

개념의 정의

간호교육  
초점의 변화

1차 건강관리와 2차  
건강관리와의 차이점

앨리스 L.N. 아키타

Changing Directions in Nursing Education; Distinction of Primary from Secondary Health Care

Alice L.N. Akita는 가나대학 연구과정 간호장사이다. <편집자주>

서

본인은 1차 건강관리와 2차 건강관리와의 기본적인 차이점과 이와같은 개념적 구조가 간호교육에 대해 갖는 의미에 관하여 말함으로써 지명하신 대표자 여러분의 관심을 불러 일으키게 됨을 기쁘게 생각하는 바입니다. “가나”에서의 경험을 토대로 상기한 두가지 건강관리를 실천으로 옮긴 방법에 대해 밝혀보겠습니다. 비교목적으로 현존하는 경제·사회체제가 두가지 개념의 적용 상미천, 몇가지사실을 강조하기 위하여 다른 나라의 예를 들어 보겠습니다.

일차 건강관리는 아프거나 건강하거나 관계없이 지역 주민 모두에게 그들의 생활환경과 건강상태의 改善를 목적으로 포괄적이고 간단하며, 저렴하면서도 효과적인 서비스를 용이하게 받을 수 있게 제공해 주는 건강관리 법을 의미한다. 일차건강 관리는 국가보건의사업의 조직망에 제일 처음 접촉함을 말한다. 1차 건강관리는 치료사업의 제공과 동시에 예방, 건강증진 재판을 강조한다<sup>1,2)</sup>. 제28회 세계총회(World Assembly)에서의 설명에 의하면 1차 건강 관리는 지역개발활동을 포함하고 주민의 건강에 영향을 미치는 모든 요소를 지역 사회수준에서 통합한다<sup>3)</sup>. 本人은 이 모든 것이 무엇을 의미하는 지는 후에 논의 코저하며 다음으로는 2차 건강관리의 정의를 살펴보기로 하자.

이차 건강관리라함은 일차 건강관리와는 대단히 달라서 각 개인이 일차 건강관리를 받은 후에 제 2 수준에서 주어지는 전문화된 건강관리를 의미한다. 그것은 기본진단 및 진찰 이상이 필요한 환자를 전문의사와 비 의료인으로서 전문인이 봐야 할 경우 일차 건강관리 수준에서 의뢰망을 통해 의뢰하는 것이다. 2차 건강관리는 더욱 복잡한 재료와 인력자원 즉 정밀한 장비, 고도의 전문가로 구성된 스태프진이 요구되며, 따라서 경비도 비교적 비싸게 소요된다<sup>3,4)</sup>. 이와같은 2차건강관리 시설은 보통 도심지에 집중케 된다.

1,2차 건강관리의 실제적용

두가지 개념을 정의하였으니 이제 그 실천에 대해 고려해 보기로 하겠다. 그러나 그 이전 먼저 간략하게 건강관리의 일반적 상황에 관하여 살펴보기로 하겠다. ‘건강관리’는 건강이라는 것은 인간의 그 기본 원리를 실천하는 매우 중요한 방법인 것이다. 그러므로 건강관리는 모든 지역 모든 個人이 받을 수 있어야만 한다. 이와는 반대로 많은 개발도상국에서 대부분의 사람들은 거의 건강관리를 못받거나 심지어는 전혀

받지 못하는 실정에 처해있다. 현재의 건강관리 제도상 결합으로 전인구가 건강관리를 받을 수 없게끔 되어 있다. 현대식 과학적 건강관리자원, 즉 시설이나 자금, 인력, 장비, 그리고 공급은 농촌지역의 최생아래 도심지에만 집중되는 경향이 있는 것이다. 특히 개도국에는 약 70~90%가량이 농촌지역에 거주함으로써 건강관리의 보호를 받을 수 있는 사람은 극소수에 불과하게 된다<sup>5,6)</sup>. 그러므로 일차 건강관리는 이들을 위해 마련 될 것을 제안한다.

## 1차 건강관리의 실행

선진국이나 개도국의 각집단의 요구와 생활양식은 서로 상이함으로써 기구의 형태 또는 현재 1차 건강관리가 제공되고 있는 지역간, 개인간의 수준은 매우 다양하다.

많은 개발도상국과 마찬가지로 「가나」도 낮은 1인당 GNP수준과 함께 사회, 경제진보속도는 매우 완만하고 따라서 재정, 시설, 그리고 인력 등 자원의 극심한 부족상태를 야기시켰다. 부족 상태를 더욱 악화하는 것은 각종의료차원의 설치와 병원과 같은 치료시설만이 도심지역에 밀집하고 있는 문제이다. 의사, 간호원 그리고 기타 비의료인 등 고도의 기술을 요하는 전문인의 수가 적을 뿐 아니라 도심-병원 지향이며 간호보조 인력 훈련도 역시 도시 병원을 위한 것이며, 이들의 수가 보건 소장직을 맡은 의사 보조원의 수를 증가하고 있다.

의료에 종사하는 인력대 인구 비율은 매우 낮다. 예를 들면 1974년 통계에서 볼 수 있는 바와 같이 인구 10,800명당 의사 1인의 비율이다. 「가나」의 경우 공인된 통계수치는 아니지만 939명의 의사와 3,321명의 전문간호원, 1,065명의 조산원 그리고 3,561명의 의사 보조원 및 간호 보조원이 있다. 일반 병원을 통틀어 갖고 있는 침상수는 9,628개가 있으며, 이것은 1,000명당 1.21개의 침상을 보유하고 있음을 나타내고 있으며, 약 830명당 1개의 침대<sup>7)</sup>를 보유하게 되는 것이다(최근의 통계는 보건부 기획국에서 현재 집계 중에 있음).

大部分의 주요 건강상의 문제점은 예방이 가능한 전염병에 있으며, 즉 전염병이라던가 기생충 감염증, 그리고 영양실조, 임신과 出産에 있어서의 병발증이다.

질병이환률과 사망률은 아직도 매우 높으며, 농촌의 사망률은 인구 1,000명당 사망수에 의하면 도시보다 훨씬 높다.

농촌 거주자의 70~80% 정도의 많은 사람들이 문맹자이며 대부분의 농부들은 많은 식구를 거느리고 있으며, 위생관념은 전혀 없는 實情이다. 바로 이와같은 사람들은 대부분이 건강관리를 받을 수 있는 正當한 權利를 박탈당하고 있고 깨끗한 음료수, 위생시설, 분노나 폐기물의 처리 등 현대적인 사회의 제반 시설을 利用할 權利를 박탈 당하고 있는 것이다.

전인구를 커버할 수 있는 시설이 결핍되어 있다. 도심지역은 병원과 종합진료소 그리고 의료센터가 있는 반면, 그 이외의 지역은 단지 농촌인구의 약 50%<sup>8)</sup>가 농촌의료센터, 보건지소, 약국 등에서 기초적인 건강관리에 만족하고 있을 뿐이다.

1차 건강관리는 근본적으로 제한된 지역사회단위의 다목적 진료소에 제공되고 있고, 진단검사, 치료의뢰를 통해 다음 수준의 기본 건강관리를 제공한다. 건강증진, 예방 및 같은 재활을 위한 활동, 예방접종 및 영양상담등이 포함된다. 교육, 주택, 농업, 공공사업 같은 건강 관계사업의 협조 및 지역사회가 참여하는 현재까지는 팔목할 만한 것이 못된다.

1차 건강관리 제공자는 일반의, 의사 보조원, 조산원, 간호원과 간호 보조원, 영양사들이지만, 이들 대부분이 진정한 1차 건강관리에 대한 준비가 갖추어져 있지 않다.

유럽-미국제 국가에서는 지역주민의 건강수준이 높고, 자원이 풍부하기 때문에 1차 건강관리 제공자는, 소아과 간호원 및 그외의 간호원도 포함되지만 주로 의사들이다. 외래응급실 및 주로 도시지역의 건강 사업소가 1차 건강관리를 제공하고 있다.

「가나」에서는 진정한 의미의 1차 건강관리를 수행하기 위한 실험이 진행중에 있다. 즉 하나는 Brong-Ahafo 지역의 Kitampo에 있는 WHO와 「가나」정부의 실험이고 또 하나는 Greater-Accra 지역의 Danfa Rural Health Project에서 하는 실험이다. 그 목표는 전주민에게 제공하고 또 지역주민의 참여를 강조하는데 있다.

이와 비슷한 건강관리 프로그램이 수단, 인디아, 니제르 등지에서 이미 시작되고 있었다. 이 프로그램은 마을에 세워지고, 현존하는 보건소

보건지소, 초진소 및 이동 진료소가 잘 관찰하지 못하는 지역사회 주민에게 전달 되었다. 그 지역주민은, 의사결정과 건강관리의 계획 및 수행과 건강, 관계 사업과의 협동과 통합에 적극적으로 참여한다. 지역주민의 참여와 자조 프로그램은 현존하는 지역 기관 및 마을 개발 위원회를 통하여 실질적으로 시작되었으며 이 기관과 위원회는 프로그램을 감독한다<sup>9)</sup>.

1차 건강관리부의 직원을 구성하기 위하여 “지역사회 건강요원” 혹은 “마을 건강요원”이라는 새로운 종류의 비 전문직 건강요원이 나타났다. 건강요원은 그 지역 주민이 선출하여 그 지역사회에서 단기간 훈련을 받고, 전문적 건강인력의 감독을 받는다.

이들은 마을 위생과 오물처리, 영양섭취, 식수 공급, 환자발견, 예방접종보조, 건강교육 및 경증질병치료와 설사, 결핵, 상처와 같은 상해치료에 대한 적절한 지식, 기술 및 태도를 갖춘다.

이들은 국가 건강요원의 일원으로서, 정정당당히 인정받아야 한다. 이들은 지역주민에 의해 보수를 받거나 아니면 물품으로 보답을 받는다.

전통적인 치료자, 조산원, 기타요원들이 1차 건강관리를 제공하기 위하여 Danfa에서 훈련을 받고 있다. 그러한 요원이 갖고 있는 장점은 지역사회에 속해있고, 1차 건강 관리 프로그램을 좀더 쉽게 확인하고 지탱해 갈수 있다는 것이다. 우리는 간호원으로서 이런 사업진행에 관해 관심을 가지고 있다.

## 2차 건강관리의 수행

2차 건강관리는 주로 개발국가나 개발 도상국가의 도시지역에 위치하고 있다. 이것은 일찌기 언급한 바와 같이 의사 간호원 및 기타 2차 비의료인에 의해 제공된다. 그 운용비용은, 일반적으로 소수에게 주어지고 있어도 1차 건강관리보다 훨씬 비싸다. 예컨대, 「가나」에서는 국가 건강 예산이 45%를 차지하는 반면에 인구의 9%만이<sup>10)</sup> 관리되고 있다. 1차 건강 관리와 2차 건강관리를 대조해 보면 세계적인 경제 위기속에서 필요 적절한 접근법이 1차 건강관리임이 분명하다. 특히 개발 도상국가에서 1차 건강관리를 강조하는 것은 건강관리 자원의 잘못된 전통적인 분포와 도시 및 치료위주의 건강관리에서부터 벗어나려는 움직임이다. 만약 적극적으로

추구하고, 지지하고, 잘 지도하여, 국가적인 건강관리 전달체제로 통합한다면, 전체국민의 건강관리 목표를 잘 성취할 수 있을 것 같으며, 건강상태의 향상뿐만이 아니라 국가의 건강문제를 해결하는데 있어서 대중의 기대를 충족시킬 수 있을 것 같다. 이같이 모든 개인이 건강에 대한 기본권은 머지않아 실현될 지도 모른다.

그러나 2차 건강관리는 건강문제의 해결에 계속 그 나름의 공헌을 할 것이지만 대중의 이익을 위해서, 2차 건강관리가 필요하게 되기 전에 일어나는 건강 문제를 해결하거나, 풀이기 위해 2차건강관리는 덜 강조해야 한다 생각한다.

건강관리에 있어서 간호교육이나 건강관리 계획영역에 간호의 의미는 명백하다. 간호 교육과정을 다시 정비하여 지역 사회에서 간호원의 효과적으로 수행할 수 있도록 준비시켜 줄 과목을 통합해야 할 필요가 있다. 이런 과목으로서는 지역 사회학, 지역사회의 조직, 지역 사회의 원칙과 1차 건강관리와 같은 과목은 몇가지 제안에 불과하다. 간호교육은 반드시 도시에서부터 시골지역으로 그 강조점을 옮겨야 한다. 변화의 초점에 맞추어 간호원의 역할에 대해 다시 정의할 필요가 있다.

1. 새로운 결함을 받아들이기 위한 간호원의 준비가 어느 정도까지 되었는가?
2. 간호학 교과과정의 특성과 내용은 어떤 것이어야 하는가?
3. 간호원의 새로운 역할은 어떤 것이어야 하는가?
4. 간호원, 의사, 기타 2차 진료원과 지역사회 건강요원들의 관계는 어떤 성격을 띠어야 하는가?

위의 질문에 모든 간호 교육자는 관심을 끌어들여, 그 해답을 찾도록 노력해야 한다.

결론적으로, 본인은 1차 건강관리와 2차 건강관리의 차이점에 대해 그 성격과 적용에 관해서 논했으며, 이러한 것이 간호교육에 미치는 암시도 지적했다. 간호 목적에 맞는 새로운 변화를 채택하는 것은 우리 모두에게 달려 있다.

《번역: 석희공보부》  
《검수: 김도일 박사》

## References

1. D. Flahault; "An Integrated and Functional Team for Primary Health Care" *Who Chronicle*, Vol. 30, No. 11, (Nov., 1976), p. 442.

<67페이지로 계속>

- Nursing*, Vol. 75, No. 5, p. 814 (May, 1975)
23. Mundinger, M.O.: "Primary Nurse-Role Evolution", *Nursing Outlook*, Vol. 21, No. 10, pp. 642-645 (October, 1973)
  24. Leininger, M., Little, D. and Carnevali, D.: "Primex", in: Auld M. and Birum L. (eds.): *The Challenge of Nursing: A Book of Readings*, pp. 237-242 (C.V. Mosby Co., St. Louis, 1973)
  25. *Western Council on Higher Education for Nursing: Nursing's Role in the Delivery of Primary Care* (Western Interstate Commission for Higher Education, Poulder, Colorado, 1976)
  26. *Health, Education and Welfare Department, Secretary's Committee to Study Extended Roles for Nurses: Extending the Scope of Nursing Practice*, p. 8 (U.S. Government Printing Office, Washington, D.C. 1971)
  27. Hentsch, Y.: "Community and World Health", *International Nursing Review*, Vol. 23, No. 4, pp. 103-106 (July-August, 1976). (Quote cited from World Health Organization's "Promotion of National Health Services", p. 1. Who 28th World Health Assembly, April, 1975).
  28. Leininger, M.: Personal Observations and leadership work at the University of Washington, Seattle, Washington, and the University of Utah, Salt Lake City, Utah, 1969-1977.
  29. Leininger, M.: Study of Nurse-Practitioner Roles and Educational Preparation in the United States (unpublished Report) (University of Utah, Salt Lake City, Utah, 1977).

<57페이지에서 계속>

2. Sub-Committee on Health and the Environment, *A Discursive Dictionary of Health Care*, U.S. House of Representatives, (February, 1976), p. 127.
3. Twenty-eighth World Health Assembly, *Promotion of National Health Services*, A 28/9 WHO (18 April, 1975), p. 2.
4. Sub-Committee on Health and Environment, *op. cit.*, p. 145.
5. Who "The Health Situation in Africa"; *Who Chronicle* Vol. 30, No. 1, (Jan. 1976), p. 4
6. National Health Planning Unit. *Health Planning Data Book for Ghana*, Accra, Ministry of Health, Jan, 1977, p. 51.
7. *Ghana Medical Facilities*, Ministry of Health publication, 1974.
8. Unpublished Paper on "Primary Health Care" by Dr. Akim, WHO Representative in Ghana, 1976.
9. A.A. Idriss *et al.* "The Primary Health Care Programme in Sudan." *Who Chronicle*, Vol. 30, No. 9, (Sept., 1976), p. 272.
10. Sub-Committee on Health and the Environment, *op. cit.* to be inserted in page 4.

<71페이지에서 계속>

#### References

1. British Medical Association Planning Unit Report No. 4. Report on the Working Committee on Primary Medical Care. London, WCL: BMA Houe, May 1970.
2. A Conceptual Model of Organized Primary Care and Comprehensive Health Services. Rockville, Maryland, Public Health Service, Health Services and Mental Health Administration, Community Health Services, Division of Health care Services, U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1970.
3. Hector Acevedo; "Primay Health" in Rural Areas and Slums, Presented at the Joint Meeting of the health and Social Service and Youth Advisory Committees the League of Red Cross Societies, Oct. 27, 1976.
4. Richard A. Smith: The concept of the "Medical Assistant" in the Delivery of Health Services Presented at Seminar on Medical Assistants, New Delhi, Feb. 1976.
5. Dianne McGivern, "Baccalaureate Preparation of the Nurse Practitioner", *Nursing Outlook*, Feb., 1974 Vol. 22, No. 2, p. 95.
6. Martha U. Barnard, et al: Nurse Practitioner", *The Journal of the Kansas Medical Society*, May 1974, Vol LXXV, No. 5.