

## 보건진료원 직무교육 교과과정개선을 위한 연구

권 명 순 (연세대학교 간호대학)

### 목 차

I. 서론	V. 논의
II. 문헌고찰	VI. 결론 및 제언
III. 연구방법	참고문헌
IV. 연구결과	영문초록

### I. 서론

#### 1. 연구의 필요성

1978년 "일차건강관리를 통해 2000년까지는 모든 인류에게 건강을"이라는 세계보건기구의 건강목표를 달성하기 위해서 우리나라에서는 일차건강관리사업을 수행하기 위한 인력으로 보건진료원을 채택하였다. 이 결과 1981년부터 농어촌 벽오지주민의 보건의료충족과 건강향상을 위해 리단위에 보건진료소를 설립하고 보건진료원을 배치하기 위한 직무교육을 실시하였다.

1981년부터 1986년(5년간)까지는 한국보건사회연구원으로부터 교육을 위탁받은 8개 교육기관에서 2,284명의 보건진료원 교육을 실시하였다. 1987년부터 1991년까지는 각 도별로 이직한 (연도별 이직율 6.1%~8.9%) 보건진료원을 충원하기 위한 교육이 3개의 교육기관(연세대 간호대학, 예수간호전문대학, 경북대 보건대학원)에서 매년 실시되었고, 1992년도에는 연세대 간호대학과 경북대 보건대학원 2개 기관에서 보건진료원 직무교육을 실시하였다. 그러나 1993년부터 보건진

료원이 공무원화됨에 따라 이직율의 감소로 충원할 인력이 줄어들며 따라 보건진료원 직무교육기관이 통합되어 연세대학교 간호대학에서 단독으로 보건진료원 직무교육을 실시하였다.

보건진료원 직무교육과정에 관한 기존의 연구로는, 한국보건사회연구원(1982)에서는 1981년에 직무교육을 받은 전원을 대상으로 교육과정(이론교육, 현지실습, 임상실습)에 대하여 구체적으로 조사를 한 연구가 있으며, 김의숙(1988)이 직무교육과정을 분석하고, 활동중인 보건진료원의 활동분석과 활동의 다양성에 영향을 주는 요인을 예측하여 구체적이고 현실적인 보건진료원 직무지침을 개발한 연구를 찾아 볼 수 있었다. 조원정과 이경자(1992)는 10년동안 진행되어온 직무교육의 내용 및 방향을 재정립하기 위해 현지에서 2년 이상 근무한 보건진료원을 대상으로 직무교육의 활용도와 적용에 있어서의 문제점을 조사하였으나 그 이후 수행된 직무교육과정에 대한 연구를 찾아볼 수 없었다. 해마다의 구체적인 교육안을 설정할 때에는 전년도 보건진료원 이수자들의 평가자료와 직무교육 자문위원들과의 몇차례의 회의결과를 중심으로 교육내용이 선

정되므로 시대적인 요구에 부응하면서 보건진료원들이 당면한 문제를 충분히 해결해 줄 수 있는 실제적인 교육과정을 제공하려고 노력은 하나 부족한 면이 있다. 그래서 본 연구에서는 현지에서 독자적으로 보건진료소를 관리하고 사업을 수행하는데 직무교육과정이 얼마나 도움이 되었는지를 파악함으로써 보건진료원의 교육과정개선에 활용될 수 있고, 앞으로의 직무교육의 방향을 제시하는데 필요한 기초 자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구는 현지에서 활동중인 보건진료원이 업무를 수행하는데 있어서 직무교육의 도움정도와 직무교육의 구체적인 운영내용을 분석함으로써 효과적인 보건진료원 직무교육과정개선에 활용할 수 있고 직무교육의 방향을 제시하는데 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

# II. 문헌고찰

## 1. 보건진료원의 역할과 직무교육

보건진료원 직무교육은 총24주로 이론교육 8주(312시간), 임상실습 12주(468시간), 현지실습 4주(156시간)로 구성되며, 보건진료원 교육생은 장학간호사와 선발간호사로 나뉘며, 장학간호사는 대학과정중에 정부로부터 장학금을 받은 자로서 대학을 바로 졸업한 자이며, 선발간호사는 각 도에서 선발된 경력있는 간호사로서 경력이 다양하다.

정부는 의료혜택을 골고루 받지 못하는 농어촌 주민의 건강문제 해결을 위하여 보건진료원 제도를 마련하였고 그에 따른 법적 및 행정적조치로는 농어촌 보건 의료의료 위한 특별조치법을 제정하고, 보건진료원의 역할과 기능을 제시하였다(농어촌보건의료 특별조치법 시행령 제14조). 이에 대한 구체적인 역할은 WHO에서 제창한 8가지 사업을 중심으로 의료행위와 보건업무로 구분된다. 의료행위로는 상병상태를 판별하기 위한 진찰 검사행위, 환자의 이송, 외상 등 흔히 볼 수 있는 환자의 치료 및 응급을 요하는 환자에 대한 응급 처치, 상병의 악화방지를 위한 처치, 만성병환자의 요양 치료 및 관리, 정상분만의 개조 및 가족계획을 위한

피임기구삽입, 예방접종이 있다. 보건업무로는 환경위생 및 영양개선에 관한 업무, 질병예방에 관한 업무, 가족계획을 포함한 모자보건에 관한 업무, 주민의 건강에 관한 업무를 담당하는 자에 대한 교육 및 지도에 관한 업무(보건진료소 운영협의회 및 마을건강원), 기타 주민의 보건의료 증진에 관한 업무가 있다. 이상의 역할과 기능이 각 항목간의 분류기준에 문제가 있다고 지적하고 보건진료원의 활동과 직무교육을 분석하고 그에 따른 보건진료원 직무지침을 제시하였고(김의숙, 1988), 정부로부터 지정대학이 교육할 수 있도록 관리하는 한국보건사회연구원에서도 이들의 직무를 위하여 보건진료원의 역할과 역할수행을 위한 기능 및 직무지침을 마련하였으며, 그 내용은 다음과 같다(김진순 등, 1986).

첫째, 지역사회내에서의 포괄적인 일차보건의료제공이 기초가 되어야 한다.

둘째, 지역사회 주민의 요구를 근거로 하여, 지역사회 특성에 따라 작성되어야 한다.

셋째, 직무영역은 모자보건, 가족계획 및 영양개선, 진료와 지역사회조직, 행정 및 기타 보건사업의 3영역으로 구분한다.

넷째, 진료영역에 해당하는 직무내용중 대통령령이 정하는 경미한 치료의 범위를 기초로 하여 환자를 초기에 발견하여 의뢰하는 것이 중요하며 치료를 적용해야 할 경우 증상위주의 치료 접근방법이 필요하다.

이론교육의 시간배정은 1981년~1986년에는 의료행위가 50.6%, 보건업무가 49.4%였던 반면에 1987년에는 각각 48.7% 및 50.3%로 조정되었다. 1988년에는 지역의료보험 도입과 더불어 건강증진 및 교육활동을 강화시키기 위하여 의료행위의 시간배정을 44.8%로 감소시켰고, 1990년 부터는 더욱 감소하여 38.1%를 차지하였다. 그 이외의 영역의 시간배정이 증가하였다. 이러한 시대적 변화에 따른 교육시간의 조정과 함께 실제 강의를 하는 강사진의 보건진료원의 역할이해 및 교육의 효과를 높이기 위하여 1987년부터 강사 오리엔테이션교육을 새롭게 실시하였다.

실습교육은 임상실습(12주)와 현지실습교육(4주)으로 구분되며, 현실적으로 실습여건이 갖추어지고 실습에 보다 효과와 효율을 기할 수 있도록 병원, 의원, 조산원, 모자보건센터, 보건소 및 보건진료소를 실습장소

로 활용하면서 매년 실습장소를 부분적으로 조정하였다. 임상실습 12주는 내과 2주, 외과 1주, 산부인과 2주, 소아과 2주, 피부과 1주 및 ENT/안과 1주, 응급실 2주, 재활과/정형외과 1주로 구성된다. 내과실습은 내과 혹은 가정의학과에서 문진방법, 신체검사방법, 진단을 위한 검사, 의사결정(잠정진단), 치료, 상담, 교육, 청구관리 및 기록결과 방법을 실습했으며, 산부인과 실습은 정상분만개조 방법과 IUD삽입 및 관리기술을, 소아과 실습시는 Well Baby Clinic에서 건강한 영유아 관리기술과 예방접종기술을 습득하도록 계획되었고, 외과에서는 특히 응급처치 및 의뢰방법, 외상관리 등의 실습이 수행되었다. 현지실습은 수료후 보건진료원으로 활동하기 위한 사전준비로서 지역사회 적응방법, 기존 보건기관과의 연계방법, 지역주민과의 접촉 및 상호작용, 보건의료서비스를 직접 제공하는 경험을 쌓는데 주력하였다. 현지실습 4주는 보건소 2주, 보건진료소 2주로 구성되었다.

교육평가는 사전 및 진행평가를 거쳐서 종합사정시대도(출석율) 20%, 이론교육 35%, 임상실습 35%, 현지실습 10%의 비중을 두어서 사정한 후 종합 성취도가 70%이상일 경우 통과시켜 교육수료증을 부여하고, 그렇지 않을 경우 반복해서 지식 및 기술을 보완토록 한후 수료시키는 것으로 하였다(한국보건사회연구원, 1991).

이상에서 살펴본 바와 같이 보건진료원 교육과정의 시대적변화에 따른 1991년까지의 연구된 자료를 찾아볼 수 있었으나 그이후의 자료는 찾아볼 수 없어 이에 대한 연구가 필요하다.

## 2. 선행연구

김진순(1982)은 1981년 보건진료원 직무교육과정을 이수하고 보건진료원으로 활동중인 389명 전수를 대상으로 직무교육과정의 도움정도를 조사한 결과 응답자의 22%가 보건진료원의 직무교육이 미흡하다고 응답하였고, 47%가 6개월이라는 교육기간이 짧고 불충분하다고 보고함으로써 직무교육프로그램이 재검토되고 개선되어야 함을 제시하였다.

서문숙(1984)은 보건진료원들이 벽오지에 위치한 보건진료소에 배치되어 독자적으로 보건진료소를 관리하

고 사업을 수행하면서 당면하게 되는 문제들을 직무교육에서 구체적으로 배울 수 있도록 좀더 현실적이고 실제적인 교육과정이 필요함을 지적하였다. 또한 구체적이고 정확한 업무지침이 없이 새로운 건강관리 인력으로 근무하기 때문에 자신의 역할에 대한 모호성을 경험하며 직무에 대한 자신과 확인방법이 없을 뿐 아니라 체계적인 지도 감독체계가 확립되지 않아 기술적 상담과 업무향상에 어려움이 있다고 하였다.

이정자(1984)는 보건진료원 직무교육을 실시하는 8개 기관중 5개 기관을 대상으로 보건진료원 교육생의 직무교육과정에 대한(교육과목, 교육정도, 교육시설 및 교육환경, 교육평가, 교육생 상호간의 관계) 의견을 수렴한 결과 교과과목은 교육목표 달성에 충분하였으며 간호전문지식의 함양에 도움을 주었으며, 실제 적용가능하다고 반응하였다. 교육정도에 대한 의견수렴에서는 교수방법에서는 긍정적이었으나 강의와 실습의 연결과 교수와의 상담시간이나 교양교육에 대한 것은 낮은 평점을 보였다. 교육시설 및 교육환경에 관한 것으로는 강의실 환경, 실습지 교육환경, 실습지에서의 의료팀과의 관계형성, 실습장소선정에 관한 의견의 평점은 낮은 점수를 나타냈다. 그러나 교육평가의 필요성과 교육생 상호간의 관계에 대해서는 높은 반응을 나타냈다.

김의숙(1988)은 보건진료원 직무교육을 담당하고 있는 전국 8개교의 교육과정과 교수현황을 토대로 내용 분석법을 사용하여 각 기관별 공통점과 차이점을 구별하였으며, 현지에서 활동중인 보건진료원의 활동을 분석하여 활동의 다양성에 영향을 주는 요인을 예측함으로써 보다 구체적이고 현실적인 보건진료원 직무지침과 교육과정을 개발하였다.

한국보건사회연구원에서는 보건진료원 교육의 질적향상을 위해 1981년 보건진료원 교육을 책임질 관리교수 연구과정 운영, 1982년 보건진료원 장기발전계획 수립을 위한 연구위원회 구성운영과 보건진료원 교육을 기본간호교육(4년제)에서 통합 운영하는 방안 검토, 1983년 전문가 작업법에 의한 이론교육 및 임상실습의 평가를 능력분위 훈련방법에 기초해서 평가도구 개발, 1984년 보건진료원 교육과정 통합 평가확산, 1986년 일차보건의료사업 지도지침서 개발-보건진료소 지도, 1987년 보건진료원 교육, 활동 및 제도개선 등의 연구를 수행하였다.

조원정과 이경자(1992)는 10년 동안의 직무교육의 내용 및 방향을 재정립하기 위해 현지에서 2년이상 근무한 보건진료원을 대상으로 직무교육 활용도와 실제 적용에 있어서의 문제점을 조사하였으며, 그 결과 교과 과정을 간호대상자 중심으로 간호요구와 건강문제를 추출하여 일차건강관리사업의 목적을 달성하기 위하여 체계적으로 편성하였다.

이상의 연구결과에서 보건진료원 직무교육은 단기간의 전문직요원의 훈련효과를 높이기 위한 능력분위 훈련방법으로서 교육의 효과는 실제 현지업무를 수행하는데 있어서 교육과정이 어느정도 도움이 되었는지로 평가하는 것이 바람직하다.

### III. 연구방법

#### 1. 연구설계 및 연구대상

연구설계는 직무교육이 업무수행에 도움된 정도와 운영내용의 적합성을 평가하기 위해 질문지를 사용한 조사연구이다.

연구대상자는 1993년부터 1998년까지(6년간) 보건진료원 직무교육기관에서 직무교육과정을 이수한 222명중 현재 근무중인 보건진료원 전수(143명)를 대상으로 하였다.

#### 2. 연구도구

연구의 도구는 직무교육과정의 이론교육과 실습(임상, 현지)의 실제업무수행에 도움정도와 직무교육 기간, 시기 및 장소 등 구체적인 운영내용을 파악하기 위한 것으로 김진순 등(1982)의 연구에서 사용한 설문지를 기반으로 전문가의 자문을 받아 수정·보완하여 본 연구자가 개발하였다. 각 문항은 '전혀 도움 안됨' 1점에서부터 '많은 도움' 4점까지로 4점 Likert Scale로 점수가 높을수록 직무교육이 업무수행에 도움을 준 정도가 높은 것이다.

#### 3. 자료수집 및 자료분석

자료수집기간은 1999년 4월 1일부터 5월 15일까지

였으며 회수된 설문지는 116부로 회수율이 81%이었고 116부 전부를 분석에 사용하였다.

수집된 자료는 SPSS통계기법을 사용하였으며 개인적 특성은 빈도와 백분율을 이용하여 분석하였고 직무교육과정(이론교육, 현지실습, 임상실습)이 업무수행에 도움된 정도는 평균평점과 표준편차를 구하였고, 도움안된 이유는 빈도와 백분율을 이용하여 분석하였다. 보건진료원의 일반적 특성에 따른 직무교육(이론교육, 임상실습, 현지실습)이 업무수행에 도움된 정도의 차이는 t-test 및 ANOVA를 이용하여 분석하였다.

### IV. 연구결과

#### 1. 대상자의 일반적 특성

보건진료원의 일반적 특성으로 연령, 결혼상태, 교육수준, 보건진료소 근무경력, 보건진료원으로 지원전의 총 근무기간, 보건진료원의 선발방법, 보건진료원의 도별 근무지역, 시·군별 근무지역, 과거 이수한 교육프로그램, 자격 및 면허와 직무교육 이수연도를 파악한 결과는 표1과 같다.

보건진료원의 평균연령은 32세이고 최저 23세에서 최고 45세까지였고 26세~30세가 30.1%로 가장 많았으며 그다음은 31세~35세 27.6%로 과반수 이상이 26세~35세였다. 결혼상태는 기혼이 67.2%이고 미혼이 32.8%로 보건진료원의 과반수 이상이 기혼자였다.

교육수준은 간호대 3년제가 81.9%, 4년제가 4.3%이며 간호대 3년제 + 방송통신대학이 13.8%로 나타났다. 현재의 보건진료소 근무기간은 평균 2년 5개월이고 최소가 1개월, 최대가 5년 2개월이었다. 2년 1개월에서 4년까지가 49.1%이었다. 보건진료원으로 근무하기 전에 총근무기간은 평균 5년이고 근무기간이 없는 경우부터 20년까지 큰 차이를 보였으며 경력이 없는 경우가 30.2%이었고 경력이 있는 경우가 69.8%이었다. 보건진료원 교육생 선발방법에서는 선발간호사로 경력있는 간호사가 68.1%이고, 대학을 졸업하자마자 교육생으로 선발된 장학간호사가 31.9%로 대부분의 보건진료원이 보건진료원 근무전에 경력이 있었다.

〈표 1〉 대상자의 일반적 특성

n=116

변수	구분	실수(%)
연령	21-25세	17 (14.7)
	26-30세	35 (30.1)
	31-35세	32 (27.6)
	36-40세	21 (18.1)
	41-45세	11 ( 9.5)
결혼상태	기혼	78 (67.2)
	미혼	38 (32.8)
교육수준	간호대 3년제	95(81.9)
	간호대 4년제	5 ( 4.3)
	간호대 3년제+방송통신대학	16(13.8)
현 보건진료소 근무기간	1개월-2년	44 (37.9)
	2년1개월-4년	59 (49.1)
	4년1개월이상	13 (11.2)
범위	1개월-5년2개월	
평균	2년5개월	
이전의 총 근무기간	없음	35 (30.2)
	1개월-3년	14 (12.1)
	3년1개월-6년	29 (25.0)
	6년1개월-9년	18 (15.5)
	9년1개월이상	20 (17.3)
범위	0-20년	
평균	5년	
보건진료원의 선발방법	장학간호사	37 (31.9)
	선발간호사	79 (68.1)
근무지역(도)	강원도	15 (12.9)
	경기도	10 ( 8.6)
	경상남·북도	14 (12.1)
	인천광역시	4 ( 3.4)
	전라남·북도	39 (33.6)
	충청남·북도	34 (29.3)
근무지역(시·군)	시	32 (27.6)
	군	84 (72.4)
과거 이수한 교육프로그램	조산원	3 ( 2.6)
	보건간호과정	15 (12.9)
	IUD 시술과정	1 ( 0.9)
	가정간호사과정	4 ( 3.4)
	조산원, 보건간호과정	3 ( 2.6)
	기타(사회복지사, 응급구조사, 정신보건간호사)	7 ( 6.0)
	없음	83 (71.6)
	자격 및 면허	간호사
간호사, 조산사	3 ( 2.6)	
간호사, 양호교사	51 (44.0)	
간호사, 조산사, 양호교사	4 ( 3.4)	
기타(응급구조사, 가정간호사)	2 ( 1.7)	
직무교육 이수연도	1993	6 ( 5.2)
	1994	12 (10.3)
	1995	36 (31.0)
	1996	39 (33.6)
	1997	18 (15.5)
	1998	5 ( 4.3)

〈표 2〉 직무교육과정의 도움정도

n=116			
구분	문항수	범위	평균 ± 표준편차
이론교육	49문항	110 - 196	3.1077 ± .3980
임상실습	8문항	11 - 32	3.1616 ± .5987
현지실습	13문항	14 - 52	2.8402 ± .6010
총평균			3.0365 ± .5325

\*무응답 제외

보건진료원 근무지역은 전라남·북도가 33.6%로 가장 많고 그다음에 충청남·북도 29.3%, 강원도 12.9%, 경상도 12.1%, 경기도 8.6% 인천광역시 3.4% 순이었다. 시·군별 근무지역은 시가 27.6%이고 군이 72.4%였다.

과거 이수한 교육프로그램이 없는 경우가 71.6%로 가장 많았고 보건간호과정 이수자가 12.9%, 기타(사회복지사, 응급구조사, 정신보건간호사)가 6.0%, 가정간호사과정 3.4%이었고, 조산원과 보건간호과정의 두 과정을 이수한 경우는 2.6%였다. 자격 및 면허는 간호사 면허만 소지한 경우가 48.3%로 가장 많았고 그 다음으로 간호사와 양호교사 자격증을 소지한 경우가 44.0%였다. 직무교육을 이수한 연도는 1996년 33.6%, 1995년 31.0%, 1997년 15.5%, 1994년 10.3%, 1993년 5.2%, 1998년 4.3% 순이었다.

## 2. 직무교육이 업무수행에 도움된 정도 분석

보건진료원 직무교육이 현지에서의 업무수행에 도움이 된 정도를 이론교육, 현지실습 및 임상실습으로 나누어 분석하였다. 전체적인 교육별 도움정도를 살펴본 후 각 교육별 영역간의 도움정도와 도움이 안된 경우에는 그에 대한 사유를 분석하고 일반적 특성에 따른 도움정도의 차이를 분석하였다.

업무수행의 도움정도는 4점 척도를 사용하여 점수가 높을수록 도움정도가 높은 것으로 분석한 결과 직무교육과정(이론교육, 현지실습, 임상실습)이 실제 업무수행에 도움된 정도는 전체평균이 3.04±.53으로 도움정도가 높게 나타났으며, 그중에서도 임상실습의 도움정도가 평균 3.16±.60로 가장 높고, 이론교육의 도움정도는 평균 3.11±.40, 현지실습의 도움정도는 평균 2.84±.60 순으로 나타났다(표 2).

### 1) 이론교육이 실제 업무수행에 도움된 정도

이론교육이 실제 업무수행에 도움된 정도를 우선 영역별로 보면 다음과 같다.

일차보건의료는 평균 3.50±.55로 가장 도움정도가 높고 사업운영관리의 도움정도는 평균 3.34±.72, 사업계획수립 3.32±.61, 통상질환관리는 평균 3.31±.53, 지역사회보건관리는 평균 3.17±.48, 지역사회조직 및 개발은 평균 3.16±.59, 가정간호관리는 평균 3.11±.58 순으로 나타났다. 보건정보체계개발의 도움정도는 평균 2.62±.83, 모자건강관리/가족계획은 평균 2.65±.62, 정부보건사업은 평균 2.88±.72로 다소 도움정도가 낮게 나타났다(표 3).

〈표 3〉 이론교육의 영역별 도움정도

n=116		
구	분	평균 ± 표준편차
1.	정부보건사업	2.8793 ± .7272
2.	일차보건의료	3.5000 ± .5477
3.	지역사회조직 및 개발	3.1616 ± .5863
4.	사업계획수립	3.3218 ± .6106
5.	보건정보체계개발	2.6207 ± .8278
6.	지역사회보건관리	3.1681 ± .4752
7.	모자건강관리/가족계획	2.6534 ± .6159
8.	통상질환관리	3.3147 ± .5274
9.	가정간호관리	3.1121 ± .5847
10.	사업운영관리	3.3448 ± .7236

이론교육이 도움이 안된 이유는 한 응답자가 다중응답을 하였다. 도움정도의 평균이 낮았던 보건정보체계 개발에서의 도움 안된 사유를 분석한 결과 활용기회가 없는 것이 29.1%~43.9%로 나타났고 교육방법의 부

〈표4〉 이론교육이 실제 업무수행에 도움 안된 이유

내 용	교육항목부	교육내용	교육방법	교육시간	활용기회	계
	적절	불충분	부적합	부족	없음	
	건수(%)	건수(%)	건수(%)	건수(%)	건수(%)	
<b>1. 정부보건사업</b>						
보건의료의 정책방향	5(13.9)	9(25.0)	4(11.1)	1(2.8)	14(38.9)	36(100)
정부보건사업의 방향	4(14.3)	9(32.1)	4(14.3)	-	11(39.3)	28(100)
<b>2. 일차보건의료영역</b>						
PHC 개념 및 운영	-	2(25)	1(12.5)	2(25.0)	3(37.5)	8(100)
보건진료원의 역할기능	-	-	1(20.0)	2(40.0)	2(40.0)	5(100)
<b>3. 지역사회조직 및 개발영역</b>						
지역사회조직 개발 및 활용	-	1(6.3)	4(25.0)	4(25.0)	7(43.8)	16(100)
지역 사업참여 및 협조	1(3.3)	4(13.3)	5(16.7)	5(16.7)	15(50.0)	30(100)
의사소통, 의사결정, 상담술	-	3(16.7)	6(33.3)	7(38.9)	2(11.1)	18(100)
지도력 및 관리능력	-	7(35.0)	4(20.0)	6(30.0)	3(15.0)	20(100)
<b>4. 사업계획수립영역</b>						
지역사회진단	-	3(25.0)	3(25.0)	4(33.3)	2(16.7)	12(100)
사업계획수립	-	2(25.0)	-	5(62.5)	1(12.5)	8(100)
사업평가계획	-	3(21.4)	3(21.4)	5(35.7)	3(21.4)	14(100)
<b>5. 보건정보체계개발</b>						
보건지표종류	4(9.8)	6(14.6)	7(17.1)	6(14.6)	18(43.9)	41(100)
정보체계개발 및 활용, 전산화	3(5.5)	7(12.7)	10(18.2)	19(34.5)	16(29.1)	55(100)
<b>6. 지역사회보건관리영역</b>						
인구문제	-	2(11.8)	5(29.4)	2(11.8)	8(47.1)	17(100)
음료수관리	1(3.7)	4(14.8)	2(7.4)	2(7.4)	18(66.7)	27(100)
식품관리	2(13.3)	2(13.3)	2(13.3)	-	9(60.0)	15(100)
환경위생관리	1(8.3)	1(8.3)	2(16.7)	1(8.3)	7(58.3)	12(100)
농약관리	1(3.6)	6(21.4)	3(10.7)	3(10.7)	15(53.6)	28(100)
기생충관리	1(9.1)	2(18.2)	3(27.3)	2(18.2)	3(27.3)	11(100)
구강보건	-	2(18.2)	2(18.2)	3(27.3)	4(36.4)	11(100)
건강증진	2(20.0)	2(20.0)	3(30.0)	1(10.0)	2(20.0)	10(100)
정부결핵관리사업	1(5.0)	1(5.0)	5(25.0)	-	13(65.0)	20(100)
전염병관리(AIDS포함)	-	4(21.1)	2(10.5)	3(15.8)	10(52.6)	19(100)
노인건강관리	1(8.3)	4(33.3)	4(33.3)	3(25.0)	-	12(100)
만성질환관리	1(9.1)	3(27.3)	4(36.4)	3(27.3)	-	11(100)
영양관리	3(18.8)	4(25.0)	6(37.5)	1(6.3)	2(12.5)	16(100)
약품사용관리	-	7(35.0)	5(25.0)	6(30.0)	2(10.0)	20(100)
<b>7. 모자건강관리/가족계획영역</b>						
산전관리(모자보건법 해설)	2(5.6)	3(8.3)	3(8.3)	2(5.6)	26(72.2)	36(100)
분만관리	1(1.6)	2(3.2)	3(4.8)	1(1.6)	55(88.7)	62(100)
산후관리	-	2(5.6)	2(5.6)	-	32(88.9)	36(100)
영유아관리(예방접종기술포함)	-	5(38.5)	3(23.1)	-	5(38.5)	13(100)
가족계획(IUD 삽입기술 포함)	-	5(10.0)	8(16.0)	-	37(74.0)	50(100)

〈표4〉 계속

내 용	교육항목부	교육내용	교육방법	교육시간	활용기회	계
	적절	불충분	부적합	부족	없음	
	건수(%)	건수(%)	건수(%)	건수(%)	건수(%)	
7. 모자건강관리/가족계획영역						
산전관리(모자보건법 해설)	2(5.6)	3(8.3)	3(8.3)	2(5.6)	26(72.2)	36(100)
분만관리	1(1.6)	2(3.2)	3(4.8)	1(1.6)	55(88.7)	62(100)
산후관리	-	2(5.6)	2(5.6)	-	32(88.9)	36(100)
영유아관리(예방접종기술포함)	-	5(38.5)	3(23.1)	-	5(38.5)	13(100)
가족계획(IUD 삽입기술 포함)	-	5(10.0)	8(16.0)	-	37(74.0)	50(100)
8. 통상질환관리영역						
건강사정	-	3(23.1)	3(23.1)	7(53.8)	-	13(100)
내과질환관리	1(8.3)	5(41.7)	3(25.0)	3(25.0)	-	12(100)
외상관리	1(11.1)	1(11.1)	2(22.2)	5(55.6)	-	9(100)
소아질환관리	-	6(37.5)	3(18.8)	5(31.3)	2(12.5)	16(100)
부인질환관리	-	2(25.0)	1(12.5)	3(37.5)	2(25.0)	8(100)
비노기질환관리	-	7(38.9)	3(16.7)	4(22.2)	4(22.2)	18(100)
코, 귀, 목 질환관리	-	9(42.9)	3(14.3)	6(28.6)	3(14.3)	21(100)
안질환관리	-	9(33.3)	6(22.2)	8(29.6)	4(14.8)	27(100)
피부질환관리	-	7(41.2)	2(11.8)	6(35.3)	2(11.8)	17(100)
정신보건관리	-	4(17.4)	3(13.0)	10(43.5)	6(26.1)	23(100)
응급환자관리	-	7(43.8)	4(25.0)	5(31.3)	-	16(100)
환자추구관리	-	-	1(14.3)	3(42.9)	3(42.9)	7(100)
9. 가정간호관리						
가정간호사업	1(6.7)	4(26.7)	3(20.0)	4(26.7)	3(20.0)	15(100)
지역사회중심재활관리	-	3(20.0)	4(26.7)	3(20.0)	5(33.3)	15(100)
임종관리	2(9.5)	2(9.5)	3(14.3)	3(14.3)	11(52.4)	21(100)
10. 사업운영관리						
진료소사업 및 운영	-	4(40.0)	1(10.0)	5(50.0)	-	10(100)
각종 기록작성 및 보고	-	7(43.8)	3(18.8)	5(31.3)	1(6.3)	16(100)

적합, 교육시간 부족, 교육내용 불충분, 교육항목 부적절 순으로 응답하였다. 또한 모자건강관리/가족계획에서도 도움 안된 이유로는 활용기회가 없음이 38.5%~88.9%로 가장 높았고 교육내용 불충분 3.2%~38.5%, 교육방법 부적합 3.2%~38.5%로 나타났고, 이 영역에서 활용기회가 없다고 응답한 것중에서 분만관리, 가족계획(IUD 삽입기술 포함), 산후관리, 산전관리 순으로 나타났다. 정부보건사업에서도 활용기회가 없는 것이 38.9%~39.3%로 가장 큰 사유로 나타났다. 그외에 교육내용 불충분 25.0%~32.1%과 교육항목 부적절 13.9%~14.3%, 교육방법 부적합 11.1%~14.5 순으

로 응답하였다(표 4).

보건진료원특성과 이론교육이 실제 업무수행에 도움된 정도의 관계는 보건진료원의 결혼상태( $t=2.28$ ,  $p=.025$ ), 선발방법( $t=5.10$ ,  $p=.026$ ), 도별 근무지역( $F=2.42$ ,  $p=.04$ )에 따라 이론교육이 업무수행에 도움을 준 정도가 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 즉 기혼인 보건진료원인 경우 미혼인 보건진료원보다 이론교육이 실제 업무수행에 도움을 준 것으로 인식하였다. 선발방법에 있어서 대학을 갓 졸업한 장학간호사보다 임상경력이 있는 선발간호사가 이론교육이 실제 업무수행에 도움을 준 것으로 인식하였고 근무지역에 따라서는 인천광역시



〈표 5〉 보건진료원 특성별 이론교육이 실제 업무수행에 도움된 정도

변수	구분	N	Mean	SD	F or t	P
연령	21-25세	17	2.9501	.1868	1.769	.140
	26-30세	35	3.0418	.4423		
	31-35세	32	3.1656	.4260		
	36-40세	21	3.1642	.3748		
	41-45세	11	3.2842	.3850		
결혼상태	기혼	78	3.1622	.3997	2.274	.025
	미혼	38	2.9956	.3752		
교육수준	간호대 3년제	95	3.0921	.4059	1.334	.268
	간호대 4년제	5	2.9671	.4739		
	간호대 3년제 +방송통신대학	16	3.2442	.3068		
현 보건진료소 근무기간	0-2년	44	3.0941	.4255	.100	.905
	2년1개월-4년	59	3.1086	.3526		
	4년1개월이상	13	3.1505	.5110		
이전의 총 근무기간	0-3년	49	3.0647	.3703	.960	.415
	3년1개월-6년	29	3.0290	.5074		
	6년1개월-9년	18	3.2206	.3873		
	9년1개월이상	20	3.1822	.3408		
보건진료원의 선발방법	정학 간호사	37	3.0369	.3052	5.104	.026
	선발간호사	79	3.1408	.4326		
근무지역(도)	강원도	15	3.1635	.3128	2.418	.040
	경기도	10	3.0480	.3655		
	경상남·북도	14	2.9280	.3253		
	인천광역시	4	3.5803	.4470		
	전라남·북도	39	3.0460	.3915		
	충청남·북도	34	3.1896	.4280		
근무지역(시·군)	시	32	3.0768	.4596	1.814	.181
	군	84	3.1194	.3743		
이수한 교육프로그램	조산원	3	3.1718	.7199	.543	.775
	보건간호과정	15	3.0820	.5266		
	IUD 시술과정	1	3.3783	-		
	가정간호사과정	4	3.4266	.3757		
	조산원, 보건간호과정	3	3.0711	3.0711		
	기타	7	3.1191	3.1191		
	없음	83	3.0917	3.0917		
자격 및 면허	간호사	56	3.0208	.3955	1.686	.173
	간호사, 조산사	3	3.0212	.4605		
	간호사, 양호교사	51	3.1815	.3626		
	간호사, 조산사, 양호교사	4	3.3033	.6606		
	기타(응급구조사, 가정간호사)	2	3.3971	.5179		
직무교육 이수연도	' 93 ~ ' 95년	54	3.0988	.4036	.224	.823
	' 96 ~ ' 98년	62	3.1154	.3963		

〈표6〉 임상실습이 실제 업무수행에 도움된 정도

n=116

내용(실습기간)	많이 도움됨	조금 도움됨	별도움 안됨	전혀 도움안됨	평균±표준편차
	인수(%)	인수(%)	인수(%)	인수(%)	
내과(2주)	69 (59.5)	35 (30.2)	10 ( 8.6)	2 ( 1.7)	3.4741±.7278
외과(1주)	46 (39.7)	42 (36.2)	25 (21.6)	3 ( 2.6)	3.1293±.8396
산부인과(2주)	33 (28.4)	54 (46.6)	25 (21.6)	4 ( 3.4)	3.0000±.8022
소아과(2주)	52 (44.8)	44 (37.9)	16 (13.8)	4 ( 3.4)	3.2414±.8196
피부과(1주)	52 (44.8)	44 (37.9)	17 (14.7)	3 ( 2.6)	3.2500±.8008
ENT/안과(1주)	32 (27.6)	51 (44.0)	30 (25.9)	3 ( 2.6)	2.9655±.8014
응급실(2주)	61 (52.6)	28 (24.1)	25 (21.6)	2 ( 1.7)	3.2759±.8606
재활과/정형외과(1주)	35 (30.2)	46 (39.7)	30 (25.9)	5 ( 4.3)	2.9569±.8586

평균 3.58, 충청남·북도 3.19, 강원도 3.16, 경기도 3.05, 전라남·북도 3.05, 경상남·북도 2.93 순으로 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(표 5).

2) 임상실습이 실제 업무수행에 도움된 정도 평가

임상실습의 실제 업무수행에 도움정도를 평점으로 보았을때, 내과 임상실습이 평균 3.47±.73으로 실제 업무수행에의 도움정도가 가장 높았다. 응급실에서의 임상실습이 3.28±.86, 피부과에서의 임상실습 3.25±.80, 소아과에서의 임상실습 3.24±.82, 외과에서의 임상실습 3.13±.84, 산부인과에서의 임상실습 3.00±.80로 실제 업무수행에 도움된 정도가 비슷하였다. ENT/안과에서의 임상실습 2.97±.80, 재활과/정형외과에서의 임상실습 2.96±.86으로 도움정도가 다소 낮게 나타났다(표 6).

임상실습이 도움이 안된 이유를 분석한 결과 직접경

험 부족이 24.2%~38.5%를 차지하였고, 실습기관의 성의부족이 21.2%~32.7%를 차지하였다. 실습지도 부족은 17.6%~27.3%, 기간의 부적절이 6.7%~21.2%, 실습도구 부족이 2.6%~8.9% 순으로 나타났다(표 7).

보건진료원 특성과 임상실습이 실제 업무수행에 도움정도의 관계는 보건진료원의 연령(F=3.382, p=.012)과 현보건진료소 근무지역(F=2.718, p=.024)에 따라 임상실습이 업무수행에 도움을 준 정도가 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 즉 연령이 많을수록 임상실습이 실제 업무수행에 도움을 준 것으로 인식하였고, 근무지역에 따라라도 임상실습이 실제 업무수행에 도움을 주는 정도가 다른 것으로 나타났다. 즉 인천광역시에 근무하는 보건진료원이 임상실습이 실제 업무수행하는데 가장 도움이 된다고 인식하였다. 또한 통계적으로 유의하지는 않지만 기혼인 보건진료원이 미혼인 보건진료

〈표7〉 임상실습이 실제 업무수행에 도움 안된 이유

내용(실습기간)	실습지도 부족	직 접 경험부족	기 간 부적절	실습도구 부족	실습기관의 성의 부족	계
	건수(%)	건수(%)	건수(%)	건수(%)	건수(%)	
내과(2주)	6(24.0)	7(28.0)	3(12.0)	1(4.0)	8(32.0)	25(100)
외과(1주)	10(23.8)	12(28.6)	6(14.3)	2(4.8)	12(28.6)	42(100)
산부인과(2주)	10(19.2)	14(26.9)	7(13.5)	4(7.7)	17(32.7)	52(100)
소아과(2주)	8(26.7)	11(36.7)	2(6.7)	1(3.3)	8(26.7)	30(100)
피부과(1주)	9(27.3)	8(24.2)	7(21.2)	2(6.1)	7(21.2)	33(100)
ENT/안과(1주)	9(17.6)	17(33.3)	7(13.7)	2(3.9)	16(31.4)	51(100)
응급실(2주)	8(20.5)	15(38.5)	4(10.3)	1(2.6)	11(28.2)	39(100)
재활과/정형외과(1주)	11(24.4)	13(28.9)	6(13.3)	4(8.9)	11(24.4)	45(100)

〈표 8〉 보건진료원 특성별 임상실습이 실제 업무수행에 도움된 정도

n=116

변수	구분	N	Mean	SD	F or t	P
연령	21-25세	17	2.9412	.5002	3.382	.012
	26-30세	35	2.9571	.6108		
	31-35세	32	3.2930	.5962		
	36-40세	21	3.3095	.5613		
	41-45세	11	3.4886	.5228		
결혼상태	기혼	78	3.2228	.5982	1.586	.116
	미혼	38	3.0362	.5877		
교육수준	간호대 3년제	95	3.1579	.5926	.036	.965
	간호대 4년제	5	3.1250	.8478		
	간호대 3년제 +방송통신대학	16	3.1953	.5951		
현보건진료소 근무기간	0-2년	44	3.1694	.6307	.159	.853
	2년1개월-4년	59	3.1379	.5810		
	4년1개월이상	13	3.2404	.6026		
이전의 총 근무기간	0-3년	49	2.9792	.5570	1.9147	.134
	3년1개월-6년	29	3.1000	.7539		
	6년1개월-9년	18	3.3000	.5546		
	9년1개월이상	20	3.3516	.5005		
보건진료원의 선발방법	장학간호사	37	3.0169	.5274	3.238	.075
	선발간호사	69	3.2294	.6219		
근무지역(도)	강원도	15	3.2417	.5872	2.718	.024
	경기도	10	2.9625	.6898		
	경상남·북도	14	3.0357	.4688		
	인천광역시	4	3.8438	.2366		
	전라남·북도	39	3.0064	.6533		
	충청남·북도	34	3.3346	.5026		
근무지역(시·군)	시	32	3.0195	.6810	1.588	.115
	군	84	3.2158	.5591		
이수한 교육프로그램	조산원	3	3.7083	.5052	.614	.719
	보건간호과정	15	3.0750	.8001		
	IUD 시술과정	1	3.5000	-		
	가정간호사과정	4	3.3438	.8377		
	조산원,보건간호과정	3	3.2083	.6884		
	기타	7	3.2321	.4917		
	없음	83	3.1370	.5619		
자격 및 면허	간호사	56	3.1161	.5963	.730	.573
	간호사,조산사	3	3.1250	.8750		
	간호사,양호교사	51	3.1716	.5942		
	간호사,조산사,양호교사	4	3.4063	.6875		
	기타(응급구조사,가정간호사)	2	3.7500	.0000		
직무교육 이수연도	1993 - 1995년	54	3.1435	.5555	.303	.762
	1996 - 1998년	62	3.1774	.6380		

〈표 9〉 현지실습이 실제 업무수행에 도움된 정도

n=116

교육내용	많이 도움됨	조금 도움됨	별로 안됨	전혀 도움안됨	평균±표준편차
	인수(%)	인수(%)	인수(%)	인수(%)	
지역사회진단	51 (44.0)	44 (37.9)	17 (14.7)	4 ( 3.4)	3.2241±.8245
건강사업계획 작성	41 (35.3)	54 (46.6)	15 (12.9)	6 ( 5.2)	3.1207±.8252
기초진료	54 (46.6)	49 (42.2)	10 ( 8.6)	3 ( 2.6)	3.3276±.7434
가정방문관리	53 (45.7)	52 (44.8)	7 ( 6.0)	4 ( 3.4)	3.3190±.7413
산전관리	15 (12.9)	31 (26.7)	48 (41.4)	22 (19.0)	2.3362±.9320
영유아관리	22 (19.0)	49 (42.2)	31 (26.7)	14 (12.1)	2.6810±.9193
분만관리	9 ( 7.8)	23 (19.8)	50 (43.1)	34 (29.3)	2.0603±.8972
산후관리	13 (11.2)	29 (25.0)	48 (41.4)	26 (22.4)	2.2500±.9313
부락지도자회의	16 (13.8)	41 (35.3)	34 (29.3)	25 (21.6)	2.4138±.9786
가족계획관리	12 (10.3)	47 (40.5)	39 (33.6)	18 (15.5)	2.4569±.8787
건강상담	48 (41.4)	60 (51.7)	6 ( 5.2)	2 ( 1.7)	3.3276±.6564
기록 및 보고	47 (40.5)	51 (44.0)	16 (13.8)	2 ( 1.7)	3.2328±.7502
집단보건교육	48 (41.4)	45 (38.8)	18 (15.5)	5 ( 4.3)	3.1724±.8473

원보다 임상실습이 실제 업무수행에 도움이 된다고 반응하였고, 선발간호사가 장학간호사보다 임상실습이 실제 업무수행에 도움이 된다고 반응하였다. 또한 자격증이 많을수록 도움정도가 높다고 반응하였다(표 8).

3) 현지실습이 실제 업무수행에 도움된 정도 평가  
 현지실습의 실제 업무수행에의 도움정도를 분석한 결과 기초진료 영역에서는 평균 3.33±.74 와 건강상담 영역

이 평균 3.33±.66으로 실제 업무수행에의 도움정도가 가장 높았다. 가정방문관리 영역은 평균 3.32±.74로 도움이 된다고 반응하였고 지역사회진단, 기록 및 보고, 집단보건교육, 건강사업계획작성 영역에서는 평균 3점 이상으로 업무수행에 도움된 정도가 비슷하였다. 영유아관리, 가족계획관리, 부락지도자회의, 산전관리, 산후관리, 분만관리는 평균 2점대로 도움정도가 다소 낮게 나타났다. 이 중 분만관리 영역은 평균 2.06±.90으로 실제 업무수행

〈표 10〉 현지실습이 실제 업무수행에 도움 안된 이유

교육내용	직접경험 기회부족	실습기간 부 족	해당사례 없 음	실습지도 부 족	계
	건수(%)	건수(%)	건수(%)	건수(%)	
지역사회진단	14(51.9)	5(18.5)	2(7.4)	6(22.2)	27(100)
건강사업계획 작성	15(53.6)	4(14.3)	2(7.1)	7(25.0)	28(100)
기초진료	8(53.3)	2(13.3)	-	5(33.3)	15(100)
가정방문관리	6(37.5)	4(25.0)	1(6.3)	5(31.3)	16(100)
산전관리	23(33.3)	3(4.3)	38(55.1)	5(7.2)	69(100)
영유아관리	20(41.7)	2(4.2)	22(45.8)	4(8.3)	48(100)
분만관리	18(20.9)	4(4.7)	58(67.4)	6(7.0)	86(100)
산후관리	16(22.5)	3(4.2)	46(64.8)	6(8.5)	71(100)
부락지도자회의	20(35.7)	-	28(50.0)	8(14.3)	56(100)
가족계획관리	17(30.4)	2(3.6)	31(55.4)	6(10.7)	56(100)
건강상담	4(44.4)	-	1(11.1)	4(44.4)	9(100)
기록 및 보고	8(36.4)	3(13.6)	1(4.5)	10(45.5)	22(100)
집단보건교육	8(29.6)	3(11.1)	7(25.9)	9(33.3)	27(100)

에의 도움정도가 가장 낮게 나타났다. (표 9).

현지실습 영역중 도움정도가 가장 낮은 분만관리에 대한 도움이 안된 이유를 분석한 결과 분만사례가 없는 것이 67.4%를 나타냈고, 다음으로 직접경험의 기회가 부족 20.9%, 실습지도 부족 7%, 실습기간 부족 4.7%를 나타냈다. 이외에도 산전, 산후관리, 가족계획, 부락지도 자회의 영역에서의 도움이 안된 이유를 분석한 결과 해당사례가 없음이 50%이상을 차지하였고, 직접경험 부족은 20%~33%를 차지하였다. 그러나 지역사회진단, 건강사업계획작성, 기초진료 영역에 도움이 안된다고 응답한 경우의 이유는 직접경험 기회의 부족이 50% 이상을 차지하였다(표 10).

보건진료원 특성과 현지실습이 실제 업무수행에 도움된 정도의 관계는 통계적으로 유의한 것은 없었으나 현지실습이 업무수행에 도움을 준 정도는 이론교육과 임상실습에서와 유사하게 미혼보다는 기혼인 경우가, 장학보다는 선발간호사인 경우가 실제 업무수행에 도움을 준다고 인식하였다.

#### 4. 직무교육과정 운영내용 평가

본 연구에서는 교육(이론교육, 현지실습, 임상실습)기간, 실습장소, 직무교육 운영방법, 현지실습시기에 대한 적절성을 평가하였다(표11).

〈표 11〉 직무교육기간에 대한 의견

변수	n=116		
	너무 길다 인수(%)	적당하다 인수(%)	너무 짧다 인수(%)
총 교육	8 (6.9)	68 (58.6)	40 (34.5)
이론교육	8 (8.0)	56 (48.3)	60 (51.7)
임상실습	13 (11.2)	60 (51.7)	43 (37.1)
현지실습	16 (13.8)	68 (58.6)	32 (27.6)

\*무응답 제외

표 11에서 전반적인 교육기간은 58.6%가 적당하다고 평가하였고, 너무 짧다가 34.5%, 너무 길다가 6.9%로 보건진료원의 50% 이상이 24주간의 직무교육기간이 적당한 것으로 평가하였다. 이론교육에서는 교육기간이 너무 짧다가 51.7% 응답하였고 48.3%가

적당하다고 하였으며 교육기간이 길다고 평가한 것은 8%로 이론교육은 보건진료원의 50% 이상이 짧은 것으로 평가하였다. 임상실습은 보건진료원의 51.7%가 적당한 것으로 평가하였다. 그러나 현지실습에서는 보건진료원의 13.8%가 길다고 평가하였고 58.6%가 적당하다고 반응하였다. 이는 현지실습이 임상실습과 이론교육에 비해 실습기간이 길다고 평가한 보건진료원이 많은 것으로 평가되었다(표 11).

설문조사결과에 의하면 1, 2, 3차 의료기관을 병행하여 실습을 하자는 응답이 50%, 1, 2차 의료기관 선호도가 35.3%, 3차 의료기관이 7.8% 그외에 대학종합병원보다는 일차진료를 중심으로 하는 장소 혹은 교육생들에게 협조적이면서 많은 사례를 접하고 실제 경험을 할 수 있도록 배려해 주는 곳, 이론교육을 하는 강사진들의 근무장소가 대부분 교육기관의 부속병원이므로 그장소에서 실습하는 것이 이론과 실습을 접목하는데 유리하다는 의견이 6.9% 차지하였다(표 12).

〈표12〉 임상실습장소 선호도에 대한 의견

구분	n=116	
	인수(%)	
1, 2차 의료기관	41 (35.3)	
3차 의료기관	9 (7.8)	
1,2,3차 의료기관병행	58 (50.0)	
기타	8 (6.9)	

직무교육 운영방법에 대한 의견으로는 이론과 실습을 병행하여 실시하자는 의견이 48.3%로 가장 높게 나타났다. 이론과 실습을 분리하여 실시는 의견이 37.8%, 아무방법이나 무방하다고 반응한 보건진료원은 13.8%였다(표 13).

〈표13〉 직무교육 운영방법에 대한 의견

구분	n=116	
	인수(%)	
이론과 실습을 분리하여 실시	44 (37.9)	
이론과 실습을 병행하여 실시	56 (48.3)	
어떤 방법이든지 무방	16 (13.8)	

현지실습시기에 대한 의견은 이론교육과 임상실습 후에 하자는 의견이 59.6%로 가장 높았다. 이론과 임상실습 중간에 현지실습을 하자는 의견이 24.1%, 이론교육과 임상실습 전에 하자는 의견이 19%로 나타났다 (표 14).

〈표 14〉 현지실습시기의 적절성

n=116	
구분	인수(%)
이론교육과 임상실습 전	22 (19.0)
이론교육과 임상실습 중간	28 (24.1)
이론교육과 임상실습 후	66 (56.9)

## VI. 논 의

직무교육과정중 이론교육의 영역별 도움정도를 분석한 결과, 일차보건의료가 가장 높은 도움정도를 나타냈고, 사업운영관리, 사업계획수립, 통상질환관리, 지역사회조직 및 개발, 지역사회 보건관리, 가정간호관리, 정부보건사업, 모자건강관리/가족계획, 보건정보체계 순으로 나타났다. 실제 업무수행에 도움정도가 낮은 보건정보체계와 모자건강관리/가족계획영역에서의 도움정도가 낮은 이유는 활용기회가 없다는 것이 39%~89%로 가장 높게 나타났고, 교육내용 불충분, 교육방법 부적합, 교육항목 부적절 순으로 반응하였다. 이상의 결과를 김진순 등(1982)의 연구결과와 비교했을 때 그 당시에는 교육영역이 4가지였고 그중에서 가장 실제 업무수행에 큰 도움이 된 교육영역은 일차진료였으며, 모자보건, 지역사회개발 및 행정, 기타보건사업 순으로 나타났다. 도움이 안되었을 경우 그 이유는 실제와 타당성부족이 가장 큰 이유이었으며, 활용기회가 없기 때문인 것은 11.3%~22.7%로 나타났다. 본 연구결과와 비교했을 때 이론교육 영역면에서는 1982년도에 4개 영역이었던 것이 본 연구에서는 10개의 영역으로 세분화된 것을 볼 수 있었고, 또한 1982년 연구에서는 일차진료 영역이 실제 보건진료원 업무수행에 가장 도움이 되었고 기타 보건사업이 가장 도움이 안된다고 응답하였으나 본 연구결과는 모든 영역에서 도움정도가 높게 나타났으나 우선순위로 분석한 결과

에 의하면 일차진료 영역보다는 일차보건의료나 사업계획수립, 사업운영관리 영역에서 도움정도가 높게 나타났다. 지역사회보건관리 영역에서도 실제 업무수행에 도움정도가 높게 나타났다.

이상과 같은 결과는 시대적인 변화에 따라 질병치료가 아닌 예방과 건강증진자로서의 보건진료원의 역할이 필요로 되고 있음을 반영한다고 할 수 있다.

임상실습이 실제 업무수행에 도움된 정도를 전체평점으로 보았을때는 3점 이상으로 높은 도움정도를 나타냈다. 각 과별 임상실습의 도움정도를 높은 순으로 보면, 내과, 피부과, 소아과, 응급실, 외과, 산부인과, ENT/안과, 재활과/정형외과 순으로 나타났다. 또한 도움됨과 안됨으로 나누어 보았을 때 산부인과는 65%만이 실제 업무수행에 도움된다고 응답하였다. 산부인과 임상실습에서 실제 업무수행에 도움이 안된 이유는 실습기관의 성의부족, 직접 경험부족, 실습지도 부족, 실습기간의 부적절 순으로 나타났다. 임상실습이 업무수행에 도움이 안된 이유를 전체적으로 분석했을때는 직접경험 부족, 실습기관의 성의부족, 실습지도 부족, 기간의 부적절, 실습도구 부족 순으로 나타났다.

김진순 등(1982)의 연구결과에 의하면 임상실습에서는 임상검사와 ENT/안질환관리, 정신건강이 가장 도움이 안된다고 응답하였고, 도움이 안된 이유로 임상검사는 실제와 타당성부족, 교육자료부족, 활용기회가 없다고 나타났으며, ENT 및 안과질환관리는 시간부족, 교육방법 부적합 및 교육자료 부족을 들었다. 정신건강이 도움이 안되는 이유는 실제와 타당성부족, 시간부족 및 현지활용기회가 없는 것으로 나타났다. 본 연구에서는 가장 도움이 안된 영역이 산부인과로 응답하여 1982년에 88%가 도움이 된다고 응답한 것과 다른 결과가 나타났다. 또한 급속한 사회환경변화에 따라 정신적인 스트레스 문제가 심각하게 대두되면서 기존에는 정신건강이 도움이 안되었다가 최근에는 지역사회에서 심각한 문제로 대두되었다.

본 연구에서 임상교육이 도움안된 사유로 직접경험부족, 실습기관의 성의부족, 실습지도 부족, 기간의 부적절, 실습도구 부족 순으로 나타났다. 이를 해결하기 위해서는 협조적인 임상실습기관을 선택하는 것과 이론교육을 성공적으로 이끌기 위한 방안으로 강사들에게 보건진료원 직무교육에 대한 오리엔테이션 시간을 마

련한 것과 같이 임상실습에서도 보건진료원 직무교육에 대한 임상실습기관에서의 담당자를 위한 오리엔테이션을 실시하는 것도 하나의 방법이라고 할 수 있다.

현지실습의 도움정도는 건강상담, 기초진료, 가정방문관리, 지역사회진단, 기록 및 보고, 집단보건교육, 건강사업계획작성, 영유아관리, 가족계획관리, 부락지도자 회의, 산전관리, 산후관리, 분만관리 순으로 도움정도가 나타났다. 업무수행에 도움정도가 가장 낮게 반응한 분만관리에 관한 현지실습의 도움 안된 이유는 분만사례가 없다는 것이 68%를 나타냈고, 직접경험 부족, 실습지도 부족, 실습기간 부족 순으로 나타났다. 이외에도 산전관리, 산후관리, 가족계획, 부락지도자 회의에서의 도움 안된 이유는 해당사례가 없는 것이 50% 이상이었고, 직접경험 부족이 20%~33%를 차지했다. 그러나 지역사회진단과 건강사업계획작성, 기초진료는 직접경험 부족이 50% 이상을 나타냈다.

김진순 등(1982)의 연구에서는 본 연구결과와 같이 가장 도움정도가 낮은 교육내용은 분만관리로 나타났다. 그러나 도움이 안된 이유에서 1982년도는 직접경험부족 40.3%, 사례없음 25.2%, 활용기회 없음 22.4%를 나타냈으나 본 연구에서는 분만사례가 없는 것이 68%, 직접경험 부족 21%로 시대적인 변화에 따른 차이를 볼 수 있다.

직무교육과정의 전반적인 운영에 대한 의견으로 교육기간에 대해서는 총 6개월이란 기간이 50%이상이 적당하다고 응답하였고, 교육과정중 실습(현지, 임상)은 50% 이상이 적합하다고 응답하였으나 이론교육은 50%이상이 너무 짧다고 응답하였다.

임상실습장소에 대한 선호도는 1차, 2차, 3차 의료기관을 병행하길 원하는 경우가 50%이상을 차지하였다. 임상실습장소 선정은 교육팀에게 해마다 신중한 결정을 요구하는 것으로 전년도 교육생들의 의견이 다양하기 때문에 하나로 수렴하기가 어려운 부분이었다. 직무교육 운영방법에 있어서는 이론교육과 실습교육을 병행하여 실시하자가 48%로 가장 높게 나타났다. 이론과 실습을 병행해 오는 교육내용은 보건정보체계 영역에서의 컴퓨터교육과 통상질환관리 영역에서의 건강사정과 외과질환관리 교육은 이론과 실습을 병행한 교육을 실시해 왔다. 점차적으로 이론과 실습을 병행한 교육을 확대시켜야 할 것이다.

현지실습시기에 대한 의견은 이론교육과 임상실습을 한 후에 하자는 의견이 50% 이상을 나타냈다. 그러나 현지실습 시기를 선정할 때 무엇보다도 우선적으로 고려할 사항은 지역주민들이 보건사업에 적극적으로 참여할 수 있는 시기로서 농번기 등 바쁜 시기는 피하는 것이 바람직하다.

이상의 직무교육과정 운영내용의 결과는 김진순 등(1982)의 연구결과와 유사한 결과를 보였다.

## V. 결론 및 제언

### 1. 결론

본 연구는 보건진료원 직무교육이 보건진료원의 실제 업무수행에 도움된 정도를 파악하고 직무교육의 구체적인 운영내용을 분석함으로써 효과적인 보건진료원 직무교육과정 개선에 기초자료를 제공할 목적으로 수행하였다.

연구방법은 직무교육의 도움정도를 4점 Likert Scale로 점수가 높을수록 직무교육이 업무수행에 도움을 준 정도가 높은 것으로 분석하였다. 결과에서 나타난 몇가지 주요 결론은 다음과 같다.

1. 직무교육(이론교육, 현지실습, 임상실습)의 도움정도는 평점 4점에 전체평균이  $3.04 \pm .53$ 으로 직무교육이 실제 업무수행에 도움이 비교적 많이 도움된 것으로 나타났다. 그중에서도 임상실습이 실제 업무수행에 도움된 정도는 평균  $3.16 \pm .60$ 이고 이론교육이 실제 업무수행에 도움된 정도는 평균  $3.11 \pm .40$ 으로 높게 나타났다. 그러나 현지실습이 실제 업무수행에 도움정도는 평균  $2.84 \pm .60$ 으로 다른 실습과정에 비해 낮은 도움정도를 보였다.

2. 직무교육중 이론교육에서 도움정도가 가장 낮은 교육내용은 모자건강관리/가족계획영역으로 나타났고, 그 이유는 활용기회가 없는 것이 가장 높았고, 그 다음에는 교육내용 불충분, 교육방법 부적합, 교육항목 부적절, 교육시간 부족 순으로 나타났다. 임상실습에서 가장 도움정도가 낮은 것은 산부인과로, 도움이 안된 이유로는 실습기관의 성의부족과 직접경험 부족이 가장 높았다. 또한 현지실습에서 도움정도가 낮은 교육내

용은 가족계획관리, 부락지도자 회의, 산전관리, 산후 관리, 분만관리였고, 그에 대한 이유는 해당사례가 없는 것이 가장 높은 비율을 차지했다.

3. 보건진료원 특별별 직무교육과정(이론교육, 임상실습, 현지실습)이 실제 업무수행에 도움된 정도는 연령이 많을수록, 장학간호사보다 선발간호사인 경우, 미혼보다는 기혼인 경우, 보건진료원 직무교육을 받기 전에 이수한 프로그램이 많을수록, 자격 및 면허종류가 많을수록 도움정도가 높은 것으로 나타났다.

4. 보건진료원 직무교육기간은 50% 이상이 적당하다고 반응하였고, 임상실습장소는 1차, 2차, 3차의료기관을 병행하자는 의견이 50% 이상이었다. 직무교육 운영방법은 실습과 이론을 병행하자는 의견이 50% 이상을 차지하였다.

이상의 결과를 종합해 볼 때 직무교육과정중 실제 업무수행에 도움된 정도가 낮은 현지실습은 심도있는 분석과 재검토가 이루어져야 할 것이다. 또한 교육내용별 도움정도가 낮은 모자건강관리/가족계획영역은 도움안된 이유에 따른 새로운 교육방법을 모색해야 할 것이다.

## 2. 제언

본 연구결과를 근거로 하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 본 연구는 6년 동안의 교육이수자를 대상으로 직무교육이 실제 업무수행에 도움된 정도를 파악한 것으로 기억력에 한계가 있으므로, 비록 적은 수의 응답자일 수는 있으나 최근에 교육받은 대상자를 선택하여 질적연구방법을 사용할 것을 제안한다.

2. 이론교육과 현지실습 결과분석에서 나타났듯이 모자보건사업/가족계획과 관련된 교육내용은 도움된 정도가 낮게 나타났다. 이는 우리나라의 모자보건사업과 가족계획사업의 성공적인 시행으로 합계출산율의 저하라든지 병원에서의 분만율이 높은 것으로 나타난 결과로 볼 수 있다. 따라서 모자건강관리와 가족계획 영역에서는 기존의 교육내용이 아닌 시대적상황에 맞는 새로운 교육내용으로 변화해야 할 것이다.

3. 연구결과에서 현지실습에 대한 체계적이고 정밀한 검토가 이루어져야 함이 언급됨에 따라 기존에 사용하였던 지침서에 대한 재검토를 통해 변화된 환경에 맞는 구체적이고 체계적인 현지실습 지침서개발이 요구된다.

## 참고문헌

- 경북대학교·전남대학교 의과대학(1986), 간호대학 교육과정내 보건진료원 교육과정 통합 운영에 관한 연찬회 보고서
- 김모임(1991), 보건진료원 활동성과와 향후 활동방향. 우리나라 일차보건의료사업과 보건진료원의 역할에 관한 평가원칙 자료집
- 김수춘, 김은주(1994), 21세기를 향한 보건의료 정책 과제, 한국보건사회연구원
- 김의숙, 최연순, 조원정, 김조자, 오가실(1988), 보건진료원 활동분석 및 교육과정 개발연구, Research Report Submitted to International Development Research Centre
- 김정태, 황나미, 김진순, 장지섭(1985), 농촌일차보건의료사업 연구보고서-지도감독 체계 및 보건진료소 이용도 평가, 한국인구보건연구원
- 김진순, 유호신, 김은주, 고경환, 신문정(1991), 보건진료원제도 운영개선에 관한 연구-보건진료원제도 평가원칙을 중심으로-, 한국보건사회연구원
- 김진순, 오영애(1985), 보건진료원이 배치된 농촌지역의 모자보건 및 가족계획 수혜실태, 한국인구보건연구원
- 김진순, 오영애, 유호신(1985), 보건진료원의 일차진료기술 및 직무에 관한 연구보고서-보건진료원 제도 개선의 일환으로-, 한국인구보건연구원
- 김진순, 오영애, 유호신(1982), 보건진료원 활동평가 조사 연구 - 보건진료소 및 운영협의회, 한국인구보건연구원
- 서문숙(1984), 보건진료원의 역할달성에 관한 연구, 연세대학교 보건대학원 석사학위논문
- 백화중, 황윤미(1997), 의료인력 양성 및 관리현황과 개선방향, 한국보건사회연구원
- 보건사회부(1984), 보건진료원 교육과정 종합평가회



결과보고서

- 이대희, 이희용, 정 윤(1995), 공중보건의사 직무교육 개선방안. 한국보건사회연구원
- 이정자(1984), 보건진료원 교육생의 직무교육과정에 관한 의견조사 연구, 연세대학교 교육대학원 석사 학위논문
- 조남훈, 김승권, 이삼석, 오영희, 문현상(1998), 최근의 인구동향과 대응전략. 한국보건사회연구원
- 조원정, 이경자(1992), 보건진료원 직무교육 교과과정 개선을 위한 일 연구, 연세대학교 간호대학 한국보건개발연구원(1981), 보건진료원 관리요원 연수과정 결과보고
- 한국인구보건연구원(1982), 보건진료원 장기개발을 위한 세미나 및 연구결과 보고서
- 홍영신, 이인숙(1994), 보건진료원 제도운영평가에 관한 연구-우리나라 1차 보건의료제도 방향 재설정을 위하여-, 간호학회지, 24(4) : 568-583
- Thornton, Cathy L. (1996), Nurse Practitioner in a Rural Setting. Nursing Clinics of North America, 31(3) : 495-505
- David D., & Drees N.(1993), Community health nursing in rural and frontier countries. Nursing Clinics of North America, 28(1): 159-169
- Delao, R.(1992), A day in the life of a rural community health nurse. Tales from the trenches. Caring, 11(2) : 10-12
- Kim, Mo-Im (1995), Primary Health Care in Korea -Activities of Community Health Practitioners-, College of Nursing Yonsei University.
- World Health Organization(1978), Report of the International Conference on primary health care Alma-Ata, USSR 6-12 September 1978 Geneva

ABSTRACT

## A Study on Curriculum Development for CHPs

Myung-Soon Kwon (College of Nursing, Yonsei University)

The study was done to improve the job training course for Community Health Practitioners (CHPs) by evaluating the level of help that the training provided to the CHPs in carrying out their work and to analyze the management activities of the CHPs in order to develop a more effective CHP training program.

The methodologies used in the study were a questionnaire survey.

The survey results were analyzed using SPSS Windows.

The study results are as follows.

1. The total average level of help from the job training(Theory, Practice and Field Practice) for carrying out the CHP work was found to be  $3.04 \pm .53$  (of a possible 4), which indicates a high level of help. The average for clinical practices was  $3.16 \pm .60$ , for theory,  $3.11 \pm .40$  and for field practice,  $2.84 \pm .60$ .

2. For the theory content of the job training courses, the help level was low in the area of mother and child health management/family planning with an average of  $2.65 \pm .62$  and in the area of health information system development with an average of  $2.62 \pm .83$ . The reason for these deficiencies were, in order of frequency, few opportunities to apply learning, training content that was inadequate, training methodologies which were incongruent with content, improper training items and insufficient class hours. For the practice, the clinical work in rehabilitation/orthopedics departments and in ENT/Ophthalmology departments had averages of  $2.96 \pm .86$  and  $2.97 \pm .80$  respectively. This low level resulted from the lack of direct experience, lack of sincerity during the practice time, lack of practice guidance, insufficient time and lack of practice equipment, in that order. For the field practice, the delivery management averaged  $2.06 \pm .90$  as the lowest help level. In this case 68% of respondents replied that there were no relevant reasons for this deficiency, 21% responded

that there was a lack of direct experience, 7%, a lack of practice guidance and 4.8%, insufficient time.

3. There were significant differences for several demographic variables when comparing the help level of the clinical courses (Practice and Field Practice). A higher help level was reported by older nurses as compared to younger ones, experienced nurses as compared to scholarship nurses, and married over single. Also for nurses who had finished more other programs and were qualified or licensed in several areas the level was high. Although it was not statistically significant the level was higher if the work area was in a rural county, not a city, and if one had more recently completed the job training( $P < .05$ ).

4. Of the respondents 58.6% replies stated the period of job training for the CHP was adequate, but 51.7% reported that the period for theory courses was too short while an other 48.3% responded that it was sufficient. For practice locations, 50% responded that it was good to practice in medical institutions(primary, secondary and tertiary) at the same time. While 48.3% agreed that doing theory and practice simultaneously was good, and 56.9% agreed that field practice should be done after completing theory and practice training.

Hence, the development of new field practice guidelines suitable for changing environments of health management are required in place of the existing ones which were considered low in help level to the practical work of the CHPs.