

지역사회 간호 서비스 전달 체계 모형 개발* - 가정방문서비스를 중심으로 -

김 성 실**

I. 서 론

우리 국민을 위한 보건의료 제공 행태는 치료위주로 이루어져 왔다. 이는 국민의 건강에 대한 가치관이 질병 발생과 그 치료에 초점을 두고 있었기 때문에 질병발생을 억제하도록 하는 개인적 또는 국가적 시도는 매우 미온적이었다. 이는 경제수준과 국민 교육수준에 밀접한 관계가 있다고 본다. 우리 나라에서 공중보건 사업이 본격적으로 시작된 것은 보건소 법이 제정(1956)되고 그 시행령(1959)이 공포된 이후 보건소 조직망을 통해 전염병 예방, 모자보건사업, 결핵관리사업, 가족계획 등 예방 사업이 중점적으로 수행되었다. 보건소는 1977년, 1989년 전국민의료보험이 실시되면서 일차진료기관(의료)으로 치료기능이 부가되어 질병 예방사업과 치료 사업이 통합된 보건의료사업을 실시하게 되었다(Kang et al 2000; Kim et al 2000; Kim et al 1999; Kim & Yun 1998) 1995년에 이르러 국가 경제 사회 보건의료 상황이 변화함에 따라 보건소의 기능은 종래의 질병 예방 등의 업무가 주민의 평생 건강관리의 기능을 수행하도록 보건소 법을 지역 보건법으로 바꾸면서 업무내용은 지역 사회의 노인인구의 증가에 따른 만성 퇴행성 질환의 증가 등을 해결하기 위한 사업이 간호사의 주된 업무로서 수행되고 있으며 따라서 노인 건강 문제와 그와 함께 가족건강문제, 경제 문제 등 복합된 문제가 보건소 업무의 주요과제로 확대되어 가는 추세에 있다.

보건소는 한 조직으로 그 기능과 책임의 배분을 통해 목표달성을 촉진하기 위한 인력의 배치를 해야하고 구체적인 목적을 성취하기 위해 협력적인 관계를 유지하여야 하는 사회적 구조이다.(Scott 1980) 한국의 보건소는 행정구역상 시, 군, 구에 두며 그 소재 지역에 따라 구조와 체계, 조직, 기구, 인력배치가 각각 다르게 이루어져 있다. 서울 특별, 광역시의 구 보건소의 규모와 구조 및 조직체계와 시, 군에 소재 한 보건소의 조직 또한 다르므로 사업목표를 달성하기 위 하여는 원활한 사업 운영이 가능하도록 하는 구성과 조직체계가 업무수행에 보다 강력한 추진력을 가질 수 있다. 한 조직의 원활한 운영을 평가하는 지표로도 생산성 및 효율성과 함께 사업 구성원이나 종사자들의 업무 만족이 높으면 생산성을 증가시키는 효과가 있고, 조직의 효과와 유효성을 평가하기 위하여는 조직구성원인 업무 종사자들의 업무 만족을 지표로 하고 있다(Kilmann, 1976; Gibson, 1970; So & Shin, 1998)

사업의 구조적 요소인 인력의 특성, 이들이 사용하는 인적 물적 재정적 지원, 조직 및 근무여건 등은 사업의 투입요소로서 서비스 내용 및 질에 직·간접으로 영향을 미칠 수 있다. 즉, 서비스 제공 측면에 대하여 자격을 갖춘 인력 조직, 좋은 시설과 장비가 잘 구비되어 있는 서비스는 그렇지 못한 여건에서의 서비스보다 높은 질의 서비스 일 것이라는 것이 전제된다(Shin 1991).

우리 나라 보건소의 인력 구성의 기반은 공무원으로

* 본 논문은 한림대학교 2000년 교비로 연구됨
** 한림대학교 간호학과

직렬을 보면(지역보건법 시행령 10조) 보건, 식품위생, 의무, 약무, 간호로 구성되며 전문성으로는 의사면허소지, 간호사 면허소지, 약사면허소지, 기타지역 소지등이며 보건소의 인력 중 약 20~30%는 간호직(Lee et al 1998; Kim, 1997)이 맡고 있다.

보건소의 간호사는 보건간호사로서 1995년 지방자치 를 시작한 이후 기초자치단체 단위별 지역사회의 보건의료수요에 기초한 보건 의료계획을 수립하고 수행, 평가하는 포괄적 보건 사업의 중심 인력으로 지역사회 간호 사업을 한다. 지역사회 간호 사업을 효율적으로 운영하려면 사업 계획과 수행과정이 접근 용이하여야함을 인식하여야 한다. 지역사회 간호사의 가정방문 기능은 초창기 병든자를 심방하는 교회 또는 수도원 또는 수도회에서 시행했던 가정방문 양식이다.

병자를 간호하기 위한 가정방문은 미국에서 1813년에 설립된 South Carolina의 Benevolent 자조회 여성들에 의하여 제공되었고 그 후 병원에서 제공하는 간호서비스를 가정에 있는 환자에게 제공하도록 확대 실시했다. 1859년 나이팅게일은 william Rathbon을 도와 최초로 영국에 구역 보건 간호 협회를 결성하였다. 1866년 미국 필라델피아에 1889년 시카고에 방문간호협회(visiting nurses association)가 설립되었고 미국은 1885년 Boston, Philadelphia에 구역 간호 협회를 설립하였고 구역간호협회는 담당구역의 가정을 방문하여 간호서비스를 제공하였다.

우리 나라의 방문간호사업은 서울시가 1990년 농어촌에서 유입된 인구로 인한 행정 구역의 확대로 도시 인구 비율은 73%에 달하고(Kim, 1988; Kim 1992; Ko, 1996) 도시에 유입된 새로운 도시 이주민은 사회적으로 소외되어 건강저해와 정신건강문제 및 각종 사고를 당하게 되는 확율이 높았다(Ko, 1996) 즉, 영세지역이 가지고 있는 주택과 밀집상태, 미비한도로 및 정서적 육체적 과로, 저소득에 의한 낮은 생활 수준은 직접 혹은 간접으로 질병발생과 관리에 영향을 주었고 예방 가능한 질병의 발생, 조기 진단 및 치료의 기회상실로 인한 유병기간의 연장 등 반복되는 실정이었다(Lee 1992; Bea, 1993).

우리 나라의 방문 간호 사업은 저 소득 층에 대한 일종의 보건의료 서비스 접근을 용이하도록 착안한 서울특별시의 시정 정책이었다(Seoul government paper 1989). 저소득층 집단 지역환자 처리를 실시해오던 서울시가 1989년 보건소 중점 업무 방향 지시 중에 저소

득층 주민 순회 방문진료계획이 시달되었고 1991년 저소득시민 방문간호사업 운영 지침이 시달되면서 방문간호사업의 체계적 통일 기준이 마련되었다(Seoul government paper, 1992). 최초에는 이동순회진료, 저소득층 주민 순회방문 진료, 방문간호사업을 효과적으로 수행하기 위한 보건소에 전담 계를 신설하는 발전을 하였다. 방문간호사업이 전국 보건소의 중점 사업으로 부상한 것은 1999년 공공근로방문 간호 사업 안이 보건복지부에 마련되면서였다. 그 내용은 지역 주민의 보건·복지 요구 대상자를 파악, 가정을 방문하여 서비스를 제공함으로써 한시적, 고학력 전문직 실업자의 고용 확대와 지역사회 보건·복지요구의 해소였고, 파악된 자료는 우리나라 보건복지에 활용한다는 것이었다. 공공근로 방문 간호사업은 전국 보건소와 원하는 대학이 공공근로자 (간호사, 사회복지사)를 활용하여 보건 복지 요구 파악과 서비스 제공, 보건복지 정책 수립 자료 확보의 계기를 마련하였다.

1. 연구의 필요성

우리 나라는 60년대 이후 농어촌 영세민의 도시 유입으로 특정 지워지는 도시화 과정에서 이들 유입인구는 안정적 취업 기회를 얻지 못한 채, 주로 소규모 영세사업, 행상, 잡역 노동자 등 비정규 직업에 종사하게 됨에 따라 도시 빈민층을 형성하게 되었고 이렇게 형성된 저소득층은 생활 환경이 열악한 도시 영세 지역이 집단적으로 거주하게 되면서 새로운 정치적, 사회경제적 문제를 야기하게 되었다(Kim, 1988).

20세기에 들어오면서 세계적으로 나타난 산업화 도시화 현상은 많은 선진자본주의 국가들이 겪은 발전 과정의 한 형태이기도하다.

도시화에 따라 도시로 유입된 대부분의 인구 계층은 도시생활에 적응할 수 있는 특별한 지식이나 기술이 없어 무직이나 불안정한 고용상태로 도시 빈민층을 형성하게 된다. 발전도상국 대부분의 국가가 겪는 도시 과밀현상으로 저소득 집단 지역 즉 슬럼지역에 사는 빈민층은 전체 도시 인구의 약 20~30%를 차지하며(R. ulack 1978) 1990년 WHO보고서에 따르면 서 태평양 지역인구의 51%가 도시 지역에 살고 있기 때문에 국민건강 사업은 도시환경과 도시민에 관심을 두어야 한다고 했다. 아울러 세계 평균 도시 인구 비율은 42%이며(Ko 1996) 우리 나라 도시 인구 집중 추이를 보면 1960년

에 39.1%에서 2000년 82.5%로 증가하고있다(Kim 1988; Kim, 1992; Ko 1996) 또한 한국개발연구원에서 추정된 우리 나라 절대 빈곤 인구는 경제개발의 초기 단계인 1965년은 전국인구의 40.9%였으며 도시 인구의 54.9%로 매우 높았으나 그후 경제성장으로 1976년 빈곤율이 전국의 14.5%, 도시는 18.1%로 낮아졌으며 이러한 추세는 계속되어 1980년 대도시 지역 10.2% 중소도시 지역 11.4% 농촌 지역 9.0%를 나타냈으며 전국 평균 빈곤율은 10% 미만으로 낮아졌다. (ROK government, 1982)

우리 나라의 가난의 원인으로는 사회적 원인과 역사적 원인으로 나누어 지적되는데 사회적 원인으로서는 영세민 출신 도시 이입 자들의 취업 기회 제한과 불안정성, 농촌에 있어서의 경작규모의 영세성, 사회보장 제도의 미개발, 저소득층 자녀의 교육기회 제한으로 인한 가난의 세습화 등을 지적하고 있으며, 역사적 원인으로는 조선 시대 양반관료에 의한 농민착취, 일제에 의한 경제정책 등과 60년대 이후 급격한 도시화 과정에서 영세 이농민에 의한 도시 빈민층의 형성이다.

건강하고 문화적인 최저 생활을 유지할 수 있도록 공적 부조의 역할을 수행해온 생활 보호법은 1961년 제정 이래 영세민에 대한 행정적 대책이 여러 가지 사업으로 영세민의 취업기회의 확대를 위한 직업훈련의 강화와 함께 빈곤의 세습화 방지를 위해 영세 모자녀들의 고등교육 기회 확대, 자영업을 위한 생업자 금융지원, 취업무능력자를 위한 사회복지 시설 확충등의 적극적인 검토를 필요로 하고 있다(김효명, 1988). 2000년 10월부터 시행하고 있는 방문간호사업은 서울시가 도시 빈곤층이 지니고 있는 행태적 특징인 낮은 동기와 욕구수준, 무절제, 의타심 등이 생활 양식으로 형성된 빈곤문화에 대한 정책적 접근의 일환으로 실시한 이동 순회진료를 위한 1990년 예산의 증액이 그 시발로 볼 수 있다(서울시의 약과 대부자료, 1990; 이영애, 1994).

방문간호의 대상은 생활보호 대상자중 건강문제와 질병으로 서비스를 받아야할 대상, 그 밖에 기관장이 인정하는 틈새(제도권밖에 있으나 방문간호관리를 필요로 하는 주민) 대상자로서 방문간호서비스는 우리 나라 보건 의료 전달 체계의 첫 번째 단계로서 주민과 방문간호 담당자의 직접적인 첫 대면으로 대상자 문제를 사정하여 상담 및 교육 활동을 통해 상당한 건강문제와 질병에 대한 해결과 적절한 정보를 제공하여 수요자로 하여금 적절한 의료이용의 선택을 할 수 있도록 안내자의 역할을

하며 방문 간호 서비스는 대상자의 보건 의료의 접근성을 용이하게 하며 대상자 뿐 만 아니라 그 가족을 단위로 포괄적인 간호서비스를 제공한다 즉, 주민이 필요로 하는 내용의 서비스를 질병치료를 포함한 질병예방, 재활, 건강증진에 이르기까지 가정방문접근 방식으로서 주민들의 호응이 높다. 이들 저소득층을 위한 정부의 보건 의료서비스 정책은 방문 간호 사업을 통하여 저렴한 양질의 보건, 의료 서비스 저변확대를 위해 실시된 것이다.

최근 보건소를 중심으로 실시되는 방문간호 사업은 전국적인 보건 지소 및 보건진료소로 확대되는 등 지역사회 간호서비스 전달 양식의 주류를 차지하기에 이르렀다 (Ministry of health & welfare 2001).

우리 나라의 지역사회 간호 서비스 전달이 도시 영세 지역이 형성되면서 방문간호 사업에 우선 순위를 두는 시책을 시행함으로써 인하여 지난 10여년 간 서울 특별시를 필두로 전국의 지역사회 간호 서비스 전달의 우선 대상을 빈곤 영세가구의 환자 또는 건강문제를 가지고 있는 노인 또는 불능 장애자로서 서비스 접근의 1차적 대상에게 방문간호사업을 시행하고 있다. 방문간호사업은 보건소, 보건지소, 보건진료소의 보건 간호사로 하여금 소의 계층인 영세 빈곤 가정을 대상으로 대상자의 건강 유지 및 증진을 도우며, 환자의 빠른 회복과 가족의 건강관리 능력을 길러 주민의 건강보호자활능력이 확대됨으로 국민 건강 증진에 기초를 다지게 되는 것이다. 최근 10년간 방문간호에 대한 연구는 활발하게 이루어지고 있으나 대부분이 서비스 내용과 대상자에 대한 분석, 서비스 만족 : 방문활동에 대한 평가 등이며 서비스 전달 체계에 대한 연구는 미흡한 실정에 있다. 우리 나라에서 시행하는 방문간호는 일본이 1982년 법을 제정하고 행정 이 제공하는 방문지도의 내용과 거의 같다. 즉 일본의 방문지도의 목적은 본인이나 가족에 대하여 필요한 보건 지도를 행하며 심신기능의 저하를 방지하고 건강의 유지 증진을 도모하는 것으로 되어 있다(전경자, 박정영, 2001; 이홍자, 1998). 일본의 방문간호와 재택 care 는 4가지 유형으로 시행하고 있어서 우리 나라의 방문간호사업, 가정 간호 사업은 일본 국에서 시행되고 있는 재택 care 4가지 유형 중의 각각 한 형태이며 미국 주 지역에서 만성질환자나 회복기 환자들이 이용하는 Home health care와 유사하다. 이들은 공통적으로 비용부담은 국가나 지방자치 단체가 책임지는 것이다 (Marion, Merrell, 1991). 이 제도의 특징은 첫째 행정 주체가 공적책임 하에 이루어지는 서비스이며 대상 당사

자와의 계약이 아닌 시정 존장에 의한 행정처분으로 개시된다는 점이다. 방문간호지도는 행정 그 자체로부터 제공되며 그 내용한계가 정해져 있는 것이다.

본 연구를 통한 기대는 지역사회 간호 서비스가 공공 보건의료 조직 체계의 기본 서비스 일반화를 기대할 수 있으며 방문간호수단으로 지역사회간호사업이 정착되는 것을 기대한다. 또한 방문간호 업무 담당자들의 가정방문을 통한 지역사회 간호서비스에 대한 개념의 차별성을 확인할 능력을 기대한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 국가 공공 보건 의료기관에서 실시하고 있는 가정 방문을 통한 지역사회 간호서비스 전달이 특정 대상인 생활 보호자에게 우선 전달되도록 계획 시행하고 있는 방문 간호 사업의

- 1) 조직의 구성, 인력 배치, 행정체계, 운영에 대한 실태를 파악하고
- 2) 방문간호 업무 담당자의 방문간호 사업에 대한 업무 수행, 태도 및 활성화 방안에 대한 방문 간호 사업 조직 구성 요소간의 차이를 확인한다.
- 3) 방문간호 사업의 차별성을 규명하여
- 4) 방문간호 사업을 통한 지역사회 간호 서비스 전달 체계 모형을 개발한다.

II. 연구 방법

1. 연구대상 및 자료수집

본 연구는 공공 보건 조직에서 방문 간호 업무에 종사하고 있는 간호사를 대상으로 소속 기관의 조직 및 구성, 업무활성화, 직업적 태도, 직무수행 상황요인을 조사하였다.

서울 특별시청, 경기도청, 강원도청에 협조로 각 보건소로 설문지를 배부했고 또한 각 보건소에 직접 전화로 방문간호 업무 책임자의 동의를 받아 설문지를 우편으로 발송하였다. 총 516개의 설문지를 회송 봉투를 동봉하여 기관별 발송하여 회수된 설문지 중 최종 자료로 활용할 수 있는 설문지는 352부로 발송한 설문지의 68.2%가 분석에 사용되었다. 자료의 수집기간은 2000년 10월 부터 12월까지 방문간호업무 담당자가 작성한 설문지를 기관 별로 수집하여 우편으로 회수하였다.

2. 측정도구

본 측정도구는 크게 4가지 부분으로 구성되어 있으며 이 도구는 문헌고찰을 통하여 연구자가 개발하였고 지역사회 간호 전공 교수의 자문과 현직 방문간호 업무 담당 간호사의 사전조사를 통하여 문항 수정 및 검토과정을 거쳐 도구로 확정하였다. 도구의 내용은 1) 업무 담당자의 일반적 특성으로 연령, 성별, 학력, 경력, 직렬과 직급, 보수교육 등 6항목 2) 조직 구성으로 지역, 기관장 직렬, 사업책임자, 업무 분담기준 및 단위, 업무 감독, 업무 종사자 등 6항목 3) 사업운영과정으로 업무수행유형, 방문횟수, 대상자, 서비스 내용, 업무부담 등 5문항 4) 사업에 대한 담당자의 수용 태도로 방문간호 활성화 방안 10문항, 방문간호 업무태도 11문항, 방문간호수행 10문항이었다.

도구의 신뢰도를 측정한 결과 Chronbach α 값은 활성화 방안 0.7440, 태도 0.14975, 수행 0.3933이었다.

3. 자료 처리 및 분석방법

자료 분석은 SAS system을 이용하였으며 연구대상자의 인구학적 특성과 사업의 제 특성은 백분율로, 사업 운영과정과 활성화 방안은, likert 4점 척도로 평균 점수가 높을 수록 긍정적이며 업무 태도는 “네”, “아니오”로 내는 2점 아니오는 1점으로 평균점수가 높을 수록 긍정적이며, 방문간호 수행도 업무 태도 측정과 같은 방법으로 평균점수가 높을 수록 긍정적으로 본다. 업무태도, 사업운영과정과 활성화 방안과 대상자의 일반특성, 조직체계 방문간호 서비스 조직 구성과의 유의성을 검정하기 위하여는 T-test를 사용하여 차이를 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

조사대상자의 연령 분포를 보면 36~40세가 23.3%로 가장 많았고 31~35세는 22.7%였다. 기관 연령 분포는 보건소 근무자에서 낮은 분포를 보인다(표 1).

성별은 남성이 3명으로 1%이다. 학력은 전문대 졸업자가 203명으로 57.7%이며 RN-BSN 또는 방송대학 졸업자가 56명으로 15.9%이다.

현 방문 간호 업무 경력은 2년 이하가 189명으로

53.7%이며 평균근무기간은 4년 8개월이다. 임상경력은 2년 이하에서 109명 30.1%이며 임상 경력의 평균기간

은 4년 11개월이다. 방문간호 종사자들의 직렬은 정규직으로는 간호직 177명에 50.3%로 가장 많았고 공공근로

〈Table 1〉 General characteristics of Visiting Health Care Workers

(n)

Characrr	Facility	Total(%)	Health Center(%)	Sub Health Center (%)	Community Health post(%)	Average
Age						
less 25yrs		8(2.3)	7(3.1)	1(1.6)	.	
25 ~ 30yrs		23(6.5)	11(4.9)	6(9.4)	6(9.4)	
31 ~ 35yrs		80(22.7)	53(23.7)	13(20.3)	14(21.9)	
36 ~ 40yrs		82(23.3)	50(22.3)	15(23.4)	17(26.6)	
41 ~ 45yrs		73(20.7)	46(20.5)	14(21.9)	13(20.3)	38.0 year
46 ~ 50yrs		63(17.9)	42(18.8)	12(18.8)	9(14.1)	
51 ~ 55yrs		6(1.7)	5(2.2)	.	1(1.6)	
over 56		5(1.4)	3(1.3)	.	2(3.1)	
no response		12(3.4)	7(3.1)	3(4.7)	2(3.1)	
Sex						
Female		349(99.0)	225(100.0)	62(98.4)	62(96.9)	
Male		3(1.0)	.	1(1.6)	2(3.1)	
Education						
Junior College		203(57.7)	139(61.8)	21(33.3)	43(67.2)	
RN-BS, Broadcast		56(15.9)	37(16.4)	8(12.7)	11(17.2)	
High School		47(13.3)	14(6.2)	31(49.2)	2(3.1)	
Collage		28(8.0)	21(9.3)	1(1.6)	6(9.4)	
Graduate school		10(2.8)	8(3.6)	1(1.6)	1(1.6)	
Others		8(2.3)	6(2.7)	1(1.6)	1(1.6)	
Work Experience (Visiting)						
Less than 1 years		77(21.9)	64(28.4)	12(19.0)	1(1.6)	
1 ~ 2yrs		112(31.8)	90(40.0)	18(28.6)	4(6.3)	4년 8개월
3 ~ 4yrs		43(12.2)	30(13.3)	6(9.5)	7(10.9)	
5 ~ 10 yrs		26(7.4)	13(5.8)	4(6.3)	9(14.1)	
More than 10 years		69(19.6)	16(7.1)	17(27.0)	36(56.3)	
no response		25(7.1)	12(5.3)	6(9.5)	7(10.9)	
Clinical Experience						
Less than 1 years		26(7.4)	14(6.2)	6(9.5)	6(9.4)	
1 ~ 2yrs		83(23.6)	58(25.8)	11(17.5)	14(21.9)	
3 ~ 4yrs		74(21.0)	59(26.2)	7(11.1)	8(12.5)	4년 11개월
5 ~ 10 yrs		34(9.7)	22(9.8)	8(12.7)	4(6.3)	
More than 10 years		18(5.1)	18(8.0)	.	.	
No response		117(33.2)	54(24.0)	31(49.2)	32(50.0)	
Position						
Nurse		177(50.3)	164(72.9)	13(20.6)	.	
CHP		67(19.0)	3(1.3)	.	64(100.0)	
Pubic health		61(17.3)	17(7.6)	44(69.8)	.	
Part time Nurse		37(10.5)	34(15.1)	3(4.8)	.	
Med. Tech.		2(0.6)	.	2(3.2)	.	
Other		8(2.3)	7(3.1)	1(1.6)	.	
Grade						
level 9		2(0.6)	1(0.4)	1(1.6)	.	
level 8		57(16.2)	35(15.6)	22(34.9)	.	
level 7		146(41.5)	104(46.2)	33(52.4)	9(14.1)	
level 6		86(24.4)	31(13.8)	1(1.6)	54(84.4)	
others		61(17.3)	54(24.0)	6(9.5)	1(1.6)	
Job training						
Psychiatric Health		53(14.4)	41(17.2)	9(14.5)	3(4.7)	
Public Health		49(13.3)	42(17.6)	5(8.1)	2(3.1)	
Home Health Care		38(10.3)	35(14.6)	3(4.8)	.	
Nurse Practitioner		36(9.8)	1(0.4)	.	33(54.6)	
Sex Education		1(0.3)	1(0.4)	.	.	
Home Visiting		2(0.5)	.	1(1.6)	.	
Chronic Disease		2(0.5)	.	1(1.6)	.	
Health Education		1(0.3)	.	1(1.6)	.	
Rehabilitation		2(0.5)	1(0.4)	.	1(1.6)	

또 기타 계약직 간호사도 12.8%를 차지하고 있다. 보건소는 간호직이 72.9% 보건지소는 보건직이 69.8% 보건진료소는 별정직으로 인력 배치가 되어 있다.

직급은 7급이 146명으로 41.5%가장 많았으나 기관별로는 보건진료소에서는 6급이 84.4%로 높은 직급을 차지하고 있다.

직무교육기회는 대상자의 47.4%인 167명만이 교육기회를 가졌고 교육과목은 정신 보건 28.8%로 그 빈도는 53회로 가장 많았고 보건 간호, 가정간호 순으로 다양하였다. 교육이수자의 평균 기회 빈도는 1.1회였고 기관별로는 보건진료소는 교육이수자의 84.6%가 보건진료원 과목의 교육을 이수했고 가장 낮은 교육기회가 주어진 곳은 보건 지소로 전체 인원의 34%인 22명만이 교육기회를 얻었다.

2. 업무 조직 체계

시도별 조사 대상은 서울 118명 33.5%, 경기 56명 15.9% 강원 178명 50.5%이다. 방문간호로 지역사회간호 전달체계가 이루어지는 공공 보건 의료 기관은 보건소 소속 225명, 보건지소 63명, 보건진료소 64 명으로서 방문 간호 업무 담당의 단위는 지역별 담당으로 방문간호 대상을 분담한 곳이 291 명으로 82.6%이며 질병별 분담으로 실시하는 대상자는 26명 2.3%, 건강정도에 따른 분담이 10개소 10명으로 2.0%이나 생의 주기별 분담이 25명 3.7%이다. 기관별로 보면 보건소는 지역담당으로 분담, 보건지소는 질병별 담당으로 분담, 보건진료소는 대상과 건강정도별로 분담하고 있다. 방문간호 업무 결제 자에 대하여는 서울시의 경우 시도에 따라서 기관장인 보건소, 보건지소, 보건진료소장의 결제를 받는 경우가 107(30.3%)이고 계장 결제 78개소(22.4%) 실(팀)장 결제 41개소(11.6%) 협의회장 결제가 17개소(4.8%)이며 기타인 결제 선이 불명확하거나 본인 선에서 하는 경우가 61개소(17.3%)이다. 업무 감독 및 책임은 기관장인 보건소장, 2개소로 1.7%이고 과장급 24개소 20.3%, 계장 급이 50개소 42.4%로 가장 많다. 경기도의 경우는 기관장 31개소(55.4%)로 가장 많았고, 다음이 소속계장 9개소 (16.1%)이었으며 강원 지역도 기관장이 74개소(41.6%)로 가장 많았고 다음이 소속계장 책임 20개소 (11.2%)이다.

방문간호사업을 위한 업무조직 단위의 근무 부서는 주로 계 (방문간호계) 수준이 160개소(45.4%) 팀(방문

간호팀)이 89개소(25.2%) 실 수준(방문간호실)이 6개소(1.7%),과 수준이 8개소(2.2%)에 소속되어 있다. 방문간호 업무의 소속 부서가 부정확한 기관이 89개소(25.2%)에 이르고 있다(표 2).

3. 사업 운영과정

1) 간호 대상자

가정 방문을 통하여 서비스를 받은 대상자는 방문간호 업무 담당자가 제시한 환자들로서 방문간호를 받고 있는 대상의 평균 연령은 66.1세로서 강원지역대상연령이 가장 높은 68.4세이다. 대상자의 의료보장은 기초 생활보호대상으로 의료보호자가 총 대상환자 1238명 중 880명(71.1%)이며 경기지역이 가장 낮은 분포로 57.2%이다. 방문간호서비스를 받고있는 조사대상자의 27.6%가 국민건강보험대상자이며 경기 지역이 38.1%로 분포도가 높다. 조사대상자의 전·현 직업은 무직업이 현직이나 전직에 있어서 75.8%, 55.9%로 가장 높다. 직업에 종류로는 강원 지역은 농업이 23.4%로 차 순위이고 응답하지 않은 경우가 전 대상의 16.5% 205명을 차지하였다.

학력은 무학이 615명(49.7%)으로 가장 많고 시도별 차이는 강원지역이 56.5%(408명)으로 가장 높았다. 종교 분포는 종교가 없는 경우가 57.3%로 가장 많았고 종교를 갖고 있는 대상 중에는 기독교 신자가 20.3%로 서울(30.7%) 경기(22.4%) 지역에서 높았다. 결혼상태는 기혼이 698명(56.4%)로 가장 많았고 서울지역이 206명(67.4%)으로 높다. 사별이 318명(25.7%)이며 경기 지역에서 33.8%로 높았다. 가족사항은 독거 가족이 28.2%로 높은 분포이며 시도간의 차이는 없었다. 방문간호 대상자는 1,2,3대 가족이 고루 분포되어 있다. 가족의 지지 형태도 부부가 가장 높은 31.1%로 타 연구인 가정 간호 사업에서와 유사한 형태를 보인다.

방문간호대상자가 보유한 질병의 종류는 22종 이상으로 고혈압 뇌졸중의 분포가 가장 높은 47.6%를 차지하고 있으며 서울 지역에 비해 경기(53.1%) 강원(49.2%) 지역이 각각 높았다. 관절염(14.1%)과 당뇨(13.6%)가 다음순위였다. 가족의 지지를 받을 수 있는 경우는 826명(66.7%)이며 시도간의 큰 차이는 없다. 가족의 지지를 받을 형편이 못되는 경우가 24.3%(301명)이며 무응답을 포함하면 412명(33.2%)이 된다. 시도별 가족지지를 받기 어려운 지역은 강원지역이 25.5%(184명)로 가장 높았다. 대상자들의 질병문제와 복합적으로 함께 가

지고 있는 또 다른 문제가 있는 대상이 790명(63.8%)나 된다. 내용으로는 경제문제가 가장 많으며 서울(38.9%) 경기(35.2%) 지역이 더욱 많았다. 방문간호 대상자 의뢰 서비스 대상은 52.9%이며 의뢰기관은 병원이 43.9%로 가장 높다. 경기 지역은 의뢰대상이 다른 시도에 비해 낮은 반면 병원의뢰는 51.2%로 가장 높은 현상

을 보인다. 읍·면·동의 행정기관 의뢰비율도 다른 지역에 비해 높은 차이를 나타낸다.

2) 가정 방문 서비스 내용

가정방문을 통한 방문간호 대상자에게 제공되는 간호 서비스는 기본간호, 치료적 간호 교육과 지도 및 상담과

<Table 2> Organizational System of Visiting Nursing Service Facility (n)

Characteristics / Area	Total	Seoul	Kyonggi	Kang-Won		
Facility	352	118	56	178		
Health Center	224	118	40	66		
Sub Health Center	63	.	13	50		
Community Health Post	65	.	3	62		

Unit of Work						
District	291(82.6)	118(100.0)	49(87.5)	124(69.7)		
Disease	26(2.3)	.	5 (8.9)	21(11.8)		
Conditoin(severity)	10(2.0)	.	.	10(5.6)		
Life cycle	25(3.7)	.	2(3.6)	23(12.9)		
	352(100.0)	118(33.5)	56(15.9)	178(50.6)		

Executive						
Diractor of Facility	107(30.3)	2(1.7)	31(55.4)	74(41.6)		
Head of Division	36(10.2)	24(20.3)	2(3.6)	10(5.6)		
Chief Clerk	79(22.4)	50(42.4)	9(16.1)	20(11.2)		
Chair of Team	41(11.6)	28(23.7)	4(7.1)	9(5.1)		
Committee	17(4.8)	.	.	17(9.6)		
Person in charge	11(3.1)	.	3(5.4)	8(4.5)		
Others	61(17.3)	14(11.9)	7(12.5)	40(22.5)		
	352(100.0)	118(33.5)	56(15.9)	178(50.5)		

Belong in the Facility						
Gea	160(45.5)	61(51.7)	22(39.3)	77(43.3)		
Team	95(27.0)	49(42.5)	17(30.3)	29(16.3)		
Division(Gua)	8(2.2)	8(6.8)	.	.		
Other	42(11.9)	.	10(17.8)	32(17.9)		
No response	47(13.4)	.	7(12.5)	40(22.4)		
	352(100.0)	118(33.5)	56(15.9)	178(50.6)		

Service Category(Frequency)						
Fundamental care	721(21.8)	168(23.3)	163(22.6)	390(54.0)		
remedy care	751(22.7)	123(16.3)	131(17.4)	497(66.1)		
Education Support	1086(32.9)	261(24.0)	172(15.8)	653(60.1)		
medical equipment supply	242(7.3)	59(24.3)	42(17.3)	141(58.2)		
refer	250(7.6)	90(36.0)	21(8.4)	139(55.6)		
assessment	255(7.7)	57(22.3)	53(20.7)	145(56.8)		

Plan of Home visiting/frequency		Mean±S.D	Mean±S.D	Mean±S.D		
Most frequency/per day		8.12±10.23	7.55±5.73	6.57±5.76		
Least frequency/per day		2.67±2.30	2.30±1.95	2.08±2.87		
Duration of planing		8.45±11.42	11.88±11.85	9.32±10.1		

Contents of Service	T	(p)	T	(p)	T	(p)
Direct Nursing	26.50	4.35±1.73	30.52	5.27±1.23	38.08	4.90±1.59
Guide & Inform	28.31	1.06±1.50	18.85	3.71±1.40	36.06	3.92±1.35
Support & Protect	31.33	3.86±1.29	18.90	3.69±1.39	37.81	3.84±1.26
Environment	20.02	2.44±1.27 (0.0001)***	13.13	2.22±1.21 (0.0001)***	22.76	2.63±1.43 (0.0001)***
Education	36.26	4.52±1.30	27.50	4.33±1.13	39.09	4.09±1.29
Refer	17.11	1.79±1.09	12.66	1.78±1.01	19.70	1.61±1.01

Unit of work by facility	N	Health Center	Branch of H. Center	Health Post		
District	291(82.6)	215(95.6)	40(63.5)	36(56.3)		
Disdase	26(2.3)	8(3.5)	10(15.9)	8(12.5)		
Condition(severity)	10(2.0)	.	3(4.8)	7(10.9)		
Life cycle	25(3.7)	2(0.9)	10(15.8)	13(20.3)		
	352(100.0)	225(63.9)	63(17.9)	64(18.2)		

***p<.0001

지, 보장구 및 물품지원(대여) 및 의뢰 등으로 분류되며 40여 개 서비스 내용을 포함하고 있다. 서비스 내용별 분류 중에 가장 높은 빈도 분류는 교육지도, 상담지 지 간호 서비스가 가장 많이 제공되었고(32.9%) 치료적 간호 22.7%, 기본간호 29.5%로서 제공빈도가 높은 순위이다. 방문간호 담당자의 일일 가장 방문 최대 평균 횟수는 서울 지역 8.12회 경기지역 7.55회, 강원지역 6.57회이며 방문계획은 서울지역 평균 8.45일, 경기지역 11.88일, 강원 지역 9.32일에 세워지는 것으로 조사되었다. 시 도 별로 제공된 방문간호 서비스 내용 사이에는 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다(표 2).

3) 방문 간호 담당자의 방문간호에 대한 수용 태도
 방문 간호 서비스에 대한 방문 간호 활성화 방안에 대한 75%수준에서 긍정적 이었고 방문간호에 임하는 태

도는 85%수준에서 긍정적이었으며 방문간호 업무 수행에 있어서는 75%수준에서 긍정적이었다. 방문간호에 대한 수용 태도에 대한 직무구조 간의 차이는 보건소, 보건진료소, 보건진료소가 소재 하는 시. 군. 구. 면. 리 사 이와는 특히 시 지역에서 가장 높은 차이를 나타냈으며 업무활성화는 $p < .05$ 수준에서 업무 수용태도는 $p < .002$ 수준에서 방문간호 업무 수행은 $p < .0006$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이를 보였으며 방문간호 업무 분담 단위별 구분에서는 업무 수행태도에서 $p < .04$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 방문 간호 업무 담당자의 일반적 특성에서는 방문간호 활성화에 대하여는 학력에 있어서는 RN-BS/방송대학 출신이 가장 높았고 ($p < .001$) 방문간호 업무 수행에서는 대졸자 이상에서 높게 $p < .05$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이를 보였으며 (표 3) 직렬간 차이는 방문간호 활성화와 방문간호 업무

<Table 3> Difference Condition of Visiting Job by Organizational System

Organizational System	Acceptance N	Activity of Visiting Project		Condition of Job Acceptable		Visiting Job Performance	
		Mean±SD	F (p)	Mean±SD	F (p)	Mean±SD	F (p)
Administrative Area							
City(Si)	68	30.73±2.76	4.66 (0.011)*	17.50±1.59	4.31 (0.0021)**	16.15±1.51	5.02 (0.0006)***
Gun	37	30.97±4.28		16.19±1.62		15.67±1.53	
Gu	120	30.14±4.88		16.55±2.41		15.58±1.58	
Meyn	63	27.78±4.95		16.01±2.81		14.94±1.94	
Ri	64	29.92±4.85		16.83±2.05		15.11±1.98	
Executive							
Chief of Clerk	160	29.90±5.04	0.88 (0.4959)	16.66±2.07	0.66 (0.6566)	15.61±1.78	1.38 (0.2325)
Chair of Team	95	30.1±3.15		16.94±2.24		15.74±1.58	
Head of Division	8	31.75±3.45		16.25±1.67		15.87±0.99	
Director	69	29.28±5.10		16.50±2.78		15.05±2.04	
Person in charge	2	32.00±4.24		16.00±1.41		15.00±2.83	
No Response	18						
Chief of Agency Career							
M.D Administrator	166	30.17±4.79	0.65 (0.6897)	16.53±2.42	1.36 (0.2304)	15.68±1.60	0.90 (0.4935)
Health worker	22	29.36±5.71		17.59±2.02		15.59±1.68	
Nurses	136	29.67±4.08		16.74±2.12		15.27±1.96	
Pharmacist	19	29.40±2.64		15.75±1.68		15.70±1.47	
No Response	6	31.67±4.63		17.17±2.88		15.83±1.52	
Unit of Job							
By District	291	30.02±4.63	0.65 (0.6897)	16.79±2.27	2.63 (0.0499)*	15.60±1.74	1.26 (0.2869)
By Disease	26	29.11±4.79		15.53±2.39		14.96±1.67	
By severity	10	30.10±4.31		16.40±1.26		15.10±2.13	
By Life Cycle	1	34.00		18.00		16.00	
No Response	24						
Supervision							
Chair of Agency	107	30.40±3.92	1.77 (0.1194)	16.63±1.95	0.57 (0.7218)	15.55±1.73	1.20 (0.3074)
Head of Division	36	29.33±6.35		17.11±1.65		15.97±1.25	
Chief of clerk	79	30.03±4.53		16.86±2.21		15.58±1.81	
Chief of Team	41	30.71±3.04		16.88±2.52		15.88±1.38	
Chair of Committee	17	31.71±4.06		16.24±2.22		14.86±2.96	
Person in Charge	11	27.46±2.11		16.91±1.45		15.18±1.17	
No Response	61						

* P<.05 ** P<.001 *** P<.0001

수행에서도 모두 간호사가 $p<.0002$ 와 $p<.001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다(표 4). 학력에 있어

서는 RN-BS군이 가장 높았으며 직렬간에는 간호직이 가장 높았다. 방문간호 업무 수행에 대하여는 직렬간에

<Table 4> Differential Condition of Visiting Job by Characteristics

Characterist	Condition	N	Job of Activity		Job Acceptable		Job Performance	
			Mean±SD	F (p)	Mean±SD	F (p)	Mean±SD	F (p)
Age								
	less 25yrs	8	28.00±5.61		15.88±3.04		14.75±1.04	
	25~30yrs	23	28.95±5.28		17.09±1.23		15.55±1.18	
	31~35yrs	80	30.29±3.31		17.12±1.60		15.46±1.71	
	36~40yrs	82	30.52±4.30	1.33	16.96±1.84	1.53	15.42±1.82	0.62
	41~45yrs	73	28.93±5.79	(0.2364)	16.47±2.54	(16.17)	15.71±1.78	(0.7367)
	46~50yrs	63	29.83±4.69		16.31±3.01		15.61±2.02	
	51~55yrs	6	31.40±2.61		15.40±1.95		16.40±0.89	
	over 56yrs	5	32.00±3.95		16.17±2.23		16.00±0.82	
	No Response	12						
Education								
	Junior Collage	203	29.92±4.59		16.74±2.20		15.52±1.79	
	RN-BS/Broadcast	56	60.56±5.13		16.46±2.74		15.68±1.79	
	Collage	28	31.14±3.42	3.99	16.93±1.74	0.49	15.57±1.53	2.38
	Over Collage	10	32.80±1.99	(0.0016)**	17.40±1.26	(0.7847)	16.70±1.06	(0.0385)*
	High School	47	27.54±4.27		16.59±1.98		14.96±1.68	
	No Response	8						
Visiting Job Experience								
	less 1yrs	77	28.70±6.61		16.55±2.14		15.73±1.38	
	1~2yrs	112	30.35±4.26		16.74±2.34		15.47±1.85	
	3~4yrs	43	30.07±3.72	1.68	16.70±1.83	0.24	14.85±2.30	1.96
	5~10yrs	26	29.88±3.08	(0.1548)	17.04±1.97	(0.9137)	15.32±1.38	(0.1006)
	over 10yrs	69	30.29±3.38		16.67±2.51		15.69±1.72	
	No Response	25						
Clinical Experience								
	less 1yrs	26	28.65±5.34		16.54±3.22		15.38±1.74	
	1~2yrs	82	30.24±3.67		16.85±1.80		15.60±1.49	
	3~4yrs	75	29.44±5.01	0.64	16.61±2.23	0.33	15.41±1.88	1.29
	5~10yrs	33	29.47±4.82	(0.6315)	16.82±1.83	(0.8551)	15.07±2.20	(0.2753)
	over 10yrs	19	29.68±6.98		17.11±1.41		16.16±0.96	
	No Response							
Career								
	Nurse Position	177	30.77±4.53		16.81±2.01		15.77±1.54	
	Health worker Position	61	27.61±5.04		16.20±2.82		14.90±1.95	
	Extra CHP Position	67	29.82±4.79	5.60	16.85±2.02	1.97	15.11±1.94	4.70
	Part time Nurse Position	37	29.51±2.39	(0.0002)**	16.61±2.56	(0.0982)	16.09±1.69	(0.0011)**
	Med.Tech.Position	2	29.50±0.71		13.50±0.71		15.00±2.83	
	No Response	8						
Grade								
	9 level	2	27.00±2.24		17.00±1.41		16.50±0.71	
	8 level	57	30.88±3.31	1.15	16.63±1.77	0.84	15.70±1.45	0.98
	7 level	146	29.36±5.74	(0.3353)	16.57±2.51	(0.5001)	15.37±1.89	(0.4210)
	6 level	86	30.14±4.14		16.81±2.01		15.23±1.78	
	NoResponse	61						
Job Training								
	PHN Course	49	29.74±6.41		17.09±1.59		15.68±1.42	
	Home Health Course	38	32.39±2.71		16.91±2.96		15.97±1.49	
	Psychiatric Health Course	53	30.34±3.22		17.27±1.83		15.76±1.21	
	Course CHP	36	29.41±5.26		17.21±1.65		15.24±1.74	
	Home Visiting Class	2	29.67±3.51	1.11	17.00±1.41	0.26	16.67±1.53	0.74
	Class of Chronic Disease	2	28.00±2.64	(0.3580)	17.00±1.65	(0.9954)	16.00±1.41	(0.7005)
	Class of Rehabilitation	2	28.67±1.60		16.67±0.58		16.00±1.00	
	Class of Health Education	1	26.0		18.00		16.00	
	Class of Sex Education	1	28.0		17.00		16.00	
	No Response	185						

* P<.05 ** P<.001

p<.001 수준에서 지역별 차에서도 p<.0001수준에서 시 지역이 제일 높게 통계적으로 유의한 차이를 보인다(표 3, 4).

V. 논 의

효과적인 국민건강관리를 위한 보건의료 전달체계의 구성은 국가의 보건의료 체계가 가지고 있는 구조와 기능적 상호관계들이 투입되는 서비스에 궁극적 결과와 가치에 영향을 미치게 된다. 보건의료 체계를 구성하고 있는 요인은 보건의료자원의 조직적 배치, 보건의료 제공, 경제적 지원과 관리등이며 이 요소들은 직·간접적 연관성을 가지고 있다(Kim, 2000; Lee et al, 1998) 보건의료 자원 중 가장 중요한 인력은 보건의료 서비스를 공급하는 보건의료 인력 자원으로 법으로 그 자격을 엄격하게 규정하여 주민의 필요와 요구에 상응하는 보건의료 서비스를 제공할 수 있다. 그러므로 보건의료 서비스 직접 제공자는 국가마다 차이가 있겠으나 우리 나라 공공 보건의료 전달체계선상에 있는 보건소, 보건지소, 보건진료소에 배치되어 있는 보건의료 인력은 시도간 지역에 따라 차이가 역시 있을 것이다. 2001년 7월 현재 우리 나라의 전국 보건소수는 242개소, 보건지소는 1300여개소, 보건진료소는 1906 개소로서 인력분포는 간호인력이 약 30%이상(Kim, 1997, Lee et al, 1998)을 차지하여 전문적으로 보건의료 서비스 제공의 근간을 이루며 간호직의 직급은 8급 이상이나 6급 이상에서 의사결정에 참여하는 계장급은 상대적으로 낮아 간호활동이 이루어질 수 있는 환경 조성이 미흡하다. 간호활동은 간호사가 대상자를 위해 또는 대상자와 더불어 그들에게 필요한 요구를 충족시키거나 문제를 해결하고 문제의 발생을 예방하며 대상자로 하여금 건강을 유지 또는 증진하도록 돕고 자율적으로 자기 관리 능력이 개발되도록 돕는 것이다.

공공보건의료기관에서 주민을 위하여 제공하는 서비스는 가정방문을 통한 서비스 제공이 대표적인 것으로 1991년 이후 방문간호의 사업명으로 활발하게 제공되는 간호사업이다. 방문간호사업에 종사하는 인력은 시·도 간에 차이는 구성에 있어서나 사업에 투입되는 인력의 자격에 있어서나 차이가 있다.

서울시는 전수가 간호사면허소지자로서 업무가 이루어 지지만 방문간호 업무의 독립 부서인지 아니면 team 또는 실에 소속되느냐에 따라 업무 성과에 대한 결과는 다

르게 나타난다(Kim, 1996; Lee 1995; Lee, 1992).

서울시의 방문간호 사업의 범위는 대상자의 건강상장, 채택(가정)간호 방문진료, 보건교육, 순회진료 및 의뢰 및 연계를 내용으로 초점은 가정방문이라는 것이다.(plan of home visiting Seoul government, 1993; Bea, 1993) 경기도의 방문간호에 투입되는 인력은 보건소의 간호사 96명, 보건직 28명, 비정규직 간호사 136명, 면 단위 보건직 119명, 보건진료소 별정직 158명 기타 인력31명으로 총 473명이며 이중 간호사 인력은 82.3%로 방문간호사업에 있어서 준비된 인력의 확보는 방문간호 사업에 유의한 차이를 보여주고 있으므로 담당인력의 준비 정도가 사업에 밀접한 관련을 가지고 있다. 강원도 방문간호사업 투입 인력은 보건소 간호사 52명, 보건직 24명, 보건지소 간호사 18명, 보건직 61명이며 보건진료소 별정직 131명, 기타 인력 3명이다. 방문간호사업에 투입되는 간호사는 69.5%로 준비된 인력 확보율이 저조하다.

방문간호 사업의 바람직한 결과는 서비스 이용자의 만족으로 서비스의 질적 보장을 위한 평가 지표로 간주된다. 서비스에 대한 만족지표는 서비스의 접근성, 지속성, 유용성, 서비스의 수준, 의사소통, 제공기관의 물리적환경, 경제적 접근성이 가장 보편적으로 활용되고 있다. 그러므로 우리 나라에서 적극적으로 추진하고 있는 방문간호사업에 있어서 제공 장소가 대도시 보건소를 비롯하여 농어촌 리 단위까지의 공공보건의료기관에서 제공되고 있는바 효율과 효과를 위 하여는 시, 군, 구, 면, 리 단위의 서비스 제공 환경에 따라 차이가 있으므로 어느 곳에서 서비스를 받아도 효율적일 수 있도록 지역에 맞는 조건이 보장되어야 할 것이다.

인력배치에 있어서도 인력의 학력이나 준비도에 대하여도 기본적인 규정이 지켜지도록 감독기관이나 평가기관의 원칙 선에서의 사업 수행이 이루어져야 한다. 방문간호 사업은 준비된 인력 선택이 최우선 과제이다. 그러나 방문간호 사업에 미흡한 인력이 배치되고 있는 것이 현실이다. 면 단위 보건지소에 배치된 인력 중 준비된 인력의 배치가 미흡한 실정으므로 사업의 성과를 기대하기 곤란하다.

방문간호의 대상은 기초 생활 보호대상자로서 건강 문제에 대한 서비스가 요구되는 거동이 불편하여 서비스 제공자가 가정을 방문하여 서비스를 주고자 하는 것이 기본 취지이었다. 그러나 2000년 보건복지부의 방문간호지침에 따르면 기초 생활 보호자를 우선으로 하되 지

역주민 전체를 그 대상으로 하는 지역사회 간호 사업의 기본 모형을 유지하도록 되어 있다(Ministry of health & welfare, 2001).

방문간호 사업조직은 45.5%가계 수준에서 대부분 이루어지며(Kim, 1997)업무관리는 소장, 지소장, 진료소장이 직접 하거나 계장이 관리하는 것으로써 업무 담당자의 전문직 성숙도가 사업 결과에 많은 영향을 미칠 것으로 사려되는 바 현직의 직무교육과 보수 교육을 통하여 방문간호 사업에 대한 새로운 지식 정보와 기술 능력의 향상과 능력에 대한 확신이 설 수 있도록 환경이 조성되어야 한다. 또한 충분한 준비가 필요한 보건직에 대한 직무교육의 보충이 무엇보다 시급하다.

방문간호 업무 담당자의 사업의 활성화에 대한 인식과 사업에 대한 태도나 방문간호 사업수행에 영향을 미칠 수 있는 요인으로 업무 담당자의 학력과 직렬 방문간호 사업 수행기관으로서 방문간호 사업의 효과적 수행은 간호사 면허 소지자로서 방문간호에 대한 방문간호를 위한 직무교육이 계속 되는 것이 필수 요건으로 해야 할 것이다.

방문간호 업무 종사자 중 가정 방문 과정 교육을 이수한 사람은 본 대상자 352명중 2명뿐이며 그 외 각종과정의 실무 교육 이수자도 47.4%만이 교육과정을 이수한 수준이다. 지역사회 간호사업의 발전은 인력의 새로운 지식과 기술의 숙련도, 윤리성 등이 중요한 요소이다. 간호서비스에 중점을 두어 개발한 만족도 평가 요소에는 간호사의 기민성 친절성, 간호사의 능력에 대한 확신, 간호에 대한 관심 부분을 존중할 수 있는 간호사의 사려깊음, 효율성, 간호제공의 횡수와 이해하는 태도 등을 들고 있다(Mauan, 1970; Hinshaw, 1981) 방문간호 종사자의 직무 만족은 방문간호의 구조적 형태와 직업성이 방문간호 사업 수행 기관의 업무 성취에 영향을 미치고 있다(Yang, 1996) 통계 분석으로 나타난 결과 외에 방문간호 사업 담당자의 사업 수행에 따르는 부담감은 서울, 경기, 강원 조사지역 전체에서 인력과 예산 부족을 우선 부담임으로 제시하였는데 1998년 한 연구에서(So & Shin, 1998) 지적인 방문간호 사업에서 불만족한 부분으로 나타난 행정 지원의 부족, 실적 위주의 사업, 서비스 한계 등 대부분 행정 관리적 측면에서 개선이 고려되어야 한다는 주장과 맥을 같이하고있다. 특히 방문간호 사업이 효과적으로 이루어지기 위해서는 체계적인 행정적 지원이 우선 필요해도 방문간호사업에 할당 될 수 있는 인력과 재정적 지원이나 예산의 확보가 우선 이루어져 서비스에 필요한 자원 조달이 용이하여야 한다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 공공보건의료 체계상에서 시행되고 있는 지역사회 간호 서비스 제공 및 전달체계의 대표적인 방문간호 사업 모형을 개발하기 위한 목적으로 서울, 경기, 강원지역의 공공 보건조직인 보건소, 보건지소, 보건진료소의 방문 간호 사업 담당자를 대상으로 소속기관의 조직 구조와 방문 간호 사업 담당자의 특성이 방문간호 사업에 대한 수용 태도와 관계 분석하므로 장차 방문간호 사업의 발전적 모형을 구상하고 우리나라 공공 보건 기관에서의 가정방문 간호 사업을 근간으로 한 지역사회 간호 서비스 전달의 이상적 모형이 개발되어 질 것으로 본다. 본 연구는 지역사회 간호 서비스 제공을 위한 수단으로 대상자와의 접근성을 용이하게 하는 가정방문 간호 업무 담당자와 방문 간호 업무에 대한 연구 결과는 다음과 같다.

1. 방문 간호 사업 담당자는 서울시 25개 보건소, 경기도 39개 시·군 보건소 강원도의 18개 시·군 보건소에 방문 간호 사업 부서에 배치된 방문 간호 인력은 0~5명으로 대부분 인력을 간호사로 배치하고 있으나 방문간호 사업해당 직무 교육 이수자는 2명에 그쳤으며 직무 교육을 받은 경우라 하더라도 부서 이동으로 인하여 교육의 효과를 사장시키고 있는 실정이다. 보건지소의 인력은 대부분 보건직으로 배치되어 있고 보건 진료소는 간호 인력인 보건 진료원으로 배치되어 있다.

2. 방문 간호 업무 담당자의 평균 연령은 38세로 방문간호 업무 경험이 1년 미만인 경우와 10년 이상 경우가 혼재 하여 있으나 1~2년 근무자가 가장 많은 구조이며 보건 진료소 근무자는 10년 이상 경력자가 과반수를 차지한다.

3. 방문 간호 사업에 대한 수용 태도에서 방문간호 사업의 활성화 방안에 대하여는 시, 군, 구, 면, 리 단위 소재기관과 방문 간호 담당자의 학력 및 직렬이 통계적으로 유의한 차이가 있었고 방문 간호 사업 수행에 대한 수용태도에 있어서도 지역별, 학력별, 직렬별 방문간호 업무 분담별로 차이가 통계적으로 유의하였다.

4. 방문 간호 사업의 서비스 범위와 그 깊이가 주민의 서비스 요구의 한계가 무제한적임은 방문 간호 업무 종사자 등의 부담으로 나타나고 있다.

5. 방문 간호 대상자는 기초 생활 보호자로 한정적인데 반해 국민 건강 보험 대상자 수는 증가 추세에 있다.

이는 방문 간호사업이 지역사회 간호 서비스의 포괄성이 지역주민에게 일반화되어 가는 경향을 보이고 있다.

5. 각 기관으로부터 방문간호를 제공받은 대상자의 특성을 보면 여성이 56.2%로 많았고 평균연령은 66.1세였으나 강원지역 평균연령은 68.4세로 가장 높았다. 기초 생활 보호자가 71.1%에 반해 국민 건강 보험 대상자도 방문 간호 대상으로 포함되는 경향이다. 가족 사항으로는 독거 가족이 28.2%로 가장 많았고 3대가족, 부부가족, 2대가족 순이었다.

6. 방문 간호 대상의 건강 문제는 고혈압 뇌졸중이 47.6%로 시·도간 차이는 없었다. 대상자의 건강 문제 이외 요구하는 해결해야할 문제는 전 대상의 45.9%였으며 그 중 경제 문제가 가장 높은 요구였다.

7. 방문 간호 사업을 위한 최대 일일 평균 가정 방문 횟수는 8.12회로 방문 간호 업무 담당자의 업무 과중과 서비스의 질 문제를 간과할 수 없다. 구체적인 방문 간호 서비스로는 교육과 지도/상담과 지지 영역이 전체 서비스의 33.6%로 가장 많이 제공 되었으며 기본간호, 치료적 간호 순으로 간호 서비스가 제공되었다. 이상의 결과를 토대로 다음과 같이 제안하고자 한다.

첫째, 방문 간호 사업의 서비스 향상을 위하여는 비간호직 방문 간호 담당자에 대한 간호직으로의 교체 또는 직무 교육을 통한 능력 보완 대책과 간호직 담당자에게는 직무 교육 및 실무 교육을 강화하여 방문 간호 사업의 효율성을 제고하여야 한다.

둘째, 보건소와 보건지소 보건진료소의 방문 간호 사업과 가정 간호 사업의 차별성 또는 연계성에 대한 합법적 방안 모색의 연구가 이루어져야 한다.

셋째, 방문 간호 효과는 복지 문제 해결과 병행할 수 있는 사업으로 개선책이 필요하다.

넷째, 방문 간호 사업과 연계 할 수 있는 인접 사업과의 공조 체계 유지를 위한 방안 모색이 시급하다.

Reference

- Bae, S. H. (1993). The study on the health state estimation and home-visit nursing requirement of the low income classes in Seoul city. unpublished master paper, Seoul Kyung Hee University.
- Donabedian, A. (1988). "Explorations in quality Assessment and monitoring, Health Administration press vol.1, Ann Arbor.
- Fitgpatrick, M. Louise (1975). *The national organization for public health nursing, 1912-1952* : Development of a practice Field, New York: National League for nursing.
- Gatdner, Mary seawell (1952). *Public health nursing*, 3rd ed. New York: Macmillan Company.
- Gibson, G. L., Lancevich, J. M., & Donnelly (1979). *Organizations : structure, process and behavior*, Dallas: Business Publication.
- Han, K. J. (1995). Development of a home health care model in the public health system - visiting health service by community health practitioners. *The journal of Korean Academy of Nursing Vol. 25* No 3.
- June, K. J., Park. J. Y. Cost-effectiveness analysis of home health care program for cerebrovascular accident patients. *Korean academy of community nursing, Vol.12*, No 1.
- Kilmann, R., & Herden R. Towards a systematic methodology of evaluating the impact of interventions on organizational effectiveness. *Academy of Management Review, 1*, 87-98.
- Kim, H. J., Youn, S. Y. (1998). *Community Nursing*(6), Sununsa.
- Kim, H. M. (1998). *A study on the policy Alternatives for the urban poor in Seoul city*. Unpublished Master paper, Kon-Kuk University.
- Kim, I. S. (1997). *The study of the actual condition of visiting nurse project in public health centers in Seoul*. Unpublished master paper, Seoul Yon sei University.
- Kim, M. I., et al. (1996). *Community Health Nursing*, Hunmunsa.
- Ko, M. J. (1996). A management model applicable to visiting nursing program for a Low-income Group. *Journal of Korea community health nursing Academic society Seoul Korea Vol.10*, No.1
- Kim, S. S., et al. (2000). *Community Nursing*.

JungMunKag.

- Lee, H. J. (1989). A study for reorientation of home care service at community. *The journal of Korean community nursing*. Vol 9, No.1.
- Lee, Y. A. (1994). *A study on the evaluation of home-visiting nursing service by live li hood protection beneficiary who was serviced by home-visiting nurse*. unpublished master's paper. Seoul Kyung-Hee University.
- Marcia stanhope, Jeanette Lancaster (1984). *Community health nursing-process and practice for promoting health* Toronto-Mosby.
- Mary Jo Dummer Clark (1984). *Community nursing-health care for today and tomorrow* Virginia, Reston.
- Ministry of Health and Welfare (2001). Guide line of visiting Nursing 2001. Ministry of Health and Welfare.
- R. ulack (1978). The Role of urban squatter settlement. *Annals of the Association of American Geographers*, Vol.68, No 4.
- Scott, W. R. (1981). *Organization : rational national and open systems*. New Jersey prentice-Hall.
- So, A. Y., Shin, E. Y. (1998). A study on the job satisfaction of visiting nurses of public health centers in Korea. *The journal of Korean community nursing* Vol.9, No.2.
- Yang, M. J. (1996). A study on the performance & Job satisfaction of visiting nurses of district health centers in Seoul. *The journal of home care nursing*.

- Abstract -

Development of Community Health Nursing Service Model : - Based on the Visiting Nurses Project in Seoul, Kyonggi, and Kang-won Area -

Kim, Sung Sil*

This study was done to identify a status of home visiting project as a community health nursing system, that was the organization, personal who have age, educational background, marital status, position, experience of the home visiting in the public sectors in part of Seoul, Kyonggi, Kang-won area, It was done to provide basis data for the development of effective visiting nurses project in the health sectors, where was Health Centers in urban and rural, Branch of Health Center in rural and Health posts.

The question airs were distributed 352 public health workers who working place was 118 health workers in 12 health centers in Seoul, 56 public health workers among 39 health center and other public health sectors in Kyonggi and 178 public health workers among health center and health care sectors. Data collected from October to December, 2000.

The analysis by SAS system with F test, percentage and frequency. The major result were as follows.

The general characteristics of the respondent show that most of them were graduates from community college and RN-BS with broadcast that they had not completed CPHN course but only two health workers have trained for the visiting nurses project.

As for their grade in the position, the most of

* Dep.of Nursing, Hallym university

health workers have seventh level and the other CHP were above sixth level in the health care post that in the government structure. This indicates that workers do not have great authority in decision making, the most period of works in the position was one and two years indicating that they change jobs frequently.

On an average their clinical experience was 4.11 years which is ideal for the total service.

As for preparation of staff for home visiting workers education on visiting nurses program have to receive short term or longer term training course for strong emphasis.

The analysis showed that public health visiting workers responds about active job performance that based on an area, approach of acting by districts, education and position are shown statistically significant difference between acceptance of the visiting nursing job show the same as well as visiting nurses project.

Special concerns for visiting Nursing care spread came to burden, many of activity carry out main solution is covered the health problem connective support system needs of quality and quantity which out health problem.

As 71.1% of visiting health service held on the poor population was under the guardianship of the law, but people who health insurance wide application under law shown a tendency to increase gradually

The general characteristics of the patients showed 56.2% of female on average of age was 66.1 years old, they have health problem was the most of 47.6% of high blood pressure and stroke, the other and as a problem that economics, which is complex welfare with out health problem. Community health care service should be combined health and social work program.

The form of delivery of visiting health care given the most guide and education with counselling and support.(33.6%) Among the six category of visiting care service shown statistically significant difference and next is fundamental care, remedy care with priority.

Key word : Home visiting care