

마을건강원 역할 및 업무내용에 관한 고찰

이 명 숙 (대한산업보건협회 본부)
한 명 화 (동우전문대학 간호과)
이 금 련 (수원여자전문대학 간호과)

목 차

I. 서론	3. 마을건강원조직 개발
II. 연구방법	및 운용실태
III. 연구결과 및 논의	IV. 결론 및 요약
1. 주민참여의 이론적 고찰	참고문헌
2. 지역사회보건사업 고찰	영문초록

I. 서 론

일차보건의료사업의 궁극적 목표가 지역사회주민 스스로 그들의 건강문제를 해결할 수 있는 적정기능수준의 향상에 있음을 볼때 효과적인 지역사회참여방법의 모색은 매우 중요하다고 생각한다. UNICEF-WHO 공동정책위원회가 수립한 보건사업전달방법 개발원칙을 보면 보건사업의 수행에 있어 지역사회의 개입이 필요하며 최소의 훈련을 받은 마을건강원 조직을 개발 활용하여 주민 기본건강관리를 제공하도록 하고 있으며 보건의료요원이 이들을 얼마나 잘 활용하느냐에 따라서 일차보건의료사업의 성공 여부가 좌우된다고 하였다¹⁾. 이러한 혁신적 개념은 보건의료관리면에서 새로운 차원의 사고와 방향의 재정립을 요구하고 있다.

우리나라에서는 1960년대 중반에 들어 사회적경제적 상황이 점차로 안정성장을 이루게 되자 병원중심의 의료만으로는 주민건강관리를 포괄적으로 제공할 수 없으며 지역사회보건의 발전이 주민

건강 향상에 더욱 효과적이며 효율적이라는 것이 의학교육기관이나, 외부원조기관, 종교기관 등²⁻⁴⁾에서 논의되었다. 그리하여 1960년대 후반부터 지역사회시범보건사업이 여러곳에서 전개되었다⁵⁻¹⁰⁾. 지역사회보건사업이 시행됨으로써 의료공급체계의 일부가 변화 또는 재결정되었고 일차보건의료의 기능의 중요성이 강조되고 새로운 보건의료요원들이 개발되었다.

이러한 지역사회보건사업의 경험을 바탕으로 정부는 1985년에 전국 농·어촌지역의 보건진료소관내에 마을건강원을 선발하여 지역사회보건원으로 활동하도록 하고 있다¹⁶⁻¹⁸⁾. 지역사회보건요원이란 지역사회에서 일할 수 있도록 단기간의 훈련을 받은 후 보건의료체계와 밀접한 관계를 가지면서 자기가 소속한 지역사회에서 일하는 사람을 지칭한다¹⁹⁻²²⁾. 그러나 이러한 사람들이 대개의 경우 무보수 비상임으로 자원하여 보건의료사업에 봉사하게 하기 위하여서는 관련 요인에 대한 다각적인 검토와 함께 많은 노력을 하여야한다. 우리나라의 사회경제적 여건은 급속도로 변

화하고 있다. 특히 1989년 7월 전국민의료보험의 실시로 농·어촌주민의 보건의료접근도가 향상되고 국민생활수준의 향상, 건강수준 및 질병 양상의 변화, 국민의 건강 및 보건의료에 대한 의식의 변화, 인구구조의 변화 등은 보건의료요구를 다양하게 변화시키고 있으며 이에 따라 마을건강원의 역할과 업무내용에도 변화가 요구된다.

본 연구는 이와같은 점을 고려하여 그동안 우리나라에서 시행된 지역사회보건사업에서 설정한 마을건강원의 역할과 업무내용에 대해 고찰해 보고, 마을건강원의 업무수행 실태를 조사하여 사회 경제상태와 보건의료체계의 변화에 따른 마을건강원의 역할과 업무내용에 대해 재조명해보고자 하였다.

II. 연구방법

본 연구는 마을건강원의 개발 및 활용과 관련된 문제점들을 지금까지 여러나라의 경험에 의거 도출된 공통된 인식을 기초로 과거 우리나라에서 경험하였던 지역사회보건사업의 실패를 정리하고, 1985년 보건사회부가 정한 기준을 검토하여 마을건강원을 대상으로 설문 조사 결과를 분석하여 현안과 과제를 파악하여 제시하고자 하였다.

연구방법은 주민참여에 대한 이론적 고찰과 그동안 우리나라에서 시행된 지역사회보건사업에서 운용하였던 마을건강원조직에 대해 그동안 발표된 자료를 고찰하였고, 현재 활동하고 있는 마을건강원의 업무수행실태를 파악하기 위해 1개군을 선정하여 관내 마을건강원을 대상으로 1992년 5월 설문조사하여 마을건강원의 활동실태를 조사 분석하였다. 1개군 13개 보건진료소에서 활동하고 있는 마을건강원 84명중 53명이 응답하여 응답율은 63.1%였다.

III. 연구결과 및 논의

1. 주민참여의 이론적 고찰

주민참여는 일차보건의료의 핵심적 과제의 하나로 인식되어 왔다. 그러나 주민참여가 성공적으로 진행된 예는 매우 드물며 무엇이 주민참여인가에 대한 명확한 개념적 합의조차 없는 실정이다. 이러한 현상은 주민참여가 당위적인 선언으로 가능한 것이 아니라 보건의료체계에서의 상당한 구조적 변화를 수반하는 것임을 암시한다¹⁵⁾. 주민참여란 말 그대로 보건의료 과정에 주민이 참여한다는 것이다. 이것은 현재까지의 지배적인 보건의료 관행인 의료전문가중심의 보건의료서비스의 생산이나 공급방식만으로는 지역사회의 보건욕구를 충족시키고 주민의 건강을 유지시키는데 문제가 있음을 함축적으로 나타내고 있다. 전문가중심의 보건의료체계는 왜 문제가 되며 주민이 참여함으로써 전문가중심의 체제는 어떠한 변화를 갖게 되는가? 그리고 궁극적으로 보건의료체계는 어떠한 구조를 해야 하는가? 주민참여가 필요하다면 구조적 변동을 필요로 하는 이 문제에 어떻게 접근해야 하는가? 이러한 문제들이 주민참여와 궁극적으로 연관되는 중요한 주제들이다.

개념적으로 이해할 때 주민참여는 주민이 주도권을 갖고 자신들이 보건의료욕구를 해결할 보건의료체계를 구성해 나가고 보건의료전문가는 이에 기술적으로 협력하는 보조적 입장에 선다는 점에서 보건의료전문가 중심체제와 크게 대비된다. 따라서 주민참여를 실현하는 것은 기존의 보건의료체계의 구조를 바꾸는 혁명적인 과제일 수도 있다. 그런데 세계보건기구가 제시하는 주민참여의 전략은 보건의료체계의 구성을 가족이나 부락 등 민초적 수준(grass-root level)에서 시작하여 상향적으로 확산하는 전략을 취하고 있다. 지역사회 참여는 가정내의 여성 특히 어머니들에게 초점을 맞출 것이 권고되고 있다. 이러한 부락단위의 보건활동은 그 상위에 있는 지역보건조직과 연계되어 보건요원의 교육훈련과 감독, 환자의 의뢰, 정보교환과 상위수준의 의사결정 참여 등의 관계를 형성해야 하는 것으로 설정되고 있다²⁵⁾. 이러한 전략이 나오게 된 것은 전문가중심의 임상의학이 대개 하향식(top-down approach) 전달방식을 취하기 때문에 경제적으로 빈곤한 민초수준끼

지 서비스가 전달되기 어렵고 따라서 다수의 국민이 의료소의를 겪고 있는 점을 극복하고자 하는데서 출발하였다. 값 비싸고 세분화된 치료체계로 구성된 임상의학에 대한 의존은 민초수준의 지역사회에서 감당하기도 어렵고 동시에 과도하게 전문화됨으로써 지역사회에 흔하고 예방가능한 질환과 불건강한 조건들을 개선하는데 비효율적일 수 있다는 점이 또한 새로운 접근법의 인식의 토대가 되고 있다²⁾. 불건강의 조건들은 주민의 생활환경이나 보건에 관한 태도와 지식 등 생활방식과 밀접하게 관련되어 있기 때문에 이의 개선을 위하여는 주민이 적극 참여하는 것이 가장 좋고 기존의 권위를 버리고 보건의료팀의 일원으로 활동하며 기술적인 자문과 요구되는 서비스를 제공하는 동반자로 기능할 것이 요구된다.

주민참여가 보건의료의 제도적 차원까지 이루어져야 하는 것은 궁극적인 목표이겠으나 이를 달성하는 방법을 사회혁명적 차원에 두는 것은 우리 현실에서 받아들이기 어렵다. 세계보건기구가 제시하는 주민참여의 원칙은 급격한 제도적 변화를 요구하는 것이 아니라 이를 위한 점진적이고도 지속적인 개혁노력을 요구하는 것으로 생각된다.

주민참여는 제도적인 차원에서 뿐만 아니라 여러 수준에서 가능한 것으로 보이며 각 수준별로 그 가능성과 장애요인을 살펴 봄으로써 우리는 주민참여를 어렵게 하는 조건들을 체계적으로 이해하게 되고 가능한 주민참여의 방법을 수립할 수 있을 것이다.

주민참여의 일반적 상황과 한국에의 적용문제를 생각해 보면 현재 한국의 보건의료 인력과 시설이 선진국 수준에는 미치지 못하지만 후진국가보다는 크게 앞서 있다. 물론 이 점이 한국에서의 일차보건의료의 불필요성을 주장하는 것은 아니다. 제3세계권에서 일차보건의료와 주민참여가 강조되는 배경에는 의료자원이 부족한 상황에서 지역사회에 적합한 보건의료서비스의 확보 전략이라는 측면이 있다.

'모든 사람에게 건강을'(Health For All)이라는 목표를 내세우는 일차보건의료는 각국의 사회경제적 수준과 여건에 맞게 지속적으로 추진해야

한다는 원리에 근거하고 있기 때문이다. 세계보건기구 총장인 Dr. Mahler는 알마아타회의 개최사에서 일차보건의료의 방법을 단지 받아들이지 말고 환경에 적용할 것을 강조한 바 있다²³⁾. 문제는 한국사회에 걸맞는 방법이 무엇인가 하는 점이다.

2. 지역사회보건사업 고찰

그동안 우리나라에서 시행된 지역사회보건사업은 주로 농촌지역을 대상으로 실시되었는데, 민간보건의료공급체계로 부터 소외된 집단의 기본적인 보건의료서비스 전달조직의 취약 및 부족, 자원의 비조직화에 따른 비효율적 이용, 건강에 대한 개인적 의식의 결핍, 보건의료서비스를 이용할 수 있는 재원결핍 및 사회의 지원체계 부재, 한국의 지역상황에 맞는 의사상과 공급체계의 부재가 문제로 인식되었고 이를 해결하기 위한 대안 모색으로 지역사회보건사업이 시행되었다. 이러한 보건사업에서 대상으로 전제된 지역사회란 주로 민간의료공급체계에서 어느정도 소외된 사회경제적, 문화적으로 동질적이라 간주되는 농촌이나 도시 저소득층 거주지를 의미하였다. 그리하여 가장 기본적이고 보편적인 보건서비스를 제공하려는 정부의 보건행정을 보다 잘 수행할 수 있는 조직 및 인력 개발이나, 지역사회주민들로 하여금 정부의 보건사업을 보다 많이 이용하도록 하는 전략개발 그리고 환경과 예방사업에 참여하도록 유도하는 것이 사업내용이었다²⁰⁻²⁴⁾.

우리나라에서 마을건강원조직을 개발하여 운용한 지역사회보건사업에 대해 살펴보면 <표1>에서 보는 바와 같다. 서울대학교에서는 1971년에 강원도 춘성군 신동면을 대상으로 지역사회보건사업을 실시하였고, 이화대학교는 1972년 경기도 남양주군 수동면, 연세대학교는 1974년 경기도 강화군 선원면·내가면, 한국보건개발연구원은 1975년 강원도 홍천군·전북 옥구군·경북 군위군, 전주예수병원은 1976년에 완주군 용진면을 대상으로 지역사회보건사업을 실시하였다. 1980년대에 들어 고려대학교는 1982년에 경기도 여주군을, 순천향대학교는 1985년도에 충북 음성군을

〈표 1〉 지역사회보건사업 시행기관별 특성 비교

구 분	춘성군 보건사업 1)	수동면 보건사업 2)	강화군 보건사업 3)	옥구·군위·흥천보건사업 4)	용진면 보건사업 5)	여주·점동면 보건사업 6)	음성 보건사업 7)	정부 마을건강원사업 8)
사 기	1971-	1972-	1974-	1975 - 1980	1976-	1982 - 1990	1985 - 1988	1985-
주 관	서울대 보건대학원	이화대 의과대학	연세대 의과대학	한국보건개발연구원	전주예수병원	고려대 의과대학	순천향대 의과대학	보시부
대상지역	강원도 춘성군 신동면	경기도 남양주군 수동면	경기도 강화군 선원면, 내가면	강원도 홍천군, 전북 옥구군, 경북 군위군	원주군 용진면, 고산지역 5개면	경기도 여주군 점동면	충북 음성군	전국 보건진료소 지역
사업목적	모범적인 시범 보건사업 실시 학생 및 보건요원의 교육·훈련, 지역사회 보건문제 연구	농촌지역보건의료제공체계 발전시범 지역주민조직을 통한 의료비 재원확보 조성 지역사회 실습 교육 실천	농촌지역보건의료문제 해결방안 모색 지역사회보건실습 교육실천	저소득주민에게 경비절약형 통합 보건 의료진달사업을 계획·실시·평가할 의료진달체제를 시범	지역사회가 보건의료문제를 책임지도록 할 기독교 정신인민민평등사상 실현	지역사회자원을 효율적으로 연결하므로써 지역사회에 적합한 보건의료진달체제모형개발	일차보건의료진달체제모형개발과 시범사업실시 병원과 지역사회 보건사업의 통합기 농도형개발 사업결과를 토대로 병원지역사회보건사업의 통합기 농도형을 개발, 실천	보건진료원과 지역사회 주민과의 교량역할과 일차건강사업에서의 기본사업제공
사업기구 조직	운영위원회 실행위원회 시범보건사업소	대학군청지역 사회보건사업 협의기구(군단위운영위원회) 의료원 지역사회보건위원회 면단위보건위원회	계획 및 조정위원회	한국보건개발연구원 보건정책협의회 보건기획단	가정 및 지역사회 보건 연구원	고려대학교 지역사회 보건개발위원회	순천향대학 연구 및 지역사회 의학 연구소 운영위원회 시범사업소	기존조직활용
사업내용	예방보건사업 의료보험및진료사업 교육, 훈련	예방보건활동 치료활동 사업평가 교육, 훈련	모자보건및가족 계획 진료 지역관리 생정통계	기본보건의료체계의 재조직 및 보완 중간중보건의료원의 개발과 다목적기 능화를 위한 재훈련 활용 지역사회적 참여 의료보험과 같은 재원조달기구의 개발 사업의 능률화를 위한 경영정보체계의 개발운영	예방보건활동 진료활동 지역사회의참여	기본보건사업 진료사업 지역사회 참여 연구 및 평가 보건교육	예방과 건강관리 사업 1차진료사업 지역사회참여 일차보건의료와 이차병원과의 통합보건체제개발 주민교육 혹은 서비스 제공	예방사업 치료사업 지역사회참여 보건정보수집 및 보고 기타
재원출처	강원도	사업초: 대학 1975-1980: 지역주민, 정부, 대학 1981이후: 지역주민, 정부	독일해의중앙선교부(EZE) 미국연합재단(KB)	AID 차관, 정부	독일 EZE	독일 GTZ	독일 GTZ	정부

대상으로 지역사회보건사업을 실시하였다.

각 지역사회보건사업의 특성을 요약하면 서울대학교는 각 단계별 보건의료자원의 서비스 이용을 가능케 하는 재원조달방안 개발을 위해 지역의료보험사업을 하였고, 이화대학교는 면단위 보건지소의 활성화 방안과 보건지소의 진료서비스 수혜를 위한 공공재원 확보방안 개발을 위한 사업을 전개하였고, 연세대학교는 서비스제공자와 주민

들 사이를 중재하여 보건서비스를 충분히 이용할 수 있도록 중간역할자인 마을건강원제도를 발전시켰으며, 한국보건개발연구원은 보건의료자원이 부족한 오지에 새로운 중급 보건의료요원을 배치시켜 보건진료원제도를 시범하였으며, 전주예수병원은 병원의 지역보건과를 중심으로 지역사회에 소재한 일차보건의료기관과 주민들의 연계와 참여방안을 시범하였다. 고려대학교는 농촌

지역주민들의 의료행태가 갖는 제문제에 기반한 보건의료전달체계를 만들려고 하였으며, 순천향 대학교는 병원을 중심으로한 농촌지역의 사회적 문화적 요인에 중점을 둔 새로운 보건의료제도를 개발하기 위하여 실시하였다.

이러한 지역사회보건사업중 지역주민에게 이양하여 주민이 자체적으로 지역사회보건사업을 유지하고 있는 곳은 전주예수병원의 용진면보건사업이 유일하게 지속되고 있으며, 고대 점동면 보건사업은 마을 건강원 조직을 지역내 보건진료원과 면보건요원이 담당하여 관리하고 있다. 현재까지 지역사회보건사업을 계속하며 연구사업과 학생실습장으로 활용하고 있는 곳은 서울대학교의 춘성군보건사업, 연세대학교의 강화보건사업, 이화여자대학교의 수동면보건사업이다.

3. 마을건강원조직 개발 및 운용실태

1) 마을건강원의 참여유도방안

여기서는 앞에서 언급한 지역사회 주민의 참여 이론에 토대를 두고 좀더 구체적으로 우리나라 농촌 현실에 입각한 마을건강원들의 참여유도방안과 사업내용을 요약하고 검토하고자 한다. 지역사회참여란 각 개인과 가족이 그들 자신의 건강과 복지뿐만 아니라 지역사회의 건강문제와 복지문제 해결에 책임을 지며, 그들 자신과 지역사회의 발전에 기여할 수 있는 능력을 발전시키도록 하는 과정이다²⁴⁾. 각 개인과 가족에게 그들 자신의 상태를 보다 잘 알고 그들의 공동된 문제를 해결할 수 있는 동기를 부여할 수 있게 되며 그들에게 맞지 않는 기존의 해결방법을 채택하도록 강요할 것이 아니라 적절한 해결방안을 찾아내도록 만들어 주고 새로 개척할 수 있도록 인식시키게 할 필요가 있다. 그들이 어떤 상황을 인식하고 여러가지 가능성을 비교하여 생각하고 그들 스스로가 얼마만큼 기여할 수 있는지를 알 수 있도록 하는 능력을 갖게 하여야 한다. 그들로 하여금 지역사회가 무엇인가를 배우게 하는 한편 보건의료조직을 설명하고 조언함으로써 제안된 조정내용이 유리한가 불리한가에 관한 명확한 사실과 상대적인 비용의 비교 등을 할 수 있도록 하는 책임이 있다.

보건요원은 그들이 일하고 있고 살고있는 지역사회의 한 부분이 된다. 일차보건의료에 관련된 활동과 관점을 조화시키기 위하여 보건요원과 지역사회구성원 사이의 끊임없는 대화가 필요하다. 이러한 대화를 통하여 보건요원들이 지역사회가 어떻게 느끼고 있는지, 지역사회가 그렇게 느끼는 이유, 지역사회가 열망하는 포부와 지역사회의 조직 및 서로의 연결방법 등을 보다 잘 이해할 수 있게 된다. 지역사회 주민들이 그들의 지역사회에 실제로 어떤 건강문제 해결이 요구되는 것인가를 알게 하고 일차보건의료에 관한 정부의 전략을 이해하여 건강문제 해결을 위한 지역사회 활동을 촉진시키고 기여할 수 있도록 배우게 한다. 이렇게 함으로서 건강이 모든 사람의 권리일뿐만 아니라 모든 사람의 책임이라는 것을 이해하게 하고 보건의료인 또한 그들 자신의 적절한 역할이 무엇인가를 찾아내게끔 한다.

일차보건의료의 모든 단계에 지역사회가 참여할 수 있는 여러가지 방법이 있다. 우선 현황을 파악하고, 문제를 정의하여 우선순위를 정하는데 참여하여야 한다. 그후에 일차보건의료 활동을 계획하고 이들 활동계획이 운영될때 충분히 협조하도록 돕는다. 이러한 협조는 그들 자신이 건강한 생활방법을 채택한다던가 좋은 영양과 위생의 원칙을 적용시킨다던가 예방접종을 잘 받는다던가 하는 것과 같은 보건의료에 관한 고도의 책임을 받아들이는 것을 포함한다. 이와함께 지역사회구성원은 일차보건의료에 재정적 및 기타 자원뿐 아니라 육체적 노동으로도 기여할 수 있다.

일차보건의료사업 수행에 있어서 지속적인 관찰과 평가가 이루어지고 기히 명시된 목적에 일치하여 진행되고 있는가를 확인하는 것 또한 적절한 지역사회의 관심사이다. 이러한 참여로서 어려운 점을 알아내고 해결하며 필요에 따라 사업활동 내용을 재조정하는 것이 용이하게 된다. 지역사회의 참여는 정부와 지역사회간의 상호지원을 요하며 이들 상호지원은 정보의 환류를 통하여 보완되어야 한다. 이러한 종류의 지원을 장려하고 정부행정당국의 여러 단계에서 필요한 각부문간 조정기능을 설치하고 일차보건의료를 지원하는 법률

〈표 2〉 지역사회보건사업 시행기관별 특성 비교

구 분	춘성군 보건사업 1)	수동면 보건사업 2)	강화군 보건사업 3)	유.구.권.흥면보건사업 4)	용진면 보건사업 5)	여주점동면 보건사업 6)	음성 보건사업 7)	정무 마을건강원사업 8)
명 칭	어머니회 회원	마을보건원	가정건강요원	마을건강원	마을보건요원	마을건강원	마을건강원	마을건강원
선발기준	행정리당 3명 현거주자 20세-50세인 자 마을에서 신임을 받는자	자연부락당1명 현거주자	행정리당1명 현거주자 30대로서 육아동 에 매달리지 않 아도 좋은자 국졸이상 주민들에게 신뢰 받으며 지도력이 있는자 본인과 가족이 관 성하고 적극 협조 하는 자	리 또는 자연부락 현거주자 국문 해독자 주민들에게 신뢰 받고 있는 자	자연부락당 1명 그 지역출신자 현거주자 국문해독자	행정리당 1명 현거주자 국졸이상 주민에게 신뢰받 는자	자연부락당1명 마을에서 5년이 상 거주자 국졸이상 주민들에게 신임 을 받고 지도력 이 있는 자 마을건강원으로 일할 의사가 있 는 자	행정 리, 동단위 로 1명 현거주자 국문해독자 45세미만자 막내아이가 3세 미만인 자 4) 건강사업에 관 심있는 자 3년이상 일할 능 력있는 자
선발방법	이장추천에 의 해 부녀회총회 에서 선발	부녀회추천에 의해 선발	추천된 2명을 시범사업소에서 1명씩 선발	마을총회에서 선출	부녀회장중 이장 등의 추천에 의 해 시범사업소 측에서 선발	이장이 행정 리 당 1명씩 추천하 게 한 후 선발	모자보건 자원지 도자 중 마을건 강원으로 활동하 기 원하는 자와 이장등의 추천을 받아 시범사업소 측에서 선발	보건진료원의 추 천을 받은 자를 군수가 보건소장 의 의견을 들어 위촉
선발총수	98명 (66명/22행 정리, 32명/32자 연부락)	22명/22자연부락	37명/37행정리	14명/14행정리, 자연부락	128명/128자연부 락	27명/26행정리	52명/52자연부락	15000명/15000 행정리, 등
1인당담당 가구		46가구	80-90가구	458명	50-100가구	30-59가구	60가구	49가구
서류 및 물품	응급처치함 분만 셀 회람판 월말보고서	응급처치약품 (내복약, 바르는 약, 위생제료, 체 온계등) 월말보고서	저용 가정건강기록부 임산부등록부 영유아등록부 의뢰카드 일일활동기록부 월말보고서	응급처치약품 피임약품 월말보고서	피임약, 끈돌 응급처치가방 현암기 보건교육자료 가족사항카드 가족계획기록부 일일기록지 월말보고서	응급처치가방(바 르느약, 위생제료) 현암기 체중계 가족사항카드 가정건강기록부 영유아, 유배우관 리대장 건강관리대상자명 단 월말보고서	5) 와같은 5) 와같은 5) 와같은 1) 와같은	응급처치가방 응급처치약품 마을건강원 교재

을 제정 통과시키며, 필요한 때에 충분한 인적, 물적, 기술적인 자원을 제공하는 것이 정부의 책임이다.

2) 마을건강원의 필요성

지역사회보건사업이 일정지역내에서 보건사업 제공자와 지역주민의 적극적인 참여로 이루어져야 하는 것이 기본핵심이라면 지역주민의 참여 또는 지역주민 자체에 의한 보건사업이어야 한다는 것이고, 그 근본 목표는 지역주민의 건강을 증진 시키는데 있으며 예방 및 건강증진 사업은 주민들이 주역이 되어 이루어져야 하며 보건의료전문가는 지원 역할을 하여야 한다. 그렇다면 지역주민

중에서 선발된 마을건강원으로 하여금 지역사회에서 생기는 건강문제를 스스로 해결할 수 있는 능력을 가지게 하고 더 나아가 지역주민 모두에게 파급시켜 지역주민의 적극적인 참여를 가져오게 하는데도 큰 의미가 있다고 하겠다.

마을건강원은 자신들이 살고 있는 마을주민의 건강관리를 위하여 마을주민 지도자에 의하여 추천 선발된 그 지역사회의 여성지도자로 보건의료에 대한 기초훈련과 교육을 받은후 마을주민의 건강증진 및 관리를 위하여 활동한다. 자신이 속해 있는 마을에서 마을의 환자발견 및 연락, 출생·사망·전입·전출·임신·분만·결혼 등 보건에

관한 정보수집을 위하여 가정방문을 수행하고 간단한 응급처치 및 자기마을의 일차건강관리를 담당하며 보건요원과 보건진료원을 돕는 일차보건의료서비스 전달체계의 가장 중요한 자원봉사자이다.

마을 수준에서 지역주민의 건강문제를 즉각적으로 발견하고 이에 대한 적절한 보건의료서비스를 받을 수 있도록 교량역할을 하는 마을건강원이 있으므로 보건진료원과 보건요원은 업무를 효율적으로 수행할 수 있고 마을건강원을 통하여 지역사회 주민의 건강문제에 관한 정보를 수집하여 지역사회 건강문제를 원만하게 수행할 수 있다. 그러나 지역사회주민들이 마을건강원을 단순히 보건사업제공자로서 인식하기 이전에 마을건강원의 필요성을 인식하도록 하는 것이 중요하다고 하겠다. 이것은 스스로 문제를 해결하려고 하는 자세를 확립하는데 도움이 될 뿐 아니라 자신들의 필요에 의하여 선발한 마을건강원에 대해서는 더 많은 협조를 보이게 되기 때문이다.

3) 마을건강원 명칭

그동안 시행되었던 지역사회보건사업에서 개발하여 운용하였던 지역사회보건요원인 마을건강원의 명칭과 선발방법은 <표2>에서 보는 바와 같다.

우리나라에서 마을건강원이란 용어를 처음 사용한 것은 1977년도에 한국보건개발연구원(KHDI, 현 보건사회연구원)에서 농촌지역을 대상으로 지역사회보건사업을 전개할 당시부터이다¹¹⁾. 사업대상지역이 광활한 산악지역이었던 강원도 홍천군에서 전주민에게 보건의료서비스를 단기간내에 보다 쉽게 접근시키기 위한 수단을 강구함과 동시에 지역사회 참여를 촉진하기 위한 전략의 하나로 해당 지역사회 출신으로 단기간 훈련을 받은 후 아무런 불적보상을 받지않고 자기 마을주민을 보살피 그들의 건강향상에 도움을 주는 마을단위 보건요원을 마을건강원이라 호칭하였다. 다른 지역사회보건사업 지역에서는 이러한 인력에 대한 명칭이 다소 달랐는데 어머니회임원(서울대, 춘성군사업), 가정건강요원(연세대, 강화사업), 마을보건원(이화여대, 수동면사업), 마을보건요원(전주예수병원, 용진·고산사업) 등을

들 수 있다.

세계보건기구는 이들을 1974년에는 마을건강요원(Village health workers)으로, 1977년에는 일차보건요원(Primary health workers)이라고 호칭하다가, 최근에는 지역사회보건요원(Community health workers)로 부르고 있다¹⁹⁾.

4) 마을건강원 선발방법

우리나라 지역사회보건사업에서 마을건강원의 선발기준은 지역사회보건사업의 시행기관에 따라 다소 차이가 있으나 대동소이하다. 춘성군보건사업에서는 마을단위에 어머니회조직을 만들고 회장, 부회장, 총무를 선출하였다. 강화보건사업, 옥구·홍천·군위보건사업, 여주보건사업은 행정리 단위로 1명씩 선출하였고, 수동면보건사업, 용진면보건사업, 음성보건사업은 자연부락당 1명씩 선출하였다.

마을건강원의 선발방법은 춘성군보건사업, 옥구·군위·홍천보건사업은 이장 등 지역지도자들의 추천에 의해 주민총회에서 선발하였으며, 수동면보건사업, 강화보건사업, 용진면보건사업, 여주보건사업은 이장 등 지역지도자에 의해 추천된 자들 중에서 시범사업소속에서 선발하였다. 그러나 음성보건사업에는 기존조직과 자원을 검토하여 그 기능을 활성화 한다는 취지에서 기존 모자보건 자원지도자중 마을건강원으로 활동하기 원하는 자와 이장 등의 추천에 의해 선발된 자중 시범사업소속에서 선발하였다. 정부의 마을건강원사업은 보건진료원의 추천을 받은 자를 군수가 보건소장의 의견을 들어 위촉하는 방식을 취하고 있다.

5) 마을건강원의 역할과 업무내용

그동안 시행된 지역사회보건사업에서 정한 마을건강원의 역할과 업무내용을 살펴보면 <표3>, <표4>에서 보는 바와 같다.

춘성군보건사업에서는 어머니회임원의 역할을 지역보건사업의 매개자 역할을 강조하였으며, 강화보건사업에서는 가정건강요원을 공적보건의료체계와 지역사회와의 교량 역할 또는 창구역할을 담당하는 요원으로 개발하고자 하였고, 수동면보건사업에서는 면보건지소와의 교량역할을 하도록

〈표 3〉 지역사회보건사업 시행기관별 마을건강원의 역할 비교

지역사회보건사업 시행기관별	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)
마을건강원역할								
· 교량자	0	0	0	0	0	0	0	0
· 보건교육자	0	0	0	0	0	0	0	0
· 건강에 대한 지도자	0	0	0	0	0	0	0	0
· 건강문제 발견, 조정자	0	0	0	0	0	0	0	0
· 사업평가환류자	x	x	x	x	x	x	x	0

〈표 4〉 지역사회 보건사업 주제별 마을건강원의 업무내용 비교

업무내용	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)
보건 정보 수집	출생, 사망 진입, 진출 주민 질병상황 주민 거주환경	0 0 0 0	x x 0 x	0 0 0 0	0 0 0 x	0 0 0 x	0 0 0 0	0 0 0 0
모성 건강 관리	월경일 확인 월경지연자 발견, 보고 산전관리 분만지도 안내 산후관리 안내	0 0 0 x 0	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	0 0 0 0 x
영유 아 건강 관리	신생아 건강관리 지도 성장발달 지도 질병예방 및 관리 예방접종지도 및 안내	0 0 x 0	0 0 0 0	x 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 x 0 0
가 족 계 획	유태우부인 피임상태 파악 피임방법 안내 및 권유 피임약, 피임용구 배부 피임시술자중 부작용자 보고	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
응급 처치	응급처치 의뢰	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
기 타	정기가정방문 회의참석 활동 기록 및 보고 보건교육연락 및 장소준비	0 0 0 0	0 0 0 x	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0

하고, 마을주민 응급치료, 보건지소 보건요원 업무지원, 기본보건의료서비스 제공을 강조하였다. 옥구·군위·홍천보건사업에서는 마을건강원을 자기 마을에서 환자의 발견, 보건에 관한 정보의 제공과 마을 의약품의 관리를 비롯한 단순한 처치와 의뢰 등 주민에게 기본적인 보건의료서비스를 제공하는 보건의료전달체계의 최일선요원으로 개발하고자 하였다. 용진면보건사업과 여주보

건사업은 마을주민과 보건의료요원과의 교량역할을 하도록 하였고, 마을 주민에게 일어나는 간단한 상처를 치료하고 환자를 발견하며 후송하도록 하였다. 음성보건사업은 보건의료서비스 제공자의 역할과 교량역할을 강조하였다. 정부사업으로 시행되고 있는 마을건강원사업도 보건진료원과 지역사회와의 교량역할을 강조하고 있다.

각 지역사회보건사업에서 사업시행초기에 의도한 마을건강원의 역할을 보면 지역주민과 보건의료요원간의 교량역할, 보건교육자의 역할, 건강에 대한 지도자의 역할, 건강문제 발견과 조정자의 역할은 모든 사업에서 주어진 것을 볼 수 있다. 사업평가 환류자의 역할은 고려대학교와 정부 마을건강원사업에서만 주어진 것을 볼 수 있었다. 정부 마을건강원사업에서 마을건강원에게 부여한 역할은 보건진료원과 지역사회주민과의 교량역할 또는 창구역할을 하는 교량자 역할과 보건의료에 관한 기초교육을 받은 후 배운 내용을 자기 마을의 구체적 상황에서 확인하여 지역주민에게 필요한 교육을 제공하는 보건교육자로서의 역할, 건강과 관련된 사업에서 솔선수범하여 지역주민에게 모범을 보일 수 있는 건강에 대한 지도자의 역할, 지역사회주민인 마을건강원이 마을에서 주요로 하는 건강사업을 유도할 수 있고 지역주민과 보건진료원사이에서 중간 교량역할을 하는 건강문제 발견과 조정자의 역할, 건강사업수행에 진행되는 사업에 대해 지속적인 간격을 두고 주민의 생각, 느낌, 반응, 불평 등을 마을건강원이 간평가요원으로 지역사회주민의 편의를 참작하여 사업을 이끌어 나갈 수 있고 최종평가시에는 사업에 대한 공동평가를 할 수 있는 역할인 사업평가 환류자의 역할이다.

마을건강원 활동을 위해 마을건강원에게 지원된 서류 및 물품은 각 지역사회보건사업에서 모용급처치약품과 자체 개발한 보고서 등 기록서를 지급하였다. 대부분의 지역사회보건사업에 마을건강원에게 배부한 응급처치약품은 외용약으로 한정했는데 수동면 보건사업과 옥구·군위·홍천보건사업에서는 외용약 이외에 간단 질병을 치료할 수 있는 내복약까지 지급하였다.

서울대학교에서는 가정분만셀을 지급하였고, 전주에수병원, 고려대학교, 순천향대학교에서는 마을건강원에게 혈압계를 지급하여 고혈압관리사업을 시도하였다.

6) 마을건강원 교육훈련

보건의료전문가가 아닌 지역주민인 마을건강원에게 지역사회의 건강지도자로서의 그들의 역할을 수행할 수 있도록 능력을 배양하는 교육은 선발당시 실시하는 기본교육과 유지교육으로 나누어 단계적으로 실시하는 것이 효과적이라 할 수 있다.

마을건강원 교육훈련기간은 마을건강원들이 맡은 과업을 제대로 수행하는데 필요한 기본적 능력을 갖출 수 있으면서 생업에 지장을 주지 않아야 한다. 그동안 시행된 지역사회보건사업 주관기관별 교육훈련 프로그램은 <표5>, <표5-1>에서 보는 바와 같다.

<표 5> 마을건강원 기본교육훈련 비교

지역사회보건사업 시행기관별		구 분							
		1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)
교육기간	2일	0	0					0	0
	3일			0					
	6일					0			
	1주					0			
	20주		0						
장소	면내공공시설	0	0	0	0	0	0		
	보건지소		0	0					
	군보건소			0	0	0			0
	기타			0	0				0
강사	시범사업소직원	0	0	0	0	0	0	0	0
	대학	0	0			0	0		
	보건소			0	0	0	0		0
	기타	0	0	0	0	0	0	0	0
교육내용	1차보건의료	x	0	0	0	0	0	0	0
	보건사업 소개	x	0	0	0	0	0	0	0
	VHW의 역할	x	0	0	0	0	0	0	0
	모성건강관리	x	x	0	0	0	x	0	0
	영유아건강관리	x	x	0	0	0	x	0	0
	가족계획	0	x	0	0	0	x	0	0
	기생충관리	x	x	x	0	0	0	x	0
	결핵관리	x	x	0	0	x	x	x	0
	응급처리	0	0	0	0	0	0	0	0
	질병관리	0	0	x	0	0	0	0	0
	환경위생관리	x	x	x	0	0	x	x	0
	구강건강관리	x	x	0	0	0	0	x	0

<표 5-1> 마을건강원 기본교육훈련 비교

지역사회보건사업 시행기관별		구 분							
		1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)
교육기간	1일/매월	0	0		0	0	0	0	0
	4일/매월			0					
	2-3일	0					0		0
	4-6일					0			
	8주				0				
장소	면내공공시설	0				0	0	0	
	보건지소		0	0			0	0	
	군보건소				0		0		0
	기타				0		0	0	0
강사	시범사업소직원	0	0	0	0	0	0	0	0
	대학	0		0			0	0	
	보건소	0			0	0	0	0	0
	기타					0	0	0	0
교육내용	모성건강관리	x	x	0	0	0	0	0	0
	영유아건강관리	x	x	0	0	0	0	0	0
	가족계획	0	0	0	0	0	0	0	0
	기생충관리	x	x	x	0	0	0	0	0
	결핵관리	x	x	0	0	0	0	0	x
	응급처리	0	0	0	0	0	0	0	0
	질병관리	0	0	x	0	0	0	0	0
	환경위생관리	x	0	x	0	0	0	0	x
	구강건강관리	x	x	0	0	x	0	x	x

기본교육기간은 춘성군보건사업, 수동면보건사업, 음성보건사업에서는 2일간 실시하였으며, 옥구·군위·홍천보건사업은 3일, 여주점동면보건사업, 용진면보건사업은 1주간 실시하였으며, 강화보건사업은 2회에 걸쳐 20주간 실시한 것을 볼 수 있다.

장소는 보건지소나 보건진료소, 면사무소 같은 면내 공공시설과 군보건소를 이용하였으며 강사는 시범사업소 연구원, 대학, 보건소 직원 등으로 구성되었다.

교육내용은 예방사업에 중점을 두어 일차보건의료의 개념, 마을건강사업의 개념, 마을건강원의 활동방법, 보고서 작성법 등이 중점적으로 시행되었다. 춘성군보건사업은 의료보험사업에 대한 교육을 실시하였는데 그 이유는 춘성군보건사업에 의료보험사업이 포함되었기 때문으로 사료된다.

마을건강원의 유지교육은 대부분의 지역사회보건사업에서 매월 개최되는 마을건강원회의를 통한 월례교육과 농촌에서 비교적 농한기인 여름과

〈표 6〉 마을건강원 업무수행정도 비교

조사시기 내 용	1987년		1987년		1992년		
	수행	비수행	수행	비수행	활발	보통	미약
보건정보수집및보고							
출생	-	-	26.0	74.0	50.0	23.5	26.5
사망	-	-	25.9	74.1	50.0	27.8	22.2
전, 출입	-	-	22.4	77.6	38.2	44.1	17.7
임신	65.3	34.7	31.3	68.7	16.7	29.2	54.1
건강이상자	51.0	49.0	4.8	95.2	-	-	-
가족계획	60.2	39.8	-	100.0	27.9	31.7	40.4
분만개조	31.6	68.4	-	-	-	-	-
신생아건강관리	49.0	51.0	-	-	32.0	28.0	40.0
결핵관리	-	-	22.6	77.4	38.3	21.5	40.2
응급처치	85.7	14.3	85.2	14.8	58.8	20.6	20.6
예방접종안내	66.3	33.7	56.8	43.2	58.1	22.6	19.3
보건교육	45.9	54.1	39.4	43.2	46.7	16.7	36.7

겨울에 집중교육방법으로 실시되었다. 춘성군보건사업, 수동면보건사업, 옥구·군위·홍천보건사업, 음성보건사업에서는 매월 1회 개최되는 정기모임에서 강화보건사업은 매주 1회씩 개최되는 정기모임을 통해 유지교육을 실시했다. 용진면보건사업은 농한기에 1년에 2회씩 2주간 실시되는 집중교육과 매월 2회씩 개최되는 정기모임에 유지교육을 실시했다. 여주보건사업은 1년에 2회씩 농한기의 집중교육과 1달에 2회 개최되는 정기모임시에 교육이 실시되었다.

정부가 주관해서 실시하는 마을건강원 교육훈련의 목적은 보건진료소 관내에서 지역 주민의 건강증진 사업을 위해 활동하는 마을건강원들의 업무수행 능력을 향상시키고 이들에게 필요한 지식과 기술을 제공하는데 있다. 교육방법은 초기에는 중앙, 도, 군의 3단계 교육방법으로 중앙교육은 각도교관요원교육을 실시하고, 도단위교육은 중앙교육을 받은 도교관요원이 각군교관요원교육을 실시하였고, 군단위교육은 도교육을 받은 군교관요원이 군관내 마을건강원 전원을 대상으로 교육을 실시하였다. 도단위교육은 각도지사가 주관해서 시행하고 교육기간은 3일간이고 교육대상은 군단위 마을건강원교육 교수요원을 대상으로 실시하였는데 이들 대상에 보건행정계장, 책임간호사, 보건진료원이 포함되었다. 정부의 군단위

마을건강원 교육방침은 도단위 교수요원교육을 이수한 자로 강사팀을 구성하고 군수 또는 보건소장 주관하에 실시하도록 하고 있으며, 필요시에 외부강사를 초빙하여 실시하도록 하고 있다. 교육방법은 마을건강원이 주어진 직무를 수행할 수 있도록 강의, 집단토의, 사례발표 등으로 실시하도록 하고 있다. 현재 정부 프로그램에 의해 실시되고 있는 마을건강원 교육프로그램은 1986년부터 매년 1회 2일간(16시간) 군보건소가 주관하여 군단위교육으로 실시하고 있다. 그러나 신규교육과 유지교육에 대한 구분없이 실시되고 있으며, 교육방법은 마을건강원의 업무와 관련된 내용을 지식 전달위주의 강의식 형태로 실시되고 있다.

7) 마을건강원의 업무수행실태

마을건강원의 업무수행실태는 〈표6〉에서 보는 바와 같다. 정부의 마을건강원사업의 일환으로 선발되어 활동하고 있는 마을건강원의 업무수행실태는 김등(1987)¹⁵⁾의 연구에 의하면 응급처치 활동이 85.2%, 예방접종 지도 및 안내활동이 56.8%로 활동수행정도가 높았다. 최등(1984)¹³⁾의 연구에 의하면 임신부보고 65.3%, 가족계획 60.2%, 응급처치 85.7%, 예방접종 지도 및 안내 66.3%로 활동수행정도가 높았다. 1992년 본 연구팀이 13개 보건진료소지역의 마을건강원 활동에 대해 조사한 바에 의하면 출생·사망보고활동 50.0%, 응급처치 58.8%, 예방접종 지도 및 안내 58.1%로 활동수행정도가 높았다.

각 업무영역별 활동수행정도와 업무내용에 대한 필요성 인지도는 〈표7〉과 같다. 활동수행정도는 월경일 확인 46.6%, 월경지연자 발견 보고 54.1%, 산전관리 37.9%, 신생아 건강관리 지도 40.0%, 성장발달 지도 44.8%, 피임약 및 피임용구 배부가 46.4%로 활동수행정도가 낮음을 볼 수 있었고, 응급처치 수행정도가 71.4%로 높음을 볼 수 있었다. 활동이 필요없다고 느끼는 업무는 출생보고(9.7%), 월경일 확인(18.5%), 월경지연자 발견 보고(24.0%)로 응답하였다.

이상과 같이 고찰하여 볼 때 마을건강원의 역할 중 사업평가 환류자의 역할 즉 자기 마을에서 행해지고 있는 각종 지역보건사업의 평가에 참여하

표 7. 마을건강원의 업무수행활동 현황과 활동의 필요성 인식정도

업 무 내 용	활동 수행 현황			활동의 필요성 인식정도	
	활발	보통	미약	필요	필요없음
보건 출생	50.0	23.5	26.5	90.3	9.7
정보 사망	50.0	27.8	22.2	96.9	3.1
수집 전입, 전출	38.2	44.1	17.7	92.3	7.7
주민 거주환경과악	43.3	33.3	23.4	100.0	-
모 월경일 확인	16.7	36.7	46.6	81.5	18.5
성 월경지연자발견, 보고	16.7	29.2	54.1	76.0	24.0
진 산전관리	27.6	34.5	37.9	92.6	7.4
강 분만지도 안내	29.6	29.6	40.8	88.5	11.5
판 산후관리 안내	20.0	36.0	44.0	84.0	16.0
영유아 신생아 건강관리 지도	32.0	28.0	40.0	87.0	13.0
아 성장발달 지도	20.7	34.5	44.8	92.0	8.0
건강 질병예방 및 관리	34.5	34.5	31.0	95.8	4.2
관리 예방접종지도 및 안내	58.1	22.6	19.3	100.0	-
가 유태우부인 피임상태과악	32.1	32.1	35.8	86.4	13.6
측 피임방법 안내 및 권유	31.3	28.1	40.6	87.5	12.5
계 피임약, 피임용구 태부	21.5	32.1	46.4	79.2	20.8
회 피임시술자중 부작용자 보고	26.9	34.6	38.5	88.0	12.0
결 결핵검진안내	36.7	23.3	40.0	100.0	-
택 결핵의심자 발견 및 보고	32.0	24.0	44.0	100.0	-
관 결핵환자 보건소 치료권유	43.7	21.9	34.4	100.0	-
리 객담통 태부 및 수거	32.2	21.4	46.4	96.0	4.0
환자 및 가족 지도	46.6	16.7	36.7	100.0	-

자료원 : 1992년 조사

여 이들의 활동과 사업을 통하여 지역사회주민의 건강(health need)이 어느정도 만족되고 있는가를 평가하는 역할은 대부분 이루어지지 않고 있었다.

본 연구에서 설문조사한 마을건강원들이 앞으로 필요하다고 응답한 업무는 모성건강관리, 영유아건강관리, 가족계획을 제외한 보건정보수집, 결핵관리, 응급처치, 기타였으며 그의 기생충관리, 전염병관리, 성인병 등 만성병관리, 노인건강관리, 주민건강진단, 농약관리, 환경위생관리였다. 모성건강관리, 영유아건강관리, 가족계획은 국민의 생활수준의 향상과 국민의 건강 및 보건의료에 대한 의식의 변화와 농촌에서 젊은층 인구의 감소로 대상자가 줄었기 때문에 마을건강원의 활동의 필요성을 크게 느끼지 않는 것으로 생각된다. 그러나 노년층이 많은 농촌의 인구구조 특성과 관련하여 성인병 등 만성질환관리와 노인건강관리의 업무가 필요하다고 생각하고 있으

며, 건강에 대한 관심증가와 농촌사회의 실정이 정기적인 건강진단을 받을수 없는 점 등이 주민건강진단사업에 대한 필요성을 크게 느끼고 있는 것으로 생각된다. 농번기에 농약의 잦은 사용으로 농약중독이 많음이 자주 보고되었음을 생각할 때 농약관리와 환경위생관리업무가 필요하다고 응답한 것은 당연하다고 생각된다.

마을건강원들은 모성보건이나 영유아보건은 대상자가 없어 자신들이 할 일이 없다고 생각하고 있었다. 보건사업이 계속되기 위해서는 구체적인 일이 필요하다고 느끼고 있었다. 농촌에서 젊은 사람들은 대부분 도시로 이주하고 농촌인구의 감소 추세로 고령화 현상이 심화되고 있기 때문에 많은 부락에 가족계획 대상자가 급격히 감소하거나 전혀 없는 부락까지도 존재하였다. 마을건강원들은 농촌지역에서 특히 문제되는 고혈압, 중풍 등 노인에 대한 프로그램과 유행성출혈열 등의 질환에도 관심을 갖고 있었다. 또한 자신들에 대한 교육이 강화되기를 희망하였는데 이는 주민들과 건강문제에 대해 상담을 하려면 주민들 보다 아는 것이 많아야 하는데 본인이 의료에 대한 지식이 부족하다고 느끼고 있기 때문인 것으로 사료된다.

마을건강원들이 활동이 앞으로 계속 필요하다고 생각하는 업무영역은 응급처치, 기생충관리, 전염병관리, 성인병 등 만성질환 예방관리, 노인건강관리, 주민건강진단사업, 농약관리, 환경위생관리였다. 또한 앞으로 마을건강원이 할 일이 별로 없기 때문에 필요없다고 한 업무내용은 모성건강관리 15.5%, 가족계획 14.7%였다. 사회경제적 여건의 변화는 주민의 보건행동에 큰변화를 가져오고 있다. 주민의 생활수준의 향상, 대중전달 매체의 보급, 교통편의 발달, 의료보험제도의 시행 등은 보건행동에 큰 변화를 가져오게 하였다. 이러한 것들은 주민의 건강에 관한 관심과 지식수준을 높이고 보건의료기관과의 접근도를 신장시켰다. 즉 건강에 대한 문제가 있을 때 마을건강원을 경유하기 보다는 직접 의료기관을 찾게된다. 마을건강원이 개입될 여지가 축소되고 있으며 마을건강원이 제공할 서비스는 매우 제한되어

있어 주민들에게 실질적인 도움을 주기가 어려운 것이다. 그러나 마을건강원들은 마을에서 건강에 대한 일차적인 자문가로서의 기능을 계속 수행하고 있다. 성인병 등 만성병관리와 노인건강관리, 주민건강진단사업에 대한 요구가 증가하고 있는 것을 볼 수 있었는데 이는 농촌의 현실정이 중장년층, 노년층이 많은 것과 관련이 있는 것으로 사료된다.

8) 논의

일차보건의료는 여러 국가에서 시행되어 일정한 성과를 거두고 있지만 애당초 의도한 전략의 실현이 수월하지 않다는 점도 인식되었다. 특히 주민참여의 문제에 있어서는 성공적이라고 기술할만한 사례들이 적다. 지역주민들이 스스로 조직화하여 보건문제에 대처한다는 것이 현실적으로 매우 어려운 일임이 밝혀졌다. 시민사회 전통이 약하고 국가의 권위주의적 지배의 전통이 강한 많은 제3세계 사회에서는 주민이 보건정책에 대한 의사결정에 참여한다기 보다는 강제로 동의해주는 식의 참여가 보편적으로 존재하고 있다. 주민참여의 주요 기전의 하나인 마을건강원제도 역시 선발이나 운영 면에서 정부나 지역사회 권력구조의 영향을 받는 비자발적인 형태를 취하는 경우가 많다. 선발된 마을건강원 자신들도 주민의 대표로 인식하기보다는 사업을 추진하는 기관인 정부 또는 대학의 일원으로 동일시하는 경향도 발견되었다. 즉 기존의 권위 구조가 일차보건의료에서 그대로 재현되고 있는 것이다. 더 나아가 주민참여의 수준이 부락단위를 넘어 의료제도나 정책의 의사결정에 참여하는 단계는 거의 실현되고 있지 않다. 그 주요한 이유는 기존의 전문가중심체제는 사회의 권력구조와 맞물려 있기 때문에 사회구조적 변화가 없는 상황에서 보건의료부문만이 변화되기는 어렵기 때문이다.

주민참여의 수준과 방법을 제도차원, 조직차원, 개인차원으로 나누어 생각해 볼 수 있다. 개인수준의 주민참여는 개인적으로 일차보건의료서비스를 이용하고 보건교육에 참여하며 필요한 협력을 제공하는 것이다. 이 차원의 주민참여는 상당히 수동적인 것으로 일차보건의료의 초기단계

에서 주로 나타난다. 초보적 수준에서는 주민이 증상을 바르게 인식하고 필요한 서비스를 적기에 받도록 하는 지식과 동기부여에 목적이 부여되었으나 이 수준에 머무르지 말고 주민들이 지역사회 전체의 보건문제를 인식케 하고 이를 근거로 보건문제의 해결책을 스스로 모색하도록 유도하는 것이 이 차원에서의 목적이다. 개인수준의 참여는 개인으로 하여금 서비스 이용이나 교육참여를 통하여 보다 나은 보건행동을 유발케 하고 이를 위한 제도개선에 적극적으로 참여하도록 의식화 및 동기화 시킬 수 있어야 한다. 그렇지 않을 경우 일차보건의료의 여러 프로그램들은 주민에게 일방적으로 서비스나 정보를 제공한다는 점에서 형태적으로 병원 등의 의료기관과 근본적인 차이가 없게 된다. 또한 이 차원의 주민참여는 그 자체로 완성된 것이 아니라 주민이 스스로 조직화하여 그 상위단계인 조직수준, 제도수준의 참여를 위한 바탕이 될 때 보다 큰 의미가 있다.

개인수준의 주민참여를 저해하는 요인은 주민들의 보건에 대한 낮은 관심이나 사회문화적인 행동양식, 습관적인 불건강 행동 등을 들 수 있다. 1970년 대에 일차보건의료사업을 시행했던 관계자들은 이구동성으로 주민들의 보건에 대한 낮은 관심을 지적하였다. 주민들은 경제적으로 낙후되어 있는 상황에서 생존을 우선시할 수 밖에 없었기 때문에 보건에 대한 낮은 관심은 오히려 자연스러운 일이었다. 또한 토착적인 보건의료문화의 영향력이 상당히 남아 있었다. 예를 들어 임신과 출산은 전통적인 생활방식하에서 이루어지고 있었고 따라서 산전·산후관리의 개념을 정착시키기 위하여는 많은 노력과 시간이 필요하였다. 보건사업은 여성을 많이 상대하기 마련인데 남녀유별이나 가부장적 권위구조하에서 여성의 사회적 지위가 낮기 때문에 어려움을 겪기도 하였다. 그러나 일차보건의료가 의존하는 과학적 방식이 주민들이 의존하는 전통적 방식과 극적으로 대비되었기 때문에 보건사업의 파제는 명료하게 인식되었고 주민에 대한 교육이나 설득만으로도 충분한 의의를 갖고 있었다.

그러나 1980년대 이후의 사회경제적 변동은 주

민참여를 위한 환경조건에 큰 변화를 가져왔다. 주민의 교육수준과 생활수준의 전반적인 향상으로 주민들의 보건행동도 빠르게 바뀌었다. 농촌지역에서도 병원출산이 보편화되고 산전관리나 예방접종도 자발적으로 받게 되었다. 건강진단이나 자궁암검진에 대한 관심도 매우 높다. 물론 주민들의 예방보건활동이 전문가의 관점에서 보면 아직 미흡한 수준에 있다. 일례로 산후관리가 제대로 안된다는 점을 지적할 수 있다. 잘못된 보건지식이 많고 약물에 과잉되게 의존하는 경향도 지적할 수 있다. 그러나 중요한 것은 과거처럼 주민을 단지 설득하고 교육하는 일만으로는 주민참여를 도출하기 어렵다는 점이다. 이는 교육과 설득의 한계효용이 그만큼 감소했기 때문이다. 즉 교육과 설득은 계속 필요하겠지만 그 자체로 충분한 의의나 효과를 찾기 어렵게 되었다. 주민의 보건욕구는 보다 고급스러운 방향으로 변화되고 있다. 건강진단, 고혈압관리, 암검진 등은 과거 여성을 주요 대상으로 하여 부락내에서만 추진되던 보건사업의 영역을 남자까지도 포함한 모든 지역 주민을 대상으로 하여 병원과 연계하여 진행되는 프로그램 개발의 필요성을 제기하고 있다. 교육과 설득도 이와 관련시켜 진행하는 것이 보다 효율적인 것이다. 물론 모성보건 등 전통적인 사업영역이 더이상 필요없다는 것은 아니다. 그러나 주민들이 호응을 얻고 보건사업의 활력을 보강하기 위하여서는 새로운 업무영역과 방식을 시급히 개발할 필요가 있다.

조직수준의 주민참여는 지역주민 개인이 아닌 전체의 대표자가 보건사업의 과정에 참여하는 것을 의미한다. 원론적으로 이해하자면 다수의 주민의 개인차원을 넘어 지역사회 전체의 보건문제에 공통의 관심을 갖게 되고 이의 해결을 위하여 스스로 조직화하고 대책을 마련하는 단계를 의미한다. 주민의 자발적 조직화를 위하여는 다수 주민이 보건문제의 심각성을 느끼고 참여하게 만드는 구조적인 유인성과 구체적인 조직화의 계기를 만드는 촉발요인이 필요하다. 조직수준에서 참여의 구체적 방안으로 제시되는 것이 지역보건개발위원회와 마을건강원 제도이다. 보통 주민대표자

와 사업관련자들로 구성되는 보건개발위원회는 형식적 조직구조상으로는 일차보건의료를 추진하는 최고 의사결정기구로 설정되지만 명목적인 기구일 때가 많다. 여기에 참여하는 지역 유지들의 조직에 대한 열성도나 관심도는 높지 않으며 사업을 실제 추진하는 대학 등이 지역사회를 지배하는 이들과 원만한 관계를 유지하기 위하여 사업을 추진받는 장으로서 기능하는 것이 보통이다. 그러나 이러한 기능만이라도 수행하는 것은 장기적으로 보건사업의 정착에 매우 중요하다.

제도수준의 참여란 적어도 의료자원의 배분과 의료계획이 이루어지는 지방자치단체의 수준에서 주민의 참여가 있어야 함을 의미한다. 이 수준에서는 지역의료자원의 생산과 배분에 관한 기본정책을 수립하는 것을 원칙으로 함으로 보건의료전문가와 함께 주민대표의 참여가 필요하다. 병원 등 기존의료기관의 기능과 역할의 제정과 감독, 일차보건의료와 병원의 제도적 관계 설정, 그리고 주민참여 통로의 보장 등은 이 수준에서 이루어질 수 있다. 이것은 지방자치제도하에서 보건자치에 해당할 것이다.

보건자치의 실현은 주민참여의 중요한 수단이지만 그것으로 완성되는 것은 아니고 제도적 수준에서의 일차보건의료를 제도적으로 적절히 조화시키고 연계시키는 정책의 입안과 시행에는 많은 이해 관련집단과의 갈등과 타협을 거친 후에야 가능해질 것이기 때문이다. 주민참여는 개인차원부터 제도수준의 참여까지 체계적으로 이루어질 때 완성된다. 이러한 참여를 어렵게 만드는 요인은 다양하다. 앞서 지적한 것처럼 제도적 차원에서의 참여는 정치적 경제적 권력관계와 직접 연관되어 있기 때문에 그 실현이 어렵다. 현실적으로 가능한 주민참여의 방안은 조직과 개인차원의 참여를 연계시켜 시도하는 방법이 있을 것이다.

마을건강원은 각 부락단위로 부녀자중에서 선발되어 일정한 교육을 이수한 후 주민과 일차보건의료기관을 연결하는 통로로서 역할을 한다. 마을건강원제도는 주민참여의 방법중 비교적 수월하고 상당한 성과도 올린 것으로 평가되고 있다. 그러나 이들이 주민의 대표로서 일차보건의료에 참여

하는 것인지 아니면 일차보건의료 조직의 말단요원으로 기능하는 것인지 불분명할 때가 많다. 한국의 상황에서는 이들에게 간단한 외상치료 이상의 서비스제공 역할을 부여하기 힘들다. 이들의 실제적 업무는 보건정보를 파악하고 전달하며 주민을 동기화시키는 것으로 정착되고 있다.

마을건강원제도가 진정한 주민참여인가 하는 문제는 결국 이들이 부락내에서 얼마나 보건에 관한 여론을 조성하고 조직화하여 보건행동을 유발하게 하는가에 달려있다. 중요한 과제는 보건사업프로그램이 이들의 역할을 단지 수동적인 정보 전달자로 한정시키지 않고 주민과 보건소 병원 등을 연결하는 매개자로 활동할 수 있도록 여건을 만들어 주는 일이다.

IV. 결론 및 요약

본 연구는 그동안 우리나라에서 지역사회 참여 방법으로 개발하여 활용된 마을건강원조직의 특성을 파악하고, 현재 정부사업으로 시행되고 있는 마을건강원의 활동실태를 조사하여 사회변화에 따른 마을건강원의 역할과 업무내용을 재조명해 보고자 하였다. 연구방법은 그동안 시행되었던 지역사회보건사업에서 마을건강원조직운동에 대해 문헌고찰을 하였고, 1992년도에 1개군을 선정하여 마을건강원을 대상으로 설문조사하여 마을건강원의 업무수행실태를 조사분석하였다. 본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 우리나라에서 그동안 시행된 지역사회시범 보건사업은 병원중심의 진료사업에서 탈피하여 해당지역의 전주민의 건강관리에 목적을 두고, 농촌지역을 대상으로 의학교육기관, 외부원조기관, 종교기관이 주관하여 시행하였다. 사업조직의 기본단위는 면을 일차적 지역단위로 보고 군을 2차적 단위로 설정했으며, 새로운 종류의 인력인 보건진료원과 마을건강원을 개발하여 활용하였다.

2. 지역사회보건사업에서 개발되었던 마을건강원들은 일정한 형태의 현금급여나 물품급여를

받았으나, 현재 정부마을건강원사업으로 활동하고 있는 마을건강원에게는 현금급여나 정기적으로 지급되는 물품은 없었다. 마을건강원 교육훈련은 군보건소가 주관하여 신규교육과 보수교육을 구별하지 않고 1년에 1회 1-2일간 실시하고 있었다. 마을건강원 활동을 위해 제공된 물품은 응급처치용구와 마을건강원교재였다.

3. 마을건강원의 업무내용중 기존의 정부보건사업과 관련있는 모성건강관리, 가족계획사업에 대해서는 관리대상자의 감소 등으로 마을건강원 활동의 필요성이 없다고 느끼는 경우가 많은 반면, 전염병관리, 성인병관리, 노인건강관리, 농약관리, 환경위생관리에 대해서는 필요성을 크게 느끼고 있었다.

4. 그러므로 마을건강원이 지역사회에서 건강지도자로서 활동하도록 하기 위해서는 마을건강원 교육훈련 프로그램이 사례중심의 실무능력개발 위주의 교육 프로그램으로 개발되고 강화되어야 한다.

참 고 문 헌

1. Alma-Ata, Primary Health Care, WHO/UNICEF, 1978
2. 이경식, 일차보건의료와 지역사회간호학, 대한간호협회출판부, 1977
3. 한국보건개발연구원, 일차보건의료에 관한 세미나 결과보고, 1977
4. 양재모, 유승흠, 국민의료총론, 수문사, 1984
5. 채영애, 마을건강돌보기-거제기독건강원 마을건강사업, 수문사, 1982
6. 이경식, 김화중, 정희섭, 거제지역보건실태, 거제보건원, 1977
7. 서울대학교 보건대학원, 춘성군 지역사회보건사업, 1978
8. 위자형, 최삼섭, 구연철, 농촌마을보건원의 보건의료전달에 대한 태도와 실천도에 관한 조사연구, 이화의대지, 1984

9. Il Soon Kim, Development and Organization of Myun Level Health Care Services in Korea, 1977
10. 김일순 외, 강화지역사회보건사업, 연세대학교 의과대학 예방의학교실, 1979
11. 한국보건개발연구원, 보건시범사업종합평가보고, 1980
12. 김기순, 김천식, 김영기의, 예수병원 지역사회보건사업-용진면 및 고산지역을 중심으로, 예수병원 기독교학연구원, 1987
13. 예수간호전문대학, 제 4회지역간호세미나 보고서-일차보건의료사업에있어서 마을건강원의 참여촉진, 1981
14. 차철환, 염용태, 이명숙외, 지역사회보건사업 평가, 고려대학교 지역사회보건개발위원회, 1988
15. 차철환, 염용태, 이명숙, 조병희, 도시농촌별 일차보건의료의 접근, 고려대학교 지역사회보건개발위원회, 1992
16. 보건사회부, 마을건강원 훈련요원 교재, 1987
17. 보건사회부, 마을건강원 활동지침 및 교재, 1985
18. 김공현 등, 마을건강원 활용방안에 관한 연구, 한국인구보건연구원, 1987
19. 순천향대학 인구 및 지역사회의학연구소, 일차보건접근을 통한 지역보건사업의 개발 전략, 1986
20. 방숙 외, 순천향 음성병원 진료권내 보건의료사업 연구보고서, 순천향대학 인구및 지역사회의학연구소, 1989
21. 김진순, 오영애, 유호신, 윤석우, 2000년을 향한 1차보건의료의 기본계획수립연구, 한국 인구보건연구원, 1986
22. 이명숙외, 농촌 일차보건사업에 있어서 마을건강원의 업무량 및 업적에 관한 연구, 12(1), 한국농촌의학회지, 1987
23. WHO, From Alma-Ata to the Year 2000, Reflections at the Midpoint, Geneva, 1988
24. 보건사회부, 농어촌 일차보건의료에 관한 세미나 결과보고, 1977
25. Amonoo-Lartson, R. G. J., Ebrahim, H. J. Lovel, and J.P. Ranken, District Health Care, Macmillan Press, London
26. Navarro, V., Critique of the Ideological and Political Position of the Brant, 14(2)
27. 고성주, 지역개발에서 주민참여의 개념과 전략, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1989.
28. 김대회, 보건의 있어서 주민참여의 방향고찰, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1989

= Abstract =

A Review on the Role and Functions of the Village Health Worker

Lee, Myung Sook (Korean Industrial Health Association)

Han, Myung Hwa (Dongwoo Junior College Nursing Dept.)

Lee, Kum-Ryn (Suwon Women's College Nursing Dept.)

The objective of this study is to review the role and function of the village health worker in the wake of the recent social changes in Korea. The study also aimed at elucidating the characteristics of the village health worker organizations developed through community participation in this country. The study methods employed were : a review of literature and other existing information related to VHW's activities ; the use of questionnaire and interview with VHW's on their activities in one selected county in 1992.

The major findings obtained are as follows :

1. So far the community health care activities have been carried out by medical colleges, foreign aid agencies and religious organizations with a view to improving health care for the population in rural area.

2. The VHWs employed by the local community health services received remuneration in cash or in kind. However, presently no remuneration is paid to VHWs employed by the government village health projects. The training for VHWs is organized by County Health Center once a year for 1-2days regardless of pre-employment or refresher.

3. The needs of care for maternal and child health and family planning has been declined due to the decrease of the target population, but on the other hand, the needs of care by VHW for prevention of infectious diseases, health of the aging, management of geriatric diseases, prevention of poisoning of pesticides and environmental sanitation has been increased.

4. It was felt strongly that the training for VHWs should be strengthened by means of developing a problem-solving oriented educational program in order to improve practical skills of VHWs.