

## 외국의 농촌간호에 관한 고찰 - 호주, 캐나다, 미국을 중심으로 -

전 경 자<sup>1)</sup> · 박 지 연<sup>2)</sup>

### I. 서 론

전 세계적으로 산업화와 도시화가 진행되면서 농촌 지역은 적은 수의 인구가 분산되어 있고, 노인인구의 비율이 높으며 보건의료 자원 및 사회자원이 부족한 것으로 알려져 있다(Bushy, 2002). 또한, 농촌인구의 건강수준이 전국 평균 또는 도시 지역에 비해 낮은 것으로 확인된 바 있다(윤태호, 2006; 권영준, 2007).

우리나라는 농어촌 지역의 보건의료 수준을 향상시키기 위하여 1980년 농어촌보건의료를 위한 특별조치법 제정하였고, 보건지소, 보건진료소 설치 및 공중보건의, 보건진료원을 배치하였다. 당시 세계보건기구가 저개발국, 개발도상국가의 보건의료 수준향상을 위해 수립한 전략인 "일차보건의료"의 영향을 받았던 것이라 하겠다(Cho & Kashka, 2004). 그 후, WTO체제가 들어오면서 정부에서는 농어촌보건의료서비스 개선사업을 위한 예산지원을 시작하였으나 이는 기존의 보건소, 보건지소 및 보건진료소의 시설과 장비를 신·중축하거나 보강하는 데에 중점을 두어왔고 인력의 고용확보나 교육훈련에 대한 지원은 미미하였다고 볼 수 있다(나백주 등, 2005). 특히, 지난 30여 년간 사회경제적 발전과 보건의료 환경의 변화가 매우 빠르게 전개되었음에도 불구하고 이러한 변화에 부응하여 농촌 지역에서 일하는 간호인력의 개발 또는 간호서비스 제공체계에 대한 연구나 정책개발이 지속적으로 이루어지지 못하였다.

국제적으로는 미국, 캐나다, 호주에서의 농촌간호에

대한 연구들이 발표되어 왔으며 공통점과 차이점을 확인하면서 이론적 측면, 실무적 측면, 정책적 측면에서의 국제적 교류와 연대의 필요성이 제기되고 있는 현실이다(Bushy, 2002). 최근에 국제간호연맹(International Council for Nurses) 산하에 Rural and Remote Nurse Network이 조직되었다([http://www.icn.ch/rnrrn\\_advisory.html](http://www.icn.ch/rnrrn_advisory.html)).

그러나 우리나라에서는 농촌간호가 특수한 현상을 나타내는 개념이나 실무영역으로 다루어지지 않고, 주로 보건진료원에 관련된 연구주제나 정책방안에 한정되었다고 볼 수 있겠다.

따라서 농촌간호의 특수성을 규명하고, 농촌 간호사의 발전방향을 설정하기 위해 선진국의 경험을 분석하여 우리나라 상황에 적용 가능한 시사점을 찾는 것이 유용할 것으로 보인다. 지금까지 발표된 문헌분석을 토대로 하여 호주, 캐나다, 미국의 농촌지역 보건의료를 위한 정부의 지원정책, 간호인력의 특성, 교육프로그램, 서비스 제공모형을 파악함으로써 우리나라 농촌간호 지원 정책수립을 위한 시사점을 도출하고자 한다.

### III. 연구 방법

주요어를 "Rural and Nursing" 또는 "Rural and Health"로 선택하였고, CINAHL을 이용하여 분석에 활용할 논문을 검색하였다. 또한, 호주, 캐나다, 미국의 웹사이트를 검색하여 관련 문서를 선정하였다. 관련 사이

1) 순천향대학교 간호학과 교수

2) 순천향대학교 간호학과 석사과정(E-mail: parkch0121@hanmail.net)

트는 다음과 같다.

- Rural Health Education Foundation <http://www.rhef.com.au/>
- Canadian Association for Rural and Remote Nursing <http://www.carrn.com/>
- National Rural Health Association <http://www.ruralhealthweb.org/>
- Rural Healthy People 2010 Project <http://www.srph.tamhsc.edu/centers/rhp2010/>

### III. 연구 결과

#### 1. 호주

##### 1) 농촌간호실무(Humphreys et al., 2005)

호주는 농촌지역의 연령표준화사망률이 도시지역에 비해 유의하게 높다. 특히, 사고로 인한 사망률과 입원률이 유의하게 높으며 당뇨병, 뇌졸중, 심혈관질환으로 인한 입원률이 더 높고, 높은 정신질환 유병률과 자살률도 문제로 대두되고 있다.

농촌지역의 간호사를 위한 재정지원은 크게 두개의 출처가 있다. 하나는 연방정부의 HACC(Home and Community Care)기금, 주정부의 Domiciliary and Community Nursing이다. 이에 더하여 인구 5,000명 미만 지역을 위한 주정부와 연방정부가 공동으로 특별히 마련한 기금은 급성기 간호, 노인과 지역사회간호를 위해 지원된다. 농촌지역의 서비스 제공에 소요되는 추가 비용을 보상하기 위해 10%에서 30%까지 가중치가 부여된다.

빅토리아 주에서는 북부 농촌지역을 위해 보건기관을 인구규모에 따라 4개 유형으로 구분하였는데, 대규모 농촌센터(인구 25,000명에서 99,000명), 소규모농촌센터(10,000명-24,999명), 기타(10,000명 미만), 벽오지센터(5,000명 미만)이다. 그러나 서비스 제공을 위한 관찰구역의 경계가 모호하다는 점이 지적되고 있다. 중앙정부, 주정부, 지방정부의 서비스 제공구역을 구분하기 위한 기준이 모두 다르므로 지역담당간호사들은 과거부터 전해져온 경계를 기준으로 서비스를 제공하고, 다른 서비스들은 새로운 기준을 경계로 제공하고 있다.

인구가 많은 지역일수록 일주일 내내 서비스를 제공하였으나 인구가 적은 지역에서는 시간제한이 있었고 퇴근 후 또는 당직서비스가 제한적이며 완화간호 및 아급성환

자 간호도 제한적이었다. 24시간 서비스를 제공하는 기관은 소수였다. 업무량에 비해 인력이 부족하여 현재 인력들이 평균 68주치의 연장근무(FTE 1.4명의 업무시간)를 하고 있는 것으로 확인되었다. 실무자들의 의견으로 서비스가 수요를 충족시키기에는 자원이 부족함을 겪고 있다고 하였으며 대부분의 서비스는 급성 또는 긴급한 요구에 부응할 수 있으나 기관에 따라서 인력수준에 따라 이러한 서비스 제공수준도 차이가 있었다.

##### 2) 농촌간호사의 교육

호주에서는 1994년부터 병원에서의 도제식 간호사 양성제도를 대학 교육기관에서의 훈련과정으로 바꾸었고, 1992년에 간호사의 최저학력을 전문학사에서 학사로 승격시켰다. Kenny와 Duckett(2003)의 연구에 의하면, 농촌에서 일하고 있는 많은 간호사들이 석사학위를 소지하고 있지 않으며 그 수준의 공부를 하기에는 많은 어려움이 있다. 많은 연구자들이 학부수준에서 농촌간호 실무를 할 수 있도록 준비시키는 것이 가능하지 않다는 것에 대해 논쟁을 하고 있다.

그러나 지역보건의수준을 향상시키기 위해서는 보다 많은, 보다 젊은 간호사를 농촌지역에 채용하는 것에 대한 요구가 있다. 이를 위한 정부의 지원정책으로 중앙정부에서 1990년부터 Rural Health Support Education and Training Program(RHSET)을 운영해왔다. 1997년 당시 전체 기금의 15%를 간호사와 조산사를 위한 교육훈련에 배정하였다. 이 기금의 지원에 의해 The Council for Remote Area Nurse Australia, The Association for Australian Rural Nurse 등이 학술 행사를 할 수 있었으며 The Australian Journal of Rural Health의 발간을 지원하였다.

농촌 간호사의 교육훈련을 위한 프로그램은 주로 기술, 임상 실무와 절차, 정책이슈 등을 포괄하였고 농촌지역 병원과 지역사회에서 일하는 간호사의 역할과 기능에 관한 것들이었다(Kenny & Duckett, 2003). 예를 들면 농촌간호사를 위한 응용약리학 집중코스, 남부 오스트레일리아 농촌간호사를 위한 프리셉터쉽 프로그램, 자기주도적 학습: 정신건강 사정, 신생아간호 순회교육, 농촌 및 벽오지에서의 간호실무를 위한 교육과정 개발, 벽오지 일차의료지침 등이 있다.

## 2. 캐나다

### 1) 정부의 지원정책(Nagarajan, 2004)

캐나다는 인구의 30%인 약 9백만 명이 농촌 및 벽오지에 살고 있다. 이 지역에 살고 있는 주민들의 건강수준은 도시지역에 비해 더 낮고, 보건의료서비스에 대한 접근성이 더 낮은 것으로 지적되었다. 1993년 사스카치완 주에서 53개 농촌 병원이 폐업을 한 후 산전사망률이 증가하였다는 증거들이 제시되는 등 농촌지역의 건강불평등 문제가 지적되었다. 이러한 문제의식은 2002년에 The Kirby Panel과 2003년에 the Romanow Commission Reports로 발간되었고, 이를 통해 캐나다 농촌 및 벽오지의 건강수준 및 보건의료 문제의 특수성을 기술하였다. The Kirby Panel에는 농촌의 특성을 정의하고, 특히 농촌 및 벽오지 주민의 의료접근성이 낮은 문제는 캐나다 보건법(Canada Health Act)에서 보장하고 있는 의료서비스 이용 권리를 침해하는 것이라고 지적하였으며 이를 해소하는 방안이 긴급히 마련되어야 하며, 이를 위해서는 농촌 지역의 부족한 보건의료 인력을 확보할 수 있어야 하고 원격진료(Tele Health)가 강화되어야 함을 권고하였다. 이에 대해, 정부에서는 중앙부처인 보건부 내에 농촌보건국(Office of Rural Health)을 신설하였고 2001년에는 농촌보건에 관한 장관 자문위원회를 조직하였다. 그러나 이 보고서에는 예산안이 뒷받침 되어 있지 않았으므로 다시 the Romanow Commission Reports에서는 15억\$를 Rural and Remote Access Fund로 조성하여 의사, 간호사 등 의료인력이 농촌 지역에서 교육훈련을 받을 수 있도록 기회를 제공하는 데 지원하고, 원격진료를 강화하는데 투입하며 인구규모가 훨씬 작은 지역에 대한 보건의료서비스 제공 방법을 개발하는데 긴급 지원할 것을 권고하였다.

### 2) 농촌 간호사의 현황

2004년에 실시된 농촌 및 벽오지 간호사의 업무 특성(The Nature of Nursing Practice in Rural and Remote Canada)에 관한 대규모 조사결과에 나타난 농촌 간호사의 특성은 다음과 같다(Stewart et al., 2005). 이 실태조사의 대상자는 총 5,782명이었고, 응답률은 최종 68%였으며 각 지역 간호협회를 통해 명단을 확보한 것이었다.

첫째, 전국적으로 농촌/벽오지 지역에서 일하는 간호사 중 여성이 95.2%, 남성이 5.2%로 전국 간호사의 경

우 남성이 4.4%인 것에 비해 약간 많았다. 지역에 따라 성별 구성이 차이가 많이 나는데 퀘벡 주의 경우 남성이 16.4%이기도 하였다. 연령별 분포를 보면, 45세에서 54세가 34.9%로 가장 많았고, 35세 44세가 31.9%로 35세 이상이 66.8%로 다수를 차지하였다. 55세 이상은 11.7%였다. 연령분포도 지역 간 차이가 큰 것으로 나타났는데 서쪽 지역은 55세-64세가 최저 7.0%에서 최고 19.6%인 곳이 있었다.

둘째, 교육수준을 보면 85%가 전문대학 졸업자였으며 학사학위 중이거나 졸업자는 27%, 석사학위소지자는 3.3%, 전문간호사 자격 소지자는 5.9%였는데 벽오지 지역의 간호사들 중에서는 11.5%로 높았다.

셋째, 근무기관별 분포를 보면, 39%가 급성기병원, 혈액투석실 등이었으며 13.7%가 너싱홈 등의 장기요양 시설에서 근무하고 있었다. 벽오지의 경우, 의사가 없는 간호센터(nursing station)나 간호클리닉에서 일하는 간호사가 13.5%였는데 이들 중 8.6%만이 전문간호사였다. 기타 근무기관은 지역사회 가정간호기관 7.2%, 공공보건기관 10.6%, 정신보건센터 1.8%, 산업장 1.3% 등 다양한 것으로 나타났다.

넷째, 직무만족도는 전반적으로 7점 척도에서 평균 4.72로 그중 월급에 대한 만족도가 평균 3.92로 낮았으며 지역에 따라 만족도에 큰 편차를 보였다.

다섯째, Andrews 등(2005)의 조사결과, 399개의 지역에서 412명이 간호사 혼자 서비스(Sole RN)를 제공하고 있는데, 45.5%가 전일제 근무를 하고 있으며 36.6%는 시간제 근무자였고, 26.8%는 한 개 이상의 기관에서 겸직을 하고 있었다. 근무기관별로는 지역보건기관이 19.9%, 지소/간호센터 19.4%, 가정간호기관 12.8%, 너싱홈/장기요양시설 11.5%로 일차의료기관이 63.6%를 차지하였으며 그밖에 개업의, 기업체, 병원, 교육기관, 정신보건센터 등도 있었다. 이들이 일하고 있는 지역특성을 보면, 관할 인구가 200명 이하에서 10,000명 이상까지 편차가 큰 것으로 나타났는데 1,001명-2,500명인 경우가 20.4%로 가장 많았으나 59.9%가 2,500명 이하였다. 응답자의 64%가 보수교육을 받는데 어려움이 있다고 답하였으며 이러한 어려움이 직무만족에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다.

### 3) 농촌간호 교육 사례

Rural Alabama Health Professional Training Consortium은 1990년부터 1996년까지 6년간 연방정

부가 재정지원을 하고 지역보건기관에서 이루어진 교육 프로그램이다(Leeper, Hullett, & Wang, 2001). 이 프로그램의 목적은 농촌 지역에서 보건의료 인력을 유인하고 확보함으로써 보건의료서비스 제공의 수준과 질을 높이는 데에 있었다. 교육이 이루어진 지역은 알라바마 주 내에서 취약한 지역으로 가난하고, 인구가 적으며 고립된 지역이 많은 곳으로 장기간 의료서비스가 취약한 것으로 알려져 왔고 유병률이나 사망률이 전국 수준보다 높았다. 교육프로그램에는 여러 전공학생들이 참여하였는데 의학, 치의학, 간호학, 약학, 영양학 전공 학생들이 알라바마 주 안에서 참여하였다. 교육과정에는 지역사회중심 경험 뿐 아니라 외래환자 클리닉, 병원중심 가정방문 훈련도 포함하였다. 학생들은 팀을 이루어서 직접 서비스를 제공하고 학교, 급식소, 교회, 복지관 등에서 보건교육을 실시하였다. 학생들의 참여는 2-8주간 이루어졌으며 총 166명의 참여 학생 중 간호사는 25명이었다. 간호사들이 다른 전공자에 비해서 농촌에서 일하겠다는 의지가 유의하게 높았으나 교육훈련을 받으면서 다소 감소한 것으로 보고되었다.

### 3. 미국

#### 1) 정부의 지원정책

연방정부 기관인 the Federal Office of Rural Health Policy에서 재정지원을 하여 "Healthy People 2010: A Companion Document for Rural Areas"가 이루어졌다. 이 프로젝트의 목적은 연방정부가 수립한 국가보건목표인 Healthy People 2010과 같이 농촌 지역의 보건목표와 정책의 우선순위를 제시하는 것이었다. 광범위한 문헌 검색과 농촌지역 관계자들의 의견수렴, 전문가와 농촌지역 보건의료관련 기관에 대한 조사 등을 실시하였고 그 결과 15개의 우선순위를 설정하였고, 15개 영역에 대한 현황을 파악하고, 이를 해결하기 위해 활용할 수 있는 모델 사례들을 수집하여 보고서로 작성하였다.

#### 2) 농촌 간호사의 현황

Hughes(2000)가 1994년에 조지아 주에서 일하고 있는 전문간호사(Nurse Practitioner)에 대해 실시한 조사결과를 보면, 전체 인구의 36.8%가 농촌지역에 살고 있고, 지방정부 소속 전문간호사의 14.6%가 농촌지역 지방정부 소속이었으며 16.6%는 농촌지역 민간의료

기관으로 의원이나 병원에서 일하고 있었다. 평균 연령이 정부소속인 경우 47.4세, 민간부문 46.8세였으며 평균 경력이 정부소속 22.4년, 민간 21.9년이었다. 농촌에서 일하는 전문간호사의 절반 정도는 학사학위가 없으며, 석사학위 소지자는 정부 소속 20.0%, 민간 50.0%로 민간부문에서 일하는 간호사들 중에 더 많았다. 전일제 근무자는 정부소속 간호사 58.8%, 민간부문 65.9%였으며 주당 평균 진료건수는 정부 30.4건, 민간 83.5건이었으나 연평균 소득은 정부 3만2천\$, 민간 3만4천\$로 차이가 적었다. 정부소속 간호사의 42.5%가 예방서비스, 산부인과 검진, 가족계획, 급성기 진료 및 만성질환관리를 모두 제공하였으며 28.3%는 산부인과 검진 및 가족계획서비스만 제공하였다.

#### 2) 학부교육에서의 농촌간호 교육

미국의 동남부지역은 농업이 주요산업으로 전국 농업 인구의 약 1/4이 거주하고 있다. Reed, Hoffman과 Westneat(2005)은 동남부지역 13개 주에 있는 185개 간호대학을 대상으로 학부 및 대학원 교육과정 중 농업안전보건에 대한 내용이 포함되었는지에 대한 설문조사를 실시하였다. 그 결과, 농촌지역 학생 비율이 높을수록 농업안전보건에 대한 교육을 포함하는 것으로 나타났다. 응답학교의 24%에서는 전혀 가르치고 있지 않았으며 응답한 간호학 교수 중 54%는 간호사가 농업안전보건에 대한 전문성을 필요로 한다고 인식하지 않았다.

#### 3) 농촌 간호서비스 제공 모델

농촌지역에서 간호서비스를 제공하는 방안으로 이동보건실 운영(Alexy & Elnitsky, 1998)과 농촌간호센터 운영(Anderko, Uscian, & Rovertson, 1999)에 대한 사례가 확인되었다.

이동보건실의 경우, 인구 4,700명이고, 노인인구비율이 20%이며 저소득층과 소수인종이 대부분인 중부 대서양 해변 지역을 대상으로 지역주민들의 보건의료서비스에 대한 접근성(교통, 비용측면)을 높이고, 석사과정의 전문간호사(Family Nurse Practitioner) 교육과정생을 위한 실습교육의 하나로 실시된 시범사업이었다. 간호서비스가 제공된 장소는 3개의 노인 회관과 4개의 공공기관 및 다중시설(예를 들면 쇼핑몰, 우체국)이었고, 각 장소를 정기적으로 방문하였는데 월1회 또는 월2회 방문이 이루어졌고, 각 기관에 일정을 크게 써서 홍보하였다. 이동보건실은 주 3일 기관방문, 주 2일 가정방문

의 형태로 운영되었다. 인력구성은 한 명의 유급 시간제 석사학위 소지자인 전문간호사와 두 명의 교육과정생으로 이루어졌다. 가정방문은 시간제 전문간호사가 담당하였으며 프리셉터를 담당한 교수가 정기적으로 방문하였다. 제공된 서비스는 신체검진, 자궁경부암검사, 혈당/콜레스테롤 스크리닝, 혈압측정, 예방접종, 보건교육과 의뢰였다. 대상자가 서비스를 제공받은 기간은 개인에 따라 5개월에서 28개월로 편차가 있었으며 ADL/IADL에 제한이 있는 대상자들이 가정방문서비스를 제공받았다. 시범사업에 대한 평가결과, 유방암 및 자궁경부암 검진율이 증가하였고, 인플루엔자, 폐렴 예방접종률과 이용 가능한 일차의료서비스에 대한 지식이 증가하였으며 응급실 이용이 감소한 것으로 확인되었다.

한편, 농촌간호센터인 미국의 Tri-County Community Health Center는 1993년에 연방정부의 재정지원을 받아 북부 일리노이대학교 간호대학(Northern Illinois University School of Nursing)에 의해 설립되었다. 일리노이 주정부 보건부에서 지역사회중심 농촌간호센터로 인증을 받아 3개의 군(County)을 대상으로 서비스를 제공하였는데, 서비스의 내용은 1) 사업장 및 학교 신체검진, 2) 흔한 건강문제의 진단과 치료, 3) 당뇨병 등 만성질환의 관리, 4) 성병진단과 치료로 구성되었다. 보건 의료전달체계 안에서 이 센터의 위치는 가장 먼저 주민들이 접촉하는 문지기의 역할을 담당하여 필요시 주민을 지역 내 다른 기관으로 의뢰하였다. 일차의료 제공 하는 것 이외에도 순회서비스를 제공하는데 학교, 교도소, 노숙자 시설이나 쉼터 등 다수가 거주하는 시설을 방문하여 스크리닝, 사례발견, 보건교육 등을 실시하였다.

이용자의 다수가 저소득층이었으며 이들에게는 비용을 할인해주었고, 68%가 25세 이하였고, 인종이 다양하였다. 서비스를 제공한 간호사는 총 4-6명으로 구성하였는데, 간호사의 학력 및 전문간호사 자격에 따라 역할을 명확히 구분하였다. 한 명 또는 두 명의 석사학위를 소지한 전문간호사(Nurse Practitioner)는 일차 진료를 담당하였으며 석사학위를 소지한 지역보건전문간호사(Community Health Nurse Specialist)는 한 명이었는데, 지역사회 건강사정, 프로그램개발, 집단 및 지역사회 수준의 중재를 실시하였다. 학사학위를 소지한 간호사는 지역사회 순회를 담당하였는데 가족과 집단을 대상으로 보건교육, 스크리닝, 사례발견을 수행하였다. 전문학사 소지자인 간호사는 센터 내에서 개인 내소자를 대상으로 보건교육과 진료과정에 따른 간호를 제공하였다.

#### IV. 논의 및 결론

농촌간호는 각 국가의 사회경제적 수준과 보건의료체계의 특성에 영향을 받아 고유한 특성을 나타내게 된다. 그럼에도 불구하고, 산업화와 도시화의 과정을 거치면서 농촌 지역의 보건의료에 대한 접근성이 도시지역에 비해 훨씬 낮은 것은 공통적인 현상이라고 할 수 있겠다. 이러한 환경에서 농촌에서 일하는 간호사들의 역할에 대한 기대가 점점 커지고 있고, 중요한 사회적 자본으로서의 기여에 대한 인식도 대두되고 있다(Lauder, Reel, Farmer, & Griggs, 2006).

호주, 캐나다, 미국의 농촌간호에 관한 문헌을 토대로 파악한 바, 농촌 지역에 적절한 간호서비스를 어떻게 제공할 것인가와 이를 위해 필요한 인력을 어떻게 확보할 것인가에 대하여 고유한 특징들을 파악할 수 있었다.

호주의 경우, 인구규모를 단위로 하여 보건기관의 규모나 기능을 다르게 설정하고 이를 기반으로 서비스를 제공하는 것으로 확인되었으며 간호사를 포함한 농촌에서 일할 보건의료 인력의 확보와 계속교육에 대한 다각적인 시도가 이루어지고 있음을 알 수 있다.

캐나다의 경우, 간호협회가 주도적으로 실태 파악을 위한 노력을 기울였다는 점에서 주목할 만하다. 캐나다 역시 농촌 및 벽오지 지역에서 젊고 유능한 간호사를 확보하는데 어려움이 많은 것으로 나타났으며 지역간 차이가 크다는 점이 지적되었고, 학부 교육과정에서부터 다학문적 팀으로 농촌 보건의료에 대한 경험을 쌓을 수 있는 교육기회를 제공하는 시도가 있었다.

미국의 경우에는 농촌지역에 적절한 의료서비스를 제공할 수 있도록 대학이나 민간기관이 시도하는 다양한 시범사업들이 이루어지고 있는데, 지역특성에 따라 이동 보건실이나 농촌간호센터 모델은 우리나라에서도 적극 검토해볼 수 있는 모델이라고 판단된다. 또한, 호주나 캐나다와 달리, 전문간호사(Nurse Practitioner)를 주축으로 다양한 수준의 간호 인력을 활용하는 방안이 개발되고 있음을 알 수 있었다.

호주, 캐나다, 미국 3개 국가 모두, 정부차원에서 장기적인 계획 하에 적극적인 지원이 추진되고 있었다. 특히, 컴퓨터와 인터넷을 이용하여 원격으로 진료나 교육을 지원하는 방안이나 적정 인력확보를 위해 인센티브를 지급하는 방안, 연구와 학술활동을 지원하거나 학부교육에서 농촌간호에 대한 관심을 갖도록 교육과정에 반영하거나 장학금을 지급하는 제도 등이 있었다.

그러나 본 연구는 제한된 문헌과 정보를 근거로 파악한 것으로 호주, 캐나다, 미국 3개국의 전반적인 상황을 파악하는 데에 매우 한계가 크다. 그럼에도 불구하고, 파악가능한 선진국의 사례를 통해 우리나라 농촌간호의 발전을 위해 검토해볼 과제들을 제안해보고자 한다.

첫째, 농촌간호에 대한 이론적 기틀을 정립하고, 이를 토대로 농촌 전문간호사의 역할을 개발해야 할 것이다. 도시지역에서 이루어지는 간호실무와 달리, 농촌지역의 간호 실무는 모든 연령층의 주민을 대상으로 이루어지며, 보다 광범위한 역할이 요구되고 있고, 간호업무 수행에 있어서 자율성이 더 큰 반면, 자문을 받거나 협력을 할 수 있는 동료 의료인이 부족하다고 할 수 있다(Bushy, 2002). 이와 같은 농촌간호 실무의 특수성이 우리나라에서는 어떻게 나타나고 있는지를 규명한 연구결과를 축적하여 농촌간호의 이론적 토대를 개발하는 것이 필요하다. 이론적 토대를 근거로 다양한 농촌 지역의 요구를 충족시킬 수 있는 농촌간호 서비스의 범위와 간호사의 역할 설정이 이루어져야 할 것이다.

둘째, 농촌에서 일하고 있는 간호 인력의 현황과 이들의 요구에 대한 체계적인 실태파악이 필요하다. 기존의 농촌지역 간호 인력에 대한 조사결과는 보건진료원 또는 보건소 인력에 한정된 것이거나 병원실태조사, 또는 지역별 보건의료인력 수급실태를 파악하는 것으로써 농촌 지역을 단위로 하여 공공과 민간을 모두 포함한 자료는 발표된 적이 없었기 때문이다. 이러한 실태조사를 근거로 농촌지역에 적절한 간호 인력을 확보하기 위한 정책 방안이 마련되어야 할 것이다.

셋째, 졸업 후 농촌지역에서 일하고자 하는 간호사와 농촌지역 환자에 대해 충분한 이해를 갖춘 간호사의 양성을 위해서 학부 교육과정에서 농촌 지역의 특성과 간호요구에 관한 학습 기회가 제공되어야 할 것이다. 특히 농촌 지역에 위치하고 있는 간호교육기관의 경우, 우선적으로 농촌간호에 대한 학습목표와 방법을 개발하여 교육과정에 반영할 필요가 있겠다.

넷째, 정부의 보건정책이 수직적인 보건사업의 틀을 벗어나 보건의료 취약성이 높은 농산어촌 벽오지의 보건의료 접근성 향상을 위한 포괄적인 접근으로 변화되어야 할 것이다. 이를 위해 시설·장비 위주의 지원정책에서 이들 지역을 위한 보건의료 인력개발과 확보를 위한 지원정책 중심으로 방향을 전환해야 할 필요가 있다.

결론적으로 선진국의 농촌 간호가 다각적인 도전 속에서 정부의 지원정책과 간호계의 적극적인 노력을 통해

발전해왔음을 알 수 있었다. 이러한 경험을 모델로 삼아, 우리나라 농촌간호의 이론적 틀의 개발, 실태파악, 교육과정의 개발, 그리고 정부의 지원정책에 대한 건의 등이 향후 추진해가야 할 과제로 제기되었다.

## 참 고 문 헌

- 권영준. (2007). *농업재해 현황 : 사고성 손상을 중심으로*. 한국농촌간호학회 춘계학술대회 자료집.
- 나백주, 감신, 강윤식, 김진엽, 김미희, 김철웅, 박선희, 유원섭, 이석구, 이무식, 이증정, 임정주, 장명화, 정대건. (2005). *농어촌의료서비스개선사업 10개년 추진사업 평가 및 향후계획 정립*, 보건복지부.
- 윤태호 (2006). *도시와 농촌간 건강불평등*. 한국농촌간호학회 창립학술대회 자료집.
- Adnrews, M. E., Stewart, N. J., Pitblado, J. R., Morgan, D. G., Forbes, D., & D'Arcy, C. (2005). Registered nurses working alone in rural and remote Canada. *Can J Nurs Res.*, 37, 14-33.
- Alexy, B. B., & Elnitsky, C. (1998). Rural mobile health unit: outcomes. *Public Health Nurs.*, 15(1), 3-11.
- Anderko, L., Uscian, M., & Rovertson, J. F. (1999). Improving client outcomes through differentiated practice: A rural nursing center model. *Public Health Nurs.*, 16(3), 168-175.
- Bushy, A. (2002) International perspectives on rural nursing: Australia, Canada, USA. *Aust J Rural Health*, 10(2) 104-11.
- Cho, H. S., & Kashka, M. S. (2004) The evolution of the community health nurse practitioner in Korea. *Public Health Nurs.* 21(3), 287-94.
- Hughes, W. J. (2000). Health department nurse practitioners as comprehensive primary care providers. *Fam Community Health*, 23(1), 50-65.
- Humphreys, J., Hegney, D., Lipscombe, J., Gregory, G., & Chaler, B. (2005). Whither rural health Reviewing a decade of progress

in rural health. *Aust J Rural Health*, 10, 2-14.

- Kenny, A., & Duckett, S. (2003). Educating for rural nursing practice. *J Adv Nurs*, 44(6), 613-622.
- Lauder W, Reel S, Farmer J, Griggs H.(2006). Social capital, rural nursing and rural nursing theory. *Nurs Inq* 13(1), 73-79.
- Leeper, J., Hullett, S., & Wang, L. (2001). Rural Alabama health professional training consortium: Six-year evaluation results. *Fam Community Health*, 24(2), 18-26.
- Nagarajan, K. V. (2004). Rural and remote community health care in Canada: beyond the Kirby Panel Report, the Romanow Report and the federal budget of 2003. *Can J Rural Med*, 9(4), 245-251.
- Reed, D. B., Hoffman, C., & Westneat, S. C. (2005). Nurses' agricultural education in the Southeastern United States. *J Nurs Educ*, 44(6), 271-276.
- Stewart, N. J., D'Arcy, C., Pitblado, J. R., Morgan, D. G., Forbes, D., Remus, G., Smith, B., Andrews, M. E., Kosteniuk, J., Kulig, J. C., & Macleod, M. L. P. (2005). A profile of Registered nurses in rural and remote Canada. *Can J Nurs Res*, 37(1), 122-145.

- Abstract -

## Lessons from the Development of Rural Health Nursing in Australia, Canada, and the United States

June, Kyung-Ja<sup>1)</sup> · Park, Ji-Yeon<sup>2)</sup>

**Purpose:** This study was done to learn from the development of rural health nursing in developed countries. **Method:** A literature search was done using keywords such as "rural and nursing" or "rural and health" from the database CHINAL and website of institutions related to rural health and nursing. **Results:** In Australia, the type of rural health institution was categorized according to the population size and nursing service was done differently according to area. It is unique to Canada to have the Canadian Association of Rural and Remote Nursing, which published the survey report "the Nature of Nursing Practice in Rural and Remote Canada". In the U.S., the role of nurse practitioners in rural communities was relatively well developed and a diverse nursing care model was demonstrated. To improve health care access in rural communities, financial and political support by the governments has been part of long-term plans in the three countries. **Conclusion:** It is very informative to identify the difference and similarity in rural health nursing in three developed countries. For the future development of Korean rural nursing, suggestion can be made in terms of research, education and policy development.

**Key words :** Rural health, Community health nursing

1) Professor, Department of Nursing, Soonchunhyang University.

2) The Master's Course, Department of Nursing, Soonchunhyang University.