

농촌 일차 보건사업에 있어서 마을건강원 업무량 및 업적에 관한 연구

고려대학교 의과대학 예방의학교실 및 환경의학연구소

허달영 · 이명숙 · 염용태

고려대학교 병설 보건전문대학

김 순 덕

서 론

1. 연구의 배경

1970년대에 들어서서 한국의 보건문제에 있어 특기할만한 상황변화중의 하나는 지역사회를 대상으로 하여 포괄적인 보건의료공급체계를 구성해 보고자 하는 노력들이^{2), 22), 23)} 나타났다는 점이다.

지역사회보건사업은 그 일차적 의의가 전통적 의료공급의 방식이었던 치료중심의 사업형태에서 지역사회의 능동적참여를 유도하고자 접근했다는 점에서 획기적 시도로 평가될만 하다.

지역사회 보건사업이 시행됨으로써 가져온 변화중 가장 중요한 것으로는 의료공급체계의 일부가 변화 또는 재구성되었다는 점이다.

즉 자유방임 상태에 있던 의료공급 체계가 상향적인 의료체계를 확립하려고 시도되었다^{8), 13)}. 이 시도는 두가지 측면에서 살펴볼 수 있는데 하나는 질병의 경중에 따라 진료담당 수준을 1·2·3 차로 구분하여 의사들의 전문기능을 자체내에서 분화함으로써 업무의 효율성 및 전문성을 제고시키려는 측면이다.

다른 하나는 일차보건의료 기능의 중요성이 강화되고 새로운 의료요원들이 개발되었다는 점이다. 그리고 이 새로운 기능의 담당자가 전문교육을 받은 요원만이 아닌 단기훈련을 받은 중간층 의료요원^{3), 22)}과 지역주민 중에서 선출한 마을건강원 처

럼 일반지역주민이 보건사업의 말단에서 기능을 담당^{2), 22), 23)}하게 된 것이다.

이것은 새마을운동의 경우처럼 지역주민들이 자발적으로 자신들의 보건문제에 참여하고 능동적으로 보건문제를 해결하는 실마리가 되도록하기 위한 것이다.

지역사회 보건사업의 궁극적목표가 지역사회주민 스스로 그들의 건강문제를 해결할 수 있는 적정 기능수준의 향상에 있음을 볼때 효과적인 지역사회참여 방법의 모색은 매우 중요하다고 생각한다.

UNICEF-WHO 공동정책위원회가 수립한 보건사업 전달방법 개발의 원칙¹⁰⁾을 보면 보건사업의 수행에 있어 지역사회에의 개입이 필요하며 최소의 훈련을 받은 마을 건강원 조직을 개발 활용하여 주민기본건강관리를 제공하도록 되어있으며 보건 의료요원이 이들을 얼마나 잘 활용하느냐에 따라서 일차보건의료 사업의 성공여부가 좌우 된다고 하였다.

그러나 일차보건의료 사업내용에 대한것은 이미 잘 알려진 반면 현실적 여건하에서 확실하고도 쉽게 적용 가능한 보편적인 관리지침이 제대로 실용화 되어있지 못하고 있다.

물론 일차보건의료가 국가와 지역에 따라 달라질 수 있으며 지역사회 주민의 참여 형식에 의해서도 차이가 날 수 있으나 구체적이고 실제적인 관리운영에 관한 모형이나 관리지침은 새로 개발되어야 한다. 그리고 마을건강원 제도가 지역사회보

건사업의 중요한 사업전략의 하나라면 이들의 업적이 평가되고 그 당위성이 충분히 인정되어야만 한다.

2. 마을 건강원의 개념

우선적으로 다음과 같은 질문들이 풀이되어야 한다.

첫째, 마을건강원은 누구인가? 그들이 건강문제에서 마을을 대표한다는 것이 과연 대표성이 있는 것인가? 그들이 어떤 과정을 통하여 선발되었으며 주민들은 그들이 자신들의 대표라는 사실을 어떻게 생각하고 있는가?

둘째, 마을건강원 제도가 갖는 의료제도상의 의미는 무엇인가? 이들의 신분이 말단 의료요원인가 아니면 정보 전달자인가 또는 지역사회 보건개발 지도자인가?

이들은 어떠한 위치에서 어떠한 일을 하여야 하는가? 즉 보건사업 조직의 일원인가 또는 주민으로서 참여자인가?

셋째, 이들은 어떤 일을 얼마나 하였는가?

그리고 그와같은 성과가 사업운영에 어떤 효과를 주었는가?

현실적 효과는 무엇이며 잠재적인 효과는 무엇인가?

그들이 지속적으로 일을 할수 있었던 요인은 사업내적인 것인가 아니면 사업외적인 것인가?

마을건강원으로서의 활동이 그들 개인의 생활에서 어떤 의미를 갖게 되었는가?

네째, 위의 사실에 근거하여 과연 마을건강원제도는 한국 사회에 어떻게 정착되어야 바람직하겠는가에 대한 대답이 주어져야 한다.

물론 위의 모든 질문들이 쉽게 대답될 수는 없으나 위의 질문들을 염두에 두고 우선 여주군 점봉면 시범사업에서의 마을건강원들을 대상으로 일차 조사를 실시하였다.

1) 마을건강원의 선발방법

이장 회의를 개최하여 면장으로 하여금 고려대학교 시범보건사업의 취지와 마을건강원 인선 절차를 설명하도록 하였고 마을건강원 인선절차는

이장이 새마을지도자, 부녀회장등 마을지도자와 상의하여 마을건강원을 추천하도록 하였고, 면보건의사업추진협의회를 구성하여 추진협의회 회장이 마을건강원을 임명하도록 하였으며 추진협의회 회장은 면장이 당연직으로 하도록 하였다.

2) 마을건강원 선발 및 훈련

마을건강원 선발은 행정리단위로 1명씩 선발하는 것을 원칙으로 하고 자연부락이 멀리 떨어진 1개리는 마을건강원을 2명 선발하여 1983년 시범보건사업 시작 당시 26개리에서 27명의 마을건강원을 선발하였다.

사업진행중 마을 면적이 넓고 세대수가 많은 (140세대, 675명) 1개 마을에서 마을건강원 1명을 추가 선발하여 현재 28명의 마을건강원이 활동하고 있다.

마을건강원 선발후 1983년 4월에 일주일간의 기본교육을 실시했고 1년에 2회씩 보충교육을 실시하고 마을건강원 월례회의시마다 유지교육을 실시하였다.

3) 마을건강원의 역할

(1) 의사소통의 교량역할

(2) 보건교육자로서의 역할

(3) 건강에 대한 지도자로서의 역할

(4) 건강문제에 대한 요구의 발견과 조정의 역할

(5) 지역주민의 사업평가를 환류하는 역할

4) 마을건강원의 업무

마을건강원의 역할수행을 위한 직무내용 설정은 그동안 시행된 시범보건 사업에서 규정한것을 토대로 다음과 같이 설정하였다.

(1) 보건정보수집 및 보고

(2) 임산부 건강관리 대상자 발견 및 연락

(3) 영유아 건강관리 발견 및 연락

(4) 가족계획 대상자 발견 및 연락

(5) 결핵관리 대상자 발견 및 연락

(6) 기타 가족건강관리 대상자 발견 및 연락

(7) 보건교육자료 배부 및 주민홍보교육 활동

(8) 응급처치

3. 연구의 목적

본 연구는 지역사회가 일차보건의료에 참여하는 일환으로 조직된 마을건강원의 일반적 특성, 업무수행 현황을 파악하여 마을건강원 업무개발을 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

구체적 목표는

- 1) 마을건강원의 일반적 특성을 파악하여 분석한다.
- 2) 마을건강원 활동에 대한 자신의 지식의 인지도를 파악한다.
- 3) 마을건강원의 업무활동량을 파악한다.
- 4) 마을건강원의 업무 내용별 수행현황을 파악한다.
- 5) 마을건강원의 활동에 대한 스스로의 태도를 파악한다.

조사대상 및 방법

1. 조사대상

조사대상자들은 현재 고려대학교에서 농촌시범사업으로 1982년 10월부터 실시하고 있는 여주군 점동면 26개리에서 활동하고 있는 마을건강원 28명으로 하였다.

2. 조사내용 및 방법

조사방법은 28명의 마을건강원에게 구조화된 설문지를 통한 면접조사를 1986년 2월에 실시하고, 마을건강원 회의시 마을건강원이 제출하는 마을변동 사항카드와 마을건강원 활동내용을 기록한 마을건강원 일일활동기록부, 마을별 세대주명단, 유배우 가입여성관리대장, 영유아관리대장에 기록된 내용중 1985년 1월부터 12월까지의 활동내용을 분석하였고, 면보건지소에서 현재 면보건요원이 사용하고 있는 기존서식과 면사무소에 신고되는 출생, 사망, 전입, 퇴거신고서 내용을 비교 분석하였다.

표 1-1. 마을건강원의 일반적 특성

특 성	구 분	실 수	%
연 령	29세 이하	2	7.1
	30 ~ 39	10	35.7
	40 ~ 49	11	39.3
	50세 이상	5	17.9
	계	28	100.0
교 육 정 도	국 졸	19	67.9
	중 졸	7	25.0
	고 졸	2	7.1
	계	28	100.0
가 족 형 태	핵 가족	12	42.9
	대 가족	16	57.1
	계	28	100.0
막내자녀연령	5세 이하	2	7.1
	6 ~ 10	7	25.0
	11 ~ 15	10	35.7
	16세 이상	9	32.2
	계	28	100.0
지역거주기간	5년 이내	1	3.6
	5년 ~ 9년	5	17.9
	10년 ~ 19년	8	28.6
	20년 이상	14	50.0
	계	28	100.0
마을건강원 이외에 맡고있는 직책	부녀회장	13	46.4
	부녀회총무	2	7.1
	마을건강원활동만	13	46.4
	계	28	100.0
남편이 맡고 있는 직책	이 장	5	17.9
	새마을지도자	3	10.7
	반 장	1	3.5
	없 음	19	67.9
	계	28	100.0

결과 및 고찰

1. 마을건강원에 대한 일반적 특성

마을 건강원에 대한 일반적 사항으로서 연령은 표 1-1에서 보는바와 같이 30대가 35.7%, 40대가

39.3%이고, 교육수준은 국민학교 졸업수준이 67.9%이고 중졸이상이 32.1%였다. 가족형태는 대가족이 57.1%였고 대가족의 경우 대부분이 며느리가 마을건강원 활동을 하고 있었다.

막내자녀 연령은 6세 이상이 92.9%이고, 지역내 거주 기간은 10년 이상이 78.6%로 대체로 가정생활이나 지역에서 안정된 생활을하고 있는 사람이 마을 건강원 활동을 하고 있음을 알 수 있다.

마을 부녀회 회장직이나 총무직을 겸하고 있는 마을건강원이 53.5%였고 남편이 마을이장 또는 새마을 지도자등 지역사회 지도자로서 활동하고 있는 경우가 32.1%였다.

2. 마을건강원의 선발 및 교육

1) 마을건강원의 선발

마을건강원 선발시에는 바람직한 방법으로서 그 마을을 잘 알고 있는 이장이 추천하도록 권하였는데 표2-1에서 보는 바와같이 현재 활동하고 있는 28명의 마을 건강원중 이장추천이 67.9%였고 전임 마을건강원 추천이 17.8%였다.

1983년 시범보건사업시작 당시 선발한 마을 건강원중 39.3%가 변동이 있었으며 변동사유는 타 지역으로 전출(4명), 직장을 갖게되어서(3명), 활동미비(3명)순이었다.

마을 건강원이 바뀐지역중 전임 마을 건강원이 추천해서 활동하고 있는 마을건강원이 54.5%로 마을건강원이 본인의 불가피한 가정사정으로 활동을 못하게 될 경우 후임자를 본인이 잘 아는 사람을 추천함으로써 본인이 그만둔 후에도 마을건강원 활동이 지속되기를 바라고 있음을 알 수 있다.

2) 마을건강원의 직무교육

시범보건사업 시작당시 선발한 마을건강원에게는 3일간씩 2회로 나누어 6일간 기본교육을 실시했고, 이후 변동된 마을건강원은 현지에 있는 시범사업 보건간호원의 개별적인 지도와 1년에 2회씩 실시하는 보충교육을 통해 마을건강원 직무교육을 받도록 했다.

표 2-2는 그동안 마을건강원에게 실시한 기본교육내용으로 교육을 받은적이 있느냐는 질문에 대한 마을건강원의 응답 결과이다. 보건정보수집

표 2-1. 마을건강원 선발 및 변동사항

특성	구분	실수	%
선발방법	이 장 추 천	19	67.9
	부녀회장 추천	4	14.3
	전임마을건강원 추천	5	17.8
	계	28	100.0
변동상태	처음부터 계속활동중	17	60.7
	전 출	4	14.3
	직장을 갖게 되어	3	10.7
	활 동 미 비	3	10.7
	질 병	1	3.6
	계	28	100.0

및 보고 방법과 기록방법에 대한 교육은 100.0%의 마을 건강원이 교육받은적이 있다고 응답했고, 대체적으로 90%이상의 마을건강원이 대부분의 기본교육내용에 대해 교육받은적이 있다고 응답하고 있다.

그러나 표 2-3에서 보는바와 같이 마을건강원 활동을 위한 자신의 지식이 부족하다고 생각하는 경우가 54.5%로 상당히 높은점을 볼때 대부분의 마을건강원이 국민학교 졸업수준이고 연령이 많은 가정주부여서 학습효과가 매우 낮음을 알 수 있다.

업무활동을 위한 자신의 지식 인지도를 직무내용별로 세분해서 분석해 본 결과는 표 2-4, 표 2-4-1에 제시된 바와 같으며 특기할 사항들은 다음과 같다.

보건정보수집 및 직무영역에서 마을건강원 자신의 지식의 인지도는 사망에 대한 정보수집을 위한 지식이 충분하다고 생각하는 경우가 87.0%로 제일 높았다.

모성건강관리 직무영역에서 임신부 발견 및 보고에 관한 지식이 충분하다는 56.5%였고, 위험예상 임신부 발견 및 보고에 관한 지식이 부족하다가 39.1%였다.

영유아 건강관리 직무영역에서 면보건지소 예방접종 실시 일정을 안내하고 예방접종 실시상태를 확인하는데 필요한 지식이 충분하다가 52.2%였고 어린이 질병관리에 대한 지식이 부족하다가 30.5%였다.

표 2-2. 교육내용별 경험에 대한 현재의 기억여부

구 분	교 육 내 용	예 (%)	아니오 (%)
보건정보수집	출생에 대한 정보수집 및 보고방법	100.0	0.0
	사망에 대한 정보수집 및 보고방법	100.0	0.0
	전입에 대한 정보수집 및 보고방법	100.0	0.0
	선출에 대한 정보수집 및 보고방법	100.0	0.0
모성건강관리	임신가능한 부인의 월경일 확인방법	96.0	4.0
	월경지연자 발견 및 보고	96.0	8.0
	임신부 발견 및 보고	96.0	4.0
	산전관리방법 (체중측정, 부종확인, 출혈확인)	96.0	4.0
	위험예상 임신부 발견 및 보고방법	96.0	8.0
	분만셀 사용 방법	76.0	24.0
	분만전 준비, 분만과정 및 분만관리	88.0	12.0
	산후관리 안내 (가족계획 안내 포함)	96.0	4.0
영·유아 건강관리	새로 태어난 아기 건강관리 (체중측정, 예방접종)	96.0	4.0
	어린이성장 발달관리 (체중측정, 영양지도)	96.0	4.0
	어린이 질병 예방법 및 관리 (감기, 설사)	72.0	28.0
	성장발달에 이상이 있는 어린이 발견방법	88.0	12.0
	어린이 예방접종의 종류 및 접종시기	96.0	4.0
	면 보건지소 예방접종 실시 일정안내 방법	88.0	12.0
	어린이 예방접종 실시 상태 확인 방법	96.0	4.0
가족계획	결혼한 임신가능한 부인의 가족계획 실시 상태 파악방법	84.0	16.0
	피임 미실시 이유 파악방법	96.0	4.0
	피임방법안내 및 피임권유 방법	92.0	8.0
	콘돔, 먹는 피임약 사용방법	92.0	8.0
	불임기술, 루우프 희망자파악 및 보고방법	96.0	4.0
	피임기술자중 부작용있는 경우 발견 및 보고방법	76.0	24.0
결핵관리	결핵유증상환자 발견 및 보고방법	92.0	8.0
	환자 및 가족에게 결핵관리 안내 (결핵유증상환자보건지소 등록치료권유)	88.0	12.0
	객담통 배부 및 수거방법	80.0	20.0
	투약 중단등 문제환자의 발견 및 보고방법	84.0	16.0
질병관리	간단한 상처소독 및 응급처치	92.0	8.0
	보건진료소, 보건지소, 병원에 환자의뢰 및 후송	88.0	12.0
	체온을 재는 방법	88.0	12.0
	혈압을 재는 방법	84.0	16.0
주민보건교육	기생충 종류 및 예방, 치료 방법	80.0	20.0
	보건교육 홍보물 배부방법	96.0	4.0
	마을 보건교육 연락 및 장소준비 방법	96.0	4.0
	마을건강원회의 참석 내용 전달 방법	92.0	8.0

< 다음 페이지에 계속 >

구 분	교 육 내 용	예 (%)	아니오 (%)
기 록	마을 변동사항 카드 기록방법	100.0	0.0
	마을건강원 일일활동기록부 기록방법	100.0	0.0
	영유아 관리대장 기록방법	100.0	0.0
	유배우 가임여성 관리대장 기록방법	100.0	0.0
	가정건강기록부 기록방법	100.0	0.0

가족계획관리 직무영역에서 가족계획안내 및 권유에 대한 지식이 충분하다가 69.5%였고, 결혼한 임신가능한 부인의 가족계획실시상태 파악과 피임시술자중 부작용이 있는 경우의 발견을 위한 지식이 부족하다고 인지하는 경우가 21.8%였다.

결핵관리 직무영역은 다른 직무영역보다 대체로 지식이 부족하다고 응답한 경우가 많았으며 그중 결핵유사 환자발견 및 보고에 관한 지식이 부족하다가 47.8%였다.

질병관리 직무영역에서 간단한 상처 소독을 위한 지식이 충분하다가 56.5%이었고, 혈압을 재는 능력이 부족하다가 39.1%였다.

마을보건교육시 주민에게 연락 및 홍보를 위한 지식이 충분하다가 65.2%였고, 기생충관리에 대한 지식이 부족하다가 52.2%였다.

새로 이사온 가정에 대해 가정건강기록부 작성을 위한 지식이 충분하다가 52.2%이고, 영유아관리대장에 활동내용 기록에 관한 지식이 부족하다가 26.1%였다.

3) 마을 건강원의 추가교육 수요도

마을 건강원은 실제로 활동하는데 있어서 어려움중 가장 큰 것으로 68.0%가 자신의 지식의 부족을 이유로 들고 있다(표 2-5 참조).

또한 대부분의 마을 건강원이 추가교육의 필요성을 절실히 느끼고 있었다(표 2-6).

추가교육을 실시할 경우 원하는 추가교육의 빈도는 마을건강원 회의때 교육을 실시할 경우 한 달에 2회, 필요한 교육을 실시하는것이 좋겠다고 응답한 경우가 44.0%였고, 마을건강원 교육만 별도로 일정을 정해서 하루 실시할 경우 3개월에 1회가 57.1%, 일년에 2회가 42.9%였다.

그러나 원하는 추가교육의 빈도에 있어서 가능한한 추가교육을 많이 실시할수록 좋겠으나 마을

표 2-3. 마을건강원활동을 위한 자신의 지식정도

내 용	%
아 주 충 분	45
충 분	45
보 통	36.5
조 금 부 족	40.9
매 우 부 족	13.6
계	100.0

표 2-4. 마을건강원활동을 위한 업무내용별 자신의 지식정도의 인지

업 무 내 용	아주충분	충 분	보 통	조금부족	매우부족	계
보건정보수집 및 보고	46.4	31.9	20.3	0.0	1.4	100.0
모성건강관리	17.4	18.5	38.6	18.5	7.0	100.0
영유아 건강관리	18.0	19.9	47.8	12.4	1.9	100.0
가족계획관리	21.7	32.2	31.2	12.3	3.6	100.0
결 핵 관 리	17.4	22.8	28.3	22.8	8.7	100.0
질 병 관 리	19.6	25.0	35.9	9.8	9.8	100.0
주민보건교육	16.3	28.3	32.6	17.4	5.4	100.0
기 록	12.2	25.2	47.0	13.9	1.7	100.0

표 2-4-1. 업무활동을 위한 자신의 분야별 지식 정도의 인지

활 동 범 위		아주 충분	충분	보통	조금 부족	아주 부족	계
보건정보수집	출생에 대한 정보수집 및 보고	39.1	26.1	34.8			100.0
	사망에 대한 정보수집 및 보고	52.2	34.8	13.0			100.0
	전입·전출에 대한 정보수집 및 보고	47.8	34.8	13.0			100.0
모성건강관리	임신가능한 부인의 월경일 확인	21.7	21.7	30.4	26.1		100.0
	월경지연자 발견 및 보고	21.7	21.7	30.4	21.7	4.4	100.0
	임신부 발견 및 보고	30.4	26.1	34.0	4.4	4.4	100.0
	산전관리방법(체중측정·부종확인·출혈확인)	13.0	17.4	43.6	21.7	4.4	100.0
	위험예상 임신부 발견 및 보고	13.0	13.0	34.0	26.1	13.0	100.0
	분만셀 사용방법	17.4	26.1	30.4	13.0	13.0	100.0
	분만전 준비, 분만과정 및 분만관리	8.7	8.7	56.5	13.0	13.0	100.0
	산후관리안내(산후가족계획관리 안내 포함)	13.0	13.0	47.8	21.7	4.4	100.0
영 유아 건강 관리	새로 태어난 아기 건강관리(체중측정, 예방접종)	17.4	26.1	52.0	4.4		100.0
	아기성장발달 관리(체중측정, 영양지도)	13.0	21.7	30.4	21.7	4.4	100.0
	어린이 질병예방법 관리(감기, 설사)	8.7	8.7	52.6	26.1	4.4	100.0
	성장발달에 이상이 있는 어린이 발견	17.4	8.7	52.2	17.4	4.4	100.0
	어린이 예방접종의 종류 및 접종시기 안내	21.7	17.4	47.8	13.0		100.0
	면보건지소 예방접종실시 일정안내	26.1	26.1	47.8			100.0
	어린이 예방접종실시 상태확인	21.7	30.4	43.5	4.3		100.0
가족계획관리	결혼한 임신가능한 부인이 가족계획 실시 상태파악	13.0	34.8	30.4	17.4	4.4	100.0
	피임 미실천자 피임미실시 이유파악	21.7	26.1	30.4	21.7		100.0
	가족계획 안내 및 피임권유	30.4	39.1	26.1	4.3		100.0
	콘돔 및 먹는 피임약 사용법	21.7	43.5	21.7	4.3	8.7	100.0
	불임수술, 루우프 회망자 파악 및 보고	26.1	30.4	30.4	8.7	4.4	100.0
	피임시술자중 부작용이 있는 자의 발견 및 보고	17.4	13.0	47.8	17.4	4.4	100.0
결 핵 관 리	결핵유증상환자 발견 및 보고	17.4	26.1	8.7	30.4	17.4	100.0
	환자 및 가족에게 결핵관리안내	13.0	17.4	39.1	26.1	4.4	100.0
	객담통 배부 및 수거	21.7	26.1	34.8	13.0	4.4	100.0
	투약중단등 문제환자의 발견 및 보고	17.4	21.7	30.4	21.7	8.7	100.0
질 병 관 리	간단한 상처소독 및 응급처치	26.1	30.4	39.1	4.3		100.0
	환자의뢰 및 후송(보건진료소·보건지소·병원)	30.4	21.7	30.4	13.0	4.4	100.0
	체온을 재는 방법	13.0	21.7	47.8	8.7	8.7	100.0
	혈압을 재는 방법	8.7	26.1	26.1	13.0	26.1	100.0
주민보건교육	기생충 종류 및 예방, 치료	8.7	4.3	34.8	43.5	8.7	100.0
	보건교육홍보물 배부시 내용 소개	21.7	34.8	30.4	8.7	4.4	100.0
	마을보건교육시 주민에게 연락 및 홍보	21.7	43.5	21.7	8.7	4.4	100.0
	회의 참석 내용 전달	13.0	30.4	43.5	8.7	4.4	100.0
기 록	마을변동사항 카드 기록	13.0	26.1	52.2	8.7		100.0
	마을건강원 일일활동기록부 기록	13.0	26.1	43.5	17.4		100.0
	영유아관리대장 기록	13.0	17.4	43.5	21.7	4.4	100.0
	유배우 가임여성 관리대장기록	4.4	21.7	52.2	17.4	4.4	100.0
	가정건강기록부 기록	17.4	34.8	43.5	4.3		100.0

표 2-5. 마을건강원 활동시 애로점

구 분	%
자신의 지식이 부족하다.	680
주민의 인식 호응도가 낮다.	160
집안생활이 바빠 마을건강원 활동시간대기가 힘들다.	160
계	1000

표 2-6. 추가교육 필요성에 대한 태도

	%
아 주 필 요	720
약 간 필 요	200
보 통	80
계	1000

표 2-8. 추가교육시 원하는 교육내용별 분포

원 하 는 교 육 내 용	아주필요	약간필요	보 통	별 로 필 요없 다	전 히 필 요없 다	계
마을건강원 활동기록 방법	320	160	280	120	120	1000
보건정보 수집 방법	200	160	80	320	240	1000
임산부 건강관리	480	320	40	120	40	1000
영유아 건강관리	440	40	160	240	120	1000
가족 계획 방법	320	200	160	120	200	1000
영양관리	360	360	120	40	120	1000
치아관리	680	80	120	20	40	1000
간단한 상처소독	400	40	160	160	240	1000
가정에서의 응급처치	400	80	240	120	160	1000
체온, 맥박 측정방법	560	280	40	120	00	1000
혈압 측정방법	640	240	40	00	80	1000
결핵관리	440	120	280	40	120	1000
성병관리	600	120	160	00	120	1000
여성질환 치료관리	840	00	40	80	40	1000
영유아 질환 치료 관리	600	120	200	40	40	1000
만성질환관리 (고혈압·당뇨병)	720	80	120	00	80	1000
심신장애자 관리 (간질)	600	240	120	00	40	1000
농약사용법 및 중독시 치료 관리	640	280	00	40	40	1000
농촌에서 많이 발생하는 질병관리	720	160	00	40	80	1000
환경 위생 관리	360	160	320	40	120	1000
지역사회 개발	360	200	320	80	40	1000

건강원들의 현실적인 문제로 대부분의 마을건강원들의 가정이 농업을 생업으로 하고 있고 농사일이 겨울 농한기철을 제외하고는 연중 사람의 일손을 필요로 하는 점을 감안할때 일손이 비교적

표 2-7. 마을건강원의 추가교육실시의 적정 빈도 인지

	구 분	%
회의때 교육 실시할 경우	회의때마다 한달에 2 회	440
	전체회의때 한달에 1 회	360
	지역회의때 한달에 1 회	200
	계	1000
교육만 하루 실시할 경우	3 개월에 1 회	571
	일년에 2 회	429
	계	1000

한가한 7~8월 여름철이나 11~12월 겨울철을 택하여 2일 정도의 집중교육을 실시하는 것을 고려해 볼 필요가 있겠다.

추가교육을 실시할 경우 마을건강원이 가장 필요하다고 생각하는 교육내용은 여성질환치료관리가 84.0%로 제일 많은 율을 차지하고 농촌에서 많이 발생하는 질병관리 72.0%, 고혈압, 당뇨병 등 만성질환관리 72.0%, 치아관리 68.0%의 순으로 주로 성인병과 치아관리에 대한 교육의 필요성을 크게 느끼고 있음을 알 수 있었다.

추가교육시 원하는 교육내용이 성인병관리에 특히 많은 것은 그러한 건강문제에 대하여 지역사회 회의 요구가 많거나 혹은 자신의 지식이 부족하

다고 생각되는 것일 것이다.

지역주민들은 공공보건의료의 수요에 대하여 이러한 부분이 개인자신의 건강과 직접적으로 밀접하게 관련되어있는 것이 아니라고 생각했기 때문에 직접수요를 인식하거나 느끼지 못하고 있으나, 개인 보건의료의 수요(Personal health need)는 개인의 건강을 유지하기 위하여 주민들 개개인이 필요하다고 느끼기 때문에 중요하다고 생각하고 있다.

또한 보건의료전문가 입장에서는 마을건강원이 주로 보건정보수집 및 보고활동에 중점을 둘 것을 요청하고 있으나 마을건강원이라는 직책상 가정방문이나 건강상담 활동을 위해 주민들과 접촉시 마을 주민으로부터 건강관리에 대한 다양한 질문을 받게 되고 이에 대해 마을건강원은 주민과 건강상담시 자신이 알고 있는 지식의 한계와 부족함을 느끼고, 마을주민이 원하는 건강상담을 해주기 위해서는 본인이 보다 더 많은 것을 알아야 한다고 생각하게 된다.

이점은 보건의료 전문가 입장과 마을건강원의 입장에 실제적으로 간격(gap)이 있음을 알 수 있다. 환언하면 마을건강원들은 자신이 기본역할에 포함되지 않는 임상 전문가적인 입장이 되고자 하기 때문이라고 인정된다.

3. 마을 건강원의 업무활동량

마을건강원 1명이 담당하고 있는 가구수는 30

표 3-1. 마을건강원의 업무 활동량 분포

	구 분	%
1인당 담당 가구수	29 이하	14.3
	30 ~ 59	46.4
	60 ~ 89	32.1
	90 ~ 119	
	120 ~ 150	7.2
	계	100.0
월간활동 소요일수	~ 4일	23.1
	5 ~ 8	53.8
	9 ~ 12	15.4
	13일 이상	7.7
	계	100.0
월간 기본 건강 관리자수	~ 5명	
	6 ~ 10	15.4
	11 ~ 15	46.2
	16 ~ 20	15.4
	21 ~ 25	7.7
	26 ~ 30	
	31명 이상	15.4
계	100.0	
가정방문 시기	오전중	10.7
	낮	25.0
	저녁	14.3
	아무때나 시간되는대로	50.0
	계	100.0

표 3-2. 마을건강원 1인당 담당유배우 가임여성수

연령군별 마을건강원수 유배우여성수	34세 이하		35-44세 이하		계	
	실수	%	실수	%	실수	%
9명 이하	9	32.1	13	46.4	1	3.6
10-19	13	46.4	14	50.0	10	35.7
20-29	3	10.7	1	3.6	10	35.7
30-39	2	7.2			3	10.7
40-49					3	10.7
50-59	1	3.6				
60-69						
70-79					1	3.6
계	28	100.0	28	100.0	28	100.0

~59 가구가 46.4%, 60~89 가구가 32.1%이며 평균 담당가구수는 55 가구이고 평균담당 주민수는 248 명이었다.

마을건강원 1인당 담당 유배우 여성은 평균 26 명이었고, 가장 많은 지역은 75 명 적은 지역은 9 명으로 마을간에 차이가 많았다(표 3-2).

월간 마을건강원 활동을 위해 53.8%가 5-8 일 을 소요하고 있으며 한달에 평균 6일정도 소요 하고 있었다. 가정방문시기는 50.0%가 일정하게 시 간을 정하지 않고 활동하고 있었고 25.0%가 주로 낮에 활동하고 있었으며 월간 기본 건강관리상당 자수는 11~15명이 46.2%이었고 월평균 17명이었다.

4. 마을건강원의 업무수행 현황

본 연구에서는 마을건강원의 업무 활동중 보건 정보수집 및 보고활동에 중점을 두어 분석하였다.

1) 생정통계수집 및 보고 활동

마을건강원의 생정통계수집 및 보고 활동중 출 생, 사망, 전입, 전출의 파악에 대한 현황은 표

4-1 과 같다.

출생에 대한 파악현황은 당년도에 면사무소에 점 동면을 주소지로 출생신고된 출생아중 84.6% 를 파악하여 보고하였으며 마을건강원이 보고 하지 않은 15.4%는 확인결과 실제로 지역에 거주하지 않았으면서 주소지를 점동면으로 출생신고한 경우 로 실제로 당년도 점동면에 거주하면서 출생신고 된 출생아는 마을건강원이 모두 발견하여 보고하 였다. 면사무소에 출생신고가 안된 경우로 마을건 강원이 발견한 출생아는 4명이었으며, 이들이 출 생신고를 하지않는이유는 자연신고(2명), 출생 일 주일후 사망하여(1명), 본처의 자녀가 아니기 때 문에(1명)였다. 이들을 감안하면 출생아에 대한 마을건강원의 발견비는 면사무소 신고 100.0을 기 준으로 103.8였다.

사망자 파악에 대한 현황은 당년도 면사무소에 점동면을 주소지로 사망신고된 사망자중 마을건 강원이 89.2%발견하여 보고하였으며 마을건강원 이 보고하지 않은 10.8%는 확인결과 실제로 지역

표 4-1. 생정통계 수집 및 보고활동 현황

내용	면 사 무 소		면사무소 신고중 마을건강원 발견수		발견율 (%)	면사무소 신고되지 않은 수 (3)	마을건강원 발견비 $\frac{(2)+(3)}{(1)} \times 100$ (1)
	신고수 (1)	%	발견수 (2)	%			
출생 (A)	실 제 거 주	88	84.6				
	실제거주안함	16	15.4	104	100.0	4	103.8
	계	104	100.0				
사망 (B)	실 제 거 주	66	89.2				
	실제거주안함	8	10.8	74	100.0	12	116.2
	계	74	100.0				
전입 (C)	실 제 전 입	120	83.3				
	실제전입안함	24	16.7	72	50.0	12	58.3
	계	144	100.0				
전출 (D)	실 제 전 출	131	86.8				
	실제전출안함	20	13.2	84	55.6	29	74.8
	계	151	100.0				

주 : (A) 1985년도 면사무소 출생신고자중 주소지 거주신고자 기준
 (B) 1985년도 면사무소 사망신고자중 주소지 거주신고자 기준
 (C) 1985년도 면사무소 전입신고가구중 가구전체 전입가구 기준
 (D) 1985년도 면사무소 퇴거신고가구중 가구전체 퇴거가구 기준

에 거주하지 않았으나 주소지를 점동면으로 사망 신고한 경우로 실제로 점동면에 살다가 사망 신고한 경우는 모두 발견하여 보고하였다. 또한 마을건강원이 사망했다고 보고하였으나 면사무소에 사망신고가 안된 경우는 12명이었다.

사망자에 대한 마을건강원의 발견비는 면사무소 신고를 기준으로 116.2였다.

전입가구과약에 대한 현황은 면사무소에 전입 신고한 가구중 50.0%를 파악하였다. 마을건강원이 발견한 전입가구중 면사무소에 전입신고 하지 않은 경우는 12가구였다. 전입가구에 대한 마을건강원의 발견비는 58.3 이었다.

전출가구에 대한 파악 현황은 면사무소에 퇴거 신고가구중 가구전체가 퇴거신고한 경우를 기준으로 55.6%를 발견하여 보고하였다. 마을건강원이 발견한 전출가구중 면사무소에 퇴거신고를 하지 않고 실제로 전출한 가구가 29가구였다. 전출가구에 대한 마을건강원의 발견비는 74.8 이었다.

마을건강원이 발견못한 전·출입신고 가구의 특성별 분포(표 4-2)는 가구 종류별로는 단독세대 전·출입의 경우 발견못하는 경우가 전입 47.2%, 전출 56.7%였고, 마을특성별로는 전체 26개의 행정리중에서 면사무소 소재지로 인구이동이 많고 100세대 이상 거주하는 지역 3개리와 여러개의 자연부락으로 구성된 지역 1개리에서 전·출입을 발견 못하는 경우가 전입 52.8%, 전출 47.7%였다.

표 4-2. 마을건강원이 발견못한 전·출입신고가구 특성별 분포

특성	구 분	전 입		전 출	
		세대수	%	세대수	%
가구종류	2인 이상 세대	38	52.8	29	43.3
	단독 세대	34	47.2	38	56.7
	계	72	100.0	67	100.0
마을특성	100세대이상 거주마을 (3개리)	31	43.1	22	32.8
	여러개자연부락으로 구성된마을(1개리)	7	9.7	10	14.9
	기타마을(22개리)	34	47.2	35	52.3
	계 (26개리)	72	100.0	67	100.0

2) 모성보건관리 현황

당년도 기간중 임신 경험이 있는 부인수는 162명이었고 임신경험건수는 176건이었다. 이중 1985년 기간중 임신발생수는 94명이었고 발생 임신부의 79.8%를 마을 건강원이 발견하여 관리하였고 확인된 유산의 69.0%를 보고하였다. 당년도 분만의 100.0%를 마을건강원이 가정방문하여 관리하였다(표 4-3 참조).

1985년도에 새로 임신한 부인이 1명도 없는 마을이 26개리중 3개리나 되는 반면, 10명의 임신발생이 있는 지역도 있어 마을간의 임신발생에 큰 차이가 있음을 알 수 있었다.

당년도 발생수에 대한 산정은 시범사업에서 개발한 유배우 가임여성관리대상, 면 보건지소 기준서식, 면사무소 서식등을 참조하여 산정하였다.

마을건강원은 자신이 거주하고있는 마을의 결혼한 부인중 임신 가능한 부인을 매달 1회씩 정기적으로 가정방문하여 그달의 월경유무를 알아보고 월경이 갑자기 없는 부인을 발견하여 보건진료소나 보건지소 또는 병의원에 의뢰하여 임신인지를 확인받도록 권유하고 다음 방문을 통해 임신이 확인된 경우 유배우가임여성관리대장에 임신 진행상태를 기록하도록 하고 있다.

실제로 마을건강원이 임신부를 임신초기에 발견하게 되는 과정은 월경이 갑자기 없는 부인중 젊은부인의 경우는 마을 건강원에게 본인이 혹시임신된 것이 아닌지 건강상담을 하는 경우이고 대부분의 경우 임신3-4개월 정도에서 파악되고 있다.

표 4-3. 임신부 건강관리대상자 파악 현황

	당 년 도 발 생 수*	마 을 건 강 원 보 고 수	마 을 건 강 원 발 견 비 $\frac{(2)}{(1)} \times 100(\%)$
	(1)	(2)	(1)
임 신	94	75	79.8 %
유 산	29	20	69.0 %
분 만	94	94	100.0 %

* 주 ; 당년도 발생수는 당년도 및 다음해 확인 가능한 보건정보를 종합하여 집계한 수임.

그러나 나이가 많은 부인이 원하지 않는 임신이 되었을 때 임신 상태에 대하여 처음에는 마을건강원에서 잘 알려주지 않기 때문에 초기에 임신 상태를 알기가 힘들며 나중에 인공유산을 실시한 후 알게되는 경우가 많이 있다.

분만장소에 대한 출생신고서 기록내용을 마을건강원 보고내용과 비교해 본 결과(표 4-4) 출생신고서에는 가정분만이 66.3%인데 마을건강원의 보고에는 30.9%로, 출생신고서에 분만장소가 정확히 기재되고 있지 않음을 알 수 있었다.

면사무소에 출생신고하러 오는 사람은 출생아의 아버지가 64.3%, 할아버지가 34.9%로 거의 대부분 남자들인데 이들이 분만장소를 정확히 기록하지 못하는 이유는 출생신고서에 분만장소를 주

소까지 정확히 기록하도록 요구하고 있어 병원에서 분만한 경우 설혹 병원 이름을 기억한다고 하더라도 병원 주소까지 정확히 아는 경우는 드물기 때문에 이런 경우 가정분만으로 기록하는 경우가 많았고, 또한 출생신고 서식에는 분만장소로서 조산소가 없어 조산소 분만이 가정분만이나 병원의 분만으로 기록되어 있음이 확인되었다.

3) 가족계획 관리 대상자 파악

44세 이하 유배우 여성에 대한 피임실시여부 파악율은 92.6%인데, 가족계획 집중관리 대상 연령층인 34세 이하 유배우 여성에 대한 피임실시여부 파악율은 95.1% 35세-44세는 89.0%로 보다 저연령층에 대한 피임실시 상태의 파악율이 높았다(표 4-5).

이는 34세 이하 유배우 여성은 마을건강원이 유배우 가임여성 관리대상에 등록해서 정기적으로 관리하도록 하고 있고, 35~44세 유배우 여성은 마을건강원이 필요하다고 생각되는 대상만 방문하도록 하고 있음에 비추어 볼 때 상당히 높은 파악율을 보이고 있다.

1년동안 전·출입으로 인한 관리대상자의 변동율

표 4-4. 분만장소에 대한 출생신고서 기록내용과 마을건강원 보고내용

분 만 장 소	출생신고서 (%)	마을건강원 (%)
병 · 의 원	33.7	48.9
조 산 소		20.2
가 정 분 만	65.2	27.6
기 타	1.1	3.3
계	100.0	100.0

표 4-5. 피임 실시 여부 파악 현황

연 령	총대상자수 (1)	피임실시상태파악 (2)	파악못한 수	파악율 $\frac{(2)}{(1)} \times 100(\%)$
34세 이하	427	406	21	95.1 %
35 ~ 44세	290	258	32	89.0 %
계	717	664	53	92.6 %

표 4-6. 파악된 유배우 가임연령층의 전·출입현황

연 령 별 변 동 현 황	34세 이하		35 ~ 44세		계	
	실 수	%	실 수	%	실 수	%
1985. 1. 1	415	100.0	296	100.0	711	100.0
전 입	34	8.2	4	1.4	38	5.3
전 출	22	5.3	10	3.4	32	4.5
1988. 12. 31	427	102.9	290	98.0	717	100.8

은 9.8%였는데, 34세 이하 연령층의 13.5% 35~44세 연령층의 4.8%로 젊은 연령층 이동이 많음을 알 수 있었다(표 4-6).

피임실시상태가 파악된 유배우 여성가구의 피임 실시율은 70.8%이었고 34세 이하 연령층이 64.6%, 35~44세 연령층이 80.5% 피임을 실시하고 있다. 그러나 실제로 피임이 필요한데 무월경, 자녀 원함, 피임방법 결정 못함, 등을 이유로 피임 미

실시자는 17.0%였으며 34세 이하 연령층에서 21.1%, 35~44세 연령층이 10.5%였다(표 4-7).

마을건강원1인당 정기적으로 관리해야할 필요성이 있는 44세 이하 유배우 가임여성은 영구피임과 반영구 피임실시자 해당없는 경우를 제외하면 실제로 평균11명 정도이며, 34세 이하 유배우 관리대상 여성은 평균 8명 정도이다(표 4-7).

표 4-7. 유배우가임여성의 피임실시 현황

피임방법별	연령	34세 이하		35~44세		계	
		실수	%	실수	%	실수	%
해당없음	거기	6	1.5	4	1.6	10	1.5
	경계	0	0.0	7	2.7	7	1.1
	자궁적출	0	0.0	4	1.6	4	0.6
	불임	3	0.	6	2.3	9	1.4
소계		9	2.2	21	8.2	30	4.5
영구/반영구 피임	난관시술	142	35.0	113	43.8	255	38.4
	정관시술	36	8.9	24	9.3	60	9.0
	자궁내장치	25	6.2	46	17.8	71	10.7
	소계	203	50.1	183	70.9	386	58.1
일시피임	먹는약	8	2.0	7	2.7	15	2.3
	콘돔	29	7.1	5	1.9	34	5.1
	주기법	17	4.2	13	5.0	30	4.5
	좌약	4	1.0	0	0.0	4	0.6
	질외사정	1	0.2	0	0.0	1	0.2
	소계	59	14.5	25	9.6	84	12.7
임신부		49	12.1	2	0.8	51	7.7
피임미실시	무월경	54	13.3	2	0.8	56	8.4
	자녀원함	18	4.4	0	0.0	18	2.7
	미실시	14	3.4	25	9.7	39	5.9
	소계	86	21.1	27	10.5	113	17.0
총계		406	100.0	258	100.0	664	100.0

표 4-8. 결핵관리 대상자 파악현황

구 분		실수	%
결핵등록시기	85년 이전 등록자수	13	56.5
	신규등록자수	10	43.5
	계	23	100.0
투약상태	완 치	10	43.5
	투약중	9	39.1
	투약중단	1	4.3
	전 출	3	13.1
	계	23	100.0

4) 결핵관리

보건지소에 등록된 결핵환자수는 23명이었으며 중 당년도 신규등록이 10명이고 85년 이전에 등록하여 계속치료 받고있거나 완치된자가 13명이 있었다. 이들에 대해 마을건강원이 모두 파악하고 있었고 면 보건요원의 결핵관리안내에 대한 전달사항을 전해주고 있었다(표 4-8).

5. 마을건강원의 활동에 대한 태도

마을건강원활동에 대한 태도는 (표 5-1) 마을건강원 인력의 필요성에 대해 꼭 필요하다는 48.0%, 필요하다는 44.0%였다. 이에 비해 자신의 활동에 대해 자랑스럽고 만족스럽게 생각하는 경우가 52.0%이었고 주어진 역할이므로 그냥한다는 44.0%였다.

마을건강원이 만족할 경우 이유는 스스로 경험을 얻을수 있으므로가 53.8%, 마을주민이 호응도가 좋아서가 30.8%, 마을에 꼭 필요하므로가 15.4%순이었다.

평소 이장과의 협조도는 대부분 잘 이루어지고 있었다. 자신의 활동이 주민건강관리에 기여하는 정도에 대하여는 기여한다고 생각하는 경우가 44.0%였고 필요하나 별로 기여 못한다고 한 경우가 56.0%였다.

마을건강원의 실제적인 활동에 있어서 애로사항은 (표 5-2)별로 왕래가 없는 집을 가정방문하는 것을 썩스럽게 생각하는 경우가 64.0%이었고

표 5-1. 마을건강원 활동에 대한 태도

구 분		%
마을건강원 필요성	꼭 필요하다	48.0
	필요하다	44.0
	잘 모르겠다	8.0
	계	100.0
직무만족도	적성에 맞으며 자랑스럽다	4.0
	만족스럽다	48.0
	주어진 역할이므로 그냥하는 것이다	44.0
	별로 만족스럽지 않다	4.0
	계	100.0
만족한이유	마을에 꼭 필요하므로	15.4
	스스로 경험지식을 얻을 수 있으므로	53.8
	마을주민의 호응도가 좋아서	30.8
	계	100.0
주민건강관리에 기여도	주민건강관리에 매우 기여함	16.0
	주민건강관리에 기여함	28.0
	주민건강관리에 필요하거나 별로 기여못함	56.0
	계	100.0
협조도	늘 잘 협력하고 있다	24.0
	필요한 경우 잘 협력하고 있다	52.0
	보통이다	16.0
	약간 협력이 안된다	4.0
	전혀 협력이 안된다	4.0
계	100.0	

표 5-2. 마을건강원의 마을건강사업에 대한 애로점

구 분		%
기록	기록하는 일이 어렵다	40.0
	기록하는 일이 귀찮다	32.0
가정방문	별로왕래가 없는 집은 썩스럽다	64.0
	농사일이 바빠때 부담스러울때가 있다	56.0
주민과의관계	칭찬을 들은적이 있다	16.0
	욕을 들은적이 있다	4.0
	주민이 보건사업에 관심이 적다	56.0

표 5-3. 마을건강원 활동량에 대한 태도

	구 분	%
활 동 량	과중하여 하기에 벅차다	00.0
	과중한 편이나 할 수 있다	20.0
	적당하다	36.0
	더많은 활동을 해야할것 같다	44.0
	계	100.0
마을건강원 회의 (월간 2회)	자주모여 참석하기에 벅차다	8.0
	자주모이는 편이나 모임에 참석할수 있다	20.0
	적당하다	72.0
	계	100.0

주민의 보건사업에 대한 무관심이 56.6%, 활동내용기록이 어렵다가 40.0%순이었다.

그러나 현재 활동량에 대하여 대부분의 마을건강원이 적당하다고 생각하고 있었고, 마을건강원 모임의 빈도도 현재와 같이 한달에 두번 실시하는 것이 바람직하다고 생각하고 있었다.

결 론

보건의료 서비스가 충분히 제공되지 못하고 있는 농어촌 지역의 보건문제를 해결하고 균등한 보건의료를 제공하기 위한 방안으로 제시되고 있는 일차보건의료사업에 있어서 효과적인 지역사회의 참여는 매우 중요하다고 생각한다.

본 연구는 지역사회가 일차보건의료 사업에 참여하는 일환으로 조직된 마을건강원의 업무량 및 업적을 분석하여 효과적인 지역사회 참여방안을 모색하고자 시도되었다.

다음은 고려대학교 시범보건사업지역인 여주군 점동면의 마을건강원을 대상으로 하여 1985년 1월부터 12월까지 1년간의 마을건강원 활동 및 업무수행에 대한 조사보고와 마을건강원에 대한 면접조사를 분석한 결과로 요약하면 다음과 같다.

1. 마을건강원에 대한 일반적 특성

현재활동하고 있는 마을건강원의 연령은 30대가 35.7% 40대가 39.3%이고, 교육수준은 국민학

교 졸업수준이 67.9%이고, 막내자녀의 연령은 6세 이상이 92.9%였다. 마을부녀회 회장직을 겸임하고 있거나 이전에 부녀회장 경력이 있는 마을건강원은 50.0%였고, 남편이 마을 이장 또는 새마을 지도자로 지역사회 지도자인 경우가 28.6%였다.

마을건강원 선발은 총 28명중 이장 추천이 67.9%였고, 시범보건사업시작 당시 선발한 마을건강원중 39.3%가 변동이 있었으며 변동사유는 전출(4명), 직장을 갖게되어서(3명), 활동미비(3명)순이었다.

2. 마을건강원의 업무활동량

담당하고 있는 세대수는 평균 55가구이고 주민수는 평균 248명이었다.

마을건강원 활동을 위해 한달에 6일정도 소요하고 있으며, 가정방문 시간은 50.0%가 일정하게 시간을 정하지 않고, 25.0%가 주로 낮에 활동하고 있었으며, 월평균 주민기본 건강관리자 수는 17명이었다.

3. 마을건강원의 업무수행 현황

보건정보 수집 및 보고 활동은 당년도 면사무소 실적을 100.0으로 기준할때 마을건강원 파악비는 출생103.8, 사망116.2, 전입58.3, 전출74.8이었다.

당년도 기간중 임신한 부인의 79.8%를 마을건강원이 발견하여 관리하였고, 분만한 부인의 100.0%를 마을건강원이 가정방문하여 발견하였다. 출생신고서에 기재된 분만장소는 병의원 33.7% 가정분만 66.3%인바, 마을건강원이 보고한것은 병의원 48.9%, 조산소 20.2%, 가정분만이 30.9%로출생신고에 분만장소가 정확히 기재되고 있지 않음을 알 수 있었다.

44세 이하 유배우 가임여성(총 717명)에 대한 피임상태의 파악율은 92.6%였으며 파악된 대상자의 피임실시율은 70.8%였다. 또한 1년동안 관리대상자의 전·출입으로 인한 변동율은 9.8%였다.

면 보건지소에 등록된 결핵환자에 대하여 마을건강원이 파악하고 있었으며 면 보건요원으로부터 전달사항을 가족에게 통지해 주고 있었다.

4. 마을건강원의 활동에 대한 태도

마을건강원의 필요성에 대하여 필요하다고 생각하는 경우가 92.0%였다. 마을건강원 활동에 대하여 자랑스럽고 만족스럽게 생각하는 경우가 52.0%이었고, 주어진 역할이므로 그냥한다가 44.0%이었다.

마을건강원 활동시 느끼는 애로사항은 자신의 지식이 부족하다고 생각하는 경우가 60.7%였다. 또한 실제활동에 있어서 별로 왕래가 없는 집을 가정방문하는 일을 쑥스럽게 생각하는 경우가 64.0%였고, 주민의 보건사업에 대한 무관심의 56.6%, 활동내용 기록이 어렵다가 40.0%의 순이었다.

모임의 빈도는 현재와 같이 한달에 두번 실시하는 것이 바람직하다고 응답한 경우가 72.0%였다.

업무활동을 위한 자신의 지식정도의 인지는 보건정보 수집 및 보고는 78.3%의 마을건강원이 충분하다고 생각하고 있었고, 결핵관리에 대한 지식은 31.5%의 마을건강원이 부족하다고 느끼고 있었다.

또한 이들은 거의 모두가 추가교육을 원하고 있었으며 추가교육시 원하는 교육내용은 부인과 질 환관리, 고혈압, 당뇨병 등 만성질환관리, 영양 사용법 및 중독시 치료의 순으로 주로 성인병 질환관리에 대한 교육의 필요성을 크게 느끼고 있었고, 추가교육시 교육횟수는 일년에 2번정도 집중교육을 실시하는 것이 적당하다고 생각하고 있었다.

참 고 문 헌

- 1) 한국보건개발연구원: 마을건강사업요원 업무수행 평가자료, 1979. 8
- 2) 연세대학교 의과대학 예방의학교실: 강화지역사회보건사업, 1979. 3
- 3) 한국보건개발연구원: 보건시험사업 종합평가 보고서, 1980. 12
- 4) 보사부: 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법 및 시행령
- 5) 서울대학교 보건대학원: 일차보건의료의 발

전을 위한 보건사업관리 보수교육과정개발, 1982. 11

- 6) 이경식: 일차보건의료와 지역사회간호학, 대한간호협회출판부, 1978
- 7) 홍여신외: 한국농촌지역 마을수준의 자생조직체를 활용한 일차보건의료사업의 효과에 관한 실험적연구, 대한보건협회지, 제10 권 제2호, 1984
- 8) 보건사회부: 보건사회, 1981
- 9) 장성희: 전남보건진료소의 일차보건의료사업, 대한간호 제24권, 제4호, 통권 제132호.
- 10) 예수간호전문대학: 제4회 지역사회간호 세미나 보고서 -일차보건의료사업에 있어서 마을건강요원의 참여촉진-, 1984
- 11) 김기순: 예수병원 지역사회보건사업 - 고산지역을 중심으로- 대한기독교병원협회지, 제9권, 제1호, 1986
- 12) 인구보건연구원: 보건진료원의 일차진료기술 및 직무에 관한 연구보고서, 1985
- 13) 보건사회부: 농어촌 일차보건의료사업종합평가회 보고서, 1985
- 14) 인구보건연구원: 농촌일차보건의료사업연구 보고서, 1985
- 15) 송건용·김홍숙·김영임: 농어촌벽지 보건의료에 관한연구 한국인구보건연구원, 1983. 6
- 16) 보건사회부: 마을건강원 훈련요원 교재, 1986
- 17) 보건사회부: 마을건강원 활동지침 및 교재, 1985
- 18) 서울대학교 보건대학원: 보건기획, 1978
- 19) 박명윤: 마을건강사업을 위한 '영양교본'의 평가, 대한보건협회지 5(1): 109~120, 1979
- 20) 박명윤외2인: 통합마을보건지도 자료의 평가, 대한보건협회지, 6(2): 11~24, 1980
- 21) 가정보건사업운영위원회: 가정보건사업평가 세미나, 1985
- 22) 이경식·김화중·정희섭: 거제지역 보건실태, 거제보건원, 1977
- 23) 서울대학교 보건대학원: 춘성군 지역사회보건사업 -농촌보건사업에 관한연구, 1981
- 24) 최정수: 도시지역새마을 부녀지도자의 보건봉사활동 동기조성을 위한 연구, 1983
- 25) WHO/UNICEF: Primary Health Care, WHO Geneva, 1978
- 26) Alma-Ata 1978: Primary Health Care, "Health for All" series, No 1, WHO Geneva 1978

= ABSTRACT =

A Study on Performance and Achievement of Village Health Workers in Rural Primary Health Care Program

Dal-Young Hur, Myoung-Sook Lee
and Yong-Tae Yum

Department of Preventive Medicine & Institute for Environmental Health, College of Medicine, Korea University

Soon-Duck Kim

Junior College of Public Health and Medical Technology, Korea University

It is utmostly important to establish the efficient fitable way of peoples' active participation in primary health care especially in the areas where the public or governmental service input for the basic health care is insufficient like as in rural areas of Korea. In light of above reason, this study focused mainly on the evaluation of roles and activities of village health workers (VHWs) who were selected from grass-root level of village people in order to derive further motivation for active participation. This is believed to be a sort of feedback mechanisms. Actually, the authors collected the activity reports of VHWs who had been devoting themselves in the primary health care services of Jeomdong Area, of Yeosu Gun one of Korea University Community Health Action Programmes and survey record on the VHWs activity from correspondent people. Those data were analyzed through computer programmed package. The activities performed by VHWs were limited to the performance in 1985 for convenience.

The summarized results were as follows;

1) General characteristics of VHWs

Among a total of 28 VHWs in the area, about 39.3% of them have been replaced up to the date since the implementation in 1983, because of moving out, occupational employment and of others.

The age of majority (75.0%) lied between the range of 30-50, and educational background of 67.9% belonged to category of primary school graduation, about 50% of them experienced to be or were also entitled "chief of women club" of corresponding villages.

2) Work-load of VHWs.

Each VHW was assigned for tasks of health care for average 55 households of 248 persons. They shared approximately 6 days a month for the activity in average and it covered 17 cases of basic health care in a month. A half of the VHWs performed home visits irregularly without solidified schedule.

3) Work performance analysis.

Informations collected through VHWs were compared with data from official vital registration at local administration center "Myon Office" in 1985. VHWs collected 100.8 of new born, 116.2 of death, 58.3 of move in and 74.8 of move out in comparison with 100.0 of official registration each.

Pregnant women of 79.8% of mothers among the total pregnancy of 94 which were confirmed as normally delivered or aborted cases by all means afterwards had been detected by VHWs as being pregnant and all of them received some of antenatal cares by VHWs. All(100%) of delivered women were detected by VHWs through home visits and they were cared postnatally. Whereas, according to the records of birth registration, the places of delivery were clinic in 33.7%, and mother's home in 66.3%, VHWs reported them to be clinic in 48.9%, midwifery in 20.2%. It was cleared that most of misinformation was caused by uncautious filling of birth registration at notification. Among the total of 717 eligible women under age 44 years, family planning status of 92.6% was reported by VHWs confirming practice of control to be 70.8% of reported fertile women.

4) Attitude of VHW on the roles and functions

Although 92.0% of VHWs expressed VHWs to be worthwhile, only 52.0% of them had dignity and satisfaction in their activity and 44.0% of them had passive attitude of working saying they followed direction regardlessly. Concerning difficulties in performance as a VHW, 60.7% of them pointed out lac-

king of medical and health related knowledge by themselves.

Still, 64.0% of them thought visiting unfamiliar house to be awful and 40.0% complained the recording forms of activity to be difficult and hard. It was also revealed that 56.6% confessed lack of inte-

rest on community health service itself. Most of VHWs needed more educational training especially on clinical fields such as cares of gynecological diseases, hypertension, diabetes, and other chronic diseases of the aged. Regular on-the-job basic trainings were said to be needed twice a year.
