

방문간호사업에 대한 대상자의 인식에 관한 연구

민 영 선* · 정 연 강** · 한 승 의***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리 나라의 보건의료전달체계는 전 국민의 의료보험 실시, 진료권설정 등 제도가 정착되면서 치료 지향적 민간보건의료서비스가 개발, 확장되어 왔으며 그 결과로 공공의료 : 민간의료가 69(12.1%) : 503(87.9%)로 민간보건의료기관이 월등히 우세하다(문옥륜, 1991). 그러나 보건의료시장의 특성상 소비자의 무지와 약한 위치 때문에 민간의료로의 지나친 집중은 과잉진료나 부당진료를 초래할 수 있고 또한 자유기업형 의료체계에 의해 모든 건강문제가 해결된다고 보기도 어렵다. 그러므로 공공보건부문의 활성화로 민간의료기관이 담당하기 어려운 분야를 맡아주고 또한 민간보건의료기관에 견제력으로 작용해줌으로써 시민의 건강권을 보장해야 하는 것이 공공보건기관의 역할이라 할 수 있다(김화중, 1995).

그런데 우리 나라 공공의료의 실천기관인 보건소는 1963년에 결핵사업, 모자보건사업, 가족계획사업을 중점사업으로 시작한 후 30년이 지난 지금에 와서도, 변화되고 있는 주민들의 건강요구는 반영하지 못한 채 하향적인 보건계획에 의해 특수보건사업의 형태를 유지하여 왔다는 문제점이 지적되고 있다(정연강 외, 1994).

그러므로 민간의료부문에 비해 상대적으로 열악한 보건부문을 활성화시켜 주민의 건강권을 보장하기 방안이

필요하게 되었으며 그 방안의 하나로 보건소를 중심으로 지역방문간호사업을 실시하게 되었다(김화중, 1995).

보건소 중심 방문간호사업의 실시배경으로는 만성퇴행성질환으로의 질병양상변화, 인구노령화에 따른 노인유병인구의 증가, 여성의 사회진출 및 핵가족화로 인한 가정 내 간호인력의 부족, 생활수준향상에 따른 건강관리 요구증가 등에 따른 여러 가지 보건의료문제를 해결하기 위한 대안으로 공공보건기관에서의 방문간호사업이 대두되었다(김화중, 1995).

정부에서는 최근의 방문간호요구에 부응하기 위하여 지역보건법(1995.12)과 건강증진법(1995.9)을 제정하여 포괄적인 보건의료서비스개발을 제도적으로 뒷받침하였으며(정연강 외, 1994) 서울시에서도 공공의료부문의 활성화를 위한 전략으로 1991년부터 5개구에 지역보건과를 설치하여 방문간호사업을 전담하게 하고 있으며 1995년에는 전구(25개구)로 확대실시하고 있다.

방문간호사업은, 연속적인 보건의료전달체계의 한부분으로 지역사회의 상황 및 특성에 따라 다양한 지역주민의 요구에 적합한 포괄적인 보건의료서비스를 가족중심으로 제공함으로써 지역주민의 건강을 증진시키고자 실시하는 하나의 보건의료제도이며 방문간호사업이란 명칭은 공공보건기관의 지역보건과 또는 보건지도계의 소속 간호사가 가정을 방문하여 간호서비스를 제공하는 경우에 사용한다(가족보건사업계획, 1999).

방문간호사업은 의료취약계층인 생활보호대상자 및 저

* 관악구 보건소
** 중앙대학교 의과대학 교수
*** 중앙대학교 시간강사

소득주민을 비롯하여 건강문제를 가진 주민을 방문하여 상담 및 교육활동을 통해 상당한 보건문제를 현장에서 해결하며 적절한 의료이용의 안내자가 되기도 하고 건강 증진, 질병예방, 치료, 재활과 관련된 건강관리지식을 종합적으로 제공해주며, 건강과 관련된 애로사항에 대한 연계서비스를 통해 문제를 해결해주시기도 한다. 또한 앉아서 기다리는 방식이 아닌 집으로 찾아 나서는 방식이기 때문에 주민의 보건의료에 대한 접근성을 획기적으로 높여준다 할 수 있다(김용익, 1993).

그런데 방문간호의 현장에서 진행되는 대상자-간호사 간에 이루어지는 살아있는 간호활동은 단기간에 눈에 보이는 객관적 결과나 수학적 수치로 측정되기 어려운 점이 있으므로, 이로 인해 방문간호사업의 효과를 증명하기 어려운 점이 있어 저소득주민을 위한 자선적, 소비적 사업으로 인식되는 경향이 있다. 그러므로 방문간호 사업의 긍정적, 부정적 영향을 알아보기 위한 다방면의 연구를 통해 방문간호사업의 효과와 문제점을 파악하고 사업의 방향을 제시할 필요가 있다 하겠다.

지금까지 방문간호에 대한 연구는 연구자의 조작적(Operational)도구를 사용하여 대상자의 만족도를 측정하는 연구(이영애, 1994)와, 방문간호사업의 의료비감소라는 경제적 측면에서의 객관적 효과를 측정하는 연구(신형식, 1992)와 대상자의 건강문제실태와 간호활동실태에 대한 조사연구들(김영자, 1992; 임은선, 1996; 고미자, 1995; 박미영, 1997)로; 대상자 자신이 방문간호에 대해 어떠한 주관적 인식유형을 가지고 있는가에 대한 연구는 발견할 수 없었다.

본 연구에서 사용하고자 하는 Q-연구방법은 1930년대 윌리엄 스티븐슨(William Stephenson)이 창안한 인간행동연구에 대한 새로운 접근방법으로 인간의 가치나 태도, 신념 등과 같은 주관성을 측정하기에 유용하며, 연구자가 '외부로부터 설명'하는 방법이 아니라 행위자의 관점에서 출발하여 '내부로부터 이해'하는 접근방법이다(김홍규, 1991).

그동안 양적 방법의 연구는 많았으나 질적으로 연구되지 못한 간호현상의 주관적 측면의 영향을 과학적인 연구방법인 Q-방법론을 이용하여 설명함으로써 조사연구 및 실험연구로는 충분히 설명되지 못했던 방문간호사업의 영향을 밝히고 미래지향적 사업의 방향을 제시하고자 본 연구를 시도하게 되었다.

2. 연구 목적

본 연구에서는 방문간호서비스를 받은 대상자들이 방문간호에 대해 가지는 주관성유형을 분류하여 그 주관성 구조를 분석함으로써 방문간호사업을 효율적으로 제공하기 위한 기초자료를 제공하고자 함이다.

이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- (1) 방문간호사업에 대한 대상자의 인식을 구조적 특성에 따라 분류한다.
- (2) 방문간호사업에 대한 대상자의 인식을 유형별로 특성을 기술하고 설명한다.
- (3) 방문간호사업에 대한 대상자의 인식을 유형별로 분석하여 명명한다.

II. 문헌 고찰

1. 방문간호사업

방문간호사업이란, 국민 누구나 포괄적 보건의료에 대해 형평성과 동등한 접근도를 유지하여 질적인 삶을 유지하고 궁극적으로는 복지사회를 실현하고자 하는 하나의 보건의료제도이며(가족보건사업계획, 1999), 방문간호사업의 목적은 지역사회의 상황 및 특성에 맞추어 지역주민의 건강욕구를 해결하기 위하여 공공보건인력이 대상자의 가정을 방문하여 일차적으로 가족을 단위로 포괄적인 보건의료서비스를 제공하는데 있다. 또한 대상자를 조기 발견하여 질병예방은 물론 질병이환 감소, 조기 사망감소, 건강수준 향상을 도모하여 궁극적으로는 건강수명연장, 삶의 질 향상을 이루어 건강한 지역사회를 조성하는데 있다(방문보건사업안내, 2000).

먼저 공공보건의료기관인 보건소의 새로운 사업방향으로 방문간호사업이 대두된 배경을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 질병양상의 변화로 1970년대 후반이후부터 급성전염성질환은 현저히 감소하고 만성퇴행성질환이 증가하고 있다(사망원인통계연보, 1998).

둘째, 노인인구의 증가로 1999년 현재 우리나라의 65세 이상 노인인구는 6.8%를 넘고 있으며 계속 증가하여 2020년에는 선진국과 같은 13.2%를 육박하리라는 전망이다. 평균연령도 90년대의 69세에서 2020년에는 78.1세로 예측되어 노령화사회로 급속히 진행되고 있음을 알 수 있다(통계청, 1996).

셋째, 산업화와 핵가족화, 여성의 사회진출증가로 방문간호사업의 필요성이 증가되고 있다(황인수, 1995).

넷째, 전국민의료보험의 실시로 기인된 치료요구의 폭 등 및 종합병원선호경향은 의료비의 상승과 장기입원으로 인한 병상부족의 문제를 야기하고 있다.

다섯째, 생활수준의 향상으로 삶의 질과 건강관리에 대한 관심이 증가되고 있으나 우리 나라의 의료체계는 치료 지향적인 병원서비스중심으로 제공되고 있으므로 건강증진 및 예방적 차원의 건강관리서비스를 위한 공공보건기관의 사업이 필요하게 되었다.

여섯째, 우리 나라 보건의료전달체계의 연속성 부족 등을 들 수 있다(방문간호사업지침, 2000).

이 같은 여러 가지 이유로 1991년부터 시범사업을 거쳐 방문간호사업이 도입되었으며 1995년 9월 건강증진법과 1995년 12월 지역보건법의 제정으로 지방자치단체를 기본단위로 하는 포괄적 보건의료서비스의 제공이 제도적으로 뒷받침되면서 본격적인 방문간호사업이 시작되었다.

방문간호사업의 구체적 역할은 첫째, 질병으로부터 보호하고 건강을 유지 증진시킴으로써 건강한 가정을 유도하고 둘째, 지역주민의 접근이 용이한 의료서비스 및 상담을 제공하며 셋째, 대상자에게 포괄적인 보건의료를 제공하며 넷째, 의료보험 이용의 급증에 따른 의료보험 재정의 악화는 물론 의료비 부담을 감소시켜 주며 다섯째, 성인병과 안전사고 예방을 위한 보건교육을 실시하고 또한, 지역주민의 건강문제 중 의료만으로 해결되지 않는 환경과 생활양식 등 관련된 모든 문제요인들의 해결을 돕는 것이다(서울시, 1996).

서울시의 방문간호사업은 먼저 1991년에 서울시의 도봉, 중랑, 성동, 구로, 관악의 5개구 보건소에 전담 부서인 지역보건과가 설치되면서 방문간호사업과 이동진료를 전담하였다. 그 후 1995년에는 서울시의 자치구가 25개로 늘어나면서 금천, 광진, 강북구에 지역보건과가 추가 설치되어 총 5개구에 전담 부서를 두게 되었고 나머지 17개구의 경우는 보건지도과에서 방문간호사업을 겸하게 되면서 본격적으로 확대되었다.

서울시에서도 사업초기에는 방문간호 대상자를 생활보호대상자 및 저소득주민, 기타 보건소장이 인정하는 자로 하였다. 그러나 1996년도 부터는 원칙적으로 방문간호서비스제공이 필요한 모든 대상자로 그 범위를 더욱 확대해 놓고 있다. 저소득층만이 이용하는 공공의료로 인식될 가능성이 있으며 또한 형평성 및 포괄성의 기본 원칙에 어긋난다는 취지 때문이다. 그리하여 방문간호사업의 대상 및 범위는 해당지역의 전 지역주민을 대상으로 포괄적인 보건의료서비스를 제공하는 것을 원칙으로

하지만 지역여건에 맞게 자체조정하여 방문간호요구가 높다고 판단되는 저소득가속에 우선 순위를 두고 중점관리대상과 일반관리대상으로 구분하여 관리 하도록 하고 있다(방문보건사업안내, 2000).

방문간호와 관련한 선행연구를 고찰해보면 이영애는(1994)의 연구에서는 방문간호수행과 대상자들의 만족도와와의 관계를 평가하였는데 방문간호의 지지에 대한 만족정도는 83%, 불만족도는 11%였으며, 대상자의 대부분이 경제적 여유가 없기 때문에 병의원 이용을 자주 못하고 증세가 심할 때만 치료를 받았으며 생계유지가 우선적이었다고 하였다. 방문간호수행에 대한 만족정도는 대체로 높은 만족도를 보였으며 특히 간호사의 태도에 대한 만족도는 4.77로 가장 높았다.

황인수(1995)의 연구에서는 공공보건의료기관에서 제공하는 방문보건서비스가 노인들의 의료요구도 및 의료이용을 감소시켰고 신체활동도, 생활만족도, 사회지도 측면에서 긍정적인 효과를 나타내었으며 특히 70세이상 연령군, 여자, 비흡연군에서 그 효과가 뚜렷하였다고 하였다.

김인선(1997)은 방문간호사업현황이 환자의 추후관리와 주민을 대상으로 하는 특수사업에서는 잘되고 있다 하였으나, 타기관과의 연계망형성, 방문간호사업에 대한 주민참여, 전산화에서는 부진하다고 하였으며, 김영리(1995)의 연구에서는 우리나라 방문보건사업의 문제점으로 타사업간의 연계성부족, 지역방문보건사업담당자와 기타보건의료인력간의 협조 부족 등을 지적하였다.

방문간호사의 방문빈도를 양적, 질적을 평가하고 있는 고미자(1995)의 연구에서는 방문간호사의 방문빈도가 5년간 평균 10.84회로 연평균 세대별 2회이상 방문하였으며 관리기간이 길고, 무허가산동네에 사는 가구에 대한 방문횟수가 더 많았으며 환자수가 많을수록, 건강문제가 심각할수록 방문빈도가 높아졌다고 하였다.

한편 신형식(1992)은 방문간호사업의 경제적 효과를 분석한 연구에서 방문간호대상환자가 의원급 외래의료기관을 이용했을 때 예상되는 수진료보다 방문간호사업에 투입된 비용이 더 큰 것으로 나타났기 때문에 방문간호사업에 투입된 비용을 줄이고 사업실적을 높이는 방향으로 사업이 개선되어야 한다고 하였다.

이상의 문헌과 선행연구 고찰 결과 의료취약계층인 저소득주민뿐 아니라 노인인구 및 건강관리요구를 가진 일반주민까지 포괄하는 방문간호사업의 확대를 통해 우리나라 보건의료상의 많은 문제들을 해결해나갈 것으로 전

망되나 현실적으로는 인력과 예산과 조직의 한계로 인해 충분한 서비스가 제공되지 못하고 있으며 저소득주민을 위한 수혜적 측면의 의료서비스정도로 인식되고 있는 실정이다.

그러므로 방문간호사업에 대한 인식전환과 질적인 서비스개발 및 제공을 통해 공공보건의료부문의 활성화를 도모함으로써, 소비 지향적 의료서비스가 아닌 예방과 재활 및 건강증진차원의 보건의료서비스를 제공할 수 있도록 공공보건기관에서의 방문간호사업활성화 방안을 모색해야 하겠으며 방문간호사업의 효과에 대한 여러 측면의 연구가 이루어져야 할 것이다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 방문간호사업 수혜자를 대상으로 Q방법론을 적용하여 그들이 인식하는 방문간호사업에 대한 주관성을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

연구를 위해 심층면담, 문헌고찰, 토의과정을 거쳐 방문간호서비스에 대한 Q진술문을 추출하였으며 이를 바탕으로 Q표본선정, 대상자의 주관성구조를 알아보기 위한 Q분류후, Quanl프로그램을 이용한 통계분석을 거쳐 유형을 분리하였으며, 분리된 유형을 분석하여 대상자의 주관성유형을 파악하였다.

2. 연구과정 및 연구절차

제 1 단계

Q표본의 선정
1. Q모집단(Concourse)의 구성 <ul style="list-style-type: none"> 방문간호와 관련된 문헌과 선행연구를 통해 진술문추출 방문간호사업담당자, 방문간호수혜자, 일반주민, 의사, 사회복지사를 대상으로 '방문간호에 대해 어떻게 생각하십니까?' 질문을 사용한 심층면담 및 서면조사로 진술문추출 총 206개의 진술문으로 Q모집단을 구성함
2. Q표본의 선정 <ul style="list-style-type: none"> 유사한 내용별로 분류하여 내용의 중복여부와 의미파악의 용이성을 고려하여 여러번 반복하여 읽으면서 수정하여 최종적으로 33개의 진술문을 선정 방문간호수혜자들의 특성상, 저소득, 저학력자, 고령임을 고려하여 대상자 5명으로 하여금 진술문을 쉽게 이해할 수 있는지를 확인한 후 진술문을 수정하였다.
3. Q카드(8×6cm)와 카드배열판 준비



제 2 단계

P표본의 선정
방문간호 수혜자 32명을 편의 표집방법으로 선정



제 3 단계

Q-분류
1. 준비된 카드배열판을 이용하여 33개의 진술문카드를 9점 척도상에 강제 정규분포 방식에 따라 분류하도록 함. 2. 양극단에 분류한 카드와 관련하여 선택이유에 대한 설명 기록



제 4 단계

자료의 처리 및 분석
1. PC-QUANL 프로그램에 맞는 data file의 작성 2. Q-factor analysis

〈그림 1〉 연구의 절차 및 과정

3. 표집방법

(1) Q표본의 표집방법(Q-sampling method)

① Q-모집단의 구성(Q-population)

본 연구에서는 방문간호수혜자들이 방문간호서비스를 경험하면서 형성하게 된 주관적 태도, 인식, 의견들을 표현한 Q모집단을 얻기 위해 먼저 관련된 문헌과 선행연구를 통해 진술문을 추출하였으며 방문간호사업담당자 9명, 방문간호수혜자 20명, 일반주민 15명, 의사 4명, 사회복지사 5명을 대상으로 '방문간호에 대해 어떻게 생각하십니까?'라는 질문을 사용한 심층면담 및 서면조사로 2000년 3월 10일부터 3월 25일까지 수집하였으며 총 206개의 진술문을 추출하여 Q모집단을 구성하였다.

② Q-표본의 선정(Q-sample)

206개의 진술문을 유사한 내용별로 분류하여, 내용의 중복여부와 의미파악의 용이성을 고려하여 여러번 반복하여 읽으면서 수정하였고 각 범주에서 대표적인 진술문을 추출하여 최종적으로 33개의 진술문을 선정하였다(표 1 참조).

〈표 2〉 Q-분류의 점수

	(-4)	(-3)	(-2)	(-1)	(0)	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)
점 수	1	2	3	4	5	6	7	8	9
카드수	2	3	4	5	5	5	4	3	2

작성된 data file의 자료분석은 PC Quani Program을 사용하여 처리하였으며 Q-요인분석 및 주요인 분석(Principal Component Analysis)방법을 이용하였다.

가장 이상적인 요인의 수를 결정하기 위해 Eigen Value 1.0이상을 기준으로 선택하였으며 그 결과 3개의 유형(Type)으로 구분하였다.

IV. 결과 및 고찰

1. Q-유형의 형성

방문간호대상자의 방문간호 인식에 대한 주관성을 Q-요인분석(Q-factor analysis)한 결과 3개의 유형으로 나타났다. 이와 같은 Q 유형은 방문간호에 대한 같은 의견이나 생각, 태도를 가진 대상자들로 묶여지기 때문에 각 유형 하나 하나를 고찰해보므로써 각각의 특성을 설명하고 이해할 수 있게 된다.

분석결과 나타난 3개의 유형은 전체 변량의 51.7%를 설명하고 있으며, 각각의 유형별 설명력을 보면 제1유형이 30.1%, 제2유형이 14.7%, 제3유형은 6.8%로 나타났다. 제1유형은 30.1%의 설명력을 가지므로 방문간호에 대한 인식을 가장 많이 설명하는 유형이라고 볼 수

있다(표 3 참조).

〈표 3〉 유형별 Eigen Value와 변량의 백분율

	유형1	유형2	유형3
아이겐치	8.7363	4.2627	1.9908
변량의 %	.3013	.1470	.0686
누적빈도	.3013	.4482	.5169

분류된 세 유형간의 상관관계는 〈표 4〉와 같이 제1유형과 제2유형과의 상관관계는 .239이며 제1유형과 제3유형의 상관관계는 .505이고 제2유형과 제3유형의 상관관계는 .365로 나타났다.

〈표 4〉 각 유형간의 상관관계

	유형1	유형2	유형3
유형1	1.000		
유형2	.239	1.000	
유형3	.505	.365	1.000

이들 각 유형에 분류된 방문간호대상자들의 인구사회학적 특성과 인자 가중치(factor weight)는 〈표 5〉와 같다. 각각의 유형내에서 인자가중치가 높은 사람일수록

〈표 5〉 인구사회학적 특성과 인자 가중치(factor weight)

유형	순위	대상자 번호	성별	연령	교육 정도	결혼 상태	가족 형태	생활보호 종류	직업	건강 상태	인자 가중치
1	1	3	여	73	무학	사별	독거	2중	무직	관절염	2.3395
	2	20	여	54	국졸	미혼	독거	1중	무직	고혈압	1.9221
	3	25	여	77	무학	미혼	독거	1중	무직	고혈압	1.3842
	4	13	남	82	고졸	사별	독거	1중	무직	당뇨	1.3483
	5	19	남	51	국졸	이혼	부자가정	1중	무직	간암	1.2554
	6	5	여	46	국졸	사별	모자가정	2중	일용직	우울증	1.0656
	7	15	여	72	전문대	미혼	독거	1중	일용직	관절염	.8279
	8	1	여	42	중졸	기혼	완전가족	2중	무직	소아마비	.7459
	9	23	남	41	중졸	기혼	완전가족	2중	무직	신부전	.7367
	10	29	남	78	중중퇴	이혼	독거	1중	무직	고혈압	.6286
	11	2	남	62	국졸	사별	부자가정	2중	일용직	빈혈	.5424

〈표 5〉 인구사회학적 특성과 인자 가중치(factor weight)〈계속〉

유형	순위	대상자 번호	성별	연령	교육 정도	결혼 상태	가족 형태	생활보호 종류	직업	건강 상태	인 자 가중치
2	1	10	여	24	고졸	기혼	완전가족	2종	무직	지체장애	2.4790
	2	26	여	44	중졸	사별	모자가정	1종	서비스직	쇠약함	1.1707
	3	22	남	26	고졸	기혼	완전가족	2종	사무직	청각,언어장애	1.5996
	4	8	남	48	중졸	기혼	완전가족	2종	일용직	요통	1.2818
	5	11	여	68	국졸	사별	독거	1종	무직	고혈압	1.2370
	6	24	여	38	고졸	기혼	완전가족	2종	일용직	양호	1.1852
	7	14	여	74	무학	사별	독거	1종	일용직	고혈압	.9930
	8	21	남	43	고졸	이혼	독거	2종	무직	척수손상	.9848
	9	18	여	60	고졸	미혼	독거	1종	무직	류마티스관절	.8829
	10	16	여	38	국졸	사별	모자가정	2종	일용직	관절염	.8076
	11	4	남	53	중졸	미혼	동거	1종	일용직	결핵,천식	.5477
3	1	12	남	38	전문대	미혼	의탁거주	1종	무직	지체장애	1.2388
	2	27	남	46	무학	기혼	완전가족	2종	무직	양호	1.1510
	3	6	남	37	대졸	기혼	완전가족	2종	무직	양호	.9112
	4	7	여	37	대졸	기혼	완전가족	2종	무직	양호	.8900
	5	17	여	51	국졸	이혼	모자가정	2종	일용직	위염	.8735
	6	9	여	44	국졸	기혼	완전가족	2종	무직	신장질환	.8329
	7	28	여	39	국졸	기혼	완전가족	2종	무직	양호	.4441

그가 속한 유형을 대표할 수 있는 전형적인 사람임을 나타낸다. 연구 대상자 29명은 제1유형이 11명, 제2유형이 11명, 제3유형이 7명으로 분할되어 나타났다.

2. 유형별 분석

방문간호대상자의 방문간호에 대한 인식유형 분석은 다음과 같은 과정으로 진행되었다.

- 1) 각 유형에 속한 방문간호대상자들이 긍정적 혹은 부정적 동의를 높게 보인 진술항목들을 중심으로 유형별 특성을 기술하였고, 다른 유형에 비해 높거나 낮게 동의한 진술문을 참고로 설명하였다.
- 2) 각 유형의 특성을 보다 잘 드러내 보이기 위해 P-표본으로 표집된 방문간호 대상자들이 적극긍정(+4)과 적극부정(-4)으로 분류한 진술문을 선택한 이유를 기술하였으며 대상자들의 인구사회학적 배경도 참조하였다.
- 3) 각 유형의 특성을 함축적인 의미로 나타내는 유형의 명명은 분석한 내용을 토대로 지도교수와의 논의를 거쳐 명명하였다.

이와 같은 유형분석방법에 의해 산출된 3개의 유형은 다음과 같다.

(1) 제 1유형(긍정적 수용형)

제 1유형에 속한 방문간호수혜자는 모두 11명으로 이들의 인구사회학적 특성은 〈표 5〉와 같다. 인구사회학적 측면에서 제1유형의 두드러진 특징은 65세이상 노인 7명중 6명이 1유형에 속하고 있어 노인의 비율이 가장 높았으며 가족형태로 볼 때 독거세대 10세대중 6세대가 이 유형에 속하고 있어 혼자 사는 가구비율도 가장 높았다. 건강상태는 1유형에 속하는 11명중 6명이 만성퇴행성 질환에 이환되어 있었다(표 5 참조).

이러한 점에서 제 1유형에 속하는 대상자들은 방문간호서비스에 대해 고마움을 느끼고 있었고 간호사를 전문인으로 인식하였으며 가정에서 의료인을 만날 수 있는 편리성과 보건교육의 유용성을 긍정함으로써 방문간호에 대한 긍정적 인식을 가지고 있음을 알 수 있다. 그리고 전시효과를 노리는 사업이란 진술문과 실질적 효과가 없다는 항목을 가장 부정함으로써 방문간호사업의 효과에 대해서도 긍정적으로 인식하고 있음을 알 수 있다.

그리고 제 1유형에 속하는 대상자들은 타 유형에 속하는 대상자에 비해 방문간호사의 전문성에 강한 긍정을 나타내었고 방문간호서비스의 효과에 대해서도 타 유형보다 강한 긍정을 나타내고 있었다.

이상의 진술들을 분석해 보면 제 1유형에 속하는 방문간호대상자들은 방문간호서비스를 제공받는 것에 대해 고마워하는 태도를 가지고 있으며 방문간호서비스를 유

〈표 6〉 제 1유형이 강하게 긍정하거나 부정한 진술문

진술문	표준점수
24. 나를 찾아와 주는 것을 고맙게 생각한다.	1.91
26. 방문간호사는 전문인이다.	1.57
28. 내 집에서 건강을 돌볼 수 있어 편리하고 편안하다.	1.47
22. 내 건강을 돌보는데 방문간호사의 보건교육이 도움이 되었다.	1.47
27. 방문간호사는 친절하다.	1.24
19. 영양주사나 간단한 치료도 해주었으면 좋겠다.	1.11
31. 내 힘으로 해결하기 어려운 건강문제는 방문간호사와 상담하겠다.	.98
25. 나는 방문간호사를 믿고 하라는데로 따르려고 노력한다.	.91
5. 방문간호사는 언제나 바빠서 무엇을 부탁하기 어렵다.	- .91
12. 전문적 의료가 미흡하므로 각분야의 전문인을 참여시켜야 한다.	- .96
32. 보건소의 방문간호서비스와 병원의 치료서비스가 서로 협조하고 상호 의뢰한다	-1.10
10. 내 가정을 방문간호사에게 보이는 것이 부담스럽고 싫다.	-1.74
4. 방문간호서비스는 실질적인 효과가 없다.	-1.81
3. 공공기관에서 하는 사업이므로 외부에 보이기 위한 전시사업이다.	-1.81

용하고 편리하게 느끼고 있었고 방문간호사의 전문성과 사업의 효과에 대해서도 긍정적 태도를 가지고 있음을 알 수 있다. 이 같은 결과는 방문간호수행과 대상자들의 만족도를 평가한 이영애(1994)의 연구에서 방문간호에 대한 만족정도는 83%였으며 방문간호수행에 대한 만족정도는 5점척도에서 직접간호 4.09, 안내 및 지도 4.38, 보호와 지지 4.28, 환경제공 4.07, 교육 4.25로 대체로 높은 만족도를 보였다는 연구결과와 공공보건의료기관에서 제공하는 방문보건서비스의 효과를 평가한 황인수(1995)의 연구에서 방문간호서비스의 제공을 통해 노인들의 신체활동도, 생활만족도, 사회지도도 측면에서 긍정적인 효과가 뚜렷하였다는 연구결과와 일치함을 보이고 있다.

이처럼 제 1유형에 속하는 대상자들은 방문간호사업에 만족하고 있으며 방문간호사업에 대해서도 긍정적, 적극적으로 수용하고 있음을 알 수 있었다. 그러므로 이

와 같은 특성을 지닌 제 1유형을 '긍정적 수용형'이라고 명명하였다(표 6 참조).

(2) 제 2유형(부정적불신형)

제 2유형의 특성을 잘 이해하기 위해 이 유형이 강하게 긍정하거나 부정한 진술항목을 고찰해 보면 〈표 7〉과 같다. 제 2유형이 긍정한 진술문항은 '영양주사나 간단한 치료도 해주었으면 좋겠다'(표준점수 +2.18), '병은 무조건 병원의사에게 맡기고 치료해야 마음이 놓인다'(+1.83), '건강관리교육이 아니라 영양제나 치료약이 필요하다'(+1.48), '전문적의료가 미흡하므로 각 분야의 전문인을 참여시켜야 한다'(+1.46)등의 순이었다(표 7 참조).

반면 강한 부정적 동의를 보인 항목으로는 '만성병(지병)을 집에서 돌보므로 병원비를 절약할 수 있다'(표준점수 -1.92), '방문간호를 잘 받으면 병을 예방하고 병의

〈표 7〉 제 2유형이 선택한 긍정적 진술문과 부정적 진술문

진술문	표준점수
19. 영양주사나 간단한 치료도 해주었으면 좋겠다.	2.18
7. 병은 무조건 병원의사에게 맡기고 치료해야 마음이 놓인다.	1.83
1. 건강관리교육이 아니라 영양제나 치료약이 필요하다.	1.48
12. 전문적 의료가 미흡하므로 각분야의 전문인을 참여시켜야 한다.	1.46
11. 저소득 주민은 건강관리가 아니라 생활비지원을 해줘야 한다.	1.14
27. 방문간호사는 친절하다.	1.13
33. 내 생활현장에서 가까운 실제적인 간호를 제공한다.	-1.07
10. 내 가정을 방문간호사에게 보이는 것이 부담스럽고 싫다.	-1.11
20. 병든사람과 건강한 사람 모두 방문간호가 필요하다.	-1.18
32. 보건소의 방문간호서비스와 병원의 치료서비스가 서로 협조하고 상호 의뢰한다	-1.30
29. 방문간호를 잘 받으면 병을 예방하고 병의 악화도 막을 수 있다.	-1.59
30. 만성병(지병)을 집에서 돌보므로 병원비를 절약할 수 있다.	-1.92

악화도 막을수 있다'(-1.59), '보건소의 방문간호서비스와 병원의 치료서비스가 서로 잘 협조하고 상호의뢰한다.'(-1.30), '병든 사람과 건강한사람 모두 방문간호가 필요하다.'(-1.18)등의 순서로 나타났다.

(3) 제 3유형(상황적수용형)

이 유형의 특성을 잘 이해하기 위해 제 3유형이 강한 긍정적 동의와 강한 부정적 동의를 보인 진술 항목을 보면 표 8과 같다.

제 3유형이 긍정적인 문항은 '저소득 주민은 건강관리가 아니라 생활비지원을 해줘야 한다.'(표준점수 +1.89), '방문간호란 자기 스스로 건강을 지킬 수 있도록 돕는 것이다.'(+1.39), '방문간호사는 언제나 바빠서 무엇을 부탁하기 어렵다.'(+1.34), '방문간호사는 친절하다.'(+1.17) '내 힘으로 해결하기 어려운 건강문제는 방문간호사와 상담하겠다'+1.14)순으로 나타났다.

반면 강한 부정적 동의를 보인 항목은 '저소득층 뿐 아니라 일반주민에게도 방문간호사의 건강관리가 필요하다.'(표준점수 -2.47)이었고 그 다음 항목으로는 '만성병(지병)을 집에서 돌보므로 병원비를 절약할 수 있다'(-1.68), '주는 것 없이 받기만 하는 것 같아 미안하

고 부담스럽다.'(-1.68), '보건소의 방문간호서비스와 병원의 치료서비스가 서로 협조하고 상호의뢰한다.'(-1.12), '내 생활현장에서 가까운 실제적인 간호를 제공한다.'(-1.10), '내 가정을 방문간호사에게 보이는 것이 부담스럽고 싫다.'(표준점수 -1.10)순이었다(표 8 참조).

이 같은 결과는 이영애(1994)의 연구에서 방문간호사 업무상자의 대부분이 경제적 여유가 없는 저소득 주민이기 때문에 병의원 이용을 자주 못하고 증세가 심할 때만 치료를 받았으며 생계유지가 우선적이었다고 한 것과 일치함을 알 수 있었다. 이와 같은 특성을 지닌 제 3유형을 '상황적 수용형'이라고 명명하였다.

(4) 각 유형간의 공통적 견해

지금까지 살펴본 바와 같이 방문간호에 대한 수혜자들의 인식은 3개의 유형으로 나뉘어져 각 유형마다 어느 정도 뚜렷한 특성을 나타내고 있다. 그러나 3개의 유형화된 그룹중에서 방문간호에 대한 수혜자들의 인식과 관련하여 공통적으로 일치하는 부분도 있었다. 그에 해당되는 진술문은 <표 9>와 같다.

세 유형간의 공통적 견해로 방문간호사가 친절하였다 는 항목이 선택된 것은 이영애(1994)의 연구결과 방문

<표 8> 제 3유형이 선택한 긍정적 진술문과 부정적 진술문

진술문	표준점수
11. 저소득 주민은 건강관리가 아니라 생활비지원을 해줘야 한다.	1.89
17. 방문간호란 자기 스스로 건강을 지킬 수 있도록 돕는 것이다.	1.39
5. 방문간호사는 언제나 바빠서 무엇을 부탁하기 어렵다.	1.34
27. 방문간호사는 친절하다.	1.17
31. 내 힘으로 해결하기 어려운 건강문제는 방문간호사와 상담하겠다.	1.14
25. 나는 방문간호사를 믿고 하라는대로 따르려고 노력한다.	.98
1. 건강관리교육이 아니라 영양제나 치료약이 필요하다.	-1.07
10. 내 가정을 방문간호사에게 보이는 것이 부담스럽고 싫다.	-1.10
33. 내 생활현장에서 가까운 실제적인 간호를 제공한다.	-1.10
32. 보건소의 방문간호서비스와 병원의 치료서비스가 서로 협조하고 상호의뢰한다.	-1.12
9. 주는 것없이 받기만 하는 것 같아 미안하고 부담스럽다.	-1.68
30. 만성병(지병)을 집에서 돌보므로 병원비를 절약할수 있다.	-1.68
21. 저소득층 뿐 아니라 일반주민에게도 방문간호사의 건강관리가 필요하다.	-2.47

<표 9> 각 유형간의 공통적 진술문

진술문	표준점수
27. 방문간호사는 친절하다.	1.18
6. 정들만 하면 담당자가 자주 바뀌어서 좋지 않다.	.53
18. 방문간호서비스는 외롭게 혼자 사는 사람을 찾아가서 보살펴주는 일이다.	.39
13. 방문횟수가 너무 적으므로 더 자주 방문해야 한다.	.10
20. 병든 사람과 건강한 사람 모두 방문간호가 필요하다.	-.77
33. 내 생활현장에서 가까운 실제적인 간호를 제공한다.	-.97
32. 보건소의 방문간호서비스와 병원의 치료서비스가 서로 협조하고 상호의뢰한다.	-1.17
10. 내 가정을 방문간호사에게 보이는 것이 부담스럽고 싫다.	-1.32

간호대상자의 만족도 측정결과 간호사의 태도에 대한 만족도가 4.77로 가장 높았다는 결과와 일치하고 있으며, 본 연구에서 제 1,2,3유형 모두에서 공통적 진술문으로 '보건소의 방문간호서비스와 병원의 치료서비스가 서로 협조하고 상호의뢰한다' 항목의 표준점수가 -1.17로 낮아 보건소와 의료기관과의 연계가 잘 안되고 있다고 인식하고 있는 것은 김인선(1997)의 연구에서 방문간호사업이 타기관과의 연계방향성에서는 부진하다고 한 것과, 김영리(1995)의 연구에서 우리 나라 방문보건사업의 문제점으로 타사업간의 연계성부족, 지역방문보건사업담당자와 기타보건의료인력간의 협조부족을 지적하고 있는 것과 일치함을 알 수 있다.

V. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구는 방문간호서비스를 받은 수혜자들이 방문간호에 대해 가지는 주관성 유형을 파악하여 대상자가 인식하는 방문간호의 효과와 문제점을 알아보고 효율적인 방문간호사업을 실시하기 위한 기초자료를 제공하기 위해 주관성 연구방법인 Q연구방법론을 이용하여 시도되었으며 연구결과 대상자의 인식유형은 3개의 유형으로 발견되었으며 그 특성을 분석한 결과는 다음과 같다.

제 1유형, 긍정적 수용형은 방문간호서비스에 대해 고마움을 느끼고 있었고 간호사를 전문인으로 인식하였으며 가정에서 의료인을 만날 수 있는 편리성과 보건교육의 유용성을 긍정함으로써 방문간호에 대한 긍정적 인식을 가지고 있음을 알 수 있었다.

제 2유형, 부정적불신형은 자신의 건강문제에 대해서는 병원의 진료를 강하게 선호하고 있음을 알 수 있었으며 자신의 건강을 관리하기 위해서는 영양주사 또는 치료약이 필요하다고 하였으며 간호사의 전문성에 대해서는 회의적인 태도를 가지고 있었다. 그리고 방문간호서비스를 통해 만성질환을 재가 관리함으로써 얻어지는 병원비절약 측면과 간호서비스를 통한 질병예방 및 합병증 예방효과에 대해서도 강하게 부정함으로써 방문간호사업의 효과 및 의의에 대해서 부정적 태도를 가지고 있음을 알 수 있다.

제 3유형, 상황적수용형은 제 3유형에 속한 대상자들은 해결하기 어려운 건강문제에 대해 방문간호사와 상의하기를 원하고 있었고 방문간호사가 더 자주 방문하기를

원하는 등 방문간호서비스를 제공받는 것에 대하여 긍정적, 수용적인 태도를 가지고 있었으나, 저소득 주민은 건강관리가 아니라 생활비지원이 더 필요하다는 항목에 가장 강한 긍정을 나타내 당장의 생계문제를 더 중시하고 있음을 알 수 있었다. 간호의 역할에 대해서 비교적 명확하게 인식하고는 있었고 긍정적으로 수용하려는 태도도 있었으나, 방문간호서비스를 저소득주민에게 제공되는 수혜적 측면의 서비스로 인식하였고 실제 생활에서는 생계 위주의 사고를 가지고 상황에 따라 수용하려는 태도를 가지고 있음을 알 수 있었다.

이상의 결과를 종합하여 볼 때, 방문간호를 신뢰하고 긍정적으로 수용하고 있는 제 1유형(긍정적수용형)의 경우 의료취약 계층인 이들의 건강관리 요구를 충족시켜주기 위해 충분한 정도의 방문간호서비스가 지속적으로 제공되어야 할 것이다. 방문간호에 대한 인식부족과 치료의존적인 인식을 가지는 제 2유형(부정적불신형)의 경우 자기건강에 대한 관심과 치료소비가 생산적이고 효율적인 방향으로 이루어질 수 있도록 관심을 가지고 꾸준한 교육과 지지를 제공해야 할 것이며 방문간호에 대한 잘못된 인식을 전환시켜줄 수 있도록 대중매체등을 통한 다방면적인 접근 방안모색과 실질적인 건강관리서비스를 충분히 제공할 수 있는 사업기반의 확충이 뒤따라야 할 것으로 사료된다.

일반주민보다 생활보호대상자를 중심으로 방문간호서비스가 제공되어야 한다고 하였으며 현재의 방문간호보다 더 자주 충분한 서비스를 원하고 있어 방문간호에 대한 요구가 있으나 실생활에서는 건강생활을 실천하지 못하고 생계중심적 사고를 하고 있는 제3유형(상황적수용형)에 속하는 방문간호수혜자들을 위해서는 무료진료 및 연계자원을 적극적으로 개발하고 이들의 경제적 부담을 최소화하면서 충분한 건강관리를 제공할 수 있는 방안이 모색되어야 하겠다.

본 연구는 방문간호에 대한 대상자들의 인식이 3가지 유형으로 분류되었음을 발견하고 분석하여 방문간호사업 발전에 기여할 수 있는 기초자료를 제시하였다는 점에서 그 의의를 두고 있다.

2. 제 언

(1) 본 연구결과를 토대로 하여 방문간호대상자의 방문간호에 대한 인식 유형에 따라 개별화된 간호중재프

- 로그그램의 개발을 위한 연구를 제안한다.
- (2) 개별화된 간호중재프로그램의 효과를 검증하기 위한 연구를 제안한다.
- (3) 본 연구결과를 방문간호사업의 기획을 위한 기초자료로 활용할 것을 제안한다.

참 고 문 헌

고미자 (1995). 저소득층 방문간호관리를 위한 제안. 한양대학교 행정학 석사학위논문.

고수곤 (1996). 재가노인복지사업의 활성화 방안. 관악구지역 재가복지사업 관계자 간담회자료.

김복순, 은미자, 원삼순, 양기우, 김미숙, 박현옥, 양갑필, 윤정인, 정연강 (1999). 가정간호 수혜자의 가정간호에 대한 인식조사 연구 : Q-방법론적 접근. 중앙간호논문집, 2(2), 61-76.

김영리 (1995). 보건소 지역방문 보건사업활성화 방안에 관한 연구. 국민대학교 행정학 석사학위논문.

김영자 (1992). 일부도시 저소득 방문간호사업 대상가족의 주요 건강문제 및 실태에 관한 연구. 연세대학교 보건학 석사학위논문.

김용익 (1993). 방문보건사업의 필요성. 보건간호사회 보수교육교재.

김인선 (1997). 서울시 보건소 방문간호사업의 실태에 관한 조사연구. 연세대학교 보건학 석사학위논문.

김정남 (1994). 보건소중심의 노인보건사업개발에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원석사학위논문.

김화중 (1995). 지방자치시대에 부응하는 서울시 방문간호사업. 서울시지회 보수교육자료.

김홍규 (1990). Q방법론의 이해와 적용. 서강대 언론문화연구소. 언론학 논선, (7), 20~57.

김홍규 (1996). Q방법론의 유용성 연구. 한국 Q연구회 창립기념학술발표회 논문.

김홍규 (1997). Q방법론의 과학정신과 그 유용성 연구. 언론학의 지평을 넘어. 벽호, 49~182.

문옥륜 (1991). 의보제도가 국민건강과 의료체계에 미친 영향. 대한의학협회지.

문희자 (1999). 서울시 간호사회 가정간호사업 현황 및 발전방향. 서울시 간호사회 세미나자료.

민태자 (1997). 가정간호에 대한 인식과 요구도에 관한 연구. 인제대학교 석사학위논문.

박미숙 (1997). 농촌노인을 위한 방문 보건복지서비스

개선에 관한 연구 : 거동 불편 노인을 중심으로. 원광대학교 석사학위논문.

박미영 (1997). 보건기관 방문보건 담당인력의 사업에 대한 견해와 환자 관리양상. 경북대학교 보건학 석사학위논문.

박정미 (1992). Q방법론에 의한 임상간호사의 임상간호 유형분석. 경북대학교 석사학위논문.

보건복지부 (1997). 보건복지통계연보, 제43호.

서울시 간호사회 (1999). 가정간호 시범사업 보고서.

서울시 의약과 (1999). 가족보건사업계획.

서울시 의약과 (2000). 방문보건 및 건강증진사업안내.

신형식 (1992). 서울시 방문간호사업의 경제적 효과에 관한 연구. 서울대학교 보건학 석사학위논문.

양미진 (1997). 서울시 각 구 보건소 간호사의 방문간호업무수행과 직무만족에 관한 연구. 서울대학교 보건학 석사학위논문.

양순승 (1998). 방문간호 및 주간관리 프로그램이 재가 만성정신질환자의 가족 부담감과 가족지지도에 미치는 영향. 이화여대 간호학석사학위논문.

윤순녕 (1993). 지역사회중심 가정간호사업. 대한간호, 32(4), 28-32.

윤순녕, 이인숙, 현혜민, 유인자, 김재남, 배정희 (1995). 보건소 방문간호사업의 질보장을 위한 연구. 지역사회간호학회지, 6(2), 275-281.

이영애 (1994). 방문간호사업에 대한 의료보호대상자들의 평가. 경희대학교 행정학 석사학위논문.

임은선 (1996). 보건소 보건간호사의 가정방문활동분석. 연세대학교 간호학 석사학위논문.

정연강, 김의숙, 윤순녕, 이정렬, 최행지 (1996). 보건간호 인력별 직무표준 설정 연구. 대한간호, 35(5), 28-29.

중앙대학교 간호과학연구소 (1998). Q방법론 Workshop-간호연구를 중심으로. 중앙대학교 간호과학연구소 학술세미나자료.

중앙대학교 간호과학연구소 (1998). 간호연구를 위한 QUANL분석 및 보고서작성. 중앙대학교 간호과학연구소 학술세미나자료.

최경순 (1997). 병원중심 가정간호사업 도입효과분석. 경희대학교 석사학위논문.

통계청 (1998). 사망원인통계연보.

한국보사연 (1997). 서울시민 보건지표조사.

한윤복 (1997). 간호의 원점 - 간호현상의 특성과 전문

직의 감수성, 대한간호, 36(1), 40~51.

황인수 (1995). 일부지역 노인에 대한 방문보건서비스의 효과. 영남대학교 박사학위논문.

- Abstract -

Key concept : Home Visit Nursing Care Center,
Recognition of Client

A Study on the Recognition of Client Home Visit Nursing Care Services in Public Health Centers

Min, Young Sun · Chung, Yeoun Kang**
Han, Seung Eui****

In this, analyzing the type of subjectivity in which people would have about home visit nursing services originating from public health care centers, I tried to research more effective ways to improve home visit nursing care services, and later, for the development of home visit nursing care, to supply basic data.

The method for this study was the Q-method, created by William Stephenson, and was adequate for the study of subjectivity. For this study, through the deep interview, literature inquiry, and the discussion course, 206 Q-statement sentences were abstracted, and based on them, after Q-sample-selection, I then collected the Q-categorized-result from 32 subjects from Mar. 10, 2000 to Mar. 25, 2000. Through the statistic analysis of PC-Qanal program, the subjectivity species were categorized and analyzed.

The study results show that there are 3 sorts of recognition types, and they are analyzed in the following:

The first type: the positively receiving type shows that they feel thankful and a trusting

feeling about home visit nursing.

The second type: the negatively mistrusting type shows that they had doubtful attitudes about the specialty of home visit nursing: they wanted medicine or nutrition remedies rather than health education and concerning the their own health care, they preferred the hospitals or clinics.

The third type: the conditional receiving type shows that even though they had a positive receiving attitude about home visit nursing wanting to consult with the home visit nurses about the difficult problem which could not easily be settled, hoping that the home visit nurses could visit them more often, in their actual lives, they strongly indicated their attitudes concerning money as more important than home visits.

The subjects in these 3 types commonly had a good feeling about the kindness of the home visit nurses: the first and third types also had a positive recognition about home visit nursing: however, in aspects of the evaluation and receiving attitudes, they showed a big difference.

When all the above results are integrated, in the case of the first type the home visit nursing service, which satisfied the demand for health care of the medically weak people, should be continuously supplied. Additionally in case of the second type(negatively mistrust), continuous education and support should be supplied with enough interest to lead their concerns about their own health care as well as lead medical spending in a productive and effective direction in order to change their impressions.

Through this study, I learned that the recognition of the objectives of home visit nursing services can be categorized in to 3 types and could be analyzed. Thus I wish that this study helps to present basic data which contributes to the development of the home visit nursing field.

* Kwan ak ku Public Health Center.

** ChungAng Univ. Professor.

*** ChungAng Univ. Instructor.