

# 단기노인보호소 이용자의 간호요구도 및 서비스 실태연구

신 경 희 · 이 선 자(서울대학교 보건대학원)

## 목 차

I. 서론	V. 결론
II. 연구방법	참고문헌
III. 연구결과	영문초록
IV. 논의	

## I. 서 론

### 1. 연구배경 및 필요성

인구 고령화 현상은 세계적인 추세이며, 우리나라도 2000년을 기준으로 65세이상 노인 인구가 전체 인구의 7.2%를 차지함으로써 본격적인 고령화 사회에 돌입했음을 알 수 있다. 또한, 2022년에는 14.3%, 2032년에는 20%를 넘어 초고령화 사회에 진입할 전망이다(통계청, 2001).

의학 및 과학기술의 발달로 인한 평균 수명의 연장은 우리 사회에서 노인 인구가 차지하는 비율이 점차 증가하고 있으며, 더불어 핵가족화·소가족화 등 사회구조의 변화와 여성의 다양한 사회진출로 인하여 과거 우리사회의 일반적인 가족중심형태의 노인부양 역할을 대체할 수 있는 기능으로서 노인 복지 서비스 등 사회적 제반 여건은 매우 미흡한 상황에 있다(임춘식, 2001).

고령화 과정에서 나이가 많아지면 심신기능이 쇠약해지고 퇴행성 만성질환으로 고통을 받게 되어 자립생활이 어렵게 된다. 또한 노인을 돌보아 줄 자녀가 없

거나, 자식이 있어도 노부모를 부양할 능력이 없으면 양로원이나 요양원의 시설 보호가 필요하며, 시설 수용보다는 가정 보호서비스나 주간보호 또는 단기보호를 활용하여 가능한 한 노인들이 가족, 친지, 이웃들과 더불어 친숙한 주거 환경에서 계속 살아 갈 수 있도록 지원하는 것이 사회 심리적으로 안정을 유지할 수 있어 만족스러운 노후생활을 영위할 수 있다는 주장이 높아가고 있다(고양곤, 1998).

근래에 한국은 핵가족화와 더불어 평균 가족원 수가 줄어드는 소가족화 현상을 보이고 있다. 1990년 기준, 독신 노인의 비율은 전체 노인수의 8.3%였으나, 1995년도에는 13.3%로 증가하였고, 2000년에는 16.2%로 증가하였다. 노인부부 생활자도 1990년 17.2%에서 2000년에는 28.7%로 증가한 반면, 자녀와 동거 노인수의 경우에는 1990년 72.4%에서 2000년 5.4%로 감소하고 있어서 한국 사회에서의 노인 부양체계가 변화하고 있음을 시사하고 있으며, 이러한 추세는 앞으로 점점 심화될 전망이다(김동일, 고양곤, 최성재 편집, 2002).

자녀와 별거하는 노인들 중에서 특별히 주목해야 할 사항은 혼자 사는 노인수의 증가이다. 2000년 현재

65세 이상 노인 중 50%에 가까운 노인들이 자녀와 별거하고 있고, 홀로 사는 독거노인 수만 보더라도 65세 이상 노인인구 339만명 중 13.3%인 44만명에 달하고 있다(김성순, 2001).

이러한 근거에서 노인주간보호와 단기보호는 재가노인서비스의 중요한 프로그램으로서 개발되어야 하고(고양곤, 1998), 탈시설화 운동과 함께 우리나라에 정착된 단기보호센터의 운영은 매우 미비한 상태라고 생각된다. 그 중에서 단기보호사업의 대상노인과 제공기관에 관한 실태 파악이 정확하게 되어 있지 않은 것이 현실이다. 특히, 단기노인보호소를 이용하는 노인 가운데 상당수가 요보호 노인으로 추정되나, 우리나라에서는 아직 노인의 치매 유병률, 만성질환 유병률 등 단기노인보호소 실태에 관한 체계적이고 신뢰성 있는 조사 결과가 제시되고 있지 않다(김현정, 1998).

따라서 본 연구는 단기노인보호소의 현황 파악과 이용자의 특성 및 건강 문제에 대한 간호요구도를 조사하여 문제점을 분석하고, 앞으로 질적간호 프로그램 개발을 위한 기초 자료로 활용하고자 한다.

## 2. 연구 목적

본 연구는 서울시 단기노인보호소를 이용하는 노인들의 건강상태 및 간호요구도를 파악하여, 향후 노인들을 위한 질적 간호프로그램을 위한 기초 자료로 활용하기 위함이며 그 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 서울시 단기노인보호소 이용자의 일반적 특성을 파악한다.

둘째, 서울시 단기노인보호소 이용자의 질병에 따른 신체 건강 상태를 파악한다.

셋째, 서울시 단기노인보호소에 거주하는 노인들의 간호요구도를 파악한다.

넷째, 단기노인보호소의 서비스 실태를 파악한다.

다섯째, 단기노인보호소의 간호프로그램 개발을 위한 기초자료를 파악한다.

## 3. 용어 정의

### 1) 단기노인보호소

단기보호소는 재가노인복지사업으로, '신체적·정신적인 이유로 혼자서 일상생활을 수행하기에 불편이 있는 노인가정에 대하여 필요한 각종 서비스를 제공함으로써, 노인이 지역사회에서 가족 및 친지와 더불어 건전하고 안정된 생활을 영위할 수 있도록 하고 가족의 수발부담을 덜어주기 위한 사업'(보건복지부, 2002)이라고 명시되어 있으나 한국 노인복지학회에서는 용어를 단기노인보호소로 통일하고자 노력하고 있다.

### 2) 간호요구

환자가 질환을 원인으로 건강상의 문제와 관련하여 도움이 필요한 정도를 점수화 한 것이다. 본 연구에서는 이선자(2001)의 문헌고찰과 면담을 통해 개발한 간호요구 사정도구를 이용하여 측정된 점수를 말한다.

#### (1) 정보적 간호요구

환자가 교육, 경험, 연구 혹은 도움을 통해 얻을 수 있는 것으로 건강이나 질병에 관한 지식과 정보 및 이해에 관하여 도움을 필요로 하는 간호요구로 정의한다.

#### (2) 신체적 간호요구

환자가 질환으로부터 신체기능을 유지시키거나 증진시키기 위함과 관련하여 도움을 필요로 하는 간호요구로 정의한다.

#### (3) 정서적·사회적 간호요구

환자가 감정이나 사고 및 태도와 타인과의 관계를 긍정적으로 지지하거나 강화 또는 증진시키기 위함과 관련하여 도움을 필요로 하는 간호요구로 정의한다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 우리나라 노인 인구 현황

최근 통계청이 발표한 '장래 인구 추계'에 의하면 우리나라의 전체 인구는 2002년 4,763만명에서 2020년에는 5,065만명으로 증가할 전망이다. 이 기간 동안 65세 이상 노인 인구는 377만명에서 766만명으로 증가하여 총인구 대비 7.9%에서 15.1%가 될 것으로 예측하고 있다(통계청, 2001).

Stieglitz E. J.는 사람은 40~50세에 갱년현상이 나타나고, 이 때를 후 성숙기(later maturity)라 하고, 그 후 노화를 경과해서 60~80세에 이르면 고령에 의한 노쇠기(senile)에 접어든다고 하였다. 이는 단지 나이에 의한 구분일 뿐이다. 노인에 대한 정의는 국가에 따라 다르며, 일반적으로 60세나 65세 이상에 달한 사람을 노인으로 하고 있으나 우리나라는 1981년 노인복지법을 개정하면서 노인의 법적 연령을 65세로 정하였다.

21세기를 들어서면서 우리나라는 보건·의료 기술의 발달로 인한 사망률 감소 및 평균 수명의 연장으로 노년 인구가 증가하고 있고, 평균 수명도 2000년의 경우 남성 71.0세, 여성 78.6세 평균 74.9세로 1960년의 52.4세에 비하여 급격히 높아지고 있다(보건복지부, 2001).

평균 수명의 연장은 치매나 만성질환을 앓고 있는 유병장수 노인이 증가하는 현상을 수반하게 되며, 우리나라 역시 평균수명의 연장에 따른 고령 노인의 증가는 다른 사람의 도움 없이는 움직일 수 없는 와상, 장애, 치매 노인들을 증가시키고 있다.

보건복지부(2000) 보고서에 의하면, 우리나라 노인 중 옷 갈아입기, 식사하기, 화장실 이용하기 등 기본적인 일상생활 동작에서 의존적인 신체장애 노인이 약 39만 3천명(전체 재가노인의 11.6%)이고, 또한 외출하기, 일상 생활용품 사기 등에서 의존적인 허약 노인이 약 24만 2천명(전체 재가노인의 7.3%)이었다. 그리고 이 중에서 가족 수발자가 없는 장애 독거노인이 약 7만명, 그리고 허약 독거노인이 1만 3천명으로 추정하고 있다. 또한 치매 유병률이 8.2%(약 27만 8천명)로 추정되고, 이 중에서 집중적인 요양보호가 필요한 중증 치매노인의 유병률이 1.1%(약 3만 7천명)로 추정된다고 보고하고 있다.

오늘날 노인 인구의 급증은, 노인부양에 대한 전통적 가치관 및 부양윤리가 퇴색하는 현상과 맞물려 노인들의 일상생활에 대한 부적응과 불만족이 점차 그 심각성을 더해 가는 현실이다. 또한 80년대에 들어서면서 경제성장과 생활수준 향상은 사회 전반적인 변화에 맞물려 개인의 의식과 행동양식을 급격히 바꾸어가고 있다.

최근 한국여성개발원의 여론조사(2001)에 의하면,

노부모의 노인복지시설보호에 대한 찬성비율이 남성 60.6%, 여성 78.2%로 나타났다. 그런데, 노인 자신이 선호하는 주거형태를 보면 노인 복지시설 보다는 일반 개인주택에서 거주하기를 희망하고 있어 부모 자식간의 의식 차이가 발생하고 있는 것을 보여주고 있다.

이와 같은 의식변화는 노부모의 부양문제가 점차 가족문제에서 벗어나 사회적 문제로 의미가 확대되는 것으로 해석된다. 그러나 이러한 사회적 변화에도 불구하고 우리나라는 사회보장체계의 미비로 인하여 가족내의 사적부양에 거의 전적으로 의존하고 있는 실정이다. 즉 노인부양을 위한 이렇다 할 사회적인 대책이나 공감 없는 상태에서 노부모 부양을 여전히 가족들이 부담하고, 가족은 상당기간 노부모의 부양전담자로 유지될 전망이다(박민서, 2001).

1998년도 전국 노인생활 실태 및 복지 욕구 조사(정경희 외, 1998)에서도 65세이상 노인의 경우 노후 대책을 마련했는가에 대한 질문에서 전혀 준비를 하지 못한 상태가 75%를 차지하고 있다. 또, 노인의 한달 용돈도 5만원 이하가 29.5%, 6~10만원이 33.2%, 11~20만원이 24.1%, 21만원 이상이 13.2%로 나타났다(리서치 앤 리서치, 1999). 여기에서 10만원 미만의 용돈을 쓰는 노인이 62.7%에 해당할 정도로 노인은 가난하다. 정경희(1998)는 만성질환으로 노인이 겪고 있는 가장 큰 어려움은 진료비나 약값이 많이 들어 경제적으로 어렵다는 것으로, 만성질환 노인의 36.3%가 이를 지적하고 있다.

현재, 이러한 만성질환 노인들을 위한 장기 요양보호 시설은 수요에 비하여 매우 부족한 실정이고 서비스를 수준도 많은 문제점을 안고 있으며 이러한 노인들을 위한 보건복지 서비스의 연계 및 통합적인 보건의료체계의 수립이 필요한 실정이다(이가옥, 2000; 변재관, 2001; 보건사회연구원, 2001).

## 2. 우리나라 단기노인보호소의 실태

단기 보호사업이란 '부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없어 일시적으로 보호가 필요한 심신이 허약한 노인과 장애 노인을 시설에 단기간 입소시켜 보호함으로써, 노인 및 노인 가정의 복지 증진을 도모하기 위한 사업'(노인복지법 제 38조 1항 3호)이라고 명시

되어 있으며 시설 이용에 있어 입소할 수 있는 기간은 2일 이상 45일 이내로 하고 연간 이용 일수는 3개월을 초과할 수 없도록 되어 있다.

단기노인보호소는 핵가족화에 따른 노인 단독세대 증가, 만성퇴행성 질환자의 증가에 따른 기능재활 훈련 대상 노인의 증가, 보호가족의 질병·출장 등 일시적으로 노인을 보호할 수 없는 사유가 발생하는 경우가 많기 때문에, 장기 수용시설이 아닌 가정과 시설의 중간 형태로써 반드시 필요함에도 불구하고, 그 시작은 1992년부터 대구(성산 노인양로원), 인천(선희 간병요양원)의 실비 양로·요양시설 6개를 중심으로 시범 운영되고 있으며, 2000년 현재 전국에 36개의 단기보호시설에 303명이 이용하고 있다(조영표, 2001).

단기노인보호소 이용노인의 특성으로는 36.5%가 치매 노인이고, 11.1%는 뇌졸중, 7.9%는 와상 노인, 44.5%는 심신 허약 노인으로 나타나고 있으며 또한 국민 기초생활 보장 수급권자로서 무료이용자는 53.1%, 실비대상자는 46.9%로 나타나고 있다(한국재가노인복지협회, 1999).

사업의 대상자는 60세 이상 모든 노인으로 하되 대상자의 연령, 소득 수준에 따라 무료, 실비, 유료대상자로 구분하여 정부 지원시설의 대상자는 무료, 실비대상자인 도시근로자 월 평균소득 미만인 가구의 65세 이상 노인과 그 외의 노인은 유료시설에서 보호하도록 규정하고 있다(보건복지부, 2001).

단기노인보호소의 사업 내용은 첫째, 생활지도 및 일상동작 훈련 등 심신기능 회복을 위한 서비스, 둘째, 급식 및 목욕 서비스, 셋째, 취미 운동 오락 여가를 위한 서비스, 넷째, 무의탁 노인 결연 사업과 가족상담 및 교육 등이 실시되고 있다(한국재가 노인복지협회, 1999). 단기노인보호소는 치매노인의 일부를 보호하고 있으나 치매노인을 위한 프로그램이 미비하고 이용률이 저조함은 물론, 치매노인을 수용할 만한 설비와 전문인력을 확보하지 못하고 있어 앞으로 개선책 마련이 필요하다. 특히 연간 보호기간이 90일 이내에서 135일 이내로 개정되기는 했으나 보다 현실적인 접근이 요구된다(임춘식, 1998).

단기노인보호소 사업 제공 현황은, 주간 보호시설과 동일하게 조사대상 13개 시설 중 절반정도의 시설이 30명 미만의 노인을 지원하고 있고 1일 평균 보호 인

원도 32명이다. 그러나 기관별로 살펴보면 5명을 보호하고 있는 시설부터 82명을 보호하고 있는 기관까지 있어 그 규모의 차이가 매우 크다. 또한 보호기간이 15일 이상인 노인의 비율이 평균 57.6%에 달하고 있다(김춘예, 2000). 그러나 보호대상 중 생활보호 대상자 노인의 비율이 주간 보호시설에 비해 약간 높게 나타나고 있다. 치매 노인을 전혀 보호하고 있지 않은 시설은 단지 3개소로, 대부분 단기 보호시설이 치매노인을 보호하고 있으며 보호노인의 30% 이상이 치매 노인인 시설도 4개소이다(보건복지부, 1998).

서울시에서는 1987년부터 재가노인 복지사업의 한 형태로 가정봉사원 파견사업이 시작되었으며, 1991년부터 가정간호사업, 1992년부터 주간보호사업, 단기보호사업등 여러가지 형태의 재가노인 복지사업이 시작되어 점차 발달하고 있다. 그러나 이들 재가 복지사업은 아직 사업체계가 제대로 정립되어 있지 않아 앞으로 해결해야 할 많은 과제를 안고 있다(차홍봉, 1998).

노인복지사업의 발전 초기에는 무의탁 노인이나 병약한 노인들을 양로원이나 요양원에 입소시켜, 수용 보호하는 시설노인사업에 중점을 두었다. 그러나 시설중심의 노인복지사업은 경제적으로나 사회적으로 한계가 있고, 노인들을 가족과 지역사회로부터 격리시키고, 시설 안에서의 규율을 지켜야 하므로 소외감과 부자유스러운 생활을 하지 않을 수 없다. 그리고 시설 안에서의 집단생활은 개인의 특성이나 욕구를 만족시킬 수 없으므로, 그에 적합한 서비스 제공이 어렵고, 독립적인 생활을 유지하거나 향상시킬 수 없다는 점이 단점으로 지적되어 왔다. 또한 값비싼 시설보호는 경제적으로 막중한 경비가 지출되고 노인가족이나 국가재정에 많은 부담이 되고 있다는 비판이 제기 되자, 이에 대한 대안으로 재가 노인사업을 확대하여 가능하면 시설입소를 줄이고, 경제력이 있는 노인들에게는 시설 운영의 민영화를 통하여, 수익자 부담을 원칙으로 하는 것이 바람직하다는 주장들이 제기되고 있다(Mishra, 1992).

노인들을 위한 주간보호와 단기보호의 필요성을 구체적으로 살펴보면, 고령인구의 증가, 기능장애 노인 증가, 가정의 부양기능 약화, 시설보호의 취약성, 주간보호 및 단기보호 예산의 미흡 등을 들 수 있다(고양곤, 1998).

### 3. 선진국의 재가 복지 현황

외국의 단기노인보호소 사업 사례를 살펴보면, 미국의 단기보호사업은 1970년대 초에 일어난 탈시설화 운동과 더불어 개발되기 시작하였다. 그 목적은 가정의 노인 부양기능을 유지, 시설 입소를 피하고 시설에 수용된 노인들도 가능하다면 가정에 돌아가 가족들의 보호 아래 살아 갈 수 있도록 지원하는데 있다. 미국의 단기보호란 짧게는 2~3시간에서 길게는 4~6주까지의 서비스를 말하며, 이용할 수 있는 빈도는 주 1~2 회에서부터 1년에 한두 번 또는 몇 년만에 한두 번 활용하기도 한다. 단기노인보호소의 사업으로는 크게 의료시설 프로그램, 이용시설 프로그램, 가정보호 프로그램 등이 있다(조영표, 2001).

의료시설 중심의 단기보호는 병원, 요양원, 재활센터, 또는 위탁가정을 들 수 있으며 하루 평균 5~6시간 정도 휴식보호를 받을 수 있다. 가정보호 프로그램은 노인도우미, 파출부, 가정간호 보조원, 간호사 그리고 자원봉사자들이 노인의 가정을 방문하여 노인을 돌보는 동안 부양자들은 필요한 휴식이나 외출 등의 개인시간을 가질 수 있다. 미국에는 현재 670개의 지역 단위 노인복지 사무소가 있으며, 이들 기관은 지역간의 정보교환 및 업무협의를 위해서 전국 지역노인 기관협의회를 구성·운영하고 있다. 요양시설에는 의사는 상주하지 않는다 하더라도, 전문간호사(skilled nurse)가 담당의사와 수시로 상의하며 고도의 의료행위를 하고 있어 해당노인들로서는 병원에 입원해서 치료를 받는 것과 동질의 혜택을 받을 수 있다. 노쇠현상이 심한 노인들이 이러한 시설을 이용하는 또 하나의 이유는 집에서 생활하면 몸 시중과 세탁, 취사 등을 자력으로 해결할 수 없기 때문이기도 하다.

현재 미국에는 약 3만 5천 개소의 노인 요양시설이 있고, 이러한 시설에 수용되어 있는 노인들은 180만명이 넘고 있다. 연방정부나 주정부가 노인 요양시설에 수용되어 있는 저소득층 노인들의 보건의료 및 간병을 위해서 투입되는 예산은 연간 4백억 달러를 상회한다(박재간, 2002).

일본의 단기노인보호소 사업은 1978년부터 시작되었다. 그 목적은 외상노인을 간병하고 있는 사람이 질병, 출산, 관혼상제 등의 이유로 일시적으로 간병을 할

수 없게 된 경우에, 외상노인을 단기간(원칙적으로 7일간) 특별 양호노인홈에서 보호하여 주는 사업으로 부양자의 부담을 줄이고 가족복지 향상을 도모하는데 있다. 외상노인은 3주일 정도, 가족은 1주일 정도 입소하며, 외상노인의 식비와 가족의 식비 및 노인의 수발 실습에 따르는 경비는 이용자가 부담하게 된다. 단, 생활보호대상자 가구에 대해서는 경비를 경감해 주고 있으며, 그 이외에 1989년부터는 치매성 노인을 단기 동안 특별 양호노인홈에서 보호해 주는 서비스도 실시하고 있다.

또한 노인을 일시적으로 단기보호시설에 입소시킬 필요가 있을 경우에, 가족보호의 부담을 경감시키고 요원노인 및 가족의 복지향상을 도모하는 것을 목적으로 하는 사업이다. 단기 입소운영사업은 노인 단기 입소시설과 단기 입소사업으로 나누어진다(조유향, 1999).

박재간(2002)의 연구에 의하면, 각 나라 별 재가복지현황 중에서 스웨덴의 노인복지정책을 보면, 주목할 만한 대목은 재가노인들을 대상으로 하는 복지서비스 프로그램의 운영이다. 프로그램의 유형 중에는 가정도우미(home helper)로 하여금 거동이 불편한 노인이 거주하는 집을 방문하여 청소, 세탁, 취사, 입욕 서비스도 제공하고, 병원에 가야 할 일이 있거나 기타 부득이한 사정으로 외출하지 않으면 안 될 상황에 놓여있는 노인에게는 교통편의도 제공한다. 또한 만성질환 등으로 외상상태에 놓여 있는 노인들을 위해서는 간병인 또는 간호사를 파견하여 보살피는 프로그램도 있다. 이와 같이 가정도우미를 받는 대상자는 65세 이상에서는 11.0%에 불과하지만 80세 이상 연령층에서는 27.0%라는 높은 비율을 차지하므로, 정부가 재가노인들에 대한 공적서비스 프로그램이 아무리 완벽하게 실시되고 있는 사회라 하더라도 그것만으로는 노후생활에서 제기되는 문제를 골고루 해결할 수는 없다. 그래서 스웨덴정부는 가족구성원들로 하여금 자신의 부모를 보살피는 일에 더욱 많은 시간을 할애 할 수 있도록 하기 위한 방편의 일환으로 가족지원정책을 펴고 있기도 하다.

독일의 재가노인복지사업 중에서는 사회복지센터의 역할은 매우 중요한 비중을 차지하고, 이 센터는 해당 지역 거주 노인들을 대상으로 간병과 간호, 생활상담, 가사지원 등 모든 서비스를 총괄해서 수행한다. 이러한 센터는 읍·면·동 단위로 1개소씩 설치 할 것을 목표

로 사업을 추진하고 있는데 이미 70.0% 이상의 지역에는 센터의 설치가 완료되어 있는 상태다. 센터에는 사회복지사, 간호사, 간병사, 행정담당관 등 8명 내지 10명의 유급상근직원과 자원봉사자 30명 내외로 구성되는데, 자원봉사자는 주로 정년 퇴직한 60대의 건강한 노인, 가정주부, 그리고 병역의무를 대신해서 사회적 서비스분야에서 일하고 있는 젊은이들로 구성된다.

프랑스는 OECD 국가 중에서도 노인을 위한 지역 사회 보호서비스가 가장 활성화되고 있는 나라에 속한다. 프랑스가 노인복지에 있어서 지역사회 보호서비스 프로그램에 중점을 두게 된 것은 제 6차 경제개발계획이 시작된 1971년도부터이며, 노인들로 하여금 재가에서 생활할 수 있는 환경을 조성해줌으로 시설수용을 극소화시켜 보자는 취지이다. 노인들에게 재가생활을 가능케 하기 위해서는 첫째, 생계를 위한 수입이 있어야 하고, 둘째, 거처할 수 있는 주택이 있어야 하고, 셋째, 몸이 불편할 때는 누군가 시중을 들어줄 사람이 있어야 하기 때문에 프랑스는 이러한 문제를 해결하기 위한 다양한 프로그램을 운영하고 있다.

프랑스가 재가노인들을 대상으로 주택수당제도의 실

시와 주택개량사업, 가사원조사업, 간병간호사업은 본격적으로 추진하기 시작한 것은 1970년대 중반부터다. 이와 같은 복지사업은 주로 시·군·구(department) 단위의 행정기구가 책임을 지며, 시·군·구에는 고령자에 관한 위원회가 설치되어 있어 노인복지에 관한 업무는 모두 이 위원회가 관장한다.

노인을 위한 재가복지서비스 프로그램은 매우 다양한데 그 중에는 국가적인 차원에서 의무적으로 수행해야 할 프로그램이 있고, 시·군·구나 읍·면·동(commune)이 스스로 필요에 의해서 수행하는 프로그램도 있다. 읍·면·동 등 지방자치단체에서 노인을 대상으로 임의적 자발적으로 수행하는 사업으로는 생활상담 서비스, 여가활동 촉진과 관련된 사업, 가사지원 사업, 간병보호와 노인급식과 관련된 사업 등이 있다.

이와 같이 재가노인 복지사업 서비스 종류를 선진국과 비교해 보면 복지환경에 따른 차별화는 있을 수 있으나, 우리나라의 서비스 내용은 선진국에 비해 상당히 열악한 수준에 머물러 있어 앞으로 프로그램 개발에 변화가 필요함을 시사해 주고 있다(임춘식, 1998). 위의 선진국의 재가복지현황을 정리해보면 다음과 같다(표 1 참조).

〈표 1〉 선진국의 재가 노인복지사업 서비스 내용 비교

미 국	일 본	스웨덴	독 일	프랑스
<b>1. 의료시설 프로그램</b> 1) 병 원 2) 요양원 3) 재활센터 4) 위탁가정	<b>1. 대상자의 자택에서 제공되는 서비스</b> 1) 가정봉사원 파견사업 2) 배식서비스 3) 입욕서비스 4) 세탁서비스 5) 이불건조서비스 6) 주택개조, 설비개선 7) 일상생활용품자금, 대여 8) 가족 개호수당 9) 교통외출 서비스 10) 보행원조 서비스 11) 잡일 서비스 12) 우애 방문	<b>1. 노인주택정책</b> 1) 서비스하우징 2) 노인홈 3) 너싱홈  <b>2. 노인복지서비스 프로그램</b> 1) 가정도우미 2) 간병서비스 3) 가정간호사 파견 서비스  <b>3. 국가 또는 사회의 지원정책</b> 1) 가족지원정책 2) 유급휴가제 3) 유급간병인 고용	<b>1. 재가 노인 대상 서비스 사업</b> 1) 방문간호사 파견사업 2) 노인의 가사지원 서비스 사업 3) 노인클럽하우스 운영사업  <b>2. 노인주택정책</b> 1) 노인집합주택 2) 노인홈 3) 노인간병홈  <b>3. 사회복지센터 서비스</b> 1) 간병과 간호 2) 생활상담 3) 가사지원	<b>1. 가정보호서비스</b> 1) 노인클럽 2) 노인주간보호센터 3) 독거노인 식사배달 서비스  <b>2. 지역사회보호서비스</b> 1) 주택개량사업 2) 가사원조사업 3) 간병간호사업  <b>3. 기타서비스</b> 1) 생활상담서비스 2) 여가활동서비스 3) 노인급식서비스
<b>2. 가정보호 프로그램</b> 1) 노인도우미 2) 파출부 3) 가정간호보호조원 4) 간호사	<b>2. 돌원서비스</b> 1) 단기보호서비스 2) 주간보호서비스 (1) 주간서비스사업 (2) 재가개호지원 센터 운영사업 (3) 고령자 생활복지 센터 운영사업			
<b>3. 기타서비스</b> 1) 노인주택서비스 2) 노인보호가정서비스 3) 노인정신장애자 주택서비스 4) 임종간호서비스				

자료 : 1) 박재간, 「선진국의 노인복지정책 과제와 전망」, 학술세미나 자료집, 2002.  
 2) 조영표, 「재가노인복지사업 발전방안 연구」, 2001.  
 - 주간·단기보호시설 중심으로 -  
 3) 임춘식, 「재가노인복지서비스의 현황과 과제」, 1998.

#### 4. 노인의 간호 요구도

간호요구도에 대한 선행 연구를 살펴보면, 안혜경(1997)의 노인건강상태 및 간호요구도 조사 논문에서 정신적지지 및 보살핌에 대한 요구가 74.2%로 가장 높았고, 다음으로 물리요법 73.2%, 관절운동도 61.0%로 높게 밝혀진 바와 같이 노인들은 자신들이 질환을 가지고 있는 삶을 살고 있지만, 그래도 정신적인 지지 및 보살핌에 대한 요구도가 가장 높았다.

김영순(1985)의 간호 수행에 대한 요구도와 만족도 연구에서는, 간호영역을 신체, 환경, 교육, 사회, 심리 영역으로 구분하여 조사한 연구에서, 사회 심리적 간호 요구가 가장 높았으며 만족도는 교육적 영역에서 가장 높게 나타났다.

입원 및 재가환자 모두가 필요로 하는 가정간호는 신체적 요구, 정서적지지 및 교육요구, 식이, 감각·운동요구, 성 문제 및 주사처치, 수면 및 영적 요구, 언어문제의 7개 범주였고 모든 범주에서 입원환자보다 재가환자 요구정도가 높게 나타났다. 특히 7개 범주요구 중 정서적지지 및 교육요구, 식이, 신체적 요구가 두 집단 모두에서 높은 순위를 보였다(강현숙, 1997).

요양원에 입원하는 것은 개인의 삶에서 하나의 상처를 주는 사건으로 받아들여지고 있으며, 환자뿐 아니라 가족에게도 큰 충격적 변화로서 이러한 가족을 지지할 책임은 상당부분 간호사가 지고 있다고 지적했다. 또한 가족의 안녕은 환자의 안녕에 매우 중요하며, 가족이 혼란스럽거나 정서적으로 스트레스를 경험하면 환자 역시 스트레스를 받아 환자에게 효과적인 간호가 될 수 없으므로, 가족이 환자의 간호에 대한 지식이 있고, 만족하며 편안함을 느낄 수 있도록 필요한 기술을 겸비할 수 있게 도와주는 것이 중요하다고 하였다(Ferris, 1992).

환자를 돌보는 가족이 가장 필요로 하는 요구도는 환자에 대한 정확한 진단, 환자의 행동에 대처 할 수 있는 기술 등의 지식에 대한 요구라고 하였다(Hatfield, 1979). 가족중심의 장기간의 돌봄이 가능하기 위해서는, 가족들이 필요로 하는 지지에 대한 욕구가 충족되어야 함을 지적하면서 가족들에게 도움이 될 수 있는 프로그램 개발의 필요함을 지적하였다(Moroney, 1976).

Clipp George(1990)는 치매노인 가족의 요구중

지지의 안정성이 가장 일반적 요구라고 하였다. 치매노인의 수발자가 원하는 사회복지 서비스는 단기노인 요양기관, 시설이 잘된 유료양로원, 어느 때나 사용이 가능한 노인병원, 더 많은 치매노인 수발자 모임의 설립과 활성화, 그리고 자원봉사자의 가정방문, 배우자 및 가족의 관심과 애정의 순으로 나타났다(문혜리, 1922). 충청남도 한 군의 노인성 치매환자 가족을 대상으로 개방형 질문을 통해 조사한 연구에서도 대상 가족들이 희망하는 서비스의 형태로는 가장 많은 수인 23명이 전문치료기관을 원하였으며, 17명은 수용이나 보호시설, 그리고 15명은 역할분담을 원하였다. 이 밖에 상담이나 교육(정보제공), 혈압측정 등의 의료서비스, 경제적 도움, 정신적 지지의 순으로 나타났다(홍여신 등, 1994).

치매노인과 가족의 생활실태 및 복지욕구에서 치매노인과 가족들이, 현재 가장 많이 이용하고 있는 치매관련 복지서비스는 치매상담 전화, 치매가족모임, 치매노인 위탁시설이 있으며, 앞으로 이용하고 싶은 치매관련 복지서비스로는 치매노인 위탁시설이 전체 대상자의 32.5%로 가장 많았다. 다음으로는 유료 가정봉사원 파견서비스, 방문 간호서비스 등의 순으로 직접적인 노인 간호서비스를 원하는 것으로 나타났다(이성희, 권중돈, 1993).

뇌졸중 환자의 보호자의 요구에서는 상담, 검사에 대한 설명, 질병의 악화와 합병증 예방, 질병의 원인 등에 대한 상담의 요구가 높게 나타났다. 고혈압, 당뇨병환자의 보호자에 비해서는 환자의 기능상실이나 장애가 있기 때문에 일상 생활에서 세면, 목욕, 옷 입히고 벗기는 것, 체위변경, 활동, 이동, 피부간호, 안전 예방에 대한 요구가 높게 나타났다(한정석과 서미혜, 1922).

뇌졸중환자 가족연구에서는 7개 간호요구 요인 중 간호 및 도움의 신속함에 대한 요구가 가장 높게 나타났으며 질병, 치료 및 간호와 관련된 정보요구, 환자의 신체기능 수준과 관련된 교육 및 원조요구의 순으로 나타났다(김미희, 1997).

퇴원시 환자의 간호요구도를 노인의 건강상태에 따라 신체, 심리, 사회건강, 영역으로 분류하였다(이은옥, 이선자, 박성애, 1982). 간호방법에 관한 정보적 간호요구 치료와 관련된 간호요구, 복지와 관련된 간호

요구, 가족의 정서적 지지와 관련된 간호요구의 영역으로 나누어졌으며 간호 방법에 관한 정보적 간호요구 영역이 가장 요구가 높았다(유은정, 1995). 또한 신은영(2002)의 논문에서도 질병과 관련된 정보에 대한 요구도 점수가 가장 높았다.

또한 노인들은 생활기능의 저하로 인해서 타인의 의존도가 높아지기 때문에 노인 간호에서도 생활기능과 관련된 간호활동과 간호중재가 가장 중요하다고 하였고(송미순, 1991), 노인에 대한 간호는 노인의 결함을 도와주고 보완해주며 독립성을 지지해 주는 것이라 하였다(조유향, 1992).

이와 같이 기존 연구에 나타난 노인의 간호요구도는 다양한 건강문제를 가지고 있고, 일상 생활시 타인의 도움을 필요로 하는 것으로 나타나 이들을 위해 효율적인 의료 및 복지 서비스의 제공이 필요하다고 할 수 있다.

### Ⅲ. 연구 방법 및 연구 대상

#### 1. 연구방법

##### 1) 연구의 틀

본 연구는 단기노인보호소의 질적간호 프로그램을 개발하기 위하여 크게 다섯 단계로 나누어 실시되었다. 먼저 단기노인보호소에 대한 충분한 문헌 연구를 기

초적으로 하였으며, 서울시 단기노인보호소 이용자의 일반적 특성 및 질병에 따른 신체·건강 상태에 대한 현황을 조사하였다. 문헌고찰과 단기노인보호소에 대한 조사를 기초로 하여 단기노인보호소 이용자를 위한 간호프로그램의 일차적 틀을 구성하였다. 이러한 틀을 기초로 하여, 단기노인보호소 이용자의 간호요구도와 서비스 실태를 연구 조사·실시하였다.

조사 결과를 바탕으로 일차적으로 구성하였던 간호 프로그램 틀을 수정·보완한 후 최종적인 단기노인보호소 이용자를 위한 서비스 개선방안을 도출하였다. 연구의 개요를 그림으로 나타내면 다음과 같다(그림 1).

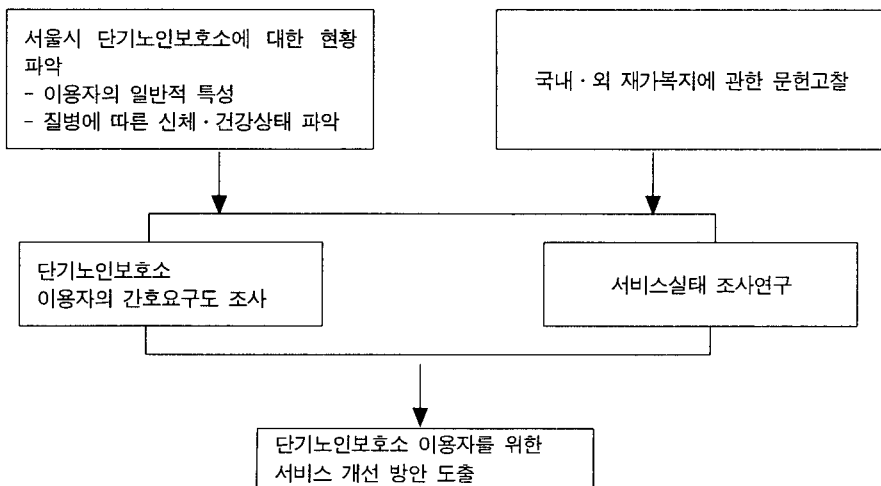
#### 2. 연구 대상 및 자료수집

##### 1) 조사기간 및 대상

조사기간은 2002년 4월~5월기간까지였으며, 서울 시내에 소재 하고 있는 단기노인보호소 13개소 중 협조가 가능한 11곳에서 요양하고 있는 노인환자 142명을 대상으로 조사하였다.

##### 2) 자료수집

훈련된 조사자가 단기노인보호소를 직접 방문하여 구조화된 설문지를 기초로 직접 면담으로 자료를 수집했으며 면담이 어려운 대상자는 환자기록지와 주수발자를 대상으로 간접측정을 하였다.



〈그림 1〉 연구과정의 개요



### 3. 측정도구

#### 1) 간호요구도(nursing needs) 측정

본 연구에서 사용한 도구는 이선자(2001)가 개발한 간호요구 측정도구를 이용하였다. 이는 환자가 앓고 있는 질환과 관련하여 필요로 하는 도움의 종류와 정도를 점수화 하여 측정한 것으로, 총 문항수가 48문항이며 각 문항에 대한 반응방법은 3점 척도로써 점수가 높을수록 간호요구도가 높음을 의미하고 있다.

#### 2) 신체적 기능상태(ADL) 측정

이 연구에서는 환자의 신체기능 정도를 측정하기 위해 Rosalie A.Kane 와 Robert L.Kane(1988)의 Barthel Index를 이용하였다. 10개 문항으로 된 3점 척도로써, 문항에 따라 가중치를 부여하여 점수화 한 것으로 총점 100점에 근접할수록 신체기능이 양호함을 의미한다.

### 4. 자료처리 통계 및 처리방법

회수된 설문지를 분석하기 위해서 SPSS 프로그램을 활용하고 주로 활용할 분석기법은 각 변수값의 분포와 특성에 따른 간호요구도의 차이를 파악하기 위하여 빈도와 백분율, ANOVA, T-Test, X<sup>2</sup> 검정을 실시하였다.

## IV. 연구 결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

#### 1) 대상자의 인구사회학적 특성

조사대상 노인의 수는 142명이었으며, 성별 분포는 여성이 123명(86.6%), 남성이 19명(13.4%)으로 여성이 남성보다 매우 높은 분포를 보였다. 결혼상태는 사별이 107명(75.4%)로 가장 많았고, 동거 16명(11.3%), 이혼 13명(9.2%) 순으로 혼자 거주하는 상태가 126명(88.7%)으로 조사되었다.

입소노인의 교육수준별 분포는 무학이 84명(59.1%)으로 가장 많았고 그 다음으로 초등학교 졸업이 37명(26.1%)으로 나타났다.

종교는 기독교와 무교가 각각 44명(31%)으로 동일하게 높게 나타났으며 불교 35명(24.6%), 천주교 16명(11.3%)의 순서를 보였다.

동거 가족사항은 아들 가족 72명(50.7%), 딸 가족 41명(28.9%)이었으며, 독거 노인도 24명(16.9%)으로 조사되었다(표 2 참조).

〈표 2〉 대상자의 인구사회학적 특성

(N=142)		
특성	구분	명(%)
성별	남자	19( 13.4)
	여자	123( 86.6)
나이	60-65	3( 2.1)
	65-70	14( 9.9)
	70-75	19( 13.4)
	75-80	34( 23.9)
	≥80	72( 50.7)
결혼상태	사별	107( 75.4)
	동거	16( 11.3)
	이혼	13( 9.2)
직업유무	벌거	6( 4.1)
	있다	0( 0.0)
교육수준	없다	142(100.0)
	초등학교졸업	37( 26.1)
	중학교졸업	14( 9.9)
	고등학교졸업이상	2( 1.4)
	한문수학	5( 3.5)
	무학	84( 59.1)
종교	기독교	44( 31.0)
	천주교	16( 11.3)
	불교	35( 24.6)
	무교	44( 31.0)
	기타	3( 2.1)
가족사항	독거	24( 16.9)
	배우자와 동거	4( 2.8)
	아들가족	72( 50.7)
	딸 가족	41( 28.9)
	미혼자녀	1( 0.7)
계		142(100.0)

#### 2) 대상자의 질병 분포

현재 앓고 있는 질환을 복수 응답을 허용하고 환자 기록지를 분석한 결과 치매가 54.2%, 뇌졸중 54.1%, 소화기계 질환이 51.7%, 고혈압 50.7%, 관절염이 45.9%순 이었으며, 치료율은 뇌졸중 52%, 치매가 50.4%, 고혈압이 39.8%, 관절염이 23.6%로 나타났다(표 3 참조).

〈표 3〉 성별 만성질환의 유병률 및 치료율(의사진단) (단위: %)

	남		여		합계	
	유병률	치료율	유병률	치료율	유병률	치료율
관절염	31.6	21.1	60.2	26.0	45.9	23.6
고혈압	52.6	42.1	48.8	37.4	50.7	39.8
당뇨병	36.8	26.3	18.7	15.5	27.8	20.9
뇌졸중	68.4	63.2	40.7	39.8	54.1	52.0
기관지염	21.1	5.3	23.6	14.6	21.1	10.0
심장병	5.3	0	1.6	0.8	3.5	0.4
천식	10.5	5.3	8.9	1.6	9.7	9.6
요통	31.6	5.3	48.0	15.5	39.8	10.4
소화기계질환	57.9	10.5	45.5	21.1	51.7	15.8
늑내장 & 백내장	10.5	0	6.5	0.8	8.5	0.4
치매	36.8	31.6	71.5	69.1	54.2	50.4
기타	10.5	5.3	7.3	1.6	8.9	3.5

※ 복수응답

성별에 따른 질병보유수는 3~4개 이상이 남 (93.5%), 여 (89.5%)로 나타났다(표 4 참조).

〈표 4〉 성별에 따른 질병보유수 (단위: %)

질병보유수	남	여
2개이하	6.5	10.5
3개	29.3	31.6
4개이상	64.2	57.9
계	100.0	100.0

※ 복수응답

### 3) 대상자의 일상생활 수행능력(ADL)

일상생활 수행능력(ADL)항목에 따른 수행능력 분포 조사결과, 노인들은 목욕하기 항목에서 18.3%만이 독립적인 수행이 가능하다고 응답하여 항목들 중 독립적 수행이 가장 어려운 것으로 나타났다. 반면 의자에서 침대로 이동하기가 80.3%가 독립적인 수행이 가능하다고 응답하여 독립적 수행 능력이 가장 높은 것으로 나타났으며, 모든 항목을 독립적으로 수행할 수 있는 노인은 56명(39.4%)이었고, 나머지 86명(60.6%)

는 최소한 한 가지 이상의 항목에서 다른 사람의 도움을 받아야 일상 생활을 수행할 수 있는 것으로 나타났다(표 5 참조).

일상생활 수행능력을 측정 한 Barthel Index는 총점이 100점인데 본 조사 결과 평균점수는 67.04±25.92점이었다. Shah등(1989)의 구분에 따라 의존 정도를 다섯 단계로 나누어 본 결과 독립적인 경우가 39.4%, 약간 의존 35.9%, 중간 정도의 의존인 경우가 11.3%, 완전히 의존 9.2%, 매우 의존인 경우가 4.2%였다(표 6 참조).

〈표 6〉 일상생활 수행능력(ADL)의 의존정도 (N=142)

ADL 항목	명	(%)
Total Dependency	13	(9.2)
Severe Dependency	6	(4.2)
Moderate Dependency	16	(11.3)
Slight Dependency	51	(35.9)
Independency	56	(39.4)
계	142	(100.0)

〈표 5〉 일상생활수행능력(ADL) 항목에 따른 수행능력 분포 (N=142)

	할수없음		의존적		독립적	
	명	(%)	명	(%)	명	(%)
식사하기	6	(4.2)	93	(65.5)	43	(30.3)
의자에서 침대로 이동하기	6	(4.2)	22	(15.5)	114	(80.3)
개인위생(세수, 면도, 양치질 등)	12	(8.5)	77	(54.2)	53	(37.3)
화장실가기	15	(10.6)	75	(52.8)	52	(36.6)
목욕가기	22	(15.5)	94	(66.2)	26	(18.3)
걷기	14	(9.9)	26	(18.3)	102	(71.8)
계단오르내리기	17	(12.0)	47	(33.1)	78	(54.9)
옷입고 벗기	20	(14.1)	78	(54.9)	44	(31.0)
배변	19	(13.4)	62	(43.7)	61	(42.9)
배뇨	19	(13.4)	62	(43.7)	61	(42.9)

4) 조사대상자의 월 평균 치료비

월 평균 치료비를 순위별로 살펴보면 "없음"이 67명(47.2%)이고, 10~15만원이 30명(21.1%), 15~20만원이 37명(26.1%), 25~30만원이 4명(2.8%), 30만원이상 4명(2.8%)으로 조사되었다(표 7 참조).

<표 7> 조사대상자의 월 평균 치료비

(N=142)		
월평균치료비	명	(%)
없음	67	(47.2)
10만원-15만원	30	(21.1)
15만원-20만원	37	(26.1)
25만원-30만원	4	(2.8)
30만원이상	4	(2.8)
계	142	(100.0)

불편함을 도와주는 사람은 자부가 56명(39.4%)이고, 딸이 39명(27.5%)이었고, 독거가 22명(15.5%)이고, 아들이 14명(9.9%)이고, 간병인이 8명(5.6%)

이고, 기타가 3명(2.1%)로 조사되었다(표 8 참조).

<표 8> 불편함을 도와주는 사람

(N=142)	
불편함을 도와주는 사람	명(%)
자부	56( 39.4)
딸	39( 27.5)
독거	22( 15.5)
아들	14( 9.9)
간병인	8( 5.6)
기타	3( 2.1)
계	142 (100.0)

2. 단기노인보호소 이용자의 간호 요구도

1) 간호정보에 대한 요구도

간호정보에 대한 요구는 투약에 대한 정보, 추후 관리에 관한 정보, 환자상태와 관련된 감정 조절·상담에 대한 정보, 질병과 관련된 정보, 삶의 질 향상에 관한

<표 9> 간호정보에 대한 요구도

요구 내용	N=142 (단위: %, 점수)				
	필요없음	보통	필요함	Mean	± SD
<b>투약에 대한 교육</b>					
약물의 작용, 부작용, 복용시기와 방법 등	9.6	42.0	48.4	1.46	± 0.60
<b>일상생활에 관한 내용</b>					
가능한 운동과 금해야 할 운동	0.7	36.6	62.7	1.62	± 0.50
식이요법에 대한 정보 요구	0.7	35.9	63.4	1.63	± 0.50
방광훈련 및 장훈련에 대한 교육	2.8	55.6	41.6	1.40	± 0.53
<b>추후 관리에 관한 내용</b>					
지역사회에서 계속 치료나 간호를 받을 수 있는 방법소개	0.0	16.9	83.1	1.83	± 0.38
퇴소후 제공받을 수 있는 가정간호 서비스 소개	0.0	16.2	83.8	1.84	± 0.37
동우회 소개	0.0	17.6	82.4	1.82	± 0.38
가족에게 질병관리 방법에 대한 교육	8.6	18.8	72.6	1.81	± 0.42
<b>환자 상태와 관련된 감정 조절, 상담</b>					
퇴소 후 질병관리에 대한 궁금증 상담 방법	0.0	21.8	78.2	1.78	± 0.41
감정을 조절하는 방법	0.7	52.8	46.5	1.46	± 0.51
<b>질병과 관련된 정보 요구</b>					
현재 환자 상태에 대한 정확한 정보	0.0	5.6	94.4	1.94	± 0.23
주의해야 할 합병증과 예방법	0.0	5.6	94.4	1.94	± 0.23
증상 관리법	0.0	7.0	93.0	1.93	± 0.23
치료 목적과 부작용	0.0	6.3	93.7	1.94	± 0.24
<b>삶의 질 향상</b>					
스트레스 관리법	24.9	68.6	6.5	0.81	± 0.52
통증 조절방법에 대한 교육	13.4	73.9	12.7	1.0	± 0.51
가사일 도움을 받을 수 있는 방법 소개	28.3	63.6	8.1	0.78	± 0.54
재정적 도움을 받을 수 있는 방법 소개	1.4	65.5	33.1	1.32	± 0.50
<b>피부 간호 및 기타 간호술</b>					
발관리법	22.2	50.9	26.9	1.05	± 0.69
욕창 간호에 대한 교육	14.8	55.6	29.6	1.10	± 0.64
자세변경 및 유지, 관절운동에 대한 교육	0.6	57.8	41.6	1.41	± 0.51
유치도뇨 관리법에 대한 교육	47.8	42.9	9.3	0.55	± 0.60

정보, 일상 생활에 관한 정보, 피부 간호 및 기타 간호술에 대한 정보의 7가지 항목으로 분류되었다.

투약에 대한 정보가 필요하다고 한 경우는 48.4%, 일상생활에 관한 정보 중에는 식이요법에 대한 정보가 필요하다고 한 경우가 63.4%로 가장 많았다. 추후관리에 관한 내용은 퇴소 후 제공받을 수 있는 가정간호 서비스 소개가 83.8%, 지역사회에서 계속 치료나 간호를 받을 수 있는 방법 소개도 83.1%로 나타났다. 환자 상태와 관련된 감정조절·상담정보에 관해서는 퇴소 후 질병관리에 대한 궁금증 상담 할 수 있는 방법에 대한 요구가 필요하다고 응답할 경우가 78.2%로 가장 높았다. 질병과 관련된 정보요구도는 현재 환자 상태에 대한 정확한 정보, 주의해야 할 합병증과 예방법등이 각각 94.4%로 나타났다. 삶의 질 향상에 관한 정보 중에는 재정적 도움을 받을 수 있는 방법 소개가 33.1%였으며, 피부 간호 및 기타 간호술에 정보 중 자세변경 및 유지, 관절 운동에 대한 교육요구가 필요하다고 응답한 경우가 41.6%로 가장 높았다(표 9 참조).

정보적 간호요구도를 점수화하여 평균을 낸 결과를 아래와 같이 제시하였다. 본 연구대상자의 정보적 간호요구도의 평균 점수는 1.44±0.21이었다. 7가지 항목 중 질병과 관련된 정보에 대한 요구도의 점수가 가장 높은 1.94이었고, 그 다음이 추후 관리에 관한 내용 1.75, 환자 상태와 관련된 감정 조절·상담에 대한 정보의 평균점수 1.62, 일상생활에 관한 정보의 평균 점

수가 1.54, 투약에 대한 정보 1.46, 피부 및 기타 간호술에 대한 정보가 0.98, 삶의 질 향상에 대한 정보가 0.95순으로 나타났다(표 10 참조).

〈표 10〉 간호정보요구도 영역별 평균 평점  
N=142(단위: 점수)

요구 내용	Mean ± SD
질병과 관련된 정보 요구	1.94 ± 0.22
추후 관리에 관한 내용	1.75 ± 0.39
환자 상태와 관련된 감정 조절·상담	1.62 ± 0.39
일상생활에 관한 내용	1.54 ± 0.44
투약에 대한 교육	1.46 ± 0.60
피부 간호 및 기타 간호술	0.98 ± 0.49
삶의 질 향상	0.95 ± 0.34

### 2) 신체적 간호요구

신체적 간호요구의 15개 항목으로 분류되었다. 전체 항목에 대한 평균 평점은 1.45±0.16로 높은 요구도를 나타냈다. '물리 재활치료', '올바른 자세유지 및 체위변경 방법'의 평균 평점이 각각 1.96으로 가장 높았고, 그 다음은 활동을 돕는 것(식사보조, 일상생활보조)이 1.94, 치료시 부작용의 간호, 운동이 각각 1.92 순이었다. '드레싱, 흡입, 기관지 절개술 간호에 대한 요구는 항목들 중 가장 낮아 평균 평점이 0.32이었다(표 11 참조).

### 3) 정서적·사회적 간호요구

정서적·사회적 간호요구도의 전체 항목에 대한 평

〈표 11〉 신체적 간호 요구

요구 내용	N=142(단위: %, 점수)			Mean ± SD
	필요없음	보통	필요	
개인위생	0.0	25.4	74.6	1.75 ± 0.44
피부 및 조직손상 관리(욕창)	3.3	23.7	73.0	1.71 ± 0.52
영양 간호(식이)	0.0	19.0	81.0	1.81 ± 0.39
치료시 부작용의 간호	0.0	7.8	92.2	1.92 ± 0.27
운동	0.0	8.5	91.5	1.92 ± 0.28
물리 재활 치료	0.0	3.5	96.5	1.96 ± 0.18
올바른 자세유지 및 체위변경 방법	0.0	3.5	96.5	1.96 ± 0.18
활동을 돕는 것(식사 보조, 일상생활 보조)	0.0	5.6	94.4	1.94 ± 0.23
통증간호	2.1	26.8	71.1	1.69 ± 0.51
배설간호(변비, 변실금 등)	0.7	33.8	65.5	1.65 ± 0.49
뇨실금 간호(방광훈련, 도뇨 등)	0.7	38.0	61.3	1.61 ± 0.50
기구관리	30.3	61.3	8.4	0.72 ± 0.53
안위 및 안전의 간호	0.0	71.1	28.9	1.29 ± 0.45
활력징후, 신체사정, 검사물 관리	7.7	81.7	10.6	1.04 ± 0.42
드레싱, 흡입, 기관지 절개술 간호	64.5	35.5	0.0	0.32 ± 0.47

〈표 12〉 정서·사회적 간호요구도

(N=142, 단위: %)

요구 내용	필요없음	보통	필요	Mean	±	SD
이야기를 들어주는 것	0.0	19.7	80.3	1.80	±	0.40
같이 있어 주는 것	0.0	12.0	88.0	1.88	±	0.33
걱정할 때 안심시켜 주는 것	0.0	7.0	93.0	1.93	±	0.26
환자나 가족을 위해 최선을 다 해 주는 것	0.0	2.1	97.9	1.98	±	0.14
관심을 기울여주는 것	0.0	3.5	96.5	1.96	±	0.18
병이 나올 수 있다고 용기를 주는 것	0.0	3.5	96.5	1.96	±	0.18
손이나 어깨를 만져주는 것	0.6	39.4	60.0	1.59	±	0.51
말한 것을 잊지 않고 기억해 주는 것	0.0	9.9	90.1	1.90	±	0.30
영적 지지	0.0	0.0	100.0	2.0	±	0.0
가정일 돕기	24.8	42.4	32.8	1.10	±	0.75
경제적인 지지	0.0	28.2	71.8	1.72	±	0.45

균평점은 1.80±0.14로 중간 값 1보다 높았으며, 총 간호요구도 중 가장 높게 나타났다. 총 11개의 문항 중 정서적·사회적 간호요구가 가장 높게 나타난 문항은 '영적 지지'로 평균평점 2.0이었다. 반면, 가사일 돕기에 대한 항목의 평점은 가장 낮은 1.1로 나타났다(표 12 참조).

4) 대상자에 따른 총 간호요구도

총 간호요구도 중 정서적·사회적 간호요구도가 가장 높았으며 가장 낮은 것은 정보적 요구도였다(표 13 참조).

〈표 13〉 간호요구 영역별 평균 평점

간호요구도	평균평점	Mean	±	SD
정서적·사회적 간호요구도	1.80	±	0.14	
신체적간호요구도	1.45	±	0.16	
정보적요구도	1.44	±	0.21	
총 간호요구도	1.52	±	0.12	

3. 간호요구도에 영향을 미치는 요인

1) 일반적 특성에 따른 간호요구도

대상자의 일반적 특성에 따른 영역별 간호요구도에

〈표 14〉 일반적 특성에 따른 간호요구도

N=142

		정보적요구도				신체적요구도				사회적 요구도						
		Mean	±	SD	F or t	P	Mean	±	SD	F or t	P	Mean	±	SD	F or t	P
성별	남자	1.41	±	0.19	1.17	.735	1.47	±	0.18	1.27	.434	1.79	±	0.11	1.78	.160
	여자	1.44	±	0.21			1.44	±	0.16			1.80	±	0.15		
연령	60-65	1.59	±	0.12	1.04	.391	1.42	±	0.07	0.37	.832	1.76	±	0.14	0.22	.929
	65-70	1.49	±	0.21			1.42	±	0.20			1.79	±	0.15		
	70-75	1.47	±	0.23			1.42	±	0.15			1.79	±	0.12		
	75-80	1.40	±	0.22			1.47	±	0.16			1.81	±	0.12		
	≥80	1.43	±	0.20			1.45	±	0.16			1.79	±	0.16		
결혼 상태	사별	1.42	±	0.20	1.19	.501	1.45	±	0.15	1.42	.178	1.79	±	0.15	1.51	.170
	이혼·별거·동거	1.49	±	0.22			1.44	±	0.18			1.81	±	0.12		
교육 수준	무학	1.44	±	0.32	0.09	.915	1.53	±	0.16	1.12	.333	1.67	±	0.15	2.96	.060
	초등학교졸업	1.47	±	0.23			1.45	±	0.16			1.83	±	0.13		
	중학교졸업	1.46	±	0.23			1.43	±	0.18			1.78	±	0.11		
종교	고등학교졸업이상	1.39	±	0.10			1.16	±	0.50			2.0	±	0.0		
	기독교	1.42	±	0.21	0.07	.976	1.44	±	0.19	0.37	.773	1.79	±	0.15	1.17	.325
	불교	1.44	±	0.18			1.45	±	0.15			1.86	±	0.14		
	천주교	1.43	±	0.24			1.47	±	0.11			1.79	±	0.14		
입소전 가족 사항	기타	1.44	±	0.18			1.43	±	0.16			1.79	±	0.14		
	독거노인	1.79	±	0.15	2.83	.064	1.35	±	0.11	1.13	.327	1.47	±	0.17	6.95	.002
	배우자와동거	1.86	±	0.14			1.55	±	0.13			1.34	±	0.06		
	자녀와동거	1.79	±	0.14			1.45	±	0.22			1.45	±	0.15		

서 사회적 영역의 간호요구도는 학력별로 유의한 차이가 없었고, 입소전 가족 사항에 따라서 간호요구도가 유의한 것으로 나타났다( $F=6.95, P=.002$ ). 특히 배우자와 동거시 정보적, 신체적 요구도는 높았으나 사회적 요구도는 낮게 나타났다.

또한 통계적으로 유의하지는 않았지만 사회적 간호요구도가 연령에 따라 높아지는 경향을 볼 수 있다(표 14 참조).

2) 건강상태에 따른 간호요구도

질병보유수에 따라 간호요구도를 분산분석을 이용해서 분석한 결과 건강상태에 따른 간호요구도는 다르지 않았다. 이는 주로 질병양상이 만성질환으로 이루어진 것을 알 수 있다(표 15 참조).

3) 일상생활 수행능력(ADL)에 따른 간호요구도

일상생활 수행능력(ADL) 정도를 5등급으로 나눠 보고 그것에 따른 간호요구도를 분산 분석을 통해 살펴봤을때, ADL에 따라 정보 요구도( $F=2.51, P=0.045$ )와 사회적 요구도( $F=3.90, P=0.005$ )는 다르게 나타났으나, 신체적 요구도는 ADL에 따라 다르지 않았다(표 16 참조).

4. 단기노인보호소의 서비스 실태 및 개선점

1) 서비스 만족도

전반적 서비스에 대한 만족도를 살펴보면 만족이 66명(46.5%), 보통이 76명(53.5%)이고, 불만족은 없었다(표 17 참조).

<표 17> 조사대상자의 서비스 만족도

		(N=142)	
전반적 서비스		명	(%)
보통		76	(53.5)
만족		66	(46.5)
불만족		-	
계		142	(100.0)

2) 직원 만족도

조사대상자의 직원에 대한 만족도를 살펴보면 친절도면에서 '만족'은 113명(79.6%), '보통'은 29명(20.4%)였다. 간호기술면에서는 '만족'은 62명(43.7%), '보통'은 77명(54.2%)이고, '불만족'이 3명(2.1%)로 조사되었으며, 상담기술면에서도 '만족'이 79명(55.6%)이고, '보통'은 62명(43.7%), '불만족'은 1명(0.7%)으로 나타났다(표 18 참조).

<표 15> 건강상태에 따른 간호요구도

질병보유수	정보적 요구도					신체적 요구도					사회적 요구도				
	Mean	±	SD	F or t	P	Mean	±	SD	F or t	P	Mean	±	SD	F or t	P
2개이하	1.42	±	0.16	0.06	0.944	1.43	±	0.19	0.26	0.771	1.81	±	0.13	0.42	0.659
3개	1.44	±	0.21			1.44	±	0.15			1.80	±	0.14		
4개이상	1.43	±	0.20			1.47	±	0.19			1.78	±	0.14		

※ 복수응답

<표 16> 일상생활수행능력(ADL)에 따른 간호요구도

N=142

	정보적요구도					신체적요구도					사회적 요구도				
	Mean	±	SD	F값	P	Mean	±	SD	F값	P	Mean	±	SD	F값	P
Total Dependency	1.50	±	0.23			1.47	±	0.15			1.81	±	0.16		
Severe Dependency	1.37	±	0.18			1.46	±	0.13			1.74	±	0.13		
Moderate Dependency	1.47	±	0.21	2.51	0.045*	1.44	±	0.17	0.40	0.810	1.79	±	0.13	3.90	0.005
Slight Dependency	1.35	±	0.24			1.41	±	0.18			1.90	±	0.13		
Independency	1.51	±	0.18			1.47	±	0.20			1.85	±	0.19		

〈표 18〉 조사대상자의 직원 서비스에 대한 만족도 (N=142, 단위: 명, %)

직원 서비스 항목	만족	보통	불만족	계
친절도	113(79.6)	29(20.4)	-	142(100.0)
간호기술	62(43.7)	77(54.2)	3(2.1)	142(100.0)
상담기술	79(55.6)	62(43.7)	1(0.7)	142(100.0)

주로 접촉하는 직원을 순위별로 살펴보면 사회복지사는 60명으로 42.2%이고, 간호사는 38명(26.8%)이며, 생활보조원은 24명(16.9%), 간호조무사 20명(14.1%)이었다(표 19 참조).

〈표 19〉 주로 접촉하는 직원 (N=142)

주로 접촉하는 직원	명	(%)
사회복지사	60	( 42.2)
간호사	38	( 26.8)
생활보조원	24	( 16.9)
간호조무사	20	( 14.1)
계	142	(100.0)

### 3) 서비스 이용 및 잠재적 서비스요구

이용하게 된 경로를 순위별로 살펴보면 '가족/친지/주위 사람들 권유'가 56명(39.4%)로 가장 높았고, '신문/방송 등 대중매체'를 통해서가 38명(26.8%), '동사무소/구청직원'이 27명(19.0%), '복지관'을 통해서 18명(12.7%), '반상회 홍보 등 홍보전단'은 3명(2.1%)로 조사되었다(표 20 참조).

〈표 20〉 서비스 이용 경로 (N=142)

이용하게된 경위	명	(%)
가족/친지/주위사람들권유	56	(39.4)
신문/방송등 대중매체	38	(26.8)
동사무소/구청직원	27	(19.0)
복지관을 통해서	18	(12.7)
반상회보등 홍보전단	3	(2.1)
계	142	(100.0)

상담의 정도를 살펴보면 보호자 신청이 있을때 '수시로'는 72명(50.7%)이었고, '입소당시 한번'은 43명(30.3%)이었으며, '보호자가 없음'도 24명(16.9%)이었고, '매월 1회'등 정기적 상담은 3명(2.1%)으로 나

타났다(표 21 참조).

〈표 21〉 보호자 상담서비스의 정도 (N=142)

상담의 정도	명	(%)
보호자 신청이 있을때 수시로	72	(50.7)
입소당시한번만	43	(30.3)
보호자가 없음	24	(16.9)
정기적 상담 (매월1회)	3	(2.1)
계	142	(100.0)

추가되었으면 하는 서비스로는 경제적 지원이 66명(46.5%)으로 가장 높았고, 의료·간호서비스는 57명(40.1%), 식사제공 서비스는 12명(8.5%), 상담서비스는 7명(4.9%)으로 조사되었다(표 22 참조).

〈표 22〉 잠재적 서비스 요구 (N=142)

추가되었으면 하는 사항	명	(%)
경제적 지원	66	(46.5)
의료·간호 서비스	57	(40.1)
식사제공 서비스	12	(8.5)
상담 서비스	7	(4.9)
계	142	(100.0)

### 4) 보호자 참여 프로그램에 대한 인지 여부

보호자 참여 프로그램에 대한 인지를 하고 있는지 살펴보았다. '모른다'가 49명(34.5%), '있다'가 45명(31.7%)이었고, '없다'와, '보호자가 없다'는 각각 24명(16.9%)으로 조사되었다(표 23 참조).

〈표 23〉 보호자참여프로그램 인지 여부 (N=142)

보호자참여프로그램	명	(%)
모른다	49	(34.5)
있 다	45	(31.7)
없 다	24	(16.9)
보호자없음	24	(16.9)
계	142	(100.0)

5) 개선점

제일 불편한 점은 '기간제한'이 55명(38.7%)이고, '예산지원부족과 시설노후'가 각각 24명(16.9%), '직원전문성 부족'이 18명(12.7%), '식사'는 11명(7.7%), '프로그램부족'이 10명(7.0%)이었다(표 24 참조).

〈표 24〉 단기노인보호소 서비스의 개선사항  
N=142

제일 불편한 점	명	(%)
기간제한	55	( 38.7)
시설노후	24	( 16.9)
예산지원부족	24	( 16.9)
직원전문성부족	18	( 12.7)
식사	11	( 7.8)
프로그램부족	10	( 7.0)
계	142	(100.0)

V. 논 의

단기노인보호소는 핵가족화, 노인 인구의 증가, 여성의 사회 진출 등으로 그 필요성이 강조되고 있다. 그러나 단기노인보호소 실태에 관한 체계적이고 신뢰성 있는 조사 결과가 미흡한 상태이다. 따라서 본 연구는 단기노인보호소 이용자의 서비스 요구에 부합되는 프로그램 개발의 기초자료를 제공하기 위한 것이며, 연구 결과에 따라 다음과 같이 논의하고자 한다.

단기노인보호소 이용자 142명을 대상으로 연구한 결과, 여자가 123명(86.6%), 남자가 19명(13.4%) 이었고 80세이상 노인이 72명(50.7%), 독거 노인도 24명 (16.9%)으로 나타나 우리나라 노인 인구의 고령화 현상을 확인할 수 있었다. 또한 혼자 지내는 독거 노인이 16.9%로 이들에 대한 가정간호서비스 혹은 자원봉사활동 서비스 등이 시급한 것으로 사료된다.

이용자의 질병양상은 현재 앓고 있는 질환으로 치매가 54.2%, 뇌졸중 54.1%, 고혈압 50.7%, 관절염 45.9%, 요통 39.8% 순으로 치매와 만성질환이 주를 이루며, 이를 위한 별도의 프로그램 개발과 예방적 서비스의 제공이 요구된다 할 수 있겠다. 그러나 보건복지부(2001)에 의하면 주간 보호시설과 단기 보호시설의 구조설비 기준은 주간 보호시설 기준을 적용하도록 되어 있어 단기 보호시설 및 치매노인 보호시설로는

부적합하게 규정되어 있다. 현재 우리나라 단기 보호시설 형태는 서울시의 경우에만 치매노인을 위한 치매노인 시설이 별도로 설치되어 있을 뿐, 서울시 외의 전국 모든 시설에서 대상노인의 정신적·신체적 건강상태와 관계없이 혼합하여 보호하고 있다. 사업내용이 전문화되기 위해서는 이용노인의 장애·질환정도, 일상생활 수행능력(ADL)의 제한정도, 외상노인 및 의학적인 처치가 필요한 노인 등에 따라 시설의 유형과 서비스 내용이 차별화 되어야 한다. 조영표(2001)의 연구에서도 현재는 전국적으로 혼합보호 유형이 대부분을 차지하고 있으나 앞으로의 발전방향으로는 이용자 특성별로 세분화시켜 나가야 할 것이며, 이용 노인의 건강상태에 따라 인지기능, 사회적응 기능, 여가 등을 개발할 수 있는 프로그램과 가족교육 및 상담 프로그램을 다양하게 강화하고, 담당인력을 확보하여야 한다고 주장하였다. 이현주(1998), 조남옥(1996)은 단기노인보호소에서 적용할 수 있는 치매환자 인지자극 요법의 개발과 효과에 관한 연구가 필요하다 하였으며, 이성희(1995)도 치매노인의 간호방법에 대한 실천적 지식과 관련한 연구의 필요성을 지적하였다. 오진주(1995)는 치매노인 보건관리에 관한 연구에서 주간보호자가 원하는 서비스 형태는 단기보호서비스가 1순위로 나타났다.

단기노인보호소 이용자의 일상 수행능력을 보면 60.6%의 노인은 최소한 한가지 이상의 항목에서 다른 사람의 도움을 받아야 일상 생활의 수행이 가능한 것으로 나타났으나 대체로 독립적으로 수행할 수 있는 노인도 39.4%로 조사되었다. 이는 단기 보호사업의 본래 목적이 65세이상 생활보호 노인으로 심신이 허약한 노인이나 장애노인을 우선으로 대상으로 있으나 대상자의 선정기준이 명확하지 않는 것으로 사료된다. 1998년 서울특별시 단기보호사업의 평가자료에서도 단기보호사업의 경우 대상자가 일반노인이 생활보호대상자 보다 많이 이용하고 있는 것으로 조사되었다.

김용택(1999) '요개호노인의 복지서비스 정책과 비용문제'에서도 대상자 선정의 객관적 기준이 모호하다고 지적하였으며 이는 대상자의 건강상태나 기능장애 기준을 일상생활 수행능력(ADL)이나 수단적 일상생활 수행능력(IADL)의 제한정도를 기준으로 명확히 규정하여야 한다.

월 평균 치료비는 진단결과에도 불구하고, 경제적인



이유로 특별히 치료하지 않는다고 응답한 경우가 47.2%로 가장 많아 경제적 지원도 시급한 실정이었다. 서울시 재가복지사업 실태조사(이용부, 2000)에서도 최저생계비에 못 미치는 35만원이하 노인이 33.6%나 되므로 이들에 대한 월평균 생활비 보조가 시급한 것으로 나타났다. 또한 노인들이 가장 고민하고 있는 것은 건강문제(32.3%)와 생활비 부족(26.1%)으로 조사되었다. 조영표(2001)의 연구에서도 단기보호시설에 지원되는 정부보조금이 기본 운영비도 부족함을 밝히고 보다 확대되어야 한다고 주장하였다. 따라서 재가복지 서비스 대상 노인을 생활보호 대상자 뿐만 아니라 실제 서비스 여부가 있는 일반노인까지 확대하여야 할 것이다. 이를 위하여 서비스 요금을 생활보호대상노인은 현재와 같이 무료로 하되 경제능력에 따라 차등화하여 서비스를 유료화함으로써, 보다 양질의 서비스를 제공할 수 있을 것으로 사료된다.

단기노인보호소 이용자의 간호요구도 조사는 정보적, 신체적인 간호요구도 보다 정서적·사회적인 간호에 대한 요구도가 더 높았다. 안혜경(1997)의 노인건강상태 및 간호요구도 조사에서도 정신적 지지 및 보살핌에 대한 요구가 74.2%로 가장 높았고, 신은영(2002) 입원노인 환자의 퇴원시 간호요구도에서도 정서적·사회적 간호요구도가 가장 높았다. 이는 노인환자들이 질병 이환에 따른 정서적인 문제도 큰 비중을 차지한다는 것을 나타내며, 특히 영적 지지에 대한 요구도가 가장 높아 퇴소 후에도 적절한 지역사회 시설에 의뢰가 필요하며, 지속적인 가정간호 서비스나 전화상담서비스, 호스피스 간호서비스 등의 지지체계가 필요함을 보여주는 것이라 하겠다. 간호요구도에 영향을 미치는 요인으로 통계적으로 유의하지는 않았지만 사회적 간호요구도가 연령이 높아짐에 따라 요구도 또한 높아지는 것을 알 수 있었다. 서봉화(2000) 입원환자의 간호요구도와 만족도에 관한 연구에서도 전체영역의 간호요구도가 연령이 높아짐에 따라 대체로 높아지는 것으로 조사되었다. 이는, 연령이 높을수록 건강문제로 인해 요구도 또한 증대되기 때문이라고 생각된다.

단기노인보호소의 서비스에 대한 이용자의 만족도와 직원에 대한 평가는 매우 높은 것으로 조사되었다. 주로 접촉하는 직원은 사회복지사(42.2%), 간호사(26.8%), 생활보조원(16.9%)순이었고, 조사중의 시

설장과 면담내용에서, 현재와 같은 인력배치로는 단순한 보호서비스를 벗어날 수 없으며, 최소한 노인복지법에서 규정하고 있는 생활보조원은 단순보호시설의 경우 이용노인 5인당 1인(특히 이용노인이 치매, 뇌졸중 노인일 경우 3인당 1인)의 배치기준이 충족되어야 하며, 이와 같은 부족한 인력배치는 직원들의 업무과다와 이로 인한 서비스질 저하, 즉 전문성 결여문제로 연결된다고 하겠다. 실제로 한국 재가노인 복지협회 조사에 따르면, 사회복지사들은 재가노인 복지사업 전개에 있어 직원들의 업무 경직으로 인한 과중한 업무부담이 해결되어야 할 중요한 과제임을 알 수 있다.

또한 직원들의 전문성을 위한 보수교육 체계가 마련되어 있지 않는 실정이다. 장기적으로 재가노인 복지시설의 이용대상자가 질적으로 인한 기능저하와 적응력 감소를 전문적 프로그램과 서비스를 통해 유지시켜야 하는 만큼, 직원들 각자의 고유영역에 대한 지속적인 교육이 이루어져야 할 것이다.

단기노인보호소의 서비스 이용 경로는 대다수가 비공식적 연결망인 친지나 이웃에 의해 단기노인보호소의 운영상황을 듣고 이용하고 있었다. 따라서 단기노인보호소는 반사회나 지역 공고문 등을 통하여 이용 방법, 이용 대상자 등 기타 알아야 사항을 노인과 그 가족에게 분명히 인지시킬 필요가 있다.

단기노인보호소의 보호자 참여 프로그램에 대하여 얼마나 알고 있는지를 조사하여 본 바, '모른다'는 응답이 34.5%로 가장 높았고, 보호자 상담서비스 정도는 매월 1회 정기적으로 상담을 받는다고 응답을 하여, 조사 설문 중 가장 낮은 비율을 보였다. 이는 단기노인보호소의 이용노인과 가족에게 지속적인 통지문을 발송하여 단기노인보호소의 운영과 활동들을 주지시키면서, 이들의 적극적 관심과 참여를 유도해야 할 것이다. 또한 이러한 적극적 홍보활동을 통하여, 단기노인보호소의 본래 취지와 목적을 되살려 노인들이 적극적으로 이용할 수 있도록 노력해야 할 것이다.

단기노인보호소 서비스의 개선사항으로 추가되었으면 하는 것은 경제적 지원이 66명(46.5%), 의료·간호서비스가 57명(40.1%)으로 높게 나타났다. 시설 이용시 제일 불편한 점은 기간제한이 55명(38.7%), 예산지원 부족, 시설 노후 등이 각각 24명(16.9%)로 나타났다. 이는 노인들의 사회복지 욕구가 증가함에도

불구하고 정부의 재정능력 한계로 이를 충족시킬 수 없다면, 사회의 민간 단체(영리 및 비영리 포함)를 통해 유료화를 해서라도 해결할 수 있어야 한다. 현행 단기노인보호시설은 1인 45일, 년 3개월 범위에서 서비스가 제공되고 있으나 이러한 운영 형태는 이용노인이나 가족들의 욕구에 비추어 보면 매우 미흡하다고 판단된다 하였다(조영표, 2000). 이홍임(2001)의 단기보호 서비스개선 방향에 관한 연구에서도 서비스 제공 시간과 대상 연구의 확대가 필요하다고 주장하였다. 그러나 보호기간 확대는 좀더 신중해야 할 필요가 있다. 단기 보호사업이 추구하는 본래 취지와 달리 운영상 악용의 소지가 있기 때문이다. 실제로 본 연구조사중 시설장과 면담 내용에서도 이와 관련하여 보호기간을 악용하는 사례가 있다고 하였다. 따라서 이용 기간을 연장하되, 연장된 이용기간을 개인별로 적용하는 방안을 강구할 필요가 있다. 또한, 1998년 서울특별시 단기보호사업 평가에서 단기보호사업 이외에 필요한 서비스 지원에 대해서 응답자의 36.8%가 병원서비스 요구를 하였으며, 간호사 파견등과 같은 의료 욕구가 강한 것으로 조사되었다. 이용부(2000)의 재가노인 복지사업에 대한 욕구 중에 의료서비스가 가장 높았고 향후 추가되길 희망하는 프로그램도 의료서비스로 나타났다. 조영표(2001)의 연구에서도 현재는 가정방문 의료·간호 서비스가 재가노인복지사업에 포함되어 있지 않지만, 재가노인 복지사업의 핵심서비스 프로그램이라는 면에서 재가노인 복지 사업에 포함되어야 한다고 언급하여, 본 연구의 목적과 일치함을 확인할 수 있었다.

현재 단기노인보호소의 운영체계는 매우 미비한 상태이며, 그 대상노인과 제공기관에 관한 실태 파악이 정확하게 되어 있지 않은 것이 현실이다. 따라서 단기노인보호소의 발전을 위해서 단기노인보호소에 적용할 수 있는 간호서비스 관리 프로그램 개발과, 지역사회의 재가 및 요양시설 노인환자의 건강프로그램을 위한 포괄적이며 체계적인 기초자료를 제공하여야 할 것이며, 향후 지속적인 연구를 통해 더욱 보완되고 수정된 프로그램으로 발전되어야 할 것으로 기대된다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 단기노인보호소의 현황 파악과 이용자의 특성 및 건강문제에 대한 간호요구도를 조사하여 문제점을 분석하고, 앞으로 질적 간호 프로그램 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 시도된 조사연구이다. 2002년 4월부터 5월동안 서울시내 소재 단기노인보호소 13개소 중 협조가 가능한 11곳에 요양하고 있는 노인 142명을 대상으로 이선자(2001)가 개발한 측정 도구를 사용하여 간호요구도를 측정하고, 자료를 수집하여 SPSS 프로그램에 의하여 분석, 다음과 같은 결론을 얻게 되었다.

1. 연구대상자중 여자가 123명(86.6%), 남자가 19명(13.4%), 80세 이상 노인이 72명(50.7%)이었고, 이중 독거노인이 24명(16.9%)였으며, 질병양상은 현재 앓고 있는 질환으로 치매가 54.2%로 가장 높았다. 또한 진단 결과에도 불구하고 경제적 이유로 특별히 치료하지 않는다고 응답한 경우가 67명(47.2%)로 가장 많았다.

2. 단기노인보호소 이용의 간호요구도를 정보적 간호요구도, 신체적 간호요구도, 정서적 간호요구도를 0점에서 2점까지 점수화 했을때, 정서적 간호요구도 1.80, 신체적 간호요구도는 1.45, 정보적 간호요구도는 1.44로 정서적 간호요구도가 가장 높게 나타났다.

3. 간호요구도에 영향을 미치는 요인으로 입소전 가족사항에 따른 간호요구도를 분석한 결과, 사회적 요구도 영역에서 통계적으로 유의하였다( $F=6.95, P=.002$ ). 건강상태에 따른 간호요구도는 일상생활 수행능력을 5등급으로 나누어 살펴보았을 때 정보적 간호요구도( $F=2.51, P=0.045$ )와 사회적 간호요구도( $F=3.90, P=0.005$ )는 통계적으로 유의한 차이를 보였으나, 신체적 요구도는 일상생활 수행능력(ADL)에 따라 차이가 없는 것으로 나타났다. 질병 보유수에 따른 간호요구도도 통계적으로 유의하지 않았다. 이는 주로, 질병양상이 만성질환으로 이루어졌기 때문임을 알 수 있다.

단기노인보호소의 서비스실태 및 개선점에서 추가되었으면 하는 사항은 경제적 지원이 66명(46.5%), 의

료·간호서비스가 54명(40.1%)으로 높게 나타났으며, 시설이용시 제일 불편한 점은 기간제한이 55명(38.7%), 예산지원 부족, 시설노후가 각각 24명(16.9%)으로 나타났다.

이상과 같은 연구 결과를 근거로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 단기노인보호소에서 적용할 수 있는 치매환자 간호요구 프로그램 개발과 효과에 관한 연구가 필요하다.

대상자의 특성과 건강상태에 대한 정확한 사정을 기초로 적합한 간호 계획을 수립하여 서비스가 제공되어야 하며 이러한 서비스 전문화는 현재와 같은 복합 보호 형태의 시설유형으로는 한계가 많을 수밖에 없으므로, 대상자 특성에 맞는 다양한 시설 유형이 개발되어야 가능할 것이다.

둘째, 정부재정 지원의 획기적인 확대가 필요하다.

이는 저소득층의 서비스 이용이 억제 당하지 않도록 하는 중요한 방안이다. 건강 보험료를 기준으로 국민기초 생활보장 수급권자는 무료, 저소득층은 50%, 25% 감면의 방안을 제시하고, 정부지원과 지방정부 등 다양한 경로를 통한 충분한 재정확보가 필요하다.

셋째, 개별적인 노인환자의 간호요구도를 충분히 반영하여야 한다.

집단 교육보다는 개별적 상담의 방법으로 제공되는 것이 효과적일 것이다. 퇴소후에도 적절한 지역사회 시설로 의뢰가 가능하여 지속적인 가정간호 서비스와 전화상담 서비스와 같은 지지 체계가 필요하고 영적 지지에 대한 호스피스 간호도 매우 도움이 될 것이다.

넷째, 의료·간호서비스 기능을 통합적으로 제공할 수 있도록 전문인력 배치가 필요하다.

단기노인보호소 사업의 전문성을 강화하고 의료·간호서비스 질을 향상시키기 위해서는 서비스 제공자가 전문인력이어야 한다. 적은 수의 인력으로 최대한의 효

과를 가져오기 위해서는 직원의 전문성을 제고시키고, 업무 만족도를 향상시켜야 한다. 이를 위한 체계적이고 전문적인 보수교육 과정을 신설하고 직원의 보수교육을 의무화 하여야 한다.

다섯째, 보호 이용기간을 개인별로 적용하는 방안이 필요하다.

단기보호사업의 본래 취지가 부득이한 사유로 가정 내 보호가 어려운 노인들을 단기간 입소시켜 노인들이 편안하고, 안락한 생활이 되어, 가족해체의 위험을 예방하는데 있다 할 것이다.

그러나 이용기간이 장기화되어, 법적 제한기간을 초과하는 것이 일반화된다면, 오히려 가족부양 책임을 훼손 할 뿐만 아니라, 한국의 전통적인 가족중심 보호에 문제가 발생할 수 있으며 가족 해체를 조장한다는 비판을 면하기 어렵다. 실제 조사중 시설장과 면담내용에서도 일부 시설 이용자의 가족들이 이를 악용하여 부양의무를 소홀히 하는 경우가 있었으므로 보호기간 연장은, 부양의무 수행여부에 따라 개인별로 적용하는 방안이 필요하다. 앞으로 본 연구결과를 중심으로 단기노인보호소에 적용할 수 있는 질적간호 프로그램 개발에 기초적 자료로 노인의 건강관리 능력향상과 양질의 서비스를 제공하는데 기여할 수 있으리라 기대된다.

## 참 고 문 헌

- 강현숙 (1997). 뇌졸중환자의 가정간호요구. 대한간호학회지, 27(3): 550-562.
- 고경숙 (2000). 노인주간보호센터 서비스 활성화 방안. 동국대 행정대학원 석사학위 논문.
- 고양곤 (1998). 노인주간보호와 단기보호의 현황 및 전망. '98 춘계학술회의 자료집, 재가노인복지 서비스의 활성화 방안, 한국 노인 복지학회, 29-44.
- 권인수, 은영 (1998). 간호사가 지각한 암 환자의 퇴원후 가정간호요구. 대한간호학회지, 28(3): 602-615.
- 김동배 (1998). 재가노인복지서비스와 전달체계. (노인복지연구 - 재가노인을 위한 사회복지서비스). 한국노인복지회편.
- 김미희 (1997). 뇌졸중환자 가족의 간호요구. 기본간

- 호학회지 : 175-192.
- 김범수, 김통원 (1997). 복지관의 개별적 이용 노인의 욕구조사.
- 김영숙 (1997). 치매 노인 재활을 위한 '주간보호 프로그램 개발 및 효과성 연구. 서울여자대학교 박사학위 논문.
- 김은영 (1998). 주간 및 단기보호시설 이용 노인의 건강상태에 관한 조사연구. 서울대 석사학위 논문.
- 김인숙 (1996). 노인 종합 복지관 운영 실태 및 개선 방안. 동국대학교 행정대학원 석사학위 논문.
- 김용택 (1999). 요보호노인의 복지서비스 정책과 비용 문제.
- 김창은 (2001). 재가노인복지서비스 발전 방안에 관한 연구. 단국대학교 석사학위 논문.
- 김춘예 (2000). 재가 노인 복지의 실태와 개선방안. 단국대학교 석사학위 논문.
- 김태운 (2001). 노인 주간보호 서비스를 통한 재가 복지 서비스 활성화 방안에 관한 연구. 상지대학교 행정대학원 석사학위 논문.
- 김현정 (1998). 노인 단기 보호센터의 활성화 방안에 관한 연구. 강남대학교 석사학위 논문.
- 문혜리 (1992). 가정내 치매노인 간호자 부담에 관한 조사 연구. 한국보건간호학회지, 6(2): 108-131.
- 박민서 (2001). 고령화 사회에 따른 노인복지정책과 방향. 지방자치정보지 133호.
- 박재간 (2002). 선진국의 노인복지정책과제와 전망. 학술세미나자료집.
- 보건복지부 (2002). 「2002년 노인복지사업 지침 안내」.
- 변재관 (2001). 노인장기요양보호정책의 기본방향과 정책과제. 보건복지 포럼, 1: 5-11.
- 서봉화 (2000). 입원환자의 간호요구도와 만족도에 관한 연구. 부산대학교 석사학위 논문.
- 성기월 (1999). 시설노인과 재가노인의 일상생활 활동(ADL) 정도와 생활만족 정도의 비교. 한국노년학, 19(1): 105-117.
- 서울특별시. 재가노인복지서비스 전달 체계 개선. '98 노인복지서비스 workshop. 한국복지정책연구소.
- 손영주 외 2인 (2000). 치매노인을 돌보는 가족원의 부양부담감과 가정간호요구도. 지역사회간호학회지, 11(2): 423-440.
- 송미순 (1990). 미국 노인전문간호사의 역할과 한국 간호에의 적용. 대한간호, 29(4): 32-37.
- 신은영 (2002). 입원노인환자의 사례관리 프로그램 개발 연구. 서울대학교 보건학 박사학위 논문.
- 안혜경 (1998). 노인의 건강상태 및 간호요구도 조사. 기본간호학회지, 5(1): 847-864.
- 오진주 (1995). 치매 노인 보건 관리에 관한 연구. 서울대학교 박사학위 논문.
- 원영희, 모선희 (1998). 노인복지관에 관한 연구 현황과 발전방안. 한국노년학, 18(2):64-79.
- 유은정, 하양숙 (1995). 노인성 치매 환자가족의 간호요구에 관한 연구. 서울대학교 간호대학 간호학 논문집, 9(1): 89-106.
- 윤정숙 (1999). 노인종합복지 센터의 프로그램 모형에 관한 연구. 세종대 행정대학원 석사학위 논문.
- 이선자 (1998). 주간 및 단기보호시설 이용 노인의 건강상태 조사연구. 한국노년학회, 18호: 26-45.
- 이선자 외 2인 (2001). 노인 장기 입원환자와 보호자의 우울·불안정도에 따른 간호요구도에 관한 연구. 국민보건연구소, 11(1): 25-38.
- 이용부 (2000). 서울시 재가 노인의 재가복지 욕구와 재가 복지 사업방향에 관한 연구. 연세대학교 행정대학원 석사학위 논문.
- 이은옥 외 2인 (1982). 퇴원시 환자의 간호요구도 조사. 간호학회지, 11(2).
- 이인모 (2000). 서울 지역 노인 종합 복지관의 실태 분석과 활성화 방안에 관한 연구. 서울시립대 도시행정대학원 석사학위 논문.
- 이주형 (2000). 노인주간보호시설의 운영 실태 및 개선방안. 청주대학교 석사학위 논문.
- 이현주 (1998). 노인 주간 보호소의 프로그램 활성화 방안. 부산대 대학원 석사학위 논문.
- 이홍임 (2001). 한국 노인의 주간 단기 보호 서비스의 개선 방안에 관한 연구. 동아대학교 석사학위 논문.
- 이성희 (1995). 치매 및 전망중 환자에 대한 가족의 보호 방법. 치매노인 이해와 간호수기. 서울시 북부노인종합복지관, 7-20.
- 이성희, 권중돈 (1993). 치매노인과 가족의 생활실태 및 복지요구 서울시 북부노인종합복지관.

- 임춘식 (2001). 우리나라 노인 복지시설의 현황과 과제. 인문사회과학 「대학논문」 제32호. 한남대학교 123-135.
- (1998). 재가 노인복지서비스의 현황과 과제. 6-28.
- 노인복지의 사회적 서비스 장기정책 방향. 사회복지 '99 봄호.
- 정경희 외. 1998년도 전국 노인 생활실태 및 복지 욕구 조사. 한국보건사회연구원.
- (1999). 노인 복지시설 평가의 기본원칙.
- 정미경 (1992). 노인 주간보호 서비스 정착화 방안에 관한 연구. 연세대학교 석사학위 논문.
- 정성희 (1999). 재가 뇌졸중 환자의 주간재활간호프로그램 서비스 요구조사. 서울대학교 석사학위 논문.
- 조남옥 (1996). 치매환자 가족의 경험과 간호요구에 관한 연구. 서울대학교 간호학 박사학위 논문.
- 조선화 외 3인 (1994). 재가 노인의 가정간호 요구도 및 일상생활 능력에 관한 연구. 한국보건교육학회, 11(2): 125-145.
- 조소영. 노인시설관리론, 서울: 학문사.
- 조영표 (2001). 재가노인 복지사업 발전방안연구(주간·단기보호시설을 중심으로). 동국대 불교대학원.
- 조영희 (2000). 뇌졸중환자의 자가 간호수준과 가족구성원의 간호요구. 기본간호학회지, 7(2): 239-255.
- 조유향 (1992). 지역사회노인의 생활정도 및 간호연구의 측정을 위한 조사연구.
- (1996). 일본의 노인보건 복지서비스의 동향. 한국보건간호학회지, 10(1): 1-5.
- 조윤희 (1990). 뇌혈관성 질환의 자가 간호능력과 가정간호요구도와의 관계. 연세대학교 보건대학교 석사학위 논문.
- 차인수 (1995). 노인 주간 보호센터의 운영 실태와 활성화 방안. 대구대학교 사회개발대학원 석사학위 논문.
- 차홍봉. 재가노인복지사업의 실태와 과제 - 서울시의 경우를 중심으로. '98 노인복지 workshop.
- 최미경 (2000). 일부중합병인 수술환자에게 제공된 간호와 간호요구도 조사연구. 인제대학교 석사학위 논문.
- 최은숙 (2001). 재가 노인 복지 서비스의 개선 법안에 관한 연구. 세종대 사회복지학과 석사학위 논문.
- 탁성희 (1992). 서울지역 일부 요양시설 노인과 재가 노인의 인지장애정도와 건강 상태에 관한 연구. 서울대학교 석사학위 논문.
- 통계청 (2001). 장래 인구 추계.
- 한국보건사회연구원 (2001). 재가노인복지 시설 평가 지표 개발 및 평가결과, 152.
- 한정석, 서미혜 (1992). 가정간호시 요구되는 건강교육, 추후 관리 내용의 교육개발을 위한 연구. 최신의학, 35(3): 107-123.
- 홍여신 외 2인 (1990). 추후 간호가 필요한 만성질환 퇴원환자 가정 간호 시범 사업 운영 연구. 간호학회지, 20(2): 227-249.
- Bevly, J., Hays (1992). Nursing Care Requirements and Resource Consumption in Home Care. Nursing Research, 41(3): 138-143.
- Clipp, E. C., George, L. K. (1990). Caregiver needs and patterns of social support. Journal of Gerontology, 45(3): 102-111.
- Ferris, M. (1992). Nursing interventions for families of nursing-home residents: Structured discussion of concerns can ease the transition to nursing-home care for both residents and their families. Geriatric Nursing, January/February, 37-38.
- Gordon, N. (1995). 'Adult Day Care', 19th Encyclopedia of Social Work. Washington, D. C.: NASW Press.
- Hatfield, A. B. (1979). The family as partner in the treatment of mental illness. Hospital and Community Psychiatry, 30(5): 338-340.
- Mishra, J. A. (1992). The British Welfare State: Restrospect and Prospect. International Conference on Social Welfare. Korean Academy of Social Welfare and Joong Ang Daily News.
- Moroney, R. (1976). The family and the state: Considerations for social policy. London: Longman Press.

• 단기노인보호소 이용자의 간호요구도 및 서비스 실태연구 •

Rosalie, A. Kane (1988). Robert L.Kane.  
Assessing the Elderly, Toronto: Lexington  
Books.

Shah, S., Vanclay, F., Cooper, B. (1989).  
Improving the sensitivity of the Barthel

Index for stroke rehabilitation. Journal of  
Clinical Epidemiology, 42: 703-709. In :  
McDowell, I., Newell, C. (1996). Measuring  
Health - A Guide To Rating Scales and  
Questionnaires. Oxford University Press.

ABSTRACT

---

## A Study on The Nursing Needs of Users and their Service Status at Short-Stay Centers for The Elderly

---

**Shin, Kyoung Hi · Rhee, Seon Ja**

(Department of Public Health Graduate School of Seoul National University)

Aging population is a global trend and Korea is no exception. Due to the progress of the medical and scientific sectors, increase in the average lifetime incurred increase in the number of elderly people. Meanwhile, the family function of supporting the elderly has become a major issue in a society due to the changes in the society's structure and increased entry of the women into the workforce.

As a means to substitute the protection of the elderly who are not protected at their respective homes and to replace the tending needs, weekly protection centers and short-stay centers for the elderly were established and operated in Seoul since 1992. However, structured and satisfactory services are not yet to be provided, thus this research intends to understand the current situation at the short-stay centers for the elderly, to identify users' characteristics and to conduct study on nursing need for the health reasons so that the results of the research can be utilized as basic data for the development of nursing care program.

Towards this end, this research targeted 142 elderly people who were undergoing treatment at the 11 short-stay centers for the elderly out of total of 13 located in Seoul that were willing to cooperate. The research was conducted from April to May 2002, with the measurement tool developed by Rhee, Seon-ja (2001) to measure the level of nursing need. Then data was collected and analyzed using SPSS program. The results are as follows.

The general characteristics of users of the short-stay centers for the elderly were: 123 females (86.6%), 19 males (13.4%) and 72 elderly were over the age of 80 (50.7%). Among these, 24 (16.9%) were living by themselves.

Among the illnesses that the subjects were inflicted with were: dementia (54.2%), stroke (54.1%) and high blood pressure (50.7%), in the respective order. Despite the fact that they were diagnosed with illnesses, 47.2% responded that they do not undergo special treatment due to financial reasons.

When the level of needs for nursing care among the elderly who use the short-stay centers is divided into informational, physical, and emotional need levels and scored between zero to two, the level of emotional need is the highest with 1.80, followed by physical (1.45) and informational (1.44) need levels.

As for the realities of services at the centers and improvement areas, restriction on term was cited as the greatest inconvenience with 38.7%, followed by lack of budget (24 respondents, 16.9%). Wishful services were financial assistance (46.5%), medical and nursing services (40.1%), meal provision service (8.5%) and counseling service (4.9%), in the respective order.

Based on the above mentioned results, the research identified the need to develop nursing program for the patients of dementia that can be applied onto the short-stay centers and the need to develop volunteer service, backed by societal support. Also, placement of specialized cadre of professionals is needed so that medical and nursing service functions can be provided in a complementary manner.

Key words : short-stay centers for the elderly, nursing needs