

1차 및 3차 진료기관 이용 만성질환자의 간호서비스에 관한 연구

조 종 숙 (한양대학병원)

목 차

I. 서 론
II. 이론적 배경
III. 연구 방법
IV. 연구 결과

V. 결 론
참고 문헌
영문 초록

I. 서 론

1. 연구의 필요성

인구구조 및 의료비 지불제도의 변화, 건강문제 및 질병양상의 변화, 보건의료서비스에 대한 주민의 의식변화 및 사회환경의 변화등으로 종합병원 병상 회전율의 증가 및 의료비 상승 억제를 위한 조기퇴원 환자관리나 가정에서의 환자관리 및 증상의 조기발견과 같은 일차보건의료 활동을 적극적으로 추진할 필요요인이 필요해 짐에 따라 이들 인력의 개발과 그 역할에 대한 논의가 계속되고 있다.

정부는 1989년에 간호사의 분야별 전문간호사로서 가정간호사를 합법화시킨 이후 가정간호제도의 논의와 연구가 활발하게 진행되었다(최연순, 1992).

국내의 가정간호사업과 관계된 연구들은 사업에 대한 연구들이 주류를 이루고 있다(이은옥등, 1981 전산초등,1991). 가정간호사업 대상자 선정기준과 사정도구, 서비스 내용에 대한 관한 연구는 재활환자 중심의 연구만 되어 있는 상황이다. 최근 일부병원에서 가정간호를 실시하여 가정간호 대상 환자로 부터 좋은 호응을 얻고 있으며, 가정간호를 보다 효과적으로 활용할 수 있는 제도확립이 필요하다는 지적이 많고, 가정간호사업에 대한 연구 및 정책대안이 활발히 논의되고 있음은 매우 고무적이다(이인옥, 1991).

이처럼 국내에서 사업의 운영주체는 공공부문에서 보건소와 민간부분에서 병원이 있으나, 현재는 민간부분 종합병원 주도하의 가정간호사업이 활발한 편이어서 공공부문 보건소 중심의 방문간호는 동일한

註 : 본 논문은 1995학년도 한양대학교 행정학 석사학위 취득 논문임.

취지의 가정간호사업임에도 불구하고 관료조직이 갖는 제도나 시설, 인력 등에 묶여 취약인구에 대한 실적위주의 양적사업이라는 비판도 없지않다(이미애, 1992). 한편, 방문보건사업의 강화는 (김용익1993)이 언급하고 있는 것처럼 공공보건의료기관이 강화를 위한 중요한 전략의 하나임에도 불구하고 우리나라 도시지역의 방문보건사업은 최근 서울특별시 5개구 보건소에 저소득층을 대상으로 가정간호사업을 실시하고 있는 것을 제외하고는 전 주민을 대상으로 하는 방문간호사업은 사실상 존재하지 않는 것이 사실이다. 각 지방에서는 각 도시지역 보건소가 관할 주민을 대상으로 현재 인력을 활용하여 시도하여 보고 전국적인 범위의 인력증원은 상당기간 어려울 것으로 지방자치단체 자체의 예산을 책정할 필요성을 인식할 수 있는 연구를 통하여 필요한 방문간호사를 조금씩 늘려가는 것이 보건의료계의 과업이라는 의견도 있다.

이상과 같은 맥락에서 본 연구는 현대보건의료계의 핵심과제인 성인기 만성질환관리를 위해 매우 중요한 위상을 차지하고 있는 간호서비스가 수단면에서 가정으로 공급된다는 공통점이 있을 때 ① 제도로 공공 및 민간부문별로 ② 1차 및 3차의 단계별 진료기관별로, 과연 소비대상자간의 특성과 공급인력에 의한 양적 또는 질적차이는 무엇인지를 파악하려는 목적에서 시도되었다.

2. 연구의 목적

1차 단계의 공공의료기관인 보건소와 3차 단계의 민간의료기관인 대학병원을 이용하는 만성질환자(당뇨, 고혈압, 뇌졸중)의 간호서비스를 공급인력인 간호사의 활동과 소비계층인 이용자들의 특성을 파악함으로써 이 분야 연구에 기여할 수 있는 기초자료를 제공할 목적에서 본 연구를 시도하였다.

이에 따른 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 1) 1차 및 3차기관 이용자들의 ① 건강관련변수, ② 가족변수 및 경제환경변수의 차이를 알아본다.
- 2) 만성질환 빈도가 ① 건강관련변수, ② 가족변수 및 경제환경변수 별로 차이가 있는지 알아본다.
- 3) 간호서비스 평균빈도와 의료인 방문빈도 및 방

문간호 수요자수가 1차 또는 3차 진료기관별로 차이가 있는지 알아본다.

4) 만성질환 문제별로 간호서비스 평균빈도의 차이가 있는지 알아본다.

5) 방문간호 수요자수별로 간호서비스 평균빈도의 차이가 있는지 알아본다.

6) 간호서비스 평균빈도의 변수간 상관관계를 알아본다.

7) 총 간호서비스 평균빈도에 영향을 미치는 요인을 알아본다.

II. 이론적 배경

1. 단계별 진료기관

1) 단계별 간호서비스 개념

(1) 1차 간호

질병의 발생 이전에 건강의 유지 및 증진, 질병예방을 목표로 하는 간호서비스의 단계

- ① 건강유지 및 증진단계의 간호서비스
- ② 위험가중 단계의 간호서비스

(2) 제 2차 간호

질병의 원인과 치료에 관한 지식을 중심으로 신체파손을 최소화하고 질병으로 부터의 치유회복이 조기에 이루어 질 수 있도록 노력하는 간호제공의 단계이다. 조기진단, 조기치료로 질병의 진행을 억제시키고 합병증이나 후유증 없이 신속하게 완쾌시킬 것을 목표로 한다.

① 조기발견 단계의 간호서비스 : 질병의 전구기 및 잠복기에 발견하여 효율을 꾀한다.

② 임상적 단계의 간호서비스 : 병원을 중심으로 한 환자간호서비스

(3) 제 3차 간호

질병경과 후에 어떤 신체적인 장애가 남겨 졌을 때, 물리·정신·심리적 치료를 통해 기능을 회복시키거나 장애를 최소한으로 경감시켜 사회에서 안정

을 가지고 기여할 수 있게 돕는 간호서비스 단계이다.

2) 부문별 보건의료기관

(1) 공공부문

보건의료부문의 기능중 민간부문은 시장기구로 대변되며, 공공부문은 행정통제로 일컬어지는데 이 양자가 어떻게 역할 분담을 할 것인가가 관건이다. 미국식 제도에 의해 영향을 받은 우리나라는 공공부문에서는 예방보건의사업을 위한 보건소 체계육성에 주력해왔고 민간부문에서는 진료부문의 활동에 의존함으로써 국민보건의료가 포괄의료를 지향하기 보다 공공서비스로서의 예방보건활동과 민간서비스로서의 진료활동이 엄격하게 구별되기에 이르렀다. 공공부문은 급성전염병관리 중진의 방역·공중보건활동·가족계획·모자보건·환경위생사업·결핵·나환자진료 등, 특수질환을 담당해 왔으나 최근에는 전염병관리와 결핵관리에 대한 비중은 적어지고 있다. 이에 따라 상대적으로 위축된 분야가 일반환자 진료 영역이었다.

(2) 민간부문

의료기관의 종류는 의료법 제 3조에 명시된 바 대로 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 의원, 치과 의원, 한의원 및 조산소의 8종으로 구분되고 있다. 이를 병상규모에 따라서 종합병원이란 ① 입원환자 80인이상 수용시설과, ② 기본진료 8과인 일반외과, 내과, 소아과, 산부인과, 방사선과, 마취과, 병리과 및 치과를 설치하며, ③ 각과별 전문의를 갖춘 기관을 뜻하며, 병원이란 입원환자 20인 수용시설을 갖추는 규정짓고, 의원 및 조산소란 진료 또는 조산에 지장이 없는 시설을 갖추는 것을 규정하고 있다.

3) 의료보장 및 진료권 제도

(1) 의료보호

우리나라에서는 저소득층을 보호하기 위한 의료보호제도가 1961년에 생활보호법에 근거를 둔 무료진료 형태로 시작되었다. 그 후 두차례의 개정을 거쳐 1979년 1월 1일 부터는 사회보험 방식에 의한 새

로운 의료보험법에 의해 본격적으로 의료보험사법이 실시되었다.

1979년부터 본격화되기 시작한 의료보호사업은 현재 그 상당수가 거의 고정되어 있는 1종과 매년 기금조성액 범위에 따라 증감되고 있는 2종으로 이루어지고 있다.

1종 대상자는 생활보호대상자(즉 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 능력이 없는 65세 이상의 노약자, 18세 미만의 아동, 임산부, 폐병, 또는 심신장애로 인하여 노동능력이 없는자), 거택보호자, 시설보호자, 인간문화재, 보훈대상자, 성병감염자, 이재민, 행려환자 등으로 월평균 소득과 재산기준에 따라 결정된다. 2종 대상자는 월평균 1인 소득 44,000미만인 영세민인 자활보호 대상자이다.

(2) 진료권 제도

① 의의 : 국민들의 보건의료기관 이용 보건의료자원의 효율적 이용

② 진료체계는 아래와 같이 구성된다.

1차진료 - 거주 시·군 단위의 142개 중진료권

2차진료 - 직할시·도 중심의 8개 대진료권

3차진료 - 500병상 이상규모의 지정대형 종합병원

③ 이용절차 :

▣ 환자의 거주지인 중진료권내의 의원, 병원, 종합병원, 보건소 등을 이용하여 1차진료를 받는다.

▣ 중 진료권 내 1차진료후 대진료권내 병원이나 종합병원 이용시에는 1차진료 의료기관 발행의 진료의견서 첨부이 필요하다.

▣ 중 진료권 내 1차진료 후 대형종합병원의 3차진료시에는 1차진료기관 발행의 진료의견서와 소속보험 조합이 발급한 진료의견서가 필요하다.

▣ 중 진료권 내의 1차 의료기관을 이용하지 않고 바로 3차진료인 대형종합병원 외래진료시에는 진료비 전액을 환자본인이 부담하게 된다.

④ 서울은 전지역이 하나의 중 진료권이어서 1차진료후 진료의견서만 첨부하면 3차 대형종합병원 이용도 가능하다. 제주도는 경인 대 진료권에 포함되어 2차진료는 서울지역의 의료기관을 이용할 수 있다.

2. 가정간호사업과 방문간호사업

가정간호사업은 David(1969)이 언급한 바와같이 개인과 가족이 가정이라는 주거지에서 건강의 유지 증진 회복을 목적으로 전문간호사에 의해 포괄적인 서비스를 받을 수 있도록 하는 하나의 제도적 장치로서 정착되고 있다.

우리나라의 지역사회 보건간호사업은 1923년 선교간호사 Rosen-berger가 태화여자관에 보건사업부를 설치하고 보건교육과 가정방문사업을 펼친 것이 시초이며(이선자등, 1990), 1962년 전국 시·군·구에 보건소 설치이후 보건사업으로서 가족계획, 모자보건, 전염병예방을 위하여 보건간호사가 가정방문 활동을 하여 왔으나 현재 서울특별시에서 전개하고 있는 방문간호사업과는 그 개념에 있어서 큰 차이가 있다.

원래 보건소는 건강사업의 일선기관으로서 주로 예방중심의 사업을 수행해 왔다. 그래서 서울특별시에서는 일선 기관으로서 주로 예방중심의 사업을 수행해 왔다.

그러나 서울특별시에서는 도시 저소득층의 가구가 증가하면서 이들의 건강문제를 해결하기 위한 일환으로 시 산하 각 보건소에서 저소득층 시민을 대상으로한 가정방문간호사업을 수행하기에 이르렀다. 이러한 해소책의 일환으로서 1989년 7월 전국민 의료보험이 실시됨으로서 병의원 이용률이 높아지기는 하였으나 아직도 만성질환자나 거동이 불편한 자 등 정부의 의료시혜가 절실한 저소득 시민은 여러조건 등 기존의료시책 수혜가 어려워 의료서비스의 불균형을 초래하고 있어, 어려운 가정을 의료팀이 방문하여 진료와 간호질병예방 및 가족보건 사업을 실시하고 있는데 이 중 간호사에 의한 활동을 방문간호사업이라 통칭한다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 대상

1) 본 연구의 1차 진료기관 대상자는 서울특별시

내 1개구 보건소내 지역보건과의 1인의 지역담당 간호사의 관할세대 130세대 400명의 인구중에서 당뇨, 고혈압, 뇌졸중으로 진단받은 54명이었다.

2) 3차 진료기관 대상자는 서울시내 H대학병원에 1995. 9. 18부터 10. 14사이에 입원한 130명의 환자중에서 1차진료기관 대상자의 연령과 성 및 진단명이 일치하는 54명을 선정하였다. 따라서 총 연구 대상자는 108명이었다.

2. 연구 도구

서울시내 보건소 지역보건과에서 사용하고 있는 시민건강기록부와 H대학병원의 간호기록부를 근거로 33개 항목으로 구성된 조사서를 제작하여 연구도구로 사용하였다.

3. 변수의 선정 및 용어의 정의

1) 종속변수

보건소 시민건강기록부와 종합병원 간호기록부에 방문이나 진료가 이루어진 7일간 수행된 간호서비스 횟수, 의사 및 간호사에 의한 의료인 방문횟수를 세어서 연구대상자수에 대한 평균을 종속변수로 선정하고 간호서비스 평균빈도와 의료인 방문빈도로 명명하였다. 또한 전체 연구대상자수 중에서 가족내에 방문간호의 필요가 있는 대상자수를 세어서 필요 대상자수에 대한 평균을 방문간호 수요자수로 규정하고 이 역시 종속변수로 선정하였다.

간호서비스는 인간의 건강요구를 사정할 뿐만 아니라 가족자원을 평가하고 자원보충을 지원하는 전략을 개발하며 적용하는 위치에 있다. 따라서 간호서비스의 종류는 관리측면의 개념에서 볼 때 보편적으로 다음과 같이 3가지로 분류된다.

① 직접 간호서비스 활동 : 고위험수준(High risk)에 있는 집단, 개인에게 직접적이고 즉각적으로 취하게 되는 간호활동으로 예를 든다면 주사·투약 등과 같은 신체적 간호와 보건교육이 있다.

② 반직접 간호서비스 활동(Semidirect client service) : 지역사회집단을 조직하는 것, 환자개인의

회복에 따른 재사회화, 환경위생지도, 마을건강원지도 등의 활동이 포함된다.

③ 간접 간호서비스 활동 (Indirect client service) : 지역사회 보건간호사의 능력이상의 지시와 수기를 요하는 건강요구는 후송체계를 통해 연결 지원해준다. 그 외에도 관리, 연구, 공적관계의 유지, 정책형성에 참여등도 이에 속한다.

2) 독립변수

연령과 성은 만성질환자의 역학적 현상을 설명할 수 있으므로 독립변수로 선정하였으며 기타 변수들은 다음과 같은 이유에서 독립변수로 선정하였다.

① 건강관련 변수 : 건강상태의 양호 및 불량여부, 거동상태의 양호 및 불량여부, 간염 집중여부, 대수술과 같은 특기사항 유무, 가족내 환자수에 관한 5개 변수를 건강관련 변수로서 규정하였다.

② 가족수와 가족구조의 결손여부는 가족변수로서 선정하였다.

③ 경제환경 변수 : 주택이나 의료보장 종류가 경제상태를 나타내 줄 수 있으므로 경제환경 변수로서 규정하였다.

3) 만성질환빈도

만성질환은 긴 이환기간을 갖고 있으며 여러달 여러해 동안 치료를 필요로 하는 질환을 말하며 구체적으로는 심장병, 고혈압, 암, 관절염, 결핵, 당뇨, 간경화증, 폐기종이 포함되는 것으로 Joseph(1955)이 지적한다. 본 연구에서는 최소한 3개월 이상 지속되는 질환으로 의사의 진단하에 보건소에 등록되었거나 대학병원에 1주일 이상 입원한 경험이 있는 당뇨, 고혈압, 뇌졸중의 질환으로 한정하면서, 이를 독립변수로 선정하였다.

4. 자료의 처리 및 분석방법

1995. 9. 18 ~ 1995. 10. 14간의 4주에 걸쳐 수집된 자료를 조사자 오차를 최소화하기 위하여 본 연구자 1인이 직접 내용조사하였으며, 내용분석의 객관성을 유지하기 위하여 보건소 및 대학병원 간호사와 토의를 거쳤다. 수집된 108개의 조사서는 코드

화하여 SPSS를 이용하여 분석하였다.

① 진료기관별 일반배경변수의 조사대상자간 차이의 검정은 카이제곱 검정을 이용하였다.

② 만성질환 빈도의 진료기관별 차이는 카이제곱 검정 이용하였다.

③ 간호서비스 평균빈도, 의료인 방문빈도, 방문간호 수요자수의 진료기관별 또는 만성 문제별 차이는 t-test 또는 ANOVA를 이용하였다.

④ 간호서비스 평균빈도와 변수간 관계의 정도는 피어슨 상관계수를 이용하였다.

⑤ 총 간호서비스 평균빈도의 영향요인을 예측하고자 다단계 회귀분석을 이용하였다.

⑥ 최종적으로 선정된 변수들이 두 집단을 얼마나 잘 구분해 주는지는 판별분석을 통하여 검정하였다.

IV. 연구 결과

1. 조사대상자의 일반배경

가족내 환자수가 2명 이상인 경우 1차진료기관 대상군에서는 37.0%로 많음에 비해 3차 진료기관군에서는 1.9%로 적어 건강관련문제가 1차진료기관군에 복합되어 있을 가능성이 있음을 <표 1>을 통해 알 수 있다.

2. 만성질환빈도

<표 2>는 일반배경 변수별로 알아본 만성질환빈도이다.

3. 간호서비스 평균빈도, 의료인 방문빈도, 방문간호수요자수

1차 및 3차 진료기관별로 간호서비스 평균빈도, 의료인 방문빈도, 방문간호 수요자수를 제시한 것이 <표 3>이다.

<표 1> 조사대상자의 일반배경

일반배경	1차 진료기관		3차 진료기관		χ^2
	N (%)		N (%)		
건강관련변수					
건강상태	불량	21 (38.9)	15 (27.8)		1.04
	양호	33 (61.1)	39 (72.2)		
거동상태	불량	8 (14.8)	6 (11.1)		0.08
	양호	46 (85.2)	48 (88.9)		
간염접종	미접종	49 (90.7)	54 (100.0)		3.35
	기타	5 (9.3)	----		
특기사항	없음	41 (75.9)	48 (88.9)		2.29
	있음	13 (24.1)	6 (11.1)		
가족내환자수	1명이하	34 (63.0)	53 (98.1)		19.15**
	2명이상	20 (37.0)	1 (1.9)		
가족변수					
가족수	3명이하	19 (35.2)	5 (9.3)		9.05**
	4명이상	35 (64.8)	49 (90.7)		
가족구조	완전가족	33 (61.1)	35 (64.8)		0.03
	기타	21 (38.9)	19 (35.2)		
경제환경변수					
주택	주택등	15 (27.8)	54 (100.0)		57.95**
	아파트	39 (72.2)	(_)		
의료보장	의료보호	51 (94.4)	7 (13.7)		68.85**
	의료보험	3 (5.6)	47 (87.0)		
계		54 (100.0)	54	(100.0)	

*p < 0.05

**p < 0.01

주택종류는 주택거주가 1차진료기관군과 3차진료기관군이 각각 27.8%와 100.0%로서 차이로 보였고, 의료보장종류는 1차진료기관군에서는 의료보호가 94.4%로 절대적으로 많았고, 3차진료기관군에서

는 의료보험이 87.0%로 절대적으로 많았다. 그러므로 양 진료기관 이용군에 있어서 경제상태에 차이가 진료기관 선택을 결정할 수 있는 소인을 보여주고 있었다.

<표 2> 일반배경변수별 만성질환빈도

	1차 진료기관				3차 진료기관			
	당뇨	고혈압	뇌졸중	χ^2	당뇨	고혈압	뇌졸중	χ^2
	N(%)	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)	N(%)	
건강관련변수								
건강상태								
불량	2(15.4)	13(40.6)	6(66.7)	5.98*	-(-)	15(46.4)	2(18.2)	11.12*
양호	11(84.6)	19(59.4)	3(33.3)		13(100.0)	17(53.6)	7(81.8)	
거동상태								
불량	-(-)	2(6.3)	6(66.7)	23.29**	-(-)	5(14.3)	2(18.2)	2.71
양호	13(100.0)	30(93.8)	3(33.3)		13(100.0)	27(85.7)	7(81.8)	
가족변수								
가족수								
3명이하	4(30.8)	8(25.0)	7(77.8)	8.72*	-(-)	2(7.1)	2(27.3)	5.92*
4명이상	9(69.2)	24(75.0)	2(22.2)		13(100.0)	30(92.9)	7(27.7)	
가족구조								
완전가족	9(69.2)	21(65.6)	3(33.3)	3.55	10(80.0)	24(75.0)	2(18.2)	13.27**
기타	4(30.8)	11(34.4)	6(66.7)		3(20.0)	8(25.0)	7(81.8)	
경제환경변수								
의료보장								
의료보호	13(100)	30(93.8)	8(88.9)	1.32	-(-)	2(7.1)	4(45.4)	13.36**
의료보험	-(-)	2(6.3)	1(11.1)		13(100)	30(92.9)	5(54.5)	
계	13(100)	32(100)	9(100)		13(100)	32(100)	9(100)	

*p < 0.05

**p < 0.01

건강상태의 불량과 양호에 따라서 당뇨, 고혈압, 뇌졸중의 만성문제는 1차 진료기관 및 3차 진료기관 양자 모두 의미있는 차이가 있었다. 당뇨와 고혈압의 경우는 불량보다는 양호한 건강상태가 많으나 뇌졸중은 1차 진료기관군에서는 양호가 33.3%이고 불량이 66.7%였고 3차 진료군에서는 반대로 불량이 18.2%로 적고 양호가 81.8%로 많았다. 의료보장중

류는 1차 진료기관군에서는 의료보호나 의료보험과 만성질환빈도와 차이가 없었으나 3차진료기관군에서는 뇌졸중의 경우 의료보호는 45.4%였으나 의료보험은 54.5%로 다소 차이를 나타냈으며 당뇨 및 고혈압은 거의 대부분 의료보험에 한정되고 있음을 나타내고 있다.

<표 3> 간호서비스 평균빈도, 의료인방문빈도, 방문간호수요자수

	전체대상 (N=각54)			필요대상		
	1차	3차	t	1차(N)	3차(N)	t
총 간호 서비스빈도	33.72	45.70	- 1.88	33.72(54)	45.70(54)	- 1.88
〈내용〉						
재활	1.81	0.48	2.92**	3.37(29)	2.16(12)	1.61
교육	5.83	1.11	5.77**	6.30(50)	3.75(16)	1.77
질병관리등	9.22	4.38	3.43**	9.39(53)	5.04(47)	3.03**
상담	4.00	7.50	- 2.59**	5.26(41)	9.00(45)	- 2.40*
투약등	5.55	5.55	0.00	7.89(38)	6.38(47)	0.69
검사결과안내	3.57	8.07	- 3.53**	5.67(34)	9.68(45)	- 2.78**
기타	3.72	18.59	- 5.21**	5.15(39)	43(23.34)	- 5.69**
〈간호형태〉						
직접	9.14	13.66	- 2.51*	9.88(50)	13.66(54)	- 2.06**
반직접	1.96	4.20	- 3.39**	3.92(27)	4.93(46)	- 1.18
간접	5.92	8.42	- 1.79	6.95(46)	9.10(50)	- 1.47
〈애로사항지원〉						
전체	3.94	0.06	3.75**	3.94(54)	8.42(19)	- 3.41**
복지	1.40	0.03	6.26**	2.23(34)	1.00(2)	1.17
행정	0.16	0.05	1.32	1.80(5)	1.50(2)	0.70
외래	1.61	0.25	3.69**	3.95(22)	2.00(7)	1.88
자원봉사	0.40	0.03	0.99	11.00(2)	2.00(1)	0.58
독지가	0.18	0.00	1.94*	2.50(4)	-(-)	5.00*
의료인방문빈도						
간호사	15.27	65.40	- 5.38**	3.32(53)	1.34(50)	11.12**
의사	1.90	8.66	- 6.89**	3.41(53)	1.34(52)	10.12**
방문간호수요자수						
	3.25	1.29	9.12**	3.32(53)	1.34(52)	11.12**

*p < 0.05 **p < 0.01

서비스 내용별로는 재활교육, 질병관리등은 1차 진료기관군이 3차 진료기관군보다 간호서비스 평균빈도가 더 높았으나 상담, 검사결과 안내, 기타 등은 3차 진료기관군과 1차 진료기관군의 간호서비스 평균빈도에 차이가 없었다.

간호형태별로는 직접간호든 반직접간호든 간접간호든 3차 진료기관군이 1차 진료기관군에 비해 월등히 높은 것으로 나타나고 있다. 애로사항 지원별로는 1차 진료기관이 3차 진료기관에 비해 간호서비스 평균빈도가 복지지원, 행정지원, 외래입원, 자원봉사자 알선, 독지가 알선 모두 높았고, 그중 복지지원은 1차 진료기관군이 1.40임에 비해 3차진료기관군은 0.03에 불과했다.

산출된 값을 실제 필요가 있는 대상자에 대한 평균값으로 살펴보면 간호서비스 내용면에는 질병관리 등만 1차 진료기관이 3차 진료기관보다 높고, 상담 검사결과 안내 기타 등은 3차 진료기관이 1차 진료기관보다 높으며, 투약은 양기관군 모두 차이가 없었다.

간호형태는 직접간호의 경우만 1차 진료기관군보다 3차 진료기관군이 더 높게 나타났으며 애로사항 지원은 양진료기관별로 별 차이가 없었다.

의료인 방문빈도는 전체를 대상으로 볼 때 간호사 및 의사 모두 1차 진료기관보다는 3차 진료기관이 훨씬 높다. 방문 간호 수요자 수는 1차진료기관이 3.25임에 비해 3차 진료기관은 1.29로 방문간호사는 1차 기관이 약 2배정도 많은 것으로 나타났다.

하지만 필요한 대상으로 보면 전체를 대상으로한 양 기관별 간호사, 의사 방문빈도와는 정반대의 입장을 보여 간호사 및 의사 모두 1차 진료기관군이 3차 진료기관군 보다 방문빈도가 더 높은 것으로 나타나고 있다.

4. 만성문제별 간호서비스 평균빈도

만성문제별 간호서비스 평균빈도 <표 4>에서 보는 바와 같다.

서비스 내용면에서는 1차 진료기관군에서는 검사결과 안내가 당뇨 > 고혈압 > 뇌졸중 순으로 높았지만, 3차 진료기관군에서는 기타 서비스가 당뇨 >

고혈압 > 뇌졸중 순으로 높게 나타나고 있다.

간호형태 측면에서는 1차 진료기관군에서는 간접간호만이 당뇨 > 고혈압 > 뇌졸중 등순으로 차이가 있게 높았고, 3차 진료기관군에서는 직접, 반직접, 간접간호별 만성질환별 간호서비스 평균빈도의 차이는 나타나지 않았다.

의료인 방문빈도는 간호사의 방문빈도의 경우는 만성질환별로 의료기관에 따라서 차이가 없는 것으로 나타나고 있으나 의사의 방문빈도는 1차 진료기관군에서는 차이가 없었고, 3차 진료기관군에서는 당뇨의 경우 0.93, 고혈압의 경우 1.07 뇌졸중의 경우 2.36으로 차이가 있어서 당뇨보다 뇌졸중의 경우 약 배이상 의사의 방문빈도가 높음을 보여주고 있다.

방문간호 수요자수는 1차 진료기관군에서는 만성질환별로 차이가 없었지만 3차 진료기관군에서는 당뇨의 경우 0.93이고, 고혈압은 1.07이며 뇌졸중은 2.36으로 차이를 보였다.

5. 방문간호 수요자수별 간호서비스 평균빈도와 의료인 방문빈도

방문간호 수요자수별 간호서비스 평균빈도와 의료인 방문빈도는 <표 5>에서 보는 바와 같다.

총간호 서비스는 1차 진료기관군에서는 차이가 없었으나 3차 진료기관군에서는 1명이하에서 49.81회이고 2명 이상에서 12.81회로서 1명 이하일 때 훨씬 더 높았다.

서비스 내용면에서 보면 1차 진료기관군에서는 차이가 없었으나 3차 진료기관에서는 검사결과 안내와 기타의 경우 1명 이하에서 2명 이상보다 월등히 높음을 나타냈다.

간호형태나 애로사항 지원면에서도 간호서비스 평균빈도의 차이는 발견되지 않으나 의료인 방문빈도는 3차 진료기관에서만 방문간호 수요자가 1명 이하일 때 간호사 방문은 70.62로 2명 이상일 때의 간호사 방문 23.66보다 훨씬 높았다.

의사의 방문은 간호사의 경우와는 달리 방문간호 수요자가 1명 이하일 때 7.77이었고 2명 이상일 때, 15.83으로 방문간호 수요자가 많을 때 의사방문빈도가 높았다.

<표 4> 만성문제별 간호서비스 평균빈도

	1차 진료기관				3차 진료기관				
	당 뇨	고혈압	뇌졸중	F	당 뇨	고혈압	뇌졸중	F	
총간호서비스빈도	34.77	36.31	23.00	0.54	57.40	45.36	30.64	2.27	
<내용>									
재활	0.85	1.63	3.89	2.70	0.27	0.71	0.18	1.55	
보건교육	5.85	6.75	2.56	2.54	0.33	0.96	2.55	1.58	
질병관리식이요법	9.15	10.03	6.44	0.51	4.27	4.50	4.27	0.01	
상담	3.85	4.50	2.44	0.39	7.27	8.79	4.55	1.16	
투약·드레싱등	3.38	6.81	4.22	0.49	4.27	6.89	3.91	1.02	
검사결과안내	6.69	3.13	0.67	5.60**	8.53	8.93	5.27	0.82	
기타	5.00	3.47	2.78	0.75	32.47	14.57	9.91	5.87*	
<간호형태>									
직접	7.54	10.19	7.78	0.53	9.73	16.14	12.73	2.23	
반직접	1.00	2.66	0.89	1.76	2.87	4.82	4.45	1.54	
간접	9.08	5.31	3.56	3.16*	8.13	9.43	6.27	0.54	
<애로사항지원>									
전체	6.08	3.69	1.78	2.81	0.87	0.36	0.82	1.21	
복지	2.00	1.22	1.22	1.18	0.07	0.00	0.09	1.15	
행정	0.15	0.22	0.00	0.57	0.07	0.07	0.00	0.22	
외래	2.23	1.78	0.11	2.20	0.60	0.14	0.09	1.19	
입원	0.15	0.16	0.22	0.07	0.13	0.14	0.45	2.81	
자원봉사	1.54	0.00	0.22	1.52	0.00	0.00	0.18	2.03	
독지가	0.00	0.31	0.00	1.30	0.00	0.00	0.00	0.00	
의료인방문빈도									
간호사	13.69	17.68	9.11	1.15	67.60	72.04	45.55	0.62	
의사	1.31	1.78	3.22	0.91	9.87	6.71	12.00	3.35**	
방문간호수요자수	2.92	3.47	3.00	1.97	0.93	1.07	2.36	11.49**	
대 상	13	32	9		13	32	9		

*p < 0.05 **p < 0.01

<표 5> 방문간호 수요자수별 간호서비스 평균빈도

방문간호수요자수	1차 진료기관			3차 진료기관		
	1명이하	2명이상	t	1명이하	2명이상	t
총간호서비스빈도	66.00	32.48	1.39	49.81	12.83	6.02**
<내용>						
재활	1.75	1.82	-0.04	0.54	0.00	1.23
교육	2.00	6.14	-1.59	0.60	5.16	-1.48
질병관리 식이요법	7.25	9.38	-0.44	4.58	2.83	1.79
상담	5.50	3.38	0.51	8.16	2.16	1.80
투약·드레싱등	6.25	5.50	0.13	6.04	1.66	1.42
검사결과안내	8.25	3.20	0.95	9.00	0.66	6.53**
기타	3.50	3.74	-0.10	20.87	0.81	6.85**
<간호형태>						
직접	12.00	8.92	0.35	14.41	7.66	1.61
반직접	4.50	1.76	0.95	4.10	5.00	-0.58
간접	4.75	6.02	0.42	9.00	3.83	1.41
<애로사항지원>						
전체	4.00	3.94	0.02	0.52	1.16	-2.68*
복지	2.25	1.34	0.47	0.04	0.00	0.50
행정	0.00	0.18	-0.64	0.06	0.00	0.47
외래	0.25	1.72	-3.34**	0.27	0.16	0.46
자원봉사	0.00	0.44	-0.31	0.04	0.00	0.35
독지가	0.00	0.20	-0.54	0.00	0.00	0.00
의료인방문빈도						
간호사	17.75	15.08	0.33	70.62	23.66	4.24**
의사	2.75	1.84	0.52	7.77	15.83	-3.15**

*p < 0.05 **p < 0.01

<표 6> 간호서비스 평균빈도의 변수간 상관관계

	1차 진료			3차 진료		
	간호사방문빈도	의사방문빈도	가족수	간호사방문빈도	의사방문빈도	가족수
총간호서비스빈도	96.70**	0.25*	0.12	0.49**	0.28	0.09
<간호형태별>						
직 접	0.61**	0.14	0.39**	0.43**	0.08	0.21
반직접	0.59**	0.31*	0.26**	0.35**	0.04	0.05
간 접	0.18	0.009	0.24*	0.27**	0.25**	-0.01
방문간호수요자수	0.17	0.12	0.20	-0.20	0.36**	-0.23**

*p < 0.05 **p < 0.01

6. 간호서비스 평균빈도의 변수간 상관관계

간호형태면에서는 1차 진료기관군이든 3차 진료기관이든 간에 간호사 방문빈도는 직접간호 반직접간호의 높은 순상관관계를 보여줘 간호사 방문빈도가 많을수록 직접 및 반직접 간호의 빈도도 높아짐을 <표 6>에서 볼 수 있다.

간접간호는 1차 진료기관군에서는 가족수와 3차 진료기관군에서는 간호사 방문 및 의사 방문 빈도와 순상관 관계가 있었다. 즉, 1차 진료기관군에서는 가족수가 많을수록 간접간호 빈도도 높아졌으나 3차 진료기관군에서는 간호사와 의사의 방문빈도가 많을수록 간접간호 빈도도 많아짐을 의미하였다.

방문간호 수요자수와는 3차 진료군에서만 의미가 있어서 의사방문빈도와 0.36의 순상관관계, 가족수와 -0.23의 역상관관계를 나타냈다. 이 의미는 의사방문빈도가 많을수록, 가족수가 적을수록 방문간호 수요자수가 많았음을 나타낸다.

7. 총 간호서비스 빈도의 영향요인

총간호서비스 빈도에 영향력이 큰 변수는 1차 진료 기관군에서는 방문간호 수요자수와 의사방문빈도 환자수, 가족수의 4개의 변수가 열거된 순서대로 영향력이 컸으며 이 4개 변수의 설명력은 7%의 설명력을 나타내었다.

1차 진료기관과 3차 진료기관을 이용하는 만성질환자 집단은 표에서 보는 바와 같이 방문간호수요자수, 의사방문빈도수, 총간호서비스 평균빈도, 가족수의 순서대로 영향력이 큰 변수로서 이 4개의 변수는 위 두집단을 95.37% 분류할 수 있음이 <표 7>에 나타난다.

V. 결 론

우리나라의 인구구조가 만성퇴행성질환이 수위를 차지하는 양상으로 선진화되고 있어서 성인기 이후의 생애기간 동안 “삶의 질”이 사회적 관심으로 부상되고 있다. 이에 본 연구는 당뇨, 고혈압, 뇌졸중 등으로 대표되는 만성질환관리가 수단면에서 가정으

<표 7> 판별분석

변 수	표준화 계수	비표준화계수
방문 간호수요자수	0.926	0.955
의사 방문 빈도수	-0.748	-1.146
총 간호서비스 평균빈도	0.207	0.626
가족 수	-0.170	-0.876
(상수)		-1.258
Wilk's Lambda	0.319	
χ^2	118.78	
df	4	
sig	0.00	
Percent of "grouped" cases correctly classified 95.37%		

로 공급된다는 공통점이 있을 때 ① 제도상으로 공공 및 민간부분별, ② 1차 및 3차의 단계별 진료기관별로 이용대상간의 특성과 공급인력에 의한 서비스의 양적·질적 차이는 과연 무엇인지 파악하고자 함이 본 연구의 목적이다.

1차 진료기관인 보건소 이용군과 3차 진료기관인 대학병원 이용군을 만성질환과 연령 및 성이 일치하는 표본 각 54명 총 108명의 간호기록부를 내용분석한 바 다음과 같은 의미있는 결과를 얻을 수 있었다.

1. 일반배경 변수는 주택 및 의료보장의 종류, 가족내 환자수, 가족수의 4변수만이 두집단간 차이가 있어서 1차 진료군이 3차 진료기관군에 비해 환자수는 더 많고 경제환경이 열악한 것으로 나타나고 있다.

2. 만성질환 빈도는 진료기관에 따라 서로 다른 특성이 있었다. 1차 진료기관군의 경우 건강관련 변수와 차이가 있어서 당뇨 및 고혈압의 건강상태나 거동상태는 양호한 편이나 뇌졸중은 불량한 경우가 많았는데 이에 덧붙여 가족수가 당뇨 및 고혈압보다 뇌졸중의 경우 더 작아서 가족내 잠재자원이 부족함을 보여주고 있었다. 3차 진료기관군의 경우는 각 만성질환 모두 건강관련 상태가 양호한 편이었다.

뇌졸중의 예에서 건강과 거동상태가 1차 진료기관군보다 가족수는 비교적 크나 가족구조상 완전가족 비율은 오히려 낮아서 가족내 잠재자원이 양적으로 많다하더라도 구조상으로 실제 지원능력은 적은 것이 아닌가 시사된다.

3. 간호서비스 평균빈도는 1차 진료기관군이 33.72회, 3차 진료기관군이 45.70으로 두집단간 차이가 있게 나타났지만 이 차이는 통계적으로 수용되지 않았다. 두집단간 차이가 없는 경우는 서비스 내용면에서 투약에 한정되고, 간호형태면에서는 간접간호였으며, 애로사항 지원면에서는 행정지원과 자원봉사자 알선에 관한 것이었다.

4. 만성문제별 간호서비스 평균빈도는 1차 진료기관군에서 검사결과 안내는 당뇨 > 고혈압 > 뇌졸중 순으로 높았고, 간접간호 역시 당뇨 > 고혈압 > 뇌졸중 순으로 높았다.

3차 진료기관군에서는 당뇨, 고혈압, 뇌졸중의 문제별로 서비스내용상 기타 항목의 경우만 당뇨 > 고혈압 > 뇌졸중 순으로 높았으나 간호형태 측면이나 애로사항지원 측면에서 차이가 나타나지 않았다.

5. 방문 간호수요자 별로 보면

1차 진료기관에서의 간호서비스 평균빈도는 1명 이하일 때가 2명 이상일 때 보다 더 많았으나 통계적으로 의미있는 차이가 못되었다. 그러나 3차 진료기관에서는 1명 이하일 때 49.81이고 2명 이상일 때 12.83로써 방문간호수요자가 적을 때 평균 간호서비스가 더 많음이 나타났다.

6. 간호서비스 평균빈도와 상관관계가 가장 컸던 변수는 간호사 방문빈도로서 1차 진료기관에서는 순상관계수 0.96으로 거의 같았고, 3차 진료기관에서는 그보다 관계의 정도가 낮아 0.49를 나타내었다.

따라서 간호서비스 평균빈도는 간호사의 방문횟수가 많아질수록 함께 많아짐을 의미하고 이 경향은 1차 진료기관이 3차 진료기관보다 더 현저함을 보여주고 있었다.

본 연구결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

우리나라 도시지역의 방문간호사업은 최근 서울특별시시가 5개구 보건소에 저소득층을 대상으로 가정간호사업을 실시하고 있는 것을 제외하고는 전 주민을

대상으로 하는 방문간호사업은 사실상 존재하지 않는 것이 사실이다.

각 지방에서는 각 도시지역 보건소가 관할주민을 대상으로 현재 인력으로 활용하여 시도하여 보고 전국적인 범위의 인력증원은 상당기간 어려울 것이므로 지방자치단체 자체의 예산을 책정할 필요성을 인식할 수 있는 연구를 통하여 필요한 방문간호사를 조금씩 늘려가는 것이 보건 의료계의 과업이라는 의견이다.

그리고 가정간호사업은 전통적으로 보건소에서 맡게 되어 있으나 실제 현재 보건간호사들이 그들의 시간을 가정방문에 많이 분배할 수 없는 실정이며 특히 만성퇴행성 환자, 노인, 정신질환자, 지체부자유아 등의 증가는 높은 간호요구도를 내포하고 있으나 핵 가족화로 인한 간호인력 부족, 근로여성의 증가, 병원감염문제, 의료수가 양등과 전국민 의료보험으로 인한 의료기관 이용률 증가, 의료보험재정의 위기등은 가정간호사업의 필요성을 높게 하고 있다. 또한 가정간호 요구는 산후관리를 원하는 산모까지도 적용되고 있으며 병원에 입원할 병실이 부족해서 오랫동안 입원을 기다려야 하는 것도 가정간호에로의 관심을 돌리게 하는 요인이 되고 있다.

그러므로 모든 환자를 대상으로 하는 가정간호를 실시할 수 있도록 계속 교육을 받지 않는 상태이므로 가정간호에 대한 교육프로그램과 아울러 체계화된 제도적 장치를 마련해야 할 것이다.

참 고 문 헌

고인숙 (1982). "일개 종합병원에 입원한 노인환자의 퇴원시 간호요구에 대한 분석", 서울대석사학위논문

김모임 (1991). "가정간호사업과 방문간호사업", 대한간호, 30(2) : 6-12

김성실 (1993), "가정간호 실태조사", 대한간호, p.95

김양이 (1988), "가정방문간호의 현황과 활동방안에 관한 연구", 중앙대학교 사회개발대학원 석사학위논문, p.91

김용순, 임영신, 전춘영, 이정자, 박지원 (1990), "가정간호사업에 대한 의사, 간호사 진료관련 부서직원 및 환자의 인식비교", 대한간호

김용익 (1993), "방문간호사업의 필요성", 보수교육 교재, 보건간호사회, p.91

김일순, 서경 (1979), "도시저소득층의 의료시혜를 위한 보건의료체계 모형", 「도시 일차보건 의료시범사업계획」, 보건개발연구원

변중화, 서순희, 안성규 (1982), "도시저소득층 지역보건의료 실태조사연구", 인구보건연구원, p103

양영희 (1989), "퇴원시 환자의 기본간호요구에 관한 조사", 학위논문

우선헌 (1989), "의료보호대상자의 가정간호요구 및 이용의사에 관한 연구", 이화여자대학교 교육대학원 석사학위논문, p12

이미애 (1992), "가정간호사업을 위한 만성폐쇄성 폐질환 환자의 사례연구", 연세대학교 대학원 박사학위논문, p7

이선자, 정문희, 이명숙 (1990), "지역사회 보건간호학", 신광출판사

이은옥, 이선자, 박성애 (1981), "퇴원시 환자의 간호요구도 조사", 간호학회지

이인옥 (1991), "가정간호 서비스의 효과에 관한 연구", 한양대학교 석사학위논문, p2

전산초, 조원정 (1975), "지역사회 간호사업을 위한 간호요구 진단의 일 연구", 대한간호, 4(3) : 44-55

최연순 외 4인 (1992), "퇴원환자의 가정간호요구와 가정간호사업의 효과분석", 대한간호, 31(4) : 77

= Abstract =

A Study on Nursing Service of Chronic Diseases by the First Step and Third Step Medical Treatment

Chong Sook Cho (Hanyang University Hospital)

It is to be growing up the interest of community health affairs through visiting nursing care. The health medical treatment of Korea has been changed largely on the period. The juvenile population has decreased. This means that it has taken the population consensus of advanced national organization to be increased by the old age. The transition of disease has changed from the contagious disease importance to the chronicity disease importance because the domestic district population has experienced the sudden urbanization circumstance district population has experienced the sudden urbanization circumstance to be growing up 70% of the whole population.

When the nursing service has common function to be delivering from all direction to home, this study is getting the great important phase velocity in order to manage the kernel question adult chronicity disease of health medical institution at the present age.

- (1) community over system or with people particularity
- (2) the first of third step medical treatments.

The variety of medical treatments organization has quantity of the delivery manpower and specially between consumers and related person. A qualitative difference is showed at the purpose to be seizing.

That research related person is use at district health center in Seoul, by foundation on nurse registration book of H collage hospital and public health registration book. According the chronicity disease, age, and sex, nature agree-able standard 54 people took the content analysis on nurse registration book of total 108 people. The results of the study were as follows :

1. General background factors are houses or kind of medical facilities and number of patients in family. The first medical treatment is more patients than third medical treatment organization. The first medical treatment of economic environment is appearing to be worse.

2. The chronicity disease frequency have been different speciality according to medical treatment organization. On case of the first medical treatment, Diabetes and High Blood Pressure were good but Cerebrum Vascular Accident(CVA) showed many for bed case. In addition, the number of family is comparative large exception of CVA on according for moving condition and health more than the first medical treatment. However, family condition, whole family percentage is decreasing preferably through the potential resource is increasing by the number of and the construction of family. The ability of real resource is considered to be low.

3. The average percentage of nurse service has appeared to be differed two groups by the first step medical treatment(33.72 times) and third step medical treatment(45.70 times). However, the difference(the first step medical treatment and third step medical treatment) is to be limited to issue the medicine at the service. The condition of nurse care was the indirect nursing care. Supportiong area was to be related to volunteer service and administration support.

4. The various nursing care average percentage of the chronicity disease was increased by orders of Diabetes, High Blood Pressure, and CVA in examination result and the medical treatment. The indirect nursing care was also same. At third step medical treatment, orders of chronicity disease were same. The case of other area on service conditions were increased by order of Diabetes, High Blood Pressure, and CVA. However, it is never appearing the difference at bottleneck affairs nursing care.

5. When the visiting nursing care demand particularly, the average percentage of nursing care from the first step medical treatment that the time under a person is many more than the time over two people. However, there was no difference in statistic. Third step medical treatment is 49.81% at the time under a person. The average nursing care service is appeared by more many when the visiting nursing care demand is a few by 12.83 at the time over two people.

6. By visiting nursing care percentage to be frequency that nursing care averaghe percentage and inter-relation are large. The related factor of the first medical treatment is 0.96. However, the related factor of third medical treatment has shown the decreased 0.49 for the condition of relation more than that. Therefore, the nursing care average percentage is related to the visiting times of a nurse. This result is be showing the obvious fact that the first step medical treatment is few more than third step medical treatment.