

노인장기요양보험 방문간호서비스 수행도와 필요도 : 오마하시스템 문제분류체계를 이용하여

박 선 아¹⁾ · 임 지 영²⁾

서 론

연구의 필요성

우리나라는 의료의 발전과 생활수준의 향상으로 평균 수명이 81.9세로 증가하고, 65세 이상의 노령인구가 전체 인구의 13.2%를 차지하는 등 고령화 사회로 변모하고 있다(Statistics Korea, 2016). 고령화 사회로의 변화는 생산 가능 인구의 감소와 부양 노인 인구의 증가라는 사회적 문제를 가져 왔다. 연장된 수명에 따른 질병 발생의 증가, 그리고 이에 따른 유병 기간의 증가로 인해 노인 부양에 대한 사회적 부담이 증가하였고, 이러한 사회적 부담을 완화하기 위한 정책적인 제도 마련이 지속적으로 추진되어 왔다(Lee & Moon, 2016). 고령화에 따른 사회적 문제를 해결하기 위한 방안의 일환으로 2008년 우리나라 제 5대 사회보험으로 노인장기요양보험이 출범하였다. 노인장기요양보험은 65세 이상 노인 중 6개월 이상 혼자 일상생활이 불가능하거나 노인성 질환 등으로 진단 받은 경우, 잔존 능력의 정도에 따라 등급을 판정하여 일정한 금액 내에서 가사지원, 인지재활, 건강관리서비스 등을 제공하는 사회적 보험 제도이다(Long-Term Care Insurance, 2017).

노인장기요양보험에서 제공하는 장기요양급여는 시설급여와 재가급여로 나뉘는데, 이 중 재가급여 영역은 방문간호, 방문요양, 방문목욕, 주·야간보호 그리고 복지요구대여로 구성된다(The National Low Information Center, 2016). 현재는 다가올 2018년 노인장기요양보험 10주년을 대비하여 제도 전반을 재

정비하고 있으며, 이를 위하여 2016년 간호사가 대상자 요구를 파악하여 대상자의 필요도에 따라 방문간호와 방문요양, 방문목욕에 대한 케어플랜을 작성하고 이를 통합적으로 제공하도록 하는 1차 통합재가서비스 시범사업을 추진하였다. 1차 통합재가서비스 시범사업의 결과, 대상자의 만족도가 높고, 보다 효과적인 건강관리가 가능하며, 가사지원과 같은 요양서비스가 체계화되었다는 성과가 보고되었다(Yoo, Lee, Han, & Nah, 2016). 2017년에는 1차 통합재가서비스 시범사업에 이어 방문간호의 기능을 강화하고 케어플랜 작성 및 관리자의 역할을 강조하는 2차 통합재가서비스 시범사업을 진행 중이다. 2차 통합재가서비스 시범사업에서는 표준장기요양이용계획서 항목에 근거하여 케어플랜을 작성하도록 하고 있으나, 노인의 건강관리와 삶의 질 향상, 그리고 노인복지 증진을 위한 방문간호의 중요성이 커지면서 노인장기요양보험 방문간호의 활성화와 서비스 질 향상을 위한 다각적인 시도가 요구되고 있다(National Health Insurance Service, 2017).

지역사회에서 이루어지는 간호의 특성은 급성기 병원에서 제공되는 간호의 특성과는 큰 차이가 존재한다. 오마하시스템은 지역사회간호를 위한 이론적 기틀로 개발된 간호분류체제로 문제분류체계(Problem Classification Scheme), 중재체계(Intervention Scheme), 결과에 대한 문제측정(Problem Rating Scale for Outcome)으로 구성되어 있다. 오마하시스템은 대상자가 가지고 있는 다양한 요구를 통합적으로 사정, 진단할 수 있도록 환경, 심리사회적, 생리적, 건강행위 영역을 모두 포괄하고 있어, 여러 나라에서 지역사회 간호서비스 제공 모형으

주요어 : 노인, 가정간호서비스, 장기요양, 건강서비스 요구, 간호서비스

1) 수원대학교 간호학과 조교수

2) 인하대학교 간호학과 교수(교신저자 E-mail: lim20712@inha.ac.kr)

투고일: 2017년 5월 8일 수정일: 2017년 6월 17일 게재확정일: 2017년 7월 30일

로 채택되어 왔다(Kerr, et al., 2015; Martin, 2005; Martin & Scheet, 1992; Melton, et al., 2010; Park, et al., 2016). 네델란드 방문간호 기관인 부초(Buurtzorg)는 오마하시시스템이 지역사회에서 발생하는 간호 실무 데이터를 효과적으로 관리할 수 있는 장점을 살려 방문간호 제공의 이론적 기틀로 채택하였다(Westra, Oancea, Savik, & Marek, 2010). 부초에서는 오마하시시스템을 온라인 프로그램으로 개발하여 네델란드 방문간호 서비스 제공 체계를 체계화하는데 활용하였다. 최근에는 이러한 노하우를 세계화하기 위한 목적으로 일본, 중국, 대만과 같은 아시아권 나라에 부초 모델 기반의 방문간호를 확장하고 있는데 이들 국가에서도 역시 오마하시시스템을 이론적 기틀로 적용하고 있다(Kreitzer, Monsen, Nandram, & de Blok, 2015).

현행 노인장기요양보험 방문간호의 범위는 기본간호, 건강관리, 신체기능관리, 인지기능, 영양관리, 배설관리, 질병관리 등 7개 영역으로 한정되어 있다(Long-Term Care Insurance, 2017). 이와 같이 표준장기요양이용계획서에 제시되어 있는 방문간호는 상당 부분 치료적 간호에만 국한되어 있어, 지역사회 거주 재가 노인을 대상으로 한 방문간호에서 필요로 하는 자가투약관리, 건강관리교육, 자가운동훈련, 가족 지지 및 상담과 같은 간호를 수행하기에는 제한점이 있다(Lim, Kim, Choi, Lee, & Noh, 2012). 따라서 앞으로 노인장기요양보험 방문간호의 기능 강화와 역할 확대를 위해서는 대상자의 요구를 총체적으로 담아낼 수 있는 보다 체계적인 방문간호 제공틀이 마련되어야 한다(Song & Song, 2015). 이에 본 연구에서는 오마하시시스템의 문제분류체계를 이용하여 노인장기요양보험 방문간호의 수행도와 필요도를 파악함으로써 향후 노인장기요양보험 방문간호 제공틀 개발을 위한 근거자료를 마련하고자 하였다.

연구 목적

본 연구는 오마하시시스템의 문제분류체계를 이용하여 노인장기요양보험 방문간호의 수행도와 필요도를 파악하고, 수행도와 필요도 간의 차이를 파악하기 위함이고 본 연구의 구체적인 연구의 목적은 다음과 같다.

- 첫째, 오마하시시스템의 문제분류체계를 이용한 노인장기요양보험 방문간호 수행도를 파악한다.
- 둘째, 오마하시시스템의 문제분류체계를 이용한 노인장기요양보험 방문간호 필요도를 파악한다.
- 셋째, 오마하시시스템의 문제분류체계를 이용한 노인장기요양보험 방문간호 수행도와 필요도의 차이를 파악한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 오마하시시스템의 문제분류체계를 이용하여 노인장기요양보험 방문간호의 수행도와 필요도를 파악함으로써 향후 노인장기요양보험 방문간호 제공틀 개발의 근거자료를 마련하고자 한 서술적 조사 연구이다.

연구 대상

본 연구 대상은 노인장기요양보험 평가를 받은 전국 137개 방문간호센터(Long-Term Care Insurance, 2017)에 근무하고 있는, 방문간호 제공 경험이 있는 간호사 72명을 대상으로 하였다. 본 연구의 분석에 필요한 표본크기는 G*Power 3.1.7 프로그램을 이용하여 효과크기 .5, 유의수준 .05, 검정력 .95일 때 paired t-test에 필요한 표본수를 기준으로 하였다(Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009). 분석 결과 필요한 표본수는 54명으로 계산되어 본 연구의 대상자수가 분석에 필요한 표본의 수를 충족하였음을 확인하였다.

연구 도구

본 연구에서는 Hong, Lee, Hong과 Kim (2010)이 오마하시시스템 문제분류체계(Martin, 2005)를 한국어로 번역한 것을 본 연구자가 연구 목적에 맞게 수정 보완한 도구를 사용하였다. 원 도구는 환경 영역, 심리사회적 영역, 생리적 영역, 건강행위 영역의 총 4개 영역, 42개 항목으로 구성되었으나, 본 연구에서는 노인장기요양보험의 대상이 65세 이상의 노인인 점을 고려하여 '입신'과 '산후관리' 2개의 항목을 제외하여 최종 4개 영역, 40개 항목으로 측정하였다.

수행도는 5점 Likert 척도로 측정하였으며, 1점 '매우 드뭇', 2점 '드뭇', 3점 '보통', 4점 '자주', 5점 '매우 자주'로 점수가 높을수록 수행도가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 도구의 신뢰도는 Cronbach's α .95이었다. 필요도도 5점 Likert 척도로 측정하였으며, 1점 '매우 불필요', 2점 '불필요', 3점 '보통', 4점 '필요', 5점 '매우 필요'로 점수가 높을수록 필요도가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 도구의 신뢰도는 Cronbach's α .97이었다.

자료 수집 방법

본 연구의 자료수집은 2016년 12월 5일부터 2017년 1월 31일까지 약 2개월간, 총 3차에 걸쳐 이루어졌다. 1차는

2016년 12월 5일, (사)케이브이엔 한국방문간호사회 송년회에서, 사전에 한국방문간호사회에 자료수집에 대한 허락을 구한 후, 참석한 방문간호센터의 간호사를 대상으로 연구의 목적을 설명하였다. 다음 참여 동의서를 배부하고, 참여에 동의한 경우에 한하여 서명을 받은 후, 설문지를 배부하고 자가기록 하도록 한 후 회수하였다. 1차 자료수집 과정에서 총 32부의 설문지를 수집하였다. 2차는 2017년 1월 19일 (사)케이브이엔 한국방문간호사회 정기총회에서 동일한 과정을 거쳐 자료를 수집하였다. 2차 자료수집 과정에서는 총 35부의 설문지를 수집하였다. 3차는 (사)케이브이엔 한국방문간호사회의 서울지부, 경기지부, 인천지부, 그리고 부산·울산·경북지부의 총 4개 지부에 우편으로 설문지를 발송한 후, 대상자가 직접 자가기록 하게 한 후 밀봉하여 반송하도록 하였다. 3차 자료수집 과정에서는 총 15부의 설문지를 수집하였다. 회수된 82부 중 응답이 불성실한 10부를 제외한 72부를 최종 분석에 사용하였다.

자료 분석 방법

본 연구의 자료 분석은 SPSS 전산통계 프로그램을 이용하였으며, 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성은 빈도, 백분율, 평균과 표준편차를 이용하여 분석하였다.
- 오마하시스템의 문제분류체계를 이용한 노인장기요양보험 방문간호 수행도와 필요도는 평균과 표준편차를 이용하여 분석하였다.

- 오마하시스템의 문제분류체계를 이용한 노인장기요양보험 방문간호 수행도와 필요도의 차이는 paired t-test를 이용하여 분석하였다.

윤리적 고려

본 연구는 연구 진행에 앞서 연구자 소속 대학의 연구심의 위원회의 심의, 승인(1611-045-02)을 얻은 후 수행되었다. 대상자에게 연구의 참여는 자발적 참여 의사에 따라 진행되므로 연구 시작, 진행 중 어느 때라도 본인이 원하는 경우 즉시 그만 둘 수 있으며, 이에 따른 어떠한 불이익도 없음을 설명하였다. 또한 연구 자료는 무기명으로 처리되고 모든 인적 정보는 코드화되어 저장되며, 연구의 목적 외에 어떠한 목적으로도 활용되지 않을 것임을 설명하였다. 또한 수집한 설문지는 연구자가 5년간 보관한 뒤 문서파쇄기를 이용하여 안전하게 파쇄할 것임을 설명한 후, 연구 참여에 동의서를 구하여 서면 동의서를 받았다.

연구 결과

대상자의 일반적 특성

본 연구에 참여한 대상자의 일반적 특성을 분석한 결과는 다음과 같다(Table 1). 대상자는 모두 여성이었으며, 평균 나이는 50.32세(±6.69)였고, 간호사 경력은 평균 18.96년(±7.94), 방문간호사 경력은 평균 5.12년(±3.44)이었다. 직접 방문간호

<Table 1> General characteristics

(N=72)

Characteristics		N(%)	Mean(±SD)
Age			50.32(±6.69)
Sex	Female	72(100.0)	
Career as a nurse (years)			18.96(±7.94)
Career as a visiting nurse (years)			5.12(±3.44)
Position	Owner	44(61.1)	
	Manager	6(8.3)	
	Staff	22(30.6)	
Working area	Seoul	17(23.6)	
	Gyeonggi	31(43.1)	
	Inchon	5(6.9)	
	Gwangju & Jeolla	1(1.4)	
	Daejeon & Chungcheong	2(2.8)	
	Pusan, Daegu & Gyeongsang	11(15.3)	
	Gangwon	5(6.9)	
Number of visits (times)			18.33(19.73)
Visit nursing hours (min)			40.60(10.89)
Using Omaha System	Yes	12(16.7)	
	No	60(83.3)	

센터를 운영하는 간호사는 44 명(61.1%)이었고, 방문간호사로 근무하고 있는 간호사는 22 명(30.6%)이었다. 방문간호를 제공하는 횟수는 월 평균 18.33 회(±19.73)이었고, 1 회 방문간호 제공시 소요되는 시간은 평균 40.60 분(±10.89)으로 나타났다. 현재 오마하시스템을 방문간호에 적용하고 있다고 응답한 경우는 12 명(16.7%)이었고, 적용하고 있지 않다고 응답한 경우는 60 명(83.3%)이었다.

오마하시스템의 문제분류체계를 이용한 노인장기요양보험 방문간호 수행도와 필요도

오마하시스템의 문제분류체계를 이용하여 노인장기요양보험 방문간호 수행도와 필요도를 분석한 결과는 다음과 같다 (Table 2 & 3). 오마하시스템의 문제분류체계 중 환경 영역의 방문간호 수행도는 평균 2.69 점(±0.67)이었고, 필요도는 평균 3.56 점(±0.71)으로 파악되었다. 환경 영역의 4 개 항목 중 수행도가 높게 나타난 항목은 ‘위생’(2.93±0.85)과 ‘주거영역’(2.84±0.81)의 순이었고, 필요도에서는 ‘주거영역’(3.73±0.77), ‘위생’(3.71±0.73)의 순으로 높게 나타났다. 반면, 방문간호 수행도가 상대적으로 낮은 것으로 파악된 항목은 ‘수입’(2.21±1.03)이었고, 필요도가 낮은 것으로 파악된 항목은 ‘이웃/직장환경 안전’(3.22±0.92)이었다.

심리사회적 영역의 방문간호 수행도는 평균 2.93 점(±0.52), 필요도는 3.74 점(±0.60)이었다. 심리사회적 영역의 12 개 항목 중 수행도가 높게 나타난 항목은 ‘정신 건강’(3.38±0.71), ‘돌봄과 양육’(3.34±0.87), ‘방치’(3.26±0.96)의 순이었고, 필요도에서는 ‘사회접촉’(3.96±0.76), ‘돌봄’(3.96±0.72), ‘정신건강’(3.94±0.61)의 순으로 파악되었다. 반면, 방문간호 수행도가 상대적으로 낮은 것으로 파악된 항목은 ‘학대’(2.32±0.73), ‘성욕’(2.07±0.76)이었고, 필요도가 낮은 것으로 파악된 항목은 ‘성장과 발달’(3.37±0.92), ‘성욕’(3.29±0.88)이었다.

생리적 영역의 방문간호 수행도는 평균 3.05 점(±0.57), 필요도는 3.74 점(±0.62)이었다. 생리적 영역의 16 개 항목 중 수행도가 높게 나타난 항목은 ‘통증’(3.74±0.78), ‘인지’(3.70±0.78), ‘구강건강’(3.59±0.80)의 순이었고, 필요도에서는 ‘인지’(4.20±0.77), ‘통증’(4.18±0.76), ‘신경근육골격 기능’(4.15±0.62)의 순으로 파

악되었다. 반면, 방문간호 수행도가 상대적으로 낮은 것으로 파악된 항목은 ‘의식’(2.82±1.11), ‘생식기능’(2.32±0.82)의 순이었고, 필요도가 낮은 것으로 파악된 항목은 ‘생식기능’(3.50±0.85), ‘전염성/감염성 상태’(3.20±0.85)이었다.

건강행위 영역의 방문간호 수행도는 평균 3.41 점(±0.63), 필요도는 3.94 점(±0.65)이었다. 건강행위 영역의 5 개 항목 중 수행도가 높게 나타난 항목은 ‘수면과 휴식양상’(3.74±0.86), ‘신체적 활동’(3.70±0.86), ‘개인위생’(3.55±0.70)의 순이었고, 필요도에서는 ‘투약처방’(4.12±0.72), ‘수면과 휴식양상’(4.10±0.81), ‘신체적 활동’(4.08±0.83)의 순으로 파악되었다. 반면, 방문간호 수행도가 상대적으로 낮은 것으로 파악된 항목은 ‘건강관리감시’(3.36±0.97), ‘가족계획’(2.47±1.15)의 순이었고, 필요도가 낮은 것으로 파악된 항목은 ‘약물사용’(3.93±0.75), ‘가족계획’(3.15±1.24)이었다.

오마하시스템의 문제분류체계를 이용한 노인장기요양보험 방문간호 수행도와 필요도 차이

오마하시스템의 문제분류체계를 이용한 노인장기요양보험 방문간호 수행도와 필요도 간의 차이를 분석한 결과는 다음과 같다. 분석 결과 노인장기요양보험 방문간호 수행도와 필요도는 오마하시스템 문제분류체계의 4 개 영역에서 모두 통계적으로 유의한 차이를 나타냈으며, 차이 정도는 환경 영역 (0.86±0.69, $p<.001$), 심리사회적 영역(0.81±0.48, $p<.001$), 생리적 영역 (0.69±0.53, $p<.001$), 건강행위 영역(0.53±0.53, $p<.001$)의 순으로 파악되었다(Table 2).

오마하시스템의 문제분류체계의 각 영역별 하위 40 개 항목에 대한 방문간호 수행도와 필요도 간의 차이를 분석한 결과에서도 모두 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다(Table 3). 환경 영역에서는 ‘수입’(1.01±1.08), ‘이웃/직장환경 안전’(0.92±0.81)의 순으로 차이 정도가 큰 것으로 나타났다. 심리사회적 영역에서는 ‘성욕’(1.22±0.68), ‘학대’(1.20±0.79)의 순으로 차이 정도가 큰 것으로 나타났다. 생리적 영역에서는 ‘의식’(1.04±0.95), ‘생식기능’(0.88±0.73), ‘전염성/감염성 상태’(0.83±0.83)의 순으로 차이 정도가 큰 것으로 나타났다. 건강행위 영역에서는

<Table 2> Difference between performance and requirement by OMAHA system domain (N=72)

Domain	Performance (Mean±SD)	Requirement (Mean±SD)	Gap (Mean±SD)	t	p
Environmental	2.69±0.67	3.56±0.71	0.86±0.69	-10.68	<.001
Psychosocial	2.93±0.52	3.74±0.60	0.81±0.48	-14.12	<.001
Physiological	3.05±0.57	3.74±0.62	0.69±0.53	-11.02	<.001
Health-related behaviors	3.41±0.63	3.94±0.65	0.53±0.53	-8.46	<.001

‘가족계획’(0.69±0.89), ‘투약처방’(0.65±0.70)의 순으로 차이 정도가 큰 것으로 나타났다.

논 의

오마하시스템은 다양한 지역사회 간호 실무에서 사용되어 왔다. Kim 과 Song(2015)은 보건소 방문간호사의 직무매뉴얼을 기준으로 업무 수행 빈도를 조사한 결과, 보건소의 유형에 따라 특별시형에서는 교육, 행태, 만성질환, 임산부·영유아, 다

문화·이탈주민에 대한 수행 빈도가 높고, 균형에서는 검사, 기본간호, 기초재활에 대한 수행 빈도가 높음을 보고하였다. 또한 방문간호사의 교육요구도는 간호사의 경력보다 업무 수행 빈도와 더 높은 상관관계가 있음을 보고하였다. 즉, 지역사회 방문간호의 수행은 지역의 특성이나 대상자의 특성에 따라 달라짐으로 이러한 다양성을 반영할 수 있도록 교육 프로그램도 다양해져야 한다고 강조하였다. 반면 우리나라에서 노인 장기요양보험 방문간호의 간호수행에 대한 연구는 시작 단계라 할 수 있는데(Kim, 2006), 이는 방문간호의 진단, 계획, 수

<Table 3> Difference between performance and requirement by OMAHA system sub-items (N=72)

Domain	Problem	Performance (Mean±SD)	Requirement (Mean±SD)	Gap (Mean±SD)	t	p
Environ-mental	Income	2.21±1.03	3.27±1.06	1.01±1.08	-8.27	<.001
	Sanitation	2.93±0.85	3.71±0.73	0.75±0.85	-7.85	<.001
	Residence	2.84±0.81	3.73±0.77	0.89±0.89	-8.47	<.001
	Neighborhood/workplace safety	2.30±0.77	3.22±0.92	0.92±0.81	-9.62	<.001
Psycho-social	Communication with community resources	2.94±0.88	3.74±0.85	0.74±0.84	-7.88	<.001
	Social contact	3.19±0.97	3.96±0.76	0.76±0.91	-7.11	<.001
	Role change	3.13±0.82	3.68±0.77	0.64±1.03	-5.37	<.001
	Interpersonal relationship	3.23±0.70	3.87±0.69	0.64±0.68	-8.02	<.001
	Spirituality	3.06±0.79	3.76±0.82	0.69±0.78	-7.55	<.001
	Grief	3.19±0.85	3.91±0.74	0.72±0.70	-8.80	<.001
	Mental health	3.38±0.71	3.94±0.61	0.56±0.58	-8.24	<.001
	Sexuality	2.07±0.76	3.29±0.88	1.22±0.68	-15.26	<.001
	Caretaking/parenting	3.34±0.87	3.96±0.72	0.62±0.70	-7.45	<.001
	Neglect	3.26±0.96	3.91±0.82	0.65±0.77	-7.17	<.001
	Abuse	2.32±0.73	3.52±0.86	1.20±0.79	-12.78	<.001
	Growth and development	2.36±0.77	3.37±0.92	1.01±0.91	-9.30	<.001
	Physio-logical	Hearing	3.36±0.91	3.91±0.75	0.56±0.79	-5.96
Vision		3.41±0.86	3.82±0.78	0.42±0.76	-4.63	<.001
Speech and language		3.13±0.85	3.79±0.90	0.68±0.78	-7.31	<.001
Oral health		3.59±0.80	4.03±0.73	0.44±0.67	-5.56	<.001
Cognition		3.79±0.78	4.20±0.77	0.50±0.66	-6.41	<.001
Pain		3.74±0.78	4.18±0.76	0.44±0.68	-5.49	<.001
Consciousness		2.82±1.11	3.83±1.06	1.04±0.95	-9.14	<.001
Skin		3.35±0.82	4.10±0.74	0.75±0.71	-8.93	<.001
Neuro-musculo-skeletal function		3.62±0.69	4.15±0.62	0.53±0.56	-8.02	<.001
Respiration		3.16±0.81	3.97±0.76	0.81±0.88	-7.77	<.001
Circulation		3.18±0.76	3.85±0.71	0.67±0.73	-7.77	<.001
Digestion-hydration		3.02±0.80	3.78±0.76	0.75±0.74	-8.69	<.001
Bowel function		3.16±0.80	3.86±0.75	0.70±0.63	-9.38	<.001
Urinary function		3.40±0.72	3.92±0.72	0.52±0.68	-6.48	<.001
Reproductive function		2.32±0.81	3.20±0.85	0.88±0.73	-10.23	<.001
Communicable/infectious condition		2.91±0.92	3.74±0.91	0.83±0.83	-8.43	<.001
Health-related behaviors		Nutrition	3.44±0.76	4.00±0.71	0.56±0.67	-7.05
	Sleep and rest patterns	3.74±0.86	4.10±0.81	0.36±0.66	-4.67	<.001
	Physical activity	3.70±0.86	4.08±0.83	0.38±0.68	-4.68	<.001
	Personal care	3.55±0.70	3.97±0.77	0.41±0.71	-4.97	<.001
	Substance use	3.46±0.70	3.93±0.75	0.47±0.68	-5.88	<.001
	Family planning	2.47±1.15	3.15±1.24	0.69±0.89	-6.56	<.001
	Health care supervision	3.36±0.97	3.97±0.79	0.61±0.80	-6.51	<.001
	Medication regimen	3.47±0.82	4.12±0.72	0.65±0.70	-7.88	<.001

행, 평가의 전 과정을 체계적으로 관리하는 시스템이 부재하였기 때문에 사료된다. 따라서 본 연구에서 적용한 오마하 시스템을 이용하여 방문간호의 초기 사정에서부터 결과까지 전 과정을 체계화할 수 있는 시스템을 구축한다면 노인장기요양보험 방문간호의 간호서비스 전반을 모니터링 할 수 있는 기틀을 마련할 수 있을 것으로 기대한다. Yoo, Cho, Chae와 Kim(2004)은 오마하시스템을 이용한 지역사회 내 방문간호의 건강요구를 조사하였는데, 이는 보건소 사업을 위한 지역주민의 건강요구에 대한 조사로 환경 영역에서는 ‘수입’과 ‘주거’에 대한 요구도가, 심리사회적 영역에서는 ‘지역사회 자원과의 의사소통’에 대한 요구도가, 생리적 영역에서는 ‘통증’, ‘신경근육골격기능’, ‘호흡’에 대한 요구도가, 건강행위 영역에서는 ‘약물사용(흡연 및 음주)’에 대한 요구도가 높게 나타났다고 보고하였다. Cho, Yoo, Chai, Ham과 Seo(2002)는 지역사회 주민을 대상으로 수행한 연구에서 ‘부적절한 건강관리’와 ‘통증’이 주요한 건강요구라고 지적하였다. 이러한 결과는 본 연구에서 ‘주거’, ‘통증’, ‘신경근육골격기능’에 대한 필요도가 높게 나타나 결과와 일치하였는데, 이는 본 연구의 대상자가 노인장기요양보험 방문간호를 이용하는 노인인 점과 선행연구에서 지역사회 주민 대상자 중 노인이 다수를 이루고 있다는 점이 일치하였기 때문에 사료된다. 따라서 지역사회 거주 노인의 간호요구 간에 공통성이 있음을 확인할 수 있었으며, 이러한 공통 간호요구가 향후 방문간호 역할 확대에서 강화되어야 할 간호임을 알 수 있었다.

반면 노인장기요양보험 수급자가 필요로 하는 서비스를 조사한 연구(Byeon & Hyun, 2013)에서는 ‘건강 체크’와 ‘상처 및 욕창 관리’, ‘투약관리’, ‘튜브관리’ 등이 필요도가 높은 항목으로 조사되어 본 연구 결과와 차이를 보였다. 선행 연구결과와 비교해 볼 때, 향후 오마하시스템을 노인장기요양보험 방문간호에 확대 적용하기 위해서는 대상자의 직접간호 증가와 함께 재활 및 신체 기능 향상에 대한 내용을 강화함으로써 대상자의 자존능력을 향상시키도록 하여야 할 필요성이 있음을 알 수 있었다.

수행도와 필요도 간의 차이를 분석한 결과에서는 환경 영역에서의 차이가 가장 컸고, 반면 건강행위 영역에서의 차이가 가장 작은 것으로 나타났다. 이는 현재의 방문간호가 대상자에 대한 건강행위에 대한 간호활동은 잘 이루어지고 있는 반면, 대상자의 환경에 대한 간호요구에 대하여는 충분한 간호 제공이 이루어지지 않고 있음을 시사한다. 따라서 향후에는 지역사회 자원과의 연계활동을 통하여 주거개선이나 위생 환경을 개선시키는 방문간호가 활성화되어야 할 것이다.

심리사회적 영역에서는 ‘성욕’과 ‘학대’가 제공 정도와 필요도 간의 차이가 가장 큰 것으로 확인되어 향후 방문간호에서 보완되어야 할 역할로 파악되었다. Yoo와 Kang (2003)은 노

인 중 배우자가 있는 노인의 63%가 성생활을 유지하고 있으며, 이는 건강유지에 매우 중요한 영향요인이라고 하였다. 또한 노인은 성생활을 통해 배우자와의 친밀감을 표현하고(Kim & Hong, 2016), 노인의 성에 대한 만족은 노년기의 삶의 질에 전반적인 영향을 미친다고 보고되고 있다(Won & Kwak, 2014). 그러나 우리나라의 경우, 전통적으로 성욕에 대해 언급하거나 이를 드러내는 것을 회피하려는 사회적 정서가 있고, 특히 노년의 성에 대해서는 더욱 더 그러하여 이를 간과해 온 부분이 많았다. 따라서 향후에는 성공적인 노후를 위한 부부관계, 성생활에 대한 간호학적 접근이 확대 되어야 할 것으로 사료되며, 노인장기요양보험 방문간호에서도 이와 관련된 간호 교육 및 상담 등이 강화되어야 함을 알 수 있었다. 또한 노인의 확대는 예측가능하며(Burnes, et al., 2015), 노인의 자살과도 밀접한 관련이 있어(Kim & Im, 2010), 지역사회 거주 노인관리에서 중요한 키워드 중 하나이다. 따라서 방문간호의 확대된 역할의 하나로서 노인학대 방지를 위한 적극적인 중재가 필요하며, 이를 위해 지역사회와 연계하여 노인의 학대 예방 및 사후관리를 위한 체계도 구축되어야 함을 알 수 있었다.

결론 및 제언

노인장기요양보험 방문간호 수행도와 필요도를 분석한 결과, 건강행위 영역과 생리적 영역의 수행도가 높으며, 건강행위 영역과 생리적 영역, 심리사회적 영역 순으로 방문간호에 대한 필요도가 높은 것으로 나타났다. 오마하시스템의 문제분류체계의 4개 영역 중 수행도와 필요도 간의 차이가 큰 영역은 환경 영역과 심리사회적 영역으로 확인되었다.

이러한 결과는 간호실무 측면에서, 방문간호가 독거노인이나 노인부부 세대가 늘어가는 현실을 반영하여 지역사회에서 다양한 자원과 연계한 적극적인 중재가 필요하며, 나아가 노인의 성욕이나 학대에 대해서도 보다 적극적으로 개입하여야 함을 시사하였다. 또한 오마하시스템이 노인장기요양보험 대상자의 방문간호를 계획함에 있어 통합적인 개념틀로서 활용될 수 있음을 보여주었으며, 이를 기반으로 오마하시스템의 문제분류체계 외에 중재체계와 결과에 대한 문제측정까지 전 범위와 연계한 후속 연구가 필요함을 알 수 있었다. 노인장기요양보험 방문간호에 대한 체계화된 이론적 틀의 부재로 노인장기요양보험 방문간호사를 위한 표준화된 업무편람이 없어 방문간호 범위가 매우 한정적이었다. 따라서 향후 노인장기요양보험 방문간호 활성화를 위한 방안으로 오마하시스템에 근거한 표준업무편람을 개발해 나갈 것을 제안한다. 끝으로 본 연구의 결과를 대상자 중심의 총체적 힐링 체계를 구축하는 노인장기요양보험 방문간호 정책 개발의 근거자료로도 활용할

것을 제안한다.

References

- Burnes, D., Pillemer, K., Caccamise, P. L., Mason, A., Henderson, C. R., Berman, J., & Powell, M. (2015). Prevalence and risk factors for elder abuse and neglect in the community: A population based study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(9), 1906-1912.
- Byeon, D. H., & Hyun, H. J. (2013). Importance and performances of visiting nurse services provided under the long term care insurance system for the elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 24(3), 332-345.
- Cho, W. J., Yoo, I. Y., Chai, S. M., Ham, O. K., & Seo, K. M. (2002). Needs assessment of community health service using OMAHA system. *Korean Journal of Nursing Query*, 11(1), 168-190.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Hong, H. S., Lee, I. K., Hong, S. J., & Kim, H. S. (2010). Developing a smart phone application for the OMAHA system guidelines. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 21(4), 512-521.
- Kerr, M. J., Flaten, C., Honey, M. L., Gargantua Aguila, S. D. R., Nahcivan, N. O., Martin, K. S., & Monsen, K. A. (2015). Feasibility of using the OMAHA system for community level observations. *Public Health Nursing*, 33(3), 256-263.
- Kim, D. S., & Hong, G. R. (2016). Sexuality and sexual life experience of community dwelling older adults. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 18(3), 128-137.
- Kim, J. N. (2006). Application of OMAHA system to community health nursing in Korea. Korean Society of Public Health Nursing Symposium. Dec. 106-112. *Korean Society of Public Health Nursing press*.
- Kim, J. H., & Song, M. S. (2015). The health service performance frequency and educational needs among the visiting nurses of public health centers. *The Journal of Korean Academic Society of Home Care Nursing*, 22(1), 22-37.
- Kim, Y. J., & Im, M. Y. (2010). A study on relationship between elder abuse and suicide risk. *The Korean Journal of Community Living Science*, 21(3), 351-364.
- Kreitzer, M. J., Monsen, K. A., Nandram, S., & de Blok, J. (2015). Buurtzorg Nederland: A global model of social innovation, change, and whole-systems healing. *Global Advances in Health and Medicine*, 4(1), 40-44.
- Lee, H. Y., & Moon, Y. P. (2016). A delphi analysis of enhancement plans for long-term care insurance coverage. *Korean Social Security Studies*, 32(2), 219-243.
- Lim, J. Y., Kim, E. J., Choi, K. W., Lee, J. S., & Noh, W. J. (2012). Analysis of barriers and activating factors of visiting nursing in long-term care insurance. *The Journal of the Korea Contents Association*, 12(8), 283-299.
- Long-Term Care Insurance. (2017, March). *Long-term care insurance introduction*. Retrieved March 3, 2017, from Long-Term Care Insurance Web site: <http://www.longtermcare.or.kr/npbs/>
- Martin, K. S. (2005). *The OMAHA system: A key to practice, documentation, and information management (2nd ed.)*. St Louis: Elsevier Saunders.
- Martin, K. S., & Scheet, N. J. (1992). *The OMAHA system: Applications for community health nursing*. Philadelphia: Saunders.
- Melton, G. B., Westra, B. L., Raman, N., Monsen, K. A., Kerr, M. J., Hart, C. H., & Timm, J. E. (2010). Informing standard development and understanding user needs with OMAHA system signs and symptoms text entries in community-based care settings. Poster session presented at the *American Medical Informatics Association Annual Symposium Publishing*, Washington, DC.
- National Health Insurance Service. (2017, May). Long-term care service for the elderly. Retrieved March 5, 2017, from National Health Insurance Service Web site : <http://www.nhis.or.kr/wbdy/>
- Park, I. H., et al. (2016). *Community health nursing (7th ed.)*, Seoul: Hyunmoonsa.
- Statistics Korea. (2016, December). *Life table*. Retrieved March 3, 2017, from Statistics Korea Web site: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/
- Song, M. S., & Song, H. J. (2015). A study of the factors associated with home-based benefit recommendation of the standard utilization plan in long-term care insurance : Focusing on adequacy of standard utilization plan. *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, 69, 31-49.
- The National Low Information Center. (2016, December). *Act on long-term care insurance for the aged*. Retrieved March 3, 2017, from The National Low Information Center Web site: <http://www.law.go.kr/>
- Westra, B. L., Oancea, C., Savik, K., & Marek, K. D. (2010). The feasibility of integrating the OMAHA system data across home care agencies and vendors. *Computer Informatics Nursing*, 28(3), 162-171.
- Won, Y. O., & Kwak, J. H. (2014). A study on the relationships among the cognition, satisfaction level of sex life and life satisfaction level of the elderly. *Journal of Social Welfare Management*, 1(1), 109-130.
- Yoo, A. J., Lee, J. S., Han, E. J., & Nah, Y. G. (2016, December). *Operation and evaluation of the first pilot project for benefits of long-term care insurance integrated assistance*. Retrieved March 3, 2017, from National Health Insurance Service Web site: <http://www.nhis.or.kr/>
- Yoo, I. Y., Cho, W. J., Chae, S. M., & Kim, M. J. (2004). Community health service needs assessment in Korea using OMAHA classification system. *International journal of nursing studies*, 41(6), 697-702.

Yoo, S. H., & Kang, S. Y. (2003). A study on the maintenance and frequency of sexual activity among older married

couples. *Journal of Welfare for the Aged Institute*, 20, 139-155.

Performance and Requirements of Visiting Nursing Care in Long-Term Care Insurance Using the OMAHA System

Park, Sun A¹⁾ · Lim, Ji Young²⁾

1) Assistant Professor, Department of Nursing, University of Suwon

2) Professor, Department of Nursing, Inha University

Purpose: The aim of this study was to compare between performance and requirements of visiting nursing care in long-term care insurance using the OMAHA system. **Methods:** The subjects were 72 nurses who had worked in a visiting nursing care center in long-term care insurance. Data were collected from December 5, 2016 to January 31, 2017 using self-recorded questionnaires. The collected data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests. **Results:** Four dimensions of the OMAHA system showed statistically significant differences between performance and requirements of visiting nursing care in long-term care insurance. The requirements of visiting nursing care were higher than was performance on all 40 items of the OMAHA system. The greatest difference was in environmental domain and then the psychosocial domain. **Conclusion:** Based on the results, we found that the environmental and psychosocial domains were the largest gap areas. Therefore, with the reality of elderly people living alone and the increase in elderly couples, active intervention connected with the community is needed in residential areas. Further, we suggest that the OMAHA system can be utilized as an integrated conceptual framework for developing and enhancing visiting nursing care in long-term care insurance.

Key words : Aged, Home Care Service, Long-Term Care, Nursing Services

• Address reprint requests to : Lim, Ji Young

Department, of Nursing, Inha University

100 Inha-ro, Nam-Gu, Incheon, 22212, South Korea

Tel: 82-32-860-821 Fax: 82-32-874-5880 E-mail: lim20712@inha.ac.kr