韓 國 保 健 看 護 學 會 誌
Journal of Korea Academy of Public Health Nursing
Volume 21. No. 1, 15 - 24, March 2007

중심단어 : 방문간호, 가족특성, 자가관리능력

일 도시지역 방문간호 대상 가족의 문제유형 및 자가관리능력

조 윤 희* · 김 광 숙**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

오늘날 우리 사회는 질병구조의 변화, 인구의 노령화, 사고와 재해 등으로 재가 환자가 늘어나고 있다. 이에 따라 가족의 건강문제를 스스로 관리할 수 없는 가구를 방문하여 지역주민이 처한 여건에 적합하고 차별 없는 균등한 보건의료서비스 등을 직접 제공하거나 의뢰, 연계함으로써 주민의 편의성 등을 높일 뿐만 아니라 국민 의료비 절감을 유도하고 주민 스스로 건강을 유지, 증진하여 삶에 대한 자립의지를 고취시킬 필요성이 점차 증대되고 있다(MOHW, 2004). 지역주민이 경제적인 이유로 건강관리를 포기하거나 스스로 가족 문제의 심각성을 깨닫지 못해 건강관리를 하지 못하는 경우 이를 찾아내어 간호하고 가족 스스로 자신의 문제를 해결할 수 있도록 도와줄 필요가 있으며, 이는 대부분의 방문간호 필요 가족이 지역사회 내 취약 가족임을 감안할 때 민간의료기관에 의한 간호제공보다 공공보건의료기관에 의한 접근이 필요하다고 할 수 있다.

공공보건기관을 대표하는 보건소는 국가 보건의료체계의 하부조직으로 지역주민의 질병을 예방하고 건강을 유지, 증진시켜야 하는 조직으로 형평성, 포괄성, 지속성 등의 방향을 추구하는데 가장 적합한 조직인 동시에 지방자치에 의한 보건의료를 실현하는 중요한 행정조직이다(Ko et al., 2002). 보건소를 기반으로 하는 방문간호는 방문간호사가 가정을 방문하여 가족단위로 건강문제를 사정한 후 포괄적인 건강관리서비스를 제공하는 접근방법으로(Rhu, Park, Park, Han, & Lim, 2003), 최근 방문건강관리사업이라는 용어를 사용하며 정부차원에서 보다 적극적인 서비스를 제공하기 위한 계기가 되고 있다.

방문간호의 목적은 보건기관 인력이 가정 또는 시설을 방문하여 가족문제 및 건강 문제를 가진 가구원을 발견하고 방문요구도를 측정하여 보건의료서비스 등을 직접 제공하거나 의뢰·연계를 통하여 가족의 자가관리능력을 개선하도록 돕는 것이다(MOHW, 2003). 따라서 방문건강관리는 가족을 단위로 하며, 간호사가 가족과 건강에 대한 지식을 함께 사용하여 개인뿐 아니라 가족과 더 큰 체계의 건강과 질병을 관리함과 동시에 다양한 다른 체계들을 고려할 수 있어야 한다(Wright & Leahey, 1994). 이를 통해 궁극적으로는 주민의 건강 유지·증진을 통한 삶의 질을 향상하여 건강한 지역사회를 조성하고자 함에 있다. 즉, 고위험 가족으로 분류되더라도 가족이 스스로 가족의 문제를 관리할 능력을 갖는 것이 중요하며, 방문간호사는 가족이 자가관리능력을 갖도록 도울 필요가 있다.

* 연세대학교 대학원 간호학과 박사과정생(교신저자 E-mail: community@yumc.yonsei.ac.kr)
** 연세대학교 간호대학 조교수

방문간호 서비스는 개인적인 측면에서는 지역사회 재가환자와 가족의 보건의료서비스의 접근성을 제고하고 지속적이고 포괄적인 건강관리의 보장이라는 측면에서 그 중요성이 강조되어 왔다(Lee, 2004; Yim & So, 1999). 따라서 지역사회의 취약계층에 대해 그 집단의 건강관련 특성과 방문간호의 대상이 되는 가족단위의 문제를 규명하고 연구하는 것은 방문간호사업을 체계화하고 기초정보를 마련한다는 측면에서 중요하다고 할 수 있다.

보건소의 방문간호사업의 대상은 관할지역의 전 주민이 될 수 있다. 하지만 도시 지역의 시·구 단위의 보건소에 근무하는 방문간호사는 5명 안팎에 불과하여 이러한 소규모 인원으로는 전 주민을 관리할 수 없기 때문에 현실적으로 사업의 대상이 되는 가족은 관할지역에 거주하는 취약계층이 많은 비율을 차지하며, 국민기초생활보장수급자 및 저소득 계층과 정부의 보조가 없는 차상위 계층 주민 중 건강상의 문제를 가진 가구원이 있는 가족을 그 대상으로 하고 있다. Lee(2004)에 의하면, 실제적 방문간호의 대상은 동사무소 사회담당자가 선정한 의료수급자 가족과 독거노인, 노인부부세대, 장애인 세대를 포함하며 그 수는 구 단위 평균 인구의 2.5% 수준인 약 1만명 정도이며, 방문간호사 1인당 850~1,200가구를 등록, 관리하고 있다고 하였다.

지역사회의 취약계층은 대부분 경제적 소득 수준과 연령에 근거하여 설정한 것으로 기존 연구에 의하면, 방문간호 사업의 대상 가족은 만성질환이나 정신질환자를 가구원으로 두고 있거나 가족 구조상의 취약성을 가지고 있는 경우가 많으며, 동시에 자가관리능력 점수가 낮은 경향을 보이고 있다(Ahn, 2000; Lee, 2004). 따라서 방문간호 대상 가족에게 필요한 서비스가 제때에 제공되는 것이 중요하며, 이를 달성하고 업무의 효율성을 높이기 위해서는 방문간호 대상 가족의 특성 및 문제 유형에 대한 정확한 분석이 필요하다.

따라서 본 연구는 일 도시지역 공공보건기관의 방문건강관리 서비스의 대상이 되고 있는 가족의 특성 및 자가관리능력을 파악하여 방문보건정책의 구체적인 방향 설정과 효율적인 사업관리에 필요한 기초 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 지역사회의 취약계층을 위해 제공되고 있는 보건소의 방문간호사업 대상 가족의 특성 및 자가관리능력을 규명하는 것으로 구체적 목적은 다음과 같다.

1) 방문간호사업 대상 가족의 일반적 특성 및 가족의 문제유형을 파악한다.
2) 방문간호사업 대상 가족의 자가관리능력을 측정한다.
3) 방문간호사업 대상 가족의 특성 및 문제유형에 따른 자가관리능력의 차이를 분석한다.

Ⅱ. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 방문간호 대상 가족의 특성 및 건강수준을 알아보기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 전체 구민의 수가 약 50만명인 서울시 일개 구에 거주하는 방문간호사업 대상 가구를 근접모집단으로 하였다. 또한 구 보건소에 근무하는 5명의 방문간호사가 지역별 담당에 의해 2005년 1월부터 9월까지 보건소에 방문간호 대상자로 신규 등록된 가족 전수인 252가구, 339가구원을 표본으로 하였으며, 이 중 기록이 미비한 32가구를 제외한 220가구(전체 표본의 87.3%)를 본 연구의 분석에 사용하였다.

3. 연구도구

본 연구는 보건복지부의 '2004 방문보건사업 운영지침안내'에 의해 현재 전국의 공공보건기관에서 사용중인 고위험가족 우선순위 결정기준과 자가관리능력 측정도구, 가족사정도구를 이용하였다.

고위험가족 우선순위 결정기준은 환자가족, 취약가족, 관리필요가족, 위험행위가족, 주거불량가족 등 5가지 영역으로 구분하여 세부항목으로 22가지의 항목을 가지고 있으며, 방문간호사가 대상 가족의 해당 사항의 유무를 체크하는 것으로 가족의 상황에 따라 중복 체크가 가능하다.

자가관리능력 측정도구는 가족의 방문간호 요구도를

판정하는 도구로 가족의 자가관리능력을 가족문제 및 가구원 건강문제의 심각성, 가족 등 지지자원 보유 및 활용 정도, 지불능력, 가족문제 및 가구원 건강문제에 대한 인식 및 태도, 그리고 가족문제 및 가구원 건강문제 해결에 대한 지식 및 대처능력의 5가지 항목을 '매우 높음'부터 '매우 낮음'까지 4점 척도로 측정하였다. 가족의 자가관리능력이 가장 높을 때 자가관리 능력 점수는 20점으로 도구의 점수가 높을수록 가족의 자가관리능력이 높음을 의미한다. 도구의 문항 중 '가족문제 및 가구원 건강문제의 심각성'은 역코딩 점수를 이용하였으며, 본 연구에서의 Cronbach's α는 0.684이었다. 자가관리능력 측정 도구는 그 점수에 의해 가족의 방문요구도를 판정하는 기준으로 6점 이하가 집중관리군, 7~10점이 정기관리군, 11~15점이 감시/추후관리군, 16점 이상이 자가관리군으로 구분된다.

4. 자료수집방법

서울시 일개 구 공공보건기관에서 시행되고 있는 방문간호 사업의 대상자 중 2005년 1월부터 9월까지 신규 등록된 252가구의 방문간호기록지를 2005년 10월 6일부터 10월 21일까지 본 연구자가 검토하여 자료를 수집하였다. 방문간호기록은 해당 구의 공공보건기관에서 근무하고 있는 5명의 방문간호사가 직접방문을 통해 사정한 내용을 기록한 것으로 방문간호사에 의한 간호중재가 제공되기 전에 작성된 초기기록을 위주로 검토하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS 12.0 Program을 이용하여 전산처리하였다.

연구대상자의 일반적 특성, 가족의 문제 유형, 자가관리 능력 및 건강수준은 빈도와 평균을 분석한 기술통계를 이용하였으며, 가족의 특성에 따른 자가관리 능력의 분석은 t-test와 ANOVA를 이용하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 방문간호 대상 가족의 일반적 특성

본 연구의 대상인 방문간호 가족의 일반적 특성은 <표 1>과 같다.

연구 대상 가족의 가족 수는 독거가족이 52.8%로 가장 많았으며, 2인 가족이 30.0%, 3인 가족과 4인 이상 가족이 각 8.6%이었다. 생활수준은 기초생활 수급자가 87.3%로 가장 많았으며, 차상위계층이 11.3%이었으며, 의료보장형태는 의료급여1종이 84.1%, 의료급여2종이 8.6%, 의료보험이 7.3%이었다. 방문간호 대상 가족의 발굴 형태는 구청에 의한 의뢰가 75.4%, 구청 이외의 기관에 의한 의뢰가 14.1%, 자가 신청이 8.2%, 기타 방법에 의한 발굴이 2.3%로 구청에 의한 의뢰가 가장 많았으며, 기타 방법으로는 주위 사람의 연락 등이 있었다.

<표 1> 방문간호 대상 가족의 일반적 특성 (n=220)

특성	구분	실수	%
가족 수	독거	116	52.8
	2인	66	30.0
	3인	19	8.6
	4인 이상	19	8.6
생활수준	기초생활수급자	192	87.3
	하층	3	1.4
	차상위계층	25	11.3
의료보장형태	의료급여1종	185	84.1
	의료보호2종	19	8.6
	의료보험	16	7.3
대상 가족의 발굴 형태	구청 의뢰	166	75.4
	구청 이외 지역 내 타 기관의 의뢰	31	14.1
	자가 신청	18	8.2
	기타	5	2.3

2. 방문간호 대상 가족의 문제 유형

방문간호 대상 가족을 고위험가족 우선순위 결정기준에 의해 분석한 문제의 유형은 <표 2>와 같다.

전체 220가구 중 환자가족은 91.0%, 취약가족은 93.2%, 관리필요가족은 53.6%, 위험행위가족은 33.2%, 주거환경 불량가족은 5.9%이었으며, 이는 중복측정이 가능하다. 환자가족 중 만성질환자 가족은 전체 환자가족 중 49.5%, 정신질환자가족은 28.5%, 마비/와상환자가족은 12.5%, 암/임종환자가족은 1.5%이었다. 취약가족 중 소외가족은 60.5%, 빈곤가족이 28.8%, 장애인가족이 25.4%, 물질남용가족이 6.8%

이었으며, 불완전가족이 4.4%, 갈등가족이 3.4%, 폭력/학대가족이 1.5%이었다. 관리필요가족의 구체적 내용은 노인가족이 97.5%, 생식가족이 2.5%이었으며, 위험행위가족은 부적합한 건강관리 가족이 64.4%, 부적합한 건강행위 가족이 41.1%이었다. 또한 주거환경 불량가족의 전체가 위생관리불량 가족이었으며, 그 외에 물리적 환경 불량 가족 역시 23.1%가 중복되어 나타났다.

<표 2> 방문간호 대상 가족의 문제 유형 (n=220)

가족의 문제 유형	실수	%
환자가족	200	91.0
만성질환자가족	99	49.5
정신질환자가족(치매포함)	57	28.5
마비/와상환자가족	25	12.5
암/임종환자가족	3	1.5
기타	16	8.0
취약가족	205	93.2
소외가족	124	60.5
빈곤가족	59	28.8
장애인가족	52	25.4
물질남용가족	14	6.8
불완전가족	9	4.4
갈등가족	7	3.4
폭력/학대가족	3	1.5
관리필요가족	118	53.6
노인가족	115	97.5
생식가족	3	2.5
위험행위가족	73	33.2
부적합한 건강관리	47	64.4
부적합한 건강행위 (흡연, 음주, 심한 스트레스 등)	30	41.1
주거환경불량가족	13	5.9
위생관리불량(식수, 화장실, 부엌 등)	13	100.0
물리적 환경 불량 (난방, 환기, 채광, 악취 등)	3	23.1

** 중복체크 가능

3. 방문간호 대상 가족의 자가관리능력

방문간호 대상 가구인 220가구의 자가관리능력을 조사한 결과는 <표 3>과 같다.

자가관리능력은 4점 척도를 이용하였으며, 점수가 낮을수록 문제의 심각성이 높다. 방문간호 대상 가족의 자가관리능력 중 '지불능력'이 2.06(±0.417)점으로 가장 낮은 점수를 보였으며, '가족 등 지지자원 보유 및 활용정도'가 2.28(±0.591)점, '가족문제 및 가구원 건강문제 해결에 대한 지식 및 대처능력'이 2.33(±0.657)점이었다. 또한 '가족문제 및 가구원 건강문제의 심각성'의 역코딩 점수가 2.40(±0.727)점이었으며, '가족문제 및 가구원 건강문제에 대한 인식 및 태도'가 2.55(±0.654)점으로 다른 항목에 비해 가족이 자신의 문제에 대한 인식 정도가 상대적으로 높은 것으로 나타났다. 220가구의 자가관리능력 총점의 평균은 11.67(±1.654)점으로 나타났다.

방문간호 대상 가족의 자가관리능력에 따른 방문요구도를 판정한 결과는 <표 4>와 같다.

자가관리능력 점수의 총점에 의하여 6점 이하는 집중관리군, 7~10점은 정기관리군, 11~15점은 감시/추후관리군, 16점 이상은 자가관리군으로 구분되며, 본 연구에서는 집중관리군이 12.7%, 정기관리군이 12.7%, 감시/추후관리군이 71.8%, 자가관리군이 2.8%로 감시/추후관리군이 가장 많았으며, 집중관리군과 정기관리군이 두 번째로 많은 비율을 차지하였다.

<표 4> 방문간호 가족의 방문요구도에 따른 관리군 분포 (n=220)

방문요구	실수	%
집중관리군	28	12.7
정기관리군	28	12.7
감시/추후관리군	158	71.8
자가관리군	6	2.8

4. 방문간호 대상 가족의 특성에 따른 자가관리능력

<표 3> 방문간호 가족의 자가관리능력(방문요구도) (n=220)

항목	평균	표준편차
가족문제 및 가구원 건강문제의 심각성	2.40	0.727
가족 등 지지자원 보유 및 활용정도	2.28	0.591
지불능력	2.06	0.417
가족문제 및 가구원 건강문제에 대한 인식 및 태도	2.55	0.654
가족문제 및 가구원 건강문제 해결에 대한 지식 및 대처능력	2.33	0.657
자가관리능력 총점의 평균	11.67	1.654

<표 5> 가족의 특성 및 문제유형에 따른 자가관리능력

가족의 특성 및 문제유형		M	SD	t or F	Scheffe	P
가족 수	독거	11.5	1.54	-2.118		0.035
	2인 이상 가족	12.0	1.75			
발굴형태	타 기관 의뢰	11.6	1.62	1.786		0.076
	자가 신청	12.4	1.92			
환자가족유형	암/임종환자가족	11.0	0.12	2.928	A	0.036
	만성질환자가족	11.4	1.18		AB	
	마비/와상환자가족	11.6	0.81		AB	
	정신질환자가족	12.2	2.48		B	
취약가족유형	소외가족	11.1	1.49	5.255	A	0.002
	장애인가족	11.9	1.60		AB	
	빈곤가족	12.0	0.64		AB	
	불완전가족	13.0	0.12		B	
관리필요가족유형	노인가족	11.3	1.20	6.420		0.746
	생식가족	12.0	1.21			
위험행위가족	부적합한 건강행위	11.14	2.76	2.282		0.081
	부적합한 건강관리	11.35	0.81			

** 중복체크 제외

방문간호 대상 가족의 특성 및 문제유형에 따른 자가관리능력을 비교한 결과는 <표 5>와 같다.

가족의 특성 중 가족 수에 의한 자가관리능력은 독거가족이 11.5(±1.54)점, 2인 이상 가족이 12.0(±1.75)점으로 통계적으로 유의한 차이(t=-2.118, P=0.035)가 있었으며, 방문간호 대상 가족의 발굴형태에 따른 가족의 자가관리능력은 자가 신청 가족이 12.4(±1.92)점, 타 기관의 의뢰에 의한 가족이 11.6(±1.62)점으로 통계적으로 유의하지는 않았으나 자가 신청한 가족의 자가관리능력이 상대적으로 더 높은 것으로 나타났다.

가족의 문제유형 중 환자가족의 종류에 따른 자가관리능력은 암/임종환자 가족이 11.0(±0.12)점으로 자가관리능력 점수가 가장 낮았으며, 그 외에 만성질환자 가족이 11.4(±1.18)점, 마비/와상환자가족이 11.6(±0.81)점, 정신질환자 가족이 12.2(±2.48)점으로 통계적으로 유의한 차이(F=2.928, P=0.036)를 보였다. 이는 Scheffe 검정을 실시한 결과 암/임종환자가족이 정신질환자가족보다 자가관리능력 점수가 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 취약가족의 유형에 따른 자가관리능력은 소외가족이 11.1(±1.49)점으로 가장 점수가 낮았으며, 장애인가족이 11.9(±1.60)점, 빈곤가족이 12.0(±0.64)점, 불완전가족이 13.0(±0.12)점으로 통계적으로 가족의 유형에 따른 유의한 차이(F=5.255, P=0.002)를 보였으며, Scheffe 검정 결과, 소외가족이 불완전가족보다 유의하게 자가관리점수가 낮은 것으로 조사되었다. 그 외 관리필요가족과 위험행위가족은 가족의 문제유형에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았지만, 상대적으로 노인가족이 생식가족보다, 부적합한 건강행위를 하는 가족이 부적합한 건강관리를 하는 가족보다 자가관리능력 점수가 낮은 경향을 보였다.

이상과 같은 결과를 종합해 보면, 2인 이상 가족보다는 독거가족이 자가관리능력이 낮으며, 환자가족에서는 암/임종환자 가족이, 취약가족에서는 소외가족이 자가관리능력이 가장 낮은 것으로 나타났다.

Ⅳ. 논 의

보건소의 방문간호는 보건의료체계 내에서 간호사가 가정을 방문하여 재가 환자 및 가족을 대상으로 예방적, 지지적, 치료적 서비스를 제공하는 지역보건간호의 한 수단이다(Ryu & Hwang, 2004). 최근 취약계층의 보건의료 형평성과 접근성 향상을 통한 질적인 삶의 유지에 대한 관심이 증가하면서 정부 주관의 방문건강관리사업이 활성화되고 있다(MOHW, 2003).

방문간호사업은 개인적인 측면에서는 지역사회 재가환자와 가족에게 보건의료서비스를 통한 건강관리를 보장해주며, 국가적인 측면에서는 최소한의 비용으로 보건의료혜택에서 소외된 그룹에 대한 의료자원 배분

의 형평성을 높여 건강한 지역사회를 조성한다는 측면에서 효과적인 사업이라고 할 수 있다. 하지만 현실적으로 적은 수의 방문간호사가 지역사회 내의 전 주민을 관리할 수 없기 때문에 업무의 효율성을 높이고 효과적인 간호서비스를 제공하기 위해서는 방문간호 서비스의 대상이 되고 있는 가족의 특성 및 건강수준을 파악하여 방문건강관리 사업의 구체적인 방향 설정과 서비스의 계획에 필요한 기초 자료를 제공할 필요가 있다고 하겠다. 따라서 본 연구는 일 도시지역의 방문간호 서비스를 제공받기 시작한지 1~9개월 된 가족을 단위로 하여 그들의 특성 및 문제유형, 자가관리능력을 파악하고자 진행되었다.

본 연구의 대상 가족은 독거가족이 전체 가족의 52.8%로 가장 높은 비율을 차지하고 있었다. 이는 Ahn(2000)의 일 개 중소도시 보건소에서 진행되는 방문간호대상 200가구를 분석한 연구에서 독거가족이 34.5%이었으며, Ryu와 Hwang(2004)의 연구에서 30.3%였던 것과 비교하여 독거가족의 비율이 많이 증가하고 있음을 알 수 있으며, 이는 최근 독거노인과 가족 해체의 비율이 증가하는 것과 연결 지을 수 있을 것이다. 또한 기초생활수급자가 전체 가족의 87.3%이었는데, 이는 기존의 연구들(Ahn, 2000; Lee, 2004; Ryu & Hwang, 2004)과 비슷한 결과를 보이고 있었다. 방문간호 대상 가족의 발굴 형태는 75.4%가 구청의 의뢰에 의해 이루어진 경우이며, 그 외에 구청 이외의 기관으로 복지관, 단기보호소 등의 의뢰가 14.1%, 스스로 방문간호를 신청한 경우가 8.2%로 나타났다. 아직까지는 보건소 간호사의 방문간호는 구청의 사회복지 담당자가 기초생활수급자 선정 업무와 관련하여 새롭게 선정된 가족의 정보를 제공함으로써 이루어지는 경우가 대부분을 차지함을 알 수 있다. 이 결과를 다르게 생각하면, 경제적으로는 어렵지만 기초생활수급자로 선정되기 어려운 조건을 가진 가족이 건강상의 문제를 가지고 있는 경우는 상대적으로 방문간호 서비스를 받게 될 기회가 적음을 의미한다고 할 수 있다. 따라서 좀 더 적극적인 발굴방법의 개발이 필요할 것으로 생각된다.

방문간호 대상 가족의 문제유형을 살펴본 결과, 취약가족이 전체 가족의 93.2%로 가장 많은 비율을 차지하고 있었으며, 그 외 환자가족, 관리필요가족, 위험행위가족, 주거환경 불량가족의 순으로 나타났다. 이는 Ahn(2000)의 연구에서 취약가족, 환자가족, 위험행위가족, 주거환경 불량가족, 관리필요가족의 순으로 나타난 것과 비교할 때 관리필요가족을 제외하면 문제 유형의 순위와 빈도가 비슷함을 알 수 있다. 이는 Ahn (2000)의 연구에서는 관리필요가족이 빈도가 가장 낮은 문제 유형이었지만, 본 연구에서는 노인가족의 비율이 전체 220가구의 52.3%(115가구)로 높은 비율을 차지하면서 노인가족을 포함하는 관리필요가족의 비율이 세 번째의 빈도를 차지하는 문제유형으로 나타났음을 알 수 있다.

지속적이고 복합적인 문제를 경험하고 있어서 외부의 도움이 없으면 가족 붕괴의 가능성을 내재하고 있는 가족이나 스스로 문제를 확인하고 정보를 추구하는 능력이 부족한 취약가족(MOHW, 2004) 중 특히 소외가족이 60.5%를 차지하고 있으며, 이는 주로 방문간호 대상 가족의 첫 번째 기준이 되곤 하는 빈곤가족이 28.8%를 차지하는 것과 비교해서 그 빈도가 거의 두 배에 가까운 것을 알 수 있다. 이는 방문간호사가 가족이 갖고 있는 능력을 판단하여 가족에게 필요한 외부의 지지자원을 연결해주고, 가족 스스로 자신의 문제를 확인해서 필요한 정보를 추구할 수 있도록 정보를 찾는 방법을 익히도록 도와줄 필요가 있음을 시사하는 결과라고 할 수 있다. 가족의 문제 유형 중 두 번째의 비율을 차지하는 환자가족 중에서도 가구원이 만성질환을 가진 경우가 49.5%, 치매를 포함한 정신질환을 가진 경우가 28.5%에 해당되었다. 만성질환이나 정신질환은 단기간에 해결하기 어려우며, 경우에 따라서는 가구원이 생존해있고, 함께 사는 동안 지속적으로 유지되는 문제이기 때문에 환자를 중심으로 방문간호사가 방문을 통해 환자의 상태를 살피는 것 이상으로 이들의 증상관리나 질병관리 등을 포함하는 가족의 자가관리 능력의 향상에 간호 서비스의 초점이 맞춰져야 할 것이다. 한편, 성장발달기 중 특별한 관리가 요구되는 시기에 있는 가구원이 있어서 가족접근을 통한 효율적인 관리가 필요하다고 판단되는 관리필요가족은 전체 방문간호 대상 가족 중 53.6%로 그 중 대부분이 노인가족인 경우이다. 이는 방문간호 서비스의 구체적인 대상자가 노인인 경우가 많은 것을 알 수 있으며, 따라서 노인의 특성에 따른 성장발달기적 접근이 필요

할 것으로 여겨진다.

또한 가족의 문제 유형들은 서로 독립적이지 않으며, 그 중복 빈도가 높은 편이다. Ahn(2000)의 연구에 의하면, 조사 대상 200가구 중 만성질환가족과 빈곤가족(39가구), 만성질환가족과 소외가족(36가구), 그리고 노인가족과 빈곤가족(34가구), 노인가족과 만성질환자가족, 빈곤가족(29가구)의 중복 빈도가 높음을 알 수 있으며, 본 연구에서도 전체 220가구 중 노인가족과 소외가족(77가구), 만성질환가족과 소외가족(71가구), 노인가족과 빈곤가족(24가구), 정신질환자가족과 빈곤가족(15가구)의 중복빈도가 매우 높았다. 이는 방문간호 필요 가족의 문제가 주로 노인, 빈곤, 소외, 그리고 만성질환 및 정신질환의 문제가 복합되어 있음을 알 수 있으며, 간호적 접근을 할 때 이들 문제를 독립적으로 해결하려하지 말고 서로 유기적으로 얽혀 있음을 알고 중재의 내용에 반영할 수 있어야 할 것이다.

본 연구에서 가족의 전체 자가관리능력의 총점은 20점 만점에 평균 11.67(±1.654)점으로 Lee(2004)의 연구에서 가족의 자가관리능력의 총점이 9.85(±1.79)점이었던 것과 비교할 때 약간 높은 상태임을 알 수 있다. 방문보건사업 운영지침(MOHW, 2004)에 따르면 가족의 자가관리능력의 총점은 방문간호에 대한 가족의 요구 정도를 나타내는 것으로 총점에 따라 4개의 관리군으로 구분하고 있는데, 본 연구에서는 전체 가족의 71.8%가 감시/추후 관리군(자가관리능력 점수 11~15점)에 해당하는데 비해 Ahn(2000)의 연구에서 정기관리군이 60.9%로 나타난 결과와 유사함을 알 수 있었다.

본 연구에서 가족의 자가관리능력 중 가장 낮은 점수를 보인 항목은 '지불능력'으로 이는 방문간호의 대상 가족이 대부분 기초생활 수급자인 것과 연결 지어 생각할 수 있을 것이다. 그 외에 '가족 등 지지자원 보유 및 활용정도'가 2.28(±0.591)점으로 두 번째로 낮은 자가관리능력을 가지고 있었는데, 이는 도시지역 취약가구를 대상으로 방문간호 서비스의 제공 전과 후에 가족현상의 분포를 살펴본 Park(2004)의 연구에서 서비스 전, 후 모두 지역사회지지체계 부족이 가장 낮은 점수를 보였으며, 그 중에서도 특히 지역사회 자원에 대한 정보가 부족하다는 응답이 가장 많았던 결과와 일치한다고 할 수 있다. 이는 지역사회 내 많은 지지자원의 확보와 더불어 이들 지지자원의 활용이 활성화되고, 가족이 지지자원을 스스로 활용할 수 있는 방법 등을 익힐 필요가 있음을 알 수 있게 해준다. 실제로 Yoo(2003)의 연구에 따르면 지역사회 내의 방문간호사와 사회복지사는 모두 업무 중 서로간의 협조의 필요성을 높게 느끼는 반면 실제 업무 중 협조 정도는 낮은 것으로 나타났으며, 따라서 이들의 업무를 연계할 수 있는 공식적인 연계 채널이 마련될 필요가 있을 것이다.

가족의 문제유형에 따른 자가관리능력은 환자가족 중 암/임종환자가족의 자가관리능력 점수가 11.0(±0.12)점으로 가장 낮게 나타나 이들 가족을 대상으로 한 방문 간호의 제공이 필요함을 알 수 있었다. 또한 소외가족이 11.1(±1.49)점으로 역시 점수가 낮게 나타났는데, 이는 독거가족(11.5점)이 2인 이상 가족(12.0점)보다 자가관리능력 점수가 통계적으로 유의하게 낮은 본 연구의 결과(t=-2.118, P=0.035)와 관련된 것으로 여겨진다.

이상의 연구 결과를 살펴보면, 일 도시지역의 방문간호의 대상이 되는 가족은 주로 혼자 살면서 기초생활수급자로 구청의 의뢰에 의해 방문간호사와 처음 만나게 되는 경우가 많으며, 이들 가족이 가지고 있는 문제 역시 가구원이 만성질환이나 정신질환을 가지고 있으면서 동시에 많은 경우가 소외나 빈곤가족이며, 또한 노인가족인 경우가 가장 많은 빈도를 보이고 있었다. 또한 가족의 자가관리능력은 지불능력이 가장 낮은 점을 제외하면 지지자원을 보유하고 이를 활용하는 능력이 가장 부족하며, 따라서 지역사회 내 활용이 가능한 지지자원을 확보하고 이들 자원의 정보를 취약가족들에게 제공함으로써 스스로 가족의 필요에 따른 지지자원을 구하고 활용하는 능력을 확보해줄 필요가 있다. 또한 가족의 자가관리능력은 가족의 환자가족 유형과 취약가족 유형에 따라 그 점수가 통계적으로 유의한 차이를 보임으로써 지역사회 내에서 방문간호를 제공하고 관련된 정책을 결정할 때 대상 인구별(Target Population) 정책이 필요할 것으로 보인다.

V. 결론 및 제언

본 연구의 목적은 도시지역의 취약계층을 위해 제공되고 있는 보건소 방문간호 서비스의 대상 가족의 특성 및 자가관리능력을 규명함으로써 방문간호 서비스를 계획하고 향후 관련 정책을 결정하는데 기초자료를 제공하고자 함에 있다. 본 연구는 2005년 1월부터 9월까지 일 도시지역의 방문간호 대상자로 신규 등록된 가족 252가구, 339가구원을 대상으로 작성된 기록을 검토함으로써 자료를 수집하였으며, 자료분석은 SPSS 12.0 Program을 이용하여 전산처리하였다.

본 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 대상 가족의 일반적 특성은 독거가족이 52.8%로 가장 많았으며, 생활수준은 기초생활 수급자가 87.3%, 의료급여1종이 84.1%를 차지하고 있었다. 또한 방문간호사가 처음 대상 가족을 발굴하게 된 방법은 구청에 의한 의뢰가 전체의 75.4%로 가장 많은 비율을 차지하고 있었으며, 구청 이외의 기관에 의한 의뢰가 14.1%, 가족 스스로 신청한 경우가 8.2%로 나타났다.
2. 방문간호 대상 가족의 문제유형은 취약가족이 93.2%로 가장 많았으며, 환자가족이 91.0%, 관리필요가족이 53.6%, 위험행위가족이 33.2%, 주거환경 불량가족이 5.9%로 나타났다. 취약가족 중에는 소외가족(60.5%)과 빈곤가족(28.8%)의 순서로 빈도를 보였으며, 환자가족 중에는 만성질환자가족(49.5%)과 치매를 포함한 정신질환자가족(28.5%)이 가장 많은 빈도수를 보였다. 가족의 문제 유형은 서로 중복되어 나타나는 경우가 많았으며, 특히 노인, 빈곤, 만성질환 및 정신질환의 문제가 복합적으로 나타나는 경우가 많았다.
3. 가족의 자가관리능력의 총점은 20점 만점에 평균 11.67(±1.654)점으로 71.8%가 감시/추후관리군에 해당하였다. 또한 자가관리능력 점수 중 가장 낮은 점수를 나타낸 항목은 지불능력이 2.06(±0.417)점이었으며, 가족 등 지지자원 보유 및 활용정도가 2.28 (±0.591)점으로 두 번째로 낮은 자가관리능력 점수를 보였다.
4. 가족의 특성과 문제 유형에 따른 가족의 자가관리능력을 비교한 결과 가족의 수(t=-2.118, P=0.035)와 환자가족의 유형(F=2.928, P=0.036), 그리고 취약가족의 유형(F=5.255, P=0.002)에 따라 가족의 자가관리능력이 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 구체적으로 독거가족이 2인 이상 가족보다 자가관리능력 점수가 낮았으며, 환자가족 유형 중 암/임종환자가족이, 취약가족의 유형 중 소외가족이 자가관리능력이 가장 부족한 것으로 조사되었다.

이상의 연구결과로 볼 때 가족이 가지고 있는 특성 및 문제유형에 따른 차별화된 간호서비스의 개발이 필요하며, 이 때 가족의 문제유형은 서로 독립적이지 않고 복합적으로 나타나는 점을 감안하여, 가장 빈도수가 많은 대상 가족을 중심으로 우선순위에 따른 중재프로그램의 개발이 이루어져야 할 것이다. 가족의 자가관리능력 중 지불능력을 제외하면 지지자원을 보유하고 이를 활용하는 능력이 가장 부족하게 조사되었으므로 지역사회 내 활용이 가능한 지지자원을 확보하고 자원의 정보를 취약가족이 알고 공유함으로써 가족 스스로의 문제를 해결하는데 이를 활용할 수 있도록 도와줄 필요가 있다.

본 연구의 결과를 토대로 다음과 같은 후속 연구가 필요함을 제언하고자 한다.

첫째, 대상 인구별 간호요구도를 파악하는 연구가 이루어져야 하며,

둘째, 요구에 맞는 간호서비스를 개발하여 이를 적용한 후 효과를 측정하는 체계적인 연구가 필요하다.

또한 마지막으로 본 연구가 도시지역에서만 이루어졌기 때문에 중소도시나 농촌지역의 방문간호 가족을 대상으로 하는 연구 역시 시행될 필요가 있다.

References

Ahn, S. H. (2000). *Analysis of visiting nursing activities in public health centers*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.

Ko, I. S., Kim, C. J., Lee, T. W., Lee, K. J., Kim, E. S., Ma, H. Y., Lee, Y. S., & Park, K. M. (2002). Evaluation of government

assisted visiting nursing services of health center in 2000, *J Korean Acad Nurs, 32*(3), 344-354.

Lee, I. S. (2004). Working with vulnerable families : A nurse home visiting perspective, *J Korean Acad Nurs, 34*(6), 1025-1034.

Lee, T. W. (2004). Economic evaluation of visiting nurse services for the low-incom elderly with long-term care needs. *J Korean Acad Nurs, 34*(1), 191-201.

Ministry of Health and Welfare (2004). *2004 Manual for Visiting Nursing Program at Public Health Centers.*

Ministry of Health and Welfare (2003). *2002 Annu Rep for Health and Welfare.*

Park, K. M. (2004). Evaluation of visiting nursing services for the vulnerable family in urban community, *J Korean Comm Nurs, 15*(1), 55-65.

Ryu, H. S., & Hwang, R. H. (2004). A study on the status and policy issues of visiting nursing programs at public health centers in urban areas, *J Korean Comm Nurs, 15*(1), 67-75.

Ryu, H. S. (2004). Estimating the cost of visiting nursing service by visiting nursing model for urban public health center in Korea, *J Korean Acad Nurs, 34*(6), 983-993.

Rye, H. S., Park, E. S., Park, Y. J., Han, K. S., & Lim, J. Y. (2003). A workload analysis of a visiting nursing service based on a health center in Seoul, *J Korean Acad Nurs, 33*(7), 1018-1027.

Wright, L. M., & Leahey, M. (1994). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis

Yim, Y. O., & So, A. Y. (1999). A study on visiting nursing service in primary health care units, *J Korean Comm Nurs, 10*(2), 480-493.

Yoo, I. Y. (2003). A study on link of health and welfare service and Barrier's factors of visiting nurses and social welfare workers, *J Korean Acad Nurs, 33*(1), 113-121.

ABSTRACT

Family Characteristics and Self-care Ability in Visiting Nursing Service based on Urban Public Health Center

Cho, Yoon Hee(Doctoral Student, Department of Nursing, Graduate School of Yonsei University)
Kim, Gwang Suk(Assistant Professor, College of Nursing, Yonsei University)

Purpose: The study aim was to provide basic data needed for formulating systematic visiting nursing strategies by comprehending the characteristics and self-care ability of the object families of public health centers in Korea. **Method:** The research examined 252 families and 339 family members of the vulnerable class that were registered in a visiting nursing program of an urban public health center. The data of 220 families were analyzed using descriptive analysis, t-test, and ANOVA, after excluding any incomplete data. **Result:** 1. The most frequent characteristics of families were solitary families (52.8%) and financially vulnerable families (87.3%). The most frequent way of family detection was request of the community office. 2. The most frequent type of family problems were vulnerable families (93.2%), followed by patient families (91.0%). 3. The mean score was 11.67 for family self-care ability. 4. The variables of the number of family members, disease type of the patient family members, and the type of vulnerable family showed a significant difference of family self-care ability. **Conclusion:** This study suggests that vulnerable families demand specific nursing interventions focused on their own problems and that visiting nurses need to obtain and use supportive resources.

Key words : Visiting nursing, Family characteristics, Self-care ability