

## 병원식사 부적응으로 인한 식사 거부 환자의 영양관리

김혜진 · 전수진 · 정경희

가톨릭대학교 성모병원 영양과

Nutrition Care of Diet-refusal Patients having Difficulties in Adapting to Hospital Diet

Kim, Hye-Jin · Jun, Su Jin · Jung, Kyung Hee

Dietetic Dept., St. Mary's Hospital, Catholic University, Seoul, Korea

### ABSTRACT

The purpose of this study was to produce proper nutrition and foodservice through positive intervention for diet-refusal patients who has difficulties in adaptation to hospital diet, and to contribute to hospital management with the focus of fast recovery. The survey was conducted using questionnaires between July 18 and August 17, 2000. The subjects were consisted of 24 diet-refusal patients who were hospitalized in St. Mary's Hospital except the patients hospitalized for the purpose of operations or pre-therapy tests. Also chart reviews were conducted. The statistical analysis of data was done by SAS/win 6.11 package to determine descriptive analysis and paired t-test and Pearson's correlation.

The summary of the study results is as follows:

1. Most of the subjects was receiving chemotherapy. The leading place for offering private food was from patients' home. Subjects worried about delayed recovery from illness due to nutritional problems caused by extreme fasting. The problems were in order of anorexia, nausea and vomiting during therapy process. 52.4% of subjects ate hospital diet after positive intervention.
2. Major reasons of hospital diet-refusal patients' dissatisfaction were in order of expenses, dissatisfaction of taste and side effects due to therapy. In case of lasting diet-refusal patients after intervention, serum total protein levels were significantly lower( $p<.05$ ).
3. Serum Alb( $p<.05$ ), Hb( $p<.05$ ), Hct( $p<.05$ ) and TLC( $p<.001$ ) levels showed significantly negative correlations with fasting duration. With these results, it is concluded that a major cause of malnutrition among patients is to last fasting.

KEY WORDS : diet-refusal, intervention, private food, foodservice incomes, hospital diet

## 서 론

IMF 관리체제 이후 극도로 침체된 국내 경기와 의약분업으로 인해 병원 경영은 더욱 어려운 상황이 되었고 외환위기에 따른 비용 부담의 증가와 병상 가동률의 감소 등으로 대부분의 병원들이 심각한 환경의 변화를 경험하게 되었다<sup>1)</sup>. 또한 최근 의료계는 대형 병원의 신증설로 의료 서비스의 공급 과잉에 따른 의료기관 사이의 경쟁이 심화되었으며 소비자 운동의 확산, 의료에 대한 정보 확대, 마케팅 개념의 발전 등으로 공급자 위주였던 의료서비스가 점차 소비자 중심의 서비스로 인식되게 되었다<sup>2)</sup>. 이와 함께 경제적인 이유로 환자의 질병 치료와 합병증 예방을 위하여 제공되어야 할 병원급식이 사식으로 대처되어, 환자의 영양적 치료와 위생적 문제 아울러 병원 경영상의 큰 문제로 대두되고 있다.

환자의 식사 내용은 처방식사 종류별 영양 기준, 식품 구성 내용 등이 수록된 '식사처방 지침서'에 따라 전문 지식을 가진 영양사에 의해 계획되며, 치료의 한 부분으로 제공된다. 또한 병원급식은 면역 기능이 저하된 환자들을 대상으로 공급되므로 철저한 위생 관리가 필요하며 매끼 식기를 소독하고 감염 환자 식기는 별도로 관리하며, 교차 오염을 예방하기 위하여 전처리 구역과 조리 구역을 구분하고, 매월 직원들의 위생 교육을 실시한다.<sup>4)</sup> 그러나 환자의 의사에 따라 자유롭게 사식을 허용할 경우 병원급식을 통해 이루어지고 있는 환자의 영양 상태나 식중독에 대한 안전성 문제를 의료진이 통제하거나 관리하기 어려울 뿐만 아니라 이로 인해 발생하는 부작용에 대해 병원이 책임지기가 어렵다. 또한 입원 환자는 개개인의 질병으로 인한 생리적 대사 이상, 약물 치료, 정신적 스트레스 등으로 영양 요구량이 증가한데 비해 신체적, 심리적 변화로 소화 기능이 저하되고 식욕 감퇴로 음식 섭취가 감소되어 영양 불량이 되기 쉽다. 따라서 입원 환자에게 적절한 영양 관리가 이루어진다면 질병 치료가 신속해지고 질병 치료 기간이 단축되어 결과적으로 국민 의료비용을 감소시킬 수 있으므로 병원급식은 매우 중요하며, 환자 식사 섭취율을 높이는 다각적인 연구와 노력이 필요하다<sup>5,6,7)</sup>. Maller<sup>5)</sup>는 환자 식사는 질병 치료 방침의 실현을

위한 영양적인 측면과 환자가 원하는 식사와의 사이에 갈등이 있다고 하였으며, McCune<sup>8)</sup>는 환자 식사의 관능적 품질이 낮은 원인은 영양사가 음식의 영양적인 면을 더 중시하고 환자가 중요하게 생각하는 관능적인 품질의 배려가 등한시 되었기 때문이라 하였다. 특히 환자가 병원 식사의 부적응으로 인해 식사를 거부하는 경우가 증가하는 시점에서 서비스 품질에 대한 환자의 기대와 수행에 대한 만족도의 분석이 필요하다.

Graning<sup>9)</sup>은 영양사는 각 환자의 영양 소요량을 판정한 후 적절한 식사를 추천해 주어야 한다고 주장하였고, Etzwiler<sup>10)</sup>와 Foster 등<sup>11)</sup>도 영양사들은 병원에서 영양적인 치료를 제공하는데 적극적인 역할을 맡아야 함을 강조하였다. 외국의 경우 입원 환자들의 50% 이상이 가벼운 정도에서부터 심한 상태까지의 단백질-에너지 결핍증의 영양 불량 상태가 보고되어<sup>12,13,14)</sup> 이에 영양 불량 환자의 영양적 치료 효과에 대한 광범위한 연구 및 인식이 더욱 강조되기 시작하였다. 우리나라의 경우도 의학적 치료 중 임상 영양 부분이 가장 소홀히 취급되어 왔는데 1988년 김유리 등<sup>15)</sup>의 연구 조사에서 입원한 환자의 약 40%가 중등도 이상의 영양 결핍 상태에 놓여 있음이 보고되었고, 서은경 등<sup>16)</sup>, 박미선 등<sup>17)</sup>도 환자의 영양 불량 상태에 대한 보고를 하고 있어 입원 환자에 대한 영양 관리의 필요성이 절실한 실정이다.

따라서 병원급식은 치료의 한 부분으로 환자는 의사가 처방한 병원 식사를 섭취하도록 되어 있다<sup>4)</sup>. 외국의 경우에도 병원급식은 의사의 처방에 따라 일률적으로 제공되고 있으며, 미국에서는 일찍이 질병의 예방과 치료에 식사 요법의 중요성이 인식되어 적극적인 영양 치료(식사 제공, 환자 교육, 영양 평가 등)가 이루어지고 있으며<sup>18)</sup>, 식사비는 입원 실료에 그 비용이 포함되어 입원 환자의 기본 관리료로 되어 있다. 일본의 경우는 입원 실료와 식사료가 별도로 분류되어 있고, 식사비가 의료 보험 항목으로 되어 있으며, '기준 급식' 제도 하에 관리되고 있다<sup>9)</sup>. 따라서 입원 환자들의 의사 여부에 따라 병원 내의 개인 사식이 반입되는 경우는 없다.

이에 본 연구는 오랜 식사 거부는 환자의 영양 상태 불량과 사식 반입으로 인한 영양상의 문제 및 병원 수익

감소의 원인이 되므로 이에 적극적인 중재(intervention)를 통해 환자에게 적정수준의 영양과 급식 서비스를 제공하여 빠른 회복과 급식 수입을 증가시켜 질(quality) 중심의 병원경영에 이바지하고자 하였다.

## 연구 내용 및 방법

### 1. 조사 대상 및 기간

2000년 7월 18일~8월 17일 사이에 성모병원에 입원환자 중 수술이나 검사 등의 치료과정상의 필요로 인한 금식을 제외한 식사 거부 환자 24명을 대상으로 실시하였다.

### 2. 조사 내용 및 방법

본 연구의 조사 내용은 식사 거부 환자의 병원식사의 불만족 요인 분석, 적극적인 중재활동과 식사 거부시와 식사섭취 후 영양상태 비교, 식대 수입 분석의 4가지 영역으로 실시하였다.

(1) 식사 거부 환자의 병원식사의 불만족 요인 분석은 설문조사를 통하여 실시하였으며, 설문지의 내용은 선행 연구<sup>26,27)</sup>를 참고로 개발하였고, 일반적인 특성은 성별, 연령, 입원기간, 최종학력(4문항), 사식의 제공원(1문항), 식사 거부시 걱정사항(1문항), 식사 거부 환자의 병원식사의 불만족 요인 분석을 위하여 치료 중 부작용(3문항), 경제적인 이유(3문항), 병원식사의 맛의 불만족(3문항)과 건의사항 3문항의 모두 18문항으로 구성하였으며, 병원식사의 불만족 요인 분석과 건의사항에 관련된 문항은 5점 척도로 평가하였고, 환자가 자가기록하게 하였다.

(2) 적극적인 중재활동은 영양사가 식사 거부를 시작 한 지 3일 이상 되는 환자를 원내 식사처방 프로그램을 통하여 검색한 후 수술이나 검사 등의 치료과정상의 필요로 인한 금식을 제외한 식사 거부 환자를 대상으로 방문하여 설문조사를 실시하고, 그 결과를 바탕으로 식사 교육 및 대응식 제공 등을 통해 식사섭취를 유도하였으며, 중재활동의 수용여부는 식사처방전 검색을 통하여 조사하였다.

(3) 중재 전·후 3일의 신체계측과 생화학적 자료는 환자의 의무기록을 사용하였으며, 그 내용<sup>19)</sup>은 일반적인 특성 5문항, 주관적인 자료 2문항, 객관적인 자료 17문항, 평가 1문항, 교육 계획 1문항 등 총 26문항으로 구성하였으며, 영양사가 조사 기록하였다.

(4) 식대 수입은 영양사가 중재 전·후의 식사처방전을 비교하여 식사의 수용여부와 식대를 조사하였다.

### 3. 자료 분석 방법

본 조사의 분석은 SAS/win 6.11 package를 이용하여 처리하였으며, 연구 내용별 사용된 분석방법<sup>20)</sup>은 다음과 같다.

(1) 식사 거부 환자의 병원식사의 불만족 요인 분석 설문지의 조사 대상자의 일반적인 특성은 빈도수와 백분율로, 불만족 요인 분석은 평균과 표준편차의 기술통계량으로 산출하였다.

(2) 식사 거부시와 식사 섭취 후 영양상태 비교는 진료과, 진단명, 식사관련 문제, 중재 후 식사 섭취여부는 빈도수와 백분율의 기술통계량으로 산출하였다. 신체계측 자료는 중재 전 3일과 중재 후 3일의 평균과 표준편차의 기술통계량으로 산출하여, 차이를 보기 위하여 paired t-test를 실시하였으며, 중재 후 병원식을 선택한 경우와 식사 거부를 지속한 경우의 생화학적 자료는 평균과 표준편차의 기술통계량으로 산출한 후 차이를 비교하기 위하여 paired t-test를 실시하였다. 식대 수입은 중재 전·후에 차이를 보기 위하여 paired t-test를 실시하였다.

(3) 조사 대상자의 일반적인 특성과 생화학적 조사 및 불만족 요인간의 상관관계를 Pearson's correlation으로 보았다.

## 연구 결과 및 고찰

### 1. 조사 대상의 일반적 특성

본 연구의 조사 대상 환자는 24명으로 일반적인 특성은 표 1과 같았다. 조사 대상 환자는 남자와 여자가 동일한 비율이고, 진료과는 내과가 58.3%로 가장 많았다. 연령 대는 41세 이상이 75%를 차지하였다. 입원기간은 1~7일

과 8~15일이 각각 29.2%로 같았으며, 16일 이상이 41.6%로 식사 거부 환자들의 경우 장기 입원의 경향이 높은 것을 알 수 있었고, 이는 입원환자의 영양불량은 재원일수의 연장, 의료비용의 증가, 사망률 및 합병증 증가와 밀접하다는 것을 간접적으로 시사하는 결과였다<sup>19)</sup>. 최종학력은 중졸 이하가 45.8%로 가장 많았으며, 진단명은 악성신생물이 62.5%, 혈액증양이 12.5%로 대부분을 차지하여

표 1. 조사 대상의 일반적 특성

	일반 사항	빈도(N)	백분율(%)
성별	남	12	50.0
	여	12	50.0
	소 계	24	100.0
진료과	내과	14	58.3
	일반외과	5	20.8
	흉부외과	2	8.3
	정형외과	1	4.2
	산부인과	1	4.2
	소아과	1	4.2
연령	소 계	24	100.0
	20세 이하	3	12.5
	21~30세	1	4.2
	31~40세	2	8.3
	41~50세	7	29.2
	51~60세	5	20.8
	61세 이상	6	25.0
입원기간	소 계	24	100.0
	1~7일	7	29.2
	8~15일	7	29.2
	16~30일	5	20.8
	31일 이상	5	20.8
최종학력	소 계	24	100.0
	중졸 이하	11	45.8
	고졸	7	29.2
	전문대졸	-	-
	대학 이상	6	25.0
진단명	소 계	24	100.0
	혈액증양	3	12.5
	악성신생물	15	62.5
	신장질환	1	4.2
	간장질환	2	8.3
	기타	3	12.5
소 계	소 계	24	100.0

조사 대상 환자가 주로 항암치료 중임을 알 수 있었다.

## 2. 조사 대상의 치료 중 영양문제와 중재 후 식사선택

조사 대상의 치료 중 영양문제와 중재 후 식사선택은 표 2와 같다. 사식 제공장소는 자택이 58.3%로 가장 많았고, 식사 거부로 인한 우려사항은 회복지연(34.8%), 영양불량(26.1%), 질병악화(21.7%) 순이었다. 이는 환자들이 장기간의 식사 거부가 회복하는데 필요한 체력 저하와 밀접하다고 생각하고 있는 것을 반영하는 결과라 생각되었다. 치료 중 문제로는 식욕저하(45.8%), 구역질(12.5%), 구토(12.5%) 순이었다. 식사에 대한 중재 후 52.4%가 병원식사를 하게 되어 환자의 영양상태 개선과 병원의 비용 효과가 크리라 생각되었다.

표 2. 조사 대상의 치료 중 영양문제와 중재 후 식사선택

	일반 사항	빈도(N)	백분율(%)
사식 제공장소	자택	14	58.3
	식당	4	16.7
	매점(간식)	1	4.2
	기타(금식)	5	20.8
	소 계	24	100.0
식사 거부로 인한 우려사항	영양불량	6	26.1
	회복지연	8	34.8
	질병악화	5	21.7
	기타	4	17.4
치료 중 문제	소 계	23	100.0
	식욕저하	11	45.8
	치아	-	-
(복수선택)	심绞	-	-
	만복감	1	4.2
	구역질	3	12.5
	구토	3	12.5
	설사	1	4.2
	변비	1	4.2
	소화불량	1	4.2
	알러지	-	-
	소 계	21	100.0
	중재 후 병원식 선택함	11	52.4
치료 중 문제	선택 안함	10	47.6
	소 계	21	100.0

### 3. 조사 대상의 식사 거부 기간 및 중재 전·후의 신체계측과 식대 수입 비교

표 3은 조사 대상의 식사 거부 기간 및 중재 전·후의 신체계측과 식대 수입을 비교 제시하였다. 신체계측의 경우는 중재 후 식사를 수용한 환자들을 대상으로 중재 전·후 3일간의 신체계측치를 평균과 표준편차를 산출한 후 paired t-test로 비교 분석하였는데 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 이는 신체계측치의 변화를 보기에는 조사기간이 너무 짧았기 때문이라고 생각된다. 식대 수입의 경우 중재 전과 후에 유의적인( $p<0.0001$ ) 차이가 있어, 지속적으로 수행할 경우 병원경영에 큰 도움이 되리라 사료되었다.

표 3. 조사 대상의 식사 거부 기간 및 중재 전·후의 신체계측과 식대 수입 비교

	Mean±SD		significant
	중재 전	중재 후	
식사 거부 기간(일)	8.17±6.6	-	NS
체중(kg)	59.2±12.3	58.4±11.9	
비만도(%)	105.9±22.1	104.1±16.9	NS
식대 수입(원 /1식)	0.00±0.0	3404.8±3326.5	*

\* $p<0.0001$  NS : Not significant

### 4. 중재 후 병원식을 선택한 경우와 식사 거부를 지속한 경우의 임상적 자료 비교

#### 조사 대상의 중재 후 병원식을 선택한 경우와 금식을

표 4. 중재 후 병원식을 선택한 경우와 식사 거부를 지속한 환자의 임상적 자료 비교

	식사거부를 지속한 경우(n=10)			병원식을 선택한 경우(n=11)		
	Mean±SD		significant	Mean±SD		significant
	중재 전	중재 후		중재 전	중재 후	
체중(kg)	60.6±14.5	61.8±13.4	NS	59.1±12.2	55.4±10.6	NS
비만도(%)	104.4±21.5	105.7±16.5	**	109.3±25.5	103.0±18.4	NS
수축기혈압(mmHg)	113.0±9.5	105.0±10.7	*	120.0±21.5	107.5±7.1	NS
O1원기혈압(mmHg)	74.0±9.7	68.8±8.4	NS	76.4±12.9	68.8±6.4	NS
Total protein(g/dl)	6.57±1.0	6.21±1.0	*	6.5±0.7	6.9±0.5	NS
Albumin(g/dl)	3.7±0.7	3.5±0.7	NS	3.4±0.4	3.4±0.9	NS
Hemoglobin(g/dl)	9.4±2.4	9.6±1.3	NS	10.2±1.7	10.1±1.5	NS
Hct(%)	27.2±7.4	27.5±4.3	NS	29.0±5.0	28.8±5.4	NS
TLC(%)	695±603	555±383	NS	1099±598	1194±577	NS

\* $p<0.05$  \*\* $p<0.01$  NS : Not significant

지속한 환자의 생화학적 조사 비교를 표 4에 제시하였다. 생화학적 조사는 중재 전·후 3일간의 자료를 평균과 표준편차를 산출하여 중재 후 식사 거부를 지속한 경우 중재 전·후의 생화학적 자료를 paired t-test로 비교하였고, 병원식을 선택한 경우도 동일한 방법으로 paired t-test로 차이를 비교하였다. 중재 후 식사 거부를 지속한 환자의 경우 중재 전·후의 임상적 자료 중 비만도가 중재 후 유의하게( $p<0.01$ ) 높았으며, 수축기 혈압은 유의하게( $p<0.05$ ) 낮았다. 또한 total protein이 유의하게( $p<0.05$ ) 낮게 나타나 장기적인 식사 거부가 영양불량의 원인이 될 수 있음을 시사하여 주었다. 중재 후 병원식을 선택한 경우 중재 전·후 임상적인 자료는 통계적으로 유의한 차이는 없었으나, total protein과 TLC(Total Lymphocyte Count)가 중재 전보다 높게 나타나, 병원식사의 영양적인 중요성을 시사하는 자료였으며, 조사 대상 환자 모두가 TLC가 영양불량 판정의 기준치인 1500/mm<sup>3</sup>보다 낮은 경향을 보여 식사 거부가 환자의 영양상태 저하와 밀접한 관계가 있음을 보여주는 자료였다<sup>19)</sup>.

### 5. 식사 거부 환자의 병원식사의 불만족 요인 분석 및 건의사항

환자들의 식사 거부의 원인이 되는 병원식사의 불만족 요인과 건의사항(표 5)을 조사한 결과 환자들이 병원식사에 만족하지 못하고 식사 거부를 하는 이유는 경제

적인 이유가 5점 만점에 3.43, 병원식사의 맛의 불만족이 3.39, 치료 중 부작용이 3.31 순이었다. 이는 환자들이 병원식사의 가격에 부담을 느껴 식사를 거부하는 경우가 많음을 알 수 있었다. 영양상담을 통한 식사 개선을 원하는 경우가 3.58로 가장 높은 점수를 보였으며, 사식의 필요성을 느끼는 경우가 3.50, 병원식사의 거부가 3.54로 나타나 식사 거부 환자들이 영양상담을 통해 식사를 개선하고 병원식사를 하기를 원함을 알 수 있었다.

표 5. 식사 거부 환자의 병원식사의 불만족 요인 분석 및 건의사항  
점수(Mean±SD)

병원식사의 불만족 요인	
치료 중 부작용	3.31±0.70
경제적인 이유	3.43±0.69
병원식사의 맛의 불만족	3.39±0.66
건의 사항	
영양상담을 통한 식사 개선의 필요성	3.58±0.83
사식의 필요성	3.50±1.14
병원식 거부	3.54±1.02

## 6. 조사 대상의 일반적 특성과 생화학적 조사의 상관관계

조사 대상의 일반적 특성과 생화학적 조사의 상관관계를 표 6에 제시하였다. 식사 거부 기간과 입원 기간은 양의 유의한( $p<.01$ ) 상관관계를, total protein과 연령과는 유의한( $p<.05$ ) 양의 상관이 식사 거부 기간과는 유의한( $p<.05$ ) 음의 상관관계가 있었다. albumin과는 식사 거부 기간과 유의한( $p<.05$ ) 음의 상관이, total protein과는 유의한( $p<.05$ ) 양의 상관관계가 있었다. hemoglobin은 연령과 유의한( $p<.05$ ) 양의 상관관계가, 식사 거부 기간과는 유의한( $p<.05$ ) 음의 상관관계가, total protein, albumin과는 유의한( $p<.001$ ) 양의 상관관계가 있었다. hematocrit과 연령과는 유의한( $p<.05$ ) 양의 상관관계가, 식사 거부 기간과는 유의한( $p<.05$ ) 음의 상관관계가, total protein( $p<.001$ ), albumin( $p<.001$ ), hemoglobin( $p<.001$ )과는 유의한 양의 상관관계가 있었다. TLC는 식사 거부 기간과 유의한( $p<.01$ ) 음의 상관관계를 보였다. 이는 식사 거부 기간이 길수록 모든 생화학적 수치가 유의하게 저하함을 볼 수 있어 식사 거부가 환자의 영양불량의 원인이 됨을 알 수 있어, 병원식사의 영양적 치료의 중요성을

시사하는 결과였다.

표 6. 조사 대상의 일반적 특성과 생화학적 조사의 상관관계

연령	일반적 특징		생화학적 조사					
	입원 기간	식사 거 부 기간	BP	total protein	albu- min	Hb	Hct	TLC
연령	1.00	-0.39	-0.39	-0.09	0.68*	0.57	0.61*	0.59*
임원기간		1.00	0.58**	0.22	-0.37	-0.57	-0.40	-0.40
식사 거부 기간			1.00	-0.001	-0.68*	-0.58*	-0.55*	-0.56*
BP				1.00	-0.29	0.01	-0.01	0.01
total protein					1.00	0.63*	0.87***	0.84***
albumin						1.00	0.83***	0.84***
Hb							1.00	0.99***
Hct								1.00
TLC								

\* $P<0.05$    \*\* $P<0.01$    \*\*\* $P<0.001$

## 결론 및 제언

본 연구는 2000년 7월 18일~8월 17일 사이에 성모병원에 입원환자 중 수술이나 검사 등의 치료과정상의 필요로 인한 급식을 제외한 식사 거부 환자 24명을 대상으로 식사 거부로 인한 환자의 영양상태 불량과 사식 반입으로 인한 영양상의 문제 및 병원 수익의 감소 방지하기 위하여 이에 적극적인 중재(intervention)를 통해 환자에게 적정수준의 영양과 급식 서비스를 제공하여 빠른 회복과 급식 수입을 증가시켜 질(quality) 중심의 병원 경영에 이바지하고자 실시하였다.

그 결과를 요약하면 다음과 같다.

- 조사 대상 환자는 주로 항암치료 중이었다. 주로 사식 제공장소는 자택이었고, 식사 거부로 인한 영양 문제로는 회복지연을 가장 우려하였으며, 치료 중 문제로는 식욕저하, 구역질, 구토 순이었다. 식사에 대한 중재 후 52.4%가 병원식사를 하였다.
- 식사 거부 환자의 병원식사의 불만족 요인은 경제적인 이유, 병원식사의 맛의 불만족, 치료 중 부작용 순이었다. 중재 후 식사 거부를 지속한 환자의 경우 total protein이 유의하게( $p<.05$ ) 낮게 나타났다.
- 식사 거부 기간과 albumin( $p<.05$ ), hemoglobin( $p<.05$ ), hematocrit( $p<.05$ ), TLC( $p<.001$ )이 유의한 음의 상관

관계를 보여, 오랜 식사 거부가 환자 영양불량의 원인이 됨을 알 수 있었다.

이상의 결과를 종합하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 식습관의 문제등으로 병원식사를 적응하지 못해 영양상태가 저하되거나 저하될 우려가 있는 경우 의사는 신속히 영양사에게 면담을 요청하여 적절한 대응식을 제공하고, 불가피하게 개인대응이 불가능한 환자만 식사 거부로 처리하고 사식을 허용하는 의료전달 system 구축이 시급하다고 본다.

### 참고 문헌

1. 박정순. 새로운 경영기법을 통한 병원급식 경영전략 실천사례, 병원관리 종합학술대회 연제집, pp.221-241, 1998.
2. 김혜진. 병원 영양부서의 TQM 도입을 위한 질 평가 모델 및 지침서 개발, 동덕여자대학교 대학원 박사학위논문, 1998.
3. 서은경. 2천년대를 향한 영양부서의 과제와 방향, 대한병원협회지 12:15-23, 1989.
4. 유승홍. 병원경영 이론과 실제, 수문사, pp.269-275, 서울, 1998.
5. Maller, O., Dubose, C.N., Cardello, A.V. Consumer opinions of hospital food and foodservice. J. Am. Diet. Assoc., 76:236-242, 1980.
6. 류은순. 환자가 바라는 우리 나라 영양서비스에 대한 만족도 및 요구도 조사. 대한영양사회 심포지엄 자료집, 27-52, 1994.
7. 임현숙, 양일선, 차진아. 병원급식 서비스 품질에 대한 환자 만족도 및 요인 분석. 대한영양사회 학술지 5(1):29-47, 1999.
8. McCune, E. Patient and dietitians ideas about "quality" food. J. Am. Diet. Assoc., 40:321-324, 1962.
9. Graning, H.M., The dietitian's role in "heads up" patient care, J. Am. Diet. Assoc., 56(4):299-303, 1970.
10. Etzwiler, D.D., The patient is a member of the medical team. J. Am. Diet. Assoc., 61(4):421-426, 1972.
11. Foster, J.T., A hospital administrator's view of the shared responsibility. J. Am. Diet. Assoc., 67(6):539-544, 1975.
12. Weinsier, R.L., Hospital Malnutrition, A prospective evaluation of general medical patient during the course of hospitalization, Am. J. Clin. Nutr., 32(2):418-422, 1979.
13. Bistrian, B.R., Blckburn, G.L. Hallowell, E. Heddle, R., Protein status of general surgical patients, JAMA, 230(6):858-862, 1974.
14. Tobias, A.L., and van Itallze T.B., Nutritional problems of hospitalized patients, J. Am. Diet. Assoc., 71(3):253-257, 1977.
15. 김유리, 허갑범. 내과질환으로 입원한 환자의 영양 상태, 대한내과학회지, 35(5):669-674, 1988.
16. 서은경, 이송미, 김승희, 엄영람, 김혜진, 오희옥, 김정희, 백영원. 서울시내 종합병원에 입원한 환자들의 영양상태에 관한 연구, 대한영양사회 학술대회 자료집, 1989.
17. 박미선, 김승희, 여지인, 윤여정, 나미용, 위경애, 김태현, 조연영, 이영희. 입원환자 영양관리에 따른 영양사 인력에 관한 조사, 대한영양사회 학술대회 자료집, 1992.
18. 류은순, 이송미, 허계영. 임상영양사의 업무수행 현황에 관한 연구, 대한영양사회 학술지 1(1):10-20, 1995.
19. 김영혜, 서애리, 김미경, 이연미, 입원당시의 영양상태가 재원일수와 사망률에 미치는 영향 : 전산 영양 검색을 이용한 전향적 연구, 대한영양사회 학술지 5(1):48-53, 1999.
20. 김충련. SAS라는 통계상자, 데이터리서치, 서울, 1994.
21. 한부, 김영옥. 간암 및 위암환자의 입원초기 영양상태와 치료 결과와의 관련성, 대한영양사회 학술대회 자료집, 2000.