韓 國 保 健 看 護 學 會 誌
Journal of Korean Public Health Nursing
Volume 26. No. 3, 491 - 503, December 2012

http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2012.26.3.491
중심단어 : 자기역량, 맞춤형 방문건강관리사업

방문건강관리사업 대상자의 자기역량 정도

박 정 숙* · 오 윤 정**

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

방문건강관리사업은 보건기관의 전문인력이 가정 또는 시설을 방문하여 가족 및 가구원의 건강문제를 발견하고 개인의 건강수준에 적합한 맞춤형 건강관리서비스를 직접 제공하거나 의뢰·연계함으로써 가족과 지역주민의 자기관리 능력을 개선하고 건강수준을 향상시키는 사업이다. 2011년 보건복지부 맞춤형 방문건강관리사업의 비전은 건강수명 연장, 취약계층의 건강형평성 확보, 건강지지적 환경을 제공하는 건강국가이며, 이러한 비전을 달성하기 위한 구체적인 목표로는 취약계층 등록관리율 유지, 취약가족 관리, 자기건강관리 능력 향상, 노인관리 및 영유아 등록관리율의 향상이 있다. 맞춤형 방문건강관리사업의 대상자들은 건강위험요인과 건강문제의 조절 여부에 따라 집중관리군, 정기관리군, 자기역량지원군으로 구분되어 서비스를 제공받고 있으며, 이전의 방문건강관리사업에 비해 취약계층의 자기역량의 향상을 강조하고 있다(Ministry for Health, Welfare and Family Affairs, 2011).

취약계층은 빈곤이라는 경제적인 문제뿐만 아니라 사회, 심리적인 문제까지도 다른 계층보다 복합적으로 내포하고 있다. 반면에 그 문제를 해결할 수 있는 가족 내, 외적 자원의 부족으로 취약계층이 가진 문제는 더욱 심각해질 수밖에 없다(Chong, 1996). Ham, Kim과 Lee (2008)의 연구와 Cho와 Kim (2007)의 연구에서는 취약계층은 저소득, 고연령, 저학력이 많고, 보건의료 접근성이 낮기 때문에 건강상 높은 위험요인을 가지고 있으며, 상병률과 사망률이 높을 뿐만 아니라 삶의 질이 타 계층에 비해 떨어지는 취약성을 보인다고 하였다. Ahn, Kim, Kim과 Song (2010)의 연구에서도 경제적으로 취약한 여성들은 건강문제, 경제적 어려움 및 심리적 부담감 등으로 인해 자존감의 저하, 무력감과 우울 등의 정서적인 문제를 나타내고 삶의 질 저하도 초래한다고 하였다. 이처럼 취약계층은 타 계층에 비해 보다 많은 문제를 가지고 있다. 이중 긴급한 건강문제를 해결하기 위해서는 보건소 방문전담인력의 직접적인 건강관리나 자원연계 서비스 혹은 의료기관 이용 시의 재정적 지원체제 등이 필요하지만, 긴급한 건강문제가 해결되고 나면 대상자 스스로 자신의 삶을 이끌어 나갈 수 있도록 개인적인 힘 또는 통제력

* 계명대학교 간호대학 교수
** 경남도립거창대학 간호과 부교수(교신저자 E-mail: 2563yjoh@hanmail.net)
투고일: 2012년 09월 03일 심사의뢰일: 2012년 10월 17일 게재확정일: 2012년 12월 17일
• *Address reprint requests to: Oh, Yun Jung*
Department of Nursing, Gyeongnam Provincial Geochang College,
1396 Daepyung-Ri, Geochang-Eup, Geochang-Gun, Gyungnam, 670-814, Korea
Tel: 82-55-940-2562 Fax: 82-55-940-2569 E-mail: 2563yjoh@hanmail.net

을 향상시켜 자기역량을 키워주는 것이 필요하다.

자기역량은 추상적인 개념이며 문제와 결핍을 확인하고 다루는 것보다는 대상자의 가능성과 강점을 언급하는 긍정적인 개념으로 건강문제를 다루는 능력을 증진시킬 수 있는 중요한 개념이다(Sigurdardotti & Jonsdottir, 2007). 또한 힘(power)을 얻고 개발하고 활용하는 과정으로 자신의 삶에 대한 결정과 행위에 힘을 가지는 것이며, 이때 힘은 자신의 이익을 위해서 자신의 삶의 공간에 영향력을 미칠 수 있는 능력(Rayne, 1997)을 의미한다. 사회복지영역에서의 자기역량은 장애인, 여성, 노인, 빈곤계층, 소수인종 등을 대상으로 소외와 권리 박탈로 인해 발생한 부조화, 불균형을 해결하기 위해 자원, 서비스, 기회 및 정보 등을 연결하여 자신과 환경에 대한 통제력을 갖도록 하는 중요한 기술이다(Park, 2005). 따라서 역량강화는 최근 사회적으로 소외되었거나 약자인 대상자에게 매우 효과적인 전략으로 제시되고 있다(Choi, 2010).

자기역량은 개인내적, 대인관계적, 정치사회적 차원으로 구분할 수 있으며, 이는 대상자가 가지는 무력감이 사회적 영향력을 행사하지 못하는 패배감에서 생겨나며 그것의 회복은 자기 자신이 사회적 세력과 영향력의 행사에 있어 불균형이 해소되었다는 인식을 가질 때 극복될 수 있다는 점에서 기초하였다(Kwon, 2011). 개인내적 차원에서의 자기역량은 심리적 역량을 의미하며, 사고와 신념에 대한 인지 재구조화 과정을 통하여 성취되는 것이다. 대인관계적 차원에서의 자기역량은 바람직한 자원과 목적을 성취하기 위하여 타인들에게 영향을 주는 능력을 의미하며 이를 위해서 소집단 활동의 참가를 중시한다. 그리고 정치사회적 차원의 자기역량은 조직의 참여 및 정치적 의식 증진, 사회행동에 대한 기술 증진 등을 통해 구조와 제도를 변화시키는 것을 의미한다(Parsons, Gutierrez, & Cox, 1999). 결과적으로 한 개인이 개인적인 측면에서 역량강화가 되었다고 평가하더라도 그것 자체만으로 큰 의미가 없으며, 개인내적 차원의 역량강화를 통해 대인관계 및 정치사회적 차원까지 순환적으로 영향을 미쳐 궁극적으로 지역사회에서 주체적이고 자율적으로 생활하며 다른 구성원들과 조화를 이루어 살아가며 스스로에 대한 옹호나 권익을 추구할 수 있게 되는 것이 중요하다(Kim, 2008).

오늘날 취약계층인 맞춤형 방문건강관리사업에서 대상자를 집중관리군, 정기관리군, 자기역량지원군으로 분류하고, 전문가에 의한 지속적인 관리가 필요한 집중관리군에서 정기관리군과 자기역량지원군으로 군 이동을 격려하고 궁극적으로 독립적인 건강관리가 가능하도록 노력하고 있다(Ministry for Health, Welfare and Family Affairs, 2011). 이와 같이 취약계층의 자기역량이 강조되고 있기는 하지만, 자기역량에 관한 선행연구들은 대부분 노인(Moon, 2005), 정신장애인(Byun & Jun, 2011; Kim, 2008), 자활사업 참여자(Jeong, 2011; Park, 2005), 저소득층 여성(Ahn et al., 2010; Kwon, 2011) 등을 대상으로 제한적으로 이루어져 있으며, 자기역량 정도에 영향을 미치는 요인을 분석한 연구도 미비한 실정이다.

이에 본 연구에서는 맞춤형 방문건강관리사업 대상자의 자기역량 정도와 자기역량에 영향을 미치는 요인을 규명하여, 자기역량 강화를 위한 간호중재 개발에 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 맞춤형 방문건강관리사업 대상자의 자기역량 정도와 이와 관련 있는 특성을 분석하기 위함이다.

Ⅱ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 방문건강관리사업 대상자의 자기역량 정도를 파악하고 대상자의 일반적인 특성과의 관련 정도를 분석하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

대구 경북지역 33개 보건소에서 실시하는 방문건강관리서비스를 받는 사람 중에서 본 연구의 목적을 이해하고 서명 동의를 한 사람을 연구대상자로 하였으며, 1순위는 기초생활수급자 중 만성질환자, 노인, 장애인, 임산부, 영유아, 다문화가족 등 건강위험군이고 2순위

는 실제소득이 최저생계비 120% 이하이거나 건강보험 부과 하위 20% 이하인 차상위계층 중 만성질환자, 노인, 장애인, 임산부, 영유아, 다문화가족 등 건강위험군이며, 3순위는 1, 2순위를 제외한 다문화가족, 지역아동센터 빈곤아동, 미인가시설 거주자이고, 4순위는 보건소나 지역사회기관에서 건강문제가 있어 의뢰한 일반 지역주민이다(Ministry for Health, Welfare and Family Affairs, 2011). 보건소에 근무하는 모든 방문간호사에게 각 3부씩 총 879부의 설문지를 배부하여 810부를 회수(회수율 92.2%)하였고, 회수된 설문지 중 30% 이상 응답이 미비한 설문지 50부를 제외하고 최종 767부(최종 회수율 87.3%)를 자료분석에 이용하였다. G-Power 3.1.3을 이용하여 유의수준 α는 .05, effect size는 0.25(medium), 검정력은 95%로 한 결과 305명이 산출되어 본 연구결과를 해석하는데 무리가 없다고 판단된다.

연구대상자는 방문간호사 당 본인이 방문간호를 제공하는 집중관리군 1명, 정기관리군 1명, 자기역량지원군 1명으로 하였는데, 집중관리군은 고혈압, 당뇨가 있고 증상조절이 안 되는 자, 건강문제가 있고 대상자와 보호자 교육이 매 방문 시마다 필요한 자, 취약가족으로 긴급한 중재를 요하는 자로서, 매주 1회씩 8회의 방문간호를 받는 사람들이고, 정기관리군은 질병치료 및 약물복용 중에 증상조절은 되나 건강위험 요인이 있는 자, 65세 이상 허약 고위험 해당자, 중증질환으로 매주 병원에서 관리를 받는 자로서, 1회/3~6개월 가정방문, 1회/1개월 전화방문을 받는 사람들이며, 자기역량지원군은 병원치료나 자가관리로 잘 조절되고 있는 자, 건강문제가 있으나 자가관리되고 건강위험 요인이 있어서 생활습관 교정이 필요한 자로서, 1회 이상/6개월~1년 가정방문, 1회/1개월 전화방문을 받는 사람들이다(Ministry Health, Welfare and Family Affairs, 2011).

3. 연구 도구

본 연구에서 사용한 자기역량 측정도구는 Parsons (1994)의 자기역량 결과 도구(Empowerment outcome assessment)를 수정 보완하여 사용하였다. 이 도구는 개인내적 9문항, 대인관계적 9문항, 사회정치적 8문항의 하위영역으로 구성되어져 있고, 5점 척도의 총 26문항으로 최저 26점에서 최고 130점까지 가능하며, 점수가 높을수록 자기역량 정도가 높음을 의미한다. 원척도의 신뢰도는 Cronbach α=.860이었고 본 연구에의 신뢰도는 Cronbach α=.913이었다.

4. 자료 수집

대구 경북지역 33개 보건소에서 방문건강관리사업을 전담하는 방문간호사 전수 293명에게 각 3부씩 총 879부의 설문지를 배부하여 방문간호사당 집중관리군 1명, 정기관리군 1명, 자기역량지원군 1명을 선정하게 한 후, 대상자의 가정을 방문하여 자료수집을 실시하였다. 2011년 6월 3일 대구 경북 지역 방문간호사 권역교육 후 방문간호사를 대상으로 설문지 자료수집방법에 대한 교육을 20분간 실시하고 1인당 3부의 설문지 배부하였다.

2011년 6월 4일에서 7월 30일 사이에 방문간호사는 각자의 방문대상자 중에서 의사소통이 가능하고 자기역량 설문조사에 동의하며 가정방문을 허락한 집중관리군 1명, 정기관리군 1명, 자기역량지원군 1명의 가정을 방문하여 해당 방문건강관리 서비스 제공이 끝난 후 자기역량 설문지를 이용하여 자료를 수집하였다. 문자해독이 가능한 대상자에게는 설문지를 주어 직접 작성하게 하였고, 문맹이나 노안인 대상자에게는 방문간호사가 설문지를 읽어주고 해당 항목에 기입하였다. 보건소별로 선임방문간호사가 작성된 설문지를 수합하여 우편으로 회수하였다.

5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS 18.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다. 대상자의 일반적인 특성은 서술적 통계, 자기역량 점수는 평균과 표준편차를 이용하였다. 일반적 특성에 따른 자기역량 점수의 차이검증은 t 검증 및 일원 분산분석(one way ANOVA)을 실시하였으며, 통계적으로 차이가 있는 변인은 Scheffe 방법을 이용하여 사후검증 하였다. 자기역량에 유의한 영향을 미치는 변수들을 분석하기 위해서는 단계적 다중회귀분석(stepwise multiple regression analysis)을

실시하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자는 여자가 582명(75.9%), 남자는 185명(24.1%)이었고, 연령은 70-74세가 218명(28.6%)으로 가장 많았으며, 평균 연령이 71.29세이었다. 직업은 없는 경우가 683명(91.1%)이었고, 교육정도는 무학이 337명(44.2%)으로 가장 많았고, 초등졸이 276명(36.2%), 중졸이 82명(10.8%), 고졸 이상이 67명(8.8%)로 나타났다. 종교는 있는 경우가 404명(55.3%)이었고, 경제적 수준은 기초생활보장 수급자가가 477명(64.0%), 차상위 계층이 148명(19.9%), 기타 120명(16.1%)이었다. 건강보험 종류에는 건강보험(의료보험)이 247명(32.9%)이었고, 의료급여 1종이 431명(57.5%), 의료급여 2종이 72명(9.6%)이었다. 독거유무에서는 비독거가 302명(39.6%), 독거가 461명(60.4%)이고, 가족 구성요인으로는 다문화 5명(1.9%), 폭력 1명(0.4%), 정신지체 2명(0.8%), 정신질환 4명(1.5%), 소년소녀가장 2명(0.8%), 장애인이 67명(25.4%), 기타가 183명(69.3%)이었다. 대상자 군분류에서는 집중관리군이 251명(36.4%), 정기관리군 259명(37.6%), 자기역량지원군이 179명(26.0%)이었고, 대상자들이 앓고 있는 질병으로는 고혈압이 504명(35.1%)으로 가장 많았다(Table 1).

2. 대상자의 자기역량 점수

대상자의 자기역량 평균 점수는 3.01점(5점 만점)이었고, 하위영역으로는 대인관계적 역량 점수가 3.09점으로 가장 높았으며, 그 다음이 개인내적 역량이 2.97점, 사회정치적 역량이 2.96점의 순이었다(Table 2).

3. 일반적 특성에 따른 자기역량 비교

일반적 특성에 따른 자기역량 점수는 직업(t=2.735, p=.006), 교육정도(F=6.531, p<.001), 경제적 수준(F=4.620, p=.010), 독거유무(t=3.224, p=.001), 대상자 군분류(F=3.240, p=.040)에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉 직업이 있는 군, 초등학교 졸업 이상 군, 차상위 계층군과 기타군, 비독거군, 자기역량지원군이 다른 군보다 자기역량 점수가 높았다.

자기역량의 하위영역을 살펴보면, 일반적 특성에 따른 개인내적 역량 점수는 직업(t=2.795, p=.005), 경제적 수준(F=9.817, p<.001), 건강보험(F=7.307, p=.001)에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉 직업이 있는 군, 차상위 계층군과 기타군, 건강보험군이 다른 군보다 개인내적 역량 점수가 높았다. 대인관계적 역량 점수는 교육정도(F=3.255, p=.021), 경제적 수준(F=3.359, p=.035), 건강보험(F=4.038, p=.018), 독거유무(t=2.985, p=.003)에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉 초등학교 졸업 이상 군, 차상위 계층군과 기타군, 건강보험군, 비독거군이 다른 군보다 대인관계적 역량 점수가 높았다. 정치사회적 역량 점수는 연령(F=3.478, p=.008), 직업(t=2.014, p=.044), 교육정도(F=7.086, p<.001), 독거유무(t=3.181, p=.002), 대상자 군분류(F=5.312, p=.005)에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉 80세 미만군, 직업이 있는 군, 초등학교 졸업 이상군, 비독거군, 자기역량지원군이 다른 군보다 정치사회적 역량 점수가 높았다(Table 3).

4. 자기역량에 영향을 미치는 예측요인

회귀분석의 가정을 검정하기 위해 다공선성(multicollinearity)을 검증한 결과 VIF가 모두 1.00~1.025로 10보다 작아 다중공선성의 문제는 없는 것으로 나타났다. 또한 Durbin-Watson 값이 1.858~2.050로 오차의 자기상관(독립성)의 문제가 없는 것으로 나타났다. 공차한계는 0.975~1.000로 0.1이상을 보였고, VIF 값은 잔차의 가정을 충족하기 위한 검정결과 회귀표준화 잔차의 정규 P-P 도표에서 모두 선형성이 확인되었고 산점도에서 잔차의 분포가 0을 중심으로 고르게 퍼져 있으며, 잔차의 평균이 0.001, 표준편차는 0.47 이하의 범위에 있어 오차항의 정규성 및 그리고 등분산성이 확인되었다. 특이값을 검토하기 위

Table 1. General Characteristics of Subjects N=767

Characteristics	Categories	n(%)
Gender	Male	185(24.1)
	Female	582(75.9)
Age(years)	≤64	122(16.1)
	65~69	121(15.9)
	70~74	218(28.6)
	75-79	176(23.2)
	≥80	123(16.2)
	Mean(SD)	71.29(9.45)
Job	Yes	67(8.9)
	No	683(91.1)
Education	None	337(44.2)
	Elementary	276(36.2)
	Middle school	82(10.8)
	≥High school	67(8.8)
Religion	Yes	404(55.3)
	No	326(44.7)
Economic status	Basic livelihood security	477(64.0)
	Near poverty	148(19.9)
	Other	120(16.1)
Types of health insurance	Health insurance(medical insurance)	247(32.9)
	Medicaid 1 type	431(57.5)
	Medicaid 2 type	72(9.6)
Living arrangement	Non-alone	302(39.6)
	Alone	461(60.4)
Types of family	Multicultural	5(1.9)
	Violence	1(0.4)
	Mental retardation	2(0.8)
	Mental disease	4(1.5)
	Youth-headed family	2(0.8)
	Disabled	67(25.4)
	Other	183(69.3)
Client classification(group)	Intensive management	251(36.4)
	Regular management	259(37.6)
	Self-empowerment support	179(26.0)
Current disease*	Hypertension	504(35.1)
	Diabetics	309(21.5)
	Stroke	70(4.9)
	Arthritis	387(27.0)
	Urinary incontinence	16(1.1)
	Cancer	51(3.6)
	Cardiac disease	78(5.4)
	Chronic respiratory disease	19(1.3)

*mutiple response

Table 2. Empowerment Total and Subscale Scores of Subjects

Categories		Mean(SD)
Total	Empowerment	3.01(0.28)
Subscale	Individual empowerment	2.97(0.36)
	Interpersonal relationship empowerment	3.09(0.34)
	Political-social empowerment	2.96(0.48)

Table 3. Differences of Empowerment According to Participants' General Characteristics

Characteristics	Categories	Empowerment(total)				Individual empowerment				Interpersonal relationship empowerment				Political-social empowerment			
		M(SD)	t/F	*p*	Scheffe	M(SD)	t/F	*p*	Scheffe	M(SD)	t/F	*p*	Scheffe	M(SD)	t/F	*p*	Scheffe
Gender	Male	3.02(0.30)	0.561	.575		2.96(0.39)	-0.435	.664		3.08(0.34)	-0.096	.924		3.02(0.47)	1.977	.048	
	Female	3.01(0.28)				2.97(0.35)				3.09(0.34)				2.94(0.48)			
Age(years)	≤64[a]	3.03(0.32)	0.565	.688		2.94(0.35)	0.908	.459		3.09(0.37)	0.201	.938		3.05(0.51)	3.478	.008	a,b,c,d〉e
	65~69[b]	3.00(0.31)				2.93(0.37)				3.07(0.36)				3.01(0.45)			
	70~74[c]	3.01(0.27)				3.00(0.36)				3.08(0.32)				2.93(0.46)			
	75-79[d]	3.01(0.29)				2.95(0.37)				3.09(0.32)				2.99(0.49)			
	≥80[e]	2.97(0.28)				2.98(0.35)				3.11(0.33)				2.84(0.45)			
Job	Yes	3.10(0.32)	2.735	.006		3.08(0.38)	2.795	.005		3.14(0.34)	1.307	.192		3.08(0.53)	2.014	.044	
	No	3.00(0.28)				2.95(0.36)				3.08(0.34)				2.96(0.47)			
Education	None[a]	2.96(0.28)	6.531	〈.001	d,c,b〉a	2.95(0.36)	0.795	.497		3.05(0.34)	3.255	.021	d〉a,b,c	2.88(0.46)	7.086	〈.001	b,c,d〉a
	Elementary school[b]	3.04(0.28)				2.98(0.36)				3.11(0.35)				3.02(0.47)			
	Middle school[c]	3.02(0.30)				2.95(0.35)				3.09(0.30)				3.02(0.51)			
	≥High school[d]	3.10(0.26)				3.02(0.36)				3.17(0.29)				3.11(0.48)			
Religion	Yes	3.00(0.30)	-0.199	.842		2.98(0.38)	0.914	.361		3.09(0.35)	0.401	.689		2.93(0.19)	-1.771	.077	
	No	3.01(0.26)				2.95(0.34)				3.08(0.33)				2.99(0.46)			
Economic status	Basic livelihood security[a]	2.99(0.29)	4.620	.010	b,c〉a	2.92(0.35)	9.817	〈.001	b,c〉a	3.06(0.35)	3.359	.035	b,c〉a	2.97(0.49)	0.332	.718	
	Near poverty[b]	3.02(0.28)				3.02(0.38)				3.10(0.35)				2.95(0.44)			
	Other[c]	3.08(0.25)				3.06(0.30)				3.15(0.28)				3.00(0.48)			
Types of health insurance	Health insurance[a]	3.04(0.26)	2.468	.086		3.04(0.36)	7.307	.001	a〉b,c	3.14(0.30)	4.038	.018	a〉b,c	2.95(0.46)	0.355	.701	
	Medicaid 1 type[b]	2.99(0.29)				2.94(0.35)				3.07(0.35)				2.97(0.48)			
	Medicaid 2 type[c]	2.99(0.33)				2.91(0.38)				3.03(0.40)				3.01(0.53)			
Living arrangement	Non-alone	3.05(0.28)	3.224	.001		2.99(0.35)	1.286	.199		3.13(0.34)	2.985	.003		3.03(0.48)	3.181	.002	
	Alone	2.98(0.28)				2.95(0.36)				3.05(0.33)				2.92(0.47)			
Client classification (group)	Intensive management[a]	2.98(0.27)	3.240	.040	c〉b,a	2.94(0.35)	2.255	.106		3.10(0.33)	0.345	.709		2.89(0.44)	5.312	.005	c〉b,a
	Regular management[b]	3.02(0.27)				2.97(0.36)				3.08(0.34)				3.00(0.47)			
	Self-empowerment support[c]	3.05(0.30)				3.01(0.37)				3.11(0.35)				3.03(0.51)			

한 Cook's Distance 값은 0.000~0.057로 1을 초과한 값은 없었다. 따라서 회귀식의 가정((다중공선성, 잔차, 특이값 진단)을 충족하여 회귀분석의 결과를 신뢰할 수 있다고 판단되었다.

따라서 이상의 결과를 가지고 자기역량에 영향을 미치는 예측요인을 분석하기 위해 일반적인 특성을 단계적 다중회귀분석방법으로 분석하였다. 단계적 다중회귀분석에서 연속변수가 아닌 독립변수는 더미변수 처리하였는데, 교육수준은 무학 0, 초졸 이상 1, 경제적인 수준은 기초생활보장수급자는 0, 차상위계층과 기타는 1, 건강보험의 종류에서는 건강보험은 0, 의료급여 1종과 2종은 1, 대상자 군 분류에서는 집중관리군과 정기관리군은 0, 자기역량지원군은 1로 처리하였다.

자기역량을 설명하는 주요변수로는 교육정도와 독거유무로 나타났고, 맞춤형 방문건강관리 사업 대상자의 자기역량을 4.4% 설명하였다($F=13.207$, $p<.001$). 하위영역을 살펴보면, 개인내적 역량을 설명하는 주요변수는 경제적인 수준과 직업, 대인관계적 역량을 설명하는 주요변수로는 독거유무와 교육정도, 정치사회적 역량을 설명하는 변수로는 교육정도와 독거유무인 것으로 나타났다(Table 4).

Ⅳ. 논 의

본 연구는 건강문제를 가진 경제적 취약계층인 맞춤형 방문건강관리사업 대상자의 자기역량 정도와 이와 관련있는 변수를 파악함으로써 대상자의 자기역량 강화를 위한 간호중재를 개발하는데 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

주로 건강문제를 가진 기초생활보장수급자와 차상위계층으로 구성된 맞춤형 방문건강관리사업 대상자의 자기역량 총점은 3.01점(5점 척도)으로 나타났다. 빈곤 여성가구주를 대상으로 한 Kwon (2011)의 3.20점(5점 척도), 자활사업 참여자를 대상으로 한 Jeong (2011)의 3.39점(5점 척도), 재가노인을 대상으로 한 Moon (2005)의 3.36점(5점 척도), 정신장애인을 대상으로 한 Choi (2011)의 3.14점, 정신장애인을 대상으로 한 Byun과 Jun (2011)의 2.59점(4점 척도), 당뇨병환자들을 대상으로 한 Sigurdardotti와 Jonsdottir (2007)의 3.68점(5점 척도)으로 나타나, 맞춤형 방문건강관리를 받고 있는 취약계층 대상자의 자기역량 정도가 빈곤 여성가구주, 자활사업 참여자, 정신장애인이나 당뇨병환자보다 낮음을 알 수 있다. 이는 건강문제를 가진 취약계층인 방문건강관리 대상자들은 건강문제만을 가진 정신장애인이나 당뇨병환자들보다 자기역량 점수가 낮고, 또한 특별한 건강문제를 가지지 않은 취약계층인 빈곤 여성가구주나 자활사업 참여자보다 자기역량 점수가 낮음을 의미한다. 따라서 방문건강관리 대상자들이 집중 건강관리 및 자원연계 서비스를 받고 자가 간호할 수 있는 능력을 함양하여 정기관리군, 자기역량지원군으로 이동할 수 있도록 자기역량을 향상시키는 적절한 간호중재의 개발 및 적용이 시급하다 하겠다.

자기역량의 하위영역를 살펴보면, 대인관계적 역량이 3.09점으로 가장 높았고, 그 다음이 개인내적 역량이 2.97점, 사회정치적 역량이 2.96점의 순이었다. 본 연구와 같이 Parson (1994)의 자기역량 결과 사정도구(Empowerment outcome assessment)를 수정보완해서 사용한 연구의 결과들을 살펴보면, Kwon (2011)의 연구에서는 개인내적 역량이 3.49점, 대인관계 역량이 3.23점, 정치사회 역량이 3.11점이었고, Jeong (2011)의 연구에서는 정치사회적 역량이 3.56점, 대인관계 역량이 3.38점, 개인내적 역량이 3.31점으로 나타났으며, Choi (2011)의 연구에서는 대인관계 역량이 3.30점, 개인내적 역량이 3.21점, 사회정치적 역량이 2.91점으로 나타나 본 연구결과와 다소 차이가 있었다. 이러한 연구결과의 차이는 연구대상자의 특성과 내, 외적 환경에 기인된 것으로 사료되며, 본 연구대상자의 자기역량은 대인관계적 역량을 기반으로 하여 개인내적 역량 뿐만 아니라 조직 참여 및 활동에 대한 정치사회적 역량이 형성될 수 있도록 실천적 개입이 필요할 것으로 사료된다.

일반적인 특성에 따른 자기역량 점수의 차이를 살펴보면, 직업, 교육정도, 경제적 수준, 독거유무, 대상자 군 분류에 따라 유의한 차이가 있었다. 자기역량의 하위영역을 살펴보면 개인내적 역량은 직업, 경제수준, 건강보험 종류에 따라, 대인관계 역량은 교육정도, 경제수준, 건강보험 종류, 독거유무에 따라, 정치사회적 역량은 연령, 직업, 교육정도, 독거유무, 대상자 군분류에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

Table 4. Predictors of Empowerment

Domain	Variables	B	S.E	β	t	*p*	Cum. R^{2*}	F(*p*)
Empowerment(total)	Constant	3.061	0.045		68.754	<.001		
	Education	0.095	0.024	.164	3.972	<.001	.033	19.470(<.001)
	Living arrangement	-0.063	0.024	-.107	-2.598	.010	.044	13.207(<.001)
Individual empowerment	Constant	2.794	0.059		47.729	<.001		
	Economic status	0.129	0.031	.168	4.164	<.001	.032	20.119(<.001)
	Job	0.117	0.053	.090	2.219	.027	.040	12.587(<.001)
Interpersonal relationship empowerment	Constant	3.181	0.054		59.379	<.001		
	Living arrangement	-0.077	0.029	-.108	-2.633	.009	.015	9.108(.003)
	Education	0.066	0.029	.094	2.288	.023	.024	7.203(.001)
Political-social empowerment	Constant	3.044	0.074		40.994	<.001		
	Education	0.184	0.040	.187	4.610	<.001	.040	25.616(<.001)
	Living arrangement	-0.108	0.040	-.109	-2.682	.008	.053	16.537(<.001)

*Cum.R^2=Cumulative R^2

직업은 있는 군이 없는 군에 비해 자기역량 점수, 개인내적 역량 점수, 정치사회적 역량 점수가 높게 나타났다. Moon (2005)의 연구에서도 자기역량 점수, 일상생활기능, 자아존중감 모두 높게 나타났으며, 소득과 직업의 상실로 인해 자아존중감이 저하된다고 하였다. Cho (2008)의 연구에서는 직업이 없는 경우 빈곤할 승산(odds)이 179.9%라고 하였다. 이러한 연구결과는 직업을 가진 군이 없는 군에 비해 경제적인 여유가 있으며 재정적인 곤란으로 인한 정신적인 부담감의 감소로 자기역량 점수가 높은 것으로 사료된다.

본 연구 대상자들의 교육정도가 초등학교 졸업 이상군이 무학군보다 자기역량 점수가 높았으며, 이는 선행연구(Kwon, 2011; Moon, 2005; Park, 2002) 결과와 일치한다. 또한 본 연구의 자기역량 중 하위영역에서는 대인관계적 역량과 정치사회적 역량 점수가 초등학교 졸업 이상군이 무학군보다 높은 것으로 나타났으며, 이는 Kwon (2011)의 연구결과와 일치한다. Moon (2005)의 연구에서는 교육수준이 높을수록 일상생활기능과 자아존중감이 높았으며, Cho (2008)의 연구에서는 교육수준이 낮을수록 빈곤가구일 가능성이 높다고 하였다. Sigurdardotti와 Jonsdottir (2007)의 연구에서도 교육적인 수준이 높을수록 당뇨병환자의 자기역량 정도가 높은 것으로 나타났으며, 교육수준이 낮을수록 당뇨병 간호와 관련된 의사결정시 보다 더 많은 문제를 가진다고 하였다. Cakir와 Yerin Guneri (2011)의 연구에서도 교육수준이 높을수록 역량정도가 높은 것으로 나타났고, Ehrhardt, Sawires, McGovern, Peacock과 Weston (2009)의 연구에서는 경제적인 수준이 높을수록 보다 더 좋은 교육을 받을 수 있으며, 교육은 여성의 자기역량을 강화시키고, 그들의 건강을 더욱더 증진시킬 수 있다고 하였다. 즉 교육수준이 낮은 집단일수록 사회로부터 저학력에 대한 낙인 및 부정적인 평가를 다른 집단에 비해 더 많이 받음으로써 대인관계 역량과 사회정치적 역량 뿐만 아니라 전체 자기역량 수준이 상대적으로 낮은 것으로 사료된다.

경제적인 수준에서는 차상위 계층군과 기타군이 기초생활수급군에 비해 자기역량 점수가 높았으며, 이는 Kwon (2011)의 연구와 일치한다. 또한 본 연구 대상자의 자기역량 하위 영역 중 개인내적 역량과 대인관계적 역량에서도 차상위 계층군과 기타군이 기초생활수급군에 비해 역량 점수가 높았고, Kwon (2011)의 연구에서는 대인관계적 역량만 유의하게 높은 것으로 나타났다. 본 연구대상자의 건강보험 종류 중에서는 건강보험군이 의료급여 1, 2종군에 비해 개인내적 역량과 대인관계적 역량 점수가 높은 것으로 나타났다. Ham 등(2008)의 연구에서는 사회경제적인 수준이 낮은 여성들이 심혈관질환 위험요인을 더 많이 가지고 있는 것으로 나타났고, Ehrhardt 등(2009)의 연구에서는 경제적인 측면의 역량이 강화된 대상자들은 유의하게 높은 건강의 이득을 가지고 있으며 건강을 위협하는 요인들로부터 자신을 보호하고 질병에 걸리더라도 보다 더 효과적인 의료서비스를 받을 수 있다고 하였다. Ha, Yun과 Ahn (2010)의 연구에서도 월수입과 월 용돈이 많을수록, 주택을 소유한 경우 자기역량 정도가 더 높은 것으로 나타났다. 본 연구대상자의 경제적 수준과 건강보험 종류는 대상자의 경제적인 능력을 나타내는 지표로 볼 수 있으므로, 경제수준이 높을수록 자신에 대한 만족감이 높고 사회적 관계 및 교류에 있어서 상대적 박탈감을 덜 느끼고 더 많은 기회를 가질 수 있기 때문에 개인내적 역량과 대인관계적 역량 정도가 높은 것이라 사료된다.

독거유무에서는 비독거군이 독거군에 비해 자기역량 점수와 하위영역 중 대인관계적 역량과 정치사회적 역량이 높은 것으로 나타났다. Moon (2005)의 연구에서는 배우자가 있는 경우와 비독거인 경우 자기역량 점수가 유의하게 높았으며, Ha 등(2010)의 연구에서는 배우자가 있고, 이성의 친구가 있는 경우 노인의 자기역량이 더 높은 것으로 나타났다. Cho와 Kim (2007)의 연구에서는 방문간호대상자들 중 독거가족이 2인 이상 가족보다 자기건강관리능력 점수가 낮았고, Kim (2008)의 연구에서는 사회적 지지 정도가 높을수록 대인관계적 역량 정도가 높은 것으로 나타났다. Cakir와 Yerin Guneri (2011)의 연구에서는 사회적 지지가 자기역량의 유의미한 예측 인자로 나타났으며, Reininger, Perez, Aguirre Flores, Chen과 Rahbarge r(2012)의 연구에서는 역량정도와 사회적 지지의 부족은 청소년들의 위험 행동 증가와 직접적인 연관관계가 있는 것으로 나타났다. 즉, 배우자와 다른 가족구성원과 함께 거주하면서 가족구성원과의 적절한

의사소통, 정보교류 및 상호간의 지지를 통해 타인과의 관계형성과 유지에 긍정적인 영향을 미쳐서 전반적인 대인관계적 역량과 정치사회적 역량의 정도가 높은 것으로 사료된다. 따라서 본 연구 대상자들의 자기역량을 향상시키기 위해서는 가족, 친구와 사회 집단 간의 상호작용을 활발히 할 수 있도록 해야 할 것이며 또한 자조 집단을 형성해 서로 간의 정보제공 및 지지와 격려를 활성화 하는 방안을 구축해야 할 것이다.

본 연구 대상자의 군 분류에서는 자기역량지원군이 타 군에 비해 자기역량 점수가 높고, 하위영역 중 정치사회적 역량이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 자기역량지원군은 건강위험요인 및 건강문제가 있으나 조절이 되는 경우로 방문간호사가 4~6개월에 1회 직접 방문하여 건강관리 서비스를 제공할 수 있는 군으로(Ministry Health, Welfare and Family Affairs, 2011), 즉 집중관리군과 정기관리군에 비해 신체적 상태가 양호한 편이라 할 수 있겠다. Moon (2005)의 연구에서는 일상생활기능이 좋을수록 자아존중감이 높고 자기역량 정도가 높은 것으로 나타났다. 따라서 본 연구 대상자들의 자기건강위험 요인 및 건강문제를 조절할 수 있도록 전략적인 간호중재와 방문간호사의 깊은 관심과 적극적인 지지가 필요할 것으로 사료된다.

본 연구 대상자의 연령이 80세 미만인 군이 80세 이상인 군에 비해 자기역량 하위영역 중 정치사회적 역량이 높은 것으로 나타났다. Moon (2005)의 연구에서는 연령이 낮을수록(60~64세) 자기역량 점수가 높았고, Park (2002)의 연구에서는 50세~59세의 자기역량 점수가 40세~49세에 비해 높았다. 즉 연령이 너무 낮거나 높은 층 보다는 50~60대의 연령층이 정치사회적 역량 정도가 높은 것을 알 수 있다. 반면에 Kim (2008)의 연구에서는 정치사회적 역량에 영향을 미치는 주요 요인이 전문가와의 긍정적인 관계인 것으로 나타났으며, 전문가의 긍정적인 관계가 지역사회 참여를 증가시키고 자기옹호를 증진시킨다고 하였다. 따라서 본 연구 대상자의 자기역량을 향상시키기 위해서는 65세 이상 노인들을 대상으로 자기역량 강화를 증대할 수 있는 구체적이고 현실적인 방안이 마련되어야 할 것이다. 또한 방문간호사는 대상자를 단순히 서비스를 제공하는 대상자로 인식하기보다 대상자의 지역사회 생활 향상을 위해 함께 노력하는 파트너로 이해하는 것이 필요하며, 대상자들도 문제해결이나 지역사회 생활에서 필요한 결정을 방문간호사에게 의존하는 모습에서 벗어나 함께 논의하고 해결책을 찾는 관계로 발전시켜 나가는 것이 필요하다고 사료된다.

본 연구대상자들의 자기역량을 설명하는 주요 변수로는 교육정도와 독거유무로 나타났으며, 하위영역인 개인내적 역량에서는 경제적인 수준과 직업, 대인관계적 역량과 정치사회적 역량 모두 교육정도와 독거유무인 것으로 나타났다. Kim (2008)의 연구에서는 일반적인 특성 중에서 경제적인 수준만이 대인관계적 역량을 설명하는 주요 변수로 나타났다. Jung (2005)의 연구에서는 일반적인 특성 중에서 결혼상태만이 정신장애인의 자기역량과 하위영역의 대인관계적 역량과 정치사회적 역량을 설명하는 주요변수인 것으로 나타났다. Byun과 Jun (2011)의 연구에서는 정신장애인의 삶의 질을 설명하는 가장 강력한 요인이 자기역량인 것으로 나타났으며, 이는 정신장애인의 자기역량의 강화를 통해서 자기역량이 높아지면 삶의 질도 향상될 수 있음을 보여준다. 즉, 경제적인 수준이 높고 배우자 및 가족구성원의 형성은 더 많은 사회적 지지와 사회적 통합, 경제적 보상을 확보할 수 있기 때문에 자기역량을 설명하는 주요 변수인 것으로 사료된다. 본 연구에서 자기역량을 설명하는 주요 변수들의 설명력이 낮은 것은 대상자의 일반적인 특성만을 분석했기 때문이라 사료되며, 향후 자기역량과 관련된 변수들을 충분히 문헌고찰 한 후 이러한 변수들을 포함해서 분석해 볼 필요가 있다.

Ⅴ. 결론 및 제언

본 연구의 목적은 맞춤형 방문건강관리사업 대상자의 자기역량 정도와 자기역량에 영향을 미치는 요인을 규명하여 대상자의 자기역량을 향상시킬 수 있는 간호중재를 개발하는데 기초자료를 제공하고자 하는 것이다. 연구결과 맞춤형 방문건강관리사업 대상자의 자기역량 점수는 3.01점으로 나타났고, 하위영역인 개인내적 역량은 2.97점, 대인관계적 역량은 3.09점, 정치사회적 역량은 2.96점으로 나타났다. 일반적인 특성에 따른 자기역량 정도는 직업, 교육정도, 경제적 수준, 독거유무, 대상자 군분류에 따라 유의한 차이가 있었

다. 자기역량의 하위영역인 개인내적 역량, 대인관계적 역량, 정치사회적 역량에서도 직업, 교육정도, 경제적 수준, 건강보험, 대상자 군분류, 독거유무, 연령에 따라 유의한 차이가 있었다. 자기역량을 설명하는 주요 변수로는 교육정도와 독거유무로 나타났고, 맞춤형 방문건강관리 사업 대상자의 자기역량을 4.4% 설명하였다($F=13.207$, $p<.001$). 자기역량의 하위영역인 개인내적 역량, 대인관계적 역량, 정치사회적 역량을 설명하는 주요변수로는 경제적인 수준, 직업, 교육정도와 독거유무인 것으로 나타났다. 따라서 맞춤형 방문건강관리사업 대상자의 자기역량 강화정도를 향상시키기 위해서는 대상자의 경제적인 특성을 고려하고, 가족, 친구, 사회 구성원들과의 상호작용을 촉진할 수 있는 중재 전략을 개발, 적용해야 할 것으로 사료된다.

본 연구는 대상자가 일 지역에 국한되어 있어서 연구결과를 전체 맞춤형 방문건강관리 대상자에게 일반화시키기에는 제한점이 있으므로 연구결과를 확대해석할 때 신중을 기해야 할 것이며, 방문전담인력이 대상자 진단에서부터 자기역량 강화 중재 전략이 적용될 수 있도록 표준화된 프로토콜을 마련할 필요가 있다.

References

Ahn, Y. H., Kim, K. Y., Kim, G. Y., & Song, H. Y. (2010). Effects of an empowerment program on health quality of life, decision making self-efficacy, self-care competency, and reasonable medical care utilization among low income women households. *Journal of Korean Public Health Nursing, 24*(2), 237-248.

Byun, E. K. & Jun, S. S. (2011). Factors influencing quality of life in people with mental disabilities using mental health centers. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20*(2), 157-166.

Cakir, S. G. & Yerin Guneri, O. (2011). Exploring the factors contributing to empowerment of Turkish migrant women in the UK. *International Journal of Psychology, 46*(3), 223-233

Cho, Y. H. (2008). Factors affecting the poverty: the focus on householders characteristics. *Catholic Journal of Social Science, 24*, 43-65.

Cho, Y. H. & Kim, G. S. (2007). Family characteristics and self-care ability in visiting nursing service based on urban public health care. *Journal of Korean Public Health Nursing, 21*(1), 15-24.

Choi, E. J. (2011). *The effect of participation of mentally disabled in self-help group on empowerment.* Unpublished master's thesis. Catholic University, Seoul.

Choi, G. A. (2010). *Elderly diabetic's self-management program implemented by intervention research: based on empowerment perspective.* Unpublished doctoral's dissertation, Ewha Womans University, Seoul.

Chong, M. A. (1996). *Research on socio-psychological characteristics and desire survey of public welfare clients.* Unpublished master's thesis, Kangnam University, Seoul.

Ehrhardt, A. A., Sawires, S., McGovern, T., Peacock, D., & Weston, M. (2009). Gender, empowerment, and health: what is it, how does it work? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 51*(3), 96-105.

Ha, J. Y., Yun, O. J., & Ahn, Y. M. (2010). Relationship between empowerment and falls efficacy in community-dwelling older adults. *Journal of Korean Gerontological Nursing, 12*(3), 191-199.

Ham, O. K., Kim, B. J., & Lee, Y. A. (20080. Cardiovascular disease risk according to socioeconomic factors among low-income midlife women. *Journal of Korean Public Health Nursing, 22*(1), 27-38.

Jeong, J. (2011). *Decision factors of self-support business participants' empowerment.*

Unpublished master's thesis. Honam University, Gwangju.

Jung, D. J. (2005). *The study on the effectiveness of the empowerment practice perceived by people with mental disorder*. Unpublished master's thesis. Catholic University, Seoul.

Kim, S. J. (2008). *A study on empowerment of the mentally I11*. Unpublished master's thesis, Gyeongsang National University, Jinju.

Kwon, S. Y. (2011). *A study on the impaction on the social exclusion to the self-sufficiency program of the poor female-headed households: Focused on the mediating effects of empowerment*. Unpublished doctoral dissertation, Kyungpook National University, Daegu.

Ministry for Health, Welfare and Family Aaffairs. (2011). *The guidance of tailored home visiting health service.* Seoul: Ministry for Health, Welfare and Family Affairs.

Moon, M. J. (2005). Correlational study of IADL, self-esteem, empowerment of elderly people living at home. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing, 12*(3), 382-388.

Park, E. Y. (2005). *A study on the effect of self-help group's empowerment on establishing social welfare policy*. Unpublished master's thesis, Sungkyunkwon University, Seoul.

Park, M. H. (2002). Health promoting lifestyle and self-empowerment in climacteric women. *Korean Journal of Womens Health Nursing, 8*(2), 201-211.

Parsons, R. J. (1994). *Empowerment based social work practice: a study of process and outcomes.* Paper presented at the meeting of the 41st annual program meeting, Council on Social Work Education, San Diego, CA.

Parson, R. J., Gutierrez, L. M., & Cox, E. O. (1999), *Empowerment in social work practice: a source book*. California: Pacific Grove, CA: Brooks/Cole publishing Company.

Rayne, M. (1997). *Empowerment and advocacy, Modern social work theory* (2rd ed). Chocago: Lyceum Books.

Reininger, B. M., Perez, A., Aguirre Flores, M. I., Chen, Z., & Rahbar, M. H. (2012). Perceptions of social support, empowerment and youth risk behaviors. *The Journal of Primary Prevention, 33*, 33-46.

Sigurdardotti, A. S. & Jonsdottir, H. (2007). Empowerment in diabetes care: towards measuring empowerment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22*(2), 284-291.

ABSTRACT

Factors Influencing Empowerment of Customized Home Visiting Health Care Services Beneficiaries

Park, Jeong Sook (Professor, College of Nursing, Keimyung University)
Oh, Yun Jung (Associate Professor, Department of Nursing, Gyeongnam Provincial Geochang College)

Purpose: The purpose of this study was to measure empowerment and to identify factors influencing empowerment. **Method**: Subjects included 767 clients registered with the customized home visiting health services in Daegu. Data collection was performed from June 3 to July 30, 2011. Descriptive statistics, χ^2 test, ANOVA, and stepwise multiple regression were used in this study. **Results**: The mean score for total empowerment was 3.01(±0.28). In subscales of total empowerment, the score for individual empowerment was 2.97(±0.36), the score for interpersonal relationship empowerment was 3.09(±0.34), and the score for political-social empowerment was 2.96(±0.48). Job, education, economic status, living arrangement, and client classification were significant factors related to total empowerment in these clients. Job, education, economic status, types of health insurance, living arrangement, age, and client classification were significant factors related to individual empowerment, interpersonal relationship empowerment and political-social empowerment. 4.4 percent of the variance in total empowerment can be explained by education and living arrangement (Cum R^2=0.044, F=13.207, p<.001). Individual empowerment, interpersonal relationship empowerment, and political-social empowerment can be explained by education, job, economic status, and living arrangement. **Conclusion**: An empowerment intervention that includes general characteristics of clients is essential to improving empowerment of customized home visiting health care services beneficiaries.

Key words : Empowerment, Home visiting health service