

가정 물리치료제도에 대한 인식 및 필요에 대한 조사연구 - 가정간호수습생을 대상으로 -

동남보건대학 물리치료과/우리들 병원 물리치료과*/한양대학병원 재활의학과**/신구 대학 물리치료과***

권혜정 · 홍완성 · 김명준* · 양영애** · 황성수***

A Study on the Needs and Understanding about the Home Physical Therapy System

Kwon, Hei-Jeoung, M.P.H., R.N., R.P.T. / Hong, Wan-Seong, Ph.D., R.P.T.,

Kim, Myung-Joon, R.P.T.,* / Yang Yung-Ae, M.A., O.T.R., R.P.T.**

Hwang, Seong-Soo, Ph.D., R.P.T.***

Dept. of Physical Therapy, Dong Nam Health College

*Dept. of physical Therapy, Wooridul Hospital**

*Dept. of Rehabilitation Medicine, Hang Yang Hospital University***

*Dept. of Physical Therapy, Shin Gu College****

- ABSTRACT -

The purpose of this study was to investigate the need and understanding about the physical therapy. The subjects of this study were 101 licensee nurses who was taking the home nursing trainers. The results were as follows :

1. The home nursing trainers(97.1%) were required the need for home physical therapy service. The reasons which requires the home physical therapy were 'the increased elderly patients(97.0%)', 'the early leaving of the hospital(96.0%)', 'the lack of caretakers(96.0%)', and 'the increased chronic patients(96.0%)'.

2. The ratio of affirmation of home physical therapy system was 97% of the home nursing trainers, the reasons which were helped the patients was 'the saved time(97.0%)', 'the decreased psychological stress(95.0%)' 'the continuing treatment after discharge(93.0%)' and 'the teaching patients and care-takers(93.0%)'.

3. The main center which was organized the home physical therapy service was 'the department of

home physical therapy and the home nurse(42.6%)', 'the department of home nurse(22.8%)', and 'the department of home physical therapy(11.9%)'.

4. The home nursing trainers wanted to learn the home physical therapy methods for chronic patients(95.0%). The contents of home physical therapy methods was 'the therapeutic exercise for preventing deformity(15.4%)', and 'maintenance of normal posture and how to change body position(12.4%)'.

5. Statistically significant difference in the teams (the home physical therapy, the home nurse, and the home physical therapy with the home nurse) was found between the age groups, and statistically significant difference in the teams was found between the educational degree groups.

차 례

서 론

연구의 필요성

연구의 필요성

연구의 목적

연구의 제한점

이론적 배경

연구방법

조사대상

조사방법

자료 수집 방법 및 기간

조사도구

연구결과

고찰

결론 및 제언

※ 참고문헌

인간의 평균수명이 생활수준의 향상 및 의학의 발달로 연장됨에 따라, 노인인구가 점차 증가되어 가고 있다. 1960-1970년대에는 전염성 질환의 발생률이 높았으나, 현재에는 점차 감소되어 만성퇴행성 질환 즉, 악성 신생물, 당뇨병, 고혈압성 질환, 뇌혈관 질환 등 성인병이 급격히 증가하고 있다. 뿐만 아니라, 도시화, 산업화에 따른 급격한 생활환경의 변화로 정신질환자가 증가되면서, 사회문제화되고, 선천성 장애인도 물론 산업화에 따른 후천성 장애인이 급증하고 있다(최연순 등, 1992).

노인과 성인병 환자의 증가는 이들에 대한 장기간의 치료와 관리요구, 질적인 삶과 건강에 대한 요구등이 높아지고 있을 뿐만 아니라, 1989년 전국민 의료보험과 더불어 의료수요 또한 급증하고 있다. 그러나 보험재정확보가 미흡하여 현행의료체계에서는 다양한 의료수요를 충족시키지 못하는 실정일 뿐만 아니라 만성질환자의 퇴원 후 추후관리가 적절치 않아 병원치료를 더 이상 필요로 하지 않는 경우에도 지속적으로 입원해 있게 되므로 실제로 입원치료 받아야 할 많은 환자들은 장기간 대기상태에 있게 되고, 병상회전율이 저

조하여 병원은 심한 경영난의 압박을 받고 있다(박세택등, 1978).

이러한 문제에 대한 해결책으로 조기퇴원이 권장되고 있는데, 이는 날로 급증하는 의료비를 경감시키고 동시에 환자의 자립심을 보다 빨리 회복시킬 수 있다는 점에서 널리 장려되고 있다. 그러나 지속적인 신체적 정신적 지지를 필요로 하는 만성 질환자들을 퇴원 후 관리를 위한 적절한 준비없이 가정이나 지역사회로 내보내는 것은 많은 건강문제를 야기시킬 수 있다. 그러므로 만성질환자들의 조기퇴원을 활성화시키기 위해서는 이들이 병원을 퇴원한 후에 지역사회에서 지속적인 관리를 받을 수 있도록 하는 추후관리제도 확립이 시급히 요구되고 있는 실정이다(심정길, 1994).

그래서, 우리나라에서는 1982년에 이르러 가정의학 전문의가 활동하기 시작하였고, 1990년 1월 9일 보사부령 제840호 의료법 제56조 및 동법 시행규칙 제54조로 개정공포하여, 업무분야별 간호사의 하나로 가정간호사를 신설하였다. 이러한 가정간호사 사업실시를 위한 제도적 근거로 인하여 마련하여, 1990년 6월 19일 서울대학교 보건대학원을 가정간호수습기관으로 처음 지정되었고, 40명의 가정간호사의 양성한 이래 현재 전국적으로 12개 대학에서 약 480명을 양성하고 있는 중이다.

이와 같이 가정간호제도가 실시되면서 가정물리치료의 필요성이 대두되고 있다. 뉴욕의 방문간호사회에서 제시한 가정간호사업내용을 살펴보면, 11개의 간호사업중에 물리치료사업내용이 있으며(윤순녕, 1993), 최근의 가정간호에 대한 논문과 가정물리치료에 대한 논문을 살펴보면, 만성질환 및 거동불편환자에게는 물리치료가 필요하다고, 환자뿐만아니라, 의사, 간호사, 물리치료사들이 요구하고 있다. 이러한 현실과 현대적 의료요구의 변화에 부응하는 의료서비스의 다양화라는 측면에서 가정간호사 제도와 발맞추어 물리치료 분야에서도 병원중심의 물리치료만 고집할 것이 아니라

입원시켜 집중적인 치료를 제공할 필요가 없거나 입원해 있더라도 물리치료 이외 별다른 치료가 없는 환자를 대상으로 하여 환자가 가족과의 생활 및 기타 필요한 사회, 경제적 활동을 유지하면서도 장기간의 질병관리를 효율적으로 이행할 수 있도록 해주는 가정물리치료 제도를 도입해야 할 필요성이 있다. 가정물리치료 제도가 정착된다면 지속적이며 장기적인 관리를 필요로 하는 만성퇴행성환자, 노인성질환 환자, 교통사고 및 산재사고로 인한 장애환자 뿐만 아니라 일반 재가 장애인까지 큰 경제적 부담 없이 가정이라는 정서적으로 안정된 분위기에서 병원과 연계된 지속적인 치료를 받을 수 있을 것으로 생각한다. 사회적으로나 병원경영의 측면에서 보더라도 가정물리치료제도가 정착되면 최소의 비용으로 새로운 의료요구에 호응할 수 있으며 의료보험재정에 도움이 되고 병상 가동율의 개선으로 병원경영의 효율화를 기할 수 있게 될 것이다(심정길, 1994). 또한 환자들 중에는 퇴원한 후에도 계속적으로 물리치료를 받아야하는 경우에는 퇴원을 하고 싶어도 교통거리 상에 물리치료를 받기 위해서 퇴원을 늦게 하는 경우에도 가정물리치료가 필요하다고 하겠다.

1990년도부터 가정간호사업이 실시되어 왔으나, 이 가정간호 사업중의 한 부분인 만성 및 거동불편환자에게 더욱 조직적인 치료를 하고자 한다면, 가정물리치료 사업이 함께 이루어져야 한다고 하겠다. 가정물리치료는 20년 전부터 병원에서 치료하다가, 퇴원 후에도 계속 필요할 시에, 환자의 보호자의 요청에 따라, 개인적으로 물리치료가 가정에 직접 가서 비공식적으로 치료를 해오고 있었으나, 공식적으로는 실시되지 못하였다. 이렇게, 가정물리치료가 제도가 실시되지 못하였기 때문에, 물리치료가 실제로 필요한 환자들에게 이를 제공하지 못하고 있으며, 가정간호사제도로만 만성 및 거동불편환자를 치료한다면, 간호사업무의 한계로 물리치료를 제공하지 못하는 결과를 가져오게 될

것이다.

그러므로, 가정물리치료사제도와 가정간호사제도를 독자적인 역할로 서로 존중해주고, 상호 협조할 수 있는 제도체계가 앞으로 구성되고, 실시되어지면, 지역 사회의 환자 및 주민에게 가정간호와 가정물리치료의 실질적으로 질적인 향상을 도모할 수 있다고 하겠다. 환자, 보호자, 물리치료사들을 대상으로 조사한 연구를 보면(김순화,1996; 김동미,1996; 심정길,1994; 양영애,1997), 가정물리치료제도의 개설이 필요하다고 하였다. 또한 실제로 시행 중인 가정간호와 관련된 연구에서도 간호사들은 물리치료가 필요하다고 하였다(조윤희,1990; 윤순녕,1991; 김모임,1991; 윤순녕,1995; 조원정,1991). 이에 가정간호수습생들을 대상으로 가정물리치료제도의 필요 및 인식에 대해 조사를 해 봄으로써, 앞으로 가정물리치료제도가 개설되었을 때, 함께 지역사회에서 직접 참여할 가정간호사들의 가정물리치료 필요여부를 재인식하여 살펴보고, 서로의 독자적인 역할을 존중해 주고 상호 협조하는 체계가 되는 데에 기초적인 자료를 제공하고자 한다.

연구의 목적

본 연구는 가정간호수습생을 대상으로, 노인 및 만성질환환자, 거동불편환자들을 치료할 때 함께 동반할 가정간호사들의 가정물리치료 제도의 필요성과 인식에 대해서 분석파악함으로써, 앞으로 가정물리치료 제도의 정착 및 운영할 때 필요한 기초자료를 제공하고자 함이다. 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다;

- 1) 가정간호수습생들의 일반적 특성을 알아본다.
- 2) 가정간호수습생들의 가정물리치료제도의 필요성 및 기대효과에 대해서 알아본다.
- 3) 가정간호수습생들의 가정물리치료제도의 운영체제에 대해서 알아본다.
- 4) 가정간호수습생들의 연령, 임상경력, 학력에 따

른 가정물리치료팀 구성형태의 관계를 알아본다.

- 5) 가정간호수습생들의 연령, 임상경력, 학력에 따른 가정물리치료교육의 필요성의 관계를 알아본다.

연구의 제한점

본 연구는 연구결과를 일반화하여 해석하는데, 다음의 제한점이 있다.

- 1) 실제로 가정에서 환자를 치료하고 있는 현직 가정간호사를 대상으로 조사하여야 하나, 설문조사하는 데에 어려움이 있어, 가정간호수습생을 대상으로 하였다.
- 2) 12개 대학 가정간호수습생(약 480명)을 실시하여야 하나, 조사대상을 연구자가 임의로 3개대학만을 선정하였으므로, 연구결과를 전체 가정간호수습생에게 일반화 하는데에 제한점이 있다.
- 3) 가정간호수습생을 대상으로 하는 가정물리치료사 제도의 필요 및 인식에 대한 논문이 거의없어서 비교 고찰 할 수 없었다.

이론적 배경

가정물리치료의 정의

가정물리치료를 정의하기 전에, 물리치료사들의 논문을 살펴보면 '가정물리치료', '가정방문 물리치료' 또는 '가정재활치료' 등의 용어를 혼란하여 사용하고 있다. 그러므로, 연구하고자 하는 목적에 따라 용어를 구분하기 위해서 먼저 '가정간호'와 '방문간호' 용어의 개념 차이를 살펴보고자 한다.

가정간호의 정의를 살펴보면 일정거주지 내에 있는 대상자에게 질병예방, 건강의 유지 및 증진, 건강 회복과 함께 질병의 후유증이나 불구를 최소화하기 위하여

개인과 가족을 대상으로 제공하는 간호라고 했으며 (Stanhope et al., 1989), 추후치료관리를 받아야 할 환자, 조기퇴원환자, 고령자, 만성질환자에게 규격화된 병원에서 수행하던 간호를 가정에서 안정되고 친숙한 분위기에서 가정 중심의 포괄적인 간호를 제공하여, 환자와 가족의 심리적 안정 및 시간의 경비를 절감하는 효율적인 간호양상이라고 하였다(Peggy et al., 1980). 정규간호사에 의해 가정에서 간호가 제공되면, '가정간호'이고, 이 간호가 일시적인 선행이 아니라, 노인 및 만성퇴행성질환의 치료목적이 있어 조

직화되어 제공되면 '가정간호사업'이라고 할 수 있다 (김모임, 1991). 방문간호는 소외계층인 저소득시민을 대상으로 가정방문을 통하여 포괄적이고 적극적인 의 료서비스를 제공하므로 건강유지·증진을 도우며, 환 자 및 가족의 건강관리능력 함양과 복합적인 건강문제 를 파악 해결해 주므로 재활의욕을 고취시키고 복지향 상을 도모하는 간호를 말한다(김용숙, 1995). 즉, '방 문간호사업' 이 곧 '가정간호사업' 은 아니다. 보편적 으로 환자나 대상자를 기다리지 않고, 이들이 거주하 는 가정을 방문하여 모든 연령의 의뢰된 환자의 치료,

표1. 가정물리치료의 영역분류 및 내용

물리치료활동영역	세 부 항 목	구체적인 물리치료
사정	상태측정 및 관찰 평가	상태변화 사정, 평가 및 점검, 문제확인과 진단
직접적인 물리치료	기본적인 처치 치료적 물리치료 지지 및 보조	기형예방과 일상생활동작 및 신변처리 능력향상. 전기, 광선, 수치료(hot pack, TENS, EST등 기구사용) 운동치료(NDT, PNF, OMPT, CTM등의 기법을 사용) 정서적지지, 치료행위 보조, 입원 또는 외래방문 수속, 감 독, 의뢰결과 전달.
치료상담 및 교육	상담 교육 시범교육 및 훈련	상태담당, 질병증상, 상태, 기구 및 장비. 위험요인, 경고 증상 교육, 보호자가 치료할 교육내용 및 가정치료 프로그램교육, 자조활동, 체위변경, 간단한 작업치료 및 언어치료, 보조장구 사용법
가족 상담 및 교육	가족 관계 역할조정 지지	장애에 관한 이해증진, 효율적인 환자지원대책 마련 가족구성원들간의 협조유도
시설 및 환경	가정관리 기구 및 시설관리	의·식생활 조력, 생활공간의 재배치 환자관련기구의 관리, 시설조정 (환자가 이동하거나 사용하기 편리하도록 조정)
의뢰	직접의뢰	주치의 의뢰, 병원의뢰, 관련기관 의뢰

* TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

* EST : Electrical Stimulation Treatment

* NDT : Neuro-Developmental Treatment

* PNF : Proprioceptive Neuromuscular Facilitation

* OMPT : Orthopedic Manual Physical Therapy

* CTM : Connective Tissue Massage

지원하고 예방하는 것을 목적으로 하는 사업을 의미한다(김모임, 1991). 그러므로, 가정간호와 방문간호의 의미와 비교하여 가정물리치료의 개념을 정의하면, 물리치료 서비스가 필요한 환자들에게 의사의 처방을 기초로 하여, 가정이라는 생활환경에 가정물리치료가 환자의 필요로 정기적으로 물리치료서비스를 제공하는 것이라 할 수 있다.

가정 물리치료의 적용대상, 내용 및 분류

가정 방문 물리치료의 적용대상을 보면, 담당의사가 퇴원 후 물리치료가 필요하다고 인정된 환자로서, 대상자를 분류하면, 첫째, 관절염등 뼈, 관절의 만성질환자, 둘째, 뇌졸중, 뇌손상, 척수손상등 물리치료가 필요한 환자, 셋째, 요추 및 경추수술환자, 인공고관절

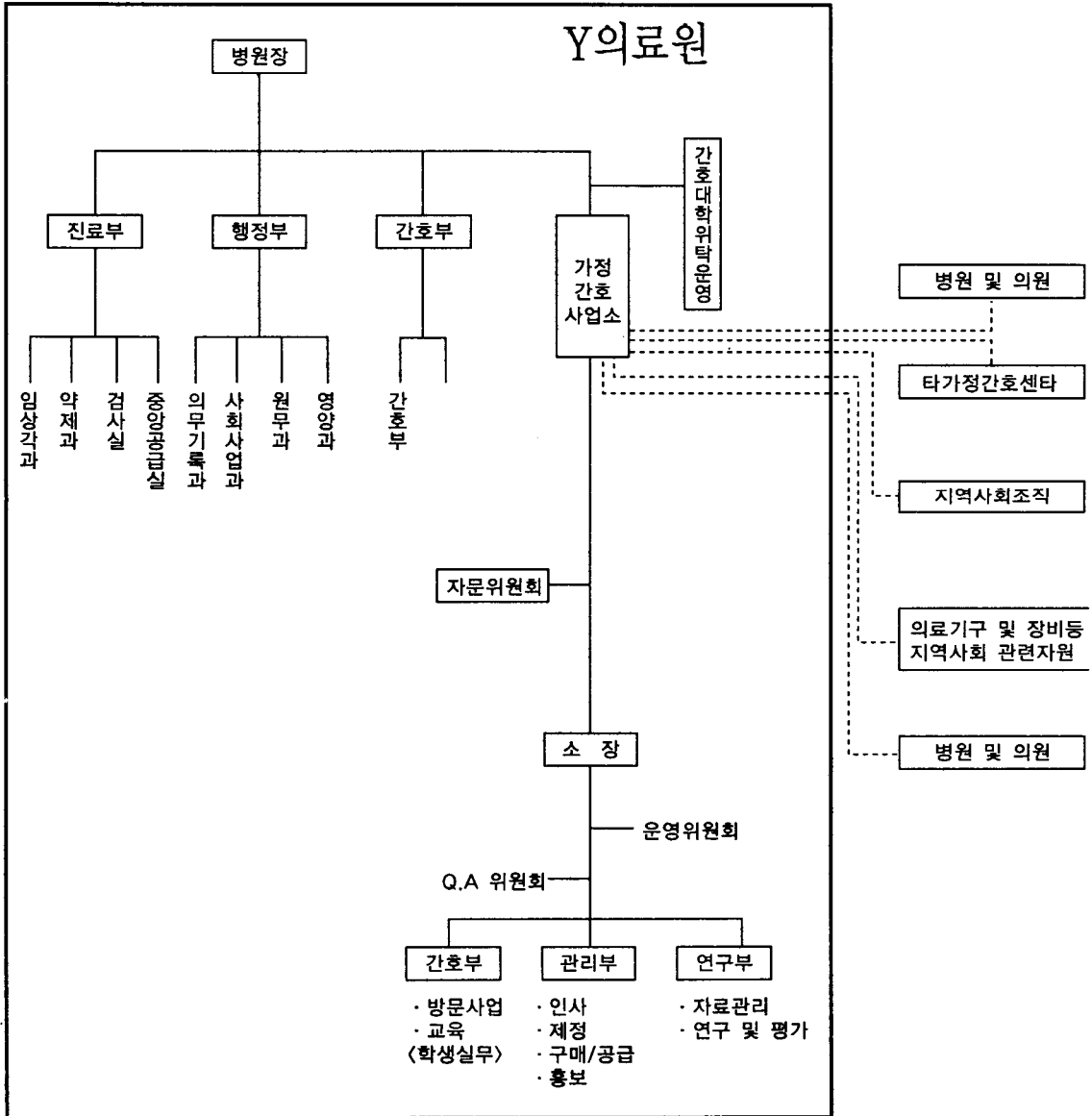


그림 1. 가정간호사업의 조직체계

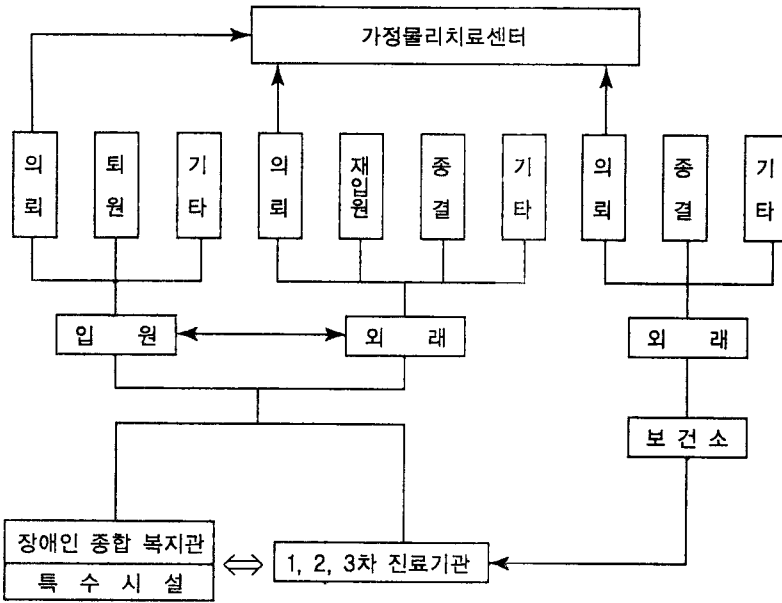


그림2 가정물리치료센터 중심의 가정물리치료서비스를 위한 환자의뢰체계

전대치술 등 수술후 조기퇴원환자, 넷째, 기동성장애, 치매 등으로 누워있는 노인환자, 다섯째, 뇌성마비, 운동발달지체 장애 및 장애아동 등으로 구분 할 수 있다(김동미, 1996). 또한 가정간호 서비스 영역 분류 및 내용을 토대로 하여, 가정방문 물리치료의 영역 분류 및 내용을 수정보완한 표를 살펴보면, 표1과 같다(김동미, 1996).

가정물리치료제도와 가정간호제도의 운영체계

가정간호사업은 기존의 보건의료 전달 체계의 일환으로, 장기입원 현상을 완화시키고, 병상회전율을 증진시키고, 병원입원이 필요한 국민요구를 충족시키며, 국민들의 의료부담을 경감시키고, 저렴한 양질의 간호를 제공하고자 하는 것이다.

가정시범사업의 목적은 의사와 환자에게 조기퇴원을 할 수 있는 조건을 구비해 줌으로써 병원 회전율을 증가시켜, 입원을 필요로 하는 사람들의 욕구를 충족시킨다. 병원치료와 가정간호를 연계시킴으로써 연속

된 치료계획에 따라 간호를 받을 수 있도록 한다. 장기 입원 현상을 완화시키고 병상의 회전율을 증가시킴으로써 병원 운영의 효율화를 도모한다. 실제 시범사업을 운영함으로써 정부의 정책결정에 기본자료를 제공하고 가정간호수가 정책개발에 기본자료를 제공한다. 가정간호사업의 조직은 그림 1과 같다.

또한, 가정간호의 병원 중심 간호사업을 바탕으로 수정 보완한 가정 물리치료센

터 중심의 가정 anff3치료 서비스를 위한 환자의뢰체계는 그림 2와 같다(김동미, 1996).

연구방법

조사대상

서울시내 소재하고 있는 S대학, K대학, H대학에서 현재 가정간호과정을 수습하는 정규간호사를 대상으로 연구목적에 이해하고, 참여를 수락한 가정간호수습생 101명을 대상으로 하였다.

조사방법

1) 자료 수집 방법 및 기간

1999년 10월 20일부터 22일까지 연구자가 직접 각 대학을 방문하였으며, 대상자 총 125명에서 회수된 설문지 105명 중 처리 불가능한 4명을 제외한 101명을 대상으로 하였다.

2) 조사도구

가정물리치료사제도의 필요성 및 인식에 대한 설문 문항 (심정길,1994; 김순화,1996; 김동미,1996 ;양영애,1997)과 연구자들이 고안한 문항을 수정 보완하여 설문지를 작성하였다. 작성된 설문지 문항은 사전예비 조사를 실시한 후 설문내용을 재수정 보완하여, 연구 목적에 맞게 20개 문항(일반적 특성, 필요성 및 기대 효과, 운영체제)만을 사용하였다.

조사처리 및 분석방법

수집된 자료는 SPSS PC로 분석하였는데, 가정간호수습생의 일반적 특성에 대해서는 실수와 백분율로 산출하였고, 가정간호수습생의 필요성 및 인식에 대해서는 실수, 백분율과 χ^2 검증을 구하여 유의성을 보았다.

연구결과

연구대상자의 일반적 특성

성별로 보면, 여자가 대부분이었으며(99.0%), 연령별로 보면, 24-60세가 63명(62.4%), 34-43세가 33명 (32.7%)의 순 이었다. 간호임상경력을 보면, 5.1-10년이 46명(45.5%), 5년 이하가 35명(34.7%)의 순이었으며, 결혼유무를 보면 기혼이 53명(52.5%)이었다. 학력정도를 보면, 전문대졸이 64명(62.4%), 대학졸이 33명(32.7%), 대학원졸이 5명(5.0%)의 순 이었다. 종교를 보면, 기독교가 36명(35.6%)이었다(표2).

가정물리치료제도의 필요성 및 기대효과

가정방문 물리치료제도의 필요여부 및 이유

가정간호수습생들의 가정방문물리치료제도의 필요 여부를 보면, 매우필요하다가 46명(45.5%), 필요하다

가 42명(41.6%), 대체로 필요하다가 10명(9.9%)의 순으로 98명(97.0%)이 필요하다고 하였으며, 그 이유는 조기퇴원확대가 40명(39.6%), 장기노인환자증가가

표2. 연구 대상자의 일반적 특성

구 분	실 수 (명)	백분율 (%)	
성별	남	1	1.0
	여	100	99.0
연령	24-33세	63	62.4
	34-43세	33	32.7
	44-53세	5	5.0
경력	5년 이하	35	34.7
	5.1-10년	46	45.5
	10.1-15년	11	10.9
	15.1년 이상	9	8.9
결혼	미혼	48	47.5
	유무	기혼	53
학력	전문대졸	64	62.4
	대졸	33	32.7
	대학원졸	5	5.0
종교	천주교	17	16.8
	기독교	36	35.6
	불교	14	13.9
	기타	4	4.0
	무교	30	29.7
계	101	100.0	

표3. 거동불편환자에게 가정방문 물리치료제도의 필요여부

구 분	실수(명)	백분율(%)
매우필요	6	45.5
필요	42	41.6
대체로 필요	10	9.9
불필요	3	3.0
매우 불필요	0	0
계	101	100.0

36명(35.6%), 만성질환증가가 33명(32.0%)이었다. 간호사가 할 수 있다가 1명(33.3%), 비용(돈)이 많이 반면에 가정물리치료가 필요하지 않다(3%)의 경우, 들 것 같다가 2명(66.6%)이었다(표3, 표4, 표5). 그 이유를 보면, 가정에서 실시하는 물리치료는 가정

표4. 가정방문 물리치료제도의 필요한 이유

구 분	매우 그렇다	그렇다	대체로 그렇다	그렇지 않다	매우 그렇지 않다	계
	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)
조기퇴원확대	40(39.6)	46(45.5)	10(9.9)	1(1.0)	1(1.0)	98(100%)
장기노인환자증가	36(35.6)	54(53.5)	7(6.9)	1(1.0)	4(4.0)	98(100%)
간병가족부족	30(29.7)	44(43.6)	22(21.8)	2(2.0)	0(0.0)	98(100%)
만성질환증가	33(32.7)	54(53.5)	9(8.9)	1(1.0)	1(1.0)	98(100%)
의료비 부담억제	27(26.7)	47(46.5)	20(19.8)	4(4.0)	0(0.0)	98(100%)
재가복지확대	31(30.7)	49(48.5)	14(13.9)	3(3.0)	1(1.0)	98(100%)
종합병원환자 집중억제	24(23.8)	43(42.6)	21(2.8)	10(9.9)	0(0.0)	98(100%)
어려운 물리치료 분야 서비스 제공	23(22.8)	35(34.7)	26(25.7)	12(11.9)	2(2.0)	98(100%)

표5. 가정물리치료제도가 필요하지 않은 이유

구 분	매우 그렇다	그렇다	대체로 그렇다	그렇지 않다	매우 그렇지 않다	계
	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)
가정물리치료 서비스 가 병원보다 질이 형 편 없을 것이라 생각 한다.	0(0.0)	1(33.3)	1(33.3)	1(33.3)	-	3(100%)
병원에서 물리치료를 보고 배운 대로만 보 호자가 실시해도 충 분하다고 생각한다	0(0.0)	1(33.3)	1(33.3)	1(33.3)	-	3(100%)
비용(돈)이 많이 들 것 같다	-	2(66.6)	1(33.3)	-	-	3(100%)
누군가와 같이 일하 는 것이 부담 간다	1(33.3)	1(33.3)	1(33.3)	-	-	3(100%)
가정에서 실시하는 물리치료는가정 간호사가 할수있다	1(33.3)	1(33.3)	1(33.3)	-	-	3(100%)

표6. 가정물리치료제도가 도입된다면, 기대여부

구 분	실수(명)	백분율(%)
예	98	97.0
아니요	3	3.0
계	101	100.0

가정물리치료제도가 도입된다면 기대여부 및 이유

가정간호수습생은 가정물리치료제도가 환자에게 도움을 줄 것이라는 기대여부에 대해, 도움이 된다가 98명(97.0%)으로 대부분 긍정적이었으며, 기대되는 이유는 시간적 부담감소가 46명(46.9%), 퇴원후 지속적

표7. 가정물리치료제도가 기대되는 이유

구 분	매우 그렇다	그렇다	대체로 그렇다	그렇지 않다	매우 그렇지 않다	계
	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)
경제적 부담감 감소	13(14)	39(41.9)	27(29)	14(15.1)	0(0.0)	98(100)
심리적 부담감 감소	32(33)	51(52.6)	12(12.4)	2(2.1)	0(0.0)	98(100)
시간적 부담감 감소	46(46.9)	43(43.9)	8(8.2)	1(1.0)	0(0.0)	98(100)
퇴원 후 지속적인 치료가 가능	36(37.1)	48(49.5)	9(9.3)	4(4.1)	0(0.0)	98(100)
만성질환환자의 효율적 관리	31(32.3)	46(47.9)	18(18.8)	1(1.0)	0(0.0)	98(100)
보호자 및 환자의 치료교육	33(34.4)	45(46.9)	15(15.6)	3(3.1)	0(0.0)	98(100)
장기입원으로 퇴원	21(22.6)	34(36.6)	31(33.3)	6(6.5)	1(1.0)	98(100)

표8. 가정물리치료제도가 도입됐다면 기대가 안되는 이유

구 분	매우 그렇다	그렇다	대체로 그렇다	그렇지 않다	매우 그렇지 않다	계
	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)
물리치료환자는 지속적인 입원 및 통원치료에서 만 치료가 필요하다	-	2(66.7)	-	1(33.3)	-	3(100)
가정에서는 물리치료가 부족하기 때문이다	2(66.7)	1(33.3)	-	-	-	3(100)
물리치료사의 기술이 부족하다	1(33.3)	-	-	2(66.7)	-	3(100)
가정간호사가 가정에서 실시하는 물리치료를 할 수 있다	-	1(33.3)	1(33.3)	1(33.3)	-	3(100)

표9. 퇴원후 만성환자의 변형예방 및 기능회복 유지를 위해 필요한 보건의료인의 순위

구 분	1순위 실수(%)	2순위 실수(%)	3순위 실수(%)	4순위 실수(%)	무응답 실수(%)	계
의사	10(9.9)	18(17.8)	31(30.7)	23(22.8)	19(18.8)	101(100%)
가정간호사	58(57.4)	26(25.7)	7(6.69)	1(1.0)	9(8.9)	101(100%)
가정물리치료사	29(28.7)	36(35.6)	20(19.8)	6(5.9)	10(9.9)	101(100%)
심리치료사	3(3.0)	5(5.0)	23(22.8)	49(48.5)	21(20.8)	101(100%)

표10. 만성중추신경계 손상환자의 가정치료요구의 순위

구 분	1순위 실수(%)	2순위 실수(%)	3순위 실수(%)	4순위 실수(%)	5순위 실수(%)	6순위 실수(%)	무응답 실수(%)	계
변형예방을 위한 물리치료	17(16.8)	19(18.8)	30(29.7)	19(18.8)	8(7.9)	4(4.0)	4(4.0)	101(100%)
기구삽입실시 및 도노방법실시등의 기본간호 교육	50(45.9)	37(36.6)	7(6.9)	3(3.0)	1(1.0)	-	3(3.0)	101(100%)
응급시 처치 및 대처방안 교육	27(26.7)	34(33.7)	19(18.8)	8(7.9)	6(5.9)	2(2.0)	5(5.0)	101(100%)
제한식이 및 권장식이 교육	-	3(3.0)	29(28.7)	47(46.5)	10(9.9)	6(5.9)	6(6.5)	101(100%)
성상담	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)	3(3.0)	33(32.7)	56(55.4)	6(5.9)	101(100%)
심리 및 영적 치료	4(4.0)	3(3.0)	9(8.9)	15(14.9)	37(36.6)	27(26.7)	6(5.9)	101(100%)

인 치료가능이 36명(37.1%)의 순이었다. 기대되지 않은 이유는 가정에서는 물리치료가 부족하기 때문이다. 가정간호사가 2명(66.7%), 물리치료사의 기술이 부족하다가 1명(33.3%)의 순이었다(표6, 표7, 표8).

가정물리치료제도의 운영체제

만성환자의 변형예방 및 기능회복유지를 위해 필요한 보건의료인의 순위 및 가정치료요구의 순위

퇴원 후 만성환자의 변형예방 및 기능회복유지를 위해 필요한 보건의료인의 순위를 보면, 가정간호사가 58명(57.4%), 가정물리치료사가 36명(35.6%), 의사

가 31명(30.7%) 심리치료사가 21명(20.8%)의 순이었다. 만성중추신경계 환자의 변형예방 및 기능회복 유지를 위해 필요한 가정치료요구 순위를 보면, 기구삽입 실시 및 도노방법 실시들의 기본간호교육이 50(45.9%), 응급시 처치 및 대처방안교육이 27명(26.7%), 변형예방을 위한 물리치료가 17명(16.8%)의 순이었다(표9, 표10).

가정물리치료사업의 전담부서 및 팀구성형태

가정물리치료의 전담부서는 가정물리치료와 가정간호담당부서가 함께 담당한다가 43명(42.6%)으로 가장 많았고, 그 다음이 가정간호담당부서가 23명

표11. 가정물리치료사업의 전담부서

구 분	실수(%)	구 분	실수(%)
물리치료과(실)	6(5.9)	가정물리치료 담당 부서 신설	12(11.9)
재활의학과	13(12.9)	가정간호 담당부서	23(22.8)
가정의학과	1(1.0)	지역사회 보건소	1(1.0)
간호부(과)	2(2.0)	가정물리치료와 가정 간호 담당부서	43(42.6)
계		101(100)	

표12. 가정방문시 가정간호사와 가정물리치료사의 팀구성 형태

구 분	실 수(%)
1차 가정 방문을 할 시에 가정간호사가 혼자 방문하고, 물리치료가 필요하다고 할 때 방문한다	66(65.3)
1차 가정 방문을 할 시에 가정물리치료사가 혼자 방문하고, 가정간호사가 필요하다고 할 때 방문한다	1(1.0)
환자 1차 방문할 때부터, 가정간호사와 가정물리치료사가 함께 방문한후에, 치료계획을 결정한다	33(32.7)
무응답	1(1.0)
계	101(100)

표13. 가정물리치료제도의 의료보험 적용여부

구 분	실수(%)
의료보험	54(53.5)
의료보험 일부적용 + 환자본인 부담	45(44.6)
환자 본인 부담	-
무응답	2(2.0)
계	101(100.0)

시에 가정간호사가 혼자 방문하고, 물리치료가 필요하다고 할 때 방문한다가 66명(65.3%), 환자1차 방문할 때부터 가정간호사와 가정물리치료사가 함께 방문한 후에 치료계획을 결정한다가 33명(32.7%)의 순이었다(표11, 표12).

가정물리치료제도의 의료보험 적용여부 및 비용지출방법

표14. 가정물리치료의 비용지출방법

구 분	실수(%)
1회 방문당 일정액 지불	5(5.0)
교통비 + 일정액방문비 + 치료방법에 따른 추가 비용	75(74.3)
방문횟수에 따른 1개월 단위로 지불	8(7.9)
환자상태에 따라 일정액 지불	4(4.0)
소요시간당 일정액 지불	4(4.0)
무응답	5(5.0)
계	101(100)

가정물리치료의 의료보험 적용여부를 보면, 의료보험이 54명(53.5%), 의료보험일부적용과 환자본인 부담이 45명(44.6%)의 순이었으며, 비용지출방법은 교통비와 일정액 방문비와 치료방법에 따른 추가비용이 75명(74.3%)으로 가장 많았다(표13, 표14).

(22.8%), 가정물리치료담당부서가 12명(11.9%)의 순이었다. 가정치료의 팀구성을 보면 1차 가정방문을 할

가정간호사와 가정물리치료사의 방문횟수 및 가정

물리치료가 가정간호보다 방문횟수가 많은 이유

가정간호사는 가정간호의 방문횟수가 주1회가 49명(48.5%), 주2회가 34명(33.7%)의 순이었고, 가정물리치료사의 방문횟수는 주2회가 38명(37.6%), 주1회가 36명(35.6%)의 순이었다. 가정물리치료가 가정간

호보다 방문횟수가 많은 이유는 가정물리치료사가 가정간호사보다 관절 및 근육의 변형예방을 위하여 수시로 운동치료 해야 함으로가 37명(74%)이었다(표15, 표16).

표15. 가정간호사와 가정물리치료사의 방문횟수

방문횟수	구 분	가정 간호사	가정 물리치료사
주 3회		7(6.9)	14(13.9)
주 2회		34(33.7)	38(37.6)
주 1회		49(48.5)	36(35.6)
2주 1회		6(5.9)	6(5.9)
3주 1회		-	-
4주 1회		2(2.0)	3(3.0)
무응답		3(3.0)	4(4.0)
계		101(100)	101(100)

가정간호사가 가정물리치료교육의 필요성 여부 및 가정물리치료사가 가정간호교육의 필요성 여부

가정간호사가 가정물리치료교육의 필요성을 보면, 매우 그렇다가 47명(46.5%), 그렇다가 35명(34.7%)의 순으로, 긍정적인 대답이 95명(94.0%)이었으며, 가정물리치료사가 가정간호 교육의 필요성을 보면, 그렇지 않다가 29명(28.7%), 23명(22.7%), 그렇다가 20명(19.8%)으로 부정적인 대답이 51명(51.4%)이었다(표17, 표18).

가정간호사의 가정물리치료교육을 받기 원하는 치

표16. 가정물리치료가 가정간호보다 방문횟수가 많은 이유

구 분	실 수(%)
가정물리치료사의 치료는 가정간호사보다 관절 및 근육의 변형예방을 위하여 수시로 운동치료를 해야 하므로	37(74)
가정간호사는 자가 간호를 할 수 있도록 도움이 되는 치료교육을 목적으로 하지만, 가정물리치료는 치료위주의 교육을 실시하기 때문에	9(18)
기구(흡인, 튜브 등)삽입을 운동치료보다 자주 실시하지 않아도 되기 때문에	4(8.0)
계	101(100)

표17. 가정간호사가 가정물리치료교육의 필요성 여부

구 분	매우 그렇다	그렇다	대체로 그렇다	그렇지 않다	매우 그렇지 않다	계
	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)
	47(46.5)	35(34.7)	13(12.9)	3(3.0)	3(3.0)	101(100)

표18. 가정물리치료사가 가정간호교육의 필요성 여부

구 분	매우 그렇다	그렇다	대체로 그렇다	그렇지 않다	매우 그렇지 않다	무응답	계
	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)
	11(10.9)	20(19.8)	15(14.9)	29(28.7)	23(22.7)	3(3.0)	101(100)

료방법 및 가정물리치료사의 물리치료방법순위

가정물리치료교육을 받기 원하는 치료방법을 보면, 관절변형예방을 위한 운동치료가 90명(15.4%), 마비된 신체의 관리 및 유지방법은 82명(13.9%), 올바른 자세유지 및 체위변경방법이 73명(12.4%)의 순이며, 가정간호사가 알고 있는 가정물리치료사의 물리치료 방법 순위를 보면, 일상생활활동지도가 39명(38.6%), 운동치료가 37명(36.6%)의 순이었으나, 전기광선치료는 6순위로 39명(38.6%)이었다(표19, 표20).

연구대상자의 연령, 경력, 학력에 따른 치료팀 구성형태, 가정물리치료교육 필요성의 관계

연구 대상자의 연령, 경력, 학력에 따른 치료팀 구성

표19. 가정간호사의 가정물리치료교육을 받기 원하는 치료방법

구분	실수(%)
올바른 자세유지 및 체위변경방법	73(12.4)
일상생활에 필요한 동작훈련	69(11.7)
육창 예방 방법	69(11.7)
관절변형 예방을 위한 운동치료	91(15.4)
마비된 신체의 관리 및 유지방법	82(13.9)
이미 변형된 신체사지의 교정방법	64(10.8)
올바른 보행 및 이동방법	70(11.9)
보조 물품, 보조기구 소개 및 사용방법	72(12.2)
계	590(100.0)

표20. 가정간호간호사가 알고있는 가정물리치료사의 물리치료방법 순위

구분	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	6순위	무응답	계
	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	
전기광선 치료	1(1.0)	2(2.0)	10(9.9)	12(11.9)	13(12.9)	39(38.6)	24(23.8)	101(100)
수치료	-	6(5.9)	8(7.9)	15(14.9)	35(34.7)	13(12.9)	24(23.8)	101(100)
운동치료	37(36.6)	36(35.6)	9(8.9)	6(5.9)	3(3.0)	1(1.0)	9(8.9)	101(100)
일상생활 활동지도	39(38.6)	23(22.8)	17(16.8)	6(5.9)	6(5.9)	4(4.0)	6(5.9)	101(100)
호흡치료	7(6.9)	7(6.9)	17(16.8)	27(26.7)	11(10.9)	8(7.9)	24(23.8)	101(100)
통증치료	12(11.9)	18(17.8)	24(23.8)	12(11.9)	6(5.9)	7(6.9)	22(21.8)	101(100)

형태를 보면, 학력정도에서는 유의한 차이가 나타났으며, 연구대상자의 연령, 경력, 학력에 따른 가정물리치료교육의 필요성 관계를 보면, 연령, 학력에서는 매우 유의한 차이를 나타내었다(표21, 표22).

고 찰

가정간호수습생을 대상으로 가정물리치료제도의 필요성 및 인식에 대해서 조사 연구한 논문이 거의 없어서 비교 고찰하는데 어려움은 있으나 환자, 보호자, 물리치료사를 대상으로 한 가정물리치료제도의 필요성 논문과 가정간호사를 대상으로 한 가정간호제도에 대한 논문을 통해서, 고찰하면 다음과 같다.

가정물리치료사의 필요성 여부 및 이유를 보면, 본 논문에서는 필요가 97.0% 이었고, 그 이유는 장기노인환자증가, 만성질환증가 이었는데 양(1997)에 의해서도, 환자, 보호자는 96.7%, 물리치료사는 100% 이었고 그 이유는 재가 복지확대, 만성환자증가, 장기노인 환자증가이었다. 심(1994)에 의하면, 환자는 96%, 물리치료사는 95.7%이었다. 윤(1991), 조(1991)에 의하면 간호사들의 가정간호사업요구에 대한 논문중에는 물리치료사등과의 협력해 나가기를 환자, 보호자 뿐만 아니라, 간호사들도 요구하였다. 그러므로, 1990

표21. 연구대상자의 연령층, 경력, 학력에 따른 치료팀 구성형태 관계

구 분		가정간호사 방문후 가정물리치료 방문	가정 물리치료사 방문후 가정간호	가정간호사와 가정물리치료사 함께 방문	계
		실 수(%)	실 수(%)	실 수(%)	
연령층	24-33	42(66.7)	0(0)	21(33.3)	63(100)
	34-43	22(68.8)	0(0)	10(31.3)	32(100)
	44-53	2(40.0)	1(20)	2(40.0)	5(100)
		$\chi^2 = 14.863$	df = 8	p = 0.062	
경력	5년 미만	23(65.7)	0(0)	12(34.3)	35
	5년-10년	33(71.7)	0(0)	13(28.3)	46
	10년-15년	5(45.5)	1(9.1)	5(45.5)	11
	15년 이상	5(62.5)	0(0)	3(37.5)	8
		$\chi^2 = 11.434$	df = 12	p = 0.489	
학력	전문대졸	44(69.8)	0(0)	19(30.2)	63(100)
	대학졸	18(56.3)	0(0)	14(43.8)	32(100)
	대학원졸	4(80.0)	1(20.0)	0(0)	5(100)
		$\chi^2 = 21.920$	df = 8	p = 0.005	

표22 연구대상자의 연령층, 경력, 학력에 따른 가정물리치료교육 필요성 관계

구 분		매우 그렇다	그렇다	대체로 그렇다	그렇지 않다	매우 그렇지 않다	계
		실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	
연령층	24-33	35(55.6)	20(31.7)	3(4.8)	3(4.8)	2(3.2)	63(100)
	34-43	11(33.3)	13(39.4)	8(24.2)	0(0.0)	1(3.0)	33(100)
	44-53	1(20.0)	2(40.0)	2(40.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(100)
		$\chi^2 = 19.659$	df = 4	p = 0.001			
경력	5년미만	19(54.3)	11(31.4)	2(5.7)	2(5.7)	1(2.9)	35(100)
	5-10년	19(41.3)	19(41.3)	5(10.9)	1(2.2)	2(4.3)	46(100)
	10-15년	6(54.5)	2(18.2)	3(27.3)	0(0.0)	0(0.0)	11(100)
	15년이상	3(33.3)	3(33.3)	3(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	9(100)
		$\chi^2 = 9.936$	df = 6	p = 0.127			
학력	전문대졸	29(46.0)	23(36.5)	7(11.1)	2(3.2)	2(3.2)	63(100)
	대학졸	17(51.5)	12(36.4)	2(6.1)	1(3.0)	1(3.0)	33(100)
	대학원졸	1(20.0)	0(0)	4(80.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(100)
		$\chi^2 = 22.675$	df = 4	p = 0.000			

년도 이후 가정간호사업을 실시함에 따라, 가정간호사들은 가정의 만성환자에게 많은 도움과 교육을 시켰으며, 이와함께 전문적인 물리치료도 함께 치료하기를 요구한다고 평가할 수 있겠고, 앞으로 더불어 함께 가정간호사업과 가정물리치료사업이 실시되면, 보다 적극적이고 체계적인 지역사회서비스가 이루어질 것이다.

가정물리치료제도가 도입된다면 환자에게 도움이 되는지에 대해서 본 논문에서는 도움이 된다가 97.0%이었고, 그 이유는 시간적 부담감소가 46.9%, 퇴원후 지속적인 치료가능이 36% 순이었다. 양(1997)에 의하면, 도움이 된다가 환자가 80.4%, 보호자가 87.9%, 물리치료사가 93.5%이었고, 그 이유는 병원왕래의 불편함 제거, 퇴원 후 지속적 치료가능이었고, 심(1994)에 의하면, 환자가 96.0%이었고, 물리치료사가 95.7%이었고 그 이유는 조기 퇴원하여 계속적으로 치료받을 수 있기 때문이다가 77.5%이었다. 그러므로 가정간호수습생 뿐만 아니라, 환자, 보호자, 물리치료사가 가정물리치료제도가 도입되면, 이용가능성이 많음을 나타내었다.

퇴원후 만성환자의 변형예방 및 기능회복유지를 위해, 필요한 보건의료인의 순위를 보면, 가정간호수습생을 대상으로 설문조사 하였기 때문에 본 연구결과에서는 가정간호사가 57.4%, 가정물리치료사가 28.7%의 순이었지만, 그래도 의사보다 가정물리치료사가 더욱 필요하다고 응답했으나, 조(1991)에 의하면, 환자, 보호자가 원하는 가정방문 서비스제공자는 간호사가 80.5%, 의사가 69.9%, 물리치료사가 44.5%의 순으로 비교적 가정에서도 가정물리치료를 요구하고 있음을 알 수 있었다.

가정물리치료사업의 전담 부서를 보면, 본 논문에서는 가정물리치료와 가정간호담당부서가 함께 하기를 원하는 경우가 42.6%, 가정간호 담당부서가 22.8%, 가정물리치료담당부서가 11.9%의 순이었으며, 가정방

문시 가정간호사가 혼자방문하고, 물리치료가 필요하다고 할 때 방문하다가 65.3%, 환자1차방문할 때부터 가정간호사와 가정물리치료사가 함께 방문한 후에 치료계획을 결정한다가 32.7%의 순이었는데, 보호자를 대상으로 한 논문인 김(1996)에 의하면, 재활의학과 담당이 59.0%, 가정물리치료 담당부서가 31.0%의 순이었고, 양(1997)에 의해서도, 전담부서는 보호자 대상으로 조사한 경우에 물리치료실(43.3%)과 재활의학과(44.4%)이었다. 그러므로, 간호사, 물리치료사는 의사의 진단과 함께, 독립적으로 가정치료서비스를 하기를 원하였다.

가정물리치료제도의 의료보험, 적용여부를 보면 본 논문에서는 의료보험이 53.5% 의료보험 일부적용과 환자 본인 부담이 44.6%의 순이었고, 비용지출방법은 교통비와 일정액방문비와 치료방법에 따른 추가 비용이 74.3%로 가장 높았고, 김 등(1993), 유(1994)에 의해서도, 방문당 수가와 행위별 수가 또는 재료비와 교통비를 주장하고 있다. 양(1997)에 의하면, 환자, 보호자는 의료보험이 75.0%, 83.5%으로 가장 높았으나, 물리치료사는 의료보험 일부 적용이 56.9%으로 가장 높았으며, 비용지출방법에서도 물리치료사인 경우는 본 연구결과처럼 교통비와 방문비와 치료방법에 따른 추가비용이 58.1%으로 가장 높았으나, 환자는 방문횟수에 따른 월별이 37.0%, 보호자는 환자상태에 따라 일정액이 34.4%으로 가장 높았다. 그러므로, 간호사, 물리치료사는 환자의 치료비를 많이 받기를 요구했고, 환자, 보호자는 치료비를 약간 지불하기를 원하는 것 같다.

가정간호사,가정물리치료사의 방문 횟수를보면, 본 논문에서는 가정간호사의 방문횟수는 주1회가 48.5%, 가정물리치료사의 방문횟수는 주2회가 37.6%로 가장 많았으며, 가정물리치료사가 가정간호보다 방문횟수가 많은 이유는관절 및 근육의 변형예방을 위하여 수시로 운동을 해야하므로 가정물리치료교

육의 필요성여부에 대한 긍정적인 대답이 94.3%이었으나, 가정물리치료가 가정간호교육의 필요성에 대한 부정적인 대답은 51.4%, 긍정적인 대답은 45.6%, 무응답은 3.0%의 순이었다. 이는 가정물리치료사에 대한 변형예방을 위한 운동치료는 필요하다고 하였으나, 즉 가정물리치료교육은 배우기를 원했으나, 가정간호교육을 가정물리치료사가 배우는 것은 부정적이었다.

가정간호사의 가정물리치료교육을 받기 원하는 치료방법을 보면, 본 논문에서는 관절변형 예방을 위한 운동치료가 15.4%, 마비된 신체의 관리 및 유지방법이 13.9%, 올바른 자세유지 및 체위변경방법이 12.4%, 일상생활에 필요한 동작훈련이 11.7%의 순이었는데, 윤 등(1995), 김 등(1993), 서(1991), 강(1997), 이(1995), Mackay(1989)에 의하면, 변형예방을 위한 운동, 올바른 자세유지 및 체위변경방법 관절운동, 근육의 위축정도를 파악하고, 사정하고, 기본적인 치료를 실시하기를 원했고, 환자, 보호자도 실제로 가정에서도 간호사에게 요구한다고 하였다.

결론 및 제언

본 연구는 S대학, K대학, H대학에서 교육받고 있는 가정간호 수습생(101명)을 대상으로 가정물리치료제도의 필요와 인식에 대해서 알아보았으며, 그 결과는 다음과 같다.

1. 연구대상자의 일반적 특성을 보면, 연령별에서는 24-60세가 63명(62.4%), 34-43세가 33명(32.7%)의 순이었다. 간호임상경력에서는 5.1-10년이 46명(45.5%), 5년이하가 35명(34.7%)의 순이었으며, 결혼유무에서는 기혼이 53명(52.5%), 학력정도는 전문대졸이 64명(62.4%), 종교는 기독교가 36명(35.6%)으로 가장 많았다.
2. 가정물리치료제도의 필요여부 및 이유, 도입된다

면 기대여부 및 이유를 살펴보면, 필요한 경우가 98명(97.0%)이었고, 그 이유는 조기퇴원확대가 40명(39.6%), 장기노인환자증가가 36명(35.6%), 만성질환증가가 33명(32.7%)이었고, 도움이 된다고 한 경우가 98명(97.0%)이었고, 그 이유는 시간적 부담 감소가 46명(46.9%), 퇴원후 지속적인 치료가능이 36명(37.1%)의 순이었다. 그러므로 가정간호수습생은 가정물리치료제도를 필요로 하고 도움을 준다고 하는 긍정적인 것을 살펴볼 때, 앞으로 함께, 가정간호사업과 가정물리치료사업이 실시되면, 보다 적극적이고 체계적인 지역사회서비스가 될 것이라고 사려된다.

3. 가정물리치료사업의 전담 부서 및 팀구성 형태를 보면, 가정물리치료부서와 가정간호담당부서가 43명(42.6%)으로 가장 높았고, 1차 가정 방문을 할 시에 가정간호사가 혼자 방문하고 물리치료가 필요하다고 할 때 방문한다가 66명(65.3%), 환자1차 방문할 때부터 가정간호사와 가정물리치료사가 함께 방문한 후에 치료계획을 결정한다가 33명(32.7%)의 순 이었다. 이는 가정간호사가 독자적으로 실시하기도 원하지만 가정물리치료와 함께 치료서비스를 실시하기도 원하므로, 앞으로 서로 합리적이고 체계적인 가정 서비스제도가 개설되었으면 한다.
4. 가정물리치료제도의 의료보험 적용여부 및 비용지출방법을 보면, 의료보험이 54명(53.5%), 비용지출방법은 교통비와 일정액 방문비와 치료방법에 따른 추가비용이 75명(74.3%)으로 가장 많았으나, 다른 논문에 의하면, 환자, 보호자는 방문횟수에 따른 월별 또는 환자상태에 따라 일정액을 지불하기를 원했다. 이는 간호사와 물리치료사의 비용지출방식은 많이 받기를 요구했고, 환자, 보호자의 비용 지출방식은 약간 지불하기

를 원한다.

5. 가정간호사와 가정물리치료사의 방문횟수를 보면, 가정간호사는 주1회가 49명(48.5%), 가정물리치료사는 주2회가 38명(37.6%)로 가장 많았으며, 가정간호사가 가정물리치료교육의 필요성 여부를 보면, 필요하다가 95명(94.0%)이었으나, 가정물리치료사가 가정간호교육의 필요성 여부를 보면, 그렇지 않다가 29명(28.7%), 매우 그렇지 않다가 23명(22.7%)으로 부정적인 대답이 51명(51.4%)이었다. 이는 가정간호사는 가정물리치료교육을 배우기를 원하고, 필요하다고 인식하고 있으나, 가정물리치료사가 가정간호 교육을 배우는 것을 원하지 않고 있다.
6. 가정간호사의 가정물리치료교육을 받기 원하는 치료방법은 관절변형예방을 위한 운동치료가 90명(15.4%), 마비된 신체의 관리 및 유지방법은 82(13.9%), 올바른 자세 유지 및 체위변경방법이 73명(12.4%)의 순이었다. 이는 가정간호사는 만성 및 재활간호에 있어서 실제로 환자에게 요구하는 실무지식이 부족함을 의미하며, 가정물리치료사는 가정간호사에게 기본적인 물리치료방법의 지식정보를 제공함과 동시에 스스로가 환자에게 필요한 전문적인 물리치료를 실시해야 할 것이다.
7. 연구대상자의 연령층, 경력, 학력에 따른 치료팀 구성 형태를 보면, 학력정도에 있어서 유의한 차이가 나타났으며, 가정물리치료교육의 필요성 관계를 보면, 연령, 학력에서는 매우 유의한 차이를 나타내었다.

결과적으로 가정간호제도가 도입된 후 가정간호 시범사업으로 가정에 있는 만성 및 거동불편환자를 위해 전반적으로 질적인 국민복지를 향상시켰고, 지역사회 건강 서비스를 제공하였다. 그러나 실제로 관절변형

예방을 위한 운동치료, 마비된 신체의 관리 및 유지 방법, 올바른 자세유지 및 체위변경에 대한 전문적인 물리치료가 가정에서 요구되지만 가정간호만으로는 기본적인 운동치료를 할 수 밖에 없다. 그러므로 환자, 보호자들은 비공식적으로 가정물리치료를 이용하고 있기 때문에(유료 또는 무료), 가정물리치료제도는 정부에서 합법적으로 개설되어야 하겠다. 본 연구 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 가정물리치료제도가 합법적으로 제정되어야 한다.
2. 가정물리치료사의 교육과정을 통해 전문가정물리치료사 자격을 부여하는 기관이 양성되어야 한다.
3. 물리치료사협회에서는 가정물리치료제도에 관한 연구논문 및 세미나를 권장하여야 하며, 각 병원 및 보건소에서 요구하는 환자, 보호자들의 가정물리치료의 요구실태조사를 하여야 한다.
4. 대상 환자별로 관련된 전문인, 즉 물리치료사, 간호사, 작업치료사, 의사, 언어치료사들과의 상호협조체계가 이루어져야 한다.

참 고 문 헌

- 강현숙(1997), 뇌졸중 환자의 가정간호연구, 간호학회지, 27(3), p 555.
- 김동미(1996), 가정방문 물리치료의 도입 필요성, 대한 물리치료 학회지 3(2), pp 163-175.
- 김모임(1991), 가정간호사업과 방문간호사업, 대한간호, 30(2), pp 6-75.
- 김순화(1996), 가정재활치료제도에 대한 인식 및 태도, 석사학위논문, 연세대학교 보건대학원.
- 김용숙(1995), 보건소방문간호사업, 간호과정 졸업 기념 학술대회, 서울대학교 간호대학, p 4.
- 김조자, 조원정, 최해선(1993), 일 종합병원에서의

- 가정간호수가 체계 방안을 위한일 연구, 대한간호, 32(1), pp 61-76.
- 박세택, 문옥륜(1978), 의료보험 실시 이후의 병영 경영에 대한 고찰, 인간과학, pp 12-13.
 - 서문자(1991), 근골격계중심의 기동성장애 가정간호, 대한간호, 30(3), pp 7-25.
 - 심정길(1994), 가정방문 물리치료제도의 도입에 관한 연구, 석사학위논문, 한양대학교 행정대학원.
 - 양영애(1997), 가정방문 물리치료제도의 도입에 관한 연구, 석사학위논문, 한양대학교 행정대학원.
 - 유호신(1994), 병원중심 가정간호 사업모델과 수가 체계 개발연구, 박사학위논문, 연세대학교 대학원.
 - 윤순녕(1991), 가정간호사업을 위한 간호계의 준비, 대한간호 30(1), pp 11-17.
 - 윤순녕(1993), 지역사회중심의 가정간호사업, 대한간호 32(4), p 30.
 - 윤순녕, 황나미, 한혜진, 최정명, 권미경(1995), 우리나라 가정간호제도화 방안 에 관한 고찰, 한국가정간호학회지, 2, pp 5-17.
 - 이인숙(1995), 가정간호사업효과의 평가연구, 간호학논문집 10(2), pp 149-167.
 - 이한숙, 박돈목, 김충식(1996), 가정방문 물리치료, 대한물리학회지, 8(1), pp 91-98.
 - 조원정, 김용순, 김주희, 김진순, 연기순, 이광옥, 한경자(1991), 가정간호사업의 수요측정과 모형설정을 위한 연구, 대한간호, 30(2), pp 54-76.
 - 조윤희(1990), 뇌혈관성질환환자의 자가간호능력과 가정간호 요구도와와의 관계, 석사학위논문, 연세대학교 보건대학원.
 - 최연순, 김대현, 서미혜, 김조자, 강규숙(1992) 퇴원환자의 가정간호요구와 가정간호사업의 효과 분석, 대한간호 31(4), p 77.
 - 한애순(1993), 뇌척수손상환자의 가정간호요구에 관한 조사연구, 석사학위논문, 한양대학교 행정대학원.
 - Stanhope. M. , Lancaster, J.,(1989), Community Health Nursing, St.Louis : The C.V.Mosby, pp 806-825.
 - Peggy, C.F., Naney, P.J., (1980), Nursing Theories : The bases for professional nursing practice, Prentice-hall Inc., pp 49-170.
 - Mackay S (1989), Stroke:In Martinson, I.M., Home health Care Nursing, Philadelphia, W.B. Saunders Co. pp 298-320