilization and referral patterns for Home health Service : A data base for needs determination, Home Health Care Service Quarterly Vol. 5(1) spring 1984.
24. Ruth N. Knollmuier : Funding Home Care in a client of cast Containment, Public health Nursing Vol. 1, 1984. pp. 16-22.
25. Ruth N. Knollmuier, The grower and development of Home Care : from no-teach to high. caring Vol. 4, Jan 1985. pp. 3-8.
26. Sarah B. Keating, Glenda B. Kelman, Home

- health Care Nursing-Concept & practice, J.B. Lippincott Company philadelphia 1988.
27. Sandra E. Gaynor, *The long Haul : The effects of Home Care on Caregivers, Image, Journal of Nursing scholarship* Vol. 22, No. 4, Winter 1990 .
 28. Verginia K. saba, patrica A. O'Hare, Alane, Zuckermen, Jenifer Boondas, Eugene Levine, and David M. Qatway, *A Nursing intervention Taxonomy for Home Health Care, Nursing & Health Care* 12 : 6 Jun 1991.
 29. Warren Balinsky, A, *Comparative analysis of Agencies providing Home Health Service, Home Health Care Service Quarterly, Vol. 6 (1) spring 1985. pp. 45-51.*
 30. HCFA.(Health Care Financing Administration) Pub. No. 11 section 203, 202.
 31. 원추기독병원 보건간호 사업 보고서, 1990.

—Abstract—

A Survey of Home Health Nursing Service and Satisfaction at a Home Health Agency in UTMB

Kim, Sung-Sill

The purpose of this study was to describe the population of a Medicare/Medicaid home health agency in Galveston, identify their specific needs and assess their satisfaction with the services provided to them. The data obtained will be used to improve home health services in the Galveston agency.

Research questions

1. What nursing care services are required by home health patients?
2. What needs for other services(e.g. therapy service, homemaker/personal care services, social work services) do home health patients have?
3. What other resources do home health patients currently have to meet their needs?
4. What services do nurses provide during a home health visit?
5. How satisfied are home health patients with services received through the agency?

Methodology

Two types of data were collected for this study. Data relating to patient characteristics, need for services and services provided were obtain by a review of home health records. Data relating to patient satisfaction were obtained by mailing a questionnaire to patients after discharge. Patients still receiving services at the end of the data collection period were sent questionnaires at that time.

A convenience sample of all patients receiving care through the agency between January and October of 1991 was used. This was a total of 121 patients. All patients receiving care at this agency

meet the Medicare/Medicaid eligibility requirement, i.e. they must be homebound and need skilled nursing services, physical therapy or speech therapy on an intermittent basis.

Data were analyzed using descriptive statistics.

Conclusions

This predominantly elderly and low-income sample of patients was drawn from an agency serving Medicaid clients, as opposed to an agency serving the home care needs of clients covered by insurance or clients who are self-pay patients. Although chronically ill (often with more than one chronic health problem), these clients seemed to be generally able to care for themselves with only short-term home health assistance. Their most common complaints were sensory loss, decreased mobility and nutritional problem.

The medical records give no indication of whether the patient was diagnosed as having a depressive disorder or whether of interview, the patient appeared to be depressed. Nor was there any information to indicate whether patients were receiving any treatment or counseling for their depression.

The home health nurses seemed to be well-attuned to the educational needs of these patients and recognized a high number of cases in which there were knowledge deficits related to the disease itself or their therapeutic regime. The high number of patients with knowledge deficits raises the question of whether there is a problem with patients failing to receive necessary information in the hospital, clinic or office setting or whether the knowledge-related needs of these patients with knowledge deficits raises the question of whether there is a problem with patients failing to receive necessary information in the hospital, clinic or office setting or whether the knowledge-related needs of these patients were indeed identified and the patients were referred to the home health agency because of their knowledge deficits.

On the other hand, there seem to be very few reproductive problems among this group of patients, and a high number of patients suffered from nutritional inadequacies, they seemed to have relatively few gastrointestinal problems. The most common problems were palpitations and nocturnal dyspnea on cardiovascular deficits.

Patients answered a high level of satisfaction both with the home health service and with skilled nursing service.