연구논문

만성질환자의 자가 간호수행과 가정간호 요구에 관한 연구*

우선혜, 오현숙**

목 차

Ⅰ. 서론
1. 연구의 필요성
2. 연구의 목적
3. 용어 정의
4. 연구의 제한점
Ⅱ. 문헌고찰
Ⅲ. 연구방법
1. 연구기간, 연구대상 및 자료수집
2. 연구도구 및 자료분석
Ⅳ. 연구결과 및 논의
Ⅴ. 결론 및 제언
참고문헌
영문초록

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

만성 질환은 진행 양상 및 질병의 특성이 독특하여 개인, 가족 그리고 지역사회에 많은 문제를 남기어 장기 건강 문제를 가진 대상자들의 요구를 충족시키지 못하는 것이 현실이다(Amdersom & Bauwen, 1981)

이와 같은 만성 질환자의 발생은 최근 노인 인구의 증가와 함께 급증하는경향을 보이고 있고 미국의 경우 65세이상 노인의 75%가 한가지 혹은 그 이상의 만성 질환을 갖고 있는 실정이며(Brunner & Suddarth, 1980) 우리 나라의 경우 전국 성인병 실태조사를 보면 관절염, 정신장애, 만성기관지염, 악성신생물의 순서로 만성병을 보유하고 있는 것으로 나타났다(허정, 1982) 또한 사망 원인은 순환기계질환이 30.4%로 가장 많았으며 노쇠 17.2%, 악성신생물이 16.7%, 뇌혈관질환이 13.0%를 차지하고 있었다(경제 기획원, 1988)이와 같은 자료는 만성 질환이 전체 인구의 상당수를 차지하고 있음을 나타내주고 있으며 조절은 가능하나 완치가 어렵다는 점, 증상이 항상 뚜렷하지는 않아도 평생 치료와 자가 간호를 계속해야 되는 문제를 갖고 있기 때문에 치료에 대한 자가 간호수행도가 낮거나 합병증이 발생하면 자주 입원하게 되고 퇴원후에 장기적으로 지속적인 외래진료 및 가정에서의 간호가 중요하다고 볼 수 있다. 가정 간호는 전문 간호사가 가정 방문이라는 수단을 이용하며 장기치료를 필요로 하는 환자들에게 예방적, 지지적, 치료적 서비스를 포함하는 포괄적인 간호를 제공함을 의미하고 가정 간호의 대상이 되는 환자들은 만성 질환과 조기 퇴원 환자, 노인성 질환과 기동 장애자; 정신 질환자, 산모.영유아등으로 입원가료후 연계적 간호가 필요한 환자들이다.

가정 간호사는 대상자를 사정하고 간호를 계획하여 관찰.교육.상담 및 치료등의 포괄적인 간호를 제공하며 그 결과를 평가하여 계속적인 간호 과정에 적용함으로써 대상자들에게 최선의 간호를 제공하게 된다(Ryan, Wassenberg 1980, Hennessey Gorenberg

* 이 논문은 1993년도 경상대학교 학술 연구비에 의하여 작성된 것임.
**경상대학교의과대학 간호학과 부교수

1984, Stanhope Lancaster 1984, Siddall 1986, Roemer1989) 또한 가정 간호의 궁극적인 목표는 건강 문제를 가진 환자와 그 가족이 스스로 가정에서 장기적이며 지속적으로 건강을 관리할 수 있는 자가 간호 능력을 획득하는 것이다(김 화중, 1988). 따라서 만성 질환자의 건강 상태를 변화시키는데는 조기 퇴원 후 지속적이고 적절한 치료와 간호를 통하여 건강회복과 재활을 추구하는 가정 간호가 필요하게 되므로 이에 만성 질환으로 인하여 추후관리가 요구되는 퇴원 환자의 자가 간호 수행과 가정 간호 요구도를 조사하여 자가 간호 지식과 기술의 향상, 합병증 감소, 치료 계획에 자가간호 수행의 증가로 인한 질병조절과 생명연장 및 조기 사회복귀에 다소나마 도움이 되고저 본 연구를 시도하였다.

2. 연구의 목적

본 연구는 만성질환으로 인하여 추후 관리가 요구되는 입.퇴원 환자의 자가간호 수행정도를 파악하고 가정 간호요구를 규명하고자 한다.

(1) 대상자의 일반적 특성을 파악한다.

(2) 대상자의 자가 간호 수행정도를 파악한다.

(3) 대상자의 가정 간호요구정도를 파악한다.

(4) 일반적 특성에 따른 자가 간호수행정도를 비교 분석한다.

3. 용어 정의

(1) 만성 질환: 만성 질환은 긴 이완기간을 갖고 있으며 여러 달, 여러 해동안 치료가 필요로 되는 질환을 말하며 심장병, 고혈압, 암, 관절염, 결핵, 당뇨, 간경화증, 폐기종등이 포함된다(Joseph 1955) 본 연구에서의 조작적 정의는 최소 3개월이상 연속되는 질환으로서 의사의 진단하에서 계속 보건진료소를 방문하여 치료중이거나 입원한 환자를 말한다.

(2) 자가 간호: 본 연구에서는 가정에서 건강 회복을 목적으로 행하여진 직접간호, 안내와 지도, 지지와 보호, 건강한 환경제공 및 교육등 Orem의 자가 간호방법을 기초로 하여 김성실(1985)이 제시한 자가 간호 수행 내용으로 측정하였다.

(3) 가정간호요구: 본 연구에서는 가정에서 건강관리에 필수 요건으로 간주되는 직접적 기술간호활동. 상담간호활동.교육적간호활동등으로 구분하여 우선 혜(1989)가 제작사용한 33개항목의 기본간호 활동내용으로 측정하였다.

4. 연구의 제한점

(1) 본 연구는 서부 경남에 있는 종합병원과 지역주민을 대상으로 하였으므로 제한된 범위내에서만 응용할 수 있다.

(2) 본 연구에서 사용한 연구도구는 표준화되지 않은 것이다.

(3) 본 연구는 대상자가 질문지에 응답한 것을 기초로 하였으므로 질문지법이 갖는 약점을 배제할 수 없다.

Ⅱ. 문헌 고찰

Orem(1985)은 자가간호를 생명과 건강과 안녕을 유지하기 위하여 각 개개인의 일상 생활을 수행하는 활동의 실체라고 정의하면서 그는 자가간호를 체계화시켜 건강한 삶의 한 측면이나 치료적인 면에서 질적이고 지속적인 자가 간호없이는 통합된 인간의 기능은 이루어지지 않는다라고 주장하였다.

이런 자가 간호행위는 개인의 사회적 위치에 의해서 영향을 받을 뿐아니라 개인의 역할. 연령. 건강상태에 의해서 영향을 받는다. 그리고 개개인의 가치체계가 간호의 우선 순위를 결정하게 된다(Coldwell, Janssen 1980).

자가 간호 운동은 미국에서 1960년대부터 시작되어 왔는데 초기에는 비전문적인고 비조직적인 운동으로써 지역사회 또는 가족, 이웃끼리 건강에 대한 전문적인 지식보다는 상식을 기초로 서로 돌보아주기 위한 목적으로 자신의 건강을 스스로 관리하고자 하는 방향으로 변화하여 왔다. 즉 각 개인의 행위와 환경 건강을 유지.증진시키는데 더 중요한 영향을 미치며 자가간호행위가 급성및 만성 질환을 예방하는데 매우 효과적인 방법이라고 생각하게 되었다(Norris, 1979).

만성질환자들은 장기건강문제가 완치되지 못하여 여러가지 신체적.정신적. 그리고 사회적인 문제를 일평생 지니고 있어 인생에 영구적인 영향을 미치게 된다. 이들에게 있어서 자가간호의 이행은 치료 효과를 좌우하는 중요한 요소 임에도 불구하고 많은 만성질환자들은 환자로써 지켜야 할 자가간호 이행을 개을리하여 회복이 지연되거나 질병이 악화되고 있다

(Kasl, Baekelend & Lundwad 1975).

가정간호는 추후관리를 받아야 할 대상자, 고령자, 만성질환자에게 규격하되어 있는 병원에서 수행하던 간호를 가정이라는 친숙한 분위기에서 개별적으로 제공하는 가정중심의 포괄적 간호로써 환자 및 가족의 심리적 안정은 물론 시간과 경비를 절감하는 효율적인 간호 양상을 일컫는다. 그러므로 가정간호는 가정에서 제공되는 간호사의 서비스 범주이며 치료를 위한 감독이나 부수적인 기타 서비스를 제공함으로써 치료 및 재활을 포함한 환자의 사회적 요구를 해결하게 된다(Peggy 1980).

가정간호는 질병과 불능의 결과를 최소화하거나 건강을 회복하고 유지.증진시키는 목적으로 그 개인과 가족에게 제공되는 포괄적인 간호의 요소이기도하다(Jane, Emmert, Stemart 1979). 이런한 가정간호는 환자에게 가장 좋은 환경을 제공할 수 있는 가정에서 환자의 기본 욕구를 충족시켜 나가는 포괄적인 가정간호사가 되어야 할 것이다. 포괄적인 가정간호의 목적은 첫째 건강 증진과 질병예방, 둘째 건강회복 셋째 건강유지이다. 이러한 목적들은 항상 가정간호의 간호계획과 치료에 잘 반영시켜야 하며 가정간호는 이런 3가지 목적이 잘 융합된 독특한 것이고 가정간호는 간호사와 의사, 사회사업가, 물리치료사, 간호조무사, 영양사, 자원봉사자등이 한 팀이 되어 협력적으로 운영되고 있으며,(Kar 1989) 특히 간호사는 직접적인 간호 제공은 물론 가정간호요원들의 활동에 대한 조정과 감독의 기능을 담당한다(Ryan, Wassenberg, 1980; Hennessey, Gorenberg, 1984; Rossmary, 1974; Mccarthy, 1976).

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구기간, 연구대상 및 자료수집

본 연구는 서부 경남에 거주하는 만성질환자로 진단받고 계속 치료중인 종합 병원환자 110명, 퇴원환자 184명 총 294명을 대상으로 하였다.

자료수집은 1993년 7월 30일부터 9월 30일까지 2개월간 자가 간호수행과 가정간호요구를 조사하는데 자격과 조건이 갖추어졌다고 인정되는 보건진료소장, 수간호사, 간호과장을 면담방법에 일관되도록 사전교육을 하였으며 입원환자는 직접면담을 통하여 수집하였고 보건진료소 환자들은 가정방문이나 진료시 직접면담을 통해서 수집하였다.

2. 연구도구 및 자료분석

대상자들이 실제로 가정에서 수행하고 있는 자가간호내용을 측정하기 위하여 Orem의 자가간호이론을 근거하여 가정간호목록을 개발한 김성실(1985)의 「자가간호수행」 도구를 이용하였으며 도구의 내용 및 문항수는 다음과 같다.

① 직접간호 (19문항)
② 안내와 지도 (8문항)
③ 보호와 지지 (7문항)
④ 환경제공 (5문항)
⑤ 교육 (7문항)

총 46문항을 검토.수정없이 이용하였고 자가간호수행정도는 Likert type으로 점수화하여 수행정도가 아주 만족스러운 경우 5점, 만족은 4점, 보통은 3점, 불만족은 2점, 아주 불만족은 1점으로 배정하였고 점수가 높을수록 자가간호수행정도가 높은 것을 의미한다.

가정간호요구도는 우선혜(1989)가 개발사용한 간호 활동내용으로 측정하였으며 그 내용과 문항수는 다음과 같다.

① 직접간호 (26문항)
② 교육영역 (6문항)
③ 상담 (1문항)

총 33문항을 수정없이 사용하였다.

자료분석방법은 Spss Program을 이용하여 통계처리 하였다. 일반적 특성과 가정간호요구 내용은 번도와 백분율, 일반적 특성과 자가 간호수행간의 차이는 T-test, ANOVA로 분석하였다.

Ⅳ. 연구결과 및 논의

본 연구는 입원환자 110명(37.4%) 퇴원환자 184명(62.6%)를 대상으로 자가간호수행과 가정간호요구도를 조사한 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 일반적특성

성별에서는 남자가 133명(45.2%), 여자가 161명(54.8%)으로 여자가 많은 것으로 나타났고 연령은

60세 이상이 109명(37.1%)으로 가장 많았으며 20세 미만이 1명(0.3%)으로 가장 적게 나타났는데 유동준(1979)의 연구 결과에 따르면 19세까지는 0.5%, 20-29세는 8.0%, 40-59세는 25.0%, 60세이상에서는 62.0%의 유병률을 나타내어 연령이 증가함에 따라 유병률도 증가한 것으로 나타났다. 특히 60세이상에서는 대단히 높은 유병률을 보여준다고 한 것과 비교할때 유사하게 나타났다. 선행연구에서 박점희(1982)는 연령이 많을수록 퇴원후 간호요구가 많다고 하였고 선행연구에서 최혜경(1990)은 60세이상이 15.9%라고 보고한 것과는 상당한 차이가 있는 것으로 나타났는데 이는 퇴원환자가 62.6%로 보건진료소를 이용하는 농촌주민으로 농촌인구의 노령화와 밀접한 관계가 있다고 생각된다.

만성병은 일반적으로 35~54세간에 유병률이 가장 높고 만성병에 의한 기능 장애자는 59~74세간에 가장 발병률이 높다고 하였다(서순규 1992).

종교는 불교가 149명(50.7%)로 가장 많았는데 이는 연령이 높은 것과 밀접한 관계가 있는 것으로 사려되며, 우리 나라의 종교 인구중 불교인구가 과반수이상을 차지하는 점과 일맥 상통한다고 볼 수 있겠다.

교육정도는 문맹이 105명(35.7%)으로 가장 많았고 대졸이상이 29명(9.8%)으로 가장 낮게 나타났는데 이는 연령분포와 밀접한 관계가 있는 것으로 그 당시의 교육제도를 잘 반영해 주고 있다고 생각된다.

직업은 농업이 121명(42.2%)으로 가장 많았고 노동이 4명 (1.4%)으로 가장 낮게 나타났는데 주부가 46명 (28.6%)으로 가장 높게 나타난 송근희(1989)의 연구결과와 비교할 때 상당한 차이가 있는 것으로 나타났는데 이는 대상의 지역적인 특성이 크게 영향을 미쳤기 때문인 것으로 사려된다.

의료비 지불 방법은 지역의료보험이 157명(53.4%)으로 과반수를 차지하고 있는데 이것 또한 퇴원한 농촌지역주민을 대상으로 하였기 때문이라 사려된다. 수입원은 155명(52.7%)이 환자 자신이 었으며 기타가 46명 (15.6%)으로 나타났다. 만성질환은 본인의 고통은 물론이고 만성질환자를 간호하는 가족의 생계를 위협하게 하고 빈곤에 이르게 하는 주요 원인이 된다고 하였다(문옥륜,1985)

월수입은 월 20만원 이하가 132명(44.9%)으로 가장 많았는데 이는 직업이 농업인 경우와 상당히 밀접한 관계가 있는 것으로 생각되며 20만원미만이 61명(37.9%)으로 가장 높게 나타난 송근희(1989)의 연구결과와 동일하게 나타났는데 이는 월수입이 직업, 연령과 밀접한 관계가 있다는 것을 짐작 할 수가 있었다.

거주지는 농어촌이 196명(66.7%)으로 가장 많았는데 이것은 직업, 월수입, 농어촌과의 관계를 고려해 볼 때, 상당히 관계가 있다고 볼 수 있겠다.

현재 가족수는 4-7명이 134명(45.6%)으로 가장 많았는데 만성질환은 가족과 사회에 많은 부담을 주며 따라서 만성질환은 최대한의 회복을 위하여 환자및 그 가족에게 의존한다고 하였다(김정순, 1980)

간호 제공자는 배우자가 119명(40.5%)으로 가장 많이 나타났고 간호사는 9명(3.1%)으로 나타났는데 Schwab(1975)은 만성질환 또는 사고등으로 기능 장애를 갖게 된 사람들에게 적절한 간호를 제공해야 한다고 주장했으며 간호사가 이들에게 질병과 관련된 요구못지않게 중요한 정신적.사회적요구를 충족시켜 주어야 한다고 강조한 점과 일치한다고 생각된다. 김성실(1993)은 가정간호 대상자가 71.8%이며 그 중 34.7%가 배우자가 환자를 돌본다고 하였다.

병명을 보면 신경계질환 59명(20.1%), 위장소화기계 49명(16.7%), 심혈관계 질환 40명(13.6%), 간질환 31명(10.5%)의 순으로 나타났는데 심혈관계 질환인 고혈압이 보건간호분야에서 가장 주된 부분이며 보건당국에서 다양한 프로그램으로 제도적인 뒷바침이 될때 환자의 지지를 계속할 수 있다고 보고하였다(Mary Jane 1980; Stanley Betal 1976), 서미혜(1991)의 당뇨가 16.8%, 고혈압 14%로 보고한 결과와는 상당한 차이가 있는 것으로 나타났다. 치료 방법을 보면 증세가 심할 때만 치료를 받는다가 118명(40.1%)으로 가장 많았는데 만성 질환의 특징은 정상적인 생리적 기능이 서서히 진행적으로 쇠퇴하고 영구적인 장애를 초래하여 재활요법 및 장기간의 감독.관찰.간호등이 요구되는 특징을 지닌 질병의 실체라고 한 Kaplan B.M(1937)의 보고와 비교해 볼때 장기간의 치료기간을 요하고 악화경감이 반복적이기 때문에 증상이 심할 때만 치료하는 것으로 생각된다. 치료 받지않는 이유는 기타가 100명(34.1%)으로 가장 많았고 그 다음이 필요성이 없다가 67명(22.7%)으로 나타났는데 이는 만성질환자의 지속

적 직접 치료를 할 수 있는 제도적 장치가 필요하다는 것을 시사해 주고 있다(표1 참조).

〈표1〉 대상자의 일반적 특성

특 성	구 분	수	(%)	특 성	구 분	수	(%)
입 퇴 원	입 원	110	(37.4)	월수입(만원)	20미만	132	(44.9)
	퇴 원	184	(62.6)		20~40	55	(18.7)
성 별	남	133	(45.2)		40~60	35	(11.9)
	여	161	(54.8)		60~80	28	(9.5)
연 령 (세)	20미만	1	(0.3)		80이상	44	(15.0)
	20~29	24	(8.2)	거 주 지	농 어 촌	196	(66.7)
	30~39	48	(16.3)		중소도시	91	(31.0)
	40~49	44	(15.0)		대 도 시	5	(1.7)
	50~59	68	(23.1)		기 타	2	(0.6)
	60이상	109	(37.1)	현재가족수	1~3	35	(11.9)
결 혼 상 태	기 혼	207	(70.4)	(명)	4~7	134	(45.6)
	미 혼	22	(7.5)		7~9	98	(33.3)
	사 별	63	(21.4)		9이상	27	(9.2)
	별 거	2	(0.7)	간호제공자	환자자신	85	(28.9)
종 교	무 교	97	(33.0)		배 우 자	119	(40.5)
	불 교	149	(50.7)		가 족	73	(24.8)
	기 독 교	39	(13.2)		이웃친척	8	(2.7)
	기 타	9	(3.1)		간 호 사	9	(3.1)
교 육 정 도	문 맹	105	(35.7)	병 명	당 뇨 병	29	(9.9)
	국 졸	74	(25.2)		심혈관계질환	40	(13.6)
	중 졸	33	(11.2)		폐호흡기질환	22	(7.5)
	고 졸	53	(18.0)		근골격계질환	26	(8.8)
	대졸이상	29	(9.8)		신경계질환	59	(20.1)
직 업	가 사	84	(28.5)		위장소화기계질환	49	(16.7)
	전문관리직	12	(4.1)		안 질 환	8	(2.7)
	사 무 직	12	(4.1)		피부질환	2	(0.6)
	상업 서비스직	23	(7.8)		암	9	(3.1)
	농 업	121	(41.2)		간 질 환	31	(10.5)
	기 술 직	9	(3.1)		신장비뇨기질환	19	(6.5)
	노 동	4	(1.4)	치 료 방 법	치료받지 않는다	21	(7.1)
	기 타	29	(9.9)		약 안먹는다	62	(21.1)
의 료 비	직장의료보험	82	(27.9)		증세가 심할 때만		
지 불 방 법	지역의료보험	157	(53.4)		치료를 받는다	118	(40.1)
	의료보호	33	(11.2)		정기적 치료	93	(31.7)
	자 비	9	(3.1)	치 료 받 지	필요성 없음	67	(22.7)
	기 타	13	(4.4)	않는 이유	무 관 심	56	(19.0)
수 입 원	본 인	155	(52.7)		시설부족	13	(4.4)
	자 녀	76	(25.9)		무 지	10	(3.4)
	국가보호	17	(5.8)		경제적 어려움	48	(16.4)
	기 타	46	(15.6)		기 타	100	(34.1)
					계	294	(100.0)

2. 대상자의 자가간호수행내용 및 정도

자가간호수행내용과 정도를 보면 직접 간호내용에서는 물마시기가 3.09±1.67로 수행정도가 가장 높게 나타났으며 가장 수행하기 쉬운 내용이었기 때문인것으로 생각된다. 다음은 투약이 2.77±1.74로 높게 나타났는데 대부분의 만성질환자가 투약에 의해 조절되고 있다는 것을 시사해 주었고, 좌욕이 1.32±1.78로 가장 낮게 나타났는데 이는 지역적 특성, 건축구조, 문화적 환경에 영향을 받기 때문이라고 생각된다. 안내와 지도내용에서는 투약요령알기가 3.00±1.78로 수행정도가 가장 높게 나타났는데 치료 방법의 대부분이 투약에 의존한다는 것을 알 수가 있었고, 다음은 응급시 연락장소 알기가 2.76±1.78로 나타났는데 이는 환자 상태의 변화에 즉각적으로 대처하고자하는 욕구와 밀접한 관계가 있는 것으로 생각된다. 한 편 도움받는 곳 알기가 1.67±1.84로 가장 낮게 나타났는데 대부부의 환자나 보호자가 만성질환인만큼 평상시 도움받을만한 장소를 기억해 놓고 있음을 알 수가 있었다. 보호와 지지내용에서는 회복에 대한 협조하기가 3.02±1.66으로 수행정도가 가장 높게 나타났는데 이는 퇴원 후 가정에서의 자가간호 내용의 무지에서 오는 결과라고 생각되며 다음은 현상태 인정하기가 2.94±1.68로 높게 나타났으며, 현 의료제도의 혜택주선이 2.33±1.88로 가장 낮게 나타났는데 만성질환인만큼 6개월이상 혜택받지 못하는 제도에서 나타난 현상으로 국가적인 시책의 뒷바침이 있어야 할 것이다. 환경제공내용에서는 필요한 물건쓰기, 편안한 곳에 두기가 3.05±1.66으로 수행정도가 가장 높게 나타났고 다음이 주위정돈해주기가 2.87±1.76으로 나타났으며 먼지, 음식악취제거 하기가 2.45±1.72로 가장 낮게 나타났는데 부자유스럽고 무력감을 느끼기 때문인 것으로 생각된다. 교육 내용에서는 투약방법에 대한 교육하기가 2.95±1.75로 수행정도가 가장 높게 나타났고 다음이 각종 수칙에 대한 교육하기가 2.64±1.74로 나타났으며 집단 보건 교육하기가 1.03±1.61로 가장 낮게 나타났는데 입원과 퇴원후에도 계속적인 교육의 필요성을 시사해 주고 있으므로 임상간호사나 가정간호를 담당하는 간호사들의 끊임없는 교육이 이루어져야 할 것이다(표 2참조).

〈표2〉 대상자의 자가간호 수행내용 및 정도 (N=294명)

자가간호 수행내용	Mean	SD
직 접 간 호		
1. 투약	2.77	1.74
2. 더운물, 찬물찜질	2.60	1.84
3. 부분 목욕	2.29	1.88
4. 머리감고 빗기기	1.99	1.85
5. 손톱, 발톱 손질	2.11	1.89
6. 자세변경	1.99	1.95
7. 회복운동	1.64	1.89
8. 상처치료	2.44	1.92
9. 등 마찰	1.69	1.83
10. 전신 목욕	1.58	1.83
11. 좌욕	1.32	1.78
12. 음식투여	2.64	1.83
13. 주사	2.11	1.98
14. 물마시기	3.09	1.67
15. 옷 갈아입기	2.43	1.94
16. 구강청결	1.68	1.84
17. 체온, 맥박, 호흡재기	1.91	1.94
18. 대·소변 보기	2.12	1.92
19. 식이요법 지키기	2.47	1.89
평 균	2.15	1.24
안내와 지도		
20. 투약요령알기	3.00	1.78
21. 도움 받는 곳 알기	1.67	1.84
22. 병에 맞는 치료장소 알기	2.00	1.88
23. 궁금한 것에 대한 설명듣기	2.38	1.81
24. 건강문제 해결을 위한 돕기	2.31	1.81
25. 질병 경험담 듣게 하기	2.43	1.75
26. 질병과 치료에 대한 설명	2.44	1.82
27. 응급시 연락장소 알기	2.76	1.78
평 균	2.38	1.23
보호와 지지		
28. 몸, 마음 편안하게 하기	2.72	1.73
29. 질병에 대한 관심과 관찰	2.57	1.82

자가간호 수행내용	Mean	SD	자가간호 수행내용	Mean	SD
30. 가사에 대한 근심해소하기	2.47	1.76	39. 필요한 물건쓰기, 편안한 곳에 두기	3.05	1.66
31. 현 의료제도의 혜택 주선	2.33	1.88	평 균	2.76	1.37
32. 회복에 대한 확신주기	2.47	1.83			
33. 회복에 대한 협조하기	3.02	1.66	교 육		
34. 현상태 인정하기	2.94	1.68			
평 균	2.64	1.30	40. 각종수칙에 대한 교육하기	2.64	1.74
			41. 투약방법에 대한 교육하기	2.95	1.75
환 경 제 공			42. 영양과 식이관리에 대한 교육하기	2.58	1.86
			43. 의료기관이용에 대한 교육하기	1.85	1.91
35. 정서적으로 안정된 환경 주기	2.86	1.69	44. 집단보건 교육하기	1.03	1.61
36. 주위 정돈해주기	2.87	1.76	45. 환경관리에 대한 교육하기	1.50	1.87
37. 적당한 실내온도 유지하기	2.52	1.79	46. 치료경험 교육하기	1.92	1.28
38. 먼지, 음식 악취 제거하기	2.45	1.72	평 균	2.07	1.28

3. 가정간호요구내용

가정간호내용별 요구를 보면 직접 간호내용에서는 혈압을 측정한다가 249명(84.7%)으로 가장 높았고 다음은 신체검진을 한다가 248명(84.3%)으로 높았으며, 산전진찰을 한다가 153명(52.0%)로 가장 낮게 나타났는데 이는 농촌지역의 생산기 여성인구의 감소와 밀접한 관계가 있는 것으로 생각된다. 교육내용에서는 영양과 식이요법에 대해 교육한다가 247명(84.0%)으로 가장 높았고 다음은 질병을 이해할 수 있도록 설명하고 합병증예방에 대해 환자와 가족을 교육한다가 233명(79.3%)으로 높았으며 임산부 영양관리, 분만시 힘주는 법에 대해 교육한다가 176명(59.9%)으로 가장 낮게 나타났는데 직접간호내용에서와 마찬가지로 생산기 여성인구의 감소 때문인 것으로 사료된다. 상담내용에서는 환자및 가족의 어려운 문제에 대한 상담 및 대화를 하여 정신적.정서적 안정을 도모한다가 245명(83.3%)으로 상당한 수가 상담을 원하고 있는 것으로 나타났다(표 3참조).

〈표3〉 가정간호 내용별 요구분포

(N=294)

내 용 별 요 구	수	백분율(%)
1) 신체검진을 한다(이상증상을 발견, 발육상태 확인 등)	248	(84.3)
2) 혈압을 측정한다.	249	(84.7)
3) 체온, 맥박, 호흡수를 측정한다.	242	(82.3)
4) 혈액, 소변, 대변검사를 한다.	216	(73.5)
5) 투약을 한다.	244	(83.0)
6) 근육주사를 준다.	222	(75.5)
7) 혈관주사를 준다.	222	(75.5)
8) 상처소독을 하고 약을 발라준다.	242	(82.3)
9) 구강간호를 한다.	189	(64.3)
10) 등 맛사지를 한다(욕창예방).	198	(67.3)
11) 환자의 부분목욕(세발) 및 샤워를 도와준다.	183	(62.2)
12) 좌욕을 시켜준다.	164	(55.8)

13) 냉 온찜질을 한다.	207	(70.4)
14) 관절운동을 한다.	218	(74.1)
15) 환자 체위변경 및 정상적으로 움직일 수 있도록 도와준다.	209	(71.7)
16) 침상정리를 한다.	185	(62.9)
17) 인공영양(도관)을 한다.	179	(60.9)
18) 도뇨를 한다.	172	(58.5)
19) 관장을 한다.	166	(56.5)
20) 방광세척을 한다.	155	(52.7)
21) 인공항문 세척을 한다.	156	(53.1)
22) 눈, 귀세척을 한다.	174	(59.2)
23) 인공호흡을 한다.	160	(54.4)
24) 산전진찰을 한다(자궁저 높이, 태아심음 청취).	153	(52.0)
25) 신생아 목욕을 시켜주고 제대치료 및 수유관리를 한다.	160	(54.4)
26) 산후 질세척 및 유방간호를 한다.	158	(53.7)
27) 질병을 이해할 수 있도록 설명하고 합병증 예방에 대해 환자와 가족을 교육한다.	233	(79.3)
28) 영양과 식이요법에 대해 교육한다.	247	(84.0)
29) 약물사용법과 응급처치법을 교육한다.	218	(74.1)
30) 임산부 영양관리, 분만시 힘주는 법에 대해 교육한다.	176	(59.9)
31) 유아시 예방접종 및 이유식, 안전관리에 대해 교육한다.	205	(69.7)
32) 가정환경관리(실내온도, 습도조절, 소음 및 악취제거, 청결유지)	230	(78.2)
33) 환자 및 가족의 어려운 문제에 대한 상담 및 대화를 하여 정신적, 정서적 안전을 도모한다.	245	(83.3)

4. 일반적 특성별 자가간호수행정도

일반적 특성별 자가간호수행정도에서 자가간호수행내용을 비교해 보면 성별에서 남자가 12.84±5.36, 여자가 11.32±5.62로 P<0.05수준에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났는데 이는 여자가 남자보다 자가간호를 잘 수행할 수 있다는 점을 시사해주고 있다. 교육정도에서는 P<0.01수준에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났는데 교육정도가 만성질환과 자가간호수행에 대한 지식습득 및 문제해결을 위한 기술을 향상시킬 수 있는 능력이 있기 때문이라고 사려된다. 월수입별 자가간호수행정도는 P<0.01수준에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났는데 문화적, 의료혜택에 크게 월 수입이 영향을 주기 때문인 것으로 사려된다.

가족수별 자가간호수행정도는 P<0.05수준에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났는데 이는 만성질환자가 있는 가족 구성원은 환자의 지지체계로써의 역할수행과 밀접한 관계가 있는 것으로 생각된다.

치료받지않는 이유에서는 P<0.01수준에서 유의하게 나타났는데 송근희(1989)는 필요성을 느끼지 못하거나 경제적 부담으로 치료하지 않는다고 보고하였는데 본 연구에서는 지역적인 특성과 낮은 교육수준으로 인한 무지 때문으로생각된다.

질병명에서는 자가간호수행내용이 P<0.05수준에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났는데 이는 만성질환의 공통적인 문제에서 기인된다고 생각된다(표4 참조).

〈표4〉 일반적 특성별 자가간호 수행정도 차이검증

특 성	구 분	자가간호수행 (M SD)		T or F	D.F	P
입 퇴 원	입 원	12.19	4.79	0.53	292	0.600
	퇴 원	11.86	5.89			
성 별	남	12.84	5.26	2.38	292	0.019*
	여	11.32	0			

연 령 (세)	20 미만	0.14	0			
	20~29	2.36	1.25			
	30~39	2.40	1.31	1.863	5.288	0.1008
	40~49	2.13	1.07			
	50~59	1.99	1.29			
	60 이상	1.89	1.30			
교 육 정 도	문맹	1.69	1.18			
	국졸	2.23	1.25			
	중졸	2.34	1.17	5.960	4.289	0.0000**
	고졸	2.64	1.15			
	대졸이상	1.81	0.62			
직 업	기타	2.72	0.96			
	농업	2.61	1.13			
	노동	2.52	1.29			
	가사	2.34	1.35	1.891	7.286	0.0613
	전문관리직	2.11	1.35			
	사무직	2.11	1.04			
	상업 서비스업	1.99	0.93			
	기술직	1.90	1.20			
월수입(만원)	20 미만	2.01	1.16			
	20~40	2.14	1.14			
	40~60	2.32	1.07	5.960	4.289	0.000**
	60~80	2.70	1.07			
	80 이상	2.66	1.19			
가족수(명)	1~3	2.85	1.18			
	4~6	2.29	1.18	3.512	3.290	0.0157**
	7~9	2.45	1.19			
	9 이상	1.90	1.50			
치 료 받 지	필요성 없음	1.77	0.97			
않 는 이 유	무관심	2.14	1.29			
	시설부족	1.33	1.22	6.758	6.287	0.000**
	무지	1.77	1.25			
	경제적 어려움	1.81	1.22			
	기타	2.65	1.17			
병 명	당뇨병	2.78	1.07			
	심혈관계질환(고혈압, 심근경색증, 협심증)	2.31	1.26			
	폐호흡기질환(기관지염, 천식)	2.10	1.01			
	근골격계질환(퇴행성 관절염, 관절염)	1.99	1.10			
	신경계질환(요통, 신경통, 디스크, 뇌졸증)	2.06	1.41			
	위 소화기계질환(위염, 위궤양, 만성 췌장염)	1.74	1.31			
	안질환	1.61	1.17	1.998	9.284	0.0244**
	피부질환	1.78	0.2			
	암(위, 직장, 방광, 임파선종)	2.05	1.18			
	간 질환(간염, 간경화)	2.51	1.07			
	신경 비뇨기질환(만성 신부전, 신장염)	0.96	0			

* p<0.05
**p<0.01

Ⅴ. 결론 및 제언

1993년 7월 30일부터 9월 30일까지 2개월간 질문지를 이용한 면담을 통하여 얻은 만성질환자의 자가간호수행자 가정간호활동에 따른 요구를 조사한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 대상자의 일반적 특성을 보면 성별에서는 남자 133명(45.2%), 여자161명(54.8%), 연령에서는 50-59세가 68명(23.1%), 결혼상태에서는 기혼이 207명(70.4%), 종교에서는 불교가 149명(50.7%), 교육정도에서는 문맹이 105명(35.7%), 직업에서는 농업이 121명(41.2%), 의료비 지불방법에서는 지역의료보험이 157명(53.4%), 수입원에서는 본인이 155명(52.7%), 월수입에서는 20만원미만이 132명(44.9%), 거주지에서는 중소도시가 196명(66.7%), 현재가족수에서는 7-9명이 134명(45.6%), 간호제공자에서는 배우자가 119명(40.5%), 병명에서는 위장.소화기계가 59명(20.1%), 치료방법에서는 증세가 심할때만 치료받는다가 118명(40.1%), 치료받지 않는 이유에서는 기타가 100명(34.1%)로 각각 가장 높게 나타났다.

2. 자가간호수행정도는 환경제공이 2.761±1.37로 가장 높게 나타났다.

3. 가정간호요구정도는 혈압을 측정한다가 249명(84.7%)으로 가장 높게 나타났다.

4. 일반적 특성에 따른 자가간호수행정도는 성별, 가족수, 병명(<0.05), 교육정도, 월수입, 치료받지 않는 이유(<0.01)에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

이상의 결론으로 자가간호수행정도를 향상시키기 위해서는 각 의료계의 적극적인 협조와 가정간호를 수행하는 가정간호사 각자의 노력이 필수적이며 또한 정부에서는 가정간호 사업.수행에 필요한 모든 지원을 아끼지 않아야 될 것이다.

〈Reference〉

Anderson S.V., Bauwen E.E, (1981), Chronic Health Problems, St Louis, Missouri: The C.V. Mosby Company, pp. 8-9.

Baekelend, F., Lundwall L., (1975). "Droping out of Treatment, A Critical Review", Psychological Bulletin, vol 82, pp. 738-783.

Brunner, L.S, (1980), Textbook of Medical-Surgical Nursing, Philadelphia: J.B Lippincott. Co., pp. 141-143.

Coldwell, P.D., Janssen, N.P., Dorothea, E. Orem, (1980), Nursing Theories The Base for Professional Nursing Theories Conference Group, New Jersey: Prentice Hall, InCo., pp. 90-106.

Dorothea. Orem, (1971), "Nursing Concepts of Practice", N.Y. Mc Graw Hill Book Company, pp. 72.

Dorothea E. Orem, (1985), Nursing Concepts of Practice N.Y,: Mc Graw-Hill Book Company, pp. 72.

Hall C.S., Lindzeu G. 저, 이 상노, 이 관용 공역, (1984), 성격이론, 서울: 중앙적성 출판사

Hennessey M.Y., Gorenberg B., (1982), "The Significance and Impact of Adult", Nursing Clinics of North America, 17(4), pp. 665-675.

Joseph Eurle M, Davids, (1955), "Chronic Disease, Journal of Chronic Disease", Pergamon press, pp. 1-11.

Kaplan B.H.J. Cassel, S, Gore, (1977), "Social Support & Health", Medical Care, vol 15(5), pp. 47-58.

Kar S.B., (1989), Indicators of Effective Health Care(우리나라 가정 보건의료 제도의 개발에 관한 세미나 자료).

Kasl S.V.,(1975), "Issues in Patient Adherence to Health Care Regimen", Journal of Human Stress, vol 1-3, pp. 5-18.

Mary Jane, Gorenberg, Bobby, (1980), The Significance and Impact of the Home Care of an Older Adult, Nursing Clinics of North America, Vol 15, No 2, pp. 349-360.

Mccarthy E., (1976), "Comprehensive Home Care for Earlier Hospital Discharge", Nursing Outlook, 24(10), pp. 625-630.

Norris M. Catherin, (1979), "Self-care", A.J.N, vol 79 (3), pp. 486-489.

Peggy Coldwelll. Foster, Nancy P. Janssens, (1980), Nursing Theories - The base for proffes-

sional Nursing Practice, Englwood. Cliffs, New Jersey, Prentice Hall I.N.C, pp. 49-170.

Roemer M.I.,(1989), Home Health Care: Principles, Development and Organization(우리나라 가정보건 의료제도의 개발에 관한 세미나 자료)

Rossman I., (1974), "The Montrfiore Hospital after Care Program", Nursing Outlook, 22(5), pp. 325-328.

Ryan S. T., Wassenberg, (1980), "A Hospital Based Home Care Program", Nursing Clinics of North America, 1592, pp. 323-328.

Schwab, Sister Marilyn, (1975), "Nursing Care In Nursing Home", A.J.N, 75(10), pp. 1815.

Siddall S.S., (1986), Home Health Care Nursing, Rockville Maryland: An Aspen Publication, pp. 83-92.

Stanhope M., Jeanette Lancaster, (1984), Community Health Nursing, St Louis: The Mosby Company. pp. 780-800.

Stanley B. et al., Garbus, (1976), "The Community Workshop as a Stimulus for Hypertension Control Program", A.J.P.M., pp. 682-683.

Stewart, Jame Emmert, (1979), Home Health Care, St. Louis: The C.V. Mosby Company.

김 성실, (1985), "가정간호요구 및 수행 실태에 관한 조사", 연세대학교 대학원, 간호대학 박사 학위 논문.

김 성실, (1993), "UTMB Home Health Agency의 가정간호 실태조사", 대한간호 제 32권 제 1호, pp. 95-110.

김 정순, (1980), "노인인구의 주요 질환", 한국노년학, pp.8-17.

김 화중, (1988), 가정간호사업 모형개발(전국 보건강사 및 직원 연수회 교재), 대한 적십자사, pp. 11-14.

문 옥륜, (1985), "21세기의 노인문제와 의료보험", 한국노년학, pp. 83-84.

박 점희, (1982), "일반적 제특성에 따른 환자의 퇴원요구와 간호수행", 중앙의학 43:1. pp. 47-55.

서 미혜, (1991), "입원환자의 간호와 퇴원후 가정간호에 대한 간호대학생의 실습평가 연구", 대한간호 28(4), pp. 63-77.

서 순규, (1992), 성인병 노인병학, 서울: 고려의학, pp . 27.

송 근희, (1989), "가정간호 요구에 관한 조사", 중앙대학교 대학원 석사학위 논문, pp. 1-37.

우 선혜, (1989), "의료보호 대상자의 가정간호 요구 및 이용의사에 관한 연구", 이화대학교 대학원 석사학위 논문.

유 동준, (1979), 성인병 관리, 서울, 계축문화사, pp. 199-200.

이 경혜, 최 영희, (1988), 가족중심 간호학, 서울, 신광출판사.

최 혜경, (1990), "만성질환의 유병양상 및 진료추이 분석", 서울대 보건대학원 석사학위 논문

최 연순외, (1992), "퇴원환자의 가정간호 요구와 가정간호 사업의 효과분석", 대한간호 31(4), pp. 77-97.

허 정, (1982), 노인과 건강 : 현대사회와 노인복지, 아산사회복지 사업재단.

ABSTRACT

Study of home Nursing Care Needs and Implementation of Self Care of Chronically Ill Patients

Prof. Woo Seon Hye, Oh Hyun Sook
(Department of Nursing of Medical College
Gyeongsang National University)

This study was done to gather the basic information needed to identify how the home nursing care needs and implementation of self care is being carried out for chronically ill patients.

The subjects of the study were 294 from chronically ill patients in a general hospital, a university hospital and seven primary health care center and the data was collected by a nurses, public health nurse practioners using questionairs from July 30 to September 30, 1993.

The data were analyzed using percentage, mean, and T-test, ANOVA.

Our objectives were to understand basic nursing information general characteristics, implementation of self care, home nursing care needs, implementation of self care depend on general characteristics.

The results of the study were as follows

1) General characteristics of subjects.
   The majority of subjects are female (54.8%)
   66.7% of residence are fishing and agrarian villages.
   20.1% of disease are neurologic system (backache, neuralgia, HIVD, C.V.A).
2) Evnironmental offord reveals high point in implementation of self care.(2.76 ± 1.37)
3) B.P check reveals high peroentage in home nursing care needs.(84.7%)
4) Implementation of self care depend on general characteristics reveals significantly different by sex*, educational level**, monthly income**, number of family*, disease*, and reason of untreatment**(*<0.05, **<0.01).

In conclusion the study requires efforts of nurse practitioners, and the support of useful resources by government.