

만성질환자의 퇴원후 가정간호 요구변화 추이에 관한 조사 연구*

이소우** · 서문자** · 김금순** · 이인숙** · 이은숙*** · 김명에****

I. 서 론

일반적으로 병원에서 간호사는 퇴원후에는 통원치료를 받으라는 지시외에 환자관리에 관한 구체적인 지도가 없이 환자와의 관계를 끝내게 되고 환자나 보호자는 퇴원후의 조치에 대한 준비가 되지 않아 퇴원후 적응과정에 어려움을 겪게 된다. 이러한 문제를 인식하여 국내외에서는 재가환자를 위한 가정간호를 제도화하여 실시하고 있으며 이에 관한 다각적인 연구도 수행중에 있다. 특히 국내에서는 1990년이래로 가정간호 사업의 개념정립, 사업효과의 분석, 보건복지부는 사업정착 모형의 개발 등에 관한 연구가 진행되고 있다.

1993년에는 전국적으로 가정간호시범사업이 지역사회나 병원을 중심으로 전개되었으며, 특히 대한간호협회 서울시 간호사회에서는 협회 중심의 가정간호시범사업을 적극적으로 전개하여 대상자들로 하여금 긍정적인 반응을 얻고 있다. 그러나 이러한 시범사업 형태의 평가 자료를 통해서는 아직도 가정간호사업의 효율성이나 비용절감의 측면을 제시하기 어렵기 때문에 '퇴원환자들에게 가정간호 사업이 진정으로 필요한가'의 답을 명쾌히 얻기는 어려운 실정이다. 가정간호사업이 국가 정책으로 수용되기 위해서 비용효과 측면의 긍정적 결과가 중요하나 삶의 질 향상이라는 측면에서 본다면 환자나 보호자의 건강관리에 관한 전문성의 요구는 더욱 중요

한 부분이다.

현행 우리나라 대부분의 종합 병원에서는 가정간호제를 적극적으로 수용하고 있지 않는 상태이며, 공공보건기관과는 정보상 연계가 없다. 또한 가정간호사업이 제도화되어 있으나 수가가 전액 본인 부담에 의하기 때문에 개별적인 가정간호 서비스의 수용이 경제적으로 부담이 되므로 이용에 제한이 크다. 이렇듯 가정간호제도 정착에 대한 논의가 활발한 시점에서 가정간호와 관련된 연구들은 다양하나 퇴원후 환자들의 적응 양상이나 간호문제에 대한 정보를 시간 변화에 따라 분석한 종단적 전이(longitudinal transition) 연구는 전혀 없다. 따라서 병원간호사의 퇴원환자에 대한 간호지침도 퇴원당시에 파악된 간호 요구에만 국한되고 있을 뿐 만 아니라 퇴원후 환자에게 가정간호사가 적용할 수 있는 퇴원후 회복정도에 따른 가정간호의 진단과 중재가 타당하게 제시되지 못하여 업무 예측이 어려운 상태이다.

본 연구는 퇴원시부터 퇴원후 4주까지의 만성질환자 회복과정의 변화추이를 파악하고, 각 단계의 간호요구와 보호자가 제공가능한 간병의 내용을 확인하기 위하여 실시하였다. 또한 가정간호적용에 필요한 퇴원시점의 전환기 간호형태와 퇴원후 가정간호 진단의 변화양상을 파악하기 위한 기술적 연구이다. 즉, 본 연구는 퇴원후 1주와 4주에 환자에게 나타나는 신체적/심리적/정서적/기능적 요구의 변화와 보호자가 환자간호에 투

* 본 연구는 1994년도 서울대학교 대학발전제정연구비의 지원을 받았음.

** 서울대학교 간호학과

*** 보라매병원 간호과

**** 서울대학교 병원 간호부

입하는 시간과 수발내용을 파악함으로써 보호자에 의해서 수행 가능한 간호의 내용과 전문성을 요하는 간호내용을 구분지음으로써 가정간호의 교육내용 개발에 기여하고자 한다. 본 연구의 결과는 지속적 만성 건강문제를 가진 환자의 병원 퇴원 시점 건강문제와 퇴원후 1주, 4주에 나타내는 건강문제의 추이를 파악하여 간호행위 목록을 구체화할 수 있고, 가정간호를 종결할 시점을 추정해 볼 수 있는 근거 자료가 될 것이다.

II. 문헌고찰

가정간호는 지속적인 질병관리를 요하는 퇴원후 재가 환자를 위한 의료서비스의 하나로 인정되고 있다. 최근 국내에서 가정간호사업에 대한 관심이 커지고 있는 이유는 질병의 만성화 경향과 노인인구의 증가에 따른 병상점유율의 증가, 의료보험제도의 확대실시와 생활수준의 향상으로 종합병원의 환자집중화 경향이 있는 반면 병원에서는 병상가동의 효율적 운영을 위해 조기퇴원을 촉구하고 있는 점이다. 이에 따라 환자들은 질병이 완전히 치유되지 않은 상태에서 퇴원하게 되어 응급실 내원율과 재입원율이 증가되고 또한 제3의 치료방법이나 또 다른 의료기관을 섭렵하는 경우가 많아지고 있다. 이런 현상과 더불어 의료비가 증가되는 반면 만성환자인 경우에는 의료보험수혜기간의 제한등으로 의료비 부담감이 가중되고 있다. 뿐만아니라 환자의 퇴원후 준비를 고려하지 않은 조기퇴원현상 때문에 환자나 환자 가족들은 자기관리나 계속치료에 대한 불확실성과 불안감이 크고 또한 환자를 돌볼 인력의 부족으로 가족에게는 인적, 경제적 부담감이 커지고 있다. 이러한 문제점을 해결하기 위한 하나의 제도적 장치로 가정간호제도가 도입되어 우리나라에서는 1990년 1월 9일자로 의료법 시행규칙에 전문직 간호직으로 가정간호사제도를 법제화한 후 대학의 특별과정의 형태로 가정간호사 교육과정을 운영하기 시작하였으며 가정간호사를 전문분야별 간호사로 인정하게 되었다. 한편 미국의 경우 가정간호는 약100년 전부터 있는 조직체계로서 최근에는 1960년대에 가정간호도 의료보험에서 지불한다는 규정과 1980년대의 병원비 선불제도 때문에 더 더욱 가정간호에 대한 관심이 높아져 병원이나 지역사회를 근거로 활발히 활동이 이루어지고 있다(Barkauskas, 1990).

그러나 아직도 국내에서는 가정간호의 개념이 구체적으로 정립되지 않아 계속 논의하거나 계획하는 단계에 머무르고 있다. 이러한 가정간호의 개념을 정립하기 위

하여 김화중(1993)은 그동안 우리나라에서 이루어진 14편의 가정간호사업에 대한 연구들을 고찰하였다. 그 내용들은 한국에서는 보건 의료 정책과 가정간호, 가정간호사제도, 가정간호사업구조모형, 종합병원에서의 가정간호제도, 가정간호사의 역할과 전망, 가정간호사의 교육등에 관한 것들이다.

이러한 가정간호 연구의 대상자특성을 보면 노인, 심신장애자, 만성퇴행성 질환자, 정신질환자, 조기 퇴원자, 당뇨, 고혈압, 뇌졸중, 욕창, 산후관리, 신생아, 임종환자, 암환자, 뇌척수 손상자, 교통사고 환자, 저소득층 환자 가족등으로 다양하다(김화중, 1993; 김모임, 1991; 대한간호협회, 1991; 서미혜, 1990). 외국의 경우도 가정간호 대상자는 주로 노인 환자였으나(Melin, Hakansson & Bygren, 1993; Steel, 1991; Van Rossum, 1993), 심신장애자나 정신질환자(Dedman, 1993), 말기 암환자(Beck-Fris, Norberg & Strang, 1991), 영양관리(Pantaloc, 1993), 정맥주사치료자(Bernstein, 1991), 산후간호(Rhoads, 1991)등 다양하게 시행되었다.

가정간호 대상자의 특성에서 보는바와 같이 간호가 병원중심으로 나타나 병원과 가정을 연계하는 가정간호의 필요성을 시사하고 있다. 특히 병원중심의 가정간호의 경우 목적은 1) 환자에게 가정에서 질적인 간호를 제공하고, 2) 환자와 가족이 진단, 예후, 치료계획, 건강증진계획을 이해하도록 돕고, 3) 환자와 가족에게 간호와 재활에 필요한 기술을 가르치고, 4) 안전하고 효율적인 적응을 위하여 장비가 필요한지를 평가하며, 5) 병원방문과 재입원을 감소시키며, 6) 환자가 지시한 간호를 스스로 시행하여 최대로 독립하여 살 수 있도록 돕고, 7) 생명이 위급한 환자는 안전하고 편안한 가정에서 위업을 가지고 죽을 수 있도록 돕기 위하여 시행되었다(Hospital Based Home Care in Pittsburg). 각 병원은 자신들이 시행하는 가정간호의 목적을 정하고 이에 따라 환자 선정기준과 서비스 내용을 규정하여 시행하고 있다.

이러한 병원중심의 가정간호연구에 있어서 특히 간호진단의 빈도와 그에 따른 간호중재의 목록작성 등이 관심사가 되고 있다. 이러한 관점에서 최근의 서미혜 등(1995)이 일개 종합병원의 가정간호사업의 연구 결과를 발표하였는데 그에 따르면 10개월간(1992-1993) 34명을 대상으로 총 853건의 간호진단을 내렸다. 이중 신체적 기능과 관련된 간호진단은 74.6%, 정신사회적 기능과 관련된 간호진단은 21.8%, 가족과 시설 및 환경과 관련된 간호진단은 2.6%로 나타났다. 이중 가장 빈도수가

높은 간호진단은 활동/운동 양상, 부적절한 호흡 양상 순이었고 시행된 간호중재의 총 빈도가 1756번이었고 이들은 231개의 간호중재 유형으로 분류되었다. 이러한 연구결과는 모든 종류의 가정간호대상자를 중심으로 시행되었으므로 구체적인 질병의 특성을 가진 환자군에 대한 간호진단과 중재의 종류를 파악하는데는 제한점이 있었다. 한편 가정간호사업 계획안에 제시된 가정간호 사업 목표는 간호대상자의 자기건강관리능력의 배양, 건강상태의 유지와 증진, 질병의 조기발견 및 회복이며 또한 물리적, 심리적, 사회적 환경을 최적의 상태로 조정하고, 가정전체가 신체적, 정신적, 사회적, 영적으로 편안함이 유지되고 증진되는 것이라 하였다. 그리고 가정간호사업의 활동들은 직접간호제공, 교육, 상담, 자문, 의뢰, 관리, 재활요법, 직업요법, 순회진료, 중증환자의 병원의뢰 등이다.

또한 최연순 등(1992)은 일개 종합병원의 퇴원 전 환자를 대상으로 가정간호 요구도를 11가지 건강기능 양상을 근거로 조사하였다. 그 결과 각 양상별로 적게는 25.2%에서 많게는 79.3%의 간호요구가 있었으며 전체적으로 볼 때 48.3%의 대상자가 간호요구가 있는 것으로 나타나 퇴원 후의 환자 관리가 중요하다고 하였다.

그리고 서문자(1996) 등은 병원 중심의 가정간호의 적용효과를 파악하기 위하여 입원 당시부터 환자에게 적절한 퇴원계획을 세우고 환자가 퇴원 후에는 병원의 담당간호사가 직접 환자를 방문하여 간호하면서 파악한 간호진단빈도와 각 간호진단에 따른 간호중재의 목록을 제시하였고 앞으로 이에 관한 연구의 확대를 제언하고 있다.

미국의 경우 Saba(1992) 등은 가정간호중재를 위해 추론될 수 있는 간호진단들은 다음과 같이 20개로 분류하였다. 활동관련요소, 장애설요소, 심장기능요소, 인지요소, 대처요소, 체액요소, 건강행위요소, 투약요소, 대사기능요소, 영양요소, 신체조절요소, 호흡요소, 역할요소, 안전요소, 자가간호요소, 자아개념요소, 감각요소, 피부/조직요소, 조직확산요소, 노배설요소 등이다.

Saba(1992)는 간호중재는 간호서비스제공, 중요한 치료, 중재, 처방수행에 관한 행위라고 하였다. 간호서비스는 의사의 처방에 의거하여 전담간호사가 사정하고 판단하여 실시한다. 중요한 간호기능은 사정, 직접간호, 교육, 간호서비스관리이다. 사정이란 건강상태에 대한 자료의 수집과 분석이며, 직접간호란 치료적 활동의 의미하며 교육이란 지식과 기술을 가르치는 것이며 관리란

다른 의료팀과 협조하고 의뢰관계를 형성하는 것이다.

한편 가정간호연구에 있어서 가정간호의 효과는 의료비 지출(Beck-Fris, Norberg & Strang, 1991), 자가 보고한 건강상태와 기능상태(Van Rossum et al, 1993; Melin, Hakansson & Bygren, 1993)등을 측정하였다. 이와 같은 대부분의 연구에서 의료비 지출이 상당히 감소하고 대상자의 기능상태와 삶의 질이 유의하게 증진되었다고 보고하였다. 특히 Melin 등(1993)은 불구가 있는 노인환자를 대상으로 조기퇴원후 가정간호를 적용하여 의료비용과 기능상태를 비교하였다.

Beck-Fris 등(1991)은 가정간호를 시행한 후 그 비용을 분석하기 위하여 말기 암환자 20명을 대상으로 병원중심 가정간호를 시행하였다. 그 결과 병원중심 가정간호의 비용이 각각 병동의 간호비용보다 40%, 55%, 67%가 적다고 보고하였다.

가정간호에 대한 연구의 현재 경향은 가정간호를 시행하여 그 결과를 보고하는 단계에서 1) 가정간호의 지불체계문제, 2) 간호의 질, 3) 생산성 등에 대한 문제가 제기되어 연구되고 있는 실정이다(Barkauskas, 1990). 확실한 것은 병원비용이 점점 증가하고, 자가간호를 보조할 수 있는 장비들이 많이 개발되어 앞으로 더욱 가정간호를 선호하게 될 것이라는 점이다. 따라서 가정간호의 요구, 비용, 질에 대한 연구에 계속 참여하고 관련된 문제들을 이해하고 해결방법을 평가하는데 적극 참여해야 한다(Barkauskas, 1990).

Albrecht(1992)는 가정간호연구의 종류를 문헌고찰하여 분류한 결과 10가지의 우선순위를 다음과 같이 보고하였다. 1) 간호 결과에 대한 연구로 환자 삶의 질, 간호의 표준과 기준, 질적간호의 평가 등에 관한 것이며, 2) 가정간호의 의료수가 연구, 3) 정책적 분석연구, 4) 간호대상자 분류체계에 대한 연구로 간호의 질과 양, 간호부담감, 가정방문의 정의 등이 포함되었고, 5) Data 세트에 대한 연구, 6) 간호의 예측요인, 7) 가정간호의 의뢰나 협조체계 연구, 8) 생산성 연구, 9) 문서, 컴퓨터 자료연구, 10) 의료전달체계의 활용에 관한 연구들이 전개되고 있다.

이상으로 국내의 연구경향을 간략하게 비교할 때 미국의 경우는 가정간호사업이 정착되어 그 방법론과 효과검증에 대한 연구가 주로 이루어지고 있는 반면, 우리나라의 경우는 아직까지도 사업의 계획과 시범사업의 단계이므로 앞으로도 계속해서 간호적 개념을 근간으로 간호진단 중심의 가정간호를 적용하는 실제적인 효과검정에 대한 연구가 더욱 요구된다.

III. 연구방법

본 연구는 만성질환으로 입원한 환자를 대상으로 퇴원시와 퇴원후 1주, 퇴원후 4주에 가정간호요구를 조사하여 가정간호요구도의 변화추이를 탐색한 기술적 연구이다.

1. 연구 대상 및 연구 기간

본 연구의 대상자는 서울시에 위치한 B병원과 S대병원에서 아래의 조건을 만족시키는 자로 하였다.

- 1) 연령이 20-70세 범위로 서울시에 거주하여 가정간호사가 방문할수 있는 퇴원환자중 주치의나 담당간호사로부터 연구참여가 가능하다고 판단된 환자
- 2) 뇌졸중, 고혈압 및 말기 질환과 같은 지속적인 만성건강문제를 가진 환자와 가족 50명이다.

연구기간은 1994년 7월 부터 12월까지 6개월간으로 각 대상자에 대해 퇴원시점, 퇴원후 1주, 4주의 3회 조사가 이루어졌다.

2. 연구 도구

연구 도구는 기존 문헌을 중심으로 연구팀이 개발하여 내적 타당도를 검증한 후 사용하였다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

- 1) 일반적 정보 및 치료상황에 관한 내용
- 2) 감정상태, 일반 건강상태, 일상활동 및 도구적 일상활동 측정도구
- 3) 보호자가 기록한 환자의 간호내용과 가정간호사가 제공한 서비스 내용
- 4) 위의 자료에 근거하여 퇴원후 가정간호진단설정

본 연구에 사용한 각 도구들의 신뢰도는 일반 건강상태의 문항들은 chronbach's α 값은 0.96이었으며, 감정측정은 0.39, 일상활동도구는 0.97이었고 도구적 일상활동도구의 chronbach's α 값은 0.94였다.

3. 자료수집절차

자료수집절차는 다음과 같다. B병원과 S대학병원에서 퇴원이 임박한 환자를 대상으로 수간호사에게 의뢰하여 가정간호요구가 있는지를 파악하여 가정간호사나 담당수간호사를 통하여 본 연구자들이 개발한 설문지를 작성하고 주소와 전화번호를 알아내고 퇴원후 1주에 방문할것을 약속하였다. 병동수간호사로부터 퇴원 연락

을 받으면 서울시 간호사회에 등록하여 본 연구를 위하여 훈련받은 가정간호사를 퇴원 1주와 4주를 환자가정으로 직접 방문하여 자료수집을 제공하고 동시에 간단한 가정간호를 제공하도록 하였다.

4. 연구결과 분석

연구결과분석에서 일반적 특성은 빈도와 백분율을 구했으며, 환자요구의 변화 양상은 서술하였다. 또한 시간에 따른 변화정도는 Paired T-test와 ANCOVA검증을 하였다.

IV. 연구결과 분석

1. 연구대상자의 특성

(1) 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다. 평균 연

<표 1> 연구대상자의 일반적 특성

특 성		빈 도	백분율
성 별	남 자	21	42.9
	여 자	28	57.1
직 업	무	17	48.6
	공무원	3	8.7
	자유업	6	17.1
	학 생	2	5.7
	주 부	7	20.0
교육정도	무 학	16	32.0
	중 졸	13	26.0
	고 졸	7	14.0
	대졸이상	14	28.0
동거가족	무	3	6.0
	배우자	7	14.0
	자 녀	11	22.0
	배우자와 자녀	27	54.0
	기 타	2	4.0
의료보험유무	의료보험	42	84.0
	의료보호	3	6.0
	없 음	5	10.0
종 교	무	10	20.0
	기독교	12	24.0
	가톨릭	14	28.0
	불 교	14	28.0
평균연령(표준편차)		56.2(16.67)세	
계		50	100.0

령은 56.2세이며 여자환자가 남자보다 약간 많았다. 연구대상자중 48.6%가 직업이 없었으며, 고졸이상의 학력자는 42%였다. 동거가족이 전혀 없거나 가족이외의 사람과 동거하고 대상자들은 10%였다. 연구대상자중 6%가 의료보호였고 10%에서는 아무런 의료보장을 받지 못하고 있었다.

(2) 질병 특성

연구대상자의 질병특성을 살펴보면 고혈압과 뇌졸중 환자가 전체의 62%를 차지하였으며 악성/양성의 신생물이 10.5%, 골절 및 근골격계 질환이 16.7%였다. 환자의 만성적 정신상태는 11문항으로 구성된 정신상태측정도구를 이용하였다. 대상자의 교육 수준을 감안하여 교정한 총점수의 80%이하 득점자를 비정상적으로 평가할 때 10%정도의 이상율을 볼 수 있었다. 또한 환자의 83.7%는 약물 치료를 받고 있었다<표 2>.

<표 2> 연구대상자의 질병 특성

	특 성	빈 도	백분율
진단명	결 핵	1	2.1
	악성신생물	4	8.4
	양성신생물	1	2.1
	대사/면역장애	2	4.2
	고혈압 및 심질환	4	8.4
	뇌졸중 및 신경질환	26	54.1
	골절 및 근골격계	8	16.7
	소화기계질환	1	2.1
	불명확한 증상상태	1	2.1
	정신상태 이상율 (MSQ평가 80%이하 득점율)	5	10.0
치료약제	없음	7	16.3
	있음	36	83.7
입원이유	현질환과 관계있음	26	86.7
	현질환과 관계없음	4	4.7
계		50	100

2. 보호자 특성

보호자중 환자간병에 제일 많은 시간을 쓰는 사람은 배우자가 60%를 차지하였으며 그 다음이 부모나 자녀로 26%였다. 현재 배우자가 직접 돌보는 입장에 있는 경우 제2의 보호자로는 부모-자녀가 많았으며, 그외에는 간병인으로 역할할 가족구성원이 없거나(28%) 혹은 있는 경우도 친척이나 봉사자들인 것으로 24%가 응답

하고 있었다<표 3>. 보호자의 평균 연령은 52세였고 54.2%가 여자였으며, 보호자의 직업이 주부거나 무직자가 64%였고 이들의 건강상태는 14.6%에서 나쁘다고 응답하였다. 환자 간호시 어려움은 62%가 없다고 응답하였으며, 16%가 간병의 지식이나 능력부족을 호소하였다. 이러한 점들을 종합해 볼 때 보호자의 36%가 직업을 갖고 있으며, 15%정도는 건강상태가 좋지 않았고, 보호자의 16%는 간병지식과 능력이 부족하다고 응답하였기 때문에 이 집단에게는 전문인의 서비스가 요구된다고 볼 수 있다.

<표 3> 보호자 특성

	특 성	빈 도	백분율
대상자와 의 관계	나이(표준편차)	52.0(12.98)	
	배우자	30	60.0
	부모/자식 기타	13 7	26.0 14.0
성 별	남	22	45.8
	여	26	54.2
직업유무	없음	18	36.0
	주부	14	28.0
	자유업	13	26.0
	직장인	5	10.0
건강상태	좋음	17	35.4
	보통임	24	50.0
	나쁨	7	14.6
당면문제	없음	31	62.0
	간병의 지식 부족	4	8.0
	경제적 어려움	7	14.0
	시간제약	3	6.0
	수행능력 부족	4	8.0
	기 타	1	2.0
계		50	100.0

2. 보호자의 환자간호소비시간

가정으로 퇴원한 환자들을 돌보는데 있어서 보호자의 소비한 주당 총 간호시간의 평균값을 구한 것이다. 퇴원 시점에 비하여 1주후는 3시간정도 간호시간이 줄었으며, 4주후는 4.4시간정도 주는 것으로 나타났으나 통계적으로 의미있는 차이는 없었다<표 4>.

3. 퇴원후 가정간호대상자들의 활동제한정도

(1) 활동제한정도

퇴원후 환자들의 활동제한정도는 전체적으로 50-

〈표 4〉 퇴원후 보호자의 주당 총 간호시간의 추이

퇴원후 경과시간	N	간호시간	표준편차
퇴원시점	17	21.6	11.53
퇴원후 1주	22	18.8	10.59
퇴원후 4주	26	17.2	10.40

Source	DF	SS	MS	F	P
Model	2	199.00	99.50	0.86	0.43
Error	62	7184.02	115.87		
Total	64	7383.02			

〈표 5〉 퇴원후 환자의 활동제한정도 (N=50) 단위 : %

특 성	퇴원시	퇴원후 1주	퇴원후 4주
심한 활동(달리기, 물건들기)	88.1	86.0	90.2
계단오르기	75.0	71.4	74.4
허리구부러 활동하기	75.6	72.1	70.7
1Km 정도 걸기	87.5	78.6	77.5
500m정도 걸기	75.6	72.1	70.7
혼자목욕하고 옷입기	73.2	67.4	68.3
정서변화로 가족관계어려움	61.5	61.0	63.2
통증으로 인한 활동제한	55.8	52.7	45.5

F=0.03 P=0.97

80%정도의 장애를 가진 것으로 나타났다. 가장 심한 활동제한이 있는 달리기나 물건들기는 퇴원당시의 88.1%에서 퇴원 4주에 90.2%로 더 심해졌으며 걷기는 퇴원 4주에 77.5%로 제한이 나타났으며, 그 다음이 계단오르기로 주로 보행과 관련된 부분의 제한이 심하였으며 통증으로 인한 활동 제한과 목욕하고 옷입기 등의 개인위생활동은 제한도 덜하고 시간이 흐르면서 상당히 좋아지는 것으로 나타났다(표 5). 정서적 변화로 인한 가족관계의 어려움은 퇴원후 경과기간이 길어지면서 점점 더 나빠지는 것으로 나타났다.

(2) 일상활동기능정도

도구적 일상활동은 전화사용, 돈관리, 약물복용, 교통수단 이용하기, 쇼핑하기, 음식준비, 청소하기, 세탁하기를 조사하였다. 대상자들의 도구적 일상활동은 퇴원시에 비해 퇴원 1주와 퇴원 4주에서 크게 좋아지지 않는 것으로 나타났으며 통계적으로 5%수준에서 유의한 차이가 없었다(표 6). 도구적 일상활동중 가장 장애를 입은 것은 청소하기와 세탁하기가 82.9%로 높았으며 다음이 음식준비, 쇼핑하기, 교통수단 이용하기 순이었으며 전화사용과 약물복용의 제한이 가장 낮게 제한을 받았다. 또한 퇴원시와 퇴원 1주와 4주사이에 도구적 일

상활동에 대한 변화가 크지 않은 것으로 나타났는데 이는 본 연구대상자들이 대부분 만성질환자들이어서 퇴원 즉시 상태가 좋아지지 않는 점이 반영된 결과라고 볼수 있다. 따라서 많은 대상자들이 장기간의 가정간호가 필요한 것으로 판단된다.

〈표 6〉 도구적 일상활동에 대한 제한정도

(N=50) 단위 : %

특 성	퇴원시	퇴원후 1주	퇴원후 4주
전화사용	37.2	35.6	37.2
돈관리	41.9	40.0	41.9
약물복용	37.2	33.3	37.2
교통수단 이용하기	65.1	62.2	66.7
쇼핑하기	70.7	67.4	70.0
음식준비	75.6	67.4	72.5
청소하기	82.5	73.8	79.5
세탁하기	82.9	78.6	80.0

F=0.11 P=0.89

가정간호대상자들의 일상활동 기능은 옷입기, 몸치장, 목욕하기, 식사하기, 침상에서 움직이기, 이동하기, 보행하기, 배변관리, 배뇨관리였으며 퇴원시에 비해 퇴원 1주와 4주에 좋아졌으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다(표 7). 또한 연구대상자들의 반수 이상이 일상활동기능에 장애를 보이는 것으로 나타나 가정간호대상자들을 위한 일상활동프로그램에 대한 간호사들의 교육뿐만 아니라 환자들을 위한 교육매체 제작의 필요성이 대두된다.

〈표 7〉 일상활동기능 제한정도 (N=50) 단위 : %

특 성	퇴원시	퇴원후 1주	퇴원후 4주
옷입기	44.2	42.2	44.2
몸치장	57.1	55.8	55.8
목욕하기	72.1	64.4	69.0
식사하기	51.2	48.9	51.2
침상내에서 움직이기	51.2	51.1	53.5
이동하기	46.5	42.2	44.2
보행하기	61.9	52.3	57.1
배변관리	39.0	37.2	39.0
배뇨관리	26.2	25.0	26.2

F=0.10 P=0.90

(3) 주기적 활동제한정도

퇴원후 환자들의 신체적 부조화로 주기적 활동시간의 감소정도는 80% 이상으로 매우 높았으며 계획한 일을

할 수 없게 되는 경우도 73% 이상이다. 그리고 주기적으로 하던 활동내용이 제한되는 경우는 90%이상으로 매우 높았으며 같은 일이라도 더욱 힘들게 느껴지는 경우도 80% 이상으로 나타나 퇴원후에는 모든 주기적 활동이 매우 심하게 제한받고 있음을 나타내고 있다<표 8>.

이와 같이 퇴원시 주기적 활동정도와 그 내용들이 제한되는 정도는 퇴원후 1주와 4주에도 크게 변화가 없이 퇴원후 전이과정에서 지속적인 문제로 남아 있음을 알 수 있다.

<표 8> 신체적 문제로 인한 주기적 활동에 대한 제한정도 (N=50) 단위 : %

특 성	퇴원시	퇴원후 1주	퇴원후 4주
직장(주기적)활동시간의 감소	80.8	86.2	80.8
계획한일의 제한	76.9	79.3	73.1
주기적 활동 내용의 제한	92.3	92.9	92.0
같은 일에 대해 힘들게 느낌	77.8	80.0	81.5

F=0.09 P=0.91

(3) 정서적 장애로 인한 활동제한정도

우울이나 불안 같은 정서적 문제로 인한 활동의 제한 정도를 나타낸 것으로 퇴원시의 69%보다 퇴원후 1주와 4주에는 더욱 증가되었다. 계획했던 일을 축소해야 하는 경우는 퇴원시에는 69%이었으며 시간이 갈수록 더욱 어려워지고 있었으나 이는 통계적으로 유의한 차이는 아니었다. 그리고 일처리를 신중하게 못하게 되는 경우는 퇴원시 80%이었고 이는 퇴원후 1주에 더욱 어렵게 되었으나 이러한 전이과정은 통계적으로 유의한 의미는 없었다<표 9>.

<표 9> 정서적 문제 발생으로 인한 활동 제한 정도 (N=50) 단위 : %

특 성	퇴원시	퇴원후 1주	퇴원후 4주
주기적 활동 제한	69.6	77.8	75.0
계획한 활동 축소	69.6	66.7	66.7
일처리 신중치 못함	80.0	89.7	88.5

F=0.16 P=0.85

4. 건강에 대한 인식도

퇴원후 대상자들의 건강에 대한 부정적인 인식정도를 보면 '건강이 매우 나쁘다'고 인지하는 경우가 79.4%로 매우 높았으며 퇴원후 1주와 4주에 점차 완화되는 양상을 보이고 있었다. 한편 다른사람만큼 건강하지 못하다

는 생각은 퇴원시에 51%로 퇴원후 1주와 4주에도 비슷한 현상을 보이고 있고, 쉽게 병에 걸린다는 인식은 퇴원시에는 25%이었으며 이는 시간이 갈수록 다소 낮아지고 있었으나 통계적으로 유의하지 않았다<표 10>.

<표 10> 건강에 대한 부정적 인식정도

(N=50) 단위 : %

특 성	퇴원시	퇴원후 1주	퇴원후 4주
쉽게 병에 걸림	25.7	23.7	22.2
다른 사람만큼 건강하지 못함	51.5	56.4	52.8
건강이 아주 나쁨	79.4	78.4	71.4

F=0.09 P=0.92

퇴원후 환자들의 감정상의 부정적인 인식정도는 대인 관계가 귀찮게 느껴짐이 51.5%로 가장 많았으며 그 다음은 무기력한 느낌으로 48.5%였다. 피로감(38.2%), 지쳐있음, 즐거움이 없음, 우울함, 신경이 날카로움등도 38-29% 수준으로 나타났다. 이러한 현상은 특히 퇴원 후 4주에 더욱 심해지고 있어 질병의 만성과정에 따른 정서상 변화의 일면을 볼 수 있으나 통계적으로는 유의한 차이는 없었다<표 11>.

<표 11> 감정의 부정적 인지 정도

(N=50) 단위 : %

특 성	퇴원시	퇴원후 1주	퇴원후 4주
무기력한 느낌	48.5	42.1	41.7
신경 날카로움	29.4	18.9	20.0
즐거움일 없음	36.4	22.9	51.5
우울함	34.4	22.9	24.2
지쳐있음	36.4	19.4	20.6
피로함	38.2	36.1	40.0
대인관계 귀찮음	51.5	46.7	47.1

F=0.81 P=0.45

6. 가정간호요구도

퇴원후 가정간호요구도에서 구강간호(67.7%), 이동하기(42.3%), 옷입기(37%), 용변돌보기(34.6)순으로 요구도가 높았으며 퇴원후 1주와 4주에도 변함이 없었다.

손발톱간호와 면도하기, 걷기 등은 간호활동이 거의 없었다. 또한 환자들이 퇴원후 4주가 되어도 위생간호, 음식섭취 및 배설에 관한 간호활동이 높은 것으로 보아 영양과 기본적인 욕구 해결을 위한 간호에 계속적인 지도와 교육이 필요한 것으로 판단된다<표 12>.

〈표 12〉 간호 활동별 주당 4일 이상 간호를 요구하는 정도 (N=50) 단위 : %

특 성	퇴원시	퇴원후 1주	퇴원후 4주
구강간호	67.7	63.0	66.0
이동하기	42.3	46.3	60.0
옷입기	36.5	37.0	36.0
용변돌보기	34.6	37.0	34.0
활력증상 측정하기	30.8	35.2	24.0
체중측정하기	30.8	25.9	22.0
규칙적으로 운동하기	19.2	33.3	30.0
로손바르기	17.3	33.4	36.0
부분목욕	13.4	16.7	22.0
호흡기도간호	7.7	9.3	12.0
면도하기	3.8	7.4	8.0
머리감기	3.8	1.9	4.0
걷 기	1.9	1.9	4.0
손톱간호하기	-	-	-
발씻기(피부간호)	-	3.7	4.0

가정간호사들이 가정방문하여 수행하는 간호활동이 높은 것은 운동지도, 호흡기계 간호, 배뇨간호, 의학적 처치간호, 활력징후 측정순이었으며 이 부분에서는 퇴원후 1와 4주가 더 높았다. 또한 퇴원후 1주에 비해 4주에 간호활동이 증가한 것은 위관영양, 장루간호, 산소주입간호, 욕창간호등이었으며 간호활동이 적어진 것은 의학적처치지도, 배뇨관간호, 활력징후측정, 체중 및 수분 섭취 배설량 측정이었다(표 13). 이 결과에 의하면 서비스 내용중 단순한 간호 처치는 4주에 주는 양상을 보이는데 반해 전문성을 요하고 장기적인 문제의 항목들은 오히려 늘고 있는 경향을 보인다. 이렇듯 다양하게 환자

〈표 13〉 가정간호사가 평가한 특수 간호를 요구하는 정도 (N=50) 단위 : %

특 성	퇴원시	퇴원후 1주	퇴원후 4주
운동지도/돕기	30.8	42.6	44.0
특수식이간호	25.3	13.0	10.0
산소주입 혹은 호흡기도 간호	25.0	44.5	42.0
의학적처치 요구	23.0	40.7	34.0
배뇨관간호	23.0	37.1	28.0
정맥주사	21.1	42.7	42.0
교육 및 보호자 지도	21.1	37.1	32.0
활력증상, 체중, I/O측정	19.2	27.8	24.0
중상간호	17.3	18.6	22.0
투약간호	17.3	24.1	24.0
장루 간호	15.4	26.9	24.0
위관영양 실시	7.7	13.0	16.0
욕창/상처처치/피부간호	3.8	3.8	8.0

의 간호요구가 나타난 것으로 보아 현 교과과정내의 가정간호 훈련내용을 본 결과에 비추어 검토해볼 필요가 있다.

7. 간호진단목록

가정간호대상자들의 간호진단목록은 표 14를 참조한다. 간호진단 종류는 퇴원당시에는 기동성장애를 비롯하여 총 21종 빈도수 102회였고 퇴원 1주는 피부통합성의 24종이며 빈도수 105회였다. 퇴원 4주는 피부통합성의 24종으로 빈도수 98회로 간호진단종류는 퇴원후에 늘어났으나 빈도수는 감소한 것으로 나타났다. 퇴원당시보다 간호진단빈도수가 높아진 것은 피부통합성장애, 영양결핍, 자기간호결핍 그리고 부적절한 가족대처였다. 퇴원당시보다 간호진단수가 감소한 것은 부적절한 기도청결로 퇴원시 13회였던 것이 퇴원 4주에는 1회로 감소하였다. 퇴원당시에 세웠던 간호진단으로 퇴원 후 가정에서 없어진 진단은 신체상장애, 구두의사소통장애, 지각장애였으며, 퇴원당시에는 없었는데 진단이 새로 추가된 것으로 상당수를 차지한 것은 활동내구성이었다.

환자특성상 기동성 장애, 배변/뇨장애, 활동내구성 장애, 피부 손상위험, 비효율적 기도 유지등의 빈도수가 높았다. 또한 질병의 만성화에 따라 정서적 안정이 유지되지 않으면서 환자의 잠재적 불안, 자아개념 손상, 비효율적 가족 대처등이 주요 간호 문제로 대두되었고 이러한 문제는 4주를 지나면 오히려 악화되는 경향도 보였다.

V. 논 의

국민 총 사용의료비 절감이라는 차원에서 국가는 진단명을 중심으로한 포괄 수가제를 도입하고자 한다. 이에 대한 시범 사업이 종료된 이후에는 포괄수가제를 질 환별로 확대 실시할 것이며 이에 따라 환자에 대한 조기 퇴원과 가정간호 서비스 이용이 권유될 것이다. 본 연구는 이러한 배경하에 만성적 문제를 가진 대상자는 과연 가족이 해결하기 어려운 간호문제를 갖고 있는가 이러한 요구는 어느 시기에 안정되어지는가를 확인하고자 실시하였다.

본 연구대상자들의 특성에서 보면 대부분 환자들이 뇌졸중이나 고혈압등의 만성질환을 앓고 있음으로써 신체적 간호문제가 있었으며 퇴원시, 퇴원1주, 퇴원 4주에 도 큰 변화가 없는 것으로 나타나 가정간호요구도가 1개

〈표 14〉 간호진단목록

퇴원시	퇴원 1주	퇴원 4주
기동성장애 17회	기동성장애 16회	기동성 장애 9회
비효율적 기도청결 13회	비효율적 기도청결 12회	비효율적 기도청결 1회
배뇨장애 8회	배뇨장애 5회	배뇨장애 6회
피부통합성장애 14회	피부통합성장애 17회	피부통합성장애 11회
영양결핍 7회	영양결핍 11회	영양결핍 9회
잠재성영양결핍 1회	잠재성영양결핍 4회	잠재성영양결핍 3회
자기간호결핍 6회	자기간호결핍 8회	자기간호결핍 8회
호흡기장애 4회	호흡기장애 4회	호흡기장애 4회
신체상장애 4회		
잠재성 불안 4회	잠재성불안 3회	잠재성 불안 4회
지각장애 4회		
배변장애 3회	배변장애 2회	배변장애 3회
구두의사소통장애 3회		
비효율적 가족대처 2회	부적절한 가족대처 4회	부적절한 가족대처 4회
감염위험성 2회	감염위험성 2회	감염위험성 3회
	감염 1회	감염 1회
가정관리유지장애 2회		가정관리유지장애 2회
건강유지장애 2회	건강유지장애 3회	건강유지장애 2회
비효율적 대처기전 1회	비효율적 대처기전 1회	비효율적 대처기전 1회
잠재성 손상 1회	잠재성 손상 1회	잠재성 손상 5회
역할수행장애 1회	역할수행장애 1회	역할수행장애 1회
자기개념장애 1회	자기개념장애 1회	자기개념장애 1회
심박출량장애 1회		심박출량장애 1회
부적절한 개인대응 1회	부적절한 개인대응 1회	
	신체조절장애 4회	신체조절장애 3회
	사회적고립감 1회	
	활동내구성장애 6회	활동내구성장애 10회
	감각장애 4회	감각장애 2회
	체액불균형 2회	체액불균형 1회
	연하장애 1회	연하장애 3회

월이 경과하여도 지속되는 것으로 판단된다.

가정간호대상자들의 간호요구를 보면 이동하기, 옷 입기, 용변등의 일상활동기능의 지지측면간호가 다수를 차지하고 있었으며 특수가정간호물에서도 운동지도 / 돕기, 산소주입 및 호흡기도 간호, 특수식이지도 등으로 나타나 가정간호수들의 기본간호술 뿐만 아니라 특수간호술에 대한 기술훈련도 필요한 것으로 나타났다. 서문자등(1996)의 가정간호연구에서도 환자교육(운동, 식이, 교육), 개인위생, 임상간호, 운동등의 가정간호활동이 높은 것으로 나타나 가정간호활동이 상당히 유사한 것으로 나타났다.

연구 대상자들은 질환에 따른 '기동성 장애'라는 간호진단하에 퇴원했음에도 불구하고 보호자가 제공한 간호내용을 볼 때 규칙적 운동과 걷기의 간호제공이 거의 없어 대상자들이 4주가 지나면서도 일상활동 기능이 뚜렷

하게 증가되는 결과를 볼 수 없었다. 시간이 지나면서 가장 큰 문제는 환자의 질환 특성상 기동성 장애, 배변 / 배뇨장애, 활동내구성 장애, 피부 손상위험, 비효율적 기도 유지등이었다. 또한 질병의 만성화에 따라 정서적 안정이 유지되지 않으면서 환자의 잠재적 불안, 자아개념 손상, 비효율적 가족 대처등이 주요 간호 문제로 대두되었고 이러한 문제는 4주를 지나면 오히려 악화되는 경향도 보였다. 이러한 내용들이 문제로 대두되는 비율을 볼 때 처음 1주는 오히려 감소하는 경향을 보이거나 장기화의 경향을 보이는 이후 4주에는 상대적으로 나빠지는 경향을 보임을 볼 때 비교적 가족이 잘 해결할 수 있는 간호의 부분도 환자나 보호자가 자기간호에 적응하지 못함을 볼 수 있었다. 또한 전문적 간호를 요구하는 위관 영양이나 장루간호, 산소주입, 정맥주사, 증상간호, 운동지도등은 퇴원 4주에는 뚜렷한 간호 요구로 들

어나고 있었다. 이 결과에 비추어 볼 때 만성 질환자는 조기 퇴원 후 반드시 기본적인 자가 간호 기술과 생활에의 적응과정을 환자와 보호자가 지도받아야만 장기적인 간병과 특히 정서적 문제에 대한 가족대처가 가능하다고 본다. 또한 전문적 간호의 일부 관리법은 보호자가 익히는 것이 필요하다. 전문 가정간호사는 퇴원 계획을 제공하며 관리 하는 경우에는 질병 간호의 자연사적 경과가 어떻게 변화될지는 모르나 현재와 같이 만성질환에 대해 보호자가 퇴원 후 간호하는 경우 오히려 퇴원 직후 보다 4주 후에 정서적 대응 능력과 질병의 기본적인 자가간호 능력이 현저히 떨어짐을 볼 수 있었다.

VI. 결과 요약 및 결론

본 연구는 병원에서 퇴원시에 추후관리가 많이 필요한 만성질환자를 대상으로 퇴원당시의 간호문제와 퇴원 후 1주, 4주의 간호문제를 확인하였다. 이를 통해 퇴원 후 환자와 보호자가 전문 중재를 요구하는 간호문제가 있는가를 간호중재없는 질병 회복의 자연적 경과에서 확인하였고 또한 간호요구의 내용을 확인하였다. 그 결과를 요약하면 아래와 같다.

- 1) 연구대상자의 평균 연령은 56.2세이며, 62%가 고혈압이나 뇌졸중 그리고 10.5%가 종양, 16.7%가 근골격계 질환이었다. 보호자의 연령은 52세로 54.2%가 여자였으며, 14.6%가 건강상태가 나쁘고, 16%가 간병의 지식이나 수행능력이 부족하다고 호소하였다.
- 2) 퇴원 후 보호자의 주당 총 간호시간은 퇴원시 21.6시간, 1주후 18.8시간 그리고 4주 후 17.2시간으로 간병 시간이 줄어드는 경향을 보이나 통계적으로 유의한 차이는 없었다($F=0.86, P=0.43$).
- 3) 환자는 퇴원 후 4주까지 크게 변동 없이 일상활동의 제한이 컸으며, 특히 정서적으로 갖는 위축감은 퇴원 후 1주 보다 4주 후에 심화됨을 볼 수 있었다.
- 4) 환자의 문제는 질환 특성상 신체적으로는 기동성 장애, 배변/배뇨장애, 활동내구성 장애, 피부통합성 장애, 영양결핍, 자기간호결핍등이었으며 정서적으로는 잠재적 불안, 자아 개념 손상, 비효율적 가족 대처 등이 주요 간호 문제로 대두되었다. 이러한 문제들은 처음 1주는 감소하는 경향을 보이나 장기화의 경향을 보이는 이후 4주에는 상대적으로 나빠지는 경향이 있었다.
- 5) 만성질환자나 보호자는 퇴원 후 4주까지도 자가간호에 적응하지 못하고 있었다. 또한 전문적 간호를 요

구하는 위관 영양이나 장루간호, 산소주입, 정맥주사, 증상간호, 운동지도등도 퇴원 4주에는 뚜렷한 간호 요구로 들어나고 있었다.

- 6) 이 결과에 비추어 볼 때 조기 퇴원 후 반드시 기본적인 자가 간호 기술과 생활에의 적응과정을 환자와 보호자가 지도받아야 하며, 이를 위해 환자/보호자용 지침이나 영상교육 자료를 개발할 필요가 있다. 또한 가정간호사의 교과과정 내에는 기본적인 장기 간병 내용과 가족대처방법, 환자에게 흔한 특수간호기술을 중심으로 교과과정을 검토해 볼 필요가 있다고 생각한다.

참 고 문 헌

- 김모임(1991). 가정간호사의 역할과 전망. 연세대 간호대학 학술토론회집
- 김화중(1993). 한국가정간호 사업 개념. 대한간호, 32(4), 16-20.
- 대한간호협회(1991). 보수교육교재
- 서문자, 김금순, 김명애, 김인자, 손행미(1996). 간호진단중심의 퇴원계획과 가정간호적용의 효과-만성질환자 중심-. 기본간호학회지, 제3권 제1호
- 서미혜(1990). 가정간호사업 개발 연찬회 보고서, 서울대 보건대학원.
- 서미혜, 이혜원, 전춘영(1995). 가정간호 시범사업 간호진단 및 간호중재 분석 연구. 대한간호, 34(5), 52-65.
- 조원정(1993). 종합병원중심의 가정간호 사업. 대한간호, 32(4), 21-27.
- 최연순, 김대현, 서미혜, 김조자, 강규숙(1992). 퇴원환자의 가정간호 요구와 가정간호 사업의 효과 분석-일 종합병원을 중심으로-. 대한간호, 31(4), 77-97.
- Barkauskas, V.(1990) Home Health Care : Responding to Need, Growth, and Cost Containment in the Nursing Profession. The C.V. Mosby Company, 394-405.
- Beck-Fris, B., Norberg, H. & Strang, P.(1991). Cost analysis & critical aspects of hospital based home care for terminal cancer patients. Scand J Prim Health Care, 9(4), 259-64.
- Bernstein, L.H.(1991), An update on home intravenous anyibiotics therapy. Geriatrics, Jun, 46

(6), 47–54.

- Dedman, P.(1993). Home treatment for acute psychiatric disorder. *BMJ*, May 22, 306(6889), 1359–1360.
- Melin, A.L. Hakansson, S. & Bygren, L.O.(1993). The cost effectiveness of rehabilitation in the home : a study of swedish elderly. *Am J Public Health*, 83(3), 356–62.
- Pantaloc, D.C.(1993). Home health care : a new worksite for diatitians monitoring nutrition support. *J. Am Diet Asso*, Oct, 93(10), 1146–1151
- Rhoads, C.(1992). Comprehensive discharge planning : A Hospital–home healthcare partnership. *Home Healthcare Nurse*, 10(6), 13–18.
- Saba, V.K. & Zuckerman, A.E.(1992). A new home health classification method. *Caring Magazine*, October, 27–34.
- Steel, K.(1991). Home care the elderly. The new institution, *Arch Intern Med*, Mar, 151(3), 439–442
- Van Rossum, E., Fredricks, C.M., Philipsen, H., Portengen, K., Wiskerke, J. & Knipschild, P. (1993) Effects of preventive home visits for elderly people. *BMJ*, Jul 3, 307(6889), 1359–1360
- Widen Holmqvist, L.W., Pedro–Cuesta, J., Holm, N., & Kostulas, V.(1995). Intervention design for rehabilitation at home after stroke. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 27(43), 43–50.
- Zink M.R.(1989). Home care nurses' perception of standardized nursing diagnosis, *Home Health Nurs*, Vol9, No, 6.

– Abstract –

Key words : Home Care, Transition care

A Study on the Home Nursing Care Need Trajectory of the patients with chronic illnesses after discharged from Hospital*

*Lee, Soo Woo**·Suh, Moon Ja**
Kim, Keum Soon**·Lee, In Sook***
Lee, Eun Sook****·Kim, Myung Ae*****

The traditional inpatient acute hospital setting is organized primarily for the intensive management of disease, but not well–suited for continuity of care for the chronically ill patients after being discharged from hospital.

For the planning of the continuity of care, firstly, it is necessary to assess the home care needs of the discharged pateints in the context of the nursing diagnosis.

Therefore, this study is designed to identify the home nursing care need trajectory of the patients with chronic illness after discharged from one of the the General Hospitals in Seoul, Korea.

The subjects are the patients with chronic illness such as stroke, musculoskeletal disease, hypertension, cancer etc., in average age of 52. 2 years old.

The findings of this study are as follows :

- 1) The limitaion of ADL has been constantly facing to the subjects and has not been changed 4 weeks after being discharged. And the sense of withdrawal was getting worse at 4th weeks than the 1st week after being discharged.
- 2) The lists of the patient's problems are the impairment of mobility, elimination pattern, inactivity,

* This paper was supported by Seoul National University Research Fund.
** Professor, College of Nursing, Seoul National University
*** Assistant Professor, College of Nursing, Seoul National University
**** Director, Department of Nursing, Seoul National University Hospital

impairment of skin integrity, ineffective airway clearance, and potential anxiety, self concept deficit, ineffective family coing, etc. Those problems were diminished in quantity at the first week after discharged, but at the 4th week, those problems were getting worse.

- 3) The need of specialized nursing care such as tube feeding, ostomy care, O₂ inhalation, IV therapy, teaching and exercise are considered as the most consisting problems facing to the subjects.
- 4) In general, the chronically ill patients and their

caregivers have not been adapted well even at the 4th weeks after being discharged.

- 5) Considering those findings, the basic care for patients should be given and the trainging for process of the adaptation after discharged should be encouraged prior being discharged from hostital. For this suggestion, the systematic discharge planning should be carried and the hospital based home nursing model should be implemented at the general hospital for the chroncally ill patients.