

## 간호진단중심의 퇴원계획과 가정간호적용의 효과 - 만성질환자를 중심으로 -\*

서문자\*\*·김금순\*\*·김명애\*\*\*·김인자\*\*\*\*·손행미\*\*\*\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

최근 생활수준의 향상과 의료기술의 발달로 만성 환자들이 증가되고 있으며 또한 노령 인구가 증가되면서 지속적인 추후관리를 요하는 간호대상자가 증가되고 있다(김경숙, 1979; 김정순, 1981; 문옥륜, 1985).

더우기 전국민 의료보험 적용 이후부터 종합병원의 환자집중화 현상으로 각급 병원에서는 효과적인 병원 운영을 도모하기 위하여 입원기간을 단축시켜 조기 퇴원을 종용하고 있다. 그러나 병원에서 조기 퇴원하는 환자들을 위한 퇴원후 환자간호가 연계적으로 시행되지 않고 있기때문에 환자나 가족들은 퇴원을 꺼리거나 퇴원후에도 응급실 내원율이나 재입원율이 증가되고 있는 실정이다. 또한 퇴원후 환자들은 질병때문에 새로이 실천해야 할 건강행위를 잘 할 수 있을 만큼 충분히 준비되지 않은 상태에서 조기퇴원을 강요받음에 따라 심리적 불안감이 높아지고 있다. 뿐만 아니라 퇴원후에도 치료과정에 대한 불확실성 때문에 제 3의 치료방법을 찾아 다니거나 또는 다른 병원에

재입원하는 등 개인적, 국가적으로 의료비의 손실을 가져오고 있다. 이러한 가운데 퇴원후 환자 자신은 물론 가족까지도 만성질환에 대한 관리를 책임지게 되지만 질병관리에 대한 지식이나 관리 기술이 부족할 뿐 아니라 가족간의 돌봄 시간의 재조정 등으로 인한 심한 부담감과 만성 환자에 대한 의료보험 지급기간의 제한등으로 인해 퇴원후에는 경제적, 사회심리적으로 매우 어려움을 받게 된다(이영신, 1993).

이러한 문제점을 해결하기 위한 방법의 하나로 가정간호 제도가 제안되어 현재 국내에는 전국적으로 9개 간호교육기관에서 전문 가정간호사를 계속 배출하고 있다. 가정간호란 추후관리가 필요한 대상자에게 그들의 거주지인 가정에서 체계적이고 전문적인 간호를 제공받는 것으로 외국의 경우는 다양한 대상자에게 시행되어 상당한 호응을 얻고 있는 간호의 전문분야 중 하나이다(김모임, 1991).

우리 나라의 경우에는 1990년 이후 가정간호사의 역할이 합법적으로 인정되고 있으나 가정간호 교육기관이나 보건복지부의 가정간호지정병원에서의 가정간호사업이 아직도 시범적인 차원에서 실시될 뿐이어서 보다 적극적인 가정간호사업의 확대 실시가 요구되고 있다. 특히 종합병원에서

\* 본 연구는 1994년도 학술진흥재단 자유공모과제 연구비에 의하여 연구되었음.

\*\* 서울대학교 간호학과 교수

\*\*\* 서울대학교병원 간호행정 실장

\*\*\*\* 서울대학교 대학원 간호학과 연구원

\*\*\*\*\* 서울대학교 간호대학 조교

조기 퇴원하는 환자가 증가함에 따라 병원중심의 가정간호제도의 체계화와 퇴원환자를 위한 지역가정간호사와 연계적인 활동을 위한 가정간호사정도 구나 간호중재목록 등이 개발되어야 할것으로 사료된다.

현재 병원간호사의 역할은 환자가 퇴원하는 순간 종료된다. 따라서 퇴원 후 외래를 방문하여 계속 치료를 받아야 하는 환자나 재택간호를 받아야 하는 환자들은 여러 가지 번거로움과 불편함을 호소하고 있다. 이는 퇴원 후 환자가 이용할 수 있는 치료와 간호제공을 위한 연계적인 제도가 없기 때문이다. 또한 병원에서 퇴원한 후 가정간호가 필요한 경우라 해도 현실적으로는 지역사회 방문간호사나 가정간호 시범단체의 간호사들과 병원간호사간에 협조체계가 없기 때문에 처음 가정을 방문하는 가정간호사들이 환자상태를 파악하고자 할 때 환자의 입원당시 치료과정이나 간호과정에 대한 상황 판단을 위해 환자와 처음부터 다시 의사소통을 시작해야 하는 시간적, 심리적 어려움을 겪게된다. 그러므로 병원 간호사들이 입원 시부터 병원과 가정을 연계하는 전환기 간호를 준비하기 위하여 퇴원계획간호를 실시하고, 환자에게 가정간호의 기능과 제공 방법에 대하여 교육한 후 퇴원후에 계속적으로 환자를 방문하여 전인적으로 간호할 수 있는 연계성있는 간호가 적용되어야 한다(Diederik & Hackenitz, 1991).

특히 아직까지 가정간호를 위한 간호진단이나 간호중재가 체계화 되지 못한 상황에서 의학적 모형에 따른 가정간호적용만으로는 간호중심의 가정간호를 정립하는데 문제점이 있다고 보겠다. 그러므로 가정간호사를 적용할때는 재택환자의 간호진단을 중심으로 간호중재를 시행하여야 할것이며 간호의 결과분석에 있어서도 간호진단을 근거로 할때 보다 타당하고 체계적으로 가정간호를 평가할 수 있다(Zink, 1989).

따라서 본 연구에서는 추후관리가 가장 많이 필요한 대상자 중의 하나인 만성 신경 근골격계 환자를 대상으로 병원 입원 당시의 담당간호사가 병원과 연계성을 가지고 가정간호를 시행하여 간호진단을 중심으로 측정된 환자의 기능이 얼마나 향

상되었는지, 환자의 만족감은 어떠하였는지를 파악하고 간호진단을 근거로 실시로 시행된 가정간호중재는 어떠하였는지를 규명하기 위하여 본 연구를 시도 하였다. 본 연구 결과, 병원중심의 가정간호 사업의 필요성을 제시할 수 있으며 조기 퇴원하는 만성환자들에게는 가정간호를 통해 장기적인 입원으로 인한 의료비지출의 감소와 자신을 알고 있는 병원간호사의 방문으로 인한 신체적, 심리적 안정을 줄 수 있을 것으로 기대된다. 또한 병원 간호사들도 가정간호에 대한 자신감을 가지고 적극 참여할 수 있게 되어 환자는 물론 가족중심의 간호를 통해 일반인들의 건강문제가지도 관리할 수 있게되는 등 간호사의 역할을 확대할 수 있는 기회를 갖게 될 것으로 생각된다.

## 2. 연구 목적

본 연구의 목적은 만성 신경 근골격계 질환으로 종합병원에 입원 후 퇴원하는 환자들에게 실시한 퇴원계획 간호와 퇴원 후 가정간호 중재의 효과를 분석하고 가정방문시 실시한 간호진단별 가정간호 중재를 목록화 하는 것이다.

구체적인 목적으로는 퇴원계획 실시와 퇴원후 가정간호 중재 후에 1)환자상태의 향상 정도, 2) 환자의 생활만족감과 가정간호에 대한 만족감의 증진정도, 3) 간호진단과 간호문제 빈도의 차이 등을 파악하고 4) 가정간호중재 목록을 제시하는 것이다.

## 3. 연구가설

본 연구의 목적을 달성하기 위하여 다음과 같은 가설을 설정하였다.

- 1) 퇴원계획간호를 받은 실험군과 퇴원계획간호를 받지 않은 대조군의 퇴원시 간호문제의 빈도는 차이가 없을 것이다.
- 2) 가정간호를 받은 실험군과 가정간호를 받지 않은 대조군의 퇴원 2주후와 퇴원 4주 후 간호문제는 차이가 있을 것이다.
- 3) 가정간호를 받은 실험군과 가정간호를 받지 않

은 대조군의 일상생활기능 점수는 차이가 있을 것이다.

## II. 문헌고찰

병원에서 퇴원하는 환자들에 대한 간호 요구도는 이은옥 등(1981)이 서울시내 1개 대학병원과 4개 시립병원에서의 퇴원 환자 988명을 대상으로 조사한 결과나 최근의 조사 연구들에서 제시된 바와 같이 계속적으로 상당히 높게 나타나고 있다. 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 대상자의 48.3%에서 간호요구가 있는 것으로 나타나 퇴원 후의 환자 관리가 중요하다고 하였다. 일개 군 지역의 일반인을 대상으로 조사한 가정간호 요구도(한경자 등, 1994)는 전반적으로 약 20%였으며 65세 이상의 경우는 더욱 많아져 44.8%로 증가하였고 아동의 경우도 76.5%로 가정간호 요구가 매우 높게 보고되었다. 일개 대학병원 개심술 환자를 대상으로 퇴원할 때의 가정간호 요구도를 사정한 김명희(1993)의 연구에서도 비슷한 양상을 나타냈다.

이와 같이 병원에서 퇴원하는 환자나 일반인들의 가정간호 요구도가 높은 점은 아직도 간호 대상자의 요구를 충족시키고 그들의 삶의 질을 증진시키는 간호방법이 필요함을 대변하고 있는 것이라 보며 이를 위해 가정간호 제도가 정착되어야 한다고 생각한다. 미국에서는 100년 전부터 그 필요성을 인식하여 Lilian Wald에 의해 첫 가정간호 사업이 시작되었고(김모임, 1991; Martinson & Widmer, 1989) 가정간호 사업은 보건간호사, 병원간호사, 방문간호사, 자선단체의 간호사 등에 의해 다양한 방법으로 제공되고 있다(Martinson & Widmer, 1989).

미국에서는 의료보험에서 진료비를 지불하는 의료기관의 증가와 의학진단별 진료비 지불방법(DRG, Diagnostic Related Group)에 따른 포괄

수가 지불제 때문에 병원 입원기간이 제한되면서 가정간호에 대한 관심이 더욱 높아졌다(Barkauskas, 1990). 포괄수가 지불제가 채택된 후에는 조기 퇴원하는 환자가 병원에서 받던 치료를 가정에서 받을 수 있는 병원중심의 가정간호가 더욱 발전하고 있다(Martinson & Widmer, 1989). 특히 병원에서는 의학진단 그룹별 의료보험료 제도로 장기간의 입원보다는 환자를 조기 퇴원시키는 것이 순수 이익을 보장한다고 보고 병원 수입의 감소를 해결하는 한 방안으로 병원중심 가정간호가 강구되었고, 이를 보완하는 방법으로 외래 진료와 가정간호 등 다양한 대체안을 마련하여 외래 진료 인구와 가정간호가 연계되어 있는 환자를 병원의 잠재적인 대상으로 확장하였을 뿐 아니라 진단그룹별 진료비 제도에 대처할 수 있게 되었다(Fackelmann, 1984).

국내에서의 가정간호 사업은 아직 시범단계로 병원중심 가정간호 시범사업과, 민간단체의 가정간호 시범사업, 공공보건 조직의 가정간호 시범사업 등 세 가지 형태가 있다. 병원중심의 가정간호는 연세대학교 신촌세브란스 병원, 한림대학교 강동성심 병원, 영남대학교 의과대학 병원, 연세대학교 원주기독 병원 등 4곳에서 시행되고 있으며, 민간단체로는 현재 대한간호협회 서울시 지부에서 시행하고 있다(대한간호협회 서울시 간호사회 보고서, 1994). 공공 보건조직에서의 가정간호는 현재 지역보건과가 신설되어 있는 5개 구 보건소(도봉, 성동, 관악, 중랑, 구로)에서 다른 각 과와 대등한 입장에서 자율적으로 가정간호 사업이 이루어지고 있다. 이러한 가정간호 시범사업에서는 가정간호 서비스 내용이나 가정간호 수가, 간호대상자 등이 설정되어 있기는 하지만 아직도 가정간호 진단 중심의 가정간호는 이루어지지 않고 있어 간호진단을 중심으로 한 가정간호 증재와 가정간호 효과 분석 등 체계적인 가정간호 사업을 위한 계속적인 연구와 여러 형태의 시범적 운영이 요구되고 있다. 또한 가정간호에 대한 국내의 연구 경향은 주로 요구도 파악(김성실, 1985; 이은옥, 이선자 & 박성애, 1981; 이홍자, 1989)이나 퇴원 후 간호(서문자, 1989; 김조자, 유지수 & 박지원,

1989)나 가정간호 운영과 관련된 것들이 대부분이다(전산초 & 김모임, 1981) 홍여신, 이은옥 & 서문자 등(1990)은 병원에서 퇴원하는 간질환, 당뇨병, 편마비 환자 각각 10명씩을 대상으로 추후간호를 위한 가정간호 운영 연구를 통해 가정간호를 받은 실험군의 경우 외래방문 이행도가 높았으며 이에 따라 의료비용이 더 많았고 재입원 횟수와 사회복지귀율은 별 차이가 없었으나 자기간호 지식정도가 높게 나타나 대체적으로 병원중심의 가정간호가 효과적이라는 결론을 내리고 있다. 그러나 간호사 중심의 간호과정을 적용하려면 환자의 건강 문제 탐색을 통한 간호진단 등의 연구가 필요함을 제시하고 있다.

Widen Holmqvist 등(1995)은 80세 이상 뇌졸중환자를 대상으로 퇴원 후 재활을 위한 가정간호 프로그램의 효과를 분석하였다. 즉 16명을 대상으로 가정재활 간호를 시행하여 3개월, 6개월, 12개월에 가정방문을 하였다. 그 결과 뇌졸중 발병 전의 생활 양식의 제한상태는 뇌졸중 후 3개월까지만 지속되었고 일상생활 활동은 퇴원시 60%가 증진되었으나 3개월 후에는 100% 증진되었고, 운동기능은 뇌졸중 3개월 후부터 증진되기 시작하여 3개월에서 12개월 사이에는 매우 증진되었다고 하였다. 또한 가정간호를 통해 병원과 외래 환자와의 연결이 가능하고, 환자와 배우자에게 재택간호를 받을 수 있다는 확신을 준 것이 가정간호의 효과라고 하였으며, 뇌졸중 환자의 가정간호를 병원비를 줄일 수 있는 현실적인 간호방법이라고 하였다. Melin 등(1993)과 Beck-Fris 등(1991)은 병원중심 가정간호가 각 병동의 간호비용보다 적었다고 보고하는 등 외국의 경우는 1) 가정간호의 지불체계 문제, 2) 간호의 질, 3) 생산성 등에 대한 연구를 시행하고 있다.

위의 연구들을 종합하여 볼 때, 가정간호에서 간호사는 전체 사업을 운영하고 관리할 뿐 아니라 직접 서비스를 제공하는 주역으로 환자에게 필요한 진료 및 각종 사회 서비스를 동원하는 역할과 책임을 함께 담당한다. 간호사는 의사의 처방과 자신의 독자적 판단으로 치료하고 필요시에 의사에게 의뢰하여 치료적 서비스를 주선하기도 한다.

따라서 사업 내용도 단순한 위생 간호에서, 교육, 상담, 다양한 첨단 의료기기와 기술을 이용한 전문적 치료로 확대되어 간호 전문직의 한 분야로 점차 인식되고 있다. 가정간호사업을 제공하는 인력도 간호사가 중심이지만 물리치료사, 언어치료사, 작업치료사 등 다양한 인력이 팀을 이루어 전문적인 가정간호 사업을 제공할 수 있다(Doenges & Moorhouse, 1991). 특히 병원에서의 퇴원시 환자의 간호요구도를 파악하는 것은 가정간호에 있어서 필수적인 과정으로(Bone et al., 1988) 입원부터 퇴원까지 지속적으로 환자를 사정하여 그 자료를 근거로 퇴원 후 가정간호 실무에 적용하는 것이 논리적으로 합당하다고 보겠다.

이상과 같은 종합적인 가정간호를 적용하기 위해서 가정간호사는 먼저 환자의 건강문제를 파악하여 간호진단을 내릴 수 있고 그에 따른 적절한 간호중재를 실시할 수 있어야 하며, 이러한 과정을 통해 가정간호에 대한 정보체계화도 가능하게 될 것이다. Zink(1989)는 가정간호를 실시할 때 간호사의 관점은 가정에서 어떤 간호문제와 간호진단을 중심으로 간호중재를 해야 하는 가를 파악하는 것이며 환자의 결과를 분석하기 위해서는 간호진단을 근거로 해야 타당하고 체계적인 평가가 가능하다고 하였다. 가정간호에서 간호진단을 적용한 연구를 보면, 미국 방문간호사들이 가장 자주 사용하고 있는 가정간호 간호진단은 기능적 수행장애, 심박출량 저하, 피부통합성 장애, 기동성 장애, 당뇨병 치료 방법에 대한 지식결핍, 호흡기 기능장애, 혈액순환 장애, 배뇨 장애, 영양장애 등이다(Zink, 1989). Saba(1992)는 가정간호의 요소를 규명하는 연구를 통해 20가지의 간호중재 요소를 알파벳순으로 분류하였고 각 항목마다 간호중재의 종류와 정도를 코드화하여 컴퓨터를 이용할 수 있는 가정간호 중재 목록을 정리하였는데 20가지 가정간호 요소는 활동, 장 배설, 심장기능, 인지, 대처, 체액, 건강 행위, 투약, 대사기능, 영양, 신체적 균형, 호흡, 역할관계, 안전요소, 자기간호, 자아개념, 감각, 피부통합성 문제, 피부확산, 배뇨 요소 등이다.

또 Zink(1989)는 간호사의 논리적인 간호중재

를 위해서는 건강증진, 질병경감, 재활을 위한 방향을 제시할 수 있는 간호진단에 근거해야 한다고 하였다. 가정간호에 맞는 특정한 간호 표준을 만든다면 유사한 상황에 적용할 수 있는 간호방법을 제시할 수 있고 간호진단에 따라 간호사의 독자적인 판단으로 개인이나 가족의 실제적이거나 잠재적인 건강문제를 파악할 수 있다. 가정간호의 경우에도 간호진단을 분류하는 것은 실제 간호 상황에서 적절히 사용할 수 있는 간호의 실무적 요소를 파악하기 위하여 필수적이다.

우리 나라의 경우에도 최근 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 간호진단이 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 1,756번이었고 이들은 231개의 간호중재 유형으로 분류되었다. 이러한 연구결과는 모든 종류의 가정간호대상자를 중심으로 시행되었으므로 구체적인 질병의 특성을 가진 환자군에 대한 간호진단과 중재의 종류를 파악하는데는 제한점이 있었다.

따라서 본 연구는 특히 근골격계질환으로 인한 기동성장애환자를 대상으로 병원에서 퇴원하기 전부터 가정간호를 계획하고 퇴원후에 병원에서의 담당간호사의 방문을 통해 실시된 가정간호의 효과를 파악함은 물론 실시된 가정간호진단과 간호중재를 분류하는 자료를 제시하고자 시도되었다.

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구 대상자

본 연구의 대상자는 S대학병원의 신경과, 신경외과 및 정형외과에 입원한 환자들로 실험군 선정의 기준은 1) 20-70세이며, 2) 서울시내에 거주자, 3) 연구 참여가 가능하다고 판단된 경우, 4)

일상생활기능장애가 있는 자였으며 대조군으로는 실험군과 질병 상태와 연령이 유사한 대상자들을 선정하였으며 두 군 모두 대상자와 보호자가 본 연구에 참여하기로 동의한 경우들이었다.

이러한 기준으로 선택한 대상자들은 실험군이 15명, 대조군 10명이었다. 연구대상자가 적은 이유는 S 대학병원에 지방 소재 환자가 많았고, 재활병동으로 이송되는 경우가 많았기 때문으로 사료된다.

#### 2. 연구설계와 절차

본 연구는 종합병원에 입원한 근골격계환자를 대상으로 퇴원계획 간호를 실시한 후 퇴원 후 병원과 연계된 가정간호를 시행하여 그 효과를 측정하기 위한 비동등성 대조군 전후 시차설계 연구이다(표 1-1).

〈표 1-1〉 연구설계

	입원시	퇴원당시	퇴원후 2주	퇴원후 4주
실험군	X1		X2	X3
		O	O	O
대조군		O		O

X1 : 퇴원계획간호실시

X2 : 가정간호중재

X3 : 가정간호중재

O : 변수 측정

연구의 진행 절차는 다음과 같다.

- 1) 본 연구를 위하여 8명의 병동 평간호사가 가정간호사로 지원하였으며 이들을 위해 2회의 세미나를 개최하여 연구를 위한 교육을 하였다.
- 2) 연구팀과 연구 병동의 간호사들이 한 팀이 되어 연구를 위한 선정기준에 따라 대상자를 선정하였다.
- 3) 실험군에게는 입원시부터 구체적인 퇴원계획을 세우고 가능한 한 조기퇴원을 권장하며 퇴원 후 가정간호방법에 대하여 설명하였다(X1).
- 4) 실험군으로부터 퇴원 시에 본 연구팀이 개발한 자료수집도구를 이용하여 일차적인 자료를 수집하였다.

<표 1-2> 연구절차 및 방법

	실험군	대조군
입원시	퇴원계획 지침서에 의한 간호제공	퇴원계획 간호하지 않음
퇴원시	일차 자료 수집	일차 자료 수집
퇴원후	입원시의 담당간호사가 퇴원 2주후와 4주에 대상환자의 가정을 방문하여 간호진단에 근거한 가정간호를 제공하고 이차, 삼차 자료를 수집함	퇴원 4주후에 관례적인 병원 외래 방문 시 이차자료를 수집함

5) 퇴원 2주 후와 4주 후에 입원당시의 담당간호사가 직접 가정방문하여 2회의 가정간호 중재를 시행하였다(X2, X3). 가정방문시 간호중재는 퇴원 시에 파악된 간호진단과 가정방문시 파악한 간호진단에 근거하여 가정간호 중재를 적용하고 본 연구팀이 개발한 가정간호 중재표에 표시하도록 하였다. 가정방문시 치료가 요구되는 문제는 병동의 주치의나 병원 외래를 방문하도록 지도하였다.

6) 실험군의 자료를 모두 수집한 다음에 같은 병원에서 보편적으로 행해지는 일상적인 간호를 받은 환자가 퇴원할 때에 일차자료를 수집하였고 4주 후 외래방문시에 이차 자료를 수집하였다<표 1-2>.

3. 연구도구

1) 간호문제 사정 도구

대상자의 건강문제는 Doenges와 Moorhouse(1991)의 간호진단 도구를 참고하여 개발한 사정 도구를 근간으로 하였으며 내용타당성을 검토하기 위하여 연구대상 병동의 수간호사와 연구팀이 세미나를 개최하여 우리 나라의 상황에 맞게 수정 보완하였다.

2) 간호중재 도구

(1) 퇴원계획 지침서

관련문헌과 실무에 근거하여 환자유구에 맞도록 본 연구자들이 개발하였다.

(2)가정간호중재 지침서

NANDA(North American Nursing Diagnoses Association)의 간호진단목록을 중심으로 Doenges와 Moorhouse(1991), McCloskey와 Bulechek(1992), McFarland와 McFarland(1993)의 저서를 참고하여 본 대상자에게 적합한 가정간호 중재목록을 개발하였다. 본 지침서의 내용 타당도를 위하여 연구대상 병동의 수간호사와 연구팀이 두 차례 세미나를 개최하여 검정하고 수정 보완하였다.

3) 효과측정도구

(1) 일상생활기능

Lawton과 Broody(1969)의 도구적 일상생활기능 측정 도구와 일상생활 기능 척도인 바텔 인덱스(Bathel Index)와 송미순(1991)이 개발한 한국 노인 대상의 일상생활 기능 척도를 기초로 검토한 후 본 연구 목적에 맞게 수정 보완 사용하였다. 본 연구에서는 14문항의 3점 척도를 사용하였는데 2점은 '도움이 없이 시행할 수 있다', 1점은 '약간의 도움을 받고 시행할 수 있다', 0점은 '전혀 시행할 수 없다'로 0점에서 최고 42점까지의 점수가 분포되어 있다. 본 연구에서의 신뢰도 계수 Cronbach's  $\alpha$ 는 실험 전에 0.89, 실험 후에 0.95로 매우 높게 나타났다.

(2) 생활만족도

윤진(1982)이 개발한 우리 나라 노인의 생활만족도 측정 도구를 사용하였다. 이 도구는 정신건강 관련 개념인 생활만족, 행복, 사기 등을 측정하는 20문항으로 구성되어 있다. 20개 문항 중 긍정적 정서 문항과 부정적 정서문항이 각각 4개,

긍정적 일상경험과 부정적 일상경험 문항이 각각 6문항으로 되어 있으며 만족 정도에 따라 0점에서 2점까지 표시하게 되어 있어 점수의 범위는 0점에서 40점까지이다. 40점에 가까울수록 생활만족도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도 계수 Cronbach's  $\alpha$ 는 간호중재전에는 0.72, 간호중재후에는 0.99로 높게 나타났다.

(3) 가정간호활동 분석

가정간호사가 시행한 가정간호활동은 교육, 위생간호, 임상간호 및 운동간호로 행위별로 분류하고 그 빈도를 분석하였다.

연구를 위한 측정도구의 사용을 요약하면 <표 1-3>과 같다.

<표 1-3> 측정도구 사용표

종류	실험군			대조군	
	퇴원시	퇴원후 2주	퇴원후 4주	퇴원시	퇴원후 4주
1. 일상생활기능	√	√	√	√	√
2. 간호사정	√	√	√	√	√
3. 생활만족도		√	√		
4. 가정간호만족도			√		

4. 연구결과 분석

대상자의 일반적인 특성과 간호문제 양상 등은 SPSS PC+를 이용하여 평균과 빈도수, 백분율로 분석하였다. 실험군과 대조군의 동질성 검정이나 간호문제 양상의 차이, 일상생활기능의 차이는 Mann Whitney U test나  $\chi^2$  test를 사용하였다. 실험군에서의 생활만족도는 Wilcoxon Signed Ranks test로 전후 짝짓기로 비교하였다. 실험군과 대조군의 간호문제 양상 및 빈도, 일상생활 기능 점수는 가설검증을 하였고, 실험군에서만 측정 한 생활만족도, 가정간호에 대한 환자/가족의 만족도, 실험군에서 나타난 간호진단 빈도, 간호진단별 가정간호 중재분포를 추가분석하였다.

일반적인 특성도 차이가 없는 것으로 나타나 두 그룹의 동질성이 인정되었다<표 2>.

2. 가설 검증

1) 간호문제빈도 및 양상

실험군과 대조군 간의 간호사정을 통해 나타난 간호문제 빈도와 양상의 두 군간의 차이 검정은 <표 3>과 같다. 퇴원시 간호문제는 음식과 수분 양상, 배설 양상, 위생 양상, 활동과 휴식 양상, 통증 양상, 안전 양상, 신경감각 양상, 호흡 양상, 순환 양상, 성 양상, 사회적 상호작용 양상, 자아 통합 양상, 교육과 학습요구 양상 등 15가지 항목으로 측정하였다. 음식과 수분 양상은 17개 항목, 배설 양상은 11개 항목, 위생 양상은 11개 항목, 활동휴식 양상은 8개 항목을 조사하였다. 통증 양상은 통증 여부, 강도, 객관적 반응을 조사하였다. 안전 양상은 12개 항목, 신경감각 양상은 19개 항목, 호흡 양상은 12개 항목, 순환 양상은 13개 항목을 사정하였다. 성에 대한 문제는 남성의 경우 3개 항목, 여성의 경우 9 항목을 조사하였다. 사회적 상호작용 양상은 7개 항목, 자아 통합 양상은 4개 항목, 교육과 학습 양상은 4개 항목을 조사하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성과 동질성 여부

대상자의 나이는 평균 50.92(±22.17)세로 실험군은 56.87(±22.21)세, 대조군은 42.00(±20.95)으로 차이가 있었으나 두 그룹간에 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 그 외 성별, 결혼상태, 종교, 교육, 의료보험유무, 주거형태, 경제적 수준 등의

〈표 2〉 대상자의 일반적 특성과 동질성 검정

변수	실험군 n=15	대조군 n=10	동질성검증 (Mann-Whitney U or $\chi^2$ test)	
연령	56.87(±22.21)	42.00(±20.94)	u=51.0	p=0.19
성별	남자	4	$\chi^2=0.20$	p=0.89
	여자	8		
결혼상태	예	6	$\chi^2=2.06$	p=0.15
	아니오	4		
종교	카톨릭	2	$\chi^2=2.98$	p=0.39
	기독교	5		
	불교	3		
	없음	6		
교육정도	국졸	2	$\chi^2=3.00$	p=0.39
	중졸	2		
	고졸	5		
	대졸	1		
경제상태	고	1	$\chi^2=5.22$	p=0.15
	중	7		
	저	0		
	기타*	1		
수술여부	예	5	$\chi^2=3.60$	p=0.06
	아니오	5		
합병증	예	4	$\chi^2=3.60$	p=0.06
	아니오	5		
	기타*	1		
의식상태	명료	10	$\chi^2=5.42$	p=0.07
	혼란	3		

\*missing

그 결과 실험군에서 가장 빈도수가 많았던 간호 문제는 위생 양상, 신경감각 양상, 통증 양상, 음식수분 양상, 활동휴식 양상, 안전 양상, 사회적 상호작용 양상 및 배설 양상 순이었고, 대조군에서는 위생 양상, 신경감각 양상, 통증 양상, 음식수분 양상, 활동 양상, 자아통합 양상이었다. 퇴원 전 두 군간에 의미있게 차이가 있었던 간호문제는 위생 양상과 사회적 상호작용 양상 교육과 학습이었다. 그 외의 다른 간호문제는 두 군간의 차이가 나타나지 않았다. 또한 가정간호를 받은 퇴원 4주

후에 두 군간에 통계적으로 의미있게 차이가 나타난 간호문제는 없었으므로 가설 1과 2는 기각되었다.

2) 일상생활 기능

실험군과 대조군의 일상생활 기능점수와 두 군간의 차이를 검정한 결과는 〈표 4〉와 같다. 가정간호 중재 후 실험군의 일상생활 기능점수는 퇴원 시보다 증가되었으며 이는 대조군보다 유의하게 증가된 결과를 나타내고 있다. 즉, 실험군의 일상



〈표 3〉 간호문제 빈도와 차이검정

간호문제	그룹	퇴원 전	퇴원 2주 후	퇴원 4주 후
음식수분	실험군	2.27(±2.40)	1.53(±1.92)	1.33(±2.13)
	대조군	1.30(±1.34)		0.80(±1.14)
	차이검정	u=61.0, p=0.46		u=71.0, p=0.85
배설	실험군	1.00(±1.07)	0.92(±1.33)	0.73(±0.96)
	대조군	0.50(±0.72)		0.20(±0.42)
	차이검정	u=55.5, p=0.28		u=52.0, p=0.22
위생	실험군	5.07(±1.91)	3.47(±2.92)	2.53(±2.80)
	대조군	3.00(±2.11)		1.70(±2.50)
	차이검정	u=36.0, p=0.03*		pc=-50.10, pc=-43.33
활동휴식	실험군	1.80(±1.42)	0.87(±1.30)	0.73(±1.16)
	대조군	1.30(±1.77)		0.90(±0.99)
	차이검정	u=50.5, p=0.18		u=65.0, p=0.60
통증 여부	실험군	y=11, n=4	y=6, n=9	y=5 n=10
	대조군	y=7, n=3		y=2 n=8
	차이검정	x <sup>2</sup> =1.62, p=0.44		x <sup>2</sup> =0.71, p=0.70
통증 강도	실험군	3.07(±2.97)	2.14(±2.85)	3.07(±2.97)
	대조군	2.50(±2.12)		2.50(±2.12)
	차이검정	u=64.0, p=0.75		u=55.0, p=0.40
통증의 객관적 반응	실험군	0.73(±1.10)	0.60(±0.83)	0.73(±1.10)
	대조군	0.10(±0.32)		0.1(±0.32)
	차이검정	u=51.0, p=0.19		u=66.5, p=0.64
안전양상	실험군	2.07(±1.98)	1.07(±1.33)	0.93(±1.16)
	대조군	1.30(±1.06)		0.60(±0.67)
	차이검정	u=60.0, p=0.42		u=66.0, p=0.64
신경감각	실험군	3.33(±3.85)	2.13(±3.94)	2.07(±3.88)
	대조군	2.80(±3.52)		1.00(±1.70)
	차이검정	u=66.5, p=0.65		u=66.0, p=0.64
호흡	실험군	0.60(±1.12)	0.47(±0.74)	0.13(±0.52)
	대조군	0.60(±0.84)		0.10(±0.32)
	차이검정	u=70.0, p=0.80		u=73.0, p=0.94
순환	실험군	0.93(±0.96)	0.47(±0.74)	0.27(±0.59)
	대조군	0.40(±0.70)		0.30(±0.48)
	차이검정	u=50.5, p=0.18		u=69.0, p=0.76
성양상	실험군	0.40(±0.51)	0.13(±0.35)	0.13(±0.35)
	대조군	0.30(±0.67)		0.10(±0.32)
	차이검정	u=63.0, p=0.53		u=72.5, p=0.89
사회적 상호작용	실험군	1.67(±0.96)	1.00(±1.31)	0.80(±1.15)
	대조군	0.30(±1.25)		0.60(±1.08)
	차이검정	u=35.5, p=0.03*		pc=-52.10, pc=-50.00
자아통합	실험군	0.93(±0.96)	0.53(±0.91)	0.13(±0.35)
	대조군	1.00(±1.25)		0.50(±0.97)
	차이검정	u=73.5, p=0.94		u=61.5, p=0.46
교육과 학습	실험군	0.40(±0.83)	0.20(±0.41)	0.00(±0.00)
	대조군	0.20(±0.63)		0.20(±0.63)
	차이검정	u=35.5, p=0.03*		pc=-100.00, pc=0.00

pc : percentage of change

\*P<0.05

생활 기능점수는 36.99% 증가하였고, 대조군은 17.82% 증가하여 실험군이 약 2배 이상 증가한 것으로 나타났으며 이는 통계적으로 유의한 차이를 보여 가설 3은 지지되었다(그림 1과 표 4).

3. 생활만족도

실험군의 경우 가정방문 전과 후의 생활만족도의 차이를 검정한 결과, 실험전의 생활만족도는 35.67(±4.40)점이고, 실험후의 생활만족도는 36.

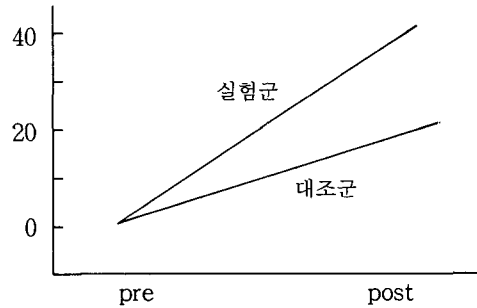


그림 1. 두 그룹의 일상생활기능 점수

<표 4> 실험군과 대조군의 일상생활기능 점수와 차이 검정

그룹	실험군(표준편차)	대조군(표준편차)	차이검정(Mann-Whitney U test)
실험전	22.87(±5.74)	30.30(±5.01)	u=37.0 p=0.04
실험후	31.33(±9.54)	35.70(±5.25)	pc=36.99, pc=17.82

pc : percentage of change \*P<0.05

<표 5> 퇴원 전과 퇴원 4주 후의 생활만족도 차이

그룹	퇴원 전	퇴원 후	차이 검정
실험군	35.67(±4.40)	36.10(±3.60)	z=-0.24, p=0.82

10(±3.60)으로 나타나 다소 만족정도가 높아졌으나 이를 Wilcoxon Signed Ranks test로 검정한 결과 가정간호 시행 전후에 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다(표 5).

4. 가정간호에 대한 환자/ 가족의 만족도

실험군의 경우 가정간호 중재를 받은 후의 신체적 상태, 심리적 상태, 자기간호 상태, 가정생활이나 직장생활에 대한 만족상태를 평가한 결과, 총 15명의 응답자 중 신체적 상태는 11명이, 심리적 상태는 12명이, 자기간호 상태는 11명이, 가정생활이나 직장생활에 대하여는 10명이 만족한다고 대답하여 가정간호 중재 실시에 대하여 대상자들이나 가족들의 만족도는 높은 것으로 나타났다(표 6).

<표 6> 가정간호중재에 대한 만족도

항목	만족	백분율
신체적 상태	11	73.33
심리적 상태	12	80.00
자기간호 상태	11	73.33
가정생활이나 직장생활 상태	10	66.67

5. 연구대상자의 가정 간호진단 빈도

퇴원 당시, 퇴원 2주 후와 4주 후의 간호진단을 기록한 결과 실험군의 15명중에서 50% 이상 나타난 간호 진단을 순위별로 보면 ‘건강유지 장애’, ‘기동성장애’, ‘감염잠재성’, ‘가정관리 유지 장애’, ‘건강추구행위’ 등의 순이었다. 30% 이상에서 나타난 간호진단은 ‘만성 통증’, ‘불용 증후군’, ‘피부통합성 장애’였고, 20% 이상에서 나타난 간호진단은 ‘피로’, ‘자기간호결핍’, ‘구두 의사 소통 장애’, ‘사회적 고립감’, ‘신체상 장애’, ‘가족대처 : 기능 장애’였다. 이밖에 ‘전환활동 결여’, ‘기도흡인’, ‘수면양상장애’, ‘비통’은 10% 미만에서 나타났다. 간호진단 빈도는 실험군이나 대조군 모두에서 현저한 차이를 나타내지 않았으며 두 군 모두에서 빈도가 줄어든 간호진단은 감염잠재성 뿐이었다.

〈표 7〉 가정간호대상자의 간호진단빈도

간호진단	그룹	퇴원시	퇴원2주 후	퇴원4주 후
건강유지장애	실험군	14	13	13
	대조군	6		5
기동성장애	실험군	11	11	11
	대조군	2		5
감염잠재성	실험군	9	7	5
	대조군	5		3
가정관리 유지장애	실험군	8	7	7
	대조군	5		5
건강 추구행위	실험군	8	8	7
	대조군	3		2
만성통증	실험군	5	6	6
	대조군	1		1
불용증후군	실험군	5	5	5
	대조군	1		1
피부통합성 장애	실험군	5	5	4
	대조군	0		0
피로	실험군	4	4	4
	대조군	2		1
자기간호 결핍	실험군	4	4	4
	대조군	1		2
구두의사소통장애	실험군	4	4	3
	대조군	1		1
사회적 고립감	실험군	3	3	3
	대조군	3		3
신체상장애	실험군	3	3	3
	대조군	1		1
가족대처 : 기능장애	실험군	3	3	3
	대조군	0		1
진환활동결여	실험군	2	2	2
	대조군	1		0
수면양상장애	실험군	2	2	2
	대조군	0		0
비통	실험군	2	1	1
	대조군	0		1
기도흡인	실험군	2	2	2
	대조군	0		0

## 6. 간호진단별 가정간호 중재분포

실험군에 있어서 30% 이상 나타난 간호진단별로 세분화된 간호중재를 실시한 빈도를 분석한 결과는 표 8-1에서 8-9와 같다. 간호 중재 내용은 크게 원인이나 환자의 상태의 사정간호, 실질적인 문제 해결 간호, 안녕감 증진을 위한 교육으로 나누어 분류하였다.

## 1) 건강유지장애

건강유지 장애는 가정간호 빈도 중 가장 빈도가 높은 것으로 나타났다. 퇴원 당시는 139회, 퇴원 2주후는 124회, 퇴원 4주후는 104회로 3회 모두 100회 이상이였다. 중재 내용으로는 원인을 사정한다 167회, 건강행위를 유지하는 환자를 돕는 것이 113회였으며, 안녕감 증진을 위한 교육이 87회였다.

## 2) 기동성장애

기동성장애는 퇴원 당시 120회, 퇴원 2주후 102회, 퇴원 4주후는 93회였다. 중재내용을 살펴보면 기능적 능력을 사정한다 49회, 기능회복을 위한 간호를 시행한다(체위, 마사지, 운동 등) 186회, 안녕감을 증진한다(교육) 39회였다.

## 3) 감염잠재성

감염잠재성에 대한 간호중재는 퇴원시 37회였고 퇴원 2주후는 22회, 퇴원 4주후는 8회로 시간이 지나면서 점점 감소하였다.

## 4) 가정관리 유지장애

가정관리유지장애는 퇴원 당시 48회, 퇴원 2주 후 41회, 퇴원 4주 후 30회였다. 가정관리 장애중재에서 가장 많이 사용한 중재는 원인을 사정하는 중재였다.

## 5) 건강추구행위

건강추구행위는 퇴원시는 24회, 퇴원 2주후 26회, 퇴원 4주후는 22회였으며 역시 시간이 경과함에 따라 경감하였다.

〈표 8-1〉 건강유지장애에 대한 간호중재

간호중재	중 재 횟 수			
	퇴원당시	퇴원후 2주	퇴원후 4주	총계(%)
원인이 되는 요인을 사정한다.	70( 50.4)	53( 42.7)	44( 42.3)	167(45.50)
건강행위를 유지하는 환자를 돕는다	40( 28.8)	40( 32.3)	33( 31.7)	113(30.80)
안녕감을 증진한다(교육)	29( 20.8)	31( 25.0)	27( 26.0)	87(23.70)
총 계(%)	139(100.0)	124(100.0)	104(100.0)	367(100.0)

〈표 8-2〉 기동성 장애에 대한 간호중재

간호중재	중 재 횟 수			
	퇴원당시	퇴원후 2주	퇴원후 4주	총계(%)
기능적 능력을 사정한다	18( 15.00)	16( 15.69)	15( 16.13)	49( 15.60)
원인을 사정한다	17( 14.17)	12( 11.76)	12( 12.90)	41( 13.00)
기능회복을 위한 간호를 시행한다 (체위, 마사지, 운동 등)	71( 59.17)	60( 58.82)	55( 59.14)	186( 59.00)
안녕감을 증진한다(교육)	14( 11.66)	14( 13.73)	11( 11.83)	39( 12.40)
총 계(%)	120(100.00)	102(100.00)	93(100.00)	315(100.00)

〈표 8-3〉 감염잠재성에 대한 간호중재

간호중재	중 재 횟 수			
	퇴원당시	퇴원후 2주	퇴원후 4주	총계(%)
원인을 사정한다	12( 32.43)	7( 31.82)	4( 50.00)	23( 34.30)
감염 예방 간호 및 치료	16( 43.24)	10( 45.45)	1( 12.50)	27( 40.30)
안녕감을 증진한다(교육)	9( 24.33)	5( 22.73)	3( 37.50)	17( 25.40)
총 계(%)	37(100.00)	22(100.00)	8(100.00)	67(100.00)

〈표 8-4〉 가정관리 유지장애에 대한 간호중재

간호중재	중 재 횟 수			
	퇴원당시	퇴원후 2주	퇴원후 4주	총계(%)
원인을 사정한다	23( 47.91)	18( 43.90)	15( 50.00)	56( 47.10)
가정관리를 유지하는 가족을 돕는 간호	11( 22.92)	11( 26.83)	7( 46.67)	29( 24.40)
안녕감을 증진한다(교육)	14( 29.17)	12( 29.27)	8( 53.33)	34( 28.50)
총 계(%)	48(100.00)	41(100.00)	30(100.00)	119(100.00)

〈표 8-5〉 건강추구행위

간호중재	중 재 횟 수			
	퇴원당시	퇴원후 2주	퇴원후 4주	총계(%)
변화시키려는 관심사/문제/버릇을 사정한다.	9( 37.50)	9( 34.62)	7( 31.81)	25( 34.70)
건강 증진을 계획하도록 환자를 돕는다.	9( 37.50)	11( 42.31)	10( 45.46)	30( 41.70)
안녕감을 증진한다(교육)	6( 25.00)	6( 23.07)	5( 22.73)	17( 23.60)
총 계(%)	24(100.00)	26(100.00)	22(100.00)	72(100.00)

〈표 8-6〉 만성 통증

간호중재	중재횟수			
	퇴원당시	퇴원후 2주	퇴원후 4주	총계(%)
원인을 사정한다	1( 4.17)	3( 13.64)	3( 14.29)	7( 10.50)
만성 통증에 대한 반응을 확인한다	17( 70.83)	13( 59.08)	12( 57.13)	42( 62.70)
통증을 다루는 간호를 시행한다	3( 12.50)	3( 13.64)	3( 14.29)	9( 13.40)
안녕감을 증진한다(교육)	3( 12.50)	3( 13.64)	3( 14.29)	9( 13.40)
총 계(%)	24(100.00)	22(100.00)	21(100.00)	67(100.00)

〈표 8-7〉 불용증후군

간호중재	중재횟수			
	퇴원당시	퇴원후 2주	퇴원후 4주	총계(%)
합병증을 평가한다	7( 9.46)	4( 6.15)	4( 6.25)	15( 7.40)
예방법과 교정법을 시행한다: 피부, 배설, 호흡, 혈관계, 근육계, 감각/지각, 자아개념(무력감), 자아개념(신체상)	64( 86.49)	58( 89.24)	57( 89.06)	179( 88.20)
안녕감을 증진한다(교육)	3( 4.05)	3( 4.61)	3( 4.69)	9( 4.40)
총 계(%)	74(100.00)	65(100.00)	64(100.00)	203(100.00)

〈표 8-8〉 피부통합성 장애

간호중재	중재횟수			
	퇴원당시	퇴원후 2주	퇴원후 4주	총계(%)
위험요인을 사정한다	4( 10.00)	3( 7.69)	2( 5.71)	9( 7.90)
피부통합성을 최상의 수준으로 유지한다	17( 42.50)	17( 43.59)	17( 48.57)	51( 44.70)
안녕감을 증진한다(교육)	19( 47.50)	19( 48.72)	16( 45.72)	54( 47.40)
총 계(%)	40(100.00)	39(100.00)	35(100.00)	114(100.00)

6) 만성 통증

만성통증은 퇴원당시 24회, 퇴원 2주후 22회, 퇴원 4주후 21회로 총 67회였으며 간호중재내용으로는 원인을 사정한다 7회, 만성 통증에 대한 반응을 확인한다 42회, 통증을 다루는 간호를 시행한다 9회, 안녕감을 증진한다(교육) 9회였다.

7) 불용증후군

불용증후군은 퇴원당시 74회, 퇴원 2주후 65회, 퇴원 4주 64회였다. 각각의 중재내용을 보면 합병증을 평가한다 15회, 예방법과 교정법을 시행한다: 피부, 배설, 호흡, 혈관계, 근육계, 감각/지각, 자아개념(무력감), 자아개념(신체상) 179회, 안녕감을 증진한다(교육) 9회였다.

8) 피부 통합성 장애

피부통합성 장애는 퇴원당시 40회, 퇴원 2주후 39회, 퇴원 4주후 35회였다. 각각의 간호중재 내용을 보면 위험요인을 사정한다 9회, 피부통합성을 최상의 수준으로 유지한다 51회, 안녕감을 증진한다(교육)가 54회였다.

7. 가정간호업무 계획 분석

본 연구 대상자들에게 가정간호를 시행하기 전 계획하고 수행한 중재 내용은 다음과 같다. 환자 교육에서 식이 20회, 운동 36회, 약물 22회, 기구 관리 3회, 상처관리 13회로 교육측면의 간호가 가장 많았다. 개인위생에서는 목욕 22회, 구강간호

14회, 용변간호 13회였다. 임상 간호 부분에서는 투약 간호가 23회로 가장 많고 그 다음이 식사제공이었다. 운동에서는 근관절운동이 25회, 체위변경이 26회로 상당히 많이 수행하는 가정간호로 나타났다<표 9>.

<표 9> 가정간호활동

	퇴원시	퇴원후 2주	퇴원후 4주	총계(%)
<b>환자교육 :</b>				
식이	8	6	6	20
운동	13	12	11	36
약물	10	7	5	22
기구관리	3			3
상처관리	7	4	2	13
기 타	2	2	3	7
소 계	43	31	27	101
<b>개인위생</b>				
목욕	8	10	4	22
구강간호	7	4	3	14
용변간호	5	4	4	13
소 계	20	18	11	52
<b>임상간호</b>				
욕창	4	3	2	9
투약간호	9	7	7	23
식사제공	5	3	2	10
특수 식이	3	2	2	7
기구간호				
기관절개 간호	1	1	1	3
소 계	22	16	14	52
<b>운동</b>				
ROM 운동	9	8	8	25
이동운동	3	2	3	8
체위변경	11	9	6	26
소 계	23	19	17	59

V. 논 의

본 연구는 병원중심 가정간호는 병원에서의 치료와 가정이 연계되어 제공하는 것이 상당히 효율적이라는 가정 하에 입원시 병동 간호사를 가정까지 연계시켜 가정간호를 제공하고 그 효과를 분석하였다.

그 결과 가정간호를 받은 대상자들의 일상생활

기능이 현저하게 증가되었으며 이는 본 연구 대상자들이 퇴원 당시 상당한 일상생활 기능에 장애가 있어 '기동성 장애'라는 간호진단 하에 퇴원하였으며 간호진단을 근거로 병원에서부터 연계된 간호사들이 집중적으로 운동이나 교육을 실시한 결과라고 판단된다.

또한 가정간호에 대한 만족도는 신체적, 심리적 상태, 자기간호 상태 등에서 알 수 있듯이 70% 이상에서 매우 만족하다고 보고하여 가정간호를 받은 대상자나 가족 모두 매우 만족해한다는 것을 알 수 있다. 퇴원후 2주까지는 가정에서의 생활에 매우 심한 적응장애를 나타내는 것으로 알려지고 있는데 이러한 이행기에 병실간호사들의 가정방문으로 새로운 라포를 형성할 시간을 줄일 수 있었기 때문에 더욱 큰 효과를 나타낸 것으로 여겨진다. 이는 퇴원 시부터 간호제공자가 간호를 계획하여 시행하는 것이 일반적인 가정간호보다 더 효과가 있다고 보고한 Rhods(1992)나 Chwalow 등(1990)의 결과와도 일치한다. 이러한 환자들의 주관적 반응은 앞으로 환자 중심의 서비스를 지향하는 병원에서 반드시 고려하여야 할 요인이라고 생각되며 효과적인 병원 운영을 위해서도 병원 중심의 가정간호 체계가 도입되어야 할 것이다.

한편 퇴원 당시와 가정간호가 이루어진 퇴원후 2주와 4주에 가장 많이 내려진 간호진단은 본 연구의 대상자가 신경 근육 골격계 만성 질환자로 제한되어 있었던 특성때문에 두 군 모두 '건강유지 장애', '기동성 장애', '감염 잠재성', '가정관리 유지 장애', '건강추구 행위' 등이었다. 가정간호 진단목록은 모두 18개가 도출되었는데 이 중 퇴원후 빈도가 줄었던 간호진단은 감염잠재성 뿐인 것으로 보아 신경 근육 골격계 만성 질환자들의 경우 가정간호 계획시 퇴원후 2주나 4주에 간호문제가 크게 변화되지 않는다는 것을 고려해야 할 것이다.

가정간호 내용을 사정간호, 실제로 문제를 해결하기 위한 간호, 안녕감을 증진하기 위한 교육 간호로 나누어 살펴보면 교육 간호가 가장 많이 직접적 중재가 가장 많이 나타난 서미혜 등(1995)의 결과와는 차이가 있다. 그러나 서미혜 등

(1995)의 연구에서는 신체적 기능, 정신 사회적 기능, 가족과 시설 및 환경에 관련된 간호로 나누어 비교한 것에 비해 본 연구에서는 직접적 간호 행위를 세부적으로 나누지 않았던 때문인 것으로 보인다. 실제로 본 연구 결과 만들어진 가정간호 계획지를 살펴보면 직접 간호에 해당하는 세부 항목이 가장 많으며 세부 항목별로는 실제 간호가 가장 많이 시행되었다고 할 수 있다. 또한 이 결과들은 어떤 의미에서 가정간호사들이 상당 부분 가정간호에 초점을 두고 간호하고 있다는 것을 나타낸다고도 할 수 있어 앞으로는 가정 환경이나 심리적 측면의 간호에도 초점을 맞추어야 할 것으로 보인다.

또한 가장 많이 시행한 교육은 가정간호문제 사정에서는 거의 없는 것으로 나타났는데(퇴원시 교육에 대한 요구, 빈도 0.4), 퇴원 시부터 퇴원 후 4 주까지 계속 같은 중재를 시행한 것으로 나타나 환자의 요구와 간호사의 행위가 일치하지 않은 것으로 나타났다. 이는 두 가지로 해석할 수 있는데 하나는 사정 시에 교육 요구를 정확하게 사정하지 못했을 수도 있고 다른 하나는 환자의 요구와 상관없이 간호사들이 일방적으로 중재를 시행하였다고도 볼 수 있다. 따라서 교육 요구를 정확하게 사정하는 도구를 개발하여야 할 뿐 아니라 가정간호사를 교육할 때 환자의 요구를 정확하게 사정하여 중재할 수 있도록 더욱 교육이 강화되어야 할 것이다.

연구 대상자들의 생활 만족도에서는 가정간호 중재와 관련이 없는 것으로 나타났는데 이는 생활 만족도가 가정간호 중재 외에 가정, 환경, 경제적인 변수에 많은 영향을 받을 뿐 아니라 단기간에 쉽게 변할 수 있는 변수가 아니었기 때문인 것 같다. 따라서 생활만족도는 단기간의 가정간호 중재 효과의 결과 변수로 측정하는 것이 부적절하다고 생각된다.

본 연구에서 나타난 간호 문제 양상에서 연구 대상 환자를 신경 근골격계 기능장애 환자로 제한하였기 때문에 그들이 가지고 있는 문제가 두 군간에 차이가 없었던 것은 당연한 결과이다. 그러나 실험군이 대조군보다 간호문제가 거의 두 배

이상 많았던 점은 병동 간호사가 다시 방문하므로써 초기 사정 시간을 줄일 수 있었을 뿐 아니라 연구 목적을 달성하기 위하여 의도적으로 더 세밀하게 자료를 수집하였던 것도 부분적인 이유가 될 것이라고 생각된다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 병원에서 퇴원 시에 추후관리가 많이 필요한 만성 신경 근골격계 환자를 대상으로 병원 입원 당시부터 퇴원간호 계획을 세우고 퇴원 후에 입원 당시의 담당간호사가 환자의 가정을 방문하여 간호진단 중심의 간호문제를 중심으로 가정간호 중재를 시행한 후 환자의 일상생활기능, 생활만족도 및 가정간호만족도 등을 분석하고 간호진단을 바탕으로 시행한 간호중재를 목록화하고자 하였다.

가정간호 내용에서는 교육이 가장 많았으며 특히 운동에 대한 교육이 많았다. 위생간호에서는 목욕을 가장 많이 시행하였으며 투약에 대한 가정간호도 상당 부분 차지하였다. 그 다음으로 많았던 내용은 운동간호 부분으로 이는 본 연구대상자의 특성이 주로 기동성장애였기 때문이라고 생각된다.

가정간호의 효과에서도 일상활동 기능이 가장 증가한 것으로 나타나 운동간호 중재는 간호사들이 독자적으로 가정에서 수행할 수 있고 그 효과도 높일 수 있는 중재라고 생각된다. 따라서 이 부분의 간호중재가 더욱 개발되어야 할 것이다. 가정간호에 대한 환자나 가족들의 반응도 매우 긍정적이었던 점으로 보아 병원중심의 가정간호가 추후간호 방법으로 효과적이라는 것을 시사하고 있다.

특히 병원중심의 가정간호에 반응이 높았던 이유는 이미 자신을 담당하여 간호하던 간호사가 직접 방문하므로 환자들이 일단은 간호사를 신뢰하여 신체적, 심리적으로 더욱 안정되었고, 가족들 역시 대상자 간호에 자신감을 가지고 더욱 적극 참여할 수 있었던 것 같다. 또한 가족의 건강문제를 조기 발견할 수도 있고 건강 교육까지도 가능

할 것으로 생각되어 병원에서의 가정간호 사업이 절실히 필요하다는 것을 나타낸다.

본 연구는 환자가 입원할 당시부터 그 개인에게 적합한 퇴원 계획을 세워 조기퇴원에 대하여 신체적, 심리적으로 준비를 시킨 후 가정간호로 연계 시킨다는 점에 그 의미가 있다고 보겠다. 또한 본 연구를 위해 제작된 퇴원계획 지침서와 가정간호를 위한 간호진단목록은 가정간호 사업에 대한 연구에 도움이 될 수 있으며 학생 교육에도 활용될 수 있다. 뿐만 아니라 가정간호사들의 업무에도 활용할 수 있을 것이다. 그러나 간호진단 중심의 간호문제의 발생 빈도는 퇴원 전이나 퇴원 후에 변화가 없었던 점으로 보아 아직까지 간호사들이 사용하는 간호진단의 범위가 한계가 있음을 나타내므로 간호진단을 사용한 간호연구나 가정간호를 더 확대하여 시행하여야 한다.

## 참 고 문 헌

- 김경숙(1979). 노령인구의 인구학적 분석. 서울대학교 보건대학원.
- 김성실(1985). 가정간호 요구 및 수행실태에 관한 조사연구-강원도 일부지역을 중심으로-, 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 김명희(1993). 개심술환자의 퇴원후 간호요구에 대한 조사연구. 간호학회지, 23(4), 664-677.
- 김모임(1991). 가정간호사업과 방문간호 사업. 대한간호, 30(2), 6-12.
- 김조자, 유지수, 박지원(1989). 방문간호를 통한 암환자의 위기증제 효과에 관한 연구. 간호학회지, 19(1) 63-80
- 김정순(1981). 노인 인구의 주요 질환. 한국 노년학, 1, 8-17.
- 문옥륜(1985). 21세기의 노인 문제와 의료보험. 한국 노년학, 5, 83-93.
- 서문자(1989). 편마비 환자의 퇴원후 적응상태와 관련요인분석, 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 서미혜, 이혜원, 전춘영(1995). 가정간호 시범사업 간호진단 및 간호중재 분석 연구. 대한간호, 34(5), 52-65.
- 송미순(1991). 노인의 생활기능 예측 모형 구축. 서울대학교 박사학위 논문.
- 윤진(1982). 노인 생활 만족도 척도 제작연구. 한국 심리학회 학술발표 대회 초록. 한국심리학회, 26-30.
- 이영신(1993). 만성 입원환자 가족원의 부담감. 서울대학교 석사학위논문.
- 이은옥, 이선자, 박성애(1981). 퇴원시 환자의 간호요구도 조사. 간호학회지, 11(2), 33-52.
- 이홍자(1989). 만성질환 환자의 가정간호 필요에 대한 조사연구, 서울대학교 보건대학원
- 전산초, 김모임, Margaret Story, 조원정, 김의숙, 추수경(1981). 조기퇴원 프로그램에서 제공된 지역사회 간호사업에 관한 평가연구, 연세대학교 간호학 연구소.
- 최연순, 김대현, 서미혜, 김조자, 강규숙(1992). 퇴원 환자의 가정간호 요구와 가정간호 사업의 효과 분석-일 종합병원을 중심으로-. 대한간호, 31(4), 77-97.
- 한경자, 박성애, 하양숙, 윤순녕, 송미순(1994). 일개 군 지역의 가정간호 요구조사. 간호학회지, 24(3), 484-498.
- 홍여신, 이은옥, 서문자(1990). 추후 간호가 필요한 만성질환 퇴원환자 가정간호 시범사업 운영 연구. 간호학회지, 20(2), 227-249.
- 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.
- Bone L. R., Palmer M. H., & Mamon, J. (1988) : Improving patient care through a collaborative discharge planning instru-



- ment, Nursing Connections, Vol 1, No 4, winter.
- Chwalow, A. J., Mamon, J., Crosby, E., Grieco, A. J., Salkever, D., Fahey, M., & Levine, D. M.(1990). Effectiveness of a hospital-based cooperative care model on patients' functional status and utilization. Patient Education & Counseling, 15, 17-28.
- Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F.(1991). Nurse's Pocket Guide : Nursing Diagnoses with Interventions, 3rd Ed. F. A. Davis Company, Philadelphia.
- Fackelmann, A.(1984). Hospitals must consider expansion into long-term care market : Experts. Modern Healthcare, 14.
- Lawton, M. P., & Broody, E.(1969). Assessment of older people : Self maintaining and instrumental activities daily living. Gerontologist, 9, 179-183.
- Martinson, I. M. & Widmer, A.(1989). Home Health Care Nursing. W. B. Saunders Company.
- McCloskey, J. C., & Bluechek, G. B.(1992). Nursing Interventions Classification (NIC). Mosby Year Book.
- McFarland, G. K. & McFarland, E. A. (1993). Nursing Diagnosis & Intervention, 2nd Ed. C. V. Mosby.
- 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.
- 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 Magaz
- 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, Vol 9, No. 6.

## Abstract

## The Effects of Hospital Home Nursing Interventions based on the Nursing Diagnosis

Suh, Moon Ja\*·Kim, Keum Soon\*  
Kim, Myung Ae\*\*·Kim, Inja\*\*\*·Son Hang Mi\*\*\*\*

Home nursing interventions based on nursing diagnosis were implemented to the patient who are discharged from one hospital often the treatment for chronic neuromuscular system problem, and its effects were studied. The purpose of this study was to find out the effectiveness of hospital bouned home nursing provided by hospital nurses and to categorize home nursing diagnosis and its interventions.

Data from experimental group patients were collected at three different time ; at the time of discharge, two weeks after discharge and our weeks after discharge. Data from

controll group patients were collected twice ; the first one at the time of discharge, and the other one four weeks after discharge.

For this study nursing assessment and intervention booklet developed by the research team.

There were no significant decrease of the number of nursing problems and life satisfaction.

But daily activity level of patients showed the signs of significant improvement at the time of four weeks after discharge.

Results of this study indicates that home nursing intervention based on nursing diagnosis provided the patients with noticeable difference in health maintanance, impairment of physical mobility, potential for infection, impaired home marntenance management, health seeking behavior, chronic pain, disuse syndrome, impaired skin integrity.

Key concept : home care nursing diagnosis,  
home care nursing interventions

---

This paper was supported by Non Directed Research Fund, Korea Research Foundation.

\* Professor, College of Nursing, Seoul National University

\*\* Director, Department of Nursing,  
Seoul National University Hospital

\*\*\* Research assistant, College of Nursing,  
Seoul National University

\*\*\*\* Teaching assistant, College of Nursing,  
Seoul National University.