

부산시 생활보호대상 독거 노인의 가정간호 요구 조사*

김 기 련**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

오늘날 의료 및 보건분야의 발달은 사람들의 건강상태를 증진시키고 평균수명을 증진시키는데 기여해(신은영, 1993) 전 세계적으로 노인 인구가 증가하는 추세이다. 1998년 우리나라의 65세 이상 노인 인구는 전체 인구의 6.6%인 약 305만 1천명으로 고령화 사회의 문턱에 와 있으며, 다가오는 2000년에는 약 7%, 2022년 13.2%에 달하여 고령화 사회로 진입 할 것으로 추계 되고 있다(김인순, 1998).

노인 인구의 증가는 사회적 문제로 대두되어 우리나라 65세 이상 노인의 87%가 만성퇴행성질환을 앓고 있으며, 전체 노인의 약 35%가 제 3자의 도움없이 일상생활 유지가 곤란한 건강상태에 있다(박경호, 1997). 특히 혼자서 모든 것을 해결해야하는 독거 노인의 실생활에 있어서 건강은 그들 최대의 관심사이자 삶의 자체이며(김귀분, 1997), 또한 이들은 부양을 책임질 가족이 없거나 같이 살고 있지 않다는 점에서 사회적 부담을 증가시키는 요인이 되고 있어 이에 대한 충분한 대책이 요구되고 있다(통계청, 1995; 노인보건학 원론, 1997; 조애저, 1998).

유럽의 경우 노후의 경제적 부양이 가족이 아니라 주

로 연금이나 저축에 의존하고 있지만(Grundy, 1998) 우리나라는 노인복지정책의 방향이 시설보호가 아닌 가족 보호(주경식, 1984)임을 고려한다면, 한정된 자원 내에서 건강을 위한 최적의 서비스가 제공되도록 하는 가장 좋은 방안은 가정간호 사업의 활용이라고 할 수 있다(최금희, 1998).

가정간호 제도를 실시할 경우 국가적 차원에서는 가정간호비용과 병원치료비용을 비교할 때 가정간호의 사용이 국민 총 사용의료비를 줄일 수 있어 의료보험 제정에 안정을 꾀할 수 있으며, 더욱 중요하게는 현재 방치되고 있는 의료 소외계층 만성 질환자의 관리가 가능해질 것이라는 점을 기대 할 수 있다(Martinson, 1989; 대한간호협회, 1993)

미국의 가정간호 수혜자의 85%는 노인이며(Brower, 1985), 어떻게 하면 그들의 요구에 잘 부합되도록 간호 서비스를 제공할 수 있을까? 하는 것이 오늘날 가정간호의 이슈다(Outinen, Pohjakallio, 1997). 앞으로 우리 나라에서도 가정간호가 활성화 될 때 가정간호의 주된 대상자가 노인 인구임을 예측할 수 있으므로 노인 인구의 가정간호 요구의 정도와 내용에 대한 조사연구는 매우 중요하다.

따라서 본 연구자는 생활 보호 대상 독거 노인들의 가정간호 요구를 조사함으로써 이들의 건강 관리 유지 및 증진을 위한 구체적인 가정간호의 전략을 세우는 데

* 이 논문은 부산대학교 일반대학원 간호학과 김 기련의 석사학위논문임

** 부산대학교 대학원 간호학과

필요한 기초자료를 제공하고 더 나아가 지역사회 간호사의 역할 확대와 가정간호 사업이 일차 보건의료 형태로 의료전달체계 내에서 실시되는데 도움을 주고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 부산시 생활보호대상 독거 노인들의 전반적인 가정간호 요구도를 파악하여 효과적인 가정간호 중재 방안을 모색하는데 필요한 기초자료를 제공하는데 그 목적이 있는 것이며 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적인 특성을 파악한다.
- 2) 대상자의 가정간호 요구도를 파악한다.
- 3) 대상자의 일반적인 특성별 가정간호 요구의 차이를 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 생활보호대상 독거 노인

생활보호법 제 3조에 의거 보건복지부장관이 소득과 재산을 기준으로 매년 정하는 보호 대상자 선정 기준에 해당하는 자로서 주민등록상 자녀 또는 친척등 동거가족이 없고, 현 주거지에서 현재 실제로 혼자 생활하고 있는 65세 이상인 자를 말한다.

2) 가정간호 요구

UTMB의 가정간호요구 사정표를 사용하여 본 연구의 목적에 맞게 수정 보완하여 생활보호대상 독거 노인의 일상생활 수행능력, 가정 환경, 신체적, 의사소통 및 건강지식, 심리적, 영적 간호 요구를 측정할 점수를 말한다.

II. 문헌 고찰

1. 생활보호대상 독거 노인

사람은 누구든지 태어나서 나이를 더해가며 늙음에 이르는 것을 피할 수 없다. 늙어감에 따라 신체적, 정신적으로 기능이 저하되고, 사회적 생활에 장애가 야기되며, 주위 환경에의 적응에도 곤란을 당하게 된다(김경애, 1998). 재가 노인에게 해당되는 절대적 빈곤은 자력으로 최소한의 생계유지에 필요한 소득을 올릴 수 없으며 이들은 '생활보호법'상에 규정되어 있는 생활보호대

상자가 된다(최금희, 1998). 1997년 현재 전체 국민의 2.1%인 약 98만 9000명이 생활보호대상자인데 비하여 노인 인구의 경우는 이의 4배에 달하는 8.6%인 25만 1000명이 생활보호대상 노인으로 노인의 소득 수준이 상대적으로 매우 열악함을 알 수 있다(변재관, 1998).

현재 우리나라에서 시행되고 있는 생활보호제도를 살펴보면 ①정부의 지원이 없으면 생활을 유지할 수 없는 거택보호자와 ②국민 최저 생활을 유지하는데 필요한 생계비에 미달되고, 조금만 지원해주면 자활할 수 있는 자활보호자 ③기타 의료 부조 대상자로 나누고 있다. 거택보호자는 부양의무자가 없거나 있어도 부양능력이 없으며, 생활보호법 제7조 제1항 각 호의 보호를 필요로 하는 자로서 65세 이상의 노쇠자도 여기에 포함된다. 자활보호자는 거택 및 시설보호대상자에 해당되지 아니하며 실직, 기타의 사유 등으로 생활이 어려운 요보호 대상자의 자활조성을 위하여 생활보호법 제 7조 1항 제 2호 내지 제 5호의 보호를 행할 자를 말하며, 의료부조 대상자는 자활보호대상자와 그 생활상태가 유사한 자로서 의료보호가 필요하다고 인정되는 자를 말한다(생활보호법 시행령 제 6조, 제 7조).

인간의 건강은 수많은 요인들에 의하여 영향을 받지만 무엇보다도 생활환경과 생활양식이 국민건강과 보건 의료에 큰 영향을 미치고 있어 생활 환경과 생활양식의 개선은 노인의 보건향상을 위해 더욱 선결되어야 할 중요한 과제이다(우선혜, 1989). 이들 재가 복지 서비스 대상 노인 중 질병이 있는 노인에게는 치료, 간호, 재활 서비스를, 수단적 일상생활에 제한이 있는 노인에게는 재활과 가사지원 서비스를, 일상생활 수행에 제한이 있는 노인에게는 재활과 가사지원 서비스 및 수발 서비스를 제공할 필요성이 절실히 제기되고 있다(노인보건학원론, 1997). 저소득층에 대한 의료 문제는 의료보호제도로 상당부분 해결 되고 있지만 현재의 의료공급 및 체계만으로 저소득층의 건강문제를 해결하기 어렵다고 본다(윤순영 등, 1996).

이상의 문헌 고찰에서 볼 때 생활보호대상 독거 노인들은 만성 질환에도 불구하고 경제적 빈곤으로 인해 의료 이용의 어려움이 있고 일상생활 수행의 장애와 노인 간병 기능의 취약성 등 여러 문제를 많이 가지고 있어 이들을 위한 보건의료문제를 좀 더 다른 차원에서 해결하기 위하여 가정간호사업의 정착이 절실히 요구되고 있음을 알 수 있다.

2. 노인의 가정간호 요구

우리나라에서는 99.7%의 노인이 지역사회에서 생활하고 있으며(노인보건학원론, 1997) 1996년 현재 우리나라의 외상 노인 수는 15만 여명으로 추산되고 이중 5천 여명만이 요양시설에 입소되어 있다. 나머지 14만 5천 여명의 재가 노인 중 46%는 가족이나 다른 사람의 간병을 받지 못하고 있다. 미국의 경우 65세이상 노인의 75%가 한가지 혹은 그 이상의 만성질환을 갖고 있는 실정이며(Brunner, 1980) 만성질환은 진행 양상 및 질병의 특성이 독특하여 개인, 가족 그리고 지역사회에 많은 문제를 남기어 장기 건강문제를 가진 대상자들의 요구를 충족시키지 못하는 것이 현실이다(Anderson, Bauwen, 1981). 그러므로 주로 만성질환을 가지고 있는 가정 노인의 건강문제를 해결하기 위해서는 전문적인 수준의 노인 보호 기능이 강화될 필요가 있다(Hennessey, Gorenberg, 1982).

가정간호사업은 보건의료체계에서 전문 간호사가 가정방문을 통하여 재가 환자들에게 예방적, 지지적, 치료적 서비스를 제공하는 사업이다(임난영 등, 1997). 가정간호의 장점은 만성 질환자를 위해 계속 간호를 제공할 수 있고 나아가서 건강관리 체계상 재정적 이득과 동시에 소비자에게는 독립적으로 필요한 간호의 최대수준을 유지시켜 줄 수 있다(Martinson, 1989). 우리나라에서 1980년 가정간호에 대한 연구가 시작된 이래로, 노인은 만성질환 보유율이 높고, 또 절대수도 증가하고 있어 가정간호 요구가 가장 큰 집단으로 나타나고 있다(이인숙, 1990; 변영숙 등, 1990).

박노예 등(1989)의 연구에 의하면 조사대상지역의 60세 이상인구는 661명이었는데 그 중 53.1%(351명)가 건강문제를 보유하고 있었으며 이중 가장 많은 건강문제는 신경통, 관절염, 위장질환, 고혈압의 순으로 이 질병들은 장기적인 관리가 요구되므로 기존의 병원중심 치료보다는 환자 자신들의 불편을 덜어주고 의료비의 절감 및 병원의 병상을 효율적으로 가동키 위해 가정에서의 치료와 관리가 요구된다고 하였다.

임난영 등(1997)의 가정간호 시범사업의 만족도 분석 결과에서는 대상자들이 가정간호에 대한 만족도가 상당히 높은 것으로 나타났으며 나이가 많을수록 가정간호에 매우 만족하는 것으로 나타났다.

최금희(1998)의 연구에서는 노인들은 가정 환경적으로 배우자와 사별한 경우에 배우자의 지지가 없거나 친구와 사별한 경우 죽음에 대한 현실적인 생각과 신과 자

신과의 관계 등에 대해 더 구체적으로 생각하게 되며 따라서 내세에 대한 준비로 영적인 간호요구가 증가한다고 했다. Miller(1983)는 다양한 질병을 가진 만성 성인 환자들이 질병에 대처하는 전략 연구에서 대상자들이 영적인 생활로부터 힘을 얻는 것이 중요한 대처 전략이라고 보고하고 있다.

효과적인 가정간호사업을 이행하는데 가장 중요한 전제조건은 대상자의 건강과 관련된 요구를 정확하게 파악하는 것이며(이인숙, 1990), 특히 간호문제의 중요성을 인식함에 있어 환자와 의료인 사이에는 차이가 있으므로(Dodge, 1969) 보다 명확하고 포괄적인 간호요구를 사정하기 위해서는 건강 관리자가 선정한 판단 기준으로 가정간호 요구가 있는지를 조사함으로써 실제적인 가정간호 사업의 내용 및 대상자 선정, 운영을 위한 방안을 제시 할 수 있다.

이상의 문헌 고찰 결과 오늘날 가정간호의 주된 대상자는 노인이며 노인들의 건강과 관련된 요구를 정확하게 파악하는 것이 가정간호 사업을 이행하는데 가장 중요한 전제 조건이나, 우리나라 생활보호대상 독거 노인의 가정간호 요구 실태파악은 아직까지 전무한 현실이다. 그러므로 먼저 이들의 가정간호 요구가 조사되어야 할 필요성이 절실히 요구되고 있으며 UTMB에서 사용한 가정간호 사정표를 이용한 생활보호대상 독거 노인의 가정간호요구 및 영적 요구 등을 조사하여 가정간호 중재의 전략 개발을 위한 귀중한 자료를 제공 할 수 있음을 알 수 있었다.

III. 연구방법 및 절차

1. 연구설계

본 연구의 설계는 부산시 생활보호대상 독거 노인의 가정간호 요구를 파악하는 서술적 조사 연구이다.

2. 연구 대상

연구 대상은 부산시 생활보호대상 독거 노인을 모집단으로 하여 보건소에서 방문간호관리를 하고 있는 65세 이상 생활보호대상 독거 노인 중 본 연구의 목적에 동의하고 의사소통이 가능한 자로 다단계 집락 무작위 표집방법(multi-stage cluster random sampling method)에 의해 선정된 90명을 최종 연구 대상으로 하였다.

3. 연구도구

본 연구에 사용된 도구는 UTMB(University of Texas Medical Branch)의 Home Health Agency에서 사용하는 가정간호 요구 사정표를 최금희(1998)가 번안하여 사용한 것을 본 연구의 목적에 맞게 수정 보완하여 사용하였다.

조사도구의 내용은 1) 일상생활 수행능력 12문항 2) 가정환경에 대한 간호요구 28문항 3) 신체적 간호요구 66문항 4) 의사소통 및 건강지식에 대한 간호요구 13개 문항 5) 심리적 간호요구 6문항으로 구성되어 있으며 6) 영적 간호요구는 UTMB의 가정간호 요구 사정도구에서는 포함되어 있지 않아서 문헌 고찰에 의해 Loxley 와 Cress(Gerontological Nursing, 1988)가 제시한 6문항을 첨가하여 총 131문항으로 구성하였다.

각 문항에 대하여 예 0점, 아니오 1점으로 점수화하

고 반대문항은 역환산하여 처리했으며, 점수가 높을수록 가정간호 요구도가 높은 것을 의미한다.

본 연구에서 사용된 가정간호 요구 사정도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.874089$ 였다.

4. 자료 수집 및 방법

자료 수집 기간은 1999년 5월10일부터 6월 25까지였으며 자료 수집은 연구자에 의해 훈련을 받은 해당보건소의 방문 간호사가 직접 대상자의 가정을 방문 간호할 때 구조화된 질문지를 이용하여 개별 면담과 관찰을 통해 자료를 수집하였다.

5. 자료 분석

수집된 자료는 SAS 6.12Version을 이용하여 분석

<표 1> 대상자의 일반적 특성

(N=90)

특성	구 분	실수	백분율(%)
성별	남	10	11.1
	여	80	88.9
연령	65-69세	17	18.9
	70-74세	36	40.0
	75-79세	19	21.1
	80-84세	12	13.3
	85세이상	6	6.7
종교	불교	36	40.0
	기독교	23	25.6
	천주교	9	10.0
	기타	2	2.2
결혼상태	없음	20	22.2
	미혼	5	5.6
	사별	61	67.8
간호제공자 유무	이혼및별거	24	26.7
	있다	64	71.1
간호제공자	없다	26	28.9
	딸	29	45.3
	며느리	4	6.3
	친척	14	21.9
	봉사자	12	18.8
의료보장형태	기타	5	7.8
	의료보호1종	78	86.7
	의료보호2종	12	13.3
질병유무	있는경우	69	76.7
	없는경우	21	23.3
질환종류	순환기계질환	30	43.5
	근골격계질환	22	31.9
	소화기계질환	15	21.7
	기타	2	2.9

<표 2>

구분	문항수	M±SD	평균평점±SD
일상생활수행능력	12	0.55±1.80	0.04±0.15
가정환경	28	12.27±4.55	0.48±0.15
신체적	66	2.51±1.68	0.35±0.24
의사소통,건강지식	13	2.51±1.93	0.18±0.17
심리적	6	1.32±1.72	0.22±0.28
영적	6	2.37±2.13	0.39±0.35
Total	131	30.33±11.32	0.23±0.08

하였다.

- ① 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 산출하였다.
- ② 대상자의 가정간호 요구도는 평균값과 표준편차로 분석하였다.
- ③ 대상자의 일반적 특성별 가정간호 요구도는 t-test, ANOVA로 유의성을 검정하였다.

IV. 연구 결과 및 고찰

1. 대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 일반적인 특성을 조사한 결과는 <표 1> 과 같다.

대상자의 성별 분포를 보면 여자가 88.9%, 남자가 11.1%로 여자 노인이 많았으며, 연령은 70-74세가 40%로 가장 많았고, 평균 연령은 74±5.68세로 독거 노인의 비율은 70대 여성 노인에서 가장 높은 것으로 나타났다.

종교는 불교가 40%로 가장 많았고 기독교 25.6%, 천주교 10.0%, 기타 2.2%였다.

결혼 상태는 사별이 67.8%로 가장 많았고 이혼 및 별거 26.7%, 미혼 5.6%로 나타났다.

대상자가 편찮을 때 간호 해 줄 사람이 있는 경우는 71.1%였으며 간호해 줄 사람이 전혀 없는 경우가 28.9%였다.

간호 제공자로는 딸이 45.3%, 친척 21.9%, 봉사자 18.8%, 기타 7.8%, 며느리 6.3%였다.

의료보장 형태는 의료보호1종이 86.7%, 의료보호2종이 13.3% 였으며, 주로 이용하는 의료기관은 병원 32.2%, 의원 31.1%, 보건소 18.9%, 종합병원 11.1%, 약국 5.6%순 이었다.

현재 질병을 가지고 있는 경우는 76.7%, 없는 경우 23.3%였다. 본 연구에서의 만성질환 유병율76.7%는 이가옥 등(1989)의 49%, 이인숙(1990)의 67%보다 높았고, 외국의 최근 연구에서 보고된 86.6% (Gomez, 1993)보다는 낮았다.

현재 앓고 있는 질병은 순환기계질환 43.5%, 근골격계질환 31.9%, 소화기계질환 21.7%였다.

2. 대상자의 가정간호 요구도

대상자의 가정간호 요구도 중 가정환경에 대한 간호 요구도가 평점0.48±0.15로 가장 높았고 다음이 영적 간호요구도 0.39±0.35, 신체적 간호요구도 0.35±0.24, 심리적 간호요구도 0.22±0.28, 의사소통 및 건강지식에 관한 요구도 0.18±0.17, 일상생활 수행능력에 대한 간호요구도 0.04±0.15순으로 나타났다 <표 2> .

이는 지역사회 노인대상 가정간호 시에는 병원 중심의 가정간호 요구인 신체적 간호에만 국한하기보다는 지역사회 노인의 요구에 기초하여 대상자가 가정에서 생활하는데 필요한 일반적인 서비스 즉 의, 식, 주와 관련된 포괄적인 가정간호사업으로 수행해야 함을 알 수 있다.

- 1) 대상자의 일상생활 수행능력에 대한 간호 요구도
- 대상자의 일상생활 수행능력에 대한 간호 요구도에서

<표 2-1> 대상자의 일상생활 수행능력에 대한 간호요구도

구분	문항수	M±SD	평균평점±SD
개인위생	7	0.23±0.97	0.03±0.13
가동성	5	0.32±0.89	0.06±0.17
Total	12	0.55±1.80	0.04±0.15

〈표 2-2〉 대상자의 가정환경에 대한 간호요구도

구분	문항수	M±SD	평균평점±SD
주 수발자의 역할	5	1.82±2.26	0.36±0.45
재정적 문제	5	4.25±1.32	0.85±0.26
가정 내 안전문제	13	4.27±3.32	0.32±0.25
영양관리 문제	5	1.92±1.44	0.38±0.28
Total	28	12.27±4.55	0.48±0.15

는 기동성에 대한 요구에서 평균평점이 0.06±0.17, 개인 위생에 대한 요구에서 0.03±0.13으로 나타났다 <표 2-1> .

본 연구에서 기동성에 관한 요구가 개인위생에 관한 요구보다 높게 나타나 이들 노인이 아플 경우 기동성 장애로 병원 방문을 자유롭게 하지 못하여 자원봉사자나 방문 간호사 또는 친척 등이 약을 대신 타다주고 있으며 이들의 응급 시 대처 문제는 심각하다고 볼 수 있다.

2) 대상자의 가정환경에 대한 간호 요구도

대상자의 가정환경에 대한 간호요구도에서는 평균평점이 재정적인 문제 0.85±0.26, 영양관리에 대한문제 0.38±0.28, 주 수발자의 역할 0.36±0.45, 가정 내 안전에 대한 문제 0.32±0.25순으로 나타났다 <표 2-2> .

본 연구의 대상자가 생활보호대상 독거 노인들이기 때문에 재정적인 문제에 대한 요구가 가장 높은 것으로 생각되며 이들 저소득층의 가정환경에 대한 문제는 국가적인 차원에서 시급히 해결해야 할 과제라고 생각된다.

3) 대상자의 신체적 간호 요구도

대상자의 신체적 간호요구에서는 평균 평점이 근골격계가 0.30±0.22로 가장 높았고 신경계 0.29±0.24, 순환기계 0.23±0.22, 소화기계 0.14±0.14, 내분비계 0.08±0.21, 호흡기계 0.08±0.13, 비뇨기계 0.06±0.08, 생식기계 0.02±0.11의 순으로 나타났다 <표 2-3> .

본 연구 대상자의 질환이 대부분 만성 퇴행성질환으로 나타나 일시적인 첨단 의료 서비스보다는 방문 간호를 통한 지속적인 관리가 필수적이며 더욱 효과적인 접

〈표 2-3〉 대상자의신체적간호요구도

구분	문항수	M±SD	평균평점±SD
신경계	14	4.14±3.39	0.29±0.24
내분비계	2	0.17±0.43	0.08±0.21
호흡기계	9	0.74±1.20	0.08±0.13
근골격계	8	2.47±1.76	0.30±0.22
소화기계	11	1.58±1.59	0.14±0.14
순환기계	6	1.40±1.37	0.23±0.22
생식기계	6	0.15±0.68	0.02±0.11
비뇨기계	10	0.61±0.83	0.06±0.08
Total	66	2.51±1.68	0.35±0.24

〈표 2-4〉 대상자의 의사소통 및 건강지식에 대한 간호요구도

(N=90)

구분	내용	실수	백분율(%)	M±SD	평균평점±SD
의사소통	시력장애	57	63.3	1.87±1.49	0.20±0.16
	안경사용	30	33		
	읽고 쓰는데 문제	29	32.2		
건강지식	약에 대한 지식결여	12	13.3	0.63±1.23	0.15±0.30
	질병에 대한 지식결여	23	25.6		
	개인위생 지식 결여	76	84.4		
Total				2.51±1.93	0.18±0.17

〈표 2-5〉 대상자의 심리적 간호요구도 (N=90)

구 분	내 용	실 수	백분율(%)	M±SD	평균평점±SD
심리적				1.32±1.72	0.22±0.28
	불안	28	31.1		
	슬픔	29	32.2		
	우울	33	36.7		
	역할변화로 인한 갈등	15	16.7		
	체형변화로 인한 고민	8	8.9		
	대인관계로 인한 갈등	6	6.7		

근방법이 될 수 있다.

설이 절실히 필요하다.

4) 대상자의 의사소통 및 건강지식에 대한 간호요구도
의사소통에 대한 간호요구도의 평균평점은 0.20±0.16, 건강지식에 대한 요구도는 0.15±0.30으로 나타났다 〈표 2-4〉.

의사소통에 대한 간호 요구도 중 연구 대상자의 63.3%가 시력장애와 관련된 간호 요구가 있었으며, 대상자의 33.3%가 안경을 착용하고 있었다.

건강지식에 대한 간호요구에서는 현재 복용하고 있는 약의 용량이나 복용방법, 복용이유 등에 관하여 잘 모르고 복용하고 있는 경우가 13.3%였고 자기 질병에 대한 지식이 없는 경우가 25.6%로 나타났다. 또한 대상자의 84.4%가 개인위생에 대한 기본적인 지식이 없는 것으로 나타나 생활 빈곤과 무지로 인한 건강지식에 대한 계몽과 보건교육을 통한 환경 및 생활양식과 관련된 문제도 함께 해결해야 한다.

5) 대상자의 심리적 간호요구도

대상자의 심리적 간호요구도는 평균 평점이 0.22±0.28로 나타났다 〈표 2-5〉.

Jacobson(1974)은 모든 종류의 심리적 불안은 반드시 어떤 형태의 생리적 또는 신체적 긴장을 수반하게 되며 신체적 또는 생리적 긴장은 심리적 불안을 유발한다고 했다. 따라서 물질적, 정신적으로 소외되고 있는 노인들을 위해 다양한 프로그램을 제공하는 노인복지시

6) 대상자의 영적 간호 요구도

대상자의 영적 간호 요구도는 평균평점이 0.39±0.35였다 〈표 2-6〉.

본 연구에서 영적 간호 요구는 가정환경에 대한 간호 요구 다음으로 높게 나타나 자녀가 없는 독거 노인들은 종교에 의지하고 스스로의 미래를 스스로 준비하여 독거 노인들의 영적 간호중재가 매우 중요함을 시사하고 있다. 영적인 간호중재는 대상자들이 처해있는 부정적인 환경속에서 대상자들로 하여금 최상의 건강을 유지하고 증진시켜 나갈 수 있는 중요한 방안이라고 하겠다.

3. 대상자의 일반적 특성별 가정간호 요구도

대상자의 일반적 특성별 가정간호 요구도는 〈표 3〉 연령에서 신체적 간호 요구도에 유의한 차이가 있었으며(F=4.32, p<0.003), 의사소통 및 건강지식에 대한 간호 요구도에서도 유의한 차이가 있었다(F=5.32, p<0.000). 이는 김경애(1998)의 연구에서도 연령이 높을수록 신체적 건강상태가 좋지 않은 것으로 나타나 이는 생물학적인 연령과 밀접한 관계가 있는 것으로 연령이 증가 할수록 신체적인 질환이 늘어나고 이에 따른 의사소통 및 건강지식에 대한 요구도가 높아지는 것으로 사료된다.

〈표 2-6〉 대상자의 영적 간호 요구도 (N=90)

구 분	내 용	실 수	백분율(%)	M±SD	평균평점±SD
영적				2.37±2.13	0.39±0.35
	신앙생활 원함	48	53.3		
	영적체험 원함	38	42.2		
	성직자의 방문 원함	35	38.9		
	신에게 분노나 절망 표현	19	21.1		
	양심의 가책 느낌	35	38.9		
	죽음에 대해 대화 원함	39	43.3		

<표 3> 대상자의 일반적 특성별 가정간호 요구도

일반적특성	간호요구도	ADL	가정환경	신체적	의사소통 건강지식	영적
연령	65-69세(11)	0.35	0.35	1.47	2.17	2.35
	70-74세(36)	0.22	12.52	2.44	1.72	2.16
	75-79세(19)	1.21	11.94	2.63	3.10	2.05
	80-84세(12)	0.16	13.91	3.08	3.33	3.08
	85세이상(6)	1.83	14.00	4.33	4.66	3.33
	F값	1.96	1.44	4.32	5.32	0.82
	p값	0.108	0.228	0.003**	0.000***	0.515
종교	불교 (36)	0.61	11.66	2.36	2.69	1.88
	기독교 (23)	0.56	14.13	3.00	2.17	3.91
	천주교 (9)	0.66	11.66	2.22	3.11	4.77
	기타 (2)	0.00	11.00	3.00	2.50	2.50
	없음 (20)	0.45	11.65	2.30	2.30	0.40
	F값	0.08	1.30	0.73	0.73	19.32
	p값	0.988	0.275	0.571	0.571	0.000***
결혼상태	미혼 (5)	2.20	12.60	2.60	1.60	2.00
	사별 (61)	0.57	11.36	2.44	2.85	2.19
	이혼, 별거(24)	0.16	14.54	2.66	1.83	2.91
	F값	2.74	4.54	0.16	3.10	1.07
	p값	0.070	0.013*	0.855	0.049	0.349
간호제공자	유 (64)	0.71	11.25	2.54	2.73	2.53
	무 (26)	0.15	14.80	2.42	1.96	2.00
	t값	2.02	-3.56	0.31	1.73	1.07
	p값	0.045*	0.000***	0.753	0.086	0.286
간호제공자	딸 (29)	0.31	10.10	2.34	3.24	2.10
	며느리 (4)	0.00	13.50	2.75	5.75	4.00
	친척 (14)	0.50	12.28	3.07	1.71	2.57
	타인(봉사자)(12)	1.50	12.08	2.33	1.66	3.25
	기타 (5)	2.40	11.20	2.60	2.80	2.00
	F값	1.71	1.16	0.49	5.71	1.18
	P값	0.159	0.336	0.744	0.000***	0.330
의료보장	1종 (78)	0.62	11.85	2.41	2.71	2.243
	2종 (12)	0.08	15.00	3.16	1.16	3.250
	t값	2.33	-2.27	2.41	4.17	1.53
	p값	0.022*	0.025*	0.022*	0.000***	0.128
질병	유 (69)	0.69	11.81	2.50	2.59	2.42
	무 (21)	0.09	13.80	2.52	2.23	2.23
	t값	2.28	-1.77	0.03	0.73	0.34
	p값	0.024*	0.078	0.968	0.464	0.734
주거형태	자가 (9)	1.11	13.55	2.77	3.44	3.55
	전세 (32)	0.62	10.59	2.00	2.37	1.93
	사글세 (28)	0.32	14.21	3.10	2.85	2.50
	기타 (21)	0.52	11.71	2.38	1.85	2.38
	F값	0.45	3.81	2.37	1.90	1.42
	p값	0.717	0.012*	0.075	0.136	0.242

*모든 data는 평균값임

p<0.05* p<0.01 p<0.001***

종교에서는 영적 간호 요구도에서 유의한 차이가 있었다($F=19.32, p<0.000$).

결혼상태에서는 가정환경에 대한 간호 요구도에서 유의한 차이를 보였다($F=4.54, P<0.013$).

간호 제공자의 유, 무에서 일상생활 수행능력에 대한 간호 요구도($t=2.02, P<0.045$)와 가정환경에 대한 간호 요구도에서 유의한 차이를 보였다($t=-3.56, p<0.000$). 이들 독거 노인들의 특징은 아들이 없다는 것과 더불어 혈연, 친척이 거의 없어 이들 노인들의 부양을 책임질 가족이 없거나 같이 살고 있지 않다는 점에서 사회적 부담을 가중시키는 요인이 되고 있다.

간호 제공자별에서는 의사소통 및 건강지식에 대한 간호요구도에 유의한 차이가 있었다($F=5.71, p<0.000$).

의료보장형태에서는 일상생활 수행능력에 대한 간호요구도($t=2.33, p<0.022$), 가정환경에 대한 간호요구도($t=-2.27, p<0.025$), 의사소통 및 건강지식에 대한 간호요구도($t=4.17, p<0.000$)에서 유의한 차이가 있었다.

현재 질병의 유, 무에서 일상생활 수행능력에 대한 간호 요구에 유의한 차이가 있었다($t=2.28, p<0.024$). 이는 본 연구의 대상자가 현재 앓고 있는 질환이 순환기계 43.5%, 근골격계 질환이 31.9%를 차지한 것과 관련 있는 것으로 보인다. 이러한 신체적 기능장애는 관절의 통증, 강직, 운동제한 등으로 설명되는 기능손상과 달리 일상생활의 수행이 어렵거나 곤란하다(McFarlane, Brooks, 1988). Sutton(1984)은 관절염 환자들에게는 환자를 둘러싸고 있는 물리적 환경을 환자의 일상생활 수행정도에 따라서 적절히 배치해야 하며 환자중심이 되어야 하고 가장 중요한 것은 환자의 요구에 잘 부합해야 한다고 했다.

주거 형태에서는 가정환경에 대한 간호 요구도에 유의한 차이가 있었다($F=3.81, p<0.012$).

V. 결론 및 제언

본 연구는 부산시 생활보호대상 독거 노인들의 가정 간호 요구도를 파악하는 기초 조사 연구이며, 연구대상은 부산시 보건소에서 관리하고 있는 생활보호 독거 노인들을 대상으로 다단계 무작위 추출법에 의해 선정된 90명이었다.

자료수집은 1999년 5월부터 6월까지 본 연구자에 의해 훈련받은 해당보건소의 방문 간호사가 직접 대상자

의 집을 방문간호 할 때 구조화된 질문지를 이용하여 개별 면담과 관찰을 통해 자료를 수집하였다.

연구도구는 UTMB의 가정간호기관에서 사용하는 가정간호요구 사정표를 본 연구의 목적에 맞게 수정 보완하고, 영적 간호요구 6문항을 첨가하여 사용하였다.

자료분석방법은 SAS 6.12 Version을 사용하여 일반적 특성은 실수와 백분율로 나타내었고 가정간호 요구도는 평균값과 표준편차로 분석하였으며 일반적 특성별 가정간호 요구도는 t-test, ANOVA로 분석하였다.

본 연구의 주요 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 대상자의 가정간호 요구도는 가정환경에 대한 간호요구도가 평균평점 0.48 ± 0.15 로 가장 높았고 다음이 영적 간호요구도 0.39 ± 0.35 , 신체적 간호요구도 0.35 ± 0.24 , 심리적 간호요구도 0.22 ± 0.28 , 의사소통 및 건강지식에 대한 간호요구도 0.18 ± 0.17 , 일상생활수행능력에 대한 간호요구도 0.04 ± 0.15 의 순으로 나타났다.

2. 대상자의 일반적 특성별 가정간호 요구도의 차이는 다음과 같다.

연령에서 신체적 간호요구($F=4.32, P<0.003$), 의사소통 및 건강지식에 대한 간호요구($F=5.32, P<0.000$)에서 유의한 차이가 있었다.

종교에서 영적 간호요구에서 유의한 차이가 있었다($F=19.32, P<0.000$).

결혼 상태에서 가정환경에 대한 간호요구에 유의한 차이가 있었다($F=3.03, p<0.033$)

간호제공자의 유, 무에서 일상생활수행능력에 대한 간호요구($t=2.02, p<0.045$)와 가정환경에 대한 간호요구($t=3.56, p<0.000$)에 유의한 차이가 있었다.

간호제공자별에서 의사소통 및 건강지식에 대한 간호요구에서 유의한 차이가 있었다($F=5.71, p<0.000$).

의료보장형태에서 일상생활수행능력에 대한 간호요구($t=2.33, p<0.022$), 가정환경에 대한 간호요구($t=-2.27, p<0.025$), 신체적 간호요구($t=-2.41, p<0.022$), 의사소통 및 건강지식에 대한 간호요구($t=4.17, p<0.000$)에서 유의한 차이가 있었다.

질병의 유, 무에서 일상생활수행능력에 대한 간호요구에서유의한 차이가 있었다($t=2.28, p<0.024$).

주거형태에서는 가정환경에 대한 간호요구에서 유의한 차이가 있었다($F=3.81, P<0.012$).

이상의 연구 결과에서 볼 때 생활보호대상 독거 노인

들의 76.7%가 현재 만성질환을 앓고 있음에도 불구하고 신체적 간호 요구보다 가정 환경적 간호 요구와 영적 간호 요구가 더 높은 것을 알 수 있었다. 따라서 저소득층 노령 빈곤인구의 경제적 부양문제가 사회문제로 대두되며 이들의 생활환경개선은 노인의 보건향상을 위해 선결되어야 할 중요한 과제이다. 또한 생활보호대상 독거 노인들은 만성질환의 특성으로 전문인의 도움이 필요하고 치료비나 간병인이 없어 더욱 가정간호에 대한 요구도가 높은 것으로 해석 할 수 있으며 앞으로 이들을 대상으로 가정간호를 수행할 때에는 치료적인 면 뿐만 아니라 대상자의 의, 식, 주와 관련된 의료와 복지가 연계 통합된 형태의 포괄적인 간호중재가 제공되어야 할 것이다.

본 연구 결과를 기초로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

- 1) 대상자 특성 별 가정간호 요구를 파악하기 위하여 일반 독거 노인들을 대상으로 가정 간호 요구를 조사하여 본 연구와의 비교 연구가 필요하다.
- 2) 가정 환경적인 간호요구가 높은 생활보호대상 독거 노인들을 위한 사회복지지원으로 정부의 재정적, 제도적인 정책이 강화되어야 하겠다.
- 3) 현재 시행 중인 보건소의 방문간호사업을 체계화하여 만성 질병의 지속적인 관리와 지역 주민의 건강을 유지, 증진할 수 있도록 하기 위하여 정부에서는 이에 필요한 모든 지원을 아끼지 말아야 할 것이다.

참 고 문 헌

김경애 (1998). 노인의 건강 상태와 생활 만족도의 관계에 관한 연구. 부산대 대학원 석사학위논문, 부산.

김귀분 (1997). 노년기의 건강증진. 대한간호, 36(4), 6-13.

김인순 (1998). 독거노인의 건강관리에 관한 연구. 중앙대학교 사회개발 대학원 석사학위논문, 서울.

대한간호협회 (1993). 가정간호 보수교육교재.

박경호 (1997). 고령화 시대의 노인복지. 보건복지포럼 통권 제 13호, 6-15.

박노예, 장영섭, 김태숙 (1989). 보건소 간호사 근무시간 활용에 관한 연구; 보건소 간호사를 중심으로 한 가정간호사업 전개 방안. 국립보건원보, 제 26권, 767-802.

박용역, 김문주, 김재선, 김홍구, 류장근, 류효용, 박명자, 박성순, 이영숙, 이인환, 정수경, 정홍수, 조남춘

(1997). 노인보건학 위문. 서울:신광출판사.

변영숙, 이자형 (1990). 임종환자의 가정간호 서비스 운영에 관한 조사연구. 간호 과학, 2, 104-117.

변재관 (1998). 노인 보건 복지 정책의 현황과 정책 방향. 보건복지 포럼 통권 제25호, 6-13

신은영 (1993). 농촌노인의 건강상태와 생활만족도에 관한 연구. 서울대학교 대학원 석사학위논문, 서울.

우선혜 (1989). 의료보호 대상자의 가정간호요구 및 이윤의사에 관한조사 연구. 이화여자대학교 교육대학원 석사학위논문, 서울.

윤순녕, 박성혜 (1996). 보건소 조직 구조에 따른 방문간호 사업의 성과 비교. 지역 사회 간호 학회지, 7(1), 5-17.

이가옥, 권중돈 (1989). 노인단독가구 실태에 관한 연구. 한국인구보건연구원, 보건논집 9(2), 92-115.

이인숙 (1990). 지역사회 가정간호의 실행모형 개발을 위한 연구. 서울대학교 대학원 보건학 박사학위논문, 서울.

임난영, 김금순, 김영임, 김귀분, 김시현, 박호란 (1997). 서울시 간호사회 가정간호 시범 사업 서비스 내용 및 만족도 분석. 대한간호, 36(1), 59-72.

조애저 (1998). 노인가구의 유형별 특성과 복지대책. 보건복지포럼 통권제19호, 62-71.

주경식 (1984). 노인복지정책의 전망. 한국노년학, 4, 53-59.

최금희 (1998). 도시 영세민 지역 재가 노인의 가정간호요구. 고신대학교 보건대학원, 부산.

한국통계청 (1995). 한국통계연감.

Grundy, E. (1998). 인구고령화와 정책방안. 보건복지포럼, 22, 41.

Anderson, S. V. & Bauwen, E. E. (1981). Chronic health problems. St Louis, Missouri: Mosby Co.

Brower, T. (1985). Do nurses stereotype the aged? Journal of Gerontological Nursing, 11(1), 25-30.

Brunner, L. S. (1980). Text book of medical-surgical nursing. Philadelphia: J. B. Lippincott. Co.

Dodge, J. S. (1969). Factors related to patient's perception of their cognitive needs. Nursing Research, 18(6).

- Gomez, P. A., Varona, L. W., Alonso, A. M., & Garcia, J. L. (1993). Self perceived health, the use of services and drug consumption in a noninstitutionalized older population. Aten-Primaria, 31(5), 233-238.
- Matteson, M. A., & McConnell, E. S. (1988). Gerontological nursing. Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Hennessey, M. J., & Gorenberg, B. (1982). The significance and impact of the home care of an older adult. Nursing Clinics of North America, 17(4), 665-675.
- Jacobson, E. (1974). Progressive relaxation. University of Chicago Press.
- Martinson, I. M., & Widmor, A. G. (1989). The continuum of care: partners in acute and chronic care. in Martinson, I. M., & Widner, A. G.(ed) Home health care nursing. (pp3-12). Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Miller, J. F. (1983). Coping with chronic illness, overcoming powerlessness. Philadelphia: F. A. Davis.
- Outinen, L., & Pohjakallio, L. (1997). Continuous care chain. Sairaanhoitaja (Helsinki), 70(8), 6-8
- Mcfarlane, A. C., & Brooks, P. M. (1988). Determinants of disability rheumatoid arthritis. Journal of Rheumatology, 15(6), 926-931.
- Sutton, J. S. (1984). The hospitalized patient With rheumatoid arthritis. Nursing Clinics of North America, 19(4), 617-624.

-Abstract-

Key concept : Welfare solitude elderly person, Home care nursing need

Home Care Nursing Needs of Welfare Solitude Elderly Person in Pusan City

Kim, Ki Ryeon*

This study was carried out to assess home health care needs for welfare of solitude elderly person. The subjects of this study were 90 welfare solitude elderly person in Pusan City. Data were obtained by interview and observation using a structured questionnaire. The collected data were analyzed by t-test, ANOVA with SAS program.

The results are as follows.

1. Among the home care nursing needs, environmental nursing needs topped the list, followed by spiritual, physical, psychological, communication & health knowledge and ADL nursing needs.
2. Home care nursing needs showed a significant differences by the general characteristic of the respondents.
 - In the age, there were significant differences in physical and communication & health knowledge nursing needs.
 - In the religion, there were significant differences in spiritual nursing needs.
 - In the marital status, there were significant differences in environmental nursing needs.

* Graduate Student, Dept. of Nursing, College of Medicine, Pusan National University

In the nursing provider, there were significant differences in ADL, environmental and communication & health knowledge nursing needs.

In the medical benefit, there were significant differences in ADL, environmental, physical and communication & health knowledge nursing needs.

- In the disease, there were significant differences in ADL nursing needs..
- In the household maintenance, there were significant differences in environmental nursing needs.