

## 취약계층과 일반군 영유아의 건강관리 현황 및 방문건강관리사업 요구도 비교조사

남 혜 경\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

최근 국내출산율이 심각하게 저하됨에 따라, 출생한 영아가 건강한 성인으로 성장할 수 있도록 국가적 차원에서 관리해주는 것이 보건의료 측면에서 비용효과적인 건강투자임이 강조되고 있다(Lee, 2008). 이에 따라 신생아부터 학령전기까지인 영유아의 건강관리의 중요성이 중요한 이슈로 떠오르게 되었는데, 영유아기는 평생의 건강기반이 만들어지는 시기로서, 건강위험이나 성장발달 지연을 조기 발견하여 전문기관에서 적절한 관리를 해줄 경우 정상으로 복원이 가능한 시기이기도 하다.

특히 사회적·경제적 능력이 부족한 저소득층이나 결손가정 등의 취약계층 영유아는 건강관리 서비스를 제대로 받지 못하여, 신체적·정신적인 건강문제가 발생할 위험성이 높다(Weiss, 2004). 2013년도 우리나라 아동의 상대빈곤율은 8.25%로, 일반가구(3.9%)에 비하여 한부모·조손가족이 12배가량(46.6%) 높은 것으로 나타났다(Korea Institute for Health and

Social Affair[KIHSA], 2015). 따라서 취약계층 영유아의 건강한 삶을 위해서 국가적 차원에서 건강관리 서비스를 제공해야 하는데, 우리나라에서 취약계층 영유아에 대한 국가적 차원에서의 건강관리는 매우 미흡하여 이를 개선할 대책이 필요하다(Kim, 2012).

미국에서는 초기 영유아기의 건강관리가 중요하다는 인식하에 지지체계가 부족한 빈곤 아동들에게 국가적 차원에서 체계적인 건강관리를 제공하고 있다. 그 중 하나가 '헤드스타트(Head Start)'로 취학 전 빈곤 아동과 부모들에게 건강관리와 부모교육, 가정방문관리 등의 포괄적인 서비스를 제공하는 프로그램이다(Office of Head Start, 2007). 또한 '헬시스타트(Healthy Start)' 프로그램을 통하여 신생아부터 3세 사이의 아동을 대상으로 육아클리닉 방문, 가정 또는 전화 방문과 부모교실 등을 통하여 효과적인 영유아 건강관리사업을 제공하고 있다(Caughy, Huang, Miller, & Genevro, 2004).

미국의 이러한 건강관리 사업과 유사한 것으로 우리나라에는 방문건강관리사업이 있다. 방문건강관리사업은 보건의료 전문인력이 취약계층의 가정이나 시설을 방문하거나 보건소와 지역사회 시설을 이용하여, 건

\* 가천대학교 간호학과, 교수(교신저자 E-mail: nhk@gachon.ac.kr)

• Received: 17 October 2016 • Revised: 29 November 2016 • Accepted: 21 December 2016

• Address reprint requests to: Nam, Hye Kyung

Collage of Nursing, Gachon University  
1342 Seongnamdaero, Sujeong-gu, Seongnam-si, Kyenggi-do, Korea, 13120  
Tel: 82-31-750-5983 Fax: 82-31-750-8859 E-mail: nhk@gachon.ac.kr

강문제를 가진 주민을 발견하고, 건강증진과 질병예방을 위한 보건의료서비스를 직접 제공하거나 관련기관에 의뢰함으로써, 취약계층 주민의 건강관리 능력을 개선시키고자 하는 보건사업이다(Kim et al., 2004; Kwon, Yang, & Eom, 2015). 여기서 취약계층이란 '국민기초생활보장법' 제2조 2항의 정의에 따라 급여를 받는 기초생활수급자와 소득인정액이 정부고시 최저생계비의 100분의 120이하인 차상위계층을 말한다(KIHS, 2015). 여러 연구에서 이러한 취약계층의 건강관리를 위하여 기존의 방문건강관리사업에 취약계층 영유아의 건강관리 프로그램을 접목할 것을 제안하였다(Han & Park, 2009; Nam, 2014). 하지만 현재 우리나라에서 제공되고 있는 방문건강관리 서비스는 주로 노인이나 성인을 대상으로 하고 있으며, 미래를 책임질 영유아를 대상으로 제공되는 서비스는 상대적으로 저조한 편이다.

또한 지역의 특성을 고려한 영유아 건강관리사업을 계획하기 위해서는 그 지역 영유아의 건강관리 실태에 대한 조사가 우선적으로 이루어져야 하는데, 현재 지역별 영유아의 건강관리 실태에 대한 연구는 미미한 편이다(Kim et al., 2011; Nam, 2014). 기존의 연구를 살펴보면, 영유아 건강관리에서 중요한 성장발달검사를 시행하지 않았으며 (Bang, Yang, Hyun, & Kim, 2008; Kim et al., 2011), 사업계획 시 유용한 자료인 방문건강관리 서비스에 대한 요구도 조사를 포함시키지 않았다(Bang et al., 2008; Nam, 2014). 이에 본 연구에서는 영유아의 건강관리 현황에 대한 기초조사가 이루어진 적이 없는 연구대상 지역의 취약계층 영유아의 방문건강관리 프로그램 개발을 위한 기초자료를 제공하고, 기존의 연구와는 다르게 가정방문을 통한 환경 안전도 평가와 발달평가도구를 이용한 성장발달검사를 모두 실시하고, 방문건강관리 서비스에 대한 요구를 조사하여, 취약계층 영유아의 건강관리 현황과 방문건강관리 서비스 요구에 대한 자료를 제시하고자 하였다.

## 2. 연구 목적

본 연구의 목적은 취약계층 영유아의 건강관리사업을 제공하고자 하는 일개 시를 중심으로, 영유아의 건

강관리 현황과 방문건강관리 서비스 요구의 특성을 파악하여, 취약계층 영유아의 방문건강관리 사업 개발을 위한 기초자료를 제공하는 것으로, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 취약계층과 일반군 간의 일반적 특성의 차이를 확인한다.
- 취약계층과 일반군 간의 영유아 건강관리 이행상태를 비교한다.
- 취약계층과 일반군 간의 가정 내 안전관리 상태를 비교한다.
- 취약계층과 일반군 간의 영유아 성장발달 상태를 비교한다.
- 취약계층과 일반군 간의 양육자신감과 부모교육 참여 의사를 비교한다.
- 취약계층과 일반군 간의 영유아 방문건강관리 서비스 요구를 비교한다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 취약계층 영유아의 방문건강관리 서비스를 계획하는 데 유용한 기초자료를 제공하고, 일개 시의 취약계층 영유아의 건강관리 상태와 요구를 파악하기 위한 서술적 비교연구이다.

### 2. 연구 대상

S시 전체 4개구 보건소 관할 지역의 모자보건사업 대상자인 영아, 유아, 학령전기 아동이 거주하는 가구를 대상으로 하였다. 취약계층군과 일반군 간의 차이를 t-test로 통계처리하기 위하여 필요한 대상자수를 G-Power 3.1을 이용하여 유의수준 .05, 중간의 효과 크기 .5, 검정력 80%로 구한 결과, 대상자 수는 각 그룹 당 64명씩 총 128명이 요구되었다. 본 연구에서는 S시 모자보건사업 대상자 중에서 국민기초생활보장제도에 따라 구청에 등록되어 있는 기초생활수급자와 차상위계층 가구 중에서 임의추출법으로 73명의 영유아가 거주하고 있는 가구를 취약계층군으로 선정하였으며, 기초생활수급자나 차상위계층이 아닌 82명의 영

유아가 거주하고 있는 가구를 일반군으로 선정하여, 총 155명의 영유아와 그 양육자를 대상으로 조사하였다.

### 3. 연구 도구

#### 1) 일반적 특성과 건강관리 이행실태

대상자의 일반적 특성을 조사하기 위하여 Nam (2014)이 개발한 자가보고형 설문지 내용 중 영유아 건강관리에 중요한 영향요인인 부모의 학력을 추가하여 수정한 설문지를 사용하였다. 설문지 내용은 영유아의 성별과 연령, 출생순위, 질병유무와 질병명, 가족형태, 경제상태, 부모의 연령 및 학력과 직업유무, 질병유무와 질병명 등 총 18문항으로 구성되었다.

영유아의 건강관리 이행실태는 Nam (2014)의 연구에서 사용된 '영유아의 건강관리 이행실태 점검표'에 건강관리 항목별로 이행하지 못한 사유를 기술하는 란을 추가하여 제작한 '영유아 건강관리 이행실태 점검표'를 사용하였다. 본 연구에서 사용한 '영유아 건강관리 이행실태 점검표'에서 영유아의 예방접종은 정규예방접종의 종류별 접종시기를 제시하고, 그 시기 내에 해당 예방접종을 시행하였는지에 따라 '시행' 또는 '미시행'으로 표시하도록 하였다. 건강관리 항목 중에서 진찰검진, 신체계측, 발달검사, 건강교육, 구강검진, 시력검사 등 각 항목마다 최근 시행일과 시행기관을 작성하도록 하였으며, 시행 여부 판단기준으로 항목별 건강검진 내용과 시기를 제시하였다. 검진 시기는 보건복지부 (Ministry of Health and Welfare, 2015-a)가 제시한 영유아의 연령별 건강검진 시행시기 (1차 생후 4~6개월, 2차 9~12개월, 3차 18~24개월, 4차 30~36개월, 5차 42~48개월, 6차 54~60개월)에 실시된 경우만 시행함으로 분류하도록 기준을 제시하였다. 검진내용으로 진찰은 문진을 포함한 진찰을 받은 경우, 신체계측은 키와 몸무게 및 머리둘레(3세 이하)를 직접 측정한 경우, 건강교육은 사고예방과 영양에 대한 교육을 받은 경우, 발달평가는 발달검사도구를 이용하여 검사를 받은 경우만 이행하였다고 분류하도록 그 기준을 제시하였다. 각 항목별로 시행하지 못한 경우 그 사유를 기술하도록 하였다.

#### 2) 가정 내 안전관리 상태

Nam (2014)의 연구에서 사용된 '가정 내 안전사고 예방점검표'를 이용하여, 가정 내 낙상·화상·열상·치아손상·질식·독극물 중독 등의 사고 위험성에 대하여 평가하였다. 이 '가정 내 안전사고 예방점검표'는 낙상사고 예방 5개, 화상·화재사고 예방 7개, 열상·치아손상사고 예방 4개, 질식사고 예방 2개, 중독사고 예방 1개, 그리고 응급상황 대비 사항 1개 등 총 20개 문항으로 구성되어있다. 본 연구에서는 간호사가 가정방문을 하여 가정 내 안전관리 상태를 직접 관찰한 후 '양호' 또는 '불량'으로 표시하도록 하였다. Nam (2014)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .801$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .753$ 이었다.

#### 3) 영유아 성장발달 상태

영유아의 성장에 대한 평가는 체중을 측정하여 '한국아동의 성장 표준치'에 따라 저체중, 정상체중, 과체중으로 분류하였다. 본 연구에서는 간호사가 체중계 (SHM-S600KS, Zhongshan Jibao Electronic co., 중산, 중국)를 가지고 영유아의 체중을 소수점 0.1kg까지 측정하였다. 측정된 체중은 2007년 기준 '소아·청소년 표준 성장도표(Korea Center for Disease Control & Prevention, 2015-b)'에 따라 3백분위수 미만인 경우 '저체중'으로, 3백분위수 이상 97백분위수까지 '정상체중'으로, 97백분위수를 초과하면 '과체중'으로 분류하였다 (Kang & Kwon, 2013; Kim et al., 2010; Nam, 2014).

영유아 발달평가는 간호사가 가정방문하여 '한국형 PDQII 발달검사도구'를 가지고 평가하였다. '한국형 PDQII 발달검사도구'는 발달사정을 용이하게 하도록 개발된 발달선별검사도구로서, 개인사회·미세운동·적응기술·언어·전체운동 등 4가지 영역으로 구성되어 있다. 검사지는 연령별로 0-9개월·9-24월·2-4세·4-6세에 따라 각각 구분되어 있다. 검사 결과는 각 문항마다 '정상', '주의', '지연'으로 구분한 후 지연항목 0개와 주의항목 1개 이하인 경우 '정상발달'로, 지연항목 1개 이상 또는 주의항목 2개 이상인 경우 '발달지연 의심'으로 평가하였다 (Shin, 2002).

#### 4) 양육자신감과 부모교육 참여 의사

양육자신감과 가정방문을 통한 부모교육에의 참여

의사는 단일 문항으로 구성되어 있으며, 각각 문항별로 '있음' 또는 '없음'에 표시하도록 하였다.

#### 5) 영유아 방문건강관리 서비스 요구

영유아 방문건강관리 서비스에 대한 요구는 Kim 등 (2011)과 Nam (2014)의 연구결과를 토대로 아기돌 보기, 모유수유, 증상별 간호, 발달검사, 발달증진놀이, 영양, 이유식, 안전한 환경, 예방접종, 아토피 예방 등 10개 항목에 대하여 '필요하다' 또는 '필요하지 않다' 중에 선택하도록 하였다.

#### 4. 자료 수집 방법

2016년 5월 16일부터 6월 20일까지 S시 방문건강관리사업 전담인력인 간호사들이 연구대상자 가정을 방문하여 자료 수집을 하였다. 설문조사 전에 연구자가 조사자인 간호사들을 대상으로 발달평가와 조사도구 사용법에 대하여 2회에 걸쳐 교육과 훈련을 실시하여, 조사의 타당성과 신뢰성을 높였다. 조사자가 자료수집 전에 연구대상자의 가정을 방문하여 영유아의 양육자에게 조사의 목적을 설명하고, 비밀보장 및 자료의 무기명 처리와 조사도구의 철회 가능에 대하여 설명하고, 연구 참여 동의서를 받은 후 자료를 수집하였다. 대상자의 일반적 특성과 건강관리 이행상태는 양육자를 대상으로 설문지와 '영유아 건강관리 이행 점검표'를 이용하여 자료 수집을 하였다. 가정 내 안전관리 상태는 간호사가 '가정 내 안전사고 예방점검표'를 이용한 직접 관찰을 통하여 조사하였다. 성장발달 상태 중에서 체중은 체중계를 이용하여 측정하였으며, 발달평가는 조사자가 직접 '한국형 PDQII 발달검사 도구'를 이용하여 검사를 하였는데, 동일 연령대 영유아가 수행 가능한 항목에서부터 검사를 시작하여 '주의' 또는 '지연' 항목이 3개 나올 때까지 검사를 수행하였다.

#### 5. 자료 분석 방법

IBM SPSS statistics 23을 이용하여 수집된 자료를 분석하였다. 조사대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 구한 후 t-test와  $\chi^2$ -test, Fisher's exact test를 이용하여 일반군과 취약계층

군 간의 일반적 특성을 비교하였다. 일반군과 취약계층 간의 건강관리 이행상태, 가정 내 안전관리 상태, 영유아 성장발달 상태, 양육자신감과 부모교육 참여 의지와 방문건강관리 서비스 요구는  $\chi^2$ -test, Fisher's exact test로 비교하였다.

### III. 연구 결과

#### 1. 대상자의 일반적 특성

취약계층군 아동 73명 중에서 남아가 52.1%, 여아가 47.9%이었으며, 연령은 1개월에서 72개월까지로 평균  $36.8 \pm 21.6$ 개월이었다. 일반군 아동 82명 중에서 남아가 46.3%, 여아가 53.7%이었으며, 연령은 1개월에서 72개월까지로 평균  $36.2 \pm 20.1$ 개월이었다. 현재 보유하고 있는 질병에 대하여, 일반군 1명은 아토피를 앓고 있다고 하였으며, 취약계층군 3명 중 1명은 폐렴, 2명은 아토피를 앓고 있다고 하여, 두 군 간에 성별, 연령, 질병보유율에는 유의한 차이가 없었다.

취약계층군 중 17.8%가 기초생활수급자이었으며, 차상위계층이 82.2%이었다. 일반군과 취약계층군간의 가족형태에는 유의한 차이가 있었는데, 일반군의 대부분(95.1%)이 양부모가족이었으며, 다문화가족이 2.4%, 조부모가족과 한부모가족이 각 1.2%이었다. 취약계층군은 한부모가족(41.1%)이 가장 많았으며, 그 다음이 양부모가족(39.7%)이었고, 다문화가족과 조부모가족은 각 9.6%이었다( $p < .001$ ). 취약계층군의 한부모 가족 대부분(93.3%)은 편모가족이었다 (Table 1).

어머니의 연령은 유의한 차이가 없었던 반면에 아버지의 연령은 일반군( $38.6 \pm 4.8$ 세)에 비하여 취약계층군( $44.1 \pm 7.0$ 세)이 많았다 ( $p < .001$ ). 부모의 학력과 직업유무, 질병보유 모두 유의한 차이가 있었다. 부모의 학력은 일반군 아버지의 대부분(95.0%)이 대졸인데 비하여, 취약계층군은 46.2%만이 대졸이었으며 ( $p < .001$ ), 일반군 어머니의 82.9%가 대졸인데 비하여, 취약계층군은 16.2%만이 대졸이었다( $p < .001$ ). 또한 일반군의 아버지 대부분(96.3%)이, 취약계층군은 79.5%만이 직업을 가지고 있었으며( $p = .005$ ), 어머니의 경우도 일반군의 46.3%가, 취약계층군에서는 20.6%만이 직업을 가지고 있었다( $p = .001$ ). 질병보

유도 일반군의 아버지(5.0%)에 비하여 취약계층군의 아버지(17.9%)가 질병보유율이 높았으며( $p=.038$ ), 어머니의 경우도 일반군(2.4%)보다 취약계층군(13.2%)이 질병을 가지고 있는 경우가 많았다( $p=.023$ ) (Table 1).

2. 건강관리 이행상태

예방접종율은 취약계층군(93.2%)이 일반군(100.0%)에 비하여 유의하게 낮았는데( $p=.022$ ), 미접종 사유로 예방접종에 대해 생각하지 못하거나(4명), 예방접종시기를 놓쳐서(1명) 하지 못했다고 답하였다. 그 외에 진찰검진, 신체계측, 발달검사, 건강교육, 구강검진, 시력검사 이행을에서 일반군과 취약계층군과의 유의한 차이는 없었다(Table 2).

Table 1. General Characteristics of the Vulnerable Social Group in Comparison with the General Group (N=155)

Variables	Categories	GG (n=82)	VSG (n=73)	$\chi^2/t$	p
		n (%) / M±SD	n (%) / M±SD		
Family type	Parents	78(95.1)	29(39.7)	61.84	<.001*
	Multicultural	2(2.4)	7(9.6)		
	Grand parent	1(1.2)	7(9.6)		
	Single parent	1(1.2)	30(41.1)		
Child' gender	M	38(46.3)	38(52.1)	0.50	.478
	F	44(53.7)	35(47.9)		
Child' birth order	1st	38(46.3)	39(53.4)	8.46	.037*
	2nd	29(35.4)	16(21.9)		
	3rd	13(15.9)	9(12.3)		
	≥4th	2(2.4)	9(12.3)		
Child' health problem	Yes	1(1.2)	3(4.1)	1.28	.343*
	No	81(98.8)	70(95.9)		
Father's education	≤Elementary school	0(0.0)	3(7.7)	37.44	<.001*
	Middle school	2(2.5)	3(7.7)		
	High school	2(2.5)	15(38.5)		
	≥College	76(95.0)	18(46.2)		
Mother's education	≤Elementary school	0(0.0)	4(5.9)	76.38	<.001*
	Middle school	0(0.0)	15(22.1)		
	High school	14(17.1)	38(55.9)		
	≥College	68(82.9)	11(16.2)		
Father's occupation	Yes	77(96.3)	31(79.5)	8.78	.005*
	No	3(3.8)	8(20.5)		
Mother's occupation	Yes	38(46.3)	14(20.6)	10.89	.001
	No	44(53.7)	54(79.4)		
Father's health problem	Yes	4(5.0)	7(17.9)	5.24	.038*
	No	76(95.0)	32(82.1)		
Mother's health problem	Yes	2(2.4)	9(13.2)	6.38	.023*
	No	80(97.6)	59(86.8)		
Child' age (ms)		36.2±20.1	36.8±21.6	-0.16	.870
Father's age (yr)		38.6±4.8	44.1±7.0	-4.38	<.001
Mother's age (yr)		36.2±4.6	35.3±7.3	0.96	.342

GG; general group; VSG; vulnerable social group

Note. No respondents were excluded

\* Fisher's exact test

Table 2. Health Care of the Vulnerable Social Group in Comparison with the General Group (N=155)

Variables	Categories	GG (n=82)	VSG (n=73)	$\chi^2$	p
		n (%)	n (%)		
Vaccination	Yes	82(100.0)	68(93.2)	5.08	.022*
	No	0(0.0)	5(6.8)		
Medical check-up	Yes	65(83.3)	55(78.6)	0.55	.460
	No	13(16.7)	15(21.4)		
Body measurement	Yes	67(85.9)	53(75.7)	2.49	.114
	No	11(14.1)	17(24.3)		
Developmental screening test	Yes	55(70.5)	48(69.6)	0.02	.900
	No	23(29.5)	21(30.4)		
Health education	Yes	53(67.9)	48(69.6)	0.04	.833
	No	25(32.1)	21(30.4)		
Dental check-up	Yes	37(56.9)	35(57.4)	0.003	.959
	No	28(43.1)	26(42.6)		
Vision test	Yes	23(44.2)	15(31.9)	1.58	.208
	No	29(55.8)	32(68.1)		

GG; general group, VSG; vulnerable social group  
\* Fisher's exact test

### 3. 가정 내 안전관리 상태

가정 내 안전관리 상태를 점검한 결과, 일반군에서 가장 취약한 항목은 소화기 비치로 59.8%만이 수행하고 있었으며, 그 다음이 가구안전성(64.6%), 전기콘센트 안정성(64.6%), 창살 안전성(65.9%) 순이었다. 취약계층에서는 가구안전성(38.4%), 소화기 비치(39.7%), 전기콘센트 안전성(42.5%), 선풍기 안전성(58.9%) 순으로 취약하였다. 두 군을 비교해보면, 가구 안전성 항목에서 일반군의 64.6%가 모서리 보호대가 있는 반면에 취약계층군의 38.4%만이 보호대가 있어 유의한 차이를 보였으며( $p=.001$ ), 응급상황 대비 항목에서 일반군의 59.8%가 소화기를 비치하고 사용법을 알고 있는 반면에, 취약계층군의 39.7%만이 이를 지키고 있어서 유의한 차이를 보였다( $p=.013$ ). 전기콘센트 안전성 항목에서도 일반군(64.6%)에 비하여 취약계층군(43.1%)의 안전덮개 설치율이 낮았다( $p=.006$ ). 그 외에 선풍기 안전망 설치( $p<.001$ ), 방바닥의 낙상위험물건 관리( $p<.001$ ), 창문주위 낙상위험물건 관리( $p=.001$ ), 방바닥 재질의 안전관리( $p=.002$ )도 취약계층군이 일반군에 비하여 취약한 것으로 나타났다(Table 3).

### 4. 영유아 성장발달 상태

영유아의 신체성장지표인 체중은 일반군 중 98.8%가 정상 체중이었으며 1.2%가 저체중이었고, 취약계층군은 정상체중이 93.2%, 저체중이 4.1%, 과체중이 2.7%로 두 군 간에 유의한 차이는 없었다. 발달평가에서 일반군은 모두 '정상발달'이었으나 취약계층군의 6.8%가 '발달지연 의심'으로, 그 차이는 유의하였다( $p=.022$ )(Table 4).

### 5. 양육자신감과 부모교육 참여 의지

양육자신감이 있는지에 대한 질문에 일반군 중 74명(90.2%), 취약계층군 중 64명(87.7%)이 자신 있다고 답하였으며( $\chi^2=0.26$ ,  $p=.609$ ), 가정방문을 통한 교육에 참여하겠는지에 대하여 일반군 62명(75.6%), 취약계층 57명(78.1%)이 참여하겠다고 하여( $\chi^2=0.13$ ,  $p=.716$ ), 두 군 간의 유의한 차이는 없었다.

### 6. 방문건강관리 서비스 요구

연구 대상 영유아의 양육자에게 어떤 방문건강관리

Table 3. Home Safety Compliance of the Vulnerable Social Group in Comparison with the General Group (N=155)

Variables	GG (n=82)	VSG (n=73)	$\chi^2$	p
	n (%)	n (%)		
1. Slip-resistant flooring is used in the rooms.	76(97.2)	54(74.0)	9.99	.002
2. Stuffs that might cause falling down are removed.	73(89.0)	48(65.8)	12.21	<.001
3. Gap between railings, window bars, opened windows is not wider than 15 cm.	54(65.9)	45(61.6)	0.30	.586
4. Furniture or stuffs on which a child might climb out of the window are removed.	75(91.5)	51(69.9)	11.85	.001
5. All unused outlets are covered with safety plugs.	53(64.6)	31(42.5)	7.65	.006
6. Blades of electric fans are secured with net covers.	70(85.4)	43(58.9)	13.69	<.001
7. Corner covers on sharp edges of furniture.	53(64.6)	28(38.4)	10.69	.001
8. Fire starters are out of child's reach (matches, lighters, ect.).	77(93.9)	66(90.4)	0.66	.417
9. Objects which might cause a burn are out of child's reach (electrical cooker, iron etc.).	80(97.6)	68(93.2)	1.74	.255*
10. Sharp objects are out of child's reach.	79(96.3)	71(97.3)	0.10	.999*
11. All medications, detergents and bleaches are out of child's reach.	75(91.5)	68(93.2)	0.15	.695
12. Toys that shoot objects are removed.	75(91.5)	65(89.0)	0.26	.611
13. Broken toys are fixed immediately or thrown away.	71(86.6)	61(83.6)	0.28	.597
14. Small objects that might cause suffocation are out of child's reach (coin, buttons etc.).	80(97.6)	69(94.5)	0.96	.421*
15. Slip-resistant flooring is used in the bathroom.	67(81.7)	52(71.2)	2.38	.123
16. Hot water temperature in a bathtub is kept below 49°C.	70(85.4)	59(80.8)	0.57	.450
17. Electrical wires are not exposed in the bathroom.	79(96.3)	66(90.4)	2.25	.192*
18. Unused gas valves are closed.	79(96.3)	70(95.9)	0.02	.999*
19. A fire extinguisher is placed in the house and a caregiver knows how to use it.	49(59.8)	29(39.7)	6.20	.013
20. A caregiver is well acquainted with emergency call numbers.	64(78.0)	56(76.7)	0.04	.843

GG; general group, VSG; vulnerable social group

\*Fisher's exact test

Table 4. Physical Growth and Development of the Vulnerable Social Group in Comparison with the General Group (N=155)

Variables	Categories	GG (n=82)	VSG (n=73)	$\chi^2$	p
		n (%)	n (%)		
Weight	Under	1(1.2)	3(4.1)	3.18	.170*
	Normal	81(98.8)	68(93.2)		
	Over	0(0.0)	2(2.7)		
Development	Normal	82(100.0)	68(93.2)	5.80	.022*
	Questionable	0(0.0)	5(6.8)		

GG; general group, VSG; vulnerable social group

\*Fisher's exact test

Table 5. Demand for the Visiting Health Care Services of the Vulnerable Social Group in Comparison with the General Group (N=155)

Variables	GG (n=82)	VSG (n=73)	χ <sup>2</sup>	p
	n (%)	n (%)		
Neonatal care	28(34.1)	19(26.4)	1.09	.297
Breast feeding education & counselling	20(24.4)	8(11.0)	4.71	.030
Care for symptomatic relief	50(61.0)	41(56.2)	0.37	.544
Developmental screening & counseling	63(76.8)	59(80.8)	0.37	.544
Developmental play	73(89.0)	60(82.2)	1.48	.224
Nutrition education	67(81.7)	62(84.9)	0.29	.592
Weaning education	29(35.4)	19(26.0)	1.58	.209
Home safety check up & education	56(68.3)	54(74.0)	0.61	.437
Vaccination education & management	39(47.6)	41(56.2)	1.15	.285
Atopy prevention & management	49(59.8)	48(65.8)	0.59	.441

GG; general group, VSG; vulnerable social group

서비스를 받고 싶은지에 대하여 질문한 결과, 일반군에서는 발달증진에 도움이 되는 놀이(89.0%), 영양(81.7%), 발달검사(76.8%), 환경안전점검(68.3%) 순으로 요구도가 높았으며, 취약계층군에서는 영양(84.9%), 발달증진놀이(82.2%), 발달검사(80.8%), 환경안전점검(74.0%) 순으로 요구도가 높았다. 모유수유법( $p=.030$ )을 제외한 각 항목에서 두 군 간에 유의한 차이는 없었다(Table 5).

#### IV. 논 의

본 연구에서는 방문건강관리사업에 적용할 수 있는 취약계층 영유아의 건강관리사업을 개발하기 위한 기초 작업으로 해당 지역 내에 거주하는 영유아의 건강관리 현황과 방문건강관리 서비스 요구도를 조사하였다

먼저 방문건강관리사업의 대상자인 취약계층군의 일반적인 특징을 파악하기 위하여 일반군과 비교한 결과, 영유아 부모의 학력이 낮고, 무직이 많으며, 질병보유율도 높아서 건강관리의 위험요인이 높은 집단임을 알 수 있었다. 또한 일반군과 취약계층군 간의 가족형태에도 유의한 차이가 있었는데, 일반군이 주로 양부모가족이었는데 비하여, 취약계층군은 한부모가족(41.1%)과 다문화가족(9.6%), 조부모가족(9.6%) 등 취약가족 형태가 많았다. 이는 빈곤계층과 일반군 간에 부모의 학력 및 질병보유율과 가족형태에 차이가 있다고 보고한 선행 연구결과(Kim et al., 2011; Nam, 2014)

와 유사한 결과이며, 우리나라 취약계층에서 한부모가족의 평균 비율인 58.3% (KIHSA, 2015)보다는 낮은 편이지만, Nam (2014)과 Kim 등(2011)의 연구 대상 지역보다는 한부모가족의 비율이 높은 본 연구대상 지역의 특징을 보여주었다.

건강관리의 위험요인이 높은 취약계층에서 예방접종률(93.2%)이 유의하게 낮았는데, 우리나라 평균 예방접종률인 0~2세 95.2%, 3~5세 95.8%보다 낮았다(KIHSA, 2015). 영유아는 면역력이 약하므로 영유아의 감염성질환 예방에서 가장 효과적이고 비용편익적인 수단이 예방접종이다. 예방접종은 한 개체를 보호할 뿐 아니라 군집면역효과에 의한 감염성 병원체의 전파를 차단하여 감염병으로부터 지역사회를 보호하는 역할을 한다. 하지만 1997년 예방접종에 대한 강제 의무조항이 폐지되었고, 교통의 발달, 활발한 지역 간의 교류 등 환경의 변화로 인하여 감염병 전파속도가 매우 증가하고 있어서, 감염병을 예방을 위한 대책이 시급한 실정이다. 이러한 배경 하에 지역사회 내 예방접종률을 향상시키기 위하여 다양한 방안이 강구되고 있으며, 2012년도부터는 국가차원에서 취약아동의 예방접종관리를 위한 예방접종 확인사업을 시작하였다. 하지만 예방접종은 영유아 초기부터 실시하는 것이 감염병 예방에 훨씬 더 효과적인 접근으로 지역사회 내 영유아 예방접종률을 향상시키기 위한 대책이 강구되어야 한다(Ministry of Health and Welfare, 2015-b). 특히 취약계층은 예방접종에 대한 정보 부족, 중요성에



대한 인식부족 등으로 예방접종률이 상대적으로 저조하다(Han & Park, 2009). 본 연구에서도 예방접종을 하지 못한 사유가 주로 예방접종에 대한 인식 부족이나 시기를 놓쳐서 실시하지 못하였다고 하였으며, 취약계층 양육자의 56.2%가 건강관리서비스 중에서 예방접종에 대한 안내와 관리 서비스를 받기를 희망하였다. 이에 선행연구와 본 연구 결과를 토대로 이 지역의 영유아 예방접종률 향상을 위하여 영유아 방문건강관리사업에 예방접종 관리 프로그램을 포함시킬 것을 제안한다. 해당 지역 취약계층 영유아 방문건강관리사업을 계획할 때 예방접종 관리 프로그램에 포함될 내용은 다음과 같다. 우선 예방접종일이 도래한 영유아의 양육자에게 개별 문자나 우편으로 예방접종 안내문을 발송하고, 추후 전화나 방문을 통하여 예방접종 실시 여부를 확인한다. 예방접종 미실시 시에는 미실시 사유를 확인하고 미실시 사유에 따라 예방접종의 중요성에 대한 교육과 접근가능한 예방접종기관 안내 및 접종시기 지연 시 만회 예방접종 계획표 안내 등 구체적인 예방접종 지도 및 관리에 대한 서비스가 제공되어야겠다.

영유아의 건강관리 중에서 정기적인 건강검진과 성장발달 평가는 건강이상이나 발달지연을 조기에 발견하는 기회를 제공하기 때문에 중요하다. 이에 정부에서는 검진대상자인 영유아가 자기부담 없이 검진기관에서 건강검진과 성장발달검사를 받도록 2007년도부터 국가사업으로 지정하였다. 하지만 이 사업이 실제로 어느 정도 수행되고 있는지에 대한 평가는 거의 이루어지고 있지 않은 실정이다(Nam, 2014). 이에 본 연구에서 진찰검진과 발달검사 이행율을 조사하였는데, 일반군의 13명, 취약계층군의 15명이 진찰을 받지 않았다고 답하였다. 이에 진찰검진을 받지 않은 이유를 추가로 조사해보니, 일반군 중 13명 중 92.3%가 의료기관에 영유아를 데리고 갈 시간이 없어서, 7.7%는 몰라서 진찰을 받지 못했다고 하였다. 반면에 취약계층군 15명 중 60.0%가 몰라서 진찰을 받지 못했다고 하였으며, 나머지는 시간이 없어서(27.1%), 또는 필요성을 느끼지 못해서(13.3%) 받지 못했다고 하였다. 이 결과를 토대로 취약계층 영유아 방문건강관리사업에 영유아 진찰검진률을 높이는 건강관리 프로그램을 포함시킬 것을 제안한다. 구체적인 프로그램 내용에는 영유아의 건강검진일을 문자나 우편으로 사전에 통보

하는 시스템을 운영하고, 추후 검진대상자의 가정방문이나 전화를 이용하여 진찰검진 여부를 확인하며, 검진을 받지 못한 이유를 파악하여, 그 이유에 따라 검진의 필요성 및 야간에 이용 가능한 의료기관 안내 등 구체적인 도움을 주는 서비스를 포함시켜야겠다.

또한 일반군과 취약계층군 모두 진찰검진율과 발달평가율이 동일하지 않았는데 그 이유를 조사한 결과, 진찰검진은 받았으나 발달평가를 받지 못한 대상자 모두 의료기관을 방문하였지만 진찰검진만 해주고 발달평가는 검사해주지 않았다고 답하였다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 국가차원에서 의료기관의 발달평가 모니터링 시스템을 구축하고, 관련기관과 협력 하에 발달평가 매뉴얼 배부 및 관련 보수교육 등을 제공하는 행정체계를 세우는 것이 필요하다. 이러한 국가적 차원에서의 관리시스템이 확립될 때까지 지역사회 내 방문건강관리사업과 연계하여 성장발달 스크리닝 검사를 제공하는 것도 하나의 대안이 될 수 있겠다.

본 연구에서는 간호사가 가정방문을 통하여 실제로 성장발달 스크리닝 검사를 시행하였는데, 일반군은 모두 '정상발달'이었으나 취약계층군의 6.8%는 '발달지연 의심'으로 유의한 차이가 있었다. 이는 취약계층에서 발달지연아의 비율이 유의하게 높았다고 한 Bang 등(2008)의 연구결과와 일치하는 것으로, 취약계층 영유아의 방문건강관리사업에 성장발달 스크리닝 검사를 포함시켜야 한다는 내용을 뒷받침해준다. 또한 취약계층 양육자의 80%이상이 방문건강관리 서비스로 발달검사를 실시하고 발달증진을 위한 놀이법 등을 교육시켜줄 것을 요구하였다. 이에 영유아 방문건강관리사업에 발달증진 프로그램을 포함시켜서, 발달평가를 받지 못한 영유아를 대상으로 간호사가 가정방문을 통해 성장발달 스크리닝 검사를 실시하고, 그 결과에 따라 의료기관에 의뢰하거나 놀이 등 발달증진방법에 대한 교육을 제공하는 발달증진 프로그램을 계획하여 실시할 것을 권한다.

본 연구에서는 Nam(2014)의 연구에서 다루지 못했던 양육자의 가정방문 교육에의 참여 의지와 방문건강관리 서비스에 대한 요구도를 조사하였다. 우선 방문교육에 참여하겠다는가에 대한 질문에 일반군(75.6%)과 취약계층군(78.1%) 모두 높은 참여 의지를 보였다. 제공받기를 희망하는 방문건강관리 서비스로 일반군에

서는 발달증진 놀이에 대한 교육(89.0%)을 가장 많이 요구하였으며, 그 다음이 영양교육(81.7%), 발달검사(76.8%), 환경안전점검(68.3%) 순이었다. 취약계층 군에서는 영양교육(84.9%)을 가장 많이 요구하였으며, 그 다음이 발달증진놀이 교육(82.2%), 발달검사(80.8%), 환경안전점검(74.0%) 순으로 일반군과는 약간의 차이가 있으나 그 차이는 유의하지 않았다. Kim 등(2011)의 연구에서도 모유수유를 제외한 다른 항목에서 사회계층별로 유의한 차이가 없었다. 또한 유아교육기관을 다니는 학령전기 아동의 부모를 대상으로 건강교육 요구도를 조사한 연구(Seo, Jeon, & Chio, 2009)에서도 성장발달 단계별 특성, 영양관리, 생활습관지도, 안전교육 순으로 요구도가 높았던 것을 볼 수 있다. 기존의 연구결과와 마찬가지로 본 연구에서도 일반군과 취약계층군 모두 발달, 영양, 안전관리와 관련된 방문건강관리 서비스 제공을 희망하고 있는 것으로 나타나, 이들을 대상으로 방문건강관리 서비스를 제공할 경우 적극적으로 받을 태도가 되어 있음을 보여준다.

구체적으로 취약계층에서 건강관리 서비스 받기를 원하는 항목을 살펴보면, 요구도가 가장 높은 항목은 영양교육(84.9%)이었다. 영유아기는 급속한 신체성장과 높은 활동수준으로 인하여 단백질과 칼로리 요구량이 높은 편이며, 뼈의 무기질화가 계속 이루어지므로 철분, 칼슘과 같은 무기질 요구량도 높은 편이다. 게다가 철분결핍성 빈혈이 올 경우 정신운동발달에 부정적인 영향을 미치므로 그 어느 생애주기보다 영양이 중요한 시기라 할 수 있다. 하지만 2013년 국민건강영양 조사의 영유아 영양소 섭취 결과에 따르면, 칼슘은 1~2세 아동의 40.6%, 3~5세 아동의 61.3%가 섭취기준 미만으로 나타났으며, 비타민 C 섭취도 1~2세 아동의 44.6%, 3~5세 아동의 43.4%가 섭취기준 미만이었다. 그 외에 철분, 비타민 A, 나이아신 등 기타 영양소에 대해서도 영유아의 20% 이상이 섭취기준 미만으로 섭취하는 것으로 나타났다(Korea Center for Disease Control & Prevention, 2015-a). 이렇게 부족한 영유아의 영양 섭취 문제를 해결하는 데에는 부모의 영양에 대한 지식과 태도가 매우 중요하다(Ahn & Kim, 2003). 여러 연구에서 저소득층 영유아 부모를 대상으로 영양교육과 보충식품을 제공하는

영양플러스사업을 통하여 부모의 영양지식 및 식생활 태도 점수가 증가하였으며, 영유아의 빈혈 비율이 감소되었고, 유의한 차이는 없었지만 자체중 비율도 감소되는 등 영양상태가 개선되었다고 하였다(Jang, Park, Park, & Park, 2015; Kang & Ryu, 2011). 하지만 사업 종료 후 영양지식과 태도 및 빈혈유병률이 유의하게 증가되어 지속적인 관리가 필요하다고 하였다(Kang & Ryu, 2011). 이에 본 연구대상 지역에서도 영양플러스 사업을 방문건강관리사업과 연계하여 취약계층 영유아들에게 보충식품 공급과 양육자 대상 영양 및 이유식 교육을 제공함으로써, 해당 지역 영유아의 영양상태 개선에 도움을 주어야겠다.

또한 방문건강관리서비스 중에서 안전점검에 대한 취약계층의 요구도가 높았는데(74.0%), 본 연구에서 실제로 가정방문을 통하여 가정 내 안전관리 실태를 조사한 결과, 취약계층이 많은 위험요인을 가지고 있는 것으로 파악되었다. 특히 취약계층에서 소화기를 비치하고 사용법을 알고 있는지에 대한 항목은 이행율이 가장 낮았는데, 일반군(59.8%)에 비하여 취약계층군의 39.7%만이 이행하고 있었다. 이는 기초생활수급자의 46.2%, 차상위계층의 51.1%만이 소화기 비치 및 사용법 숙지를 하고 있다는 Kim 등(2011)의 연구 결과보다 실천률이 더 낮다. 화재 예방에서 가정 내 소화기 비치 및 사용법 숙지는 중요한 예방법으로, 취약계층을 대상으로 가정방문을 통하여 소화기 비치 여부를 확인하고 비치 가정에는 소화기를 제공하고 사용법을 교육하는 서비스가 우선되어야겠다.

또한 본 연구결과 가정 내 위험물건의 관리 항목은 취약계층이 일반계층에 비하여 유의하게 낮은 이행율을 보였는데, 방바닥에 걸려 넘어질 물건·창문주위에 던고 올라갈 물건·미끄러운 방바닥이 관찰되었으며, 가정 내 사고예방물품 설치 항목인 전기콘센트 안전덮개·가구모서리 보호대·선풍기 안전망 등의 설치율도 일반계층에 비하여 유의하게 낮았다. Kim 등(2011)의 연구에서는 '창문 주위의 물건' 항목에서만 사회계층별 유의한 차이가 있다고 하였으나, 취약계층을 기초생활수급자군과 차상위계층으로 나누어 조사하였으므로 직접 비교할 수는 없다. 대신에 동일한 계층군을 사용한 Nam (2014)의 연구결과를 보면, 선풍기 안전망을 제외한 5가지 항목에서 취약계층이 일반군에 비

하여 이행율이 유의하게 낮았다. 이러한 위험물건 관리 는 부모의 안전의식에 좌우되며(Song, 2006), 어머니 대상 안전사고 예방교육을 통하여 사고예방 지식과 실천정도를 높일 수 있다(Bang, 2005). 하지만 현재 아동의 부모를 대상으로 안전교육을 제공하는 것은 미미하며(Song, 2006), 조사 대상 가정을 직접 방문하여 가정 내 환경 안전성을 평가하는 것은 매우 드물다.

그러므로 취약계층 영유아의 방문건강관리사업에 간호사가 가정을 방문하여 환경의 안전도를 직접 점검하고 안전교육을 제공하는 안전환경 관리 프로그램이 포함되어야겠다. 안전보호용품 사용율이 낮은 것을 해결하기 위하여서 Nam (2014)의 연구에서 해결방안으로 제시한 가구모서리 안전커버, 전기콘센트 안전커버 뿐 아니라 선풍기 안전망이 추가된 안전꾸러미를 배포하는 것이 본 연구대상 지역의 안전보호용품 사용률을 증가시켜서 효율적인 사고예방을 도모할 수 있을 것이다.

본 연구에서 취약계층과 일반군 간에 가족형태와 부모의 학력, 질병 및 직업 유무에서 유의한 차이가 있었으나, 이것은 각 군이 갖고 있는 특성이라고 생각하여 이러한 특성을 통제하기 않고 결과 분석을 하였으므로 본 연구결과를 해석할 때에 이를 고려해야 한다. 또한 본 연구는 일개 시에 거주하는 영유아 중에서 편의추출에 의하여 선정된 대상자 155명을 대상으로 조사하여, 본 연구결과를 적용하는데에는 한계가 있다. 추후 연구에서는 충분한 표본수를 확보할 수 있는 표본추출 방법을 이용하여 연구를 진행할 것을 제안한다.

## V. 결 론

이상의 연구결과를 종합해 볼 때 취약계층은 일반군에 비하여 건강 및 안전을 위협할 수 있는 건강위험요인이 많으며, 자녀의 발달증진이나 건강교육에 대한 부모의 요구도가 높은 것으로 나타나서, 취약계층 영유아의 건강관리사업 추진이 절실한 것으로 나타났다. 이러한 취약계층 영유아의 건강증진 및 안전환경 조성을 위한 건강관리 서비스는 기존의 방문건강관리사업과 연계하여 진행하는 것이 비용효과적인 면에서 효율적일 것이다.

취약계층 영유아의 방문건강관리사업에는 예방접종 및 건강검진 관리 프로그램과 성장발달 증진 프로그램,

안전환경 관리 프로그램과 교육 프로그램이 포함되어야겠다. 구체적으로 전화나 가정방문을 통한 예방접종 및 검진 안내뿐 아니라 실시 여부를 확인하고, 미 실시 사유에 따라 구체적인 도움을 제공하는 서비스가 계획되어야겠다. 또한 미검진 대상자에게 가정방문을 통하여 성장발달검사를 시행하고, 검사결과에 따라 발달증진방법 교육 또는 의료기관으로의 의뢰 절차가 수립되어야겠다. 그리고 가정방문을 통한 환경안전성 평가 및 부모 대상 안전교육과 소화기 등 안전용품 꾸러미를 제공하도록 추진해야 하며, 취약계층 양육자를 대상으로 영유아의 영양관리에 대한 교육도 제공할 것을 제안한다.

본 연구는 기존의 연구와는 다르게 영유아 가정의 안전관리 현황을 설문조사가 아니라 방문을 통한 직접 조사를 하였으며, 영유아의 성장발달 평가를 설문조사가 아니라 조사자가 발달검사도구를 가지고 직접 평가하도록 하였다. 또한 방문건강관리서비스 대상자에게 방문건강관리 서비스에 대한 요구도를 조사하여 그 결과를 제시함으로써 추후 방문건강관리서비스 프로그램을 개발하는데 유용한 자료를 제공하였다. 앞으로 이 결과를 토대로 취약계층 영유아의 건강관리와 건강교육을 제공할 수 있는 방문건강관리 사업이 개발되고 그 사업의 효과를 검증하는 연구가 계속 이루어져야겠다.

## References

- Ahn, H. S. & Kim, M. Y. (2003). Effect of the nutrition education for infant feeding on mother's knowledge, attitude, practice of weaning. *Journal of the Korean Society of Food Culture*, 18(4), 320-332.
- Bang, K. S. (2005). Effect of safety education for mothers with infants. *The Korean Journal of Child Health Nursing*, 11(2), 221-228.
- Bang, K. S., Yang, S., Hyun, H. J., & Kim, J. S. (2008). Health and child rearing status of infants and preschool children in poverty-For the we start program in Kyunggi province-. *Journal of the Korean Society of Maternal*

- and Child Health*, 12(1), 104-115.
- Caughy, M. O., Huang, K. Y., Miller, T., & Genevro, J. L. (2004). The effects of the health steps for young children program: results from observations of parenting and child development. *Early Childhood Research Quarterly*, 19, 611-630.
- Han, Y. R. & Park, H. S. (2009). Barriers and solutions of immunization programs for children among vulnerable classes in community health centers. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*, 23(1), 113-128.
- Jang, M. S., Park, H. H., Park, E. H., & Park, H. R. (2015). Changes of knowledge and attitudes on nutrition after 'NutriPlus program', part of convergence education. *Journal of Digital Convergence*, 13(5), 385-392. <http://dx.doi.org/10.14400/JDC.2015.13.5.385>
- Kang, J. H. & Ryu, H. K. (2011). A study of the sustainability of NutriPlus program effect - in Pohang area-. *Korean Journal of Community Nutrition*, 16(2), 206-214. <http://dx.doi.org/10.5720/kjcn.2011.16.2.206>
- Kang, Y. S. & Kwon, I. S. (2013). Health status of vulnerable preschool children and their mother's health management. *Child Health Nursing Research*, 19(3), 159-167. <http://dx.doi.org/10.4094/chnr.2013.19.3.159>
- Kim, C. J., Lee, W. H., Lee, C. Y., Kweon, B. E., Kim, C. S., Moon, S. M., & Kang, K. W. (2004). An analysis of the work of visiting health care providers in public health centers. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*, 18(1), 178-186.
- Kim, H. J., Bang, K. S., Yoo, J. S., Kim, H. S., Tak, Y. J., & Huh, B. Y. (2011). A study assess the need of customized visiting health care services for children according to socioeconomic status in a province. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 22(2), 212-222.
- Kim, H. J., Yoo, J. S., Kim, H. S., Tak, Y. J., Bang, K. S., & Huh, B. Y. (2010). Development of health assessment tools and tailored home visiting nursing service model for children in poverty. *Korean Parent-Child Health Journal*, 13(2), 63-77.
- Kim, H. R. (2012). Obesity and underweight among children in low income families: status, and policy options for childhood health equality. *Health-Welfare Policy Forum*, 188, 55-66.
- Korea Center for Disease Control & Prevention. (2015-a, January). *Korea health statistics 2013 : Korea national health and nutrition examination survey(KNHANES VI-1)*. Retrieved February 11, 2016, from <http://stat.mohw.go.kr/front/statData/publicationView.jsp?menuId=47&bbsSeq=13&nttSeq=21549&searchKey=&searchWord=&nPage=1&topSelect=B00005>
- Korea Center for Disease Control & Prevention. (2015-b, February). *Korean growth chart, 2007*. Retrieved February 1, 2016, from <http://cdc.go.kr/CDC/notice/CdcKrInfo0201.jsp?menuIds=HOME001-MNU1154-MNU0004-MNU1889&cid=1235>
- Korea Institute for Health and Social Affairs. (2015, March). *Government survey on life of child-adolescent*. Retrieved February 1, 2016, from <http://stat.mohw.go.kr/front/statData/publicationView.jsp?menuId=40&topSelect=B00002&bbsSeq=6&nttSeq=21591&searchKey=&searchWord=&nPage=1>
- Kwon, M. S., Yang, S. O., & Eom, S. O. (2015). Job performance and self confidence

- by visiting nurses who are engaged in the consolidated health promotion program in Gangwon-province. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*, 29(2), 190-202. <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2015.29.2.190>
- Lee, S. Y. (2008). *Developing the framework of the national health plan 2020 of Korea*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Ministry of Health and Welfare. (2015-a). *A guidebook for the integrated community health promotion programs [visiting health care services]*. Seoul: Author.
- Ministry of Health and Welfare. (2015-b, May). *Plans of child policy('15-'19)*. Retrieved February 3, 2016, from [http://download.mohw.go.kr/front\\_new/modules/download.jspx?BOARD\\_ID=140&CONT\\_SEQ=324620&FILE\\_SEQ=173185](http://download.mohw.go.kr/front_new/modules/download.jspx?BOARD_ID=140&CONT_SEQ=324620&FILE_SEQ=173185)
- Nam, H. K. (2014). Survey on health care and household safety management for vulnerable children. *Journal of Muscle and Joint Health*, 21(3), 246-254.
- Office of Head Start. (2007). *Program services*. Retrieved October 30, 2013, from <http://www.acf.hhs.gov/programs/hsb>
- Seo, H. M., Jeon, M. Y., & Choi, N. Y. (2009). Health knowledge, health-guidance execution and health-education needs of parents of preschoolers. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*, 23(20), 207-218.
- Shin, H. S. (2002). *The sheet of Korean PDQII developmental screening test*. Seoul: Hyunmonsang.
- Song, H. J. (2006). Accident and injury in childhood and policy implications in Korea. *Health-Welfare Policy Forum*, 116, 89-98.
- Weiss, H. (2004). Growing up in poverty as developmental risk. *Educational and Child Psychology*, 21(1), 8-19.

ABSTRACT

---

## A Research on the Health Care and the Demand for Visiting Health Care Services for Vulnerable Children in Comparison with Non-vulnerable Children in a Region

---

**Nam, Hye Kyung** (Professor, Collage of Nursing, Gachon University)

**Purpose:** This study aimed to provide baseline data on the health care of children and the demand for visiting health care services in one region in efforts to support the implementation of visiting health care services for vulnerable children. **Methods:** Seventy-three children and their caregivers from the vulnerable social group and 82 children and their caregivers from the general group were selected as research participants. The data were collected through home visiting survey by professional nurses. **Results:** Children from the vulnerable social group were at higher risk of poor health care than the general group. Regarding home safety, vulnerable children were more likely to be exposed to unsafe conditions. With respect to nutrition, developmental play, developmental screening test, and home safety, visiting health care services were in demand for caretakers. **Conclusion:** These results indicate that to promote health care and safety conditions for vulnerable children, it is necessary to implement visiting health care programs that include the management of vaccination, medical check-up, growth and development, home safety, and nutrition. These findings can be used as the baseline data for the development of visiting health care programs for vulnerable children.

**Key words :** Visiting health care services, Child, Vulnerable population, Health