

농촌지역사회 보건요원의 교육을 통한 주민의 보건복지 향상에 관한 사회의학적 연구

고려대학교 의과대학 예방의학교실 및 환경의학 연구소

엄용태 · 이명숙 · 조병희

Socio-Medical Approach to the Welfare of Rural Residents Through the
Education of Community Health Personnel

Yong-Tae Yum, Myung-Sook Lee, Byung-Hee Cho

Institute for Environmental Health and Department of Preventive Medicine
Medical College, Korea University, Seoul, Korea

=ABSTRACT=

In this country, the gap between the urban 'haves' and the rural 'have-nots' continues to be an increasing problem. WHO and UNICEF see primary health care(PHC) as the key to achieving an acceptable level of health throughout the world as a community development.

PHC is essential health care made accessible to individuals and families in the community by means acceptable to them. It is the first level of contact of individual, the family, and community with the national health system. It includes at least education on health system. It includes at least education on health problems, promotion of food supply, MCH including family planning, immunization against infectious diseases, control of endemic diseases, treatment of common diseases and injuries, promotion of mental health, and provision of essential drugs.

However, of the aboves, education concerning prevailing health problems and the methods to identify, prevent, and control them is the principal step of establishment. In Korea, the category of PHC worker includes the physician as public doctor, and nurse as primary health care practitioner, and community health leader as village health worker. PHC workers of the aboves will thus function best if they are appropriately trained to respond to the health needs of the community.

However, in this country, since the national PHC service project launched in 1980, the government has not developed and performed appropriate and enough education and training activities.

In light of above resons, several categories of health education activties had been planned and performed being aimed at above specific target groups and the main focus was on the

village health workers for about one year from July 1991 to July 1992 in Yeouju Kun of Kyonki Province.

At the end of the period, evaluation of education input was carried out to measure the improvement of healthful life of people in terms of awareness, attitude, and practice.

The totals of 80 village health workers, 13 public health practitioners and 9 public doctors took in the course of health education for a few hours at every month and the evaluation works of educational effect were taken.

The results of the study were as follows.

1) Number of persons who realized the maxim "health care of the people is a duty of the government" increased after the education course. On the other hand, the rate of satisfaction on the effort of government for health promotion of the people decreased.

2) Public doctors and primary health care practitioners(nurses) liked and enjoyed the education schedule as a meeting of peer group. It provided chances of communication with staffs of Korea University Hospital. It was said that lectures covered great deal of knowledge and technic they urgently needed in the field.

3) After finishing the education course, more of village health workers(VHW) thought they adapted themselves to their roles and functions showing increased number of home visit and contact with primary health care practitioners by month.

4) In case of patient refer, VHW prefered primary health care practitioners to public doctors.

5) Capability of VHWs in most of their functions increased dramatically after when the education course finished except tuberculosis control

I. 서 론

1차 보건의료의 이해는 "모든 인간은 누구나 사회 경제적으로 생산적 삶을 영위할 수 있는 건강을 누릴 권리가 가지고 있다"는 전제에서 출발한다. 세계보건기구는 주요 질병 특히 전염병의 근절과 관리에 노력하는 것과 병행에서 기본 보건서비스(basic health services)의 확대와 강화에 힘써 왔으나 1960년대 후반부터 각 회원국, 특히 개발도상국들로부터 기본보건 사업이 정부와 외부 원조만으로는 성취하기 어렵다는 것에 합의하게 되었다. 그리고 이를 극복하기 위한 새로운 접근 방법으로 1977년 1차보건의료(primary health care)를 권장하게 되었다.

1차보건의료에서는 지역사회의 적극적인 참여의 중요성을 강조하고 있다. 옛날에는 병에 걸리는 것을 운수 소관이라고 생각하였고 치료를 받는다 듣지 하는 일을 자기자신이나 가족의 책임이라고 생각하였다. 그러다가 현대에 들어서면서 특히 세계

제2차 대전후의 1945년 이후 건강에 대한 국가의 책임이 강조되기 시작하였다. 나라에 따라서는 지나치게 국가의 책임이 많아져서 오히려 과중한 부담이 되기도 하였다. 국한된 자원 즉 예산, 물자, 인력으로는 도저히 전국민의 모든 욕구를 만족하게 할 수 없음을 알게 되었다. 그러나 1차보건의료사업수행에 있어서 지역사회의 참여도가 높을수록 사업이 훌륭하게 전개되고 있는 것을 여러 곳에서 볼 수 있었다.

1차보건의료는 지역주민 스스로 그들의 보건의료문제를 해결할 수 있게 하기 위한 것으로 이러한 접근법은 지역사회에 실제로 적용시킬 수 있다. 즉, 지역에서 일어나는 대부분의 보건의료문제는 극히 초보적인 보건지식으로 해결할 수 있다는 점과 상당히 많은 질병은 간단한 보건의료 서비스로 사전 예방이 가능하다는 점에서 지역주민의 보건의료 향상을 위해서는 건강에 대한 지식, 태도 및 실천에 있어 지역주민이 호의적으로 받아들이도록 유도하며 선도할 수 있는 지역지도자들을 활용하는 것이

효과적이라고 강조되고 있다.

우리나라의 경우 1980년대 이후 의료시설과 인력의 증가 및 의료보험제도의 실시로 국민의 의료복지는 전반적으로 향상되고 있으나 농촌주민의 경우 제공되는 보건의료 서비스의 양과 질에서 도시주민에게 매우 뒤떨어지고 있음도 사실이다. 농촌지역에서의 보건복지의 열악성은 여러 측면에서 나타난다. 병원 등 의료시설은 일반적으로 거리도 멀고 또한 전문의 등 고급보건인력이 드물다. 정부는 풍충보건의나 간호사 출신의 보건선교원을 농촌지역에 파견하여 의료서비스 공급상의 부족을 해결하려고 하고 있으나 이들 서비스의 질적 수준이 낮고 또는 농촌보건에 대한 이들의 열의도 낮은 편이다. 이에대한 해결책으로 제시되고 있는 방안은 역시 '일자보건의료'로서 과거에 의료인 중심으로 보건의료문제를 해결하려는 방식을 떠나 주민의 참여를 중대시키고 이를 바탕으로 일차보건의료인력과 주민이 협력하여 지역보건문제를 자조적으로 해결하려는 적극적 지역개발방식이 제시되고 있다.

우리나라에서 일차보건의료사업은 1969년 선교의사였던 Dr.Sibley에 의하여 지역사회 기본보건 사업이라는 이름으로 처음 실시된 이후 일부 의과대학과 병원을 중심으로 최근까지 실험적으로 실시되고 있고 정부도 1977년부터 독자적인 시범 사업을 거쳐 현재 전국 2000여 농촌부락에 파견되어 있는 보건진료원 주둔지역으로 중심으로 실시하고 있다. 일차보건의료사업에서의 핵심인력중의 하나는 주민중에서 주민을 대표하여 보건사업에 자원봉사하는 '마을건강원'이라는 이름의 요원들이다. 이들의 주요 임무는 보건정보를 전달하고 주민들의 건강상태와 이상여부를 파악하여 적절한 조치를 받도록 권유하며 또한 상급 보건의료기관과 연결시키는 등의 교량역할을 하는 것이다. 이것은 보건문제가 단순한 개인적 사안이 아니라 주민이 공동으로 대처하고 해결책을 마련해야 할 공동의 관심사라는 관점에서 전문보건의료기관과 주민이 유기적으로 연결될 수 있는 통로로서 고안된 것이다.

그러나 현실에 있어서 정부는 이들에 대한 적절한 교육으로 필요한 보건지식을 함양하고 또한 분석사업에 동기화되도록 하는 적극적인 시책을 충분히 실시하지 못한채 유명무실한 상태에 있다. 그 주

요한 이유는 보건정책이 아직 정책의 우선순위에서 뒤쳐지고 있고 그에 따라 충분한 예산이 조달되지 못하기 때문이다.

농촌의 보건복지 향상을 위한 접근 전략으로 주민선택에 대한 보건교육이나 동기화를 생각할 수도 있으나 이러한 방식은 재원의 제한성과 주민참여의 저조 등으로 그 한계가 뚜렷하기 때문에 비효율적인 것으로 보인다. 이보다는 보건문제에 열의가 있고 자원봉사를 할 수 있는 주민을 선발하여 이들을 중심으로 소식체를 구성하고 소식체으로 활동하는 것이 보다 효율적이며 여러 시범 사업에서 확인되었다. 특히 보건사업은 타 복지분야에 비하여 비교적 전문적인 지식을 요구하고 있기 때문에 이러한 지식을 습득할 수 있고 열의가 있는 사람을 중심으로 사업을 전개할 필요성이 높은 것으로 생각된다.

마을건강원들은 농촌의 낙후된 경제적 조건하에서 마을건강원들 조차도 보건문제를 부차적인 일로 치부하기 쉽다. 따라서 계속적인 교육과 동기화를 통한 농촌 지역사회의 사조적인 해결기반의 조성이 매우 시급한 과제로 되고 있다. 보건부문은 주민복지의 핵심적인 사안의 하나이지만 지금까지 전문가에게 일방적으로 의존하고 있었던 것이 사실이고 전문가들이 사회문화적인 조건을 이유로 농촌을 기피하는 현실이 지속되고 있는 상황에서 주민의 능동적인 참여를 통한 자립적인 보건복지체계의 마련은 매우 중요한 과제로 생각되며 이들 연구가 시급하다고 판단된다. 한국인구보건연구원의 한규호 등이 1987년에 조사보고한 "마을건강원 활용방안에 관한 연구"에 의하면 마을건강원에 대한 계속적인 훈련과 지원이 강화되어야 한다고 지적하고 있으며, 또한 마을건강원들은 훈련기간 동안 보상을 받아야 하고 이들에 대한 지도 감독이 강화되어야 한다고 지적하고 있다.

이 연구를 통하여 대상지역 보건문제에 있어서 획기적인 개선효과가 있을 것으로 보지는 않는다. 그 이유는 건강자체가 생활환경과 조건의 전반적인 향상 없이는 이루어지기 어렵기 때문이다. 그러나 공해와 환경개선문제가 주민의 자발적인 공동의 노력 없이는 개선되기 힘들듯이 보건문제도 공동의 노력없이는 개선되기 힘들다고 생각된다. 의사만 파견하여서 농촌의 보건문제가 해결되는 것이 아

니고 이들이 농촌의 현실을 이해하고 그 바탕위에서 진료와 보건업무에 종사하도록 필요한 행정적인 지원과 정신적인 지원이 있어야 한다. 농촌지역에 파견되어 있는 공중보건의사와 보건진료원에 대한 보수교육은 바로 이들이 농촌에 벼려진 외로운 개인이 아니라 보건조직을 통하여 주민의 보건복지를 위해 일할 수 있는 위치에 있음을 알도록 동기화할 수 있는 것을 기대하며, 본 연구는 마을 건강원과 보건진료원에 대한 교육을 통하여 이들이 주민과의 일상적인 만남속에 올바른 지식을 갖게 되고 나아가 농촌보건문제 해결을 위하여 공동의 노력을 하게되는 계기를 마련하는데 기여하고자 하였다.

II. 교육내용 및 방법

본 연구사업은 마을건강원에 대한 교육을 중심으로 하고 이들과 업무상으로 밀접한 관계가 있는 공중보건의사와 보건진료원에 대한 정기적인 보수 교육을 실시하며 연구의 대상지역은 경기도 여주군 관내 전지역으로 하였다.

1. 마을건강원 교육

농촌지역에서는 남자뿐 아니라 여자들도 농사 및 가사노동으로 바쁜 일과를 갖고 있다. 마을건강원은 대개 자녀 양육의 부담이 적은 연령층의 부인들이 맡고 있는데 농촌의 여전상 이들이 정기적이며 저속적인 충분한 교육을 받도록 하는 것은 매우 어려운 일이다. 따라서 이들에 대한 교육은 이들이 어려운 생활여건중에서 보건사업에 열의를 갖고 임하도록 하는 동기화 교육과 마을건강원으로 활동하는데 필요한 기본 보건지식 교육으로 대별될 것이다. 동기화 교육은 이들이 자신이 속해있는 마을에서 환자 발견, 연락, 출생, 사망, 전입, 진출, 입선, 분만, 결혼 등 보건에 관한 정보수집을 위하여 가정방문을 수행하고, 간단한 응급처치 및 건강관리를 담당하며 보건요원과 보건진료원을 드는 일차보건의료 서비스의 기본이 되는 역할을 하도록 하는 것이다. 그러나, 현실적으로 이들이 마을에서 활동하는데는 질병 또는 건강문제로 고통을 당하는 주민 개개인에게 상담등을 통하여 실질적인 도움을 줄 수 있어야 하기 때문에 보건지식 수준의 향상도

필수적이다. 이들은 학교를 떠난지 오래 되었기 때문에 학습능력은 크게 제한되어 있다. 따라서 모성보건, 영유아보건, 결핵, 고혈압, 농약증독 등 어려운 보건의료문제를 이들이 쉽게 이해할 수 있는 내용으로 교재를 개발하는 일이 교육효과를 높이는 관건이 된다는 생각하여 이점을 중시하였다. 교육은 매월 1회 실시하며 1회교육은 3시간으로 구성되었다. 교육내용은 2시간의 지식교육, 그리고 1시간의 업무활동과 관련된 토론을 기본형으로 하고 강사는 대학교수 및 여타 보건전문가와 타지역 활동경험자등으로 구성되었다. 새로 개발된 교재와 슬라이드 등이 교육재료로 활용되었다.

1회 9면 248개리로 구성되어 있는 여주군에는 총 88명의 마을건강원이 있으며 1991년 9월부터 1992년 5월까지 매월 실시한 마을건강원 월별교육내용은 표 1과 같다.

2. 공중보건의 교육

공중보건의는 정부가 무의면 보건문제 해결방안으로 제정한 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법(1980. 12. 30)에 따라 과연한 일차보건의료 인력

표 1. 마을건강원 교육내용

1991년 9월 농촌보건의 문제점 및 해결방안	2시간(강의)
마을건강원 설문조사	1시간
10월 성인병관리와 영양 보건정보수립의 문제점	2시간(강의)
11월 모성및 영유아 보건 마을건강원의 역할	2시간(강의)
12월 고혈압 관리 가정방문시 문제점	1시간(토의) 1시간(강의)
1992년 1월 응급처치 마을건강원 조직의 운용	2시간(강의) 1시간(토의)
2월 가족계획과 모성보건 AIDS	2시간(강의) 1시간(VTR 및 토의)
3월 구강위생 환자발견 사례보고	2시간(강의) 1시간(토의)
4월 자궁암 및 유방암 조기 발견 응급처치 사례보고	2시간(강의) 1시간(토의)
5월 일차보건의료와 주민 참여 마을건강원 설문조사	2시간(강의) 1시간

으로 주로 단위면에 설립된 보건지소장에 임명되어 근무하게 된다. 이들은 전료뿐 아니라 지역사회보건 전반을 다루도록 되어 있으나 현실여건은 이들이 보건지소에서 항상 대기하도록 하고 있기에 보건 소를 방문하는 임상환자를 치료하는 일 외에 적극적인 보건 활동에는 참여하지 못하게 된다. 단지 군복무를 대신한다는 의무감으로 시간을 채우고 있다. 이런 상황에서 이들에게 월별 직무교육은 동료들끼리 모임의 기회가 되고 선배 의사로부터 경험을 터득하고 임상실기의 기회를 얻을 수 있는 계기가 될 수 있을 것이다.

본 프로그램은 1991년 7월부터 매월 1회 2시간씩 실시 하였으며 교육내용은 일차보건에 있어서 임상적인 질병관리 영역과 지역사회 보건을 위한 영역으로 구분하여 실시하였다. 교육 강사진은 임상의학은 질병관리를 위한 기본이론을 여주병원의 임상과장들이 교대로 담당하였고 지역사회보건 영역은 고려대학교 관련 스태프와 보사부, 경기도청, 여주군 보건소, 기타 보건관계에 전문가들이 담당하였다.

실시된 교육의 제목을 열거한것이 표 2이다.

표 2. 공중보건의 교육내용

1991년 7월 고위험 임산부관리와 분만관리	
보건소 사업소개	
8월 소아의 호흡기 및 위장관 질환	
점동면 마을건강원 활동평가	
9월 소화성 궤양	
Global strategy for HFA by 2000	
10월 소아과 영역에 있어서의 약물요법	
점동면 보건사업의 평가	
11월 복통	
사회문화적 요인이 건강에 미치는 영향	
12월 외과적 합병증	
일차보건의료	

1992년 1월 가정건강관리	
보건사업의 지역사회 접근방법	
2월 설사와 탈수	
모자보건 및 가족계획	
3월 소아발진	
마을건강원제도 활용의 방안	
4월 정형외과에서의 응급상황	
보건사업에서의 주민참여방안	
5월 평가토론회	

3. 보건진료원 교육

보건진료원도 공중보건의와 마찬가지 목적으로 정부가 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법에 따라 몇개 마을에 걸쳐 실시된 보건진료소에 근무하도록 한 농어촌 일차보건의료인력이다.

이들의 근무여건도 공중보건의와 비슷하겠지만 이들은 스스로가 보건진료원직을 선택한 점이 다르다. 즉 공중보건의 처럼 병역의무 등의 대신이 아니라 본인들이 자원 하였기에 공중보건의 보다는 사업에 더 적극적이다. 따라서 교육에 임하는 자세도 보다 열성적이다.

강의를 위한 강사진도 공중보건의 교육의 경우와 비슷 하였고 내용도 비슷하였으나 교육내용의 수준을 적절히 조정하여 좀더 쉽게 하였다. 임상기본교육과 지역사회 일차보건의료에 해당하는 내용을 각기 1시간씩 매월 2시간에 걸쳐 표 3과 같이 교육하였다.

4. 평가조사

평가조사는 두가지로 구성된다. 첫째는 마을건

표 3. 보건진료원 교육내용

1991년 7월 병원현황소개

증증환자의 응급처치
농어촌 일차보건의료의 추진방향

8월 산과학 개요
점동면 지역사회보건사업 개요

9월 중상별로본 소아과 질환
보건소 업무

10월 복통에 대하여
건강관리대상자 파악방법

11월 불명열에 대하여
마을건강원의 역할

12월 피로증에 대하여
보건교육의 방법

1992년 1월 상기도 감염증
보건진료소 운영협의회 운영

2월 응급처치
재활간호

3월 고위험 임신
마을건강원 교육

4월 불임증
보건진료원 직무수행 현황

5월 가정건강관리

평가토론회

강원 교육 시작일과 마지막 교육일에 설문조사한 내용과 공중보건 및 보건진료원의 평가토론회 결과이며, 두번째는 주민의 보건의식 및 행동의 변화를 평가하기 위한 주민설문조사 결과의 분석이다.

III. 교육영향 평가의 분석과 고찰

1. 주민의 건강의식에 미친 영향

본 교육연구 시작전 1991년 7월 여주군 점동면 및 대신면 주민 477명에 대한 설문과 교육연구를 끝내는 1992년 5월에 같은 지역 다른 주민 450명에 대한 설문 중 건강의 조건에 대한 인식을 뽑아 비교한 것이다.

건강을 위한 조건을 알아보기 위하여 개인적인 습관, 환경적요인과 불건강과 관계에 대한 인식을 물어 보았다. 표 4에서 보는 바와 같이 ‘음주와 흡연등이 병의 원인이 되겠는가?’라는 질문에 동의하는 율이 84.3%에서 95.9%로 증가한 반면 자식의 교육과 건강문제를 비교할 때 자식교육이 더 중요하다고 한 율이 16.3%에서 5.1%로 감소했다. 그리고 국민 건강보호가 국가의 책임이라고 인식하는 율이 증가한 반면 국가가 국민건강보호에 최선을 다 했다고 인식하거나 의료불균점의 불가피성을 인정하려는 율은 감소하고 있었다.

지역사회 보건사업을 수행하는 이론적 근거는 건강권을 국민의 기본권으로 규정하는 원칙을 수긍하는데 있다. 또한 복지국가가 이론에서도 건강문제나 보건의료 문제에 해결을 국가의 중요한 책무로 파악하고 있다. 한국의 경우 보건문제를 국가가 알아서 추진해 주어야 할 문제로 인식하고 있으며 그 인식율이 높아가고 있다. 물론 이 증가가 보건 요원이나 주민교육 때문이라고 할 수 만은 없지만

표 4. 주민의 건강과 질병에 관한 인식(찬성응답율 %)

보건의식과 태도	1991	1992
음주와 흡연이 병의 원인이 된다.	84.3	87.4
주거환경의 불량이 병의 원인이 된다.	72.3	88.1
자녀교육이 자신의 건강문제보다 더 중요하다.	16.3	11.9
국민건강보호는 국가의 책임이다.	75.4	80.5
국가는 국민건강보호에 최선을 다했다.	43.6	17.9
의료불균점은 어쩔수 없는 현실이다.	35.8	29.3

증가의 사실은 명확하다. 한편 국가가 보건문제 해결을 추진함에 계울리 할 때 국민의 심판을 받을 것이다. 즉 국가가 최선을 다하지 못했다는 비판이 증가 할 것이다.

2. 공중보건의 평가토론의 검토

그동안 실시한 여주군관내 공중보건의사 직무교육 프로그램에 대한 공중보건의사들의 의견을 듣기 위해 여주군관내 공중보건의사 직무교육 프로그램 평가토론회를 개최 했다

본 토의목적은 농촌현장에서 일차보건의료사업을 수행하고 있는 참석자들이 경험용 정리함으로써 앞으로 농촌지역 보건사업의 발전방안을 모색하고 병원과 일차보건의료 인력간의 협력체계 형성의 일환으로 실시한 여주군관내 공중보건의사교육 프로그램에 관한 의견을 듣고자 하는 것이었다. 참석자는 교육을 받았던 여주군 관내 공중보건의사(보건지소근무 7명, 보건소 근무 2명)와 교육 프로그램에 관여했던 여주병원 임상교수, 총무과장, 간호과장과 여주군 보건소장, 행정계장과 본 연구 사업팀이었다.

본 평가토론회에서 토의되었던 내용을 요약해보면 다음과 같다.

(1) 교육내용에 대해서는 대부분의 공중보건의가 배우는 바가 많고 여러가지로 도움이 많이 되었다고 응답하고 있는데, 직무교육을 받은 공중보건의사들이 도움이 되었다고 한 내용을 구체적으로 열거해보면 다음과 같다.

① 직무교육 내용보다도 모임자체에 의의가 더 있다.

② 병원 임상각과 과장들과 얼굴을 익히고, 따라서 환자를 의뢰시키더라도 마음놓고 의뢰시킬 수 있는 위치(계기)를 만들어 줬다는 점이 첫째이다.

③ 병원 임상각과 과장들의 임상교육이 실제 환자를 보는데에 많은 도움이 되었다고 생각된다. 다양한 임상과들의 임상증례를 접할 수 있어서 환자치료에 적용할 수 있었다.

④ 강의후 응답시간을 주어 자유롭게 이야기 할 수 있는 기회가 제공되어서 좋았다.

⑤ 강의내용이 기본적인 것이지만 공중보건의가 필요로 하는 내용을 해주었다고 생각한다.

(2) 직무교육 내용에 포함되었으면 더 좋겠다고

전의한 내용을 요약해보면 다음과 같다.

① 좀더 실제적인 지식을 배울수 있으면 더 좋겠다(예: 실제 처방전 등). 강의식을 탈피하고 환자위주의 실제 처리 내용 등, 좀더 실제적이며 실천적인 면이 더 많이 포함됐으면 좋겠다. 특히 기본적인 질병에 대한 관리에 대하여 실제적이며 실천적인 면이 포함됐으면 좋겠다.

② 미리 강의분야를 알고 보건지소장이 환자진료시 발생한 문제를 준비하여 제의하면 강의자가 해결안을 제시하는 방법이 요망된다.

③ 간단히 실시할수 있는 수기 등을 교육에 포함시켰으면 좋겠다.

④ 임상 경험이 부족한 공중보건의들에게 응급적인 외상환자의 처리방법과 내과질환 등에 대한 투약방법에 대한 구체적인 교육이 참가되었으면 좋겠다.

⑤ 예방의학교실에서 공중보건의 직무교육 프로그램을 관여하는 만큼 진료상황외에 보건지소가 현재 당면하고 있는 문제점들 예를 들면 공중보건의사의 보건지소장으로서의 지위해결, 진료자위권, 보건지소 운영 등의 어려움을 함께 토론하고 해결책을 모색할 수 있는 자리를 만들어 주면 좋겠다.

(3) 강의제목 및 내용 결정방법에 대해 공중보건의들은 크게 개선할 것은 없다고 응답하고 있다. 그러나 지역사회보건사업에 대한 교육은 공중보건 의사의 부임초기에 집중적으로 하고 그 이후는 필요에 따라 간헐적으로 하는 것이 좋겠다는 의견도 있었다. 이에 대한 이유로는 지역에 공중보건의사가 1명 있으면서 보건사업을 하기가 힘들다고 생각하고 있었고, 어차피 보건사업을 할 길이 없고, 개념으로 끝나기 때문이라는 의견이었다.

(4) 운영방법의 문제점 및 개선안에 대한 의견으로는 시기, 횟수, 시간 등과 관련해서 공중보건의 직무교육 프로그램 일짜를 일정하게 정해서 운영해주기를 모든 공중보건의가 강력하게 요청하고 있었다. 직무교육시간은 오후 2~4시로 2시간정도가 적합하며 현재의 시간배정이 적당하다고 생각하고 있었고, 지역사회보건에 대한 강좌는 토의 주제가 있을 때에 한하여 실시하는 것이 좋을 것 같다고 생각하고 있었다.

(5) 공중보건의들이 느끼고 있는 농촌지역 보건

의료 문제를 요약해 보면 다음과 같다.

① 질병에 대한 개념을 주민들이 잘못 갖고있으며 병이란 생긴후 치료하는 것이 최상책으로 생각하고 있는 경우가 많은데, 이런 인식을 예방적인 측면으로 바꾸어야 한다고 생각한다.

② 지역주민들이 자신의 건강상태에 관심이 낫다. 특히 만성병에 대해 주민의 관심이 부족한다. 만성병의 이환율이 높으며 그에 대한 발견 및 적절한 치료가 되지 않고 있는 것이 문제이고 만성병에 대한 꾸준한 추적관리가 안되고 있다.

③ 농약중독문제

④ 보건의료에 대한 관행은 소득수준과 비례한다고 본다. 강조된 보건교육도 의·식·주 해결에 연연해하는 농촌지역 생활과는 거리가 있다.

⑤ 보건에 무지한 행정관서의 개입으로 보건인력의 업무가 원래 목적과 반대로 나가고 있다(예: 풍토병, 지역병의 은폐, 실적위주의 서류조작).

⑥ 면보건지소의 진료수준과 시설이 상당히 미비하다.

(6) 의료보험 시행후 보건지소가 당면하고 있는 문제점으로 보건지소장들이 제기한 내용은 진료수가계의 비합리화와 보험진료비 체불문제를 들고 있다. 이들이 제기하고 있는 문제점을 요약하면 다음과 같다.

① 진료수가체계가 비합리적으로 되어있다. 즉 행위별 의료보험수가 제도로 되어있어 보건지소에서의 진료를 행함에 낮은 의료보험 수가에 따른 환자진료의 질적 저하가 생기므로 보건지소의 진료수가 현실화하여 고가약제 투여 및 시술을 할 수 있는 여건을 확보하여야 한다. 또한 국고부담이 약하여 주민들의 보험료 부담이 크기 때문에 이를 개선하여야 한다.

② 보험진료비 체불문제로는 청구후 척소한 3개월이 지나야 수령받게 되는데 청구액이라도 빨리 제대로 시급해졌으면 좋겠다.

(7) 보건지소장으로서 업무에 대한 인지도

공중보건의사가 보건지소장으로서 업무수행시 중요하다고 생각하는 업무는 진료업무가 가장 중요하고 보건교육, 보건지소의 관리운영 업무, 지역사회 현황 파악 순으로 중요성을 들고 있었다.

그러나 공중보건의들은 실제 해야할 업무의 중요도는 보건교육, 지역사회현황 파악, 진료업무

보건지소관리 운영업무 순으로 응답하고 있어 진료보다는 보건교육이 중요하다고 인지하고 있었다.

(8) 고대 지역사회보건교육사업에 대한 공중보건의들의 견해

고려대학교 지역사회보건교육사업에 대한 공중보건의들의 견해를 요약하면 다음과 같다.

① 고대지역사회보건교육사업은 그 성과를 불문하고 선구자적인 시범모델을 보여주었다는 점에서 그 주요성을 평가하여야 될 것이라고 생각된다. 공중보건의 직무교육 프로그램은 개별적으로 활동할 수 밖에 없는 공중보건의들에게 지역사회와 문제점에 대해 인식할 기회를 갖게 해주고 그에 대해 지역사회에서 중추역할을 하는 병원과의 협조하에 공동접근(approach)할 수 있는 기회를 제공했다는 점에서 그 가치가 크며 프로그램만 적절히 개발하면 앞으로 많은 일을 할 수 있으리라 생각된다.

② 현재 공중보건의사 직무교육은 잘되고 있다고 생각된다.

③ 지역사회주민들이 자신이나 지역사회에서의 보건사업에 대하여 관심을 갖게하였으며 보건사업이 관계되고 있는 모든 사람들에게 자신의 직무에 더 열심히 하게 하는 계기가 마련되게 하였다고 생각된다.

3. 보건진료원의 영향평가

보건진료원들은 지역에서 본인이 관리하기 어려운 환자들은 병원에 의뢰하고자 할 때 병원에 있는 임상 스태프와 면식관계에 있을 때 보다 자신감을 갖고 환자를 병원에 의뢰하게 되며, 또한 매월 개최되는 보건진료원 직무교육모임을 통해 본인이 의뢰한 환자에 대해 병원치료현황을 파악할 수 있는 환자상태를 직업 병원 임상과장과 상의할 수 있으며, 그의 지역사회 보건문제들에 관해서도 병원의 관계직원과 협의할 수 있는 여션이 마련되었다고 느끼 보건진료원들이 공중보건의사보다 환자의 의뢰에 더 적극적으로 될 수 있었다고 한다.

4. 마을건강원 교육의 영향평가

마을건강원 80명을 대상으로 소정의 교육을 실시하였으며 이의 영향을 평가하고자 무작위로 두 그룹으로 나누었다. 하나를 교육전평가조, 다른 하나를 교육후평가조로 명명하고 전평가조는 교육

을 실시하기 전에 설문조사를 하였으며 후평가조는 교육과정을 다 마친 뒤에 같은 설문으로 조사하여 전평가조와 후평가조의 성적을 비교하도록 하였다. 전평가조 40명 중 34명, 후평가조 40명 중 29명이 각각 설문에 응답하였으며 그 성적은 다음과 같다.

(1) 마을건강원의 일반적 특징

전·후 평가조를 구분하지 않고 그 특성을 연령, 결혼상태, 종교, 학력, 현거주지 거주기간, 지역사회에서의 직책, 남편의 직책, 마을건강원의 선발경위 등에 따라 분석한 성적은 아래 표 5와 같다. 즉 연령은 30~39세가 47.6%, 기혼이 80.9%, 불교가 38.1%, 국졸 38.1%, 중졸 33.3%였으며 93.7%가 현거주지에 5년 이상 거주하였다. 36.5%는 본인이 자기 거주지역의 부녀회장을 겸하고 있으며 23.8%의 남편은 영농회장직을 맡고 있었다. 이들의 44.4%는 마을의 주민회의에서 선출되었고 면장이 임명하여 마을건강원의 직무를 수행하고 있었다.

표 5. 마을건강원의 제반특성

구 분	N(%)	구 분	N(%)
연령 :		결혼상태 :	
30~39	30(47.6)	기 혼	51(80.9)
40~49	21(33.3)	미 혼	4(6.3)
50~	10(15.9)	기 타	4(6.3)
무응답	2(3.2)	무응답	4(6.3)
학력 :		거주기간 :	
국 졸	24(38.1)	~ 4	4(6.3)
중 졸	21(33.3)	5~ 9	10(15.9)
고 졸	11(17.5)	10~19	21(33.3)
대 졸	4(6.3)	20~29	16(25.4)
무응답	3(4.8)	30~	12(19.0)
종교 :		선발경위 :	
기독교	9(14.3)	주민회의에서 선출	28(44.4)
천주교	2(3.2)	이장이 선출	11(17.5)
불교	24(38.1)	보건진료원이 선출	24(38.1)
기 타	2(3.2)		
무	23(36.5)		
무응답	3(4.8)		
기타직책 :		남편의 직책 :	
부녀회장	23(36.5)	새마을지도자	6(9.5)
부녀회총무	3(4.8)	이장	1(1.6)
반장	4(6.3)	반장	8(4.8)
없음	23(36.5)	영농회장	15(23.8)
무응답	10(15.9)	없음	34(54.0)
		무응답	4(6.3)

(2) 마을건강원 활동에 관한 태도의 변화

마을건강원의 활동에 관한 의식 또는 행위에 관한 태도를 본인의 의식, 만족도, 활동의 의의, 행위의 효과, 책임의식, 난이도 등에 관한 설문으로 조사한 결과는 표 6과 같았다. 즉 활동에 대한 본인의 인식이 적극적이라고 생각하는 인식이 교육전 33.3%에서 교육이 끝난뒤 35.7%로 증가 하였으며, 역할과 임무에 대한 만족도와 의의를 인식하는 수준은 감소 하였다. 그러나 직무를 성공적으로 수행한다고 생각하는 수는 전후조 모두 46.4%로서 변화는 없으나 비교적 높았으며 책임의식도 지극히 높았다. 역할을 맡은 대상 인구수는 적절하다고 평가하는 율이 68.8%에서 9.17%로 증가하였다.

(3) 마을건강원 활동실적의 변화

매월 보건진료원과 접촉회수 및 가정방문 세대수의 검토를 보면 표 7과 같이 보건진료원과의 접촉은 전평가조에서는 2회(50%)가 가장 많았으며 후평가조에서는 3회(38.5%)에서 가장 높았다. 가

표 6. 마을건강원의 활동에 대한 태도

	교육전평가조	교육후평가조
본인의 인식 :		
적극적	33.3	35.7
보통	53.3	28.6
소극적	13.3	35.7
임무만족도 :		
만족	88.2	53.8
보통	11.8	46.2
소극적	0.0	0.0
업무의 의의 :		
보람있나	82.3	42.8
보통	11.8	57.1
보람없다	5.9	0.0
직무수행 :		
성공적	46.4	46.2
보통	47.1	23.1
실패	5.9	30.8
책임감 :		
느낀다	94.1	84.7
보통이다	5.9	15.4
느끼지 않는다	0.0	0.0
할당인구수 :		
너무많다	18.8	0.0
적당하다	68.8	91.7
너무적다	6.3	8.3

정방문 세대수도 전평가조에서는 5~8세대(38.5%)가 가장 많았으나 후평가조에서는 10~14세대(63.6%)에서 가장 높았다.

(4) 보건지소, 보건진료소와의 연계성

환자진료를 위한 협조로서 보건진료원과 공중보건의(보건지소장)와의 협조관계를 어느 정도 유지하고 있는지를 교육 전후로 비교한 바 교육과정후에 큰변화는 보이지 않았으며 전체적으로 표 8에서 보듯이 마을건강원과의 협조유지는 공중보건의의 경우 56.3%에서 42.8%로 이행하였을 정도로 낮으나 보건진료원의 경우는 92.8%에서 91.7%로 이행하였으며 그 수준이 상당히 높음을 알 수 있다. 이는 마을건강원이 환자를 의뢰할 때 보건진료원을 선호하는 정도에서도 볼 수 있듯이 공중보건의는 16.7%에서 7.1%로 선호도가 낮아졌는가 하면 보건진료원은 83.3%에서 92.9%로 증가 하였다.

(5) 마을건강원 업무수행 능력의 평가

마을건강원들의 건강원 업무수행능력이 향상되

표 7. 마을건강원의 활동실적

	교육전편가조	교육후평가조
본인의 인식 :		
월 접촉회수 : 1회	14.3	7.7
2회	50.0	23.1
3회	7.1	38.5
4회	7.1	7.3
5회이상	21.3	23.1
월가정방문수 : 0~4		
5~9	38.5	18.2
10~14	15.4	63.6
15+	15.4	9.1

표 8. 관련기관과의 협조관계

	교육전편가조	교육후평가조
보건진료원 :		
잘되고 있다	92.8	91.7
보통이다	6.3	8.3
잘 안된다	0.0	0.0
공중보건의 :		
잘되고 있다	56.3	42.8
보통이다	25.0	21.4
잘 안된다	18.8	35.7
환자의뢰우선순위 :		
보건진료원	83.3	92.9
공중보건의	16.7	7.1

표 9. 관련기관과의 협조관계

	교육전평기준	교육후평가조
보건정보수집 및 보고 :		
잘한다	40.0	60.0
보통이나	60.0	40.0
못한다	0.0	0.0
영유아 보건사업 :		
잘한다	40.0	82.3
보통이나	60.0	16.7
못한다	0.0	0.0
임산부 보건사업 :		
잘한다	58.3	83.4
보통이나	41.7	16.7
못한다	0.0	0.0
가족계획 사업 :		
잘한다	58.3	83.4
보통이나	41.7	16.7
못한다	0.0	0.0
결핵관리 사업 :		
잘한다	58.3	83.4
보통이나	41.7	33.3
못한다	0.0	8.3
응급처치 :		
잘한다	55.5	66.7
보통이나	44.4	33.3
못한다	0.0	0.0

는 것으로 판단된다. 결핵관리업무 능력은 교육 전후 차이가 없으나 그외 모든 영역에서 교육후에 보다 양상된 것으로 평가 되었다. 즉 표 9에서 보듯이 보건정보 수집 및 보고능력이 40.0%에서 60.0%로 긍정적 평가가 증가 하였으며 영유아 보건 사업이 40.0%에서 82.3%로, 임산부 보건사업이 58.3%에서 83.4%로, 가족계획 사업이 58.4%에서 75.0%로, 응급처치가 55.5%에서 66.7%로 증가 하였다.

IV. 결 룰

국민소득이 증가하면 할수록 가진자와 안가진자 사이의 격차가 커지게 되며 때로는 심각한 사회문제로 대두되게 된다. 세계보건기구와 국제아동기금은 일차보건의료를 하나의 해소책으로 제시하였다. 일차보건의료는 국민의 기본보건관리이며 그 내용은 보건교육, 식품영양관리, 음료수문제, 모자보건 및 가족계획, 전염병관리, 지역내 혼란 질병

관리, 정신건강증진, 필수의약품비치 등을 포함하는 것이다. 그러나 우선순위는 그 지역에 따라 정하며 이외에 필요에 따라 추가 할 수도 있는 것이다. 그러나 그 중에서 가장 기본이 되는 내용은 보건교육인 것이다.

우리나라에서 일차보건의료를 담당하는 일선요원은 공중보건의, 보건진료원, 마을건강원등이다. 이들이 일차보건의료사업을 시작한 아래 이들에 대한 교육이 과연 어떠했는가? 배치전 단순교육 후에 보충교육이 전혀 없지 않았는가? 실제로 이들은 문제에 부딪힐때 의지할 곳이 없다. 이에 연구사들은 여주군내 일자보건의료 요원으로서 9명의 공중보건의, 13명의 보건진료원, 80명의 마을건강원을 대상으로 1991년 7월부터 1992년 5월까지 매월 정기적인 교육을 실시하고 그 교육이 미치는 영향을 평가하고 이와 함께 해당 주민의 보건에 대한 의식의 변화를 검토한 바 다음과 같은 결론을 얻을 수 있었다.

1) 국민 건강보호가 국가의 책임이라고 인식하는 주민의 수가 증가한 반면 국가가 국민건강보호에 최선을 다 했다고 인식하거나 의료 불균점과 불가피성을 인정하려는 유품은 감소하고 있었다.

2) 공중보건의나 보건진료원은 모두 정기교육 그 자체만으로도 만족해 하였다. 더욱이 고대여주 병원 의료진과 대학의 통로가 생긴점에 대하여 고마워 하였다. 강의내용도 현지에서 직접 필요로 하는 내용들로서 크게 도움이 되었나고 인식하였다.

3) 마을건강원들은 교육과정을 마친뒤 그들의 임무수행에 보다 잘 적응하였고 월별 가정방문 건수와 보건진료원 면담수가 증가 하였다.

4) 마을건강원들은 환자의회시 공중보건의 보다는 보건진료원을 선호하였다. 군복무를 대신하는 공중보건의 제도에 문제가 남아 있었다.

5) 결핵관리업무를 제외하고 모든 영역에서 마을건강원들은 교육과정이 끝난뒤 업무수행능력이 크게 향상되었다.

References

- 한국보건개발연구원 : 마을건강사업요원 업무수행 평가자료. 한국보건개발연구원 1979
- 김일순 외 : 강화지역사회보건사업. 연세대학교 의과대학 예방의학교실 1979

- 3) 한국보건개발연구원 : 보건사업종합평가보고서, 한국보건개발연구원 1980
- 4) 보사부 : 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법 및 시행령, 보사부 1980
- 5) 서울대학교 보건대학원 : 일차보건의료의 발전을 위한 보건사업관리 보수교육과정개발, 서울대보건대학원 1982
- 6) 이경식 : 일차보건의료와 지역사회간호학, 대한간호협회출판부 1978
- 7) 흥여신 외 : 한국농촌지역 마을수준의 자생조직 체를 활용한 일차보건의료사업의 효과에 관한 시험적 연구, 대한보건협회지 10(2), 1984
- 8) 보건사회부 : 보건사회 백서, 보건사회부 1991
- 9) 예수간호전문대학 : 제4회 지역사회간호 세미나 보고서 - 일차보건의료사업에 있어서 마을건강의 참여촉진, 예수간호전문대학 1984
- 10) 김기순 : 예수병원지역사회보건사업 - 고산지역 을 중심으로-, 대한기독병원협회지 9(1), 1986
- 11) 인구보건연구원 : 보건진료원의 일차진료시술 및 직무에 관한 보고서, 인구보건연구원 1985
- 12) 보건사회부 : 농어촌 일차보건의료사업 종합평가 회보고서, 보사부 1985
- 13) 인구보건연구원 : 농촌일차보건의료사업 연구보고서, 인구보건연구원 1985
- 14) 송건용 · 김홍숙 · 김영임 : 농어촌 벽지 보건의료에 관한연구, 한국인구보건연구원 6, 1983
- 15) 보건사회부 : 마을건강원 훈련용 원교재, 보사부 1986
- 16) 보건사회부 : 마을건강원 활동지침 및 교재, 보사부 1985
- 17) 박명윤 : 마을건강사업을 위한 '영양교본'의 평가, 대한보건협회지 5(1), 1979
- 18) 박명윤 외 : 통합마을보건지도 자료의 평가, 대한보건협회지 6(2), 1980
- 19) 가정보건사업운영위원회 : 가정보건사업평가세미나, 가정보건사업운영위원회 1985
- 20) 이경식 · 김화중 · 정희섭 : 거제지역보건실태, 거제보건원 1977
- 21) 서울대학교 보건대학원 : 춘성군 지역사회보건사업-농촌보건사업에 관한 연구, 서울대학교 보건대학원 1981
- 22) 최성수 : 도시지역새마을부녀지도자의 보건봉사 활동 동기 조성을 위한 연구 1983
- 23) 이명숙 외 : 농촌 일차 보건사업에 있어서 마을 건강원 업무량 및 업적에 관한 연구, 한국농촌의학회지 12(1), 1987
- 24) 한규호 외 : 마을건강원 활용방안에 관한 연구, 한국인구보건연구원 1987
- 25) 구연철 외 : 우리나라 농촌지역에 부합하는 1차 보건의료전달체계 정착구현에 관한 연구, 예방의학회지 12(1), 1979
- 26) 차철환 외 : 지역사회보건사업평가-고려대학교 여주 및 구로지역 일차보건의료사업을 중심으로, 고려대학교 보건개발위원회 1988
- 27) 이명숙 외 : 지역사회보건간호학, 신광출판사 1990
- 28) 연세대학교 의과대학 예방의학교실 : 강화지역사회 보건연구 및 교육사업, 연세의대 예방의학교실 1985
- 29) 한국보건개발연구원 : 마을건강원교본, 한국보건개발연구원 1978
- 30) 한규호 외 : 도시 1차보건의료사업종합보고, 한국인구보건연구원 1986
- 31) 한국보건개발연구원 : 1차보건의료에 관한 세미나결과보고서, 한국보건개발연구원 1977
- 32) 보건사회부 : 농어촌 1차보건의료사업 전략평가 회의, 보건사회부 1979
- 33) 양제모 : 농촌지역에서의 자원지도자 활용과 가족계획 실천-새마을운동과 주민복지 연구결과 보고, 한국인구보건연구원 1979
- 34) 김자자 · 이덕생 · 임종권 : 통반장을 통한 도시저소득층 주민의 모자보건 및 가족계획 보급방안, 가족계획연구원 1979
- 35) 박종원 · 강득희 · 임국환 : 일부 도시영세민의 사회적 조직망과 의료행위에 대한 연구, 대한보건협회지 1984
- 36) 한국행동과학연구원 : 새마을부녀회장을 통한 가족계획사업의 평가(서울 저소득주민을 대상으로), 1979
- 37) 한림대학교 사회의학연구소 : 보건기관의 성인병 관리사업, 한림대학교 사회의학연구소 4, 1990
- 38) 한림대학교 사회의학연구소 : 90년대 공공보건의료의 전개방향, 한림대학교 사회의학연구소 1990
- 39) 김용익 : 지역의료체계개념에 의한 우리나라 의료조직 체계 개편 방안에 관한 연구, 병원연구 11, 1987
- 40) 한국인구보건연구원 : 의료자원과 관리체계에 대한 조사연구, 한국인구보건연구원 1987
- 41) 한국인구보건연구원 : 2000년을 향한 일차보건의료의 기본계획수립, 한국인구보건연구원 1986
- 42) WHO/UNICEF : Primary health care, WHO, Geneva, 1978

- 43) Alma-Ata 1978 : Primary health care, "health for all". Series No. 1, WHO Geneva. 1978
- 44) Daniel Flahault : *The relationship between community health workers, the health services, and the community. WHO Chronicle Vol. 32, No. 4, 1978*
- 45) Dinna M. Dinitto, Thomas R. Dye : *Social welfare, politics & public policy*, Prentice-Hall Inc. 1983
- 46) G.E. Alan Dever : *Community health analysis, aspen systems corporation*, 1980
- 47) Ilona Kickbush, Stephen Hetch : *A reorientation of health care, Self-help and health in Europe*, WHO, 1983
- 48) Lowells S. Levin, et al : *Self care, Lay initiatives in health*, Prodist, New York, 1976
- 49) Susan B. Rifkin : *Health planning and community participation*, World health forum, Vol. 7, No. 2, 1986
- 50) Virginia ofossu-Amaah : *National experience in the use of community Health Workers*, WHO, Geneva. 1983
- 51) John J. Donohue : *Some facts and figures on urbanization in the developing world*, Assignment children. Vol. 57(58), UNICEF, 1982
- 52) Mary Racelis Hollnsteiner : *Government strategies for urban areas and community participation*, Assignment children Vol. 42, UNICEF, 1978
- 53) ILO : *A basic needs strategy for development. Development digest*, Vol. XV, 1977
- 54) UNICEF : *A strategy for basic services*, UNICEF, Newyork, 1977
- 55) WHO/UNICEF : *Primary health care*, WHO, Geneva, 1978
- 56) WHO/SMS/SH/76.1 : *Health implications in the development of physical and social environments*, 1976
- 57) K. Zaki Hasan : *Bringing health care back to the people*, Assignment children, Vol. 42, UNICEF, 1978
- 58) WHO, SFS/IAH/84.1 : *Organization of primary health in community*, WHO, 1984
- 59) Mary Racelis Hollnsteiner : *The participatory imperative in primary health care*. Assignment children, Vol. No. 59/60
- 60) Bogdan N. Keczkowski, Ray H. Elling, Dunan L. Smith : *Health system support for primary health care, public health papers*, No. 80, WHO, 1984