

마을보건 요원의 활동력 평가

연세대학교 의과대학 예방의학교실

이 태 용

=Abstract=

Evaluation of Village Health Worker's Activities

Tae Yong Lee, M.D.

Department of Preventive Medicine & Public Health, College of Medicine, Yonsei University

In order to develop some indices for the evaluation of village health worker's activities and to find out personal characteristics and other factors that affect the activities, an interview survey was conducted to thirty seven village health workers (VHW) in Sunwon, Naega and Bulun townships in Kangwha county, where the Community Health Project of Yonsei University, College of Medicine, has been implemented for the past ten years. In addition, daily activity records of the VHW's were also analyzed.

The results are summarized below:

First, meeting attendance rates, number of regular family visits, number of antenatal care visits and number of family planning visits were identified as the most meaningful criterion for the evaluation of the village health worker's activities.

Second, personal factors that significantly affect the village health worker's activities were identified as age, educational background, living with in-laws, religion, presence of preschool child in the family, holding leader's position of village woman's association concurrently, and duration serving as a VHW.

The more aged and the more educated VHWs were the more effective. Those VHWs who were living with in-laws, without preschool child in the family, holding the leader's position of the village woman's association, and the longer service duration were the more effective.

Other factors that affect the VHW's activities were the number of households in the target village and the number of natural villages in the target villages. It showed that the smaller the size of number of households and natural villages, the higher the degrees of the effectiveness of the VHW.

I. 서 론

1946년 61개국의 대표들이 서명한 세계보건기구의 건강에 대한 헌장에는 “얻을 수 있는 최상의 건강을 함유하는 것은 인종, 종교, 정치적 신념, 경제적 혹은 사회적 신조의 구별없이 모든 인간의 기본적인 권리의 하나이다”라고 서술되어 있다.¹⁾ 즉 보건의료 서비스는 혜택이 아니고 누구나 평등하게 권리로써 누려야

하는 것이라는 개념이 보편화된 것이다.

그러나 이러한 선언에도 불구하고 필요한 재정 및 료자원의 절대부족과 아울러 전통적 의학의 접근방법에 전혀 변화가 이루어지지 않았고 모든 국민에게 보건의료를 보장한다는 개념은 이루어지지 못하고 있다.²⁾

이러한 문제를 해결하기 위해 1960년대에 지역사회 의학이라는 새로운 접근방법이 선구적 의료인들에 의해 개발되고 시도되었다. 이러한 새로운 개념과 접근방법은 의료체계의 변화의 필요성을 인식하고 있었던 많은

의료인들에 의하여 급속하게 전파되었으며 많은 나라에서 시범사업등을 통하여 현지에서 실험해 봄으로써 그 개념과 접근방법을 더욱 발전시키게 되었다.³⁾ 우리나라에도 이러한 개념이 도입되어 1969년 선교의사인 Dr. John R. Sibley가 경남 거제군 하청면에서 지역사회학 시범사업을 실시한 것을 필두로 하여⁴⁾, 연세대학교 의과대학의 서울특별시 연희동 및 경기도 강화군의 시범사업⁵⁾, 서울대학교 보건대학원의 강원도 춘성군 보건사업⁶⁾, 전주예수병원의 완주군 보건사업등 많은 시범사업들이 전개되면서 지역사회학에 대한 개념과 접근방법들이 정립되어 왔다.⁷⁾

한편 우리나라 정부도 미국계개발처(USAID)의 차관으로 1977년에 한국보건개발연구원을 설립하여 강원도 홍천, 전라북도 옥구, 경상북도 군위의 3개군을 선정하여 농촌지역의 종합보건의료 시범사업을 전개하여 왔다.⁸⁾

이러한 시범사업들은 각기 운영주체에 따라 그 성격 및 사업규모에 있어 다소간의 차이가 있었으나 그 접근방법에 있어 몇가지 공통점이 있었다. 첫째로 대상지역 및 대상인구를 설정하여 환자개인 치료가 아닌 대상인구 전체의 건강관리를 목표로 하였고, 둘째 보건 의료 서비스 수준에 따라 일차의료에서 삼차의료까지 구분하여 의료전달체계를 수립 운영해 왔고, 셋째 의사나 간호원의에 새로운 보건의료인력을 개발 활용해 왔으며, 넷째 재원조달의 방법들이 강구되어왔다는 것 등이다. 이러한 특성중에서도 가장 새로운 것은 고급 의료인력 대신에 지역사회보건간호사와 같은 중급인력의 개발과 지역주민 중 자발적으로 보건사업에 봉사하는 요원들을 선발 교육하여 지역사회학의 보건문제를 스스로 발견하고 해결하도록 하는 마을보건요원(village health worker)의 개념의 도입이라 할 수 있다.

1979년에는 한국인구보건개발연구원 주관으로 일차보건의료에 대한 워크샵을 갖고 마을보건요원의 개발 및 활용의 필요성을 확인하였으며 같은 해 정부의 각급부처 관계공무원 및 보건관계 전문가들이 모여 마을보건요원 개발의 구체전략으로 새마을사업과 보건사업을 통합운영하고 새마을부녀회의 기능에 보건사업을 포함시킨다는 결론을 내고 대정부 건의안을 채택하였었다.

그러나 상당히 많은 시범사업들이 일정한 기간이 경과된 후 종료되어 버렸고 정부에서도 국가보건계획의 틀 속에서 의료보험의 확대, 의사인력의 공급확대등에 치중하게 되면서 일차보건의료나 마을보건요원의 개발에 대해서는 큰 관심을 기울이지 않았었다. 그러다가 다시 일차보건의료에 대한 세계보건기구의 알마아타선언에 우리나라 정부가 서명함으로써 농어촌의료권점시

책등 일차보건의료에 대한 관심을 갖게되는 계기가 마련되어 마을건강요원을 전국적으로 개발 활용한다는 것이 5차 경제사회발전 5개년계획안에 포함되어 그 구체적방안이 모색되고 있다.⁹⁾ 따라서 현재 마을건강요원을 어떻게 선발하여 훈련시키고 개발하여야 할 것인가 하는 것이 관심의 초점이 되고 있다. 즉 마을건강요원들을 개발 활용하는 것이 일차보건의료에 필수적이라는 것은 일치된 견해이나 어떤 특성을 갖는 사람들이 적합한지는 또 어떠한 훈련과 어떠한 기점으로 마을건강요원들의 활동을 활성화시킬 수 있는지에 대해서는 뚜렷한 방안이 제시되지 못하고 있다.

본 연구는 우리나라에서는 거의 유일하게 과거 10년간 마을건강사업을 체계적으로 전개해 온 경기도 강화군의 가정건강요원들을 대상으로 하여 그들의 활동력을 평가하고 활동력에 영향을 주는 개인적 특성 및 환경적 요인을 발견하기 위하여 시도하였다.

본 연구의 구체적인 목적은

- 첫째, 가정건강요원의 활동력평가지표를 개발하고,
- 둘째, 가정건강요원들의 활동에 영향을 미치는 개인적 특성 및 환경요인을 찾아내고자 하였다.

따라서 본 연구의 결과는 마을보건요원을 전국적으로 개발하는 전략을 모색할 때 필요한 자료로 사용될 수 있으리라고 생각된다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구의 목적을 달성하기 위하여 다음과 같이 연구설계를 하였다.

분석적인 방법으로 가정건강요원들의 활동력을 표현해 줄 수 있는 평가지표들을 활동기록부를 통하여 만들고 이러한 평가지표들과 가정건강요원들의 특성 및 환경적요인이 어떻게 연관이 되는지를 규명하고자 하였다. 여기서의 가설은 가정건강요원들의 활동(performance)의 성과는 주로 요원들의 개인특성에 의해 영향을 받는 반면 활동의 적정성(adequacy of performance)은 담당가구수나 담당지역의 자연부락수와 같은 환경적요인에 영향을 받을 것이라고 설정하고 이를 검정하였다.

2. 조사대상

경기도 강화군 선원면, 불은면, 내가면의 37개리에서 조사년도인 1984년 4월 현재 가정건강요원으로 활동하고 있는 전원을 대상으로 하였다.

3. 조사방법

미리 작성된 조사표를 갖고 각 리(里)의 가정건강요원들에 대한 일반적인 특성을 본인들이 직접 기입토록 하고 활동력을 평가하는 종속변수의 성격을 갖는 조사내용들은 1981년 1월 1일부터 1983년 12월 31일까지 가정건강요원의 매일의 활동을 적어놓은 일일활동기록부에 의하였다. 그리고 자연부락수 및 담당가구수는 1981년부터 1983년까지의 강화군 통계연보를 이용하였다.

4. 변수의 선정 및 정의

본 연구에서 종속변수로 선정된 것은 가정건강요원의 활동력과 활동의 적정성이다. 활동력은 가정건강요원들의 활동의 성과로서 Suchman이 분류한 평가의 종류의 effort 또는 performance에 해당되며 활동의 적정성은 가정건강요원이 활동하도록 정해진 목표를 얼마나 충족시켰는지를 평가한 것으로 adequacy of performance에 해당된다.¹⁰⁾

활동력의 평가지표로는 모임참석율, 정기적 가정방문횟수, 가족계획 목적의 방문횟수, 임산부관리목적의 방문횟수와 본사업의 보건간호원 및 보건요원들의 태도평가가 선정되었다.

1) 모임참석율

가정건강요원들은 매주 1회씩 면보건지소에 모여서 1주 동안의 활동내용을 보건간호원이나 보건요원에 보고하고 주요사업에 대한 토의 및 의견교환을 하고 있다. 이와같은 정기모임에 열심히 참석하는 것은 보건사업에 대한 가정건강요원들의 관심과 성의를 나타내는 것으로 생각할 수 있어 평가지표의 하나로 선택하였다. 참석율은 기간중 모여야 할 총 횟수를 분모로 하고 각 요원의 실제 참석횟수를 분자로 하여 백분율을 구하였으며 농번기인 모내기철(5월말~6월중순)과 추수철(9월말~10월중순)의 모임은 분자, 분모에서 모두 제외하였다.

2) 가정방문횟수

가정건강요원들의 주된 활동은 담당가구를 가정방문하여 생정통계에 대한 자료를 수집하고 주민들의 보건의료 필요를 적절한 서어비스를 받을 수 있도록 유도해 주고 보건교육을 실시하는 것이다.⁵⁾ 따라서 활동력 평가지표로 가장 중요한 것이 가정방문횟수가 될 것으로 생각되어 종속변수로 선정하였으며 가정방문에는 담당하고 있는 모든 가구들을 2개월에 한번씩 방문하여 인구동태의 파악과 가정건강기록부의 기록등을 하는 정기방문과 가족계획 권장 및 피임약 및 기구공급과 임

산부등록과 교육등 산전관리 목적의 수시방문으로 구분할 수가 있어 각각의 가정방문횟수를 종속변수로 선정하였다.

3) 태도평가

가정건강요원들의 활동을 평가하는 방법중 활동기록 등 객관적으로 표현할 수 없는 부분이 있어 가정건강요원과 접촉이 많은 보건간호원이 활동상황을 관찰하여 동기부여 정도, 태도(적극성 등) 및 기록관리정도에 따라 rating scale에 의한 평가 결과를 하나의 지표로 선정하였다. 평가는 위 기준에 따라 우수, 보통, 부족으로 분류하였다.

4) 활동의 적정성 평가지표

앞서 선정된 활동력 평가지표들은 활동의 성과만을 나타내 주기 때문에 가정건강요원들이 해야 할 목표에 비해 얼마나 활동했는지를 알기 위하여 활동의 적정성을 평가하는 3개의 지표를 선정하였다.

첫째, 정기가정방문율은 2개월에 한번씩 모든 담당가구를 방문해야 하므로 이를 목표로 실제 방문횟수를 백분율로 표시하였으며,

둘째, 가족계획방문율은 1개월에 몇회 담당마을의 유배우 가입여성을 방문하여 가족계획 활동을 하였는지를 담당마을 가구수에 대한 율로 구하였고

셋째, 산전관리방문율은 면 보건소에서 행하는 산전관리횟수를 제외하고 순수하게 가정건강요원이 산전관리를 위해 1년동안 가정을 방문한 횟수를 산전관리대상에 대한 율로 구하였다.

가정건강요원의 특성을 보기위한 독립변수로는 가정건강요원의 활동력에 영향을 준다고 알려진 변수¹¹⁾ 이외에 활동력에 영향을 미칠 것으로 예상되는 중요한 변수들을 선정하였다.

독립변수들을 보면 담당면, 연령, 학력, 시부모 동거여부, 종교, 미취학아동 유무, 부녀회장 결임여부, 가정건강요원 활동기간 등이며 활동력 적정성 평가지수에 영향을 미칠 것으로 생각되는 환경적 요인으로는 담당마을의 가구수와 자연부락의 수를 변수로 사용하였다.

5. 분석방법

종속변수중 활동력을 평가하는 지표들간에 단순상관계수를 구하고 태도 평가지표와의 교차제표를 하여 선정된 평가지표의 타당성 여부를 검정하였으며 가정건강요원들의 특성에 따라 평가결과가 어떻게 달라지는가를 알기 위해서는 t-test 또는 분산분석을 하였다.

한편 가정건강요원 활동의 적정성을 평가하기 위하여는 평가지표와 환경요인(자연부락수, 담당가구수)간

의 관계를 t-test 또는 분산분석을 통해 분석하였다.

III. 결 과

1. 활동력평가지표간의 관계

가. 활동력평가지표간의 상관관계
가정건강요원의 활동력을 나타내는 평가지표간에 상관관계를 본 결과 대부분의 평가지표간에 상관관계가 거의 없었다(표 1).

나. 태도평가와 기타 활동력평가지표

활동력평가지표중 보건간호원이 가정건강원들의 활동을 평가하는 태도평가와 기타 가정건강요원들의 활동에서 직접 얻어지는 평가지표들과의 관계를 분석하였다. 표 2에서 보는 바와 같이 통계학적으로 유의한 차이는 없었다.

2. 가정건강요원의 특성별 활동력평가지표

가. 담당면별 활동력평가지표

가정건강요원을 면별로 구분하여 분석한 결과 모임

참석율과 정기가정방문횟수가 3개면 사이에 통계학적으로 유의한 차이($p < 0.05$)가 있었다. 즉 모임참석율은 불은면 가정건강요원이, 정기가정방문횟수는 내가면 가정건강요원이 다른 면에 비해 유의하게 높았다(표 3).

나. 연령별 활동력평가지표

연령군별 활동력평가지표를 분석한 결과 모임참석율, 산전관리방문횟수 및 가족계획방문횟수는 50세 이상의 가정건강요원에게서 제일 높았으며 정기가정방문횟수만은 40~49세 사이의 가정건강요원에게서 제일 높았으나 통계학적으로 유의한 차이는 없었다(표 4).

다. 학력별 활동력평가지표

국졸과 중졸이상으로 구분하여 활동력평가지표를 분석한 결과 중졸이상의 가정건강요원은 모임참석율에서 국졸에 비해 약간 낮았으나 기타 세가지 평가지표에서는 모두 국졸 가정건강요원보다 높게 나타났으나 통계학적으로 유의한 차이는 없었다(표 5).

라. 시부모 동거여부별 활동력평가지표

시부모 동거여부에 따른 정기가정방문횟수는 통계학

표 1. 가정건강요원의 활동력 평가지표간의 상관계수 (단위: 상관계수(r))

	모임참석율	정기가정방문횟수	산전관리방문횟수	가족계획방문횟수
모임참석율	1.000	—	—	—
정기가정방문횟수	0.054	1.000	—	—
산전관리방문횟수	0.090	0.138	1.000	—
가족계획방문횟수	0.158	0.224	0.095	1.000

표 2. 태도평가와 활동력 평가지표

태도평가 결과	가정건강 요원 수(명)	모임참석율 (%)	정기가정방문 횟수(회)	산전관리방문 횟수(회)	가족계획방문 횟수(회)
우 수	9	85.7	130.0	29.0	155.0
보 통	17	74.1	55.2	18.4	133.2
부 족	11	64.3	95.5	15.6	110.1
		F=2.42 p>0.05	F=3.03 p>0.05	F=2.78 p>0.05	F=2.94 p>0.05

표 3. 담당면별 가정건강요원의 활동력 평가지표

담 당 면	가정건강 요원 수(명)	모임참석율 (%)	정기가정방문 횟수(회)	산전관리방문 횟수(회)	가족계획방문 횟수(회)
내 가 면	13	72.3	107.8	25.8	117.7
선 원 면	12	67.0	106.8	20.9	155.8
불 은 면	12	82.8	43.1	15.3	122.8
		F=8.07 p<0.05	F=4.13 p<0.05	F=2.70 p>0.05	F=2.03 p>0.05

표 4. 연령별 가정건강요원의 활동력 평가지표

연령구분	가정건강요원수(명)	모임참석율(%)	정기가정방문횟수(회)	산전관리방문횟수(회)	가족계획방문횟수(회)
39세이하	13	69.6	83.1	19.7	117.9
40~49세	15	73.7	108.8	20.3	126.7
50세이상	9	77.9	54.1	22.9	160.4
		F=2.05 p>0.05	F=1.11 p>0.05	F=0.81 p>0.05	F=1.54 p>0.05

표 5. 학력별 가정건강요원의 활동력 평가지표

학력	가정건강요원수(명)	모임참석율(%)	정기가정방문횟수(회)	산전관리방문횟수(회)	가족계획방문횟수(회)
국졸	30	73.7	81.6	14.1	130.6
중졸이상	7	71.3	127.6	27.0	137.0
		t=0.12 df=35 p>0.05	t=1.03 df=35 p>0.05	t=1.18 df=35 p>0.05	t=0.63 df=35 p>0.05

표 6. 시부모 동거여부별 가정건강요원의 활동력평가지표

시부모동거여부	가정건강요원수(명)	모임참석율(%)	정기가정방문횟수(회)	산전관리방문횟수(회)	가족계획방문횟수(회)
동거안함	26	74.1	74.6	22.4	124.6
동거함	11	71.1	114.7	23.2	148.9
		t=0.56 df=35 p>0.05	t=2.07 df=35 p<0.05	t=0.96 df=35 p>0.05	t=1.61 df=35 p>0.05

표 7. 종교별 가정건강요원의 활동력평가지표

종교	가정건강요원수(명)	모임참석율(%)	정기가정방문횟수(회)	산전관리방문횟수(회)	가족계획방문횟수(회)
종교있음	24	73.5	100.9	93.3	141.7
기독교	14	68.3	114.4	18.8	140.7
기타종교	10	80.7	86.4	29.6	143.1
종교없음	13	73.3	56.8	15.1	115.8
		t=1.37 df=35 p>0.05	t=1.48 df=35 p>0.05	t=1.14 df=35 p>0.05	t=1.45 df=35 p>0.05

적으로 유의한 차이(p<0.05)를 보이며 시부모와 동거하는 경우 유의하게 정기가정방문횟수가 높았다. 그러나 모임참석율에 있어서는 시부모와 동거하는 경우가 동거하지 않는 경우보다 약간 낮았다(표 6).

나. 종교별 활동력평가지표

가정건강요원 중 종교를 갖고 있는 사람은 종교를 갖고 있지 않은 사람보다 모든 활동력평가지표에서 높게 나타났으나 통계학적으로 유의한 차이는 없었다

(표 7).

바. 미취학아동 유무별 가정건강요원의 활동력 평가지표

미취학아동이 없는 가정건강요원은 산전관리방문을 제외한 다른 활동력평가지표에서 미취학아동이 있는 가정건강요원보다 모두 높았으나 통계학적으로 유의한 차이는 보이지 않았다(표 8).

사. 부녀회장 겸임여부별 활동력평가지표

표 8. 미취학아동 유무별 가정건강요원의 활동력평가지표

미 취 학 동	가 정 건 강 요 원 수(명)	모 입 참 석 율 (%)	정 기 가 정 방 문 횟 수 (회)	산 전 관 리 방 문 횟 수 (회)	가 족 계 획 방 문 횟 수 (회)
유	8	70.1	57.1	24.4	112.0
무	29	74.1	94.6	19.8	137.3
		t=0.72 df=35 p>0.05	t=1.61 df=35 p>0.05	t=0.65 df=35 p>0.05	t=0.22 df=35 p>0.05

표 9. 부녀회회장 겸임여부별 가정건강요원의 활동력평가지표

부 녀 회 장	가 정 건 강 요 원 수(명)	모 입 참 석 율 (%)	정 기 가 정 방 문 횟 수 (회)	산 전 관 리 방 문 횟 수 (회)	가 족 계 획 방 문 횟 수 (회)
겸 임 합	16	77.8	55.8	14.8	121.1
겸 임 안 합	21	76.0	109.2	25.4	135.4
		t=1.47 df=35 p>0.05	t=1.05 df=35 p>0.05	t=2.27 df=35 p<0.05	t=0.49 df=35 p>0.05

표 10. 활동기간별 가정건강요원의 활동력평가지표

활 동 기 간	가 정 건 강 요 원 수(명)	모 입 참 석 율 (%)	정 기 가 정 방 문 횟 수 (회)	산 전 관 리 방 문 횟 수 (회)	가 족 계 획 방 문 횟 수 (회)
3년 이 하	4	78.5	54.8	15.8	79.8
4 ~ 6 년	16	76.4	56.2	16.4	95.6
7년 이 상	17	69.1	122.5	26.2	140.7
		F=2.18 p>0.05	F=10.32 p<0.05	F=3.04 p>0.05	F=2.68 p>0.05

표 11. 담당마을 가구수별 활동력 적정성 평가지수

가 구 수(가구)	가 정 건 강 요 원 수(명)	정 기 가 정 방 문 율*	가 족 계 획 방 문 율**	산 전 관 리 방 문 율***
79이하	12	21.9	14.7	1.7
80~99	15	13.9	11.0	1.6
100이상	10	13.2	9.9	1.4
		F=0.41 p>0.05	F=0.70 p>0.05	F=0.31 p>0.05

* : 2개월간 정기가정방문횟수/가구수×100

** : 월 가족계획 방문횟수/가구수×100

*** : 연 산전관리 방문횟수/연 산전관리 대상자수

부녀회장을 겸임하지 않은 가정건강요원은 부녀회장을 겸임하고 있는 가정건강요원보다 모임참석율은 낮았으나 기타활동력평가지표에서 모두 높게 나타났으며 산전관리 방문횟수에서는 통계학적으로 유의한 차이(p<0.05)가 있었다(표 9).

아. 활동기간별 가정건강요원의 활동력 평가지표
가정건강요원의 활동기간이 길수록 모임참석율은 낮아지는 반면 기타 다른 평가지표는 높아지는 것으로

나타났다(표 10). 특히 정기가정방문횟수는 활동기간별로 통계학적으로 유의한 차이(p<0.05)를 보였다.

3. 가정건강요원의 담당마을 현황별 활동력 적정성 평가지수

가정건강요원이 담당하고 있는 마을의 가구수와 자연부락수¹²⁾에 따라 정기가정방문, 가족계획방문과 산전관리방문에 대한 활동력 적정성 평가지수를 살펴보

표 12. 담당마을 자연부락수별 활동력 적정성 평가지수

자연부락수(개)	가정건강요원수(명)	정기가정방문율*	가족계획방문율**	산전관리방문율***
2	24	17.1	13.5	1.4
3 이상	13	14.9	12.8	1.9
		t=1.60 df=35 p>0.05	t=0.91 df=35 p>0.05	t=1.01 df=35 p>0.05

* : 2개월간 정기가정방문 횟수/가구수×100

** : 월 가족계획 방문횟수/가구수×100

*** : 연 산전관리 방문횟수/연 산전관리 대상자수

았다.

가. 담당마을 가구수별 활동력 적정성 평가지수
가정건강요원이 담당 마을의 가구수가 79가구 이하일 때 정기가정방문, 가족계획방문, 산전관리방문의 평가지수가 다같이 제일 높았으며 담당마을 가구수가 증가함에 따라 세 평가지수가 점차 작아지는 양상을 보였다(표 11). 그러나 통계학적 검정으로 유의한 차이가 없었다.

나. 담당마을 자연부락수별 활동력 적정성 평가지수
담당마을의 자연부락수가 2개인 경우 정기가정방문과 가족계획방문의 평가지수가 3개 이상인 마을보다 높았으나 산전관리방문에 대한 평가지수만은 오히려 활동지역이 넓은 3개 이상의 마을에서 더 높았다(표 12).

IV. 고 찰

보건사업에 있어서 보건요원의 평가항목에는 종합적인 평가를 위해서 업무의 양적 생산성이나 질 이외에도 업무에 대한 지식, 업무에 대한 숙련도, 이해도 및 솔선하는 정도등 여러가지 항목이 포함되어야 한다고 한다.⁸⁾ 그러나 평가항목중에는 쉽게 제량화 할 수 있는 항목이 많지 않으며 더욱 용이성(availability)과 타당성(validity)까지 높은 항목은 많지 않았다.

본 연구에서는 가정건강요원의 임무중 가장 중요한 것이며 평소에도 중점을 두는 평가항목이면서 용이성과 지표로서의 타당성이 높은 항목을 지표화하였으며 계량화 할 수 없는 부분과 종합적인 평가를 위하여 태도에 관해서는 rating scale에 의한 지표를 사용하였다.

본 연구에서 사용된 평가지표간의 관계에서 서로 상관관계가 거의 없게 나타난 것은 각 평가지표가 서로 다른 차원에서 가정건강요원의 활동력을 나타내주기 때문이 아닌가 한다. 태도평가를 제외한 평가지표의 지표로서의 타당성을 보기 위하여 태도평가 결과와 기타 평가지표와의 관계를 본 결과 대부분에서 서로 상

관관계가 뚜렷이 나타난 것은 태도평가와 결과가 일치하는 것으로 지표로서의 타당성이 높음을 나타내준다고 하겠다.

마을건강사업의 중요성을 인식하면서 좀더 효과적이며 효율을 높일수 있도록 새마을사업과의 연계실시방안이 논의 되고 있으며^{8,13)} 더우기 마을건강사업의 전국적 확대의 필요성이 대두되고 있어⁸⁾ 마을건강요원의 활동의 한계 및 효과적으로 임무를 수행할 수 있는 활동의 범위가 마을건강사업 실시에 중요한 요소라고 생각한다. 그러므로 본 연구에서 환경적 요인으로 가정건강요원이 담당 마을의 크기를 전체적인 양을 보는 가구수와 거리의 근접도(accessibility)로 보는 마을의 크기인 자연부락수를 독립변수로 사용하여 가정건강요원의 활동의 적정성을 분석하였다. 분석결과 예상했던 바와 같이 가구수와 자연부락수에서 동일하게 담당 마을의 크기가 작을수록 활동력 적정성 평가지수가 높게 나타났는데 이는 담당마을의 크기가 작을수록 가정건강요원의 활동이 높다는 것을 의미한다. 이는 가구수의외에도 자연부락수가 적을 경우도 마찬가지인데 자연부락수가 많다는 것은 그만큼 서로의 마을이 여러 곳에 산재하여 있어 활동에 어려움이 많을것으로 생각할 수 있다. 이러한 결과로 보아 가정건강요원의 활동력은 개인의 특성에 따라 차이가 있지만 활동력의 한계가 있어서 담당마을크기의 적정화가 필요하다는 것을 말하여 준다. 본 연구에서 어느정도 크기의 마을을 담당하는 것이 좋겠다는 것을 계량적으로 나타낼 수는 없었으나 앞으로 이에 대한 심층연구가 필요하리라 생각한다.

담당면별로 본 가정건강요원의 활동력 평가지표중 도입참석율이 높은 면에서 높은 것은 도입참석율이 보건사업 초기에는 높았던 것에 비추어 높은 면이 다른 두 개면 보다 늦게 보건사업이 실시되었기 때문이라고 생각한다.⁸⁾ 정기가정방문은 가정건강요원 자신의 할 일을 수행하는 방법 가운데 가장 중요한 방법으로 영유

아 및 임신부, 가족계획이 필요한 사람들의 보건수요를 파악하고 지식을 전파하며 개별적 상담을 하는 것이다.¹⁴⁾ 본 연구의 결과에서 불은면이 모임참석율이 높고 다른 활동력 평가지표도 타면과 비슷한데 유독 정기가정방문횟수가 낮은것은 연구자료로 사용된 일일활동기록부의 기입시 정확한 활동코드번호를 사용하지 못하였을 가능성도 있다.

가정건강요원의 연령은 과거 다른 시범지역과 비슷한 분포를 보이고 있으며¹⁴⁾ 40세 이상의 건강요원이 60% 이상을 차지하고 있다. 연령이 높을수록 오히려 활동력이 높은 경향을 보이는데 이는 40대 이후에는 어느 정도 가정생활의 안정을 얻게되어 보건사업의 활동에 제한을 덜 받으며 가정건강요원의 연령이 높을수록 활동기간이 길어 보건사업의 취지를 깊고 바르게 이해하여 헌신적이고 마을주민이 가정건강요원을 신뢰하고 사업에 대한 협조도가 높기때문으로 보인다.¹¹⁾

학력수준도 다른 세계 시범사업지역의 보고¹⁴⁾와 비슷하여 중졸 이상은 19%밖에 되지 않았다. 이것은 보건사업 당시 가정건강요원 선발대상인구의 교육수준이 높지 않았기 때문으로 추측되며 점차적으로 학력수준이 높아질 것으로 기대된다. 본 연구에서는 학력이 높을수록 활동력이 큰 것으로 나타났으며 가정건강요원의 활동 중 기록을 해야 하는 경우가 많고, 마을주민에게 서서비스를 제공하는 쪽에서도 어느 정도 역할을 하고 있으나 예방적 측면에서 변화의 촉매자로서 영향력있는 활동을 하고 있으므로¹⁴⁾ 학력이 높은 사람으로 가정건강요원을 선발할 필요가 있다.

시부모 동거여부에 의한 가정건강요원의 활동력을 보면 시부모와 동거하는 경우 대부분의 활동력이 높은 것을 볼수 있는데 이것은 가정건강요원이 마을에 활동을 나갈때 시부모가 가사(家事)를 대신 돌볼수 있기 때문인 것으로 추측된다.

종교를 갖고 있는 가정건강요원이 갖고 있지 않은 사람보다 활동력이 높았는데 이것은 주민이 가정건강요원을 이용하는데 가장 큰 영향을 주는 변수들 중에 친분정도가 있듯이¹¹⁾ 교회 또는 절과 같은 곳에서 주민들을 접촉하는 경우가 많기 때문인 것으로 생각된다.

미취학아동이 없는 가정건강요원의 활동력이 대부분 높은 것은 미취학아동이 있는 경우 일일이 보살피 주어야 하므로 하루생활의 대부분을 아동과 같이 보내게 되어 보건활동에 지장을 주기 때문인 것으로 보인다.

부녀회장을 겸임하지 않고 있는 가정건강요원의 활동력이 더 높았는데 현재 부녀회장을 하지 않는 사람도 과거에는 대부분 부녀회장과 가정건강요원을 겸직하고 있었으며 가정건강요원에 대한 지식이 주민의 부녀회

참석정도에 따라 다르다¹¹⁾는 결과와 가정건강요원이 부녀회장등 마을단위의 기존지도자가 대부분이어서 주어진 역할을 수행할 기회가 적다⁸⁾는 보고로 미루어 볼 때 새마을 사업과 연계하여 마을건강사업을 실시할 시 부녀회장을 마을건강요원으로 겸임시킬지의 여부에 대하여서는 좀더 신중하게 판단하여야 할 것 같다.

가정건강요원의 활동기간이 길수록 대부분의 활동력이 높았는데 가정건강요원의 거주기간이 길고 활동기간이 길수록 주민의 가정건강요원에 대한 관심이 커진다¹¹⁾는 사실과 일치하는 점이 있다.

이와 같은 가정건강요원의 특성과 활동력평가지표 및 적정성 평가지수간에 통계학적 분석을 하기 위하여 t-test와 분산 분석을 하였으나 평가지표와 적정성 평가지수들 중에서 분산이 너무 넓어서 통계학적으로 유의한 차이가 있는 결과가 나오지 않는 것이 많았다고 생각한다.

V. 결 론

본 연구는 보건사업에 있어서 가정건강요원의 활동력을 평가할 수 있는 지표를 개발하고, 가정건강요원의 활동에 영향을 미치는 개인적 특성 및 환경요인을 찾아내고자 하였다.

조사는 경기도 강화군내 연세대학교 보건사업지역에서 가정건강요원으로 활동하고 있는 37명을 대상으로 하여 가정건강요원에 대한 설문지 조사와 일일활동기록부 분석을 한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

첫째, 가정건강요원의 활동력 평가지표로 모임참석율, 정기가정방문횟수, 산전관리방문횟수, 가족계획방문횟수를 사용할 수 있었다.

둘째, 가정건강요원들의 활동에 영향을 미치는 개인적 특성으로는 연령, 학력, 시부모 동거여부, 종교, 미취학아동 유무, 부녀회장 겸임여부 및 활동기간이 있었으며 연령이 높을수록, 학력이 높을수록 활동력이 높았다. 또한 시부모와 동거하는 경우, 종교를 믿는 경우, 미취학아동이 없는 경우, 부녀회장을 겸임 안하는 경우 활동력이 높았고 활동기간이 길수록 활동력이 높았다.

환경적요인으로는 담당마을의 가구수와 자연부락수가 영향을 미쳤는데 두 요인 모두 적을수록 가정건강요원의 활동력이 컸다.

참 고 문 헌

1. W.H.O.: *The First Ten Years of W.H.O.*, W.H.

- O., 1958.
2. 양재모, 유승흠 : 국민의료총론, 수문사, 1984.
 3. 연세대학교 의과대학 : 지역사회의학, 1971.
 4. Sibley JR.: *Koje Do Community Health, Koje Health Reports*, 1972.
 5. 연세대학교 의과대학 : 강화지역사회보건사업, 1979.
 6. 서울대학교 보건대학원 : 춘성군 지역사회 보건사업, 1978.
 7. Yang JM, Kim IS, Yu SH, Kim HJ, *Review of the Primary Health Care Programme in KOREA with Policy Recommendations, Institute of Population & Health Services Research, Yonsei University College of Medicine*, 1983.
 8. 한국보건개발연구원 : 1차보건의료요원의 훈련 및 업무수행 평가연수회 결과보고, 1979.
 9. 대한민국정부 : 제 5차 경제사회발전 5개년계획 수정계획 1984~1986, 1983.
 10. Suchman E.A.: *Evaluative Research, Russell Sage Foundation, New York*, 1967.
 11. 박종구 : 한 농촌주민의 가정건강요원 이용에 영향을 주는 요인에 관한 연구, 연세대학교 대학원, 1977.
 12. 강화군 : 강화군 통계연보, 1981~1983.
 13. 한국보건개발연구원 : 1차 보건의료에 관한 세미나 결과보고, 1977.
 14. 한국보건개발연구원 : 보건시범사업종합 평가보고, 1980.