

여성의 건강을 위한 간호전달체계 모형개발* - 조산원 중심으로 -

박 영 숙**

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

여성건강에 관한 관심은 임신과 출산을 중심으로 한 임산부의 신체적 건강관리 수준을 크게 벗어나지 못한 상태이다. 그러나 최근에는 여성이 살아가면서 겪는 경험을 토대로 건강에 대해 새로운 기준을 만들어서 출산, 월경, 노화, 성(sexuality), 신체외형, 외모, 근로, 관심사, 등을 포함하면서 재 정의하고 있다(Ward, 1995). 그리고 여성건강은 여성 삶의 맥락에서 환경을 검토해야 한다는 인식도 증가하고 있다. 즉 여성건강의 생태학적 견해를 수용하면서 여성들이 섭취하는 식품, 활동, 출산 경험, 손상, 위험물질의 노출, 약물남용, 등 건강에 직접적으로 영향을 주는 요인들뿐만 아니라 건강유지와 증진에 기본적인 요건으로 교육기회, 수입 정도, 근로조건과 기회, 가족 돌봄, 가사노동과 부담, 상수와 하수, 쓰레기 처리, 교통 등 사회적 물리적 환경들도 중요시하고 있다(Expert Panel, 1997). 이러한 상황을 고려할 때 여성건강을 위해 개인적 건강 서비스는 물론이고 지역사회 건강 서비스도 포함하는 새로운 모형을 개발할 필요가 있다.

미국에서는 간호서비스를 제공하는 간호센터가 전국적으로 90년대에 약 100여개가 새롭게 생겨나고 있으며

(Henry, 1997), 현재의 질병보다는 국민의 건강증진을 위해 활동하는 이상적인 장소(setting)로 평가받고 있다. 간호 서비스를 주로 제공한다는 의미의 간호전달체계 모형이 아직 우리나라에서는 개발되지는 않았지만, 미국의 지역사회 간호센터가 하나의 간호전달체계 모형이다.

1970년대와 1980년대 미국에서의 여성건강운동은 건강과 성(sexuality)에 관한 정보와 경험을 공유하고자 기본적인 교육에 초점을 두었으며 여성들의 소그룹 활동이 있었다. 하나의 예로서 1973년에 여성의 건강과 관련된 경험들을 중심으로 쓰여진 "Our Bodies, Ourselves"라는 책이 발간되어 여성들의 심각한 요구에 부응하는 건강과 의료에 관한 정보뿐만 아니라 여성의 몸에 관한 포괄적이고 분명한 정보를 얻게 되었다. 그리고 1970년대에 자조(self-help)그룹뿐만 아니라 여성이 통제할 수 있는 건강센터(예 : women's health center)가 설립되어 오늘날까지 활동을 하고 있다(Moss, 1996). 이러한 여성건강센터에서 주로 활동하고 있는 의료인은 대부분이 간호전문가(nurse practitioner)와 간호조산사(nurse-midwife)이며 일부 의사와 의과대학생, 간호대학생 등이 자원 봉사자로서 관여하고 있다. 여성건강센터에서 주로 다루고 있는 여성의 건강문제는 유방과 자궁암, 성병, 피임, 불임, 골다공증, 폐경, 10대 임신, 모성스트레스, 월경전후기 불편감 등에 관한 것으

* 서울대학교 제 4차 해외연수 특별지원금 수혜

** 서울대학교 간호대학 교수

로 예방과 관리에 초점을 두고 있다(Dan, 1994).

현재 우리 나라에서 여성들은 건강증진에 관한 정보를 충분히 얻고 필요한 관리를 받을 수 있는 공식적인 자원체제가 없는 형편이다. 여성들은 대개 어떤 질환 때문에 병원을 방문하여 진료를 받을 경우에만 의료인을 만나게 되고 필요한 치료를 받는다. 그러나 여성들은 질환 이라기보다는 정상적인 생리적 현상과 관련하여 나타나는 월경전긴장증, 월경곤란증, 폐경, 임신, 피임, 성생활, 등의 건강문제로 불편감을 갖고 있으나 어떤 정보나 교육 및 관리를 체계적으로 받을 수 있는 기회 내지 셋팅(setting)이 거의 없는 실정이다.

우리 나라에서는 간호조산사가 조산원을 개업하여 주로 임신부의 산전, 분만, 산후관리를 맡고 있으나 국민의료 대보험 실시 후에 발생한 재정적 여건 및 출산감소 등의 사회적 변화로 인하여 개업 조산원이 차츰 줄어들고 있다. 그리고 1990년 1월 의료법 시행규칙 제 54조의 업무분야별 간호사에 가정간호사가 추가되어 1991년부터 가정간호사가 배출되기 시작하여 1996년 현재 1,060명(보건복지통계연보, 1997)에 이르고 있다. 그러나 가정간호사들이 일할 수 있는 곳은 18개의 3차 의료기관, 23개 종합병원, 3개 병원과 사단법인 대한 간호협회의 6개 지부조직이 제공하는 가정방문사업으로 매우 제한적이며(윤순영, 1998), 가정간호사가 주관하는 민간부문의 의료기관은 없는 실정이다. 따라서 조산사가 개업한 민간부문의 의료기관인 조산원을 중심으로 지역사회에서 가정간호사와 함께 여성들과 가족에게 간호서비스를 제공할 수 있다. 이에 국내 간호 인력자원의 활용과 여성건강의 특성을 고려하여 조산원을 기반으로 한 지역사회 중심의 간호전달체계 모형을 개발할 필요가 있다. 그리하여 우선 미국 간호센터의 조직, 운영, 기능, 재정, 구성원의 역할 등에 관하여 분석한 후 여성건강을 위한 조산원 중심의 간호전달체계 모형을 개발하고자 한다.

2. 연구 목적

미국에서 지역사회에 기반을 두고 간호사가 관리하는 간호센터의 조직, 운영, 재정, 기능, 구성원 등을 분석하여, 국내 조산원을 중심으로 여성건강을 위하여 지역사회에 적합한 간호전달체계 모형을 개발한다.

II. 문헌 고찰

1. 여성 건강

여성들의 건강은 그들 삶의 본질과 필연적으로 연결되어 있다. 여성건강에서 중요한 요소는 자기 신체에 대한 통제권을 갖는 것이며, 이 통제권이란 자신의 몸에 대하여 결정할 수 있는 권력을 말한다. 그리고 여성건강은 생의학적 모델을 넘어서서 사회의 문제를 동시에 포함하고 있어서 가부장제의 사회에서 여성이라는 성의 조건이 어떻게 건강에 관여하는가에 대한 내용도 포함하고 있다(Rosser, 1994). 그러나 현재 우리나라에서 여성들에게 제공되는 일차 보건서비스는 보건소의 모자보건과 가족계획에서 실시하는 임신, 출산, 산후관리와 가족계획의 피임사업을 중심으로 이루어지는 모자보건 관리의 범주에서 벗어나지 못한 상태이다(대한간호협회 보건간호사회, 1997). 여성은 생리기능뿐만 아니라 육아와 가사, 직장과 사회인으로서, 가족의 건강관리자로서, 자녀 교육자로서, 다양한 역할을 수행하며 그 과정에서 가족과 사회로부터 무관심, 편견 또는 차별 때문에 충분한 지원을 받지 못한다면 건강할 수 없다. 따라서 여성건강은 사회가 여성에게 베푸는 관심과 대우에 따라 또는 여성에 대한 사회의 가치와 문화에 따라 크게 영향을 받는다. 즉 여성건강은 한 사회안에서 여성이 차지하는 위치 곧 여성의 지위를 총체적으로 반영하게 된다(최연순 등, 1999; Griffith-Kenny, 1986). 여성건강은 의학적인 측면뿐만 아니라 정치적, 사회적, 경제적, 문화적인 측면으로 여러 학문분야가 관여하는 새로운 학문이라고 주장하면서 연구방법도 전통적인 남성 중심의 연구방법에서 벗어나 여성 중심의 방법론으로 지식을 개발해야 한다고 주장하고 있다(Dan, 1994; Richardson & Robinson, 1993). 또한 여성의 질병에서 벗어나 여성건강으로 전환하는 간호교육과정도 개발되어 대학원 과정으로 운영되고 있으며 간호실무에서도 변화하고 있다(Dan, 1994; Taylor & Woods, 1996).

여성건강과 관련하여 미국에서는 1960년대 여성운동과 함께 여성건강운동도 활발히 전개되었고 여성의 건강문제가 몇 가지 이유로 부각되었다(Moss, 1996). 첫째 이유로 여성은 의료 서비스의 주요 소비자라는 것이다. 여성은 건강할지라도 피임, 임신, 출산, 폐경 등의 문제로 의료 서비스를 찾게 되며 또한 여성의 수명이 남성보다 더 길기 때문에 만성질환, 기능적 손상 등의 문제를 갖고 살게 된다. 둘째, 여성은 자녀, 배우자, 시부모 또는 친정 부모 등의 건강을 돌보는 일을 담당하여 보건의료인과 자주 만남을 갖게 된다. 셋째, 여성은 보건 의료인의 다수이다. 병원에서 일하는 여성은 병원 전체 직원의 85%를 차지하며, 의사들의 20%가 여성이며 의

과대학의 여성교수는 단지 10% 미만일 뿐이다. 넷째, 대부분의 의료기관에서 여성은 성차별을 경험하게 된다. 다섯째, 여성들은 의료기관에서 좋은 건강이나 의료 정보를 얻기 어려우며 특히 치료와 관련하여 의사결정에 관여하지 못하고 있다. 여섯째, 여성은 제왕절개술, 자궁절제술 등의 불필요한 치료를 받거나 정신적 약물을 과도로 투여 받기도 한다. 일곱째, 보건의료체계에서 여성을 위하여 예방 치료 또는 일상적인 치료나 처치를 인식하지 못하고 있다는 점이다.

생애의 주기에 따라 미국의 국립보건원에서 제시하고 있는 여성의 건강문제는 생애 주기별로 제시하였다: ① 출생에서 사춘기(1-15세): 태아의 남아와 여아간의 발달차이, 어머니의 건강이 아기에게 미치는 영향, 여아의 사회심리적 발달, 자아개념 등. ② 청소년기에서 폐경전 중년기(15-45세): 성접촉으로 인한 감염, 피임, 임신, 출산, 악성종양, 우울증, 심장질환, 만성골반통 등. ③ 폐경후부터 65세 전의 노년기(45-65세): 폐경과 관련된 건강문제, 호르몬 치료, 골다공증, 심리정서적 문제 등. ④ 65세 이후의 노년기: 노화문제, 삶의 질, 상실과 슬픔, 자가간호, 우울 등.

여성의 생애주기에 따라 대두되는 건강문제는 생의학적 모형에서 벗어나 다학제적 접근으로 여성경험 중심의 새로운 패러다임으로 재 구성하려는 노력을 하고 있다(Dan, 1994). 여성건강운동과 함께 건강문제를 접근하는 간호서비스도 종래의 전통적 틀에서 벗어나 여성 중심의 새로운 패러다임으로 변화하고 있다. 이에 여성 건강에 대한 전문간호서비스의 개발과 지식축적을 위한 연구가 수반되어야 하므로 미국 워싱턴 대학교에 있는 여성건강 연구센터는 간호학의 세부영역뿐만 아니라 사회학, 여성학, 의학 등의 타학문 분야와 함께 다학제적 연구를 실시하고 있다(Woods & Shaver, 1992).

여성건강은 삶의 과정에서 남성과는 다른 특징이 몇 가지 있다(Abbott & Wallace, 박민자역, 1991). 첫째, 여성들은 남성들이 겪는 것보다 더 많은 문제를 재생산(출산) 영역에서 겪게 된다. 출산과 관련하여 제왕절개술의 빈도는 1970년 5.5%에서 1986년 9.6%, 1990년 18.1%, 1993년 28.1%, 1994년 31.5%로 점차 증가하고 있다(박과 황, 1993; 방, 1996). 또한 임신중절 경험자가 가임여성의 55%를 차지하며, 임신을 중절할 이유는 주로 피임실패와 남아선호 사상으로 인하여 여아를 중절하는 것이다(박정은, 1994). 1994년의 출생성비를 출산 순위별로 살펴보면 여아를 100으로 하여 남아는 첫 출산에 106.1, 둘째 출산에 114.2, 셋째 출산에 205.9, 넷째 출

산에 237.7이다(여성통계연보, 1996). 둘째, 남녀의 건강수명을 비교하여 보면 남성은 50.7세, 여성은 49.9세로 남성보다 오히려 약간 짧으며(윤병준, 1995), 여성은 남성보다 8년 정도 더 오래 살기 때문에 여성은 생애의 약 1/3은 어떤 형태이든지 불편감과 고통으로 보내게 된다. 셋째, 무급의 가사노동으로 인한 여성의 격리는 여성들이 남성들보다 더 많은 우울증을 경험하게 된다. 넷째, 여성은 가족의 건강을 책임지며 비공식적 보건관리자로서 가족원의 질병치료도 담당하게 되며 의사도 자주 만나게 된다. 다섯째, 여성의 사회화는 여성들이 환자역할을 행하는 데에 더 수용적이며, 여성은 정상적인 출산이 의료화(medicalization)되는 데에 복종하지 않으면 안된다.

우리나라의 남녀간의 이환율(조사대상 인구수를 분모로 조사대상 2주 기간중 유병자 수)을 보면 1995년에 여성의 이환율은 21.4%이고 남성은 16.6%로 여성이 더 높은 것으로 나타났으나 유병일 수는 여성 5.9일, 남성 5.7일, 와병일수는 여성 0.7일, 남성 0.8일로 비슷한 양상이다(통계청, 1996). 만성질환 유병율의 원인을 남녀별로 보면 여성에게 가장 많은 질환은 관절염이 제외된 여러가지 근골격계 질환이 1위(83.41%)이고, 2위가 관절염이며 3위가 위궤양과 위염으로 유병율이 70%를 초과한다(장경희, 남정자, 1996) 이에 반하여 남성에서는 1위가 위궤양과 위염으로 50.76%이고 2위가 충치(31.89%), 3위가 관절염이 제외된 여러가지 근골격계 질환(30.62%)이다.

악성 신생물, 고혈압, 뇌혈관질환, 당뇨병, 심장질환, 만성 간 질환 등의 만성 퇴행성질환자가 증가함에 따라 성인병으로 인한 사망률이 1989년에 전체 사망의 74.6%를 차지하고 있다(김화중, 윤순영, 1998).

질병예방 건강행위는 질병을 조기에 발견하기 위한 목적으로 시행하는 건강검진과 암검사를 들 수 있다. 우선 건강검진율을 성과 연령별로 살펴보면 15-19세에서는 남성 39.5%, 여성 39.3%로 학교에서 단체로 검진을 받았기 때문에 비슷하다(남정자, 최정수, 김태정, 계훈방, 1995). 그러나 20대 이후부터 여성의 검진율의 범위는 26.2%-35.9%로서 남성(33.7%-49.2%)보다 훨씬 낮았다. 이렇게 여성들의 검진율이 낮은 이유는 취업여성이 적어서 단체로 검진을 받을 수 있는 기회가 없기 때문이다.

암검사율을 성별로 비교할 때 여성의 자궁암 검사가 19.6%로 가장 높았으며 유방암은 6.1%, 위암 5.2%, 간암 3.9%, 폐암 3.3%, 장암 3.0% 순이다. 남성인 경우에

간암 검사가 9.9%로 가장 높았고 위암 8.9%, 폐암 7.2%, 장암 5.2% 순이다(남정자, 최정수, 김태정, 계훈방, 1995). 자궁암 검사율을 연령별로 보면 30대는 31.5%, 40대 여성은 32.4%, 50대 여성은 22.7%, 60대 여성은 12.9%이다. 유방암 검사율은 30대 9.2%, 40대 10.2%, 50대 7.5%, 60대 3.6%로 매우 저조한 편이다(남정자, 최정수, 김태정, 계훈방, 1995).

이러한 현실을 고려할 때 대부분 여성으로 구성된 간호사는 특히 질병중심의 간호가 아니라 건강증진의 목표를 둔 간호서비스를 여성중심으로 제공해야 할 것이다.

2. 간호전달체계

1) 미국의 지역사회 간호센터

1992년 미국의 National League for Nursing(NLN) 조사에 의하면 간호전달체계로서 250개 정도의 간호센터가 있다고 보고하였다(Henry, 1997). 대부분의 간호센터는 일차진료(primary care)로서 간호전문가로 구성되어 있으며 일부 오래된 센터는 간호조산사가 담당하고 있으며(NLN, 1989) 최근에는 가정건강원(home health agent)으로 간호관리센터(nurse-managed center)가 주류를 이루고 있다(Henry, 1997). 지역사회 건강센터(community health center)의 모형은 정부기관의 보건소, 지역주민들이 만든 건강증진센터, 간호사들에 의해 만들어진 센터, 기관들이 만든 센터, 등 여러 다양한 형태가 있다(Phillips & Steel, 1994). 그러나 간호센터는 몇가지 공통적인 특징을 갖고 있다(Aydelotte, et al, 1987). 즉 대상자는 간호사가 직접 제공하는 서비스를 받으며, 서비스는 대상자 중심으로 간호모형을 취하고 있으며, 그리고 대상자는 받은 간호 서비스에 책임을 공유하며, 간호사가 센터의 전반적인 책임자라는 특징이 있다.

여성건강운동과 함께 1981년에 미국에는 여성 건강센터가 있어서 정보를 제공하고 가족계획 서비스와 부인과적 진찰 및 유산 등의 서비스를 제공하였다(Bruce, 1981). 여성건강센터의 형태는 다양하지만 여성중심의 서비스를 제공하고 있으며 건강증진에 역점을 두고 있다(Bills, 1984). Sharp(1992)는 기존의 병원체제에서는 여성의 건강을 위한 프로그램이 없다고 주장하면서 여성의 요구와 관심에 부응하는 서비스를 제공하는 프로그램을 개발해야 한다고 하였다. 그러기 위해서는 프로그램의 분명한 철학과 목적을 정해야 하며, 초점이 되

는 대상자 선정, 비용 효과 면의 시장성, 시설 환경, 지역 사회의 자원 등을 조사하여 개발할 것을 제시하였다.

2) 조산원과 가정간호

조산원이란 조산사가 조산과 임부 해산부 산욕부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 행하는 곳으로서, 조산에 지장이 없는 시설을 갖춘 의료기관을 말한다(의료법 제1장 제3조). 조산원의 시설기준은 첫째, 진료실(분만실 겸용) 1실을 두어 환자의 진찰, 건강상담 및 치료를 위한 적당한 시설을 갖추는 것이다. 둘째, 대기실을 두어 환자 또는 그 보호자가 대기할 수 있는 적합한 시설을 갖추는 것이다. 셋째, 소독시설로 증기, 가스장치 및 소독약품 등의 자재와 소독용 기계 기구를 비치하는 것이다. 넷째, 보건사회부 장관이 정한 소정이상의 구급약을 갖추는 것이다(의료법 시행규칙 제 28조의 2). 의료법 제 30조에 의하면 조산사는 조산원을 개설할 수 있으며 개설할 경우에 도지사에게 신고하여야 하고 개설자는 반드시 지도의사를 정하여야 한다.

의료법 제2장 6조에 조산사의 면허는 간호사의 면허를 가지고 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관에서 1년간 조산수습과정을 마친 자로서 조산사 국가시험에 합격한 후 보건복지부 면허를 받아야 한다. 1996년도 조산사 면허 소지자 수는 총 8,447명이다.

정부에서 지정하는 조산수습 교과과정은 조산학 및 신생아 간호 112시간, 모자보건 및 가족계획 63시간, 직업적 조정 21시간, 마취 14시간, 임상시험 14시간, 실습 1960시간으로 총 2184시간으로 되어 있다. 그리고 실습은 병원 실습 외에 보건소, 조산원 실습을 할 수 있으며 전 실습과정을 통해 1인 20건 이상 직접 분만개조 하여야 하며 직접 분만한 건은 사례 보고서를 작성 조산수습 의료기관에 제출하여야 한다고 명시되어 있다. 조산사 국가고시 시험과목은 조산학(마취학을 포함한다), 신생아 간호학, 모자보건학(가족계획을 포함한다), 및 모자보건법이다(의료법시행규칙 제1조 별표 1, 1994. 9. 27).

의료법 제1장 제2조 4항에 조산사는 조산과 임부, 해산부, 산욕부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도에 종사함을 임무로 한다고 되어 있다.

1975년에 조산원은 727개에 달하였으나 1991년에는 267개, 1995년에 177개로 감소하였다. 1997년 12월 말 의료보험연합회가 지정한 요양기관 현황에 의하면 전국적으로 141개의 조산원이 있었으나(간협신보, 1998년 1월 15일) 1999년 5월 현재 137개소로 계속 감소추세에 있다(조산협회 구두자료). 조산원은 요양기관으로서

요양급여 또는 분만급여에 관한 비용의 청구를 월별로 진료비 청구서에 급여를 받은 자에 대한 진료비 명세서를 첨부하여 그 다음 말일까지 보험자 또는 법 제 35조 제 3항의 규정에 의하여 진료비의 심사지급업무를 위탁 받은 전문기관에 제출하여 진료비를 받을 수 있다.

조산원은 1996년 현재 연간 전체 분만건수의 약 1%로 약 4000여건을 차지하고 있다(조산협회 구두자료). 1996년도 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험을 살펴 보면 조산원의 1년간 진료건수는 총 3739건(전체 건수의 0.0145%를 차지)으로 입원이 3,695건, 외래방문이 44건이다. 1년간 내원 일수는 총 6453일(0.013%)로, 입원일 수가 6,402일이며 외래 방문일수는 51일이다. 1년간 총진료비는 442,446천원(입원 진료비가 440,766천원, 외래 진료비가 1,681천원)으로 전체 진료비의 0.58%이며, 급여비는 353,354천원(입원 352,059천원, 외래 1,295천원)이다(의료보험관리공단, 1997).

조산원의 월평균을 보면 외래 진료는 거의 없으며 단지 입원 진료로 총 228건으로 전체 의료기관의 진료건수의 0.056%를 차지하며 입원일수는 394일(0.010%)이며 총진료비는 26,923,500원이며 급여비는 21,534,400원이다. 조산원의 1000명당 입원 수진율을 보면 25-29세의 여성에서 0.50으로 가장 높고 입원 수진율은 연령의 범위는 15세에서 49세까지 가임여성이다.

• 가정간호

우리나라에서 현재 시행되고 있는 가정간호사업의 유형은 병원중심과 지역사회 중심의 가정간호사업으로 구분할 수 있다(윤순영, 1998).

병원 중심의 가정간호사업은 3차 진료기관, 종합병원, 병원의 하부조직으로 가정간호사업과를 두고 병원이 운영하는 형태이다. 이 유형은 현재 보건복지부의 시범사업 관리운영지침에 따라 18개 3차 의료기관, 23개의 종합병원, 3개의 병원에서 실시되고 있어서 전체 종합병원의 16.3%, 병원의 0.7%를 차지한다. 의사의 처방하에서 가정간호사가 환자의 가정을 방문한다. 가정간호비용은 교통비는 전액 수혜자 부담이며 기본방문료와 행위별 수가는 의료보험에서 80%, 수혜자가 20%를 부담한다.

지역사회 가정간호사업은 공공기관의 하부조직으로 운영되는 경우와 법인체나 독자적 형태로 주로 비영리적으로 운영되고 있다. 공공기관으로서 보건소는 기초자치 단체로부터 예산을 배정받아 주로 생활보호자를 대상으로 방문간호사업을 실시하고 있으며 필요시에는

가정 도우미의 지원을 받고 있다. 그러나 아직 가정 도우미와의 연계가 미흡한 실정이다. 그리고 생활보호자를 위한 예산배정은 등록 방문 환자 수를 기준으로 기초자치단체의 재정능력 내에서 결정되고 방문간호 이용자의 비용 부담은 없다. 법인체로는 사단법인 대한간호협회의 6개 지부조직에서 제공하는 가정간호사업이 있다. 그 6개 지부에서 선발된 가정간호사는 가정을 방문하여 의사의 지시에 따라 치료적 처치와 간호행위를 제공하고 있다. 이 경우에 가정간호를 의뢰하는 기관이 다양하기 때문에 방문하는 지역이 병원 중심의 가정간호사업의 관리 지역보다 더욱 넓고, 가정간호사가 자신의 거주지에 따라 지역을 자유롭게 결정할 수 있는 장점이 있다. 독자적 형태는 간호대학에서 하나의 연구사업으로 운영되고 있는 가정방문사업이 있다.

가정간호과정 수습과목과 이수시간을 살펴보면 통상 증상관리(조기 퇴원 및 복수처리) 32시간, 만성퇴행성 질환관리(당뇨, 고혈압 등 만성병) 32시간, 재활관리(뇌척추 손상, 교통사고 등 재활문제) 32시간, 모자보건(임산부 및 영유아 관리) 32시간, 노인보건 및 간호 32시간, 암환자 관리 32시간, 가족간호 32시간, 가정환경 관리 16시간, 지역사회간호 32시간, 정신보건 및 간호 16시간, 의료제도 16시간, 보건경제 16시간, 역학 및 감염관리 16시간, 보건교육학 16시간, 가족간호 및 실습 248시간 총 600시간을 이수하여야 한다(보건사회부고시, 제 90-44호, 1990. 6. 5.).

서울시 간호사회 가정간호 시범 사업보고서(1998)에 의하면 서울시내 전병원과 25개구 보건소에서 의뢰받아 시행하는 가정간호 서비스는 다음과 같다: 1) 환자상태 변화에 대한 사정 및 평가, 점검, 2) 주사시행 및 투약관리, 3) 기관지 절개 간호 및 비위관, 위관 간호, 4) 피부 및 욕창, 상처간호 및 치료, 5) 방광루 및 유치도뇨관 간호, 6) 배액관 간호, 7) 체위변경 및 운동요법, 재활요법, 8) 동통이완요법 및 산소요법 관리, 9) 혈액, 뇨 등의 검사물 채취 및 검사의뢰, 10) 가족간호, 11) 식이요법, 자가건강관리 등에 대한 교육, 12) 소독물품 공급 및 자가소독에 관한 교육 및 관리, 13) 전화상담을 통한 건강상담이다.

그리고 가정간호 서비스 이용 특성을 보면 평균 방문회수는 6회이고 방문 당 간호소요시간은 평균 79분이며 첫 방문에서 방문이 종결될 때까지의 평균기일은 41일이었다(임난영, 김금순, 김영임, 김커분, 김시현, 박호란, 1997).

Ⅲ. 연구 방법

연구 대상은 건강증진과 질병예방에 초점을 두고 여성의 일차건강을 담당하고 있는 간호사와 간호조산사가 중심이 되어 운영되고 있는 지역사회에 기반을 둔 간호센터이다. 그리하여 우선 미국에 있는 지역사회 간호센터에 관한 연구 문헌을 수집하여 지역사회 간호센터의 정의, 유형, 서비스, 인가와 재정, 운영을 분석하고, 일차건강 간호전문가(Primary nurse practitioner)가 일하는 곳으로 시애틀에 있는 International District Clinic과 Hall Health Center 및 San Francisco에 있는 Young Women's Clinic을 방문하여, 여성의 일차건강 간호전문가(Women's primary care nurse practitioner)의 구체적인 역할을 관찰한 결과를 첨가하여 분석한다. 그리고 이 분석된 결과를 기초로 하여 우리나라에 있는 조산원을 중심으로 지역사회에 기반을 둔 간호전달 체계 모형을 개발한다.

Ⅳ. 연구결과 및 논의

1. 미국의 지역사회 간호센터

1) 지역사회 간호센터의 정의

간호사들이 주축으로 운영되는 지역사회의 간호전달 체계 모형을 보면 nursing-center, nurse-managed center, community nursing center, nurse-run clinic, community nursing organization 등 여러 명칭의 간호기관이 있다(Riesch, 1992). 그러나 명칭은 각기 달라도 통칭하여 간호센터라고 할 수 있다. Kos & Rothberg(1981)는 간호센터를 간호사가 운영하는 일차건강(primary care)전달 체계, 혹은 이웃건강센터(neighborhood health center)라고 정의하였다. Lang(1983)은 nursing clinic이란 간호사에 의해 전적으로 관리되는 간호를 환자나 의료소비자들이 제공받는 장소이며 또한 연구와 교육이 실시되는 장소라고 하였다. Lockhart(1995)는 간호센터를 간호사가 주 관리자로서 일차건강(primary care)를 제공하고 의료소비자 간호에 책임을 지는 것이라고 하였다. 간호센터의 정의에서 주요 관점은 다음과 같다(Barger & Rosenfeld, 1993).

- ① 의료소비자는 간호서비스를 직접 접근하여 이용한다.
- ② 간호사는 진단, 치료하고 건강을 증진시키고, 최적으로 기능한다.

- ③ 서비스는 의료소비자 중심이다.
- ④ 서비스는 재정적으로 보상받는다.
- ⑤ 의료소비자에 대한 책임은 간호사에게 있다.
- ⑥ 전반적인 간호센터의 책임은 간호사 실무진에게 있다.

2) 지역사회 간호센터의 유형

현재 미국에 약 250개 정도의 지역사회 간호센터가 있으며 그 유형은 크게 4가지로 분류된다(Riesch, 1992).

- ① community outreach center : 전통적인 공중보건 클리닉과 비슷한 건강센터
- ② 기관 중심의 센터 : 병원이나 대학과 같은 큰 기관의 임무로서 형성된 센터
- ③ 건강증진모형 : 스크린, 교육, 상담, triage, 건강 유지 서비스를 제공하는 센터
- ④ 독자적 간호서비스 : 단지 간호사들만이 임무를 수행하는 센터

간호센터는 빌딩으로서 일정한 장소에 있기도 하지만 세팅으로서 이동할 수도 있는 개념이며 또한 지역사회에서 간호사가 실제로 독자적으로 관리하며 제공하는 서비스의 개념이기도 하다.

3) 지역사회 간호센터의 서비스

지역사회 간호센터에서 제공되는 서비스는 다양하다. 일차건강 간호전문가(primary nurse practitioner)에 의해 제공되는 긴급한 진료와 처치 및 질병관리와 환자 교육, 건강증진, 스크린, 안녕(wellness), 협조적 서비스 등이다.

여러보험 회사에서 재정적으로 보상하여 주는 간호업무와 재정적 보상이 없는 간호업무를 수행하고 있다. 제공되는 서비스의 종류는 간호센터의 구성원, 설비, 재정 규모, 지역, 설립 주체자 등의 특성에 따라 다르지만 일반적으로 제공되는 구체적인 서비스는 다음과 같다(Brown, 1995).

- 질병예방 서비스 : 인간의 생애주기에 따른 예방접종, 자궁경부 암검사, 유방암 검진(mammogram), 혈액지방질 검사 등의 서비스를 제공한다.
- 가족계획 서비스 : 각종의 피임방법을 교육하고 서비스를 제공한다.
- 임신과 관련된 서비스 : 산전관리 및 교육, 산후관리 및 교육, 부모교육, 자녀양육에 대한 서비스를 제공한다.
- 호스피스 : 임종환자를 위한 간호로 가족, 친지, 친구 등과 상담, 등의 서비스를 제공한다.

- 가정간호 : 만성환자, 노인 등을 가정 방문하여 간호를 제공한다.
- 응급처치 : 긴박한 환자에게 엠브런스를 제공하여 수송하고 응급처치를 제공한다.
- 외래 재활 : 기동 장애가 있는 환자나 신체 장애자에게 재활서비스를 제공한다.
- 의료기구 제공 : 환자에게 필요한 의료장비나 기구를 가정에 설치하여 이용할 수 있게 한다.
- 시력과 청력검사 : 일반 건강인을 위한 정기적인 시력과 청력 검사를 제공한다.
- 건강교육 : 생애주기에 따라 필요한 건강교육을 개인별 혹은 그룹으로 교육한다.
- 정신건강과 물질남용 : 정신적 문제가 있는 환자와 알콜중독, 마약, 등의 물질남용자를 위한 심리치료와 상담을 제공한다.

4) 지역사회 간호센터의 인가와 재정

간호센터의 인가는 주 정부와 프로그램에 따라 다양하다(Lockhart, 1995). 병원이나 학교와 연결된 간호센터는 기존의 시설과 설비를 이용하고 인가와 재정도 병원과 연결되어 있어서 문제가 되지 않는다. 워싱턴주는 일차 간호전문가(primary nurse practitioner)와 간호조산사가 처방을 할 수 있는 권한이 있어서 간호센터의 인가도 비교적 쉽다. 그러나 일리노이주는 간호사나 간호조산사에게 처방권을 부여하고 있지 않기 때문에 어려움이 있다. 주 정부로부터 독자적인 인가를 얻는 것은 비교적 어렵고 또한 재정적으로 문제도 있다(Lockhart, 1995).

간호센터의 1990년 일년 예산은 \$1,500에서 \$40,000, 000까지로 범위가 크며 평균 \$222,500이다(Barger & Rosenfeld, 1993). 사회의 부모들의 단체와 연결된 간호센터는 재정적으로 그 단체로부터 지원을 받고 있기 때문에 재정이 빈약하며 그 간호센터의 모금으로 운영되기도 한다. 그러나 간호대학이나 병원과 연결된 간호센터는 그들의 기관으로부터 재정적 지원을 받고 있으며 학생들의 실습지역으로 이용되고 있으며 간호서비스는 무료인 경우가 많다. 전체 센터의 52%는 가정방문기관, 퇴임단체, 병원, 공중보건과 등과 연결되어 있으며 독자적으로 운영되는 센터는 48%이다(Sharp, 1992).

5) 지역사회 간호센터의 운영

Barger & Rosenfeld(1993) 연구에서 지역사회 간호센터의 주 관리자는 간호사이며 간호사가 책임을 맡고 있는 경우가 대부분이었고 인원은 1명에서부터 115명까

지로 다양하며 평균 8명의 간호사를 갖고 있었다. 그러나 3명의 간호사가 있는 간호센터가 비교적 많다. 간호센터의 홍보는 그 센터를 이용한 의료소비자의 표현으로 알려진 경우가 51%, 전문직의 의뢰인 경우가 33%, 광고로 11% 기타 5%를 차지하였다. 지역사회 간호센터 중에서 14%는 24시간 업무를 개설하고 27%는 몇 시간만 개설하고 있으며 23%는 주당 6-7일, 36%는 월요일부터 금요일까지만 업무를 보고 있다(Sharp, 1992).

간호센터의 운영과 관리는 조직적이지 못하고 시장성도 결여된 것으로 평가하고 있으며 간호관리 및 행정체계가 미흡한 실정이다(Lockhart, 1995). Lockhart(1995)의 연구결과에 의하면 지역사회 간호센터가 직면한 문제(issue)를 다음과 같이 열거지를 제시하고 정책, 프로그램, 등의 개선이 필요하다고 주장하였다 :

- ① 지역사회 간호센터는 센터를 유지하는 데 필요한 재정적 기반을 확고히 하기 위하여 광범위한 간호 서비스를 제공할 필요가 있다.
- ② 지역사회 간호센터는 연방 정부와 주 정부의 정책과 보험, 의사들의 저항 등에 의하여 갖고 있는 역량을 충분히 발휘하지 못하고 있다.
- ③ 간호센터가 직면한 여러 제한점은 주로 정책적인 면으로 제공되는 서비스에 재정적 보상을 받지 못하고 있다는 것이다. 그러므로 정책입안에 도전할 필요가 있다.
- ④ 간호사는 더 많은 다양한 의료소비자의 요구를 충족시킬 수 있는 서비스를 제공할 필요가 있다.
- ⑤ 지역사회에 있는 의사와 서로 협력하여 의뢰하고 의뢰 받을 수 있어야 한다.
- ⑥ 간호센터의 시장성을 필수적인 것으로 검토해야 한다.
- ⑦ 의료제공 시장에서 간호센터가 경쟁하여 생존할 수 있는 관리기술이 필요하다.
- ⑧ 간호센터의 규모에 관련하여 일차 진료를 담당할 수 있는 간호사의 인원수가 불충분하여 재정적 수입이 부족하고 불확실하다.
- ⑨ 간호대학에 소속된 간호대학 교수인 경우에 제공되는 간호 서비스에 어떤 보상이 없이 학생실습 지도의 중요한 장소로만 이용되고 있다.
- ⑩ 여러 다양한 간호센터를 비교하기 위한 자원과 연구가 없다.

2. 여성 일차건강 간호전문가(women's primary care nurse practitioner)가 일하는 기관 방문 결과

여성의 일차건강 간호전문가의 역할은 외래에서 10대

소녀에서부터 시작하여 노인 여성까지 일차건강(primary care)을 제공하는 것이다. 그리하여 여성의 생식기 건강상태뿐만 아니라 일반적인 건강상태를 체계적으로 사정하고, 보통 흔하게 발생하는 신체적 심리사회적 건강문제를 진단하고 관리한다. 건강관리의 목적은 건강을 증진, 유지, 회복하는 것이며 여성의 일차건강 간호전문가의 치료적 전략은 자조관리(self care), 위험요인 감소, 건강감시, 스트레스 감소, 영양, 사회적지지, 적절한 대처, 정신적 안녕 등에 관한 것이며 약물치료이다. 그외에 건강상담과 건강교육을 실시한다. 연구자가 방문한 3기관에서 일하는 여성 일차건강 간호전문가의 구체적인 업무의 예를 든다면 가장 흔한 것이 정기적인 건강검진이다. 특히 유방암과 자궁암을 조기발견하기 위하여 전반적인 신체검진, 유방검진, 골반검사, pap smear 등을 실시하고, 자가면역성 결핍증, 크라미디아, 등 성병을 검사한다. 그리고 산전관리, 폐경 증상관리로 호르몬요법, 식이요법, 운동요법 등을 처방하며, 인공유산술을 위한 라미나리아 삽입, 피임법으로 구강피임약을 처방하고 다른 여러 피임법을 제공한다. 그외에 트리코모나스, 모넨리아시스 등의 질염과 자궁경관염을 진단하고 약물치료도 하고 있다.

1) International District Clinic : International Community Health Services

- 목적 : 씨애틀 지역에 있는 아시아 및 태평양 섬에서 온 전 연령층의 이민자를 위한 지역사회 일차 건강진료, 건강교육, 질병예방, 등의 서비스를 제공한다. 영어를 못하는 사람들을 위하여 제공되는 언어가 여러 가지 이다.
- 서비스 :
 - ① Primary Health Care—급성, 만성 질환자의 진단과 치료 및 일반 병원으로 의뢰를 한다. 진단으로 시행되는 검사는 EKG, 혈액, 소변검사 등 간단한 것들이다.
 - ② 건강증진 및 질병예방 서비스—건강유지를 위한 정기적인 평가, 스크린 검사, 예방접종, 가족계획, 산전관리, 산전후 간호, 고위험 영유아관리, 모유 및 영양상담 등이다. 급성 및 당뇨, 고혈압, 간염, 고지혈증 등 만성질환자를 위한 건강교육을 실시한다. Outreach service로 주 정부에서 주관하는 자궁경부암과 유방암을 예방하는 프로그램을 실시하고 있다.
 - ③ 기타—손상후 증후군, 우울증 등의 정신건강과 관련된 심리치료 및 상담, 필요시 가정방문, 치과진료를 실시한다.

- 조직 : 실무책임자(1명), 일차 여성건강 전문간호사(1명), 내과의사(1명), 치과의사(1명), 간호사(2명), 의사보조원(1명), 정신건강전문 간호사(1명), 건강교육자(1명), 약사(1명), 검사소원(1명), 행정업무요원 및 보조원(6명).
- 재정 : 주 정부의 보조금과 모금 및 환자가 지불하는 경비로 운영된다.
- 업무시간 : 월요일부터 금요일까지 오전 8시 30분부터 오후 6시까지
토요일은 8시 30분부터 오후 1시까지

2) Hall Health Primary Care Center, University of Washington

워싱턴 대학에 소속된 학생, 교직원, 지역사회 주민을 대상으로 일차 건강진료 및 급성질환자 진료와 정신건강, 여성건강과 관련된 진료와 상담, 교육, 물리치료, 건강교육 등을 제공한다.

- 서비스 : 여성건강과 관련하여 Women's clinic과 Prenatal clinic이 있다.
- ① Women's clinic—자궁경부암, 유방암 등의 조기발견을 위한 스크린 검사와 정기적인 건강진단과 피임, 임신진단, 간단한 부인과적 질환의 진단과 치료 등을 실시하고 있다. 임신이 된 여성은 간호조산사가 운영하는 산전관리실로 의뢰한다.
- ② Prenatal clinic & Well baby clinic—임산부 관리와 영아의 건강을 관리한다. 그외에,
- ③ Mental health clinic—정신적인 문제가 있는 환자를 위한 개별치료, 그룹치료, 부부치료 등이 있으며 정신과 의사 외에 정신건강 전문간호사, 심리치료사도 담당하고 있다.
- ④ Primary care clinic—primary care team I, II, III 3팀이 있어서 일차 진료를 담당하고 있다. 이 팀에는 일차전문 간호사, 소아과 의사, 간호조산사도 포함된다.
- ⑤ Special clinic—피부진료, 예방접종, 알러지, 주사실, 스포츠의학 클리닉, 연구실, 건강과 관련된 여행 계획 클리닉이 있다.
- ⑥ Acute care clinic—응급을 요하는 환자를 진료하고 있다.
- ⑦ 물리치료실—물리치료사가 견인, 온찜질, 냉찜질, 전기자극 등 물리치료를 제공한다.
- ⑧ 건강교육실—환자와 학생, 교직원을 대상으로 건강증진과 관련된 운동, 영양, 금연, 알콜이나 물질남용

등의 내용과 방법, 기술을 알려준다.

⑨ 검사실과 약국—처방된 검사와 약을 제공한다.

- 조직 : 실무책임자(1명)
Women's clinic에는 여성 일차건강 간호전문가(3명), 의사(2명),
Prenatal clinic에는 간호조산사(2명).
그외 부서에 의사, 간호전문가, 간호사, 물리치료사, 심리치료사, 행정요원, 검사요원 등.
- 재정 : 보험급여와 환자가 지불하는 경비 및 대학의 보조금.
- 업무시간 : 월요일부터 금요일까지 오전 9시부터 오후 6시까지.

3) Young Women's Clinic

- 목적 : 1972년에 설립되어 10대뿐만 아니라 21세까지의 임신부와 배우자 및 그 가족에게 건강한 아기를 출산하고 훌륭한 어머니의 역할을 하도록 서비스를 제공한다.
- 서비스 : 산전관리, 산후관리, 피임방법과 상담, primary care로서 부인과적 진찰, 산후관리, 모유수유 서비스, 출산교실, 부모교실, 다른 의료기관(소아과, 치과 등)에 의뢰.
- 운영 : San Francisco 간호대학의 소속인 3명의 여성 건강 일차 간호전문가와 Mount Zion Medical Center 소속의 영양사 1명, 사회복지사 1명이 시간제로 있다.
- 재정 : San Francisco 간호대학장이 관리 책임자이며 주당 약 20명의 여성들이 크리닉을 방문하고, Medicaid, 또는 California Personal Service Projects로부터 상환(reimbursement)받는다.
- 업무시간 : 일주일에 2회로 화요일(오전 9시-오전 1시)과 목요일(오후 1시-5시)에 각각 4시간씩이다.

3. 조산원 중심의 간호전달체계 모형개발

미국에서 간호사가 관리하는 독자적 간호센터를 기초로 하여 조산사와 가정간호사의 의료인력을 중심으로 국내 조산원을 기반으로 한 간호전달 체계 모형을 개발하고자 한다. 윤순영 등(1998)의 연구에 의하면 가정간호사업은 거주지역을 고려하여 교통시간을 편도 30분이내로 단축하고 가정간호 제공시간은 최대 1시간 정도 하는 것이 가정간호의 효율을 높이는 것이다. 그래서

지역사회 1차 기관인 조산원과 연계하여 가정간호사업을 하는 것이 바람직하다. 그리하여 여성건강과 관련하여 가정간호사업과 연계하여 역할이 확대된 조산원의 목적, 유형과 조직, 서비스, 인가와 재정, 운영을 다음과 같이 제시하고자 한다(그림 1. 참조).

1) 목적

여성의 일차 건강관리(primary care)와 임신부의 산전, 분만, 산후관리를 실시하고 만성질환이 있는 여성을 가정방문을 통하여 간호를 제공한다.

2) 유형과 조직

현재 조산원의 업무는 주로 입원하여 이루어지는 자연분만관리이며 다른 업무는 거의 없는 실정이다. 현재 임부의 산전관리도 미미한 실정이다. 그리고 거의 모든 조산원은 한 명의 조산사가 개업한 단독 조산원이 주류를 차지하고 있기 때문에 서비스가 임신부로 한정되어 있다. 그래서 미국에서 몇 명의 간호사들이 독자적 형태로 일차 간호(primary care) 서비스를 제공하는 유형과 비슷하게 소수의 조산사와 가정간호사가 팀을 구성한 조산원의 유형이 필요하다고 본다. 그리고 가정에서 환자를 돌보는 일은 가족 구성원 중에서 주로 여성들이 담당하고 있다. 그러나 가족 중에 환자를 돌볼 사람이 없는 경우에는 간호 업무 보조원이 가정을 방문하여 조산사나 가정 간호사의 지시대로 환자를 돌보는 일과 가사일 등을 할 수 있는 보조인력이 필요하다. 조산원은 지역사회에 있는 2차 의료기관과 3차 의료기관에서 의뢰 받은 만성 질환자의 가정을 방문하여 간호행위를 수행할 수 있는 간호센터가 되어야 할 것이다.

3) 서비스

조산원을 개업한 조산사가 제공하는 서비스는 주로 임신부의 산전관리, 분만, 산후관리로 국한되어 있으나 가정간호사와 함께 팀을 구성하면 지역사회에 필요한 간호서비스를 제공할 수 있다. 의료법 1조에 명시되어 있는 대로 조산사는 조산과 임부, 해산부, 산욕부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도에 종사하고 있다. 그리하여 임부의 산전관리와 분만관리, 산후관리를 담당하고 있다. 산후관리에서 산모의 가정을 방문하여 모유수유를 하게 하고, 산모와 신생아의 건강을 사정하고 필요한 간호중재를 제공하고 있다. 조산사의 대상자는 현재 거의 임신부로 국한되어 있으나 좀 더 확대된 역할로 조산사는 지역사회에서 15세-49세의 가임여성과 중년, 노년 여성을 대상으로 생식기와 관련된 일차건강 제공자(primary care provider)가 되어야 한다. 여성 생식기

건강과 관련하여 여성 암예방 검사와 교육, 성상담과 피임법 제공과 상담, 월경과 관련된 불편감 완화법, 골다공증 예방법 등을 제공할 수 있다. 가정간호사는 생식기 건강문제와 관련이 없는 여성의 일차 건강 제공자로서 만성질환자인 경우에 가정을 방문하여 간호서비스를 제공한다.

그러하여 지역사회에서 조산사의 가능한 업무는 다음과 같다.

- 산전, 분만, 산후관리, 모유수유, 신생아 간호
 - 여성암 예방관리 : 자궁경부암 검사, 유방검진
 - 청소년과 부부의 성 상담과 교육
 - 피임법 : 자궁내 장치 삽입, 콘돔, 피임약, 등
 - 폐경여성 건강관리, 골다공증 예방, 고혈압 예방, 실금예방, 혈 지방질 검사
 - 월경진후기 불편감 및 월경곤란증 관리, 절임치료
- 가정간호사의 간호진단명과 가정간호 행위별 수가와 관련된 서비스는 다음과 같다.

- 간호진단 영역과 관련된 대상자 :
 - 만성 퇴행성 질환이나 사고로 인한 불구, 불능으로 인한 기동성 또는 기능장애자
 - 만성질환으로 인한 영양 및 배설기능 장애자
 - 심폐기 만성질환이나 통상증상으로 인한 순환 및 호흡장애자
 - 정신 질환자, 약물 및 알코올 중독자, 행동이탈 등의 정신기능 장애자
 - 노약자 등의 건강관리 장애자
 - 건강위협에 대한 대처 및 적응 장애자
 - 암 및 말기 질환자의 임종간호가 필요한 자
- 개별 간호행위 수가와 관련된 서비스 :
 - 상처 및 욕창 관리, 주사 및 투약, 관장 또는 배뇨처치, 배액 및 장루관리, 기관절개간호
 - 침상목욕 및 위생관리, 비강 영양공급, 운동요법
 - 자가소독관리, 감염관리,
 - 동통관리, 검사물 채취 의뢰

4) 인가와 재정

의료법 제 30조에 의해 인가를 받아서 개업하고 있는 조산원을 중심으로 하여 가정간호 사업을 실시하는 경우에 현재의 법 태두리에서 하는 업무는 매우 제한적이지만 앞으로 확대해 나가야 할 것이다. 현재 의료보험 체제에서 조산원은 조산료만 책정되어 있다. 주간예 초산 120,500원(야간과 공휴일, 164,000원), 경산 111,500원(야간과 공휴일, 150,500원), 골반위 만출 143,200원(야간과 공휴일 197,900원)으로 30%는 해산부가 부담

하고 70%는 보험금 급여를 받는다. 그리하여 조산원은 현재 실시되고 있는 가정간호사업과 연계하여 역할을 확대하면서 간호행위 수가를 의료보험 공단에 신청할 수 있도록 되어야 한다. 그러기 위해서는 현재 조산원의 업무로서 조산료로만 한정되어 있는 현 체제를 가정간호와 연결하여 다른 간호행위도 할 수 있도록 법적 제도적 뒷받침이 있어야 할 것이다.

유호신(1994)의 연구에서 우리나라의 가정간호 수가는 현행 의료보험 수가체계 내로 포함시켜야 한다는 전제하에서 가정간호서비스의 특성과 단축기간 동안의 입원 진료서비스 특성을 놓고 상호 유사점과 차이점을 비교하여 상호 유사한 특성을 갖는 내용의 수가는 현행 수가와 동일하게 적용시켜 개별행위료이고 차이점이 있는 내용의 수가는 새롭게 책정하였다. 그리하여 기본적으로 부과되는 방문당 수가인 기본방문료는 기본진료비에 속하여 의료보험 80%, 본인부담 20%로 책정하였고, 현행 의료보험 급여 항목에 적용되는 처치나 검사 투약 서비스를 받은 환자에게는 개별행위료로 역시 본인부담 20%, 의료보험 80%로 책정되어 있다. 가정간호사의 방문시의 교통비는 비보험급여로서 전액 본인이 부담하도록 하였다.

5) 운영

지역사회에서 조산원은 반사회, 책자, 포스터, 등을 이용한 홍보를 통하여 임신부관리뿐만 아니라 여성의 일차 건강관리를 담당하고, 불편감을 해결하고 필요한 건강교육 및 정보를 제공한다.

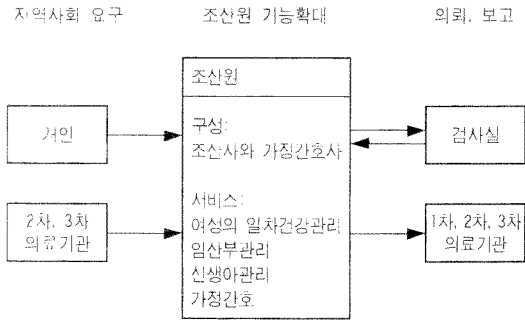
조산원 중심으로 가정간호사업이 실시되는 경우에 국가의 보건의료 전달체계 내에서 2차 의료기관과 3차 의료기관으로부터 의뢰를 받은 환자의 가정을 방문하여 서비스를 제공한다.

지역사회의 요구에 따라 운영시간을 결정하지만 24시간 업무를 개설할 수 있다.

V. 결론 및 제언

여성건강을 위한 간호전달체계 모형을 개발하고자 미국의 지역사회에서 간호사가 일차 건강관리자로서 간호를 제공하는 간호센터에 관한 문헌 분석과 3개의 기관을 방문하여 얻어진 결과를 종합하였다. 지역사회에서 처방권을 갖고 독립적으로 간호서비스를 제공하는 미국 일차건강 간호전문가의 역할을 기초로 하여, 간호조산사로서 국내에서 유일하게 보험급여를 받을 수 있는 요양기관인 조산원을 중심으로 지역사회에서 간호서비스가

〈지역사회와 연계된 조산원의 조직도〉



전달되는 체계를 제안하였다. 즉 기존의 조산업무와 더불어 조산사의 역할 확대로서 여성의 건강증진과 질병 예방에 초점을 둔 간호 서비스를 실시하고 가정간호사도 참여하여 조산원이 위치한 지역사회에 가정간호 서비스를 제공하는 모형이다. 여성의 건강을 위하여 기존의 조산 서비스뿐만 아니라 일차간호를 제공하고 지역사회 가정간호 서비스도 담당하는 확대된 역할을 수행하는 조산원이 되기 위해서는 몇 가지 법적 제도적 구비요건이 필요하다.

첫째, 조산원에 가정간호사가 소속되어 가정간호 서비스를 할 수 있도록 의료법이 수정되어야 한다.

둘째, 의료전달 체제에서 2차, 3차 의료기관은 가정간호 서비스가 필요한 환자를 그 환자의 주거지역과 가까운 조산원으로 의뢰하고, 조산원은 의뢰받은 환자에게 가정간호 서비스를 제공하고 의뢰한 의료기관에 보고하는 체제를 갖추어야 한다.

셋째, 조산사의 역할 확대로 임신부뿐만 아니라 여성의 일차건강관리를 제공할 수 있도록 법적 개정이 있어야 하며, 병리 검사실에 검사물을 의뢰 할 수 있는 제도적 장치가 필요하다.

넷째, 조산원에서 조산료 외에 간호행위에 대한 보험료를 신청할 수 있도록 법적 제도적 수정이 필요하다.

다섯째, 현재 실시되고 있는 조산사의 훈련과정에서 일차건강관리 내용이 보완이 되어야 하며, 석사학위과정에서 간호조산사와 여성 일차건강 간호전문가 배출을 고려해야 한다.

참 고 문 헌

마지막으로 조산원 중심으로 여성의 일차건강 관리와 지역사회의 가정간호를 실시하는 시범 연구사업이 필요하다.

김화중, 윤순녕 (1998). 지역사회간호학, 제6판 개정증보. 서울, 수문사.

김화중, 윤순녕, 전경자 (1999). 학교보건과 간호. 수문사, 41.

남정자, 최정수, 김태정, 계훈방 (1995). 한국인의 보건 의식행태. 1995년도 국민건강 및 보건의식 행태조사, 한국보건사회연구원.

대한간호협회 보건간호사회 (1997). 지역사회 간호업무 지도서.

서울특별시 간호사회 (1998). 가정간호 시범사업보고서.

박인화, 황나미 (1993). 모자보건의 정책과제와 발전방향. 한국 보건사회연구원.

박정은 (1994). 여성발전을 저해하는 보건학적 요인실태. 한국여성개발원.

방 숙 (1996). 우리나라 모자보건의 현황과 발전방향. 한국 모자보건학회 창립기념학술대회.

보건복지부 (1997). 보건복지통계연보.

유호신 (1994). 종합병원의 가정간호시범사업개발 및 기초조사연구. 한국보건사회연구원.

윤병준 (1995). 건강수명 개념에 의거한 한국인의 건강수준에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 보건학 박사학위논문.

윤순녕 (1998). 지역사회의료와 가정간호. p.9-29, 서울특별시 간호사회 편, 1998년도 사업보고서.

윤순녕, 김매자, 서문자, 한경자, 박성애, 박영숙, 하양숙, 김금순, 송미순, 이애주, 박연환 (1998). 지역사회 가정간호사업 운영 효과에 관한 연구. 간호학논문집, 12(1), 97-117, 서울대학교 간호대학.

의료보험관리공단 (1997). '96 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험통계연보.

임난영, 김금순, 김영임, 김귀분, 김시현, 박호란 (1997). 서울시 간호사회 가정간호시범사업 서비스 내용 및 만족도 분석. 대한간호, 36(1), 59-76.

한국여성개발원 (1997). 1997 여성통계연보. 한국여성개발원.

최연순, 조희숙, 장춘자, 최양자, 장순복, 박영숙, 이남희, 조동숙, 이은희 (1999). 제 4판 모성간호학, 여

- 성건강간호학, 수문사.
- 최정수, 남정자, 김태정, 계훈방 (1995). 한국인의 건강과 의료이용실태. 1995년도 국민건강 및 보건의식행태조사, 한국보건사회연구원.
- Abbott, P., & Wallace, C. (박민자 역) (1991). 여성사회학. 경문사.
- Aydelotte, M. K., Barger, S. E., Branstetter, E., Fehringer, R. J., Lindgren, K., Lundeen, S., McDaniel, S., & Riesch, S. K. (1987). The nursing center : concept and design. Kansas City, MO: American Nurses' Association.
- Barger, S., & Rosenfeld, P. (1993). Models in community health care : Findings from a national study of community nursing centers. Nursing & Health Care, 14(8), 426-431.
- Bills, S. S. (1984). Women's Center brings health promotion, clinical services into full partnership. Promoting Health, 5(6), 1-3.
- Brown, N. D. (1995). Health reform and the role of nursing centers, In B. Murphy(Ed.), Nursing centers : The time is now, New York: National League for Nursing.
- Bruce, J. (1981). Women-oriented health care : New Hampshire Feminist Health Center. Studies in Family Planning, 12(10), 353-363.
- Dan, A. J.(editor) (1994). Reframing Women's Health, Multidisciplinary research and practice. Sage.
- Griffith-Kenny, J.(editor) (1986). Contemporary Women's Health. Addison-Wesley.
- Henry, J. K. (1997). Community Nursing Centers : Models of Nurse Managed Care. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 26(2), 224-228.
- Fogel, C. I., & Woods, N. F. (1995). Women's Health, Sage.
- Kos, B., & Rothberg, J. (1981). Evaluationa of a freestanding nurse clinic. In L. Aiken(Ed.), Health Policy and Nursing Practice. New York : McGraw-Hill.
- Lang, N. M. (1983). Nurse-managed centers : Will they thrive? American Journal of Nursing, 83(9), 1290-1293.
- Lockhart, C. A. (1995). Community nursing centers : An analysis of status and needs. In B. Murphy(Ed.), Nursing centers : The time is now, New York: National League for Nursing.
- Moss, K. L., (editor) (1996). Man-Made Medicine : Women's health, public policy, and reform, Duke University Press, Durham and London, 79-97.
- National League for Nursing (1989). Nursing Centers : Meeting the Demand for Quality Health Care, New York, National League for Nursing.
- National League for Nursing (1992). Community nursing centers : A promising new trend in American health care. New York: Author. in Henry, J. K. (1997). Community Nursing Centers : Models of Nurse Managed Care. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 26(2), 224-228.
- Phillips, D. L., & Steel, J. E. (1994). Factors influencing scope of practice in nursing centers. Journal Professional Nursing, 10(2), 84-90.
- Richardson, D., & Robinson, V.,(Editor) (1993). Introducing Women's Studies : Feminist theory and practice, Hong Kong, Macmillan.
- Riesch, S. K. (1992). Nursing centers : An analysis of the anecdotal literature. Journal of Professional Nursing, 8(1), 16-25.
- Rosser, S. V. (1994). Women's Health-missing from U. S. medicine, Indiana University Press.
- Sharp, C. L. (1992). Establishing a women's center. Nursing Management, 23(8), 65-66.
- Taylor, D. L., & Woods, N. F. (1996). Changing women's health, changing nursing practice. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 25(9), 791-802.
- Ward, Debbie (1995). Women and health care. p. 111, Woods.
- Writing group of the 1996 AAN Expert Panel on Women's Health (1997). Women's health and women's health care : recommendations of the 1996 AAN expert panel on women's health. Nursing Outlook 45, 7-15.

Woods, N. F., & Shaver, J. F. (1992). The evolutionary spiral of a specialized center for women's health research, *Image : Journal of Nursing Scholarship*, 24(3), 223-228.

— Abstract —

Key concept : Women's health, Nurse-midwifery clinic, Nursing care system

Model Development of Nursing Care System for Women's Health : Based on Nurse-Midwifery Clinic

*Park, Young Sook**

The purposes of the study are to analyze the community nursing center in U.S.A. and to develop the model of nursing care system based on nurse-midwifery clinic in community for women's health in Korea.

1. In America nursing center is defined as nurse-anchored system of primary care delivery or neighborhood health center. Nursing centers are identified the following four types: (1) community outreach centers, which are similar to traditional public health clinics; (2) institutional-based centers following the mission of a large institution, such as a hospital or university; (3) wellness/health promotion centers, which offer screening, education, counseling, triage, and health maintenance services; and (4) independent practice. Nursing centers are a concept of services provided by nurses in practice arrangements in a community.

Nursing centers offer a variety of services, ranging from primary care provided by advanced practice nurses with medical acute care/illness management and nursing care to the more traditional education, health promotion, screening wellness and coordination services. Some services, such as the care provided by advanced practice nurses are reimbursed under various insurance plan in some instances and states, where as others, such as pre-

ventive and educational services, are not. Thus, lack of reimbursement has threatened the survival of some centers.

Licensing of nursing centers varies by state and program and accreditation of nursing centers is also limited. 52% of centers are affiliated with another facility and 48% are freestanding centers. The number of registered nurse at the nursing centers ranges from just one to 115, with a mean of eight RNs per agency and a median of three. Nursing centers availability varies : 14% are open 24 hours, 27% have variable short hours, 23% are open 6-7 days per week, and 36% are open Monday-Friday.

As the result of my visiting three health centers in Seattle and San Francisco, the women's primary care nurse practitioners focus on a systematic and comprehensive assessment of the health status of women and diagnosis and management of common physical and psychosocial health concerns of women in ambulatory settings. Therapeutic nursing strategies are directed toward self-care, risk reduction, health surveillance, stress reduction, healthy nutrition, social support, healthy coping, psychological well-being, and pharmacological therapy. They function as primary care providers for the wellness and illness care of women from adolescence through the older adult years and pregnant families.

2. In Korea a nurse-midwife practices independently for pregnant women's health including childbearing family at her own clinic in community. Her services are reimbursed under national health insurance but they are not paid on a fee-for-service schedule covering items.

Analyzing the nursing centers in America, I suggest that nurse-midwifery clinics offer primary care for women and home care for chronic ill patients. The health law and health insurance policy should be revised in order to expand nurse-midwife's and home care nurse's roles at nurse-midwifery clinic.

* Professor, College of Nursing, Seoul National University