

## 취약계층 주민을 위한 도시형 지역사회중심 간호센터 평가

박경민\* · 김정남\* · 고효정\* · 박영숙\* · 박정숙\*

### I. 서 론

우리나라는 수십 년간 경제성장과 산업의 발달로 인해 급속한 도시화가 이루어져 1960년대 도시화율은 28.0%이며 1990년대는 74.4%로 증가하였고, 특히 수도권 등 대도시로의 전입률은 전국 평균을 상회하였으며, 2006년 7월에는 우리나라 전체 인구 4천 850만 명중 90.2%가 도시에 거주하고 있다(Ministry of Construction and Transportation, 2006).

도시로 유입되는 인구의 상당수는 특별한 생활기반 없이 일자리를 얻기 위해 생활비가 적게 드는 기존 영세지역으로 찾아 들며(Woo, 1985) 따라서 도시 저소득층 지역에는 인구밀집현상이 일어나 보건문제를 비롯한 여러 가지 사회문제가 야기되고 있다(Jo et al., 1995).

세계보건기구의 세계보건현황에 대한 6차 보고에 의하면 '건강은 가정의 사회경제적인 환경과 생활양식 및 형태 등에 크게 영향을 받는다'고 하였으며, 사회경제적 상태가 취약한 계층은 그렇지 않은 계층에 비해 건강수준이 상대적으로 낮다고 했다. 최근 세계보건기구는 '건강 21 전략'에서 가장 중요한 목표를 건강 불평등 완화 및 제거로, 사회경제적 집단 간 건강 격차를 25% 수준으로 감소시킨다는 세부 목표를 설정한 바 있다.

사회경제적으로 취약하다는 것은 과밀하고 불량한 주거환경, 지나친 정신적 육체적 피로, 저소득과 무지로 인한 영양부족과 부적합한 건강관리로 인해 비영세지역 주민들보다 상병 이환율이 더 높고 한 번 병에 걸리게 되

면 노동력을 상실하거나 과중한 의료비 부담으로 생활이 더욱 어려워지는 악순환을 거듭하게 된다. 이외에도 생계와 사회적 존엄성을 유지하기 위한 고용의 기회나 건강 등과 관련한 여러 정보를 얻을 수 있는 기회가 적고, 사회적 유대와 같은 사회조직의 붕괴, 심리적 박탈감 등으로 건강에 영향을 받는다(Woo, 1985).

생활수준이 낮은 계층일수록 낮은 건강수준, 부적절한 식습관, 스트레스, 운동부족, 열악한 물리적 환경, 보건 의료서비스의 낮은 접근도 등의 다양한 문제가 있으나 긍정적인 행동변화를 시도하기에는 무기력하며, 질병 발생 시에만 의료기관을 찾고 만성질환일 경우 경제적 어려움으로 치료를 중도에 포기하는 경우가 많다.

현재 도시지역 보건의료 서비스는 대부분 민간의료부문에 담당하고 있으며, 거동이 불편하거나 지리적, 경제적으로 의료기관 접근이 힘든 대상자들은 보건소 방문간호사들이 가정방문을 통해 관리하고 있다. 그러나 보건소 대도시방문보건사업은 방문간호사 1인당 담당 대상자 수가 평균 150가구(Guideline for Visiting Health Project in Urban, 2006)로 주로 기초생활수급자 중 집중관리군 주민에게 이루어지고 있다. 따라서 보건소의 간호 인력으로 예방사업, 환자추구관리, 적극적 환자발견, 환경개선사업, 영양상태의 개선, 보건교육사업 등 일차보건의료를 질적으로 관리하기에는 역부족 상태이다.

이에 K대학은 도시의 한 지역에 밀집되어있는 취약계층 주민에게 당면한 보건의료문제를 해결하고 건강증진을 도모하기 위해 1988년 12월부터 간호대학이 중심이

\* 계명대학교 간호대학(교신저자 박경민 E-mail: kmp@kmu.ac.kr).  
투고일: 2007년 4월 18일 심사완료일: 2007년 5월 9일

되어 도시 영세지역에 도시형 지역사회중심 간호센터를 개소하여 전인건강과 간호철학을 바탕으로 일차보건의료의 접근으로 주민들의 질병예방, 건강증진 및 삶의 질 향상을 도모하고 있다. 간호센터의 주 활동은 보건교육, 의료상담, 질병예방사업, 질병관리사업, 재활간호, 방문간호 등으로 효율적인 보건의료 서비스를 제공함으로써 건강인식의 변화 및 생활양식의 변화를 통한 지역사회 주민의 자기건강관리 능력을 함양하는데 그 목적을 두고 사업을 전개하고 있다.

보건사업의 평가 연구는 프로그램 효과를 평가하는 것이 아니라 보건사업의 제공체계를 대상으로 평가가 이루어지기 때문에, 목표를 향하여 움직이고 있는 체계의 투입, 변환, 산출의 과정을 통해 보건사업을 기술하고 분석해 보는 것이 보편적인 평가 방법이다. 투입에서는 구성물과 자원이 체계 속으로 들어가고, 변환은 체계 속에 들어온 구성물과 자원의 상호작용을 하는 일련의 현상을 의미하며, 산출은 구성물과 자원이 상호작용을 하여 만들어낸 결과를 의미(Kim, Yoon, & Jeon, 2002)한다.

구조평가는 보건사업을 위한 조직, 관리체계, 투입한 예산과 인력, 장비 그리고 대상인구의 특성, 대상지역의 물리적, 사회적 경제적 측면의 환경이 포함된다. 과정평가는 대상자와 서비스 제공자간의 상호 관계와 건강위험도를 높이는 지역사회의 환경 및 개인의 건강 행위를 포함하며 성과평가는 보건사업의 효과, 효율성, 형평성을 중간 산물로 보기도 하지만 궁극적으로는 지역주민 개인이나 지역사회 전체의 건강수준을 어느 정도 향상시켰느냐에 초점을 둔다.

취약계층 주민을 위한 도시형 지역사회중심 간호센터의 구조평가(목적과 목표, 조직, 담당인력의 채용 및 교육, 예산), 과정평가(대상주민과 간호센터의 서비스 간 상호관계, 간호센터와 후원자간 상호관계, 대상 주민에 대한 팀원의 역할, 간호센터의 관리 조정 통합, 대상 주민의 건강행위), 성과평가(대상 주민의 건강증진행위)를 분석하여 도시지역 취약계층의 건강관리를 위해 간호사가 운영하는 지역사회중심 간호센터 건강관리 사업의 기초 자료를 제공하고자 한다.

## II. 연구 방법

본 연구는 체계이론에 기초하여 사업에 투입한 노력과 사업추진 과정과 결과(성과)에 대해 체계이론 구성요소인 구성물, 자원, 상호작용, 목표, 경계의 적절성과 적합

성 분석을 통한 사업을 평가하는 것이며, 평가의 객관성을 유지하기 위해 구조평가는 복지관의 복지사, 간호대학생, 의과대학생 및 자원봉사자들의 의견을 반영하였고, 과정평가와 성과평가는 설문자료와 지역사회중심 간호센터 자료를 이용하여 평가하였다.

### 1. 연구 대상자

서비스 대상 지역은 대구광역시 달서구 신당동 성서주공 영구 임대 아파트 중 1·3단지 총 2,712세대로 본 연구대상 주민이 살고 있는 주택은 영구임대 아파트 11-12평으로 승강기와 비상계단이 있으며 각 세대별로 방 2개, 목욕탕(수세식 화장실포함) 1개, 통로겸 주방과 다용도실 겸 베란다가 있는 구조이고, 중앙집중식(가스) 난방을 하고 있다.

구조평가의 분석 대상은 지역사회중심 간호센터의 목적과 목표, 조직, 인력 및 예산이고, 과정평가는 서비스 대상지역 관리대상가구로 노인 213세대, 장애인 534세대, 소년·소녀가장 12세대, 모·부자세대 493세대로 총 1,252세대이었다. 이 세대 중에서 집중관리 대상 세대는 노인세대 190세대, 독거노인세대 53세대, 노손가정 13세대, 장애인 145세대, 소년소녀가정 12세대, 모자세대 90세대, 부자세대 37세, 총 540세대와 540세대 중 현재 지역사회중심 간호센터에 등록되어 있는 141세대가 성과평가 대상이었다.

### 2. 연구 도구 및 자료 분석 방법

구조평가는 지역사회중심 간호센터와 조직의 구성원의 상호작용에 대해 홈페이지, 팜플렛 및 면담으로 자료를 수집하여 구성물, 자원, 상호작용의 적절성과 적합성을 분석하였으며, 과정평가는 서비스 대상지역 관리대상가구 1,252세대로부터 설문지와 센터 일지를 통해 자료를 수집하여 횡수와 백분율을 산출하였다. 집중관리 대상 세대인 성과평가 대상의 서비스 내용과 활동(방문보건활동에서 제공되는 서비스 활동, 지역사회중심 간호센터 내 활동 서비스)도 간호센터 일지를 분석하여 횡수와 백분율로 분석하였고 효과 평가를 위해 건강증진행위를 측정하였다. 건강증진행위 측정도구는 Walker, Volkan, Sechrist와 Pender(1988)가 개발하고 수정한 HPLP II(Health Promotion Lifestyle Profile II)를 사용하여 측정하였다. HPLP II는 4점 척도로서 6개의 하부영

<Table 1> Evaluation Area, Contents and Criteria/Index

Area	Content	Criteria/Index
Input	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Goal and objective</li> <li>- Manpower (Employment and education for development of nurses)</li> <li>- Support organization</li> <li>- Budget</li> </ul>	Relevance Appropriateness Adequacy
Process	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relationship between target population (1,254 persons) and community health center</li> <li>- Relationship between sponsor and community health center</li> <li>- Progression of community health center activity</li> <li>- Management, coordination, and integration of community health center</li> <li>- Health behavior of target population</li> </ul>	Progress Adequacy Appropriateness
Outcome	Subjects: registered client(540 persons) 1) Service of community health center for client 2) Activities of service <ul style="list-style-type: none"> <li>- Home visiting</li> <li>- Activities at the community health center</li> <li>- Welfare activity</li> </ul> Receiving physical therapy <ul style="list-style-type: none"> <li>- Using rehabilitation, equipment</li> <li>- Joining exercise group for arthritis</li> <li>- Network and service referral</li> </ul>	Achievement
	Subjects: registered client(141 persons: elderly 65, disabled persons 34, Child headed family 6, grandparents with dependent children 36) - Health promotion lifestyle profile	Effectiveness

역, 즉 건강책임 9문항, 신체활동 8문항, 영양 9문항, 영적 성장 9문항, 대인관계 9문항, 스트레스 관리 8문항으로 총 52문항으로 구성되어 있다. 점수가 높을수록 건강증진 행위를 많이 하는 것을 의미하며 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .85였다. 건강증진 행위는 평균과 표준편차를 사용하여 분석하였다.

### III. 연구 결과 및 논의

#### 1. 지역사회중심 간호센터의 구조평가

##### 1) 목적과 목표

일차보건의료 및 전인건강과 간호철학을 바탕으로 보건의료 취약지역인 도시 영세지역 주민들의 질병예방, 건강증진 및 삶의 질 향상을 도모하기 위하여 개인, 가족, 지역사회 간호접근법을 적용한다. 지역사회 건강관련 자원을 개발하고 활용하여 보건교육, 의료상담, 질병예방 사업, 질병관리사업, 재활간호, 방문간호 등 효율적인 보건의료 서비스를 제공함으로써 건강인식의 변화 및 생활양식의 변화를 통한 지역사회 주민의 자가 건강관리 능력을 함양하는데 그 목적이 있다.

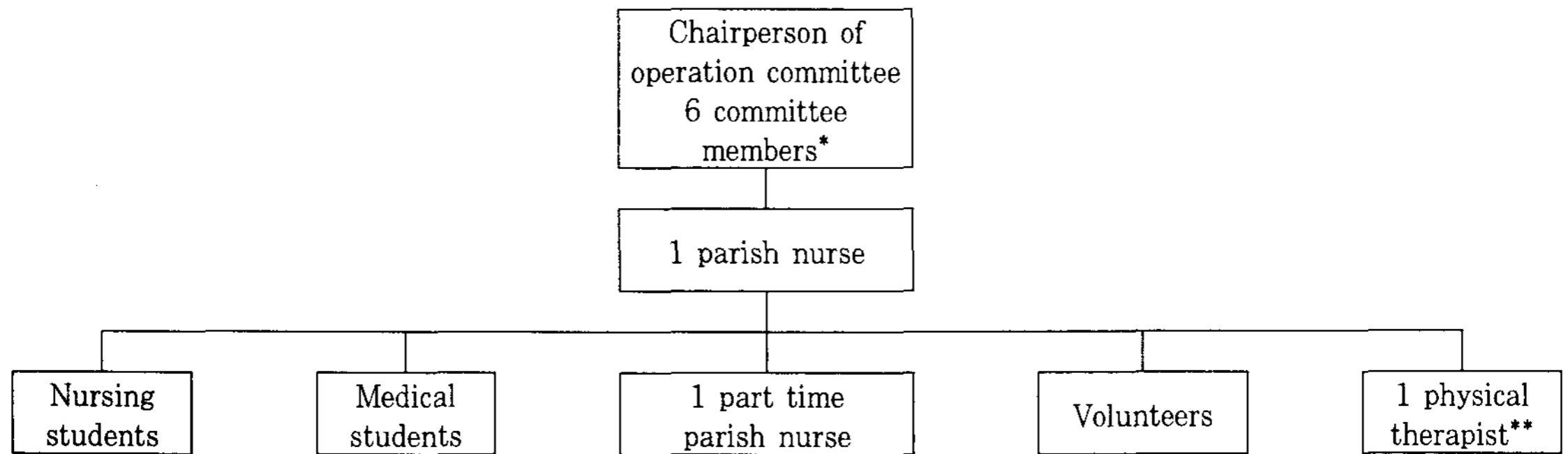
구체적인 목표로는 지속적인 보건교육으로 지역 주민

의 개인 건강관리 능력 배양, 체계적인 내소자 건강상담, 방문간호 서비스로 저소득 소외계층의 건강증진 도모, 만성질환자 등록관리, 신체사정 및 각종검사, 상처간호, 약품 및 영양제 공급, 생활지원, 장학금 지급, 지역사회 자원 연계(계명대학교동산의료원, 인근지역병원, 복지관 내 물리치료실)등이 있다.

지역사회중심 간호센터 사업의 목적은 우리나라 대도시 방문보건사업 정책(MOH, 2006)과도 일치하고 있고 우리나라 보건진료원 제도의 농어촌의 보건의료 소외계층의 건강권 보장을 위해 1차 보건의료를 제공하는 목적과 목표(Shin et al., 2007)와 연계하여 합리적으로 설정되었다고 볼 수 있다(Lee, 1993). 목적은 포괄적인 내용을 포함하면서도 1차보건의료의 구체적인 내용을 설명한 것과 대상자를 구체적으로 지정한 점 등이 도시형 지역사회중심 간호센터라는 이름에 부합되게 목적이 설정되었다고 평가된다.

##### 2) 지역사회중심 간호센터 조직

지역사회중심 간호센터는 목회간호사가 있으며, 추가적으로 K대학교 간호대학, 의과대학 실습학생들이 실습을 하면서 방문보건사업을 하고 있다. 또한 아르바이트 간호대학생, 자원봉사자, 물리치료사가 있다.



\* faculty of nursing college, \*\* staff of welfare center.

<Figure 1> Organization of community health center.

조직은 운영위원회와 목회간호사 2명(전담, 파트타임)을 중심으로 K대학교 간호대학 3, 4학년과 의과대학 의예과 2학년생, 자원봉사자, 종합사회복지관내 물리치료사로 구성되어 다양한 능력을 가진 여러 인력이 투입되어 있는 것으로 평가되었다. 사업추진을 위한 행정적 관리는 운영위원회가 담당하고 있으며, 현장업무 모니터링은 간호대학 지역사회간호학 실습 시 담당교수(운영위원)의 지도와 함께 이루어져 담당 간호사 직무능력평가는 적절하다고 사료된다.

3) 담당인력의 채용 및 교육

(1) 담당 인력의 채용

도시형 지역사회중심 간호센터는 목회간호사 1명, 파트타임 목회간호사 1명과 아르바이트 간호대학생 1명을 채용하였다.

(2) 담당 인력의 교육

담당인력은 센터사업 관련 세미나 참석 뿐 아니라 K대학교 간호대학 교육 프로그램과 연계하여 지속적인 교육을 받았다.

(3) 목회간호사 기준

간호사면허증 소지자 중에서 보건복지부 장관이 지정한 목회간호교육과정이 개설되어 있는 곳에서 총 12주, 120시간의 교육을 받은 자로 기독교간호사를 채용하였다.

담당인력으로 목회간호사 2명과 아르바이트 간호학생 1명이 도시형 지역사회중심 간호센터의 도움이 필요한 지역주민 모두를 간호하기에는 부족한 숫자이나 예산상 더 이상 인력확보는 어려운 상태이었다. 인력교육은 K대학교 간호대학 연계로 간호대학의 세미나, 국제학술대회 등 다양한 프로그램에 참가하고 있어 교육에 대한 평가는 긍정적이며, 질적 부분과 내용은 간호의 질 향상과

가족간호, 전인간호 목회간호를 실천하기에 적절하다고 평가되었다.

4) 예산

42명의 개인 후원자와 31곳의 후원단체(1구좌 당 5,000원)들의 후원금은 매달 300여 만원이 모금이 되어, 2004년 4,400만원, 2005년 4,300만원, 2006년에는 4,200만원이었다. 후원자가 일정하지 않아 정확한 예산책정이 어려워 사업을 진행 하는데 어려움은 있었다.

인건비를 포함한 사업비는 매월 300여 만원 규모로 지출되고 있었다.

예산은 오직 후원금으로만 충당되기 때문 부족한 재정이며, 취약계층 집중지역의 지역사회중심 간호센터를 지원하기 위해 적극적인 홍보가 필요하며 후원금 유치에 대한 노력과 공식적인 재정적 지원이 필요하였다.

2. 지역사회중심 간호센터의 과정평가

1) 대상자의 특성과 서비스 제공

지역사회중심 간호센터 대상자의 연령은 42.6%가 70세 이상이며 교육수준은 초졸이 37.4%이었다. 경제문화상태는 TV보유율 68.8%, 냉장고보유율 66.0%, 전화보유율 65.2%, 세탁기보유율 53.2%, 컴퓨터보유율 13.5%이었다.

따라서 대상자의 연령대가 높고 교육수준이 낮으며, 독거노인과 장애인이 많고, 문화시설이 불충분한 상태이므로 센터의 서비스 제공도 face to face가 가장 적절하였다.

2) 지역사회중심 간호센터와 후원자간 상호관계

2개월마다 지역사회중심 간호센터의 회계 및 업무보고서를 개인 후원자와 후원 단체에게 우편으로 전달하여 지속적인 관심을 갖도록 하였다.

### 3) 팀원의 역할

#### (1) 목회간호사의 역할

목회간호사의 간호활동은 다음과 같다. 첫째, 대상자의 신체 상태에 대한 건강사정, 둘째, 직접간호중재인 활력징후측정, 개인위생관리, 욕창간호, 영양관리, 운동 및 물리요법, 의사 처방에 의한 처치, 셋째, 영적지지 및 정서적 지지, 넷째, 건강교육 및 상담, 다섯째, 자원봉사자의 활용, 여섯째, 의료기관 및 복지기관과의 안내 및 연계 등이었다.

#### (2) 학생의 역할

##### ① 간호대학생의 역할

프리셉터인 목회간호사의 지도에 의해 3, 4학년 간호대학생은 다음의 역할을 수행하였다. 보건교육 사업으로 영. 유아를 위한 올바른 식습관교육, 감기예방교육, 성장 발달교육, 예방접종교육, 영양교육, 청소년과 성인을 위한 금연교육과 스트레스교육, 노인을 위한 고혈압예방 및 관리(혈압 측정), 당뇨예방 및 관리(혈당 측정), 빈혈 예방 및 관리(채혈-Hb 측정), 고지혈증 예방 및 관리(채혈-콜레스테롤 측정), 관절염 교육 및 관리, 요통 교육 및 관리, 노인 식습관 교육을 하였다. 건강사정 및 상담 사업으로 센터 내소자 건강사정(history taking), 방문대상자 건강사정(history taking), 센터 내소자와 방문대상자의 혈당, 혈압, 콜레스테롤, 헤모글로빈 측정을 하였다. 가정방문 사업으로는 영양관리, 목욕관리, 개인 위생관리, 보건교육관리, 호스피스간호, 정서적지지 및 영적지지, 영유아 건강관리, 혈압 및 혈당·콜레스테롤·헤모글로빈 측정, 주변 정돈 정리를 하였다. 복지사업으로는 식이조사와 반찬, 티셔츠, 양말, 계란 등 전달을 하였다.

##### ② 의과대학생의 역할

의예과 2학년 학생들은 10주 동안 취약계층 대상자들의 생명의 존엄성을 인식하고 대학과 간호센터의 이념을 실천하게 함으로써 치료 뿐 만 아니라 환자 아픔까지 함께 하는 전인 치료자로서의 자질과 봉사정신으로 독거노인과 장애인 대상자를 위한 가사도우미, 대화, 상담, 보조, 심부름 등을 실천하면서 지역사회 지도자로서 역량을 익혔다.

#### (3) 물리치료사의 역할

복지과 소속 물리치료사 1인이 주 5일, 오후1시부터 5시까지 근무하고, 센터 내에 물리치료 장비를 구비해 놓은 상태이며, 목회간호사의 대상자 사정 후 의뢰되는 환자와 처방 없이 처치 가능한 간단한 물리요법을 시행해 준다. 대부분의 대상자는 노인이며 방문을 하는 대상자는 거의 같은 사람이다. 또한 이곳에서 행해지는 물리요법은 Hot pack, TENSE, Ultra sound exercise이다. 가정에서 물리요법이 필요한 대상자에게 기구를 대여해 주는 역할도 하였다.

Kim과 Kim(1992)의 연구에서 의료이용에 영향을 주는 가장 중요한 요인으로 보건의료의 접근도 즉 지리적 접근도, 경제적 접근도 및 문화적 접근도를 들었다. 지역사회 중심 간호 센터와 아파트 단지간 거리는 도보로 10분 이내이고 아파트단지 위치도 평면으로 배치되어 있어 간호사나 간호학생들의 가정방문과 대상자들의 센터방문도 편리하여 목회간호사와 간호대학생, 의과대학생의 대상자에 대한 면대면 접촉이 쉬워 질적 관리를 수행할 수 있었으며, 또한 지역사회센터에서 제공되는 모든 서비스는 무료로 제공되므로 대상자의 접근성과 수용성은 매우 높은 것으로 평가되었다.

#### 4) 지역사회중심 간호센터의 관리, 조정, 통합

지역사회중심 간호센터의 원활한 사업 활동을 위해 운영위원회와 실무자간 접촉으로 사업수행과 협력방안을 논의하고 필요시 마다 협력활동이 역동적으로 이루어질 수 있도록 업무의 조정과 통합과정의 역할이 필요하였다.

즉, 지역사회중심 간호센터의 명료한 사업목표와 수행 방향에 대한 의견수렴과정에 대한 구체적인 논의가 정기적 이루어짐이 필요하였다. 이는 So와 Sin(1998)의 방문보건사업의 연구에서도 지적하였다.

#### 5) 대상자의 건강행위

##### (1) 대상자가 의료기관을 이용하지 않는 이유

대상자가 의료기관을 이용하지 않는 이유로 첫 번째는 제공자 위주의 치료가 23.2%로 가장 높았고 그 다음이 행정절차의 어려움이 19.8%, 장시간 기다림이 10.8% 순으로 나타났다(Table 2).

##### (2) 일상생활상태

대상자의 건강습관 중에서 배변, 배뇨, 수면시간을 분석한 결과, 배변상태는 72.1%가 정상이었으며 27.2%에서 변비를 호소하였다.

대상자의 일상생활동작 수행능력은 '혼자서도 가능



〈Table 2〉 The Reasons for Do Not Utilize Community Health Center of Target Population

Category	n	%
Long waiting time	109	10.8
Difficulty on administration process	202	19.9
Treatment focused on health provider	237	23.2
Long distance	79	7.7
Movement disorder	97	9.5
No improvement for health	33	3.2
Unkindness of health provider	116	11.4
Other difficulties for visiting hospital alone	134	13.1
Expensiveness of treatment fee	14	1.4
Total	1021	100.0

〈Table 3〉 Life Style of Target Population

(N=1254)

Category	n	%	Category	M	SD
Defecation			ADL		
Normal	905	72.1	Activity on bed	3.44	1.19
Constipation	341	27.2	Personal Hygiene	3.40	1.17
Diarrhea	8	0.7	Dressing, undressing	3.45	1.16
Voiding			Walking	3.32	1.17
Normal	977	77.9	Useful hand movement	3.38	1.22
Urinary frequency	176	14.0	Total	3.40	1.18
Urinary incontinence	36	2.9			
Voiding dysfunction	65	5.2			

함'(4점), '약간의 도움이 필요함'(3점), '많은 도움이 필요함'(2점), '전적으로 도와주어야 함'(1점), '전혀 못함'(0점)으로 하여 평균 3.4점이었다(〈Table 3〉).

### (3) 물리치료서비스와 기구대여

1,254명 대상자들은 2005년 1월부터 12월까지 1년간 1,855건의 물리치료서비스를 제공받았으며 이는 대상자들의 요구가 매우 큰 서비스이었다. 대상자의 질환별 물리치료 횟수는 요통이 1,220건으로 가장 많았으며

관절염환자 540건, 신경계질환 환자 26건순이었다(〈Table 4〉).

물리치료 기구나 재활기구는 휠체어 1대, 찜질기 10개로 매우 부족하였고 전체 374건의 대여가 이루어졌다. 휠체어는 1년간 9회가 대여되었고, 찜질기는 365회 대여되었다. 따라서 충분한 기구가 준비와 홍보로 필요한 대상자에게 대여가 될 수 있어야 하겠다.

### 3. 지역사회중심 간호센터의 성과평과

#### 1) 서비스 내용

집중관리군(주 1회 이상 방문대상자)은 50명이었으며 일반관리군(2주 1회 이상으로 방문대상자)은 298명, 자가 관리군(월 1회 이상 방문대상자)은 92명으로 전체 540명을 관리하였다.

목회간호사의 간호활동 중 신체 상태에 대한 건강사정은 근육·골격계가 가장 높았으며 소화기계와 신경계, 순환기계 순으로 나타났다.

직접간호는 활력징후측정, 영양관리, 운동 및 물리요법 순으로 나타났다.

영적지지는 기도, 말씀권면, 찬송과 성경읽기 순이었

〈Table 4〉 Type of Disease and Physical Therapy

(N=1855)

Category	n	%
Subjects	Handicapped person	68 3.66
	Elderly	1661 89.54
	General person	126 6.80
Disease	Neurologic disease	26 1.40
	Low back pain	1220 65.77
	Arthritis	540 29.11
	Others	69 3.72
Physical therapy	Shoulders	155 8.36
	Waist	1246 67.16
	Knee	411 22.16
	Ankle	9 .49
	Others	34 1.83

다. 영적 간호와 신앙적 지지내용을 보여준다. Kim, Um, Lee와 Lee(2001)의 연구에서도 목회간호사의 영적지지로 기도가 가장 높게 나타났으며 그 다음 성경 읽어 주기, 성직자 연락하기, 자원봉사자 연락하기, 찬송가 부르기, 말씀 권면 순으로 나타났다.

제공된 정서적 지지 중 빈도가 가장 높은 항목은 경청하기였으며 함께함, 표현하고 격려해주기, 접촉하기, 인정하기 순으로 나타났다.

보건교육 중 영양교육이 가장 많았으며, 운동, 휴식, 투약, 스트레스관리 순으로 나타났다.

상담은 건강 상담, 경제적 문제 상담, 가족관계 상담, 영적 상담이, 교우관계 상담 순이었다(Table 5).

## 2) 서비스 활동

### (1) 방문보건활동에서 제공되는 서비스 활동

1년 동안 제공된 서비스 활동은 총 417회이며, 건강 기록부 작성, 상처 및 욕창치료, 보건교육 및 상담, 가정 간호 및 만성질환관리, 혈압측정, 혈당측정, 물리치료, 약 복용관리, 식이요법지도, 임종간호, 자원봉사자 연결(단체·개인), 선교활동 등이 제공되고 있었다(Table 5).

보건소에서 방문간호사가 제공하는 방문간호서비스의

내용으로는 기초 활력측정, 상처치료 및 관리, 투약 및 투약관리서비스, 상담 및 교육, 말벗 서비스 등이 제공되었으며 대상자가 요구하는 서비스로는 의약품보급, 의사의 방문 진료, 투약 및 주사 서비스, 말벗 서비스, 목욕 서비스 등이 요구되었다(Ryu, Park, Park, Han, & Lim, 2003). 이에 비해 지역사회 중심 간호 센터의 방문간호 활동은 대상자 중심 직접간호활동을 강화한 점이 장점으로 사료된다.

### (2) 지역사회중심 간호센터 내 활동

센터 내에서는 만성질환자 등록관리가 55회, 건강상담 및 보건교육은 1,250회, 혈압측정은 1,608회, 빈혈 검사는 64회, 혈당검사 815회, 체중측정 72회, 약품 및 영양제 공급(파스, 비타민제)이 574회, 물리치료(온열간호, ROM 운동)가 183회, 상처 및 욕창치료 46회, 소독물품 및 Pad공급이 49회, 인근의료기관의 의뢰(무료)가 13회, 달서구보건소 연계(고혈압과 당뇨수첩, 드레싱 물품 보조받음)가 4회, 달서구목욕이 3회, 병원동행이 61회 등의 활동이 제공되었다.

### (3) 복지사업활동으로 제공되는 서비스

복지활동으로는 영양관리 및 구제 사업이 1,154회, 반찬공급이 1,240회로 60가정에 제공되었다. 김장나누

<Table 5> Service: Physical Assessment

(N=540)

Service	n	Service	n		
Assessment	Skin	19	Emotional support	Being together	82
	Respiratory	19		Listening	8
	Cardiovascular	30		Touch	54
	Digestive	33		Encouraging to express	67
	Urogenital	18		Approval	41
	Peripheralvascular	14		Other	6
	Musculoskeletal	65	Health education	Nutrition	65
	Nervous	33		Exercise	55
	Other	18		Rest	37
Direct nursing care	Vital sign check	3		Safety	23
	Personal hygiene	12		Drug	33
	Pressure sores care	1	Disease status	26	
	Nutrition management	33	Stress	2	
	Exercise and physiotherapy	27	Child care	1	
	Treatment by doctor order	1	Other	3	
	Other	4	Counselling	Health	71
Spiritual support	Prayer	16		Spiritual	13
	Hymne	6		Economic	18
	Reading Bible	6		Family relationship	18
	Encouraging to read the words	8		Friendship	4
	Hymnals sermon tape	4		Other	2
	Referral	2			
	Other	6			

기는 15가구, 생활비 지원이 83가구, 의료지원 91명, 장학금지원 34명이었다.

3) 건강증진행위 수행

건강증진행위 수행정도를 분석한 결과는 <Table 6>과 같다. 전체 대상자의 건강증진행위 점수는 4점 만점 중 평점평균은 2.23점이었다.

세대별 건강증진행위는 장애인 2.27점, 불완전가족 2.25점, 노인세대 2.21점 순으로 높게 나타났으나 유의한 차이는 없었다.

이는 Jeon과 Kim(1996)의 2.34점과 Song, Lee와 An(1997)의 2.63점, 일본에 거주하는 한국 노인의 2.72점(Jeon, 2000) 55세 이상을 대상으로 한 Walker 등(1988)의 연구 2.85점, 55세 이상을 대상으로 한 Speak, Cowart와 Pellet(1989)의 연구 2.99점보다도 낮았다. 이것은 문화적인 차이를 반영할 수도 있을 것이며, 본 연구대상자가 취약계층인 장애인, 불완전가족, 노인세대라는 것에도 영향을 미쳤을 것으로 사료된다. 그러나 기초생활수급자를 대상의 Park과 Ha(2004)의 연구에서 나타난 건강증진 행위점수 평균 평점 1.84점보다 높게 나타났다

건강증진행위의 하위영역 중 건강책임 영역은 평점평균이 2.50점으로 노인세대 2.56점, 장애인 2.53점, 불완전가족 2.38점으로 불완전가족이 다른 세대가족보다 낮게 나타났으나 유의한 차이가 없었다. 신체활동 영역은 노인세대 1.81점, 장애인세대와 불완전가족이 각각 1.71점으로 모든 세대에서 건강증진행위 하위영역 중 가장 낮은 수행정도를 보였다. 영양 영역은 평점평균이 2.52점으로 하위영역 중 가장 높았으며 장애인세대가 2.61점으로 노인세대(2.51점)나 불완전가족세대(2.46점)보다 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없는 것으로

나타났다. 대인관계 영역은 평점평균이 2.23점으로 노인세대가 2.18점, 장애인세대 2.24점, 불완전가족 2.32점으로 노인세대가 가장 낮은 것으로 나타났다. 스트레스 영역은 평점평균이 2.13점으로 노인세대 2.06점, 장애인 2.18점, 불완전가족 2.19점으로 나타나 노인세대에서 스트레스 관리에 관한 건강증진행위 수행정도가 가장 낮음을 알 수 있었다.

건강증진행위를 하위 영역별로 살펴보면 영양 2.52점으로 하위영역 중 가장 높았으며, 건강책임 2.50점, 영적성장 2.13점, 스트레스 관리 2.13점, 신체활동 1.76점의 순으로 나타났다. Park과 Ha(2004)의 연구에서도 영양 2.27점으로 가장 높았으며, 그 다음에 대인관계 1.90점, 스트레스관리 1.84점, 건강책임 1.83점, 영적성장 1.71점, 신체활동 1.45점 순으로 나타났다. Jeon(2000)의 연구에서, 영양이 3.06점으로 가장 높게 나타났고, 신체활동이나, 건강책임, 스트레스 영역이 다른 하위 영역보다 낮은 수행정도를 나타낸 의 연구결과와 유사하였다. 특히 신체활동(운동)영역의 수행정도는 선행연구(Jeon & Kim, 1996; Park et al., 1998; Song, Lee, & An, 1997; Walker et al., 1988)에서 살펴볼 수 있듯이 다른 하위 영역보다 낮은 수행정도를 나타내었다. 신체 활동 영역이 노인세대, 장애인 및 불완전가족의 건강증진 생활양식을 증진시켜야 할 영역임을 시사하고 있고, 운동참여에 대해 적극적인 태도가 필요함을 나타낸다.

건강증진사업을 위한 구체적인 프로그램을 개발하여 지역사회 내에 보급하여야 할 뿐만 아니라 지속적인 실천이 이루어질 수 있도록 관리하여야 한다(Kim, Kim, & Kim, 1998)고 지적하면서 건강증진사업으로 현재 실시하고 있는 건강검진사업과 경로당 체조교실 및 보건교육사업의 질적 충실을 기하는 것이 요구된다고 하였다.

<Table 6> Health Promotion Lifestyle

Characteristic	Category	Total (N=141)	Elder (n=65)	Disabled persons (n=34)	Etc. (n=42)
		M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)
Health promotion lifestyle Profile	Total	2.23( .42)	2.21( .41)	2.27( .49)	2.24( .39)
	Health responsibility	2.50( .50)	2.56( .48)	2.53( .57)	2.38( .44)
	Physical activity	1.76( .64)	1.81( .66)	1.71( .59)	1.71( .65)
	Nutrition	2.52( .48)	2.51( .49)	2.61( .49)	2.46( .47)
	Spiritual growth	2.13( .68)	1.98( .61)	2.21( .83)	2.29( .63)
	Interpersonal relations	2.23( .58)	2.18( .54)	2.24( .75)	2.32( .47)
	Stress management	2.13( .50)	2.06( .43)	2.18( .58)	2.19( .53)

Note. Etc.:Child headed family, Single mothers and father, Grandparents with dependent children.



## IV. 결 론

본 연구는 2006년도 1월부터 12월 말까지 취약계층 주민을 위한 도시형 지역사회중심 간호센터를 평가하기 위해 간호센터의 역할에 대해 투입된 노력, 과정 및 성과를 분석한 서술적 연구이며 결과는 다음과 같다.

### 1. 구조평가

투입요소 중 만성질환을 가진 취약계층 주민인 노인, 장애인, 소년소녀가장세대, 한 부모가족세대, 조손세대를 대상으로 보건, 의료 및 복지서비스를 통합적으로 제공하여 자가 관리 능력향상이라는 목적과 1차보건 의료의 구체적인 내용이 목표로 설정되어 있어 매우 합리적이다. 채용된 인력의 교육은 대학과 연계되어 있어 질적으로 높은 교육을 지속적으로 받고 있어 긍정적으로 평가되었다. 조직은 운영위원회, 목회간호사, 간호대학생, 의과대학생, 복지기관 소속 물리치료사로 다양한 인력 구성으로 긍정적으로 평가되었음 순수한 민간 후원금으로 이루어진 예산에 적합한 상황이었다. 센터의 예산은 인건비가 50%를 차지하였으며 실제 운영비는 부족한 실정으므로 지역사회와의 연계 개발이 더 이루어지는 것이 필요하다.

### 2. 과정평가

대상자에 대한 사정이 구체적으로 이루어지고 있으며, 대상자와의 친밀도가 높아서 가정환경과 교육수준 등 구체적인 사항 파악으로 대상자에 적절한 보건교육 제공이 가능하다. 목회간호사의 사명감, 면대면 접촉, 충분한 시간배정, 접근성, 지속적인 관리, 자원연계가 체계적으로 이루어져 대상자의 만족도가 높다. 운영위원회와 실무자 간 사업수행 방향에 대한 의견수렴과정에 대한 구체적인 논의가 정기적 이루어짐이 필요하며, 재정 부족, 상담과 건강 사정에 대한 자료의 문서화가 수작업으로만 이루어져 관리상 어려운 점을 개선할 필요가 있다.

### 3. 성과평가

건강증진행위 수행정도는 평균은 2.23점이었으며, 세대별 건강증진행위는 장애인 가족 2.27점, 불완전가족 2.25점, 노인세대 2.21점의 순이었으며 유의한 차이는

없었으며, 타 연구에서 보고된 취약계층 건강증진행위 수행 점수보다 높게 평가되었다.

## References

- Jeon, A. H. (2000). *Health promotion lifestyle profiles of Korean elderly in Japan*. Unpublished master's thesis, Keimyung University, Daegu.
- Jeon, J. J., & Kim, Y. H. (1996) Correlational study of health promoting life styles, self esteem and perceived health status of adulthood. *J Korean Acad Adult Nurs*, 8(1), 41-54.
- Jo, B. S., Kim, D. K., Lee, S. I., Jo, B. M., Ki, Y. W., & Ko, K. W. (1995). A study on food intake and associated factors of the urban poor elderly. *Korean J Prev Med*, 28(1), 59-72.
- Kim, H. S., & Kim, J. H. (1992). The effects of time price on accessibility to primary health care in rural area in Korea. *Korean Public Health Res*, 18(1), 50-61.
- Kim, H. J., Yoon, K. J., & Jeon, K. J. (2002). *Community health nursing*. Seoul: Soomunsa.
- Kim, S. S., Um, C. C., Lee, J. S., & Lee, H. S. (2001). Study on necessity of parish nursing activities. *Nurs Sci*, 13(2), 41-50.
- Kim, Y. S., Kim, M. S., & Kim, J. H. (1998). *Development elderly project in Incheon Health Center*. Incheon Namdong-gu Health Center, Incheon.
- Lee, K. H. (1993). *Cost-benefit analysis on CHP program in Korea*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.
- Lim, S. J. (2003). *Current state of home visiting nursing services and clients satisfaction with the services*. Unpublished master's thesis, Dong-A University, Busan.
- Ministry of Health and Welfare. (2006). *Guide book for home visiting in metropolitan city*. Seoul.

- Ministry of Health and Welfare. (2006). *Guideline for visiting health project in Urban*. Seoul.
- Park, E. S., Kim, S. J., Kim, S. I., Jeon, Y. J., Lee, P. S., Kim, H. J., & Han, K. S. (1998). A study of factors influencing health promoting behavior and quality of life in the elderly. *J Korean Acad Nurs*, 28(3), 638-649.
- Park, K. M., & Ha, E. K. (2004). Ability of self care and health promotion lifestyle for vulnerable elderly in urban community. *Korean Public Health Res*, 30(1), 96-103.
- Ryu, H. S., Park, E. S., Park, Y. J., Han, K. S., & Lim, J. Y. (2003). A workload analysis of a visiting nursing service based on a health center in Seoul. *J Korean Acad Nurs*, 33(7), 1018-1207.
- Shin, Y. S. et al. (2007). *Community health nursing*. Seoul: Soomunsa.
- So, A. Y., & Shin, E. Y. (1998). A study on the job satisfaction of visiting nurses of public health centers in Korea. *J Korean Acad Comm Health Nurs*, 9(2), 262-279.
- Song, Y. S., Lee, M. R., & An, E. K. (1997). The study on health promoting lifestyle of the elderly persons. *J Korea Acad Nurs*, 27(3), 541-549.
- Speak, D. L., Cowart, M. E., Pellet, K. (1989). Health perception and lifestyles of the elderly. *Res Nurs Health*, 12, 93-100.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). The health-promoting life style of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Adv Nur Sci*, 11(1), 76-90.
- Woo, K. H. (1985). Morbidity patterns and health care behavior of residents in urban low income area. *Korean J Prev Med*, 18(1), 25-40.

- Abstract -

## Evaluation of Community Health Center for Vulnerable Population in Urban Areas

*Park, Kyung-Min\* · Kim, Chungnam\*  
Koh, Hyo Jung\* · Park, Yeong Sook\*  
Park, Jung Sook\**

**Purpose:** The purpose of this study was to evaluate achievements of a community health center for vulnerable population in urban areas and to find out its strength and weakness. **Method:** This evaluative study employed system theories and analytic techniques. **Results:** The purpose of improving vulnerable population's health-related self-care abilities adequately met the operation of programs. This center maintained close connection to a nursing college as a information resource. The subjects' satisfaction was high because team members who visited them were faithful and there were face-to-face contact, sufficient time set, closeness and resourcefulness. There were needs for regular meetings to discuss overall matters in organizing the program and to improve management skills. The mean score of health promotion lifestyle was 2.23 on a 4 point scale. This score indicates what in higher than vulnerable people in other communities. **Conclusions:** Community-based nursing centers for vulnerable population in urban areas should be developed as support organizations and community network.

**Key words :** Community Health Center,  
Vulnerable Population

\* College of Nursing, Keimyung University.