

보건소 방문건강관리사업의 자조집단 운영 현황

박정숙, 권상민*
계명대학교 간호대학 교수
영남이공대학 간호대학 조교수*

A study on current situation of self-help group program in community-based home visiting health service

Park Jeong Sook, Sang-Min Kwon*

Professor, College of Nursing, Keimyung University

Assistant Professor, School of Nursing, Yeungnam University College*

요약 본 연구는 방문건강관리사업에서 동일한 문제를 가진 대상자의 자기관리 증진을 위한 자조집단 현황을 파악하기 위한 조사연구이다. 전국 253개 보건소를 대상으로 설문조사하였으며, 2010년 9월 3일부터 9월 20일까지 회수된 109개소의 자료를 SPSS/WIN 18.0프로그램을 이용하여 분석하였다. 연구결과 보건소에서 방문간호사업을 담당하는 간호사는 평균 9.27명, 대상 보건소 중 자조집단 프로그램을 실시한 보건소는 48개(44.0%), 자조집단 중 압 관련 프로그램이 65건(28.8%)으로 가장 많았으며, 실행예산은 500만원 이상은 19.6%로 재정적 지원이 열악한 현실이었다. 반면에 전문인력, 자조집단 관련 정보 및 예산 부족 등의 이유로 자조집단을 운영하지 못하는 보건소들도 자조집단 프로그램의 필요성은 인식하고 있었다.

결론적으로 자조집단 형성과 운영을 위한 매뉴얼 개발 및 효과성 검증을 위한 객관적 척도 개발 연구에 기초자료를 제공할 수 있다고 본다.

주제어 : 자조집단, 가정방문, 건강서비스, 지역사회, 프로그램

Abstract The purpose of this study was to examine and analysis self-help group program performed in community-based home visiting health service. The data was collected public servants from the Home Visiting Health Care Service of 253 public health centers all over the country and was analyzed by SPSS/Win 17.0 program. 43.1% of self-help program was performed and 56.9% was not from year 2007 to 2010. As the years passed, the number of self-help group program was getting increased. The action for activating self-help programs was voluntary participation of clients, enthusiasm of management practitioner, and encouragement about self-help group. Self-help group programs based on public health center are insufficient. Self-help programs should be activated for clients of home visiting health care service. A systematic operating model of self-help group is also needed to develop and apply in consideration of these findings.

Key Words : Self-help group, Home visit, Health service, community, programs

* 본 논문은 2010년 대구광역시와 보건복지가족부 방문건강관리사업 연구비에 의하여 지원되었음

Received 8 June 2014, Revised 16 July 2014

Accepted 20 August 2014

Corresponding Author: Sang-Min Kwon
(Yeungnam University College)

Email: nr1003@hanmail.net

ISSN: 1738-1916

© The Society of Digital Policy & Management. All rights reserved. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

1. 서론

1.1 연구의 필요성

보건복지부는 2007년부터 취약계층의 건강인식 제고, 자가건강관리능력 향상, 건강상태의 유지 및 개선을 목적으로 방문건강관리사업을 수행해오고 있다. 이러한 목적을 달성하기 위한 구체적인 목표로는 취약계층 건강상태 인식, 건강생활 실천 유도, 건강지식 향상 등의 건강행태 개선과 정기적 건강문제 스크리닝, 증상 조절, 치료 순응 향상 등의 취약계층 건강문제 관리 등이 있다[1]. 방문간호사, 방문영양사, 방문물리치료사 등의 방문건강관리인력들이 지역사회에 있는 취약계층 대상자들을 방문하여 건강행태를 개선시키고 이미 가지고 있는 만성질환을 지속적으로 관리하여 합병증을 예방하는 서비스를 제공하게 된다.

방문건강관리사업에서는 건강위험 요인이나 건강문제가 있고 증상조절이 안 되는 경우에는 케어플랜에 따라 8회 집중적으로 건강관리서비스를 제공하는 집중관리, 건강위험요인, 건강문제 혹은 증상이 있으나 조절이 되고 있는 경우에는 2-3개월에 1회 직접 방문하여 건강관리서비스를 제공하는 정기관리, 정기관리를 받고 조절이 잘 되는 경우에는 4-6개월에 1회 직접 방문하여 건강관리서비스를 제공하는 자기역량지원을 순차적으로 실시하고 있다. 고혈압 집중관리 대상자에게 8주간 집중관리 후 대상자들의 투약이행, 혈압 자가측정, 고혈압에 대한 지식 및 태도, 영양관리 및 자가관리 자신감 점수가 유의하게 상승하였고, 당뇨병 집중관리 대상자에게 8주간의 집중관리 후 투약이행, 혈당 자가측정, 당뇨병에 대한 지식 및 태도, 영양관리, 발관리, 구강관리, 자기관리 자실감이 유의하게 향상된 것으로 나타났다[2].

또한 매년 재평가를 통해 건강위험요인 및 건강문제가 해결되었거나 건강상태가 호진된 경우에는 퇴록하여 대상자가 독립적으로 건강관리를 할 수 있도록 격려하게 된다. 즉 집중관리군에서 정기관리군으로, 정기관리군에서 자기역량지원군으로 군 이동을 격려하고 궁극적으로 독립적인 자가 건강관리가 가능하도록 함으로써 새로운 취약계층의 건강문제를 발굴하여 간호할 수 있는 여지를 만들고, 나아가 전 국민 대상의 건강비용 절감 효과도 얻을 수 있다. 이와 같이 건강 위험요인이나 건강문제가 있는 취약계층 대상자의 자가 건강관리능력을 향상시키고

대상자들의 효율적인 관리를 위해서는 방문건강관리 중재 제공 후 동일한 문제를 가진 대상자들의 자조모임을 통한 건강관리가 필요하다[3].

자조집단은 공통의 문제를 서로 나누고 상호 원조를 통해 공동의 장애나 삶을 파괴하는 문제를 해결하여 자신들의 삶을 효과적으로 조절하기 위해 모인 사람들의 집단이며, 자발적인 연합체이다[4-6]. 자조집단에서 이루어지는 정보교류는 직접적인 경험에 근거한 실질적이고 구체적인 정보이기 때문에 전문가의 조언이나 자료를 통하여 얻은 정보보다 문제해결에 쉽게 활용될 수 있다[7]. 같은 문제를 가진 구성원들이 서로 도움을 주고받는 과정에서 정서적인 지지망이 형성되고 전문가들이 제공하기 어려운 동료애와 격려 그리고 긍정적인 견해를 서로 나눌 수 있다. 또한 경험을 공유함으로써 자신이 가지고 있는 건강문제가 자신만의 문제가 아니라는 사실을 알게 되고, 자신의 문제를 감추기보다는 드러내어 해결하고자 하는 동기를 부여하고, 다른 사람을 도와줌으로써 자신감, 동료의식, 지속적인 사회 지지망을 가질 수 있으며, 치료와 적응에 중요한 정보를 공유하고 자신의 생각이나 행동 등에 대한 피드백을 받을 수 있는 장점이 있다[8,9].

이러한 자조집단은 지역사회개발모델에서 빈곤지역 주민들의 참여를 이끌어내고 지역사회 자원을 동원하기 위해 활용되거나[10], 사회적 취약계층의 역량강화를 위한 대안으로 활용되어왔다[11]. 우리나라 현실에서는 보건소, 사회복지시설, 사회복지센터, 병원 등의 현장에서 특이성 질환, 만성질환자, 장애우, 정신장애, 젠더이슈, 아토피, 다문화가족, 단주집단(AA: alcoholic anonymous) 등 다양한 자조집단이 형성되어 운영되고 있다[12]. 당뇨병환자, 유방암환자, 치매노인 가족, 정신지체 자녀를 둔 부모들의 자조집단 등이 형성되어 정보의 교환뿐 아니라 대인간 상호작용으로 사회성을 향상시키고 신체적 건강 관리에도 긍정적인 영향을 미쳐 자조모임 참가자들의 삶의 질이 향상되었다는 연구결과가 보고된 바 있다[13,14]. 하지만 자조모임들이 전문가 주도하에 결성되어 정기교육, 발표, 세미나, 에환나누기 등의 프로그램 수행에 그치고, 일정 기간 전문가의 개입이 끝나면 흐지부지해지는 결과를 초래하거나 독립적으로 자조집단 기능을 하지 못하게 된다는 연구결과도 있다[4].

보건소 건강관리사업은 궁극적으로 대상자의 자조와 자활을 강조하고 있으므로 서비스 전달의 종결시점에서

사후관리 방안으로 자조집단의 결성과 효율적인 활용대책이 필요하다. 방문건강관리 대상자를 비롯하여 보건소를 이용하는 대상자들에게 자조집단을 활용하여 자가 건강관리능력을 향상시키고 건강을 증진시킬 수 있는 시스템이 마련되어야 할 것이다. 이에 본 연구는 허약노인, 장애인, 다문화가족 및 만성질환을 가진 건강위험군을 대상으로 하는 방문건강관리사업에서 동일한 문제를 가진 대상자의 자기관리 증진을 위한 자조집단 현황을 파악하고, 이를 통하여 체계적인 자조집단 운영모형 개발에 기여하고자 한다.

1.2 연구목적

본 연구는 건강사회 구축을 위한 기초자료로써 전국 보건소 방문건강관리사업에서 수행하고 있는 자조집단 현황을 조사하고자 한다. 이를 통하여 체계적인 자조집단 운영모형을 개발할 수 있다.

- 1) 전국 보건소 방문건강관리사업에서 운영하고 있는 자조집단 프로그램의 현황을 조사한다.
- 2) 보건소 특성에 따른 자조집단 운영 여부를 파악한다.

2. 연구방법

2.1 연구설계

본 연구는 전국 253개 보건소 방문건강관리사업에서 수행하고 있는 자조집단 운영 현황을 설문지를 이용하여 조사하는 서술적 조사연구이다.

2.2 연구대상

본 연구의 대상은 전국 253개 보건소 방문건강관리 담당 공무원 전수로 하였다. 총 253개 보건소에 설문지를 배부하였으나 109개 보건소에서 설문에 응답하여 응답률은 43.1%였다. 설문에 응하지 않은 보건소에 대해서 수차례에 걸쳐 독촉과 부탁을 하였으나 실질적으로 자조모임을 실시하지 않고 있는 보건소와 내부 자료 공개를 꺼려하는 보건소가 많아서 응답률이 낮게 나타났다.

2.4 연구도구

보건소 단위에서 이루어지고 있는 자조집단의 현황을

파악하기 위하여 국내외 자조집단 관련 문헌[4, 12, 15, 16]을 참고로 하여 설문지를 개발하였다. 설문지는 보건소 형태, 보건소 관할 지역 주민 수, 담당 공무원 수, 물리치료사 유무, 치위생사 유무, 운동처방사 유무, 영양사 유무, 방문인력 수 등의 보건소 일반적 특성 10문항, 예산, 대상자 모집방안, 효과, 자조집단 운영의 어려움 등 자조집단 실시 현황 4문항, 프로그램 유형, 선호 프로그램 등 자조집단 프로그램 평가 2문항, 미실시 사유, 자조집단 프로그램 필요성, 운영하고 싶은 자조집단 프로그램 등 미실시 보건소 의견 3문항, 활성화 방안, 자립방안, 프로그램 운영자 역할 등 자조집단 활성화 방안 3문항 등 22개 문항으로 구성되어 있다. 간호학과 교수 2명, 사회복지학과 교수 1명, 보건소 방문건강관리 담당자 2명에게 전문가 타당도를 묻은 결과, 그대로 사용해도 좋다는 의견을 받아서 본 연구에 그대로 사용하였다.

2.5 자료수집방법 및 기간

2010년 9월 3일 한국건강증진사업지원단과 공동으로 각 시도 담당 공무원에게 이메일로 설문지를 발송하고 유선으로 협조를 의뢰하였다. 1차 회수일인 2010년 9월 10일의 회수율이 10% 이하여서 유선으로 1차 독촉전화를 하고 설문지를 다시 이메일로 발송하였다. 2010년 9월 15일 2차 독촉전화를 하고 9월 20일까지 회수된 자료 109부(43.1%)를 분석에 활용하였다.

2.6 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

- 1) 보건소 일반적 특성, 자조집단 실시 현황, 및 자조집단 운영 현황, 자조집단 프로그램 평가, 자조집단 미실시 보건소 의견, 자조집단 활성화방안은 빈도와 백분율로 분석하였다.
- 2) 보건소 특성에 따른 자조집단 실시 여부를 카이제곱으로 분석하였다.

3. 연구결과

3.1 보건소의 일반적 특징

연구 대상 보건소의 일반적 특성에 대해 살펴 본 결과,

보건소의 형태는 농·어촌형이 42개(38.5%)로 가장 많았고, 중소도시형 35개(32.1), 대도시형이 32개(29.4)이었다. 보건소 관의 담당공무원 수는 100명 미만인 79개(72.5%), 100명 이상이 30개(27.5%)로 나타났다. 보건소에서 방문간호사업을 담당하는 간호사는 평균 9.27명이었으며, 대상 보건소 중 자조집단 프로그램을 실시한 보건소는 48개(44.0%)에 불과하였다[Table 1].

[Table 1] General Characteristics of the Subjects

(N=109)		
Variable	Categories	n(%)
Type of public health center	Rural area	42(38.5)
	City area	35(32.1)
	Metropolitan	32(29.4)
Degree of local residents	100,000~199,999	61(56.0)
	200,000~399,999	28(25.7)
	More than 400,000	20(18.3)
Degree of public officials	Under 100	79(72.5)
	More than 100	30(27.5)
Physical therapist	None	57(52.3)
	1	43(39.4)
	More than 2	9(8.3)
Dental therapist	None	81(74.3)
	More than 1	28(25.7)
Sports curer	None	77(70.6)
	More than 1	32(29.4)
Dietitian	None	82(75.2)
	More than 1	27(24.8)
Visiting nurses	0~5	21(19.3)
	6~10	49(45.0)
	More than 11	39(35.8)
	M±SD	9.27±4.13
Conduction of self-help group	Yes	48(44.0)
	No	61(56.0)

3.2 보건소 특성에 따른 자조집단 프로그램 실시 여부

보건소 특성에 따른 자조집단 프로그램 실시 여부를 교차분석 한 결과, 보건소 형태, 관할 주민 수, 담당 공무원 수, 물리치료사, 치위생사, 운동처방사, 영양사 유무에 따른 자조집단 운영 여부의 유의한 차이는 없었다. 방문간호사 수를 살펴보면, 자조집단 프로그램 실시군에서 11명 이상이 45.8%로 미실시군의 27.9%보다 더 많지만 통계적으로 유의하지는 않는 것으로 나타났다[Table 2].

3.3 보건소 자조집단 프로그램 실시 현황

자조집단 프로그램을 실시한 48개 보건소를 중심으로 운영 현황을 조사한 결과, 운영한 자조집단으로는 암관련 프로그램이 65건(28.8%)으로 가장 많았으며, 다음으로 관절염 38건(16.8%), 고혈압, 당뇨 각 25건(11.1%), 치매가족모임 15건, 장애인 14건, 만성정신질환 12건의 순이었다. 자조집단 프로그램 실행 예산은 100만원 이하가 21개 보건소(51.2%)로 가장 많았고, 대상자 모집방법은 방문간호사 소개 31건(70.5%), 명부 보고 전화하는 경우 24건(54.5%)으로 나타났다. 자조집단을 통한 효과로는 정보공유 15건(33.3%)으로 가장 많았고 다음으로 정서적 지지 및 유대감 형성, 대상자 호응도 증가, 대상자 상태 호전, 자가관리 능력 상승 등으로 나타났다. 자조집단을 운영함에 있어 어려운 점으로는 자조집단 프로그램 관련 정보부족, 운영 담당자의 시간부족, 전문인력 부족, 예산 부족 순으로 나타났고, 기타 의견으로는 자조집단에 대한 부정적인 인식, 이동의 불편함, 거리상의 문제 등이 나타났다.

향후 수행하기 원하는 자조집단 프로그램은 재가암, 대장암, 방광암, 유방암 등 암 관련 자조집단이 14건(29.3%)로 가장 많았고, 다음으로 관절염, 뇌졸중, 당뇨, 고혈압, 만성 정신질환 순으로 나타났다[Table 3].

[Table 2] Whether self-help group program carried out by General Characteristics

(N=109)				
Variable	Categories	Execution group	Not execution group	X ² (p)
Type of public health center	Rural area	16(33.3)	26(42.6)	2.245 (.326)
	City area	19(39.6)	16(26.2)	
	Metropolitan	13(27.1)	19(31.1)	
Degree of local residents	100,000~199,999	24(50.0)	37(60.7)	2.629 (.269)
	200,000~399,999	16(33.3)	12(19.7)	
	More than 400,000	8(16.7)	12(19.7)	
Degree of public officials	50~99	36(75.0)	43(70.5)	0.274 (.381)
	More than 100	12(25.0)	18(29.5)	
Visiting nurses	0~5	5(10.4)	16(26.2)	5.937 (.051)
	6~10	21(43.8)	28(45.9)	
	More than 11	22(45.8)	17(27.9)	
Physical therapist	Yes	27(56.3)	25(41.0)	2.510 (.082)
	No	21(43.8)	36(59.0)	
Dental therapist	Yes	14(29.2)	14(23.0)	0.544 (.302)
	No	34(70.8)	47(77.0)	
Sports curer	Yes	17(35.4)	15(24.6)	1.518 (.154)
	No	31(64.6)	46(75.4)	
Dietitian	Yes	13(27.1)	14(23.0)	0.246 (.391)
	No	35(72.9)	47(77.0)	

[Table 3] Current situation of self-help group program of public health center

Variable	Categories	(N=48) n(%)	
Type of program (Multiple response)	Cancer	65(28.8)	
	Arthritis	38(16.8)	
	Hypertension	25(11.1)	
	Diabetes	25(11.1)	
	Stroke	23(10.2)	
	Dementia(Family gathering)	15(6.6)	
	Disability	14(6.2)	
	Chronic Psychiatry disease	12(5.3)	
	Others	8(3.5)	
Running budget of program (thousand won)	Below 100	21(51.2)	
	100-500	12(29.3)	
	500-1000	4(9.8)	
	1000-1500	4(9.8)	
How to recruit subjects (Multiple response)	Introduction of visiting nurse	31(70.5)	
	Phone listings report	24(54.5)	
	Introduction to existing service users	18(40.9)	
	H-page	11(25.0)	
	Information paper	10(22.7)	
	Community paper	9(20.5)	
	Take advantage of the media	8(18.2)	
	Publicity of dong office	5(11.4)	
	Others	1(2.3)	
Effect of self-help group	Sharing information	15(33.3)	
	Emotional support & Build of fellowship	11(24.4)	
	Increasing of client responsiveness	7(15.6)	
	Improvement of client status	4(8.9)	
	Increasing of self-management competence	3(6.7)	
	Others	5(11.0)	
	Difficulty of self-help group operating	Lack of information related to self-help group program	18(37.5)
		Shortage of time of coordinator	15(31.3)
		Lack of professional manpower	12(25.0)
Lack of budget		11(22.9)	
Lack of space		7(14.6)	
Lack of advertisement		2(4.2)	
Lack of connection other agency		1(2.1)	
Others		7(14.6)	
Want to self-help program		Cancer	14(29.3)
	Arthritis	9(18.8)	
	Stroke	5(10.4)	
	Diabetes	3(6.3)	
	Hypertension	2(4.2)	
	Chronic psychiatry disease	2(4.2)	
	Frail elderly	1(2.1)	
	Multiple cultures	1(2.1)	
	Ostomy	1(2.1)	
	Depression	1(2.1)	
	Laughter therapy	1(2.1)	
	Nonresponse	8(16.7)	

3.4 미 실시 보건소의 자조집단 관련 의견

자조집단 프로그램을 실시하지 않은 61개 보건소를 대상으로 자조집단을 운영하지 않은 이유, 자조집단 필요성, 운영해보고 싶은 자조집단 등을 조사한 결과, 자조집단을 운영하지 않은 이유는 전문 인력 부족이 44.3%로 가장 많았고, 관련정보 부족 34.4%, 예산부족 27.9%의 순

이었다. 신체적 피곤과 타 기관과의 연계 부족은 6.6%로 낮게 나타났다. 자조집단의 필요성에 대해서는 55.7%가 보통 이상으로 필요하다고 답변했으며, 가장 운영해보고 싶은 자조집단으로는 암 관련 프로그램이 31.1%로 가장 많은 것으로 나타났다[Table 4].

[Table 4] Opinion of public health center do not run of self-help group program

Variable	Categories	(N=61) n(%)
Cause of not operating self-help group	Lack of professional manpower	27(44.3)
	Lack of information related to self-help group program	21(34.4)
	Lack of budget	17(27.9)
Need for self-help group	Narrowness space	5(8.2)
	Physical fatigue due to task process	4(6.6)
	Lack of connection other agency	4(6.6)
	Others	15(24.6)
Want to operate self-help group	Very necessary	10(16.4)
	Necessary	6(9.8)
	Moderate	18(29.5)
	Not necessary	22(36.1)
Want to self-help program	Not have thought	5(8.2)
	Cancer	19(31.1)
	Multiple cultures	15(24.6)
	Hypertension	13(21.3)
	Diabetes	13(21.3)
	Arthritis	10(16.4)
	Dementia (Family gathering)	8(13.1)
	Stroke	7(11.5)
	Chronic psychiatry disease	6(9.8)
	Disability	3(4.9)
Obesity	2(3.3)	
Others	3(4.9)	

3.5 자조집단 프로그램 활성화 방안

자조집단 실시군과 미 실시군을 대상으로 자조집단 프로그램 활성화 방안을 조사한 결과, 자조집단 활성화 방안으로는 실시군과 미 실시군 모두 자발적 참여의지를 각각 25.6%, 25%로 가장 많이 선택하였다. 하지만 자조집단 미 실시 보건소에서는 자조집단 적합성·다양성, 예산 지원을 각 14.4%로 다음 주요 방안으로 선택한 반면, 자조집단 실시 보건소에서는 관리자의 열의, 전문인력 지원을 12.5%, 10.0%로 다음 주요 방안으로 선택하였다.

자조집단 자립방안으로 자조집단 미 실시 보건소에서

는 예산확보를 27.8%로 가장 많이 선택하였고 다음으로 자발적 참여 격려가 18.5%로 나타났다. 반면 자조집단 실시 보건소에서는 자발적 참여 격려와 대상자 주도적 자조집단 형성이 22.6%와 19.4%로 높게 나타났다. 자조집단 운영자의 바람직한 역할로는 두 집단 모두 방향제시자가 44.3%, 53.2%로 가장 많았고 다음으로 정보제공자 역할이 26.2%, 27.7%로 나타났다[Table 5].

[Table 5] Activation of self-help group in public health center

Variable	(N=109)	
	Categories	
	Not execution group (n=61)	Execution group (n=48)
Activation plan of self-help group		
Will of voluntary participation	16(25.6)	10(25.0)
Diversity of program	9(14.4)	3(7.5)
Budget support	9(14.4)	3(7.5)
Professional manpower support	6(9.6)	4(10.0)
Attention & encouragement of self-help group	3(4.8)	4(10.0)
Sharing information	4(6.4)	4(10.0)
Bond of participation	6(9.6)	
Select the correct leader	3(4.8)	2(5.0)
Others	5(8.0)	5(12.5)
Enthusiasm of manager	3(4.8)	5(12.5)
Independence of self-help group		
Security of budget	15(27.8)	2(6.5)
Encouragement of voluntary participation	10(18.5)	7(22.6)
Need to active leader	7(13.0)	3(9.5)
Operation of effective program	6(11.1)	3(9.7)
Bond of participation	5(9.3)	0
Organize meetings contain in the experts	5(9.3)	2(6.5)
Attention continuously	3(5.6)	2(6.5)
Others	3(5.6)	5(16.0)
Client-directed formation of self-help group	0	6(19.4)
Role of operator self-help group (Multiple response)		
Indicator of direction	27(44.3)	25(53.2)
Information provider	16(26.2)	13(27.7)
Assistance leader	8(13.1)	9(19.2)
Leader	10(16.4)	5(10.6)
Emcee	3(4.9)	9(19.1)
Opinion coordinator	4(6.6)	7(14.8)
Others	1(1.6)	1(2.1)

4. 논의

보건소 방문건강관리사업은 보건의료 전문인력이 지역사회 취약계층 주민의 가정 또는 시설을 방문하거나 보건소 내 및 지역사회 제반 시설 등을 이용하여 건강문제를 가진 대상자를 발견하고 질병예방, 건강증진 및 만성질환 관리를 위한 보건의료서비스를 직접 제공하거나

의뢰, 연계함으로써 취약계층 지역주민의 건강수준을 향상시키는 사업이다[2]. 대상자의 긴급한 건강문제는 방문건강관리인력이 해결해주게 되고, 긴급한 건강문제가 해결되고 나면 대상자의 자가건강관리능력을 향상시켜 독립적으로 건강관리를 할 수 있도록 해야 한다. 대상자의 자기역량의 향상을 강조하여 보건소를 중심으로 만성질환 사례관리사업이 이루어지고 자조집단을 운영하게 된다. 보건소는 지역주민들의 건강수준을 향상시키고 질병이환율, 사망률 등을 감소시키기 위하여 여러 가지 사업을 펼치고 있는데, 무엇보다도 지역사회 취약계층 대상자들의 자가관리능력을 고취시키기 위해 자조집단을 운영하는 것이 효과적이라고 알려져 있다[3].

본 연구에서는 보건소에서 이루어지고 있는 자조집단 프로그램 현황, 자조집단 운영의 효과, 어려움, 활성화 방안, 자립방안 등에 대한 결과 등을 중심으로 논의하고자 한다. 연구 대상 보건소의 방문간호사 수는 평균 9.27명 이었고, 물리치료사, 치위생사, 운동처방사, 영양사 등의 방문인력은 없는 경우가 반 이상을 훨씬 넘었고 있는 경우에도 보건소 당 1-2명에 불과하였다. 이는 방문전담인력 총 2,321명 중 간호사(85%), 물리치료사(5.8%), 영양사(2.6%), 및 의사(0.3%) 순으로 구성되어 있어 간호사가 대부분 차지하였다는 연구결과[17]와 유사하였다. 방문건강관리사업이 팀접근을 표방하고 있지만 실제적으로 대상자를 방문하여 건강을 돌보는 것은 간호사를 중심으로 운영되고 있어 간호사가 높은 비율을 차지하는 것은 당연한 결과로 판단된다.

일반적 특성에 따른 자조집단 실시 여부를 알아본 결과, 통계적으로 유의하지는 않지만 방문간호사수에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 방문간호사의 수가 많은 경우에 자조집단 프로그램 실시가 더 많은 것으로 나타났는데 이러한 결과는 방문간호사들이 대상자가 있는 가정이나 기관을 방문하여 그들의 건강관리를 책임지는 것은 물론이고 보건소 내에서 이루어지는 각종 내소 프로그램이나 자조집단 프로그램의 운영도 담당하고 있기 때문인 것으로 보인다. 자조집단을 통해 개인적으로는 건강자가관리 행동이 개선되고 삶의 질이 향상될 뿐만 아니라[14], 국가적인 차원에서는 의료비 절감 효과를 기대해 볼 수 있다. 그러므로 방문간호사 수가 적은 보건소에 적정 수의 방문간호사를 충원하여 방문건강관리는 물론이고 장기적인 차원에서 대상자의 자가건강관리 능력을

함양하는 자조집단 조직 운영을 활성화할 필요가 있다.

자조집단 프로그램을 실시한 보건소 경우, 암 관련 자조집단을 가장 많이 운영하였으며, 앞으로 운영하기를 원하는 프로그램도 암 자조집단이 29.3%로 가장 많은 것으로 나타났다. 우리나라에서는 2006년부터 재가암환자 관리사업을 실시하였으며, 2009년부터 방문건강관리사업과 통합하여 운영하고 있다[18]. 이주형 등[19]의 연구에서는 재가암환자들은 서비스 요구도와 사회적지지 요구도가 높은 것으로 나타났으며, 이러한 재가암환자에게 방문건강관리서비스를 제공한 결과, 환자의 만족도가 높아지고 삶의 질이 증진될 뿐만 아니라 돌봄제공자의 부담감도 감소되는 것으로 나타났다[19]. 하지만 재가암환자라고 하더라도 8주간의 집중관리가 끝나고 나면 정기관리군을 거쳐 자기역량지원군으로 관리하게 되고 궁극적으로 자기관리 역량을 함양하여 스스로 건강관리를 할 수 있도록 해주어야 한다. 그러므로 건강관리서비스 요구가 많은 재가암환자들을 대상으로 자조집단을 형성하여 암이라는 공동의 문제를 가진 대상자들이 공감대를 형성하여 서로 도움을 주고받을 수 있도록 해줄 필요가 있다. 자조집단을 통한 정보공유, 실질적인 도움, 정서적 도움이 재가암환자의 건강문제와 여러 가지 요구 충족에 상당한 도움이 될 수 있을 것이다[19].

자조집단 프로그램 실행예산은 100만원 이하가 51.2%이고 500만원 이상은 19.6%에 불과하여 프로그램 운영에 대한 재정적 지원이 열악함을 알 수 있었다. 양한연[20]의 연구에서도 저예산으로 인해 자조집단의 모임 회수가 제한되면 효과가 감소하므로 자조집단 활성화를 위해서는 예산 확보가 시급하다고 하였다. 자조집단 운영의 특성상 만남을 위한 장소 확보, 모임활동을 위한 작업재료 및 비용 등의 지원이 필요하다[12].

본 연구에서 자조집단의 대상자 모집이 대부분 방문 간호사의 소개로 이루어지고 있는 것으로 나타났다. 지역사회에 거주하는 재가 만성질환자들의 대부분은 병·의원에 등록되어 관리를 받고 있으므로, 이들 병·의원과 연계하여 등록된 만성질환자를 대상으로 사례관리를 겸한 자조집단 운영을 고려해볼 수 있겠다. 자조집단의 효과로는 정보공유가 33.3%로 가장 많았고, 그 외 정서적지지 및 유대감 형성, 대상자 호응도 증가, 대상자 상태 호전 등의 순으로 나타났다. 이러한 조사 결과는 자조집단은 공통적으로 정서적 지지나 정보제공, 사회적 인식

제고 등을 목표로 하고 유형에 따라 자조집단의 기능에 다소 차이가 있을 수 있다고 한 김은숙[21]의 연구결과와 유사하였다. 자조집단 운영의 어려움은 자조집단 프로그램 관련 정보부족, 운영 담당자의 시간 부족, 인력, 예산, 장소 부족 등으로 나타났다. 장기적으로 보면 자조집단은 지역사회 내에서 적은 인원으로 작은 모임을 지향하며, 전문가의 개입을 최소로 하고자 하지만[5], 시가나 상황에 따라서 운영기금이나 장소 등의 물질적 제공, 구성원과 자조집단을 서로 연결시키는 매개의 역할, 상담자 역할 등을 수행하여 자조집단이 원활하게 진행될 수 있도록 도와야 한다[21]. 자조모임의 원활한 운영을 위해서는 자조집단 운영에 관한 체계적인 교육을 통한 전문인력 양성, 운영 예산, 장소 등의 물질적 지원이 확보되어야 할 것이다.

다음으로 자조집단 프로그램 미실시 보건소의 경우에는 전문인력 부족, 자조집단 관련 정보 부족, 예산 부족 등의 이유로 자조집단을 운영하지는 못했으나, 자조집단의 필요성은 인식하고 있었으며 이미 실시하고 있는 보건소와 마찬가지로 재가암환자 자조집단에 대한 요구도가 높게 나타났다. 하지만 보건소의 인적·물적 자원의 한계로 인해 주로 일회성 건강교육으로만 이루어지고 체계적이고 지속적인 건강교육이나 자조집단 운영이 어려운 실정이므로, 이러한 문제를 해결하기 위해서 관내 공공기관, 교육기관, 민간의료기관 등과 연계하여 교육장소나 인력자원을 확보하고, 관련 기관들이 공동으로 자조집단 운영 교육프로그램을 개발하여 전문인력을 양성할 필요가 있다.

자조집단 활성화 방안으로 실시군과 미실시군 모두 대상자의 자발적 참여의지가 중요하다고 하였는데, 이는 자조집단을 지속시키고 장기적으로 자립시키려면 회원들의 자발적인 참석, 리더십의 다각화, 자조집단의 리더십 강화가 중요하다고 한 Wituk, Shepherd, Warren과 Meissen[22]의 견해와 유사하였다. 자조집단 미실시 보건소에서는 예산지원을 다음 주요 방안으로 선택하였으나, 자조집단 실시 보건소에서는 관리자의 열의, 전문인력 지원 등 자조집단을 관리 운영할 수 있는 인력을 다음 주요 방안으로 선택하였다. 이경준[13]은 자조집단 활성화 방안으로 자조집단 홍보와 조직의 동기화를 위한 매뉴얼 개발과 보급, 연계 가능한 지역사회 자원 현황 파악, 전문가의 보조적 개입, 집단활동의 효과성을 객관적으로

평가할 척도 개발, 다양한 정보와 물적·인적 자원의 제공을 제시하였다. 또한 독일의 자조지원정보센터와 같은 전문적으로 자조와 자립을 지원하는 조직의 구성, 자조에 대한 사회 전반적인 인식 형성과 확산, 이를 통한 체계적인 지원 등이 이루어져야 한다고 하였다.

방문건강관리사업에서 집중관리군이 정기관리군이 되고, 정기관리군이 자기역량지원군이 되기 위해서는 자신의 건강을 스스로 돌볼 수 있는 자가건강관리 능력이 꼭 필요하다. 이러한 자가건강관리 역량을 향상시키기 위해서는 방문건강관리사업에 단계적인 자조집단 프로그램을 적용할 필요가 있다. 자조집단을 5단계로 분류하여 집중관리군에서 정기관리군으로 변화하는 과정에서는 1단계 완전 보건소 주도형 자조집단을 운영하고, 정기관리군에서 자기역량지원군으로 변화하는 과정에서는 2단계 반민반관형(半民半官型) 자조집단과 3단계 주민부관형(主民附官型) 자조집단을 운영하고, 자기역량지원군을 퇴락하는 과정에서는 4단계 완전 민간주도 자조집단 혹은 5단계 명실상부 자조집단을 운영하는 모형을 구상할 수 있다[23]. 1단계 완전 보건소 주도형 자조집단은 보건소에서 방문건강관리 담당자가 프로그램을 전적으로 운영하는 것이고, 2단계 반민반관형(半民半官型) 자조집단은 보건소 담당자를 멘토로 하여 보건소 혹은 자조집단이 원하는 장소에서 자조집단 리더가 모임을 진행하는 것이다. 이때 멘토는 수시로 자조집단 모임에 참석하거나 자조집단 리더와 전화로 연락하게 된다. 3단계 주민부관형(主民附官型) 자조집단은 보건소 담당자를 멘토로 두기는 하나 개입을 최소화하고 자조집단 리더가 보건소가 아닌 장소에서 자조집단을 이끌어어나가는 것이다. 4단계 완전 민간주도 자조집단은 보건소 자조집단 관리자가 6-12개월에 한 번 정도 자조집단 현황을 점검하는 수준에서 완전한 자조집단 활동을 하는 것이다. 5단계 명실상부 자조집단은 보건소의 관리 없이 완전 자율로 자조집단을 운영하며, 자조집단끼리의 네트워크, 사회활동, 권익 옹호, 사회적 대응을 하는 것이다. 이러한 자조집단모형에 대한 실제적인 추후 검증연구가 이루어져서 보건소 건강관리사업에서 자조집단이 체계적으로 자리 잡는 계기가 마련되기를 바라는 바이다.

본 연구에서 회수율 43.1%로 낮은 점을 제한점으로 볼 수 있으므로 향후 다수의 보건소가 자료수집에 참여할 수 있도록 하여 재연구가 필요하다. 또한 2010년 자료

를 분석하였으나 그 이후로 보건소 자조집단에 대한 연구가 이루어지지 않았고 자조집단 관련 특별한 정책 변화도 없었기 때문에 분석 내용이 도움이 될 것으로 생각된다.

5. 결론

본 연구는 전국 보건소 방문건강관리사업에서 수행하고 있는 자조집단 현황을 조사하였다. 전국 253개 보건소를 대상으로 설문지를 배부하였으나 109개 보건소에서 응답한 결과를 분석하였다.

보건소에서 방문간호사업을 담당하는 간호사는 평균 9.27명, 대상 보건소 중 자조집단 프로그램을 실시한 보건소는 48개(44.0%)에 불과하였다. 일반적 특성에 따른 자조집단 실시 여부는 방문간호사수에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다.

자조집단 프로그램을 실시한 보건소인 경우 암 관련 자조집단을 가장 많이 운영하였고 원하는 프로그램도 암 자조집단이 29.3%로 가장 많은 것으로 나타났으며 자조집단 프로그램 실행예산은 100만원 이하가 51.2%이고 500만원 이상은 19.6%에 불과하여 프로그램 운영에 대한 재정적 지원이 열악한 현실이다. 자조집단의 대상자 모집이 대부분 방문간호사의 소개로 이루어지고 있었으며 자조집단의 효과로는 정보공유가 33.3%로 가장 많았고 그 외 정서적지지 및 유대감 형성, 대상자 호응도 증가, 대상자 상태 호전 등의 순으로 나타났다.

자조집단 프로그램 미실시 보건소의 경우에는 전문인력 부족, 자조집단 관련 정보 부족, 예산 부족 등의 이유로 자조집단을 운영하지는 못했으나, 자조집단의 필요성은 인식하고 있었다. 자조집단 활성화 방안으로 실시군과 미실시군 모두 대상자의 자발적 참여의지가 중요하다고 하였다.

결론적으로 방문건강관리사업에서 자조집단을 운영하기 위해서 방문간호사를 확충하고 단계적인 자조집단 프로그램을 적용할 필요가 있다. 본 연구결과는 향후 자조집단 형성과 운영을 위한 매뉴얼 개발의 기초자료를 제공할 수 있을 것이다.

ACKNOWLEDGMENTS

This work was supported by the Daegu Metropolitan City and Visiting Health Service by Ministry for Health and Welfare and Family Affairs.

REFERENCES

- [1] Ministry of health and welfare, 2013 Integrated health promotion program guide: Field of visiting health care. Seoul: Ministry of health and welfare, 2013.
- [2] Ministry of health and welfare, 2012 Customized Home Visiting Health Service Report. Seoul: Ministry of health and welfare, 2012.
- [3] W. Cheong, J. Yim, D. K. Oh, J. S. Im, K. P. Ko, & Y. M. Kim, Effects of chronic disease management based on clinics for blood pressure or glycemic control in patients with hypertension or type 2 diabetes mellitus. *J Agric Med Community Health*, Vol 38, No 2, pp. 108-11, 2013.
- [4] E. J. Kim, H. J. Kim, B. R. Oh, Participatory action research on changing of poor single mother self-help group. *Korean Journal of Social Welfare*, Vol 41, No 1, pp.5-37, 2010.
- [5] Zastrow, C., *Social work with groups: Using the class as a group leadership laboratory*. Chicago: Nelson-Hall, 1990.
- [6] Katz, A. H., Hedrick, H. L., Isenberg, D. H., Thompson, L. M., & Goodrich, T, *Self-help Concepts and Applications*, Philadelphia: The Charless Press, 1992.
- [7] S. H. Tark, The effect of the level of participation in self-help group on the social support and psychosocial adjustment among female heads experiencing poverty. Soongsil University Graduate School Master's Thesis, 2006.
- [8] Y. H. Lee, & S. Y. Hwang, Effect of parenting stress control and quality of family life improvement through participation in leisure self-help group program, *The Journal of Special Children Education*, Vol 15, No 1, pp. 293-314, 2013.
- [9] Mueller, T. G., Milian, M., & Lopez, M. I, Latina mothers' views of a parent-to-parent support group in the special education system. *Research & Practice for persons with Severe Disabilities*, Vol 34, No 3-4, pp. 113-122, 2009.
- [10] M. L. Hong, Comparative study on community organization practice in the urban communities of the low-income class: With focus on legal advocacy strategy and self-help strategy. Ewha Women's University Graduate School Master's Thesis, 1999.
- [11] Tesoriero, F, Strengthening communities through women's self groups in South India. *Community Development Journal*, Vol. 41, No 3, pp. 321-333, 2005.
- [12] K. J. Lee, Analysis on the development process of self-help group disabled people and implication of independent living. *The Korean Academy of Social Welfare*, pp. 171-176, 2006.
- [13] J. S. Kim, S. I. Lee, K. T. Kim, & N. H. Park, A study on the development of self-help program with care burden for families with demented elderly person. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, Vol 16, No 3, pp. 260-269, 2005.
- [14] Kotani, K., & Sakane, N, Effects of a self-help group for diabetes care in long-term patients with type 2 diabetes mellitus: an experience in a Japanese rural community. *Aust J Rural Health*, Vol 12, pp. 251-252, 2004.
- [15] Goodwin, P, Support groups in advanced breast cancer. *Cancer*, Vol 1(104, 11 Suppl), pp. 2596-2601, 2005.
- [16] Leadbeater, M, Evaluating use of a support group in secondary breast cancer care. *Nurs Times*, Vol 100, No 50, pp. 34-36, 2004.
- [17] Management center for health promotion, Estimation of optimal workload for the visiting nurses of customizing health care through the job analysis, Suwon: Ajou University, 2010.
- [18] Ministry of health and welfare, 2009 Customized

Home Visiting Health Service Report, Seoul: Ministry of health and welfare, 2009.

- [19] J. H. Lee, J. I. Park, J. H. Kang, J. H. Youm, D. H. Koh, & K. S. Kwon, Needs assessment for beneficiaries of home-based cancer patients management project. J Agric Med Community Health, Vol 36, No 4, pp. 238-20, 2011.
- [20] H. Y. Yang, Nursing meeting as the mental support system for the single moms. KASPF, Vol 2, No 1, pp. 39-56, 2009.
- [21] E. S. Kim, Self-help group for diabetic patient. The J of Korean Diabetes, Vol 10, No 4, pp. 255-259. 2009.
- [22] Wituk, S., Shepherd, M., Warren, M., & Meissen, G, "Factors contributing to the survival of self-help group." American J of Psychology, Vol 30, No 3, pp. 349-366, 2002.
- [23] J. S. Park, Study on the development of self-help operation model for visiting health care program in Dae-gu, Dae-gu: Hanbit company, 2010.

권 상 민(Kwon, Sang Min)



- 1997년 2월 : 계명대학교 간호학과 (간호학사)
- 2001년 2월 : 계명대학교 간호학 (간호학 석사)
- 2012년 8월 : 계명대학교 간호학과 (간호학박사)
- 2006년 3월 ~ 2009년 8월 : 대구과대학 간호학과 전임강사
- 2011년 9월 ~ 2014년 2월 : 계명대학교 평생교육원 초빙 조교수
- 2014년 3월 ~ 현재 : 영남이공대학 간호대학 조교수
- 관심분야 : 암환자, 노인
- E-Mail : nr1003@hanmail.net

박 정 숙(Park, Jeong Sook)



- 1977년 2월 : 동산간호전문대학
- 1985년 2월 : 연세대학교 간호대학 (간호학 석사)
- 1989년 8월 : 연세대학교 간호대학 (간호학 박사)
- 1990년 3월 ~ 현재 : 계명대학교 간호대학 교수(학장, 간호과학연구소장, 간호처장 역임)
- 2000년 2월 ~ 2001년 2월 : University of Wisconsin 교환교수
- 관심분야 : 성인간호학, 건강증진, 간호교육, 종양간호, 통증간호
- E-Mail : jsp544@kmu.ac.kr