

## 보건소조직구조에 따른 방문간호사업의 성과 비교\*

윤 순 념 · 박 성 애\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성 및 목적

우리나라의 건강문제 변화를 사망양상을 통해 보면 사망원인의 상대빈도는 전염성 질환으로 인한 사망이 1965년 전체 사망의 14.8%에서 1991년에는 2.9%로 현저히 감소한 반면에 만성퇴행성 질환으로 인한 사망은 전체 사망의 1974년 28.5%에서 1991년에는 75.9%를 차지하고 있다(김정순, 1993). 그리고, 상병양상을 보면 만성퇴행성 질환이 40대 이후에 급속히 증가하여 근골격계, 소화기계, 순환기계, 호흡기계, 정신장애순으로 보고되고 있다(최경혜, 1990).

우리나라는 계속 증가하는 만성퇴행성 질환자가 의료기관에서 퇴원한 후에도 빠른 건강회복과 건강과 기능유지 그리고 그 가족의 돌봄기능을 향상시켜서 환자와 그 가족의 질적인 삶을 영위하도록 하는 보건 의료서비스가 결여되어 있다. 이는 우리나라 보건의료전달체제에서 미흡한 역의뢰를 보완할 수 있는 가정간호 사업의 필요성을 시사하는 바가 크다. 이에 따라 정부는 가정간호사를 분야별 간호사로 제도화 하였으며(1990. 2) 자격을 갖춘 가정간호사는 7개 간호대학 수준에서 1년간 교육과정을 통해 배출되고 있다. 그런데 가정간호실무는 보건복지부에 가정간호시

범사업 신청을 낸 3차의료기관인 연세세브란스 병원의 3개 병원에서 가정간호사업이 시범운영되고 있다(1994. 8-1995. 12). 가정간호수가 구성은 의료비 지불방식과 마찬가지로 기본방문료, 개별행위료와 교통비로 되어있다. 현재로는 병원 가정간호사업의 접근성과 유용성은 극히 제한적일 수 밖에 없다. 이에 비해 보건소 방문간호사업은 서울시 5개 보건소의 전담부서 설치와 함께 시작되어 전국 보건소로 확산·시행되고 있다. 보건소 방문간호사업은 의료비 지불능력이 없는 저소득층의 급만성 질환자에게 빠른 회복과 시민의 자립, 자활의욕을 고취시키고자 함에 목적을 두고 있다. 이러한 공공보건조직 또는 의료보호수혜자들을 대상으로 하는 방문간호사업은 미국, 일본에서는 노인의 인구증가와 함께 급신장하고 있다(Kane 외 5인, 1994; 유광수, 1995).

최근 미국에서는 의료보호대상자들이 가정간호서비스를 사용하는데 드는 비용이 1985년에 비해 1993년에 2배 이상 증가하면서 공공기금(Medicare)에서 제공되는 가정간호서비스의 질과 접근성에 관심을 쏟고 있다(Clauser, 1994). 이에 따라 가정간호사업의 효과를 무엇으로 측정할 것인가와 성과측면의 질적 보장에 대한 연구가 초점을 모으고 있다.

이러한 추세에서 가정간호에 대한 국내 연구는 입원환자의 가정간호사업의 요구(김진선, 1990; 왕 외

\* 이 연구는 1993년도 재단법인 서울대학교 발전기금 지원 연구비로 이루어졌음.

\*\* 서울대학교 간호대학

4인, 1990 ; 조 외 6인, 1990 ; 윤순영, 1981)와 효과에 대한 연구(김은경, 1993 ; 박오장, 1990 ; 조윤희, 1990 ; 홍 외 8인, 1990) 그리고 가정간호비용지불체계에 관한 연구(김화중 외 7인, 1992)가 수행된 바 있다. 이 연구들은 주로 병원 가정간호사업 대상자들을 중심으로 다루고 있으며, 우리나라의 의료보호 수혜자들을 대상으로 한 보건소에서의 방문간호사업의 성과에 대한 연구는 미흡한 실정이다.

체계론적 조직이론에 의하면 조직의 목표를 효율적으로 달성하기 위해 체계개념에 기초를 두고 조직을 분석, 관리하며 이의 기반이 되는 체계 철학은 조직의 부분구성요소들이 상호관련성을 가지면서 다시 하나의 전체 개념으로 통합되어야 한다는 사고이다. 이 조직이론을 적용하면 보건소 방문간호사업을 보건소 조직의 구조와 과정간의 관계속에서 방문간호사업의 성과를 조망할 수 있으며 사업의 전반적인 통합이 가능해 진다. 조직이론에 의하면 보건소의 조직구조는 업무량은 물론 성과와 질적 수준에 영향을 미칠 것으로 예측할 수 있다. 이에 본 연구자는 조직구조가 다른 보건소에서의 방문간호사업의 성과를 검증할 필요성이 있다고 생각된다. 이 연구결과는 앞으로 보건소 방문간호사업을 위한 조직구조 개선시 기초자료로 활용되어질 것으로 기대된다.

연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

1. 조직구조가 다른 보건소 군간의 방문간호사업의 질적 수준의 차이를 규명한다.
2. 조직구조가 다른 보건소 군간의 방문간호사업의 내용 및 간호사와 환자의 만족도의 차이를 규명한다.

## 2. 용어의 정의

### 1) 보건소 조직구조 :

보건소 조직이 행해야 할 일을 성취하기 위해 이용되는 업무의 배열이며 조직구조의 구성요소로는 분화, 공식화, 의사결정권한, 통합을 말한다.

- (1) 분화란 조직이 하부단위로 세분화되는 과정을 말한다. 본 연구에서는 방문간호사업 부서의 유형으로 보건소 지역보건과 지역보건계(I형)와 보건지도과 가족계획계(II형) 두집단으로 분류하였다.
- (2) 공식화란, 구성원의 행위를 일정한 틀에 넣어 조직화시키는 과정을 말한다. 본 연구에서는 윤

(1991)이 개발한 11개 항목으로 구성된 4점 척도 도구( $\alpha=.7911$ )를 3점 척도로 하여 측정된 값을 말하며 방문간호사업 부서의 보건간호사가 지각한 총화 값이 클수록 공식화 정도가 높은 것을 의미한다.

- (3) 의사결정권한은 조직에서 의사결정을 내리는 권한의 소재를 말한다. 본 연구에서는 윤(1991)이 개발한 9개 항목의 4점 척도도구( $\alpha=.7911$ )를 3점 척도로 하여 사용하였다. 이 도구의 값은 보건소 방문간호사업 부서의 보건간호사가 지각한 총화값이 클수록 분권화를 의미하며 점수가 낮을수록 집권화를 의미한다.

### 2) 방문간호사업의 성과

방문간호사업의 성과는 보건간호사의 방문간호사업의 수행 결과로 나타난 업적의 양과 수준 그리고 변화된 간호대상자의 만족도와 보건간호사 자신의 직무만족도를 말한다.

- (1) 방문간호사업의 질이란 보건간호사가 수행한 방문간호사업의 수월성의 수준을 말한다. 본 연구에서는 방문간호기록지를 가지고 연구자가 1차 개발한 26개 항목의 도구를 지역보건계장 2인과 실무보건간호사 4인의 검토를 거쳐 간호사정 5개 항목, 간호 계획의 2개 항목, 간호수행의 5개 항목, 평가의 4개 항목을 합해 16개 항목으로 구성된 3점 척도의 도구로 측정하였다. 이 도구로 측정된 총화값이 클수록 간호의 질적 수준이 높음을 의미한다.
- (2) 방문간호사업 내용별 빈도는 보건간호사가 제공한 실제 방문 간호내용을 유(1), 무(0)로 수량화하여 제공한 모든 간호내용의 총화 값을 말한다.

### 3) 환자의 만족도

보건간호사의 방문간호사업을 제공받은 환자가 지각한 정서적인 만족수준을 말한다. 본 연구에서는 연구자가 1차 개발한 25개 항목의 도구를 지역보건계장 2인과 실무보건간호사 4인의 검토를 거쳐 13개 문항으로 된 3점 척도의 값으로 나타내며 총화값이 클수록 만족도가 높음을 의미한다.

### 4) 보건간호사의 직무만족도

직무에 대한 태도의 하나로써 직무나 직무경험 평가시에 발생하는 긍정적인 정서상태를 말한다(신,

1985). 본 연구에서는 윤(1991)이 개발한 41개 항목의 3점 척도로 구성된 도구( $\alpha=.8505$ )로 측정된 값을 말한다. 이 도구의 값은 방문간호사업 부서의 보건간호사가 지각한 총화값이 클수록 만족도가 높음을 의미한다.

### 3. 연구의 가설

- 1) 보건소 I, II 유형에 따라 공식화, 의사결정권한에 차이가 있을 것이다.
- 2) 보건소 I, II 유형에 따라 방문간호사업의 질적 수준에 차이가 있을 것이다.
- 3) 보건소 I, II 유형에 따라 방문간호사업의 내용 빈도에 차이가 있을 것이다.
- 4) 보건소 I, II 유형에 따라 방문간호사업 대상자의 만족도에 차이가 있을 것이다.
- 5) 보건소 I, II 유형에 따라 방문간호사업을 수행하는 보건간호사의 직무만족도에 차이가 있을 것이다.

## II. 문헌 고찰

가정간호는 전문간호사가 가정방문이라는 수단을 이용하여 장기간호를 필요로 하는 재가 환자들에게 예방적, 지지적, 치료적 서비스를 포함하는 포괄적 간호를 제공함을 의미한다.

가정간호사업의 대상자는 우리나라의 병원 중심 가정간호시범 사업인 경우에는 수술후 조기퇴원 환자, 만성질환자, 만성폐쇄성 호흡기 질환자, 산모 및 신생아, 뇌혈관질환자와 기타 담당의사가 필요하다고 인정하는 환자로 하고 있다(보건복지부, 1994). 보건소 방문간호사업의 경우에는 건강문제가 있는 생활보호대상자 또는 저소득층 지역의 재가 환자를 대상으로 하여 의료서비스의 접근성을 높이고 나아가 자립능력을 고취시키는데 있다(서울특별시, 1992).

가정간호사는 대상자를 사정하고 간호를 계획하여 관찰, 교육, 상담 및 치료 등의 간호 직무를 수행하며 그 결과를 평가하여 지속적인 간호과정에 적용함으로써 대상자들에게 양질의 간호를 제공하게 된다(Ryan & Wassenberg, 1980).

가정간호는 간호사와 의사, 사호사업가, 물리치료사, 간호조무사, 영양사, 자원봉사자 등이 한팀이 되어 협력적으로 운영되고 있으며 특히 간호사는 직접적인 간호제

공은 물론 가정간호요원들의 활동에 대한 조정과 감독의 기능을 담당한다.(Ryan & Wassenberg, 1980)

우리나라의 7개 가정간호사 교육과정에서 사용하고 있는 직무분위 교육과정은 기동성장애환자, 영양-배설장애환자, 순환-호흡장애환자와 정신장애 및 임종환자와 그 가족을 대상으로 하며 가정간호사의 주요 직무는 환자와 그 가족의 건강사정, 의사의 처치 지시 및 간호술의 수행, 보건교육 및 상담 그리고 타보건의료인 또는 기관에게 의뢰하는 능력을 키우도록 편성되어 있다(서울대 보건대학원, 1990).

미국의 경우 가정간호사업에서 어떤 환자의 상태에서 가장 도움이 되는지를 결정하는 그 효과를 규명하기 위해 가정간호사업의 성과 또는 효과에 대한 관심이 증가하고 있다. 특히 가정간호사업은 Medicare 지출 중 가장 빠르게 늘어나는 사업의 하나이다. 이에 Medicare와 Medicaid 수혜자들에게 더 책임성 있게 능동적으로 대응해나가기 위한 정책의 변화를 꾀하고 있다. 즉, 누가 가정간호사업을 이용하며, 공공보건사업으로서의 가정간호사업의 질과 접근성은 어떠한가? 공공보건사업으로서의 가정간호사업과 다른 보건의료사업과의 관계는 어떠한가 등이다(Clauser, 1994).

Public Law 100-203(1987)에서는 Medicare에 대한 조사와 자격기준의 구조적 요건에서 환자에게 제공한 사업의 평가와 그 효과로 방향을 돌리도록 강화하였다. 보건의료조직의 합동신임위원회(1988)는 보건의료조직의 효과를 사정하기 위한 성과지표를 개발하려는 노력을 시작하였다. 미간호연맹(NLN)의 지역사회보건인가프로그래(1989)은 가정간호와 지역사회보건기관에 의해 제공된 결과와 모든 범주의 서비스의 성과에 초점을 두는 수월성에 대해 소비자 중심의 국가표준을 유지하고 개발하기 위해 일차적인 목표를 두고 있다.

성과지표로 통증, 기능상태, 간호제공자 부담, 퇴원시 상태, 처방된 투약, 환자만족도, 주건강문제지식과 신체적 지표가 사용되고 Omaha(1992)의 방문간호기관에서는 환자의 지식과 행위, 특정문제의 결과상태를 측정하기 위한 비율적으로 질보장체제를 개발하고 실증적으로 검증하였다(Martin, Leak & Aden, 1992). Alberta의 가정간호사업에서는 통증관리, 증상조절, 신체적 건강상태, 일상생활기능수준, 도구적 일상생활기능 수준, 안락감, 목표달성, 가정유지, 진단-치료-관리에 대한 지식, 처방된 치료와 관리 수

행, 서비스 만족도, 가족의 부담 등의 결과에 초점을 두었다(Sorgen, 1992). 또 가정간호사업을 구조적, 과정적, 성과적 측면으로 모형을 구축한 Albercht (1990)는 성과측면을 환자와 가족, 간호사의 만족도, 질적간호, 비용-효과, 건강수준, 자가간호능력 등으로 보았다.

Shaughnessy 외 6인(1994)은 성과지향적 질개선에 유용한 성과측정을 위한 분류(taxonomy)로서 최종성과, 중간성과, 의료이용성과를 제시하였다. 최종성과측정이라 함은 시간이 경과되면서 실제 변화된 환자의 신체적상태, 기능수준의 변화, 증상, 인지능력, 정서상태를 말한다. 중간성과 측정은 환자나 그의 가족 또는 돌보는 이의 내재된 정량화된 간호에 대한 비신체적, 비기능적 결과를 말한다. 이는 환자 또는 돌보는이의 투약에 대한 불만, 전문적 개인적 간호에 대한 만족정도, 돌보는 이나 가족의 긴장완화정도에 대한 수량화를 포함한다. 의료이용성과는 최종성과측정 대신에 사용되며 잠재적으로 가정간호에서 기인된 의료서비스의 양을 말한다. 즉 특별한 문제로 인한 입원 여부와 계획되지 않은 의사의 방문여부를 포함한다.

이외에도 과정의 질측정, 구조의 질측정이 포함되며 과정의 질측정에는 실제 제공된 간호를 수량화하여 측정하는 것이다. 이것은 전문적 또는 기능적 간호서비스 제공 유무, 주당, 매월 사업제공의 횟수, 복합적인 서비스, 서비스의 적절성을 점수로 수량화할 수도 있다.

가정간호의 수행내용에 따른 가정간호의 효과 분석(박, 1990; 김중자 외 2인, 1989; 홍여신 외 8인, 1990) 등이 있다. 서론에서 언급한 연구에 있어서 신체적 증상, 지식, 건강신념과 역할이행의 변화, 치료지시 이행도, 가족의 지지 등 최종성과 측면의 효과가 있음을 보여주었다. 그리고 병원중심의 가정간호사업을 연구한 전산호 등(1981)은 대상자의 96.8%가 입원경비를 절감시킬 수 있다고 응답하여 비용절감효과를 가장 큰 이익으로 기대하고 있으며 가정간호에 대하여 긍정적인 수용태도를 보인 대상자는 76.6%였다고 보고하였으며 특히, 산모와 신생아, 만성질환자에 있어서 가정간호가 효과적이었다고 보고하였다.

한편, 가정간호에 대한 국외 연구로 Challis 등(1991)은 병원에서 장기간 간호를 받는 노인환자들보다는 지역사회에서 제공하는 간호서비스를 받는 노인환자군에서 삶의 질이 더 높았고 비용은 더 낮았다고 보고하였고, Ventafridda 등(1989)은 말기 암환자를

대상으로 일반병원에 입원치료받은 경우와 가정간호팀에 의해 가정간호를 받은 경우를 비교한 결과 가정간호가 비용면에서 더 낮았으며 임상적인 사항들에서는 유의한 차이가 없었다고 보고하였다. 또 Hughes 등(1992)은 임종환자와 돌봄제공자를 대상으로 병원중심의 가정간호와 일반 간호의 효과를 비교한 결과 비용에 관계없이 병원중심의 가정간호에 대한 만족도가 더 높았다고 보고하였다. 그리고 가정간호의 내용에서는 점차 고도의 기술이 필요한 정맥주사 치료나 화학요법이 증가되고 있으며, 수혈까지 하고 있는데 이는 환자에게 신체적, 정신적, 재정적 도움이 된다고 보고하였다(Marek & Mcvan, 1987).

Niskanen & Pinkanen(1971)은 정신분열증 환자 등을 대상으로 가정간호와 전통적 병원치료를 이용한 4년간의 추후관리에 대한 비교 연구결과 가정간호를 받은 군이 병원치료를 받은 군보다 재입원율이 낮았고, 정신병리적 증상상 회복율이 높았으며 치료비용면에서도 가정간호군의 비용이 낮았고 지역사회로의 적응 및 재활기능이 높았다고 보고하였다.

이상의 가정간호사업의 효과에 관한 국외 연구들은 삶의 질, 비용, 만족도, 재입원율(의료이용성과), 재활기능의 효과를 나타내었다. 이와같은 문헌을 요약해보면서 지금까지도 가정간호사업의 성과를 측정하는데는 단일 지표보다는 여러가지 측정가능한 지표들을 개발해가고 있는 단계임을 알 수 있다.

점차 가정간호사업 대상자의 확대와 다양한 질병과 건강, 기능수준이 복합적으로 혼재되어 고도의 간호술과 간호서비스의 복잡성이 증가될 것으로 전망되는 시점에서, 병원과는 달리 보건소는 감독이나 자문을 그 즉시 구하기 어려운 조건에서 가정간호사업의 질보장을 위한 방안이 강구되어야 할 것이다.

이에 우리나라 공공보건사업의 하나인 방문간호사업의 질보장을 위한 일차적인 연구로 다른 보건소 조직구조하에서 제공되어온 방문간호사업의 성과를 질적수준, 사업의 영역별 내용빈도, 대상자의 만족도와 보건간호사의 만족도를 지표로 하여 검증코자 한다.

### III. 연구의 내용 및 방법

#### 1. 연구대상

서울시 23개 보건소 조직 중 소장 아래 지역보건과를 두고 독립적으로 방문간호사업을 제공하는 5개 보

건소 중 간호적이 과장을 보하고 있는 3개 보건소(I형)와 보건지도과 아래 가족계획실에서 방문간호사업을 수행하는 17개 보건소 중 3개를 무작위로 표출(II형)하여 모두 6개 보건소를 대상으로 하였다.

## 2. 연구기간 및 연구방법

I형 보건소의 지역보건과 지역보건계 계장 6명과 II형 보건지도과 가족계획계 계장 3명과 1차 회의를 통해 연구목적, 방법을 설명하고 동의를 구한 바 전원 연구에 참여할 것을 수락하였다. 대상자별 자료 수집 기간은 1993년 6월 1일-8월 30일까지였다.

- 1) 6개 보건소조직 구조인 공식화와 의사결정권한에 관한 측정은 각 조직부서에 근무하는 I형의 24명과 II형의 14명의 간호사들에게 설문지를 배부하여 보건간호사들이 자가기입케 한후 우편으로 연구자들에게 회송토록 하였다.
- 2) 방문간호사업의 성과측정은 6개 보건소의 293명의 가정건강기록부의 기록된 내용을 가지고 제공된 세부적인 방문간호서비스 내용의 유무를 기록하여 수량화하였고 질적인 측정은 연구자가 개발한 측정도구에 연구보조원이 점수화하였다. 연구보조원 2명 간의 측정 오차를 줄이기 위해 1개 보건소에 가정건강기록부 50개를 측정도구의 항목별로 2명의 연구보조원이 동시에 점수화하여 측정항목의 기준을 정하였으며 나머지 5개 보건소는 2인이 나누어 측정하였다.
- 3) 환자의 만족도 측정은 담당보건간호사가 방문간호 대상자에게 직접 배부하여 대상자가 자가기입 후 우편으로 연구자에게 직접 회송토록 하였다.
- 4) 보건간호사의 만족도 측정은 연구자가 개발한 설문지를 각 부서의 계장이 배부하여 보건간호사가 자가기입 후 우편으로 연구자에게 직접회송토록 하였다.
- 5) 6개 연구대상 보건소 계장 9명과 2차 회의는, 보건소 II형에서 특히 간호대상자의 만족도가 높게 나타나 본 연구의 측정변수 외에 다른 조직 내외적 요인이 있는가를 규명하기 위해 개최되었다.

## 3. 변수별 측정도구의 신뢰도

본 연구의 변수를 측정하기 위한 도구 중에서 공식화( $\alpha=.570$ ), 방문간호사업의 질( $\alpha=.780$ )과 환자만

족도( $\alpha=.915$ )는 측정도구의 항목이 그대로 연구자료 분석에 사용되었고 의사결정권한과 직무만족도는 일개항목이 전체 항목과의 상관관계가 적은 항목을 제외하여 의사결정권한은 6개 항목( $\alpha=.651$ )으로 이루어졌다. 보건간호사의 직무만족도 측정은 29개 항목( $\alpha=.800$ )으로 급여 4개, 전문직업적 수준 6개, 행정 7개, 자율성 4개, 상호작용 6개, 직무는 2개 항목으로 구성되었다(표 1).

〈표 1〉 측정도구의 신뢰도

변 수	문항수	측정값범위	alpha값
공식화	11	11-33	.5695
의사결정권한	6	6-18	.6514
보건간호사의 직무만족	29	29-87	.8004
급여	4	4-12	.7092
전문직업적 수준	6	6-18	.8351
행정	7	7-21	.6567
자율성	4	4-12	.6820
상호작용	6	6-18	.7216
직무	2	2- 6	.5921
방문간호사업의 질	16	16-48	.7802
환자만족도	13	13-39	.9152

## IV. 연구결과

### 1. 연구 대상의 일반적 특성

본 연구의 목적을 위해 선정된 6개 보건소의 간호사와 간호대상자의 특성을 살펴 보면 다음과 같다.

#### 1) 연구 대상 보건소의 간호사 특성

조사에 응답한 간호사는 총 38명이었다. 지역보건과가 설치된 보건소 I형(A, B, C)에 근무하는 간호사의 수는 24명이었고 기존의 보건소 II형(D, E, F) 가족계획실에서 방문간호사업을 담당하는 간호사의 수는 14명이었다.

이들의 교육수준은 81.6%가 전문대학을 졸업하였으며 전문자격을 소지하고 있는 간호사의 비율은 매우 낮아 조산사 10.5%, 보건간호사 7.9%, 가정간호사 5.3%에 불과하였으며 또한 대부분이 8급직이었다. 한편, 94.7%가 기혼이었으며, 종교가 없는 경우가 39.6%였고, 종교가 있는 경우에는 불교, 기독교, 천주교의 순으로 많았다. I형 보건소 간호사의 평균 연령이 35.2세, II형 보건소 간호사의 평균 연령은

〈표 2〉 보건소 유형별 간호사의 일반적 특성

특성 / 보건소	I 형		II 형		계(%)	t / X <sup>2</sup>	DF	P값
	A,B,C	D,E,F	D,E,F	D,E,F				
평균연령		35.24		38.92	38(100)	-1.96	36	.58
교육수준	간호고등	2		2	4(10.5)			
	전문대	18		12	31(81.6)			
	4년제	2		-	2( 5.3)	2.137	3	.544
	대학원	1		-	1( 2.6)			
전문자격	조산사	유	2	2	4(10.5)	.332	1	.977
		무	22	12	34(89.5)			
	보건간호사	유	2	1	3( 7.9)	.017	1	.895
		무	22	13	35(92.1)			
가정간호사	유	1	1	2( 5.3)	.157	1	.691	
	무	23	13	36(94.7)				
직 급	7급	4		-	4(10.5)			
	8급	20		14	34(89.5)	.254	1	.110
결혼상태	미혼	1		1	2( 5.3)			
	기혼	23		13	36(94.7)	.333	2	.846
종교	불교		7	4	11(28.9)			
			4	4	8(21.0)			
	천주교	4		-	4(10.5)	.299	3	.393
	없음	9		6	15(39.6)			

38.9세로 약간 높았으나, 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 그리고 두개 유형의 보건소의 보건간호사 간의 일반적 특성에서도 유의한 차이는 없었다(표 2).

2) 보건소 유형별 간호대상자의 특성

본 연구의 목적을 위해 선정된 간호대상자는 총 293명이었다. 연령별로는 60세 이상이 71.4%를 차지하였다. 보건소별로 간호대상자의 평균연령을 비교해 보면, D보건소와 C보건소의 경우 69.98세, 69.82세로 가장 높고, B보건소의 경우 61.3세로 가장 낮았는데, 6개 보건소간의 통계적으로 유의한 차이를 보였으나 (F=3.32, p=.0062) 두 군간에는 유의한 차이가 없

는 것으로 나타났다. 성별로는 여자가 62.5%, 남자가 37.5%였다.

한편, 간호대상자의 질병별 분포를 보면, 고혈압이 30.5%로 가장 많았고, 그 다음으로 뇌졸중(14.7%), 관절염(14.1%), 당뇨병(11.3%) 등의 순으로 나타났다. 이들 질병의 특성에 따라 순환기계, 근골격계, 내분비·소화기계, 호흡기계 및 기타의 군으로 묶어서 보건소별로 비교해 본 결과, 보건소 간에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $\chi^2=59.6699$ ,  $p=.0000$ ).

2. 보건소 유형별 방문간호사업 부서의 공식화, 의사 결정권한

1) 공식화

보건소 유형별 방문간호사업 부서의 공식화 측정 결과, 조직의 공식화 수준은 점수의 분포가 11점에서 33점이고 평균값이 22점인데 6개 보건소 모두 공식화 수준이 평균보다 높게 나타났다. B보건소로 25.30으로 나타났으며 E보건소가 22.40으로 가장 낮게 나타났으나 통계적으로 보건소 두 유형간의 유의한 차이는 없었다(표 4).

〈표 3-1〉 보건소 유형별 간호대상자의 평균연령

보건소 유형	대상자수	평균	표준편차	F	p-value
I 형	A	50	63.50	11.36	3.32 .0062
	B	47	61.30	17.80	
	C	50	69.82	10.78	
II 형	D	48	69.98	12.89	
	E	50	64.44	14.07	
	F	48	68.06	14.91	

Tukey-HSD procedure(p=.05) : B-D\*, B-C\*

〈표 3-2〉 보건소 유형별 간호대상자의 질병 분포

질병\보건소 유형		I형			II형			계(%)
		A	B	C	D	E	F	
순환기계	고혈압	6	14	16	13	24	14	87(30.5)
	뇌졸중	18	12	4	4	2	2	42(14.7)
근골격계	관절염	10	2	11	8	3	6	40(14.1)
	하지마비	6	7	3	3	1	2	22( 7.8)
	신경통	1	-	2	-	-	2	5( 1.7)
	골절 및 사고 후유증	-	-	2	2	-	-	4( 1.4)
내분비 소화기	당뇨병	5	4	7	4	9	3	32(11.3)
	갑상선질환	-	-	-	-	-	1	1( .3)
	간기능장애	-	3	-	-	1	1	5( 1.7)
	위염, 위궤양	-	-	-	1	3	8	12( 4.3)
호흡기	천식, 기관지확장증	1	-	3	1	1	5	11( 3.9)
기 타	암	-	-	1	1	-	-	2( .6)
	백내장, 녹내장	-	-	-	-	2	-	2( .6)
	노환	3	3	-	11	-	-	17( 5.9)
	정신질환, 간질	-	1	-	-	3	-	4( 1.2)

Chi-Square=59.6699, p-value=.000

〈표 4〉 보건소 유형별 방문간호사업 부서의 공식화 수준의 차이

보건소 유형	대상자수	평균	표준편차	t	p-value
I형	A	7	22.57	1.57	.1971
	B	10	25.30		
	C	7	22.88		
II형	D	4	24.50	2.22	.0769
	E	5	22.40		
	F	5	23.50		

2) 의사결정권한

보건소 유형별 방문간호사업 부서의 의사결정 권한의 점수는 6-18점으로 평균이 12점인데 6개 보건소 모두 평균값 미만 값으로 나타나 의사결정의 분권화 보다는 집권화를 보였으며 B보건소가 8.90으로 가장 낮아 집권화 경향을 보였다. F보건소가 11.60으로 높게 나타났으나 보건소 두 유형간에 통계적으로 I형과 II형간의 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다(표 5).

3. 보건소 유형별 방문간호사업의 성과

1) 보건소유형별 방문간호사업의 질적 수준의 차이  
 방문간호사업의 질적 수준을 측정된 결과 점수분포는 16-38점으로 평균값이 27점이나 6개 보건소 모두

평균점수 이상의 값을 나타내었다. 제공된 방문 간호 서비스의 질은 I형 보건소(A, B, C)가 II형 보건소(D, E, F) 보다 높게 나타났으며 이러한 차이는 통계적으로 유의하였다(t=23.50, p=.000).

〈표 5〉 의사결정 권한의 차이

보건소 유형	대상자수	평균	표준편차	t	p-value
I형	A	7	11.00	2.22	.0769
	B	10	8.90		
	C	7	11.57		
II형	D	4	9.75	2.22	.0769
	E	5	10.80		
	F	5	11.60		

〈표 6〉 보건소 유형별 방문간호사업의 질적 수준의 차이

보건소 유형	대상자수	범위	평균	표준편차	t	p-value
I형	A	50	26-47	35.68	23.50	.000
	B	47	27-40	34.30		
	C	50	23-44	35.24		
II형	D	48	21-37	30.17	23.50	.000
	E	50	27-40	31.06		
	F	48	23-40	29.96		

Scheffe test(p=.05):D-A, B, C, E-A, B, C, F-A, B, C

2) 보건소 유형별 방문간호사업 영역별 내용빈도의 차이

제공된 간호서비스 내용의 빈도를 전체적으로 분류해 보면, 5개 영역의 19가지 종류의 매우 다양한 서비스가 제공되었음을 알 수 있다. 그 중에서도 특히 교육이 59.5%로 가장 많았으며 이중에서도 식이와 운동이 많은 비율을 차지하였다. 그 다음으로는 처치, 투약, 고급간호술, 의뢰, 신체사정 등의 순으로 제공

된 것으로 나타났다(표 7-1). 보건소별 방문간호사업 내용을 5개 영역인 신체사정, 고급간호술, 지도 및 교육 그리고 의뢰영역의 수행 빈도를 비교한 결과 A 보건소가 가장 높고, 그 다음으로 C보건소, E보건소, B보건소, F보건소, D보건소의 순으로 나타났으며(표 7-1) 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다(표 7-2,  $F=13.11, p=.000$ ).

〈표 7-1〉 보건소 유형별 방문간호사업의 영역별 내용 빈도

영역\보건소 유형	I형			II형			소계(%)	
	A	B	C	D	E	F		
신체사정	관찰	9	2	7	1	2	—	21( 1.6)
	사정	15	19	3	1	1	2	41( 3.1)
검사처치	검사	36	—	4	4	22	14	80( 6.0)
	처치, 투약	49	36	288	14	11	28	166(12.5)
고급간호술		33	25	37	24	11	15	145(10.9)
교육·상담	지도	50	1	6	4	16	5	82( 6.2)
	상담	35	18	7	14	3	5	82( 6.2)
	질병예방	43	6	6	5	6	12	78( 5.9)
	증상완화	43	2	5	—	2	3	55( 4.1)
	운동	47	11	20	14	29	5	126( 9.5)
	식이	46	16	41	18	38	14	173(13.0)
	개인위생	36	1	11	6	11	—	65( 4.9)
	환경위생	15	2	10	6	4	3	40( 3.0)
	대처기전	6	2	1	—	3	—	12( .9)
	투약	21	2	1	—	1	2	27( 2.0)
	정신간호	10	5	9	2	3	1	30( 2.4)
	기타	8	2	4	—	3	2	19( 1.4)
	의뢰	의뢰	18	11	7	6	3	15
자원동원		8	8	3	2	3	—	24( 1.8)
계		528	160	210	121	172	126	1326
		(39.8)	(12.7)	(15.8)	(9.1)	(13.0)	(9.5)	(100.0)

〈표 7-2〉 보건소별 방문간호사업의 차이

보건소 유형	대상건수	범위	평균	표준편차	F	p-value	
I형	A	50	5-16	8.86	2.79	13.11	.000
	B	47	1- 6	3.19	1.06		
	C	50	1- 7	3.94	1.24		
II형	D	48	0-4	2.15	1.07		
	E	50	1-6	3.06	1.19		
	F	48	1-4	2.42	.96		

Scheffe test( $p=.05$ ):D-A, B, C, E-A, B, C, F-A, B, C

3) 보건소 유형별 간호대상자의 만족도 차이

보건소 유형별로 방문간호사업을 제공받은 간호대

상자의 만족도를 측정된 결과(13-39점의 점수분포) 평균값이 26인데 비해 6개 보건소 모두 평균값 이상의 만족도를 나타내었다. 그런데 I형과 II형간에는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다(표 8,  $t=-1.89, p=.060$ ). 그러나 보건소간에는 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $F=7.49, p=.000$ ). II형의 F보건소의 방문간호대상자의 만족도가 가장 높게 나타났으며 반면에 I형의 C보건소의 만족이 가장 높게 나타났으며 C보건소와 A, E보건소 간호대상자 간의 만족도의 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

보건소 유형별 방문간호사업을 제공하는 보건간호



사의 직무만족도를 보면 총화점수의 범위가 29-87점이며 평균점수는 58점인데 6개 보건소 모두 평균 점수 이하의 만족 수준이었으며 보건소 유형 I, II 간

에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다( $t=.92, p=.367$ ). 보건소 간에도 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다( $F=1.73, p=.1608$ ).

〈표 8〉 보건소 유형별 간호대상자의 만족도 차이

보건소 유형	간호대상자수	범위	평균	표준편차	F	p값	평균	표준편차	t	DF	p값
I형	A	37	24-39	30.97	4.13	7.49	29.26	4.53	-1.89	220	.60
	B	30	25-39	29.90	4.44						
	C	31	20-39	26.61	3.96						
II형	D	19	19-39	26.95	4.60						
	E	49	22-39	30.47	4.75						
	F	56	26-39	31.66	4.48						

Scheffe test( $p=.05$ ) : C-A, E, F, D-F

〈표 9〉 보건소 유형별 방문간호사업을 수행하는 보건간호사의 직무만족

보건소 유형	간호대상자 수	평균	표준편차	F	p값	평균	표준편차	t	DF	p값
I형	A	6	56.33	5.13	1.73	51.55	6.68	-.92	31	.367
	B	8	46.75	6.20						
	C	6	53.17	4.71						
II형	D	4	52.75	9.64						
	E	4	57.00	9.83						
	F	5	52.60	8.35						

Scheffe test( $p=.05$ ) : C-A, E, F, D-F

### V. 논 의

간호대상자의 평균연령이 6개 보건소 모두 60세 이상으로 나타난 것은 의료보호 특히 재택(1층) 보호자는 연령이 주로 65세 이상자를 대상으로 하는 것과 관련되어 있다. 방문간호사업의 대상자의 건강문제는 고혈압(30.5%), 뇌졸중(14.7%) 등 순환기계 질환이 45.2%, 그 다음으로 관절염(14.1%), 당뇨(11.3%)의 순으로 나타났는데, 이는 한 외 4인(1994)이 농촌의 일개군 지역을 대상으로 조사한 결과와 94-95년의 도시지역 가정간호사업 대상자의 가장 많은 비율이 뇌졸중, 고혈압과 같은 결과를 보여주었다(서울특별시 시간호사회, 1995). 고혈압, 뇌졸중은 우리나라 사망원인의 수위를 차지하는 만성질환으로 방문간호사업을 수행하는 보건간호사에게 뇌졸중에 대해 우선적으로 최근 지식과 간호술에 대해 보완이 필요함을 시사하고 있다.

보건소 I, II형의 방문간호사업 부서의 공식화 수준이 평균값보다 높으나 그룹간에는 유의한 차이가

없는 것으로 나타났으며 이는 윤(1991)의 도시보건소의 전반적인 공식화 수준이 높은 것과 같은 결과를 보여주었다. 그간 보건소의 가족계획, 모자보건, 결핵사업 등은 일정한 사업대상자에 대한 직무를 수행하였으나, 방문간호사업의 경우에는 대상자의 표 3-2에서와 같이 다양한 요구에 따라 다양한 간호업무를 수행해야 하는 사업임에도 불구하고 공식화 수준에는 변화가 없음을 보여주고 있다. 방문간호사업은 대상자의 다양한 간호요구에 부응하기 위해서는 최소한의 직무표준과 함께 보건간호사의 자율성과 책임성을 확보할 수 있는 조직구조가 요구된다. 그리고 의사결정 권한에 있어서도 보건소 I, II형간의 차이가 없음을 보여주었으며 의사결정 권한이 평균미만으로 변(1988)과 윤(1991)의 도시 농어촌 보건소 모두 보건간호사의 의사결정권한이 낮음과 일치하는 결과이다. 그리고 공식화와 의사결정권한의 관계에서 보건간호사가 지각한 의사결정권한은 공식화와 역의 관계를 보였으며(윤, 1991), 이 연구에서도 I형의 B보건소의 경우 다른 보건소 보다 공식화 수준이 가장 높고

의사결정 권한이 가장 낮은 것으로 나타나 윤(1991)의 결과와 일치하였다. 이 연구결과 방문간호사업의 경우에 수직적 조직 구조상의 분화와 업무규정에 대한 준비는 미흡한 것으로 나타나고 있다.

보건소 유형별 방문간호사업의 성과를 방문간호사업의 질적 수준과 방문간호사업 영역별 내용빈도, 간호대상자의 만족도와 방문 간호사의 만족도로 측정한 결과에서 보건소 I형이 II형에서 보다 질적 수준과 방문간호사업의 영역별 내용이 유의하게 높게 나타났다. 그러나 간호사의 직무만족은 유의한 차이가 없는 것으로 나타났으며 간호대상자의 만족수준은 오히려 II형에서 높게 나타났다. 이는 윤(1991)의 도시보건소와 농촌 보건소 모두 보건사업성과와 보건간호사의 직무만족과 관련이 없는 것으로 나타난 연구결과와 일치되는 것을 볼때 두 변수는 독립적 종속 변수임이 확인되었다. I, II형 보건소가 공식화와 의사결정권한의 차이가 없는 것으로 나타나 I, II형 보건소의 조직구조 이외의 변수 규명이 필요함을 시사하였다.

구체적인 방문간호사업 영역별 내용빈도를 보면 교육 및 상담이 59.5%로 가장 높게 나타났으며 직접검사 또는 처치가 18.5%, 고급간호술 시행이 10.9%로 나타났다. 일개군을 대상으로한 가정간호 요구 조사(한경자 외 4인, 1994)에서는 건강관리를 수행하지 못하는 경우에 가정간호 요구가 가장 높고 교육적 요구가 그 다음 순으로 높게 나타났다. 반면에 서울시 가정간호사업(1995) 내용으로 다양한 직접적 전문간호술 수행이 높은 비율을 차지하였다. 특히 4개 3차 의료기관 중심의 가정간호서비스사업 중에서 강동성심병원의 경우 주요 가정간호서비스 내용중 빈도가 가장 높은 것은 드레싱, 관절운동훈련, 방광세척 등의 순위로 나타났고, 원주기독병원의 경우에는 가정간호과로 의뢰시에 투약(IV,IM), 신생아관리, 드레싱, 산후관리, 소변카테터 관리 등의 요구가 순서적으로 많았다. 이 결과들은 3차 의료기관에서 퇴원하는 환자들의 가정간호요구는 직접적 처치투약, 간호술인데 반해 보건소 방문간호사업에서 지역사회에 거주하는 대상자들은 교육적 간호요구로 대조를 보이고 있다. 방문간호사업 내용의 차이는 방문가정간호사업 대상자의 질병별, 연령별 특성과 질병의 지속기간이 다르기 때문으로 생각된다. 이러한 자료를 기초로 하여 볼때 방문간호사업에서는 교육 및 상담에 필요한 교육기술과 함께 환자나 그 가족을 교육할 다양한 보건

교육 자료의 개발이 더욱 필요하다고 생각된다.

방문간호사업의 질적 수준으로는 보건소 I형이 II형 보다 높은 점수를 나타내었으며 통계적으로 유의한 차이를 보여주었다. 보건소 I, II유형 즉, 분화에 따라 방문간호사업의 사업성과측면과 질적 수준의 차이를 보여주었지만 조직구조의 특성 중 공식화와 의사결정권한의 차이가 없는 것으로 나타났다. 이는 윤(1991)이 도시와 농촌 보건소 모두 공식화와 보건사업 성과와 유의한 차이가 없음을 보여준 결과와 일치하는바 이는 복지기관을 대상으로 한 연구(Hage & Dewar, 1973)와 시험관리를 대상으로 한 연구(Schuler, 1975)에서도 같은 결과를 보여 주었다. 방문간호사업의 내용빈도와 질 수준이 높은 I형 보건소의 경우 II형 보다는 사업계획이나 수행과정에서 지역보건과라는 독립적인 부서로서 지역사회 간호요구에 직접적으로 부응하는 부서의 목표를 추진하는 방향이 명료하고 II형 보건소 보다는 사업의 예산 확보와 특히 인력 확보가 가능하기 때문인 것으로 사료된다. 그러나, 방문간호사업 부서가 독립적인 I형의 경우에 보건간호사의 직무수준은 II형과 차이가 없는 것으로 나타났으며 오히려 평균점수 상으로 II형 보건소의 만족도가 높게 나타났다. 방문간호사업이 조직 구조상의 변화만 가져와 보건간호사의 인력이 많아져 사업의 내용빈도나 질적 수준은 차이가 있으나 공식화나 의사결정권한 등의 변화가 없을 뿐아니라 방문간호사업의 초기에 목표지향적 사업의 성격상 교통지원, 외부기관과의 의뢰, 연계 등의 방문여건이 조성되지 않는 등의 새로운 사업의 시작과 업무의 과중이 만족도의 저하를 가져온 것으로 보인다. 특히 간호대상자의 만족도는 II형의 F보건소의 경우 5개 보건소 보다 높아 연구자와 연구대상 6개 보건소의 9명의 관련 계장과 관련된 요인 규명을 위해 2차 회의를 하였다. 이 2차 회의에서는 자료수집과 절차상의 편견이 개입될 여지가 있는가를 재확인하였으나 이런 점은 없었고 조직구조상의 요인 보다는 간호사 개인의 헌신적인 봉사로 규명되었다. 이는 조직의 사업성과는 조직구조의 영향 뿐아니라 동시에 조직구성원 개인의 동기부여와 역량이 영향을 미치는 요인임을 알 수 있었다. 이에 새로운 보건사업에서는 조직적 수준의 변화 뿐아니라 동시에 새로운 보건사업에 대한 직무교육을 통한 능력 향상 및 동기부여등의 인력 개발이 병행되어야 할 것을 시사하였다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구의 목적은 보건소 방문간호사업 조직구조에 따라 방문간호사업의 성과에 차이가 있는가를 규명하고자 하는데 있다. 이 연구결과는 의료보호 대상자 중 재가 급만성질환자를 위한 방문간호사업 조직 개선에 기초자료로 활용될 것으로 기대한다.

연구대상은 보건소내 독립적인 과단위로 지역보건과에서 방문간호사업을 제공하는 서울시 5개 보건소 중 3개 보건소(I형: A, B, C)와 보건지도과의 하부단위인 가족계획실에서 방문간호사업을 제공하는 17개 보건소 중 3개 보건소(II형: D, E, F)를 무작위로 추출하였다. 보건소의 조직 구조는 분화상으로 I, II형으로 나누고 공식화, 의사결정권한을 독립변수로 사용하였고 종속변수인 방문간호사업의 성과는 방문간호사업의 질적 수준, 내용별 빈도, 방문간호사업대상자의 만족도와 방문간호사업을 제공한 보건간호사의 직무만족도를 측정하였다.

자료수집은, 방문간호부서(I, II형)의 방문간호사업의 질적 수준과 내용별 빈도는 293명의 방문간호기록을 가지고 사전에 연구자가 작성한 도구를 이용하여 2명의 연구 보조원이 측정하였다. 공식화와 의사결정권한은 해당부서의 38명의 보건간호사가 설문지에 자가기입 후 우편으로 연구자에게 발송하였으며 방문한 보건간호사의 직무만족도와 방문간호대상자의 만족도는 보건간호사가 설문지를 배부하였고 당사자들이 자가기입 후 우편으로 연구자에게 발송하였다. 자료수집 기간은 1993년 6월 1일부터 8월 30일까지였다.

수집된 자료는 I, II형의 종속변수 간의 차이는 t검증을 하였고 6개 보건소 간의 종속변수의 차이는 F나  $x^2$  검증과 Scheffe test를 하였다.

연구결과는 다음과 같다.

1. 보건소 I, II형에 따라 공식화와 의사결정 권한의 차이는 없는 것으로 나타났다( $F=.157$ ,  $p=.1971$ ,  $F=2.22$ ,  $p=.0769$ ).
2. 방문간호사업의 질적 수준과 방문간호사업 내용별 빈도는 I형 보건소가 II형 보건소 보다 높은 것으로 나타났다( $F=23.50$ ,  $p=.000$ , Scheffe test( $p=.05$ ): ABC-D, ABC-E, ABC-F).
3. 보건소 I, II 유형에 따라 방문간호사업 대상자의 만족도와 방문간호사업을 제공하는 보건간호사의 직무만족도는 차이가 없는 것으로 나타났다( $t=-$

$-1.89$ ,  $p=.60$ ,  $t=-.92$ ,  $p=.367$ ).

이 연구결과를 군보건소에 확대 해석하는데는 제한이 있음을 밝히며 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 보건소 방문간호사업은 독립부서에서 제공하는 것이 효과적이나 조직구조상의 분화 뿐아니라 직무표준과 교통, 행정적 연계 및 의뢰체계의 확보 등의 지원이 강화되어야 할 것이다.

둘째, 병원중심의 가정간호사업 내용이 직접적인 간호술, 처치, 투약이 높은데 비해 방문간호사업 내용은 교육·상담이 높은 비율을 차지하므로 교육·상담에 필요한 기술 개발 및 교육자료의 개발이 더 요구된다.

셋째, 방문간호 대상자의 만족도와 방문간호사업을 제공하는 보건간호사의 직무만족도는 조직 구조 간에 차이 보다는 개인의 동기부여나 역량과 관계가 있는 것으로 나타나 새로운 보건사업을 제공할 때는 조직구조상의 직제의 변화와 동시에 직무교육을 통한 능력향상 및 동기부여 등의 인력 개발이 병행되어야 할 것이다.

넷째, 보건소의 방문간호사업이 전국으로 확대되어 가고 있는 시점에서 표본 수를 늘려 도시보건소와 농촌보건소 간의 조직구조 간에 방문간호사업성과를 규명하는 반복 연구가 필요하다.

## 참 고 문 헌

- 김은경(1993). 개심술환자의 퇴원 후 교육요구에 대한 조사, 서울대학교대학원 석사학위논문.
- 김정순(1993). Transition of health problems in Korea with changing socioeconomic status. Asia-Pacific region symposium, 서울대학교간호대학 부설 연구소.
- 김조자, 유지수, 박지원(1989). 방문간호를 통한 암환자의 위기중재 효과에 관한 연구, 간호학회지, 19(1), 63-73.
- 김진선(1988). 암환자 퇴원시 가정간호사업 이용의사와 요인조사 연구, 연세대학교대학원 석사학위논문.
- 김화중, 노유자, 서미혜, 변영순, 최경혜, 전경자, 최혜련, 김신자. (1993). 우리나라 수가체계 개발 연구. 가정간호학회지, 1, 5-56.
- 박오장(1990). 가정방문을 통한 개별교육이 당뇨병환자 역할 행위 이행에 미치는 영향과 교육 효과의 지속에 관한 연구, 간호학회지, 20(2), 174-184.

- 서울대학교 보건대학원(1990). 가정간호사업 개발 연  
찬회 보고서
- 서울대학교 보건대학원(1990). 가정간호사 직무 및  
직무분위 교육목적.
- 서울특별시(1992). 방문간호사업계획.
- 서울특별시간호사회(1995). '93-'95년도 가정간호시  
범사업보고서.
- 신유근(1985). 조직행위론(개정판). 서울 : 다산출판사.
- 왕매련, 조원정, 김조자, 이원희, 유지수(1990). 호스  
피스케어에 대한 평가연구, 대한간호, 29(4).
- 유광수(1995). 일본의 재가노인에 대한 복지시책과  
가정간호. 가정간호학회지, 2, 77-88.
- 윤순녕(1981). 퇴원환자의 간호요구와 퇴원 후 가정간  
호수행자에 관한 조사. 최신의학, 24(7), 139-148.
- 윤순녕(1990). 보건소의 환경, 조직구조와 조직유효  
성과의 관계, 서울대학교 박사학위논문.
- 전산초, 김모임, Margaret Story, 조원정, 김의숙, 추  
수경(1981). 원주기독병원 조기퇴원시 프로그램  
에서 제공된 지역사회 간호사업에 관한 평가 연  
구, 연세대학교 간호학연구소.
- 조원정, 김용순, 김주희, 김진순, 연기순, 이광욱, 한  
경자(1991). 가정간호사업의 수요추정과 모형설  
정을 위한 연구, 대한간호, 30(2).
- 조윤희(1990). 뇌혈관질환자의 자가간호능력과 가  
정간호요구도와의 관계, 연세대학교 보건대학원  
석사학위논문.
- 최경혜(1990). 만성질환의 유병양상 및 진료추이 분  
석. 서울대보건대학원 석사학위논문.
- 한경자, 박성애, 하양숙, 윤순녕, 송미순(1994). 일개  
군지역의 가정간호 요구도 조사. 간호학회지,  
24(3), 484-498.
- 한경자, 박성애, 하양숙, 윤순녕, 송미순(1995). 공공  
보건조직에서의 방문간호사업모형개발 : 보건 진료  
소 방문간호사업. 간호학회지, 25(3), 472-484.
- 보건복지부(1994). 가정간호업무표준과 가정간호시범  
사업. 제 2회 한국가정간호학회 총회 및 학 술대  
회자료집.
- 홍여신, 이은옥, 이소우, 김매자, 홍경자, 서문자, 이  
영자, 박정호, 송미순(1990). 추후관리가 필요한  
만성질환 퇴원 환자 가정간호 시범 사업 운영 연  
구, 간호학회지, 20(2), 227-246.
- Albrecht, M. N(1990). The Albrecht nursing  
model for home health care : Implications for  
research, practice and education. Public  
Health Nursing, 7(2), 118-126.
- Challis D, Darton R, Johnson L, Ston M, Traske  
K(1991). An evaluation of an alternative to  
long-stay hospital care for frail elderly  
patients : II. costs and effectiveness, Age-  
Aging, 20(4), 245-54.
- Clauser, S. B(1994). Recent innovations in home  
health care policy research. Health Care  
Financing Review, 16(1), 1-6.
- Community Health Accreditation Program, Inc  
(1989). Accreditation Policies and procedures  
: Objectives. In Mitchell, M. K., and  
Storefjell, J. L., eds : Standards of excellence  
for homecare organizations, Publication No.  
21-2327, New York. National League for  
Nursing.
- Hage, J., & Dewar, R(1973). Elite values versus  
organizational structure in predicting inno-  
vation. Administrative Science Quarterly, 18,  
270-290.
- Hughes S. L., Cummings J, Weaver F, Manheim  
L, Braun B, Conrad K(1972). A randomized  
trial of the cost effectiveness of VA hospi-  
tal-based home care for the terminally ill,  
Health-Serv-Res. 26 801-17.
- June L. Helberg(1990). Information Needs in  
Home Care, Public Health Nursing, 7(2).
- Kane, R. L., Finch, M., Chen, Q., Blewett, L.,  
Burns, R., & Moskowitz, M.(1994). Post-  
hospital home health care for Medicare  
patients, Health Care Financing Review, 6  
(1), 131-154.
- Keating S. B(1988). The Measurement of client  
outcomes in home health care agencies,  
Measurement of Nursing Outcomes 1.
- Marten, K., Leak, G., & Aden, C(1992). The  
Omaha system : A research-based model for  
decision making. Journal of Nursing Adm-  
inistration, 22(11), 47-52.
- Marek K. & McVan B(1987). Home transfusion  
therapy : A New dimension in home care,  
QRB, January.

- Martinson I. M. & Widmer, A.(1989). Home Health Care Nursing, W. B. Saunders Company, Philadelphia.
- Niskanen, P., & Pinkanen, T.A.(1971). A Comparative study of home treatment and hospital care in the treatment of schizophrenic and paranoid psychotic patients. *Acta Psychiatr Scan*, 47(3), 271 -
- Ryan S. J., and Wassenberg C(1980). A Hospital-based home care program, *Nursing Clinics of North America*, 323-328.
- Schuler, R. S(1975). Role perceptions, satisfaction and performance : A partial reconciliation. *Journal of Applied Psychology*, 60, 683-687.
- Shaughnessy, P. W., Crisler, K. S., Schlenker, R. E., Arnold, A. G., Kramer, A. M., Powell, M. C., & Mittle, D. F(1994). Measuring and assuring the quality of home health care. *Health Care Financing Review*, 16(1), 35-68.
- Sorgen, L. M(1992). The development of a home care quality assurance program in Alberta. *Home Health Care Services Quarterly*, 7(2), 13-28.
- Ventafridda V, De Conno F, Vigano A, Ripamonti C, Gallucci M, Gamba A(1989). Comparison of home and hospital care of advanced cancer patients, *Tumori*, 75(6), 619-25.

- Abstract -

Key concepts : visiting nursing service outcome, formalization, decision-making, authority, differentiation

### A Comparison of Outcomes of Visiting Nursing Service by the Organizational Structure of Health Centers\*

*Yun, Soon Nyoung · Park, Sung Ae\*\**

The purpose of this study was to identify the differences of the outcomes of visiting nursing service(VNS) between the two types by the organizational structure of health centers.

Type I referred to 3 health centers with departmentalization for VNS and type II of 3 health centers providing VNS under the subunit of a department.

Data were collected from 38 visiting nurses at the six health centers for their perceived formalization, decision-making authority and job satisfaction, 293 clients for the satisfaction level with VNS served and their records analysis for level of quality care and frequency by the contents of VNS through the questionnaires during the period from June, 1 to August 30, 1993.

Data were analyzed using  $\chi^2$ , F, t or /and Scheffe test.

The result were as follows :

- 1) There were no significant differences in perceived formalization and decision-making authority of visiting nurses between the two types of health centers.
- 2) There were significant differences in the level of quality care and frequency of the VNS contents between the two types of health centers.
- 3) There were no significant differences in perceived clients' satisfaction and job satisfaction of the visting nurses between the two types of health centers.

From this study, Not only organizational differentiation with the development of job standards and supportive system but also personnel development are suggested when new health care service in health centers begins.

\* Supported by a grant from the Research Foundation of Seoul National University

\*\* Professor, College of Nursing, Seoul National University