

일 도시지역을 대상으로 한 지역사회 간호과정 사례연구

이정렬 · 김의숙 · 조원정 · 권명숙 · 임은선 · 유미애
(연세대학교 간호대학 지역사회간호학교실)

목 차

I. 서 론	5. 목표설정
II. 본 론	6. 간호계획
1. 자료수집내용	7. 평가계획
2. 자료분석	III. 논의 및 결론
3. 간호진단	참고문헌
4. 우선순위결정	영문초록

I. 서 론

과학기술의 발전과 경제성장, 교육 및 생활수준의 향상은 일반대중의 생활 태도와 생활환경에 큰 변화를 가져왔고, 또한 영양상태가 호전되고 급성 감염성 질병이 감소됨에 따라 평균수명이 증가하게 되었다. 더욱이 건강하고 장수하는 인구의 수가 증가함에 따라 건강은 일상생활에서 없어서는 안되는 필수적 활력 요소라는 인식이 크게 높아졌고 현재의 건강을 더 오래 유지하려는 욕구와 지금보다 더 건강해지고 싶어하는 욕구도 그 어느 때보다 급속하게 커지게 되었고, 이러한 질병과 건강결정요인의 시대적인 변천에 따라 의학 및 간호학의 관심의 초점도 질병에서 건강으로 급속히 전환되었다(Tolsma, Koplan, 1992). 건강에 대한 인식과 요구가 높아지면서 일차보건의료를 담당하는 간호사는 건강증진사업의 동참자로서 건강의 긍정적인 개념을 지역사회 전체로 확장시킨다는 측면에서 분위기를 조성하며 중재하는 활동이 기대되고 있다. 또한 대중참여의 유도, 지역사회 보건서비스의 강화, 건강한 공공

정책 수립, 지원적 환경 조성, 개인의 건강관리 기술 개발, 진료서비스 이상의 전반적 건강향상을 위한 역할이 요구되고 있다.

지역사회간호사들이 이러한 중대된 역할을 효율적으로 수행하기 위해서 지역사회 간호진단은 필수적이다(김연수, 1992). 지역사회진단은 지역사회건강상태에 대한 정확한 시각을 제공해주므로, Freeman & Heinrich(1981)는 지역사회진단이 보건수행의 근본이 된다고 하였다. 따라서 지역사회간호사는 개인이나 가족을 대상으로 하는 간호사업과 마찬가지로 지역사회를 대상으로 하는 간호사업에서도 지역의 문제가 무엇인지를 사정하고, 이 자료를 분석한 후, 건강문제 진단을 도출하고, 이를 근거로 계획을 세우고, 수행 및 평가하는 일련의 간호과정을 적용해야 한다. 여기에서 간호과정(Nursing process)이란 모든 지역사회간호활동이 효과적인 간호행위로 이루어질 수 있게 하기 위하여 자료수집부터 평가에 까지 이르는 일련의 단계라 할 수 있다.

간호진단 개발은 간호가 과학과 동시에 전문적으로서 확립되기 위한 우선적 목표이다. 간호진단은

1950년 McManus가 진단이라는 용어를 처음으로 사용한 이래 간호진단의 임상활용을 위한 연구 및 분류개발이 활발히 진행되었고, 1970년 중반에 우리나라 간호에도 소개되어 1980년 중반에 활성화되었다(이은옥외, 1990). 대한 간호협회와 대한 임상간호사회 등의 간호계 모임에서는 간호진단활용에 대한 각종 논의를 하였고, 대한간호협회는 계속 교육의 일환으로서 간호진단의 정리를 통해 전국임상간호사들에게 간호진단정보를 제공하기도 하였다. 또한 1989년과 1990년에 대한 임상간호사회는 NANDA의 55개 간호진단을 번역하였고, 임상에서의 간호진단 이용률 증가를 위해 간호진단 도출과정을 위한 표준화된 지침을 개발하였다. 이제 간호진단이란 용어는 우리나라 간호사에게 친숙한 용어가 되었고, 이에 대한 전산화개발작업도 이루어지고 있다. 또한 기록에 대해서는 연세대학교 간호대학에서 NANDA의 간호진단에 대한 이론적 틀을 검토하여 그것이 개인에 근거한 것이라는 것과 개인을 위한 주변환경으로서 가족이 이해됨을 밝혔고, 이를 시작으로 개인에 대한 간호진단 뿐 아니라 가족에 대한 간호진단에 관한 연구가 진행되면서 현재 가족에 관한 105개의 임시적 간호진단에 대한 위험요인과 특성개발에 관한 연구가 진행 중에 있다(김의숙외). 또한 나아가 지역사회에 대한 간호과정 적용의 필요성이 제기되고 있으나 아직 진단의 정의가 확실하게 개념화되지는 못하였다. Freeman, Hogue는 지역사회 건강진단의 4가지 요소를 도출해 냈으나 구체적인 적용을 제시하지 못했으며(Freeman & Heinrich, 1981; Hogue, 1977; Muecke, 1986; 김연수, 1992), 이후 여러 간호학자들에 의해 개발된 지역사회 건강진단의 연구도 여전히 모호한 정의, 측정 불가능한 목표, 미약한 구조를 보이고 있다. 이에 본 연구에서는 서울의 일 도시지역사회를 대상으로 간호과정을 적용함으로써, 실제 지역사회에 자료수집부터 평가까지의 적용성을 검증하려고 시도되었다. 이를 위한 구체적인 내용은 다음과 같다.

- 1) 간호진단 도출을 위하여 지역사회로부터 자료를 수집한다.
- 2) 수집된 자료를 요약 및 정리하여 분석한다.
- 3) 자료분석을 통해 나타난 의미있는 결론들로부터

터 간호진단을 도출한다.

- 4) 도출된 간호진단의 우선순위를 설정한다.
- 5) 가장 우선순위가 높은 간호진단에 대하여 일반적 및 구체적 목표를 세운다.
- 6) 목표를 달성하기 위한 구체적인 간호수행계획을 세운다.
- 7) 간호수행평가를 위한 계획을 세운다.

II. 본 론

1. 자료수집내용

본 연구의 대상은 서울시 M구 S동 총18개동 203반 533가구이며, 다음과 같은 3가지 특성으로 나누어 자료수집하였다.

- 지역특성(지리적 특성, 인구학적 특성, 경제·사회적 특성, 교통·통신·공공시설)
- 건강수준(사망실태, 질병이환 상태, 환경보건 상태, 건강행위)
- 지역사회자원(보건인력, 이용가능한 의료자원 및 의료전달 체계조직)

자료수집방법으로는 Windshield Survey와 정부 및 기관에서 나온 통계자료 등을 이용하였고, 또한 가정방문을 통한 설문지 조사 및 통·반장과의 인터뷰를 통해 조사하였다.

1) 지역특성

M구는 서울의 중서부 한강하류 연안에 위치한 구로서, 총 면적이 23.87km²이며 S동은 8.39km²이다. 또한 북으로 경기도 고양군과 서대문에 접해 있고 동으로는 용산구와 경계를 이루고 있으며 남서쪽은 한강을 끼고 있다. 지세는 동고서저로 동쪽은 아현동, 공덕동, 도화동, 마포동의 구릉지대를 이루고 서쪽은 서교, 동교, 합정, 망원, 연남동의 평지를 이루면서 강서지역과 공항, 영등포를 연결하는 수도 서울의 관문지역에 위치한다.

주요간선도로는 마포, 양화, 성산, 신촌이 있고 양화로주변은 지하철 2호선이 경유하고 서편의 성산로는 시영아파트 단지를 이루고 있다. 또한 서부 한강

<표 1> 대상주민의 인구학적 특성별 비율 분포

특성	단위(%)				
	한국*	서울*	M구**	S동**	조사대상 지역
성- 남	50.2	50.1	50.0	51.9	49.8
여	49.8	49.9	50.0	48.1	50.2
노인인구 (65세이상)	5.0	3.4	4.5	4.8	16.0
가임여성 인구 (15-44세)	26.0	57.1	48.2	25.4	50.1

* 대한통계협회(1990). 인구주택 총조사 보고서

** M구 동사무소 자료(1993)

변은 서울(당인리) 화력발전소, 난지도 쓰레기 처분 공장, 난지도 하수 처리장 등의 시설이 있다. 4대의 일반버스와 1대의 좌석버스가 운행되며, 8-10분간격으로 마을버스가 운행되고 있으나 도로폭이 작아 사고의 위험성이 있다.

인구학적 특성으로는 남녀 인구대비 비율이 각각 49.8%, 50.2%로 나타났으며, 연령대별 특성은 노인기(65세 이상)의 인구비율이 16.0%로써, 이는 한국 평균 인구비율 5.0%에 비해 현저히 높음을 볼 수 있다. 또한 가임여성(15-44세)의 인구비율은 50.1%로 한국 평균비율인 26.0%와 비교해 볼 때 현저히 높으나 서울의 평균비율인 57.1%보다는 낮은 수치를 보인다.

교육수준은 일반적으로 여자가 남자보다 낮은 것으로 나타났다. 이러한 현상은 성인기부터 서서히 나타나기 시작하다가 장/노년기에는 현저한 차이를 보이고 있다. 직업분포를 보면 사무/관리직이 33%로 가장 많이 차지했고 판매(18.9%), 단순노무자(13%) 순으로 나타났다. 농업을 하는 인구는 4.9%였으며, 특히 18-64세 대상인구 중에서 직업이 없는 사람은 103명(여 35명, 남 68명)으로 10.6%로 나타났다. 의료보장제도의 혜택을 받지 못하고 있거나 의료보호 대상가구는 전체 대상가구중 32가구(5.8%)를 차지하고 직장의료보험이 213가구(38.5%), 지역의료보험이 308가구(55.7%)를 차지하였다. 집소유형태를 보면 자가보유율이 50.6%이며, 세들어 사는 경우(49.4%), 2-3가구가 함께 사는 경우(49.3%)가 대

부분이며, 4가구 이상 모여사는 가구도 전체가구의 18.8%(104가구)를 차지하였다.

지역지도자(통,반장)와의 면접자료에 의하면 지역사회 환경문제로서 대부분 지역사회개발을 위한 도로, 쓰레기등의 주거환경 개선문제를 지적하였다.

대체적으로 지역주민들을 이웃집 잔치(결혼,회갑,생일등)나 부흥에 참여하여 이웃간의 단결을 하고 있으며, 특히 조상 대대로 이어온 주민들간에는 강한 애착과 결속을 나타내어 지역문제해결에 앞장서고 이웃의 어려운일에 같이 협조하고 있다.

지역에 관한 정보전달은 대부분 반장 또는 통장이 반/통 지역주민에게 직접,개별적으로 전달하며 앰프가 구비된 지역에서는 앰프를 이용하기도 한다.

2) 건강수준

가구당 만성질환 이환자가 1명이상 있는 가구는 60.9%, 급성질환 32.9%, 사고 11.1%, 심신장애자 5.2%로 나타났으며, 특히 만성질환 이환자가구의 경우 한국보건사회 연구원(1992) 결과(51%)에 비해 높게 나타났다.

질병이환율을 보면 급성질환의 경우, 급성 질환 이환자들 전부 1건의 이환율을 나타내며, 인구 1,000명당 1개월간 급성 이환건수율은 113.5로 나타났다. 인구 1,000명당 상병분류별 급성이환 건수율을 보면 호흡기계질환이 가장 높고, 다음은 소화기계질환이다. 인구 100명당 이환빈도는 13세이상 인구에서 남자보다 여자가 높고 남녀 모두 성인기, 중년기에서 높게 나타났다. 만성질환의 경우, 인구 100명당 만성 이환자의 비율이 22.1%이며, 만성 이환자가 100인당 만성이환 1건을 갖는 비율은 77.8%, 2건을 갖는 비율은 16.2%로 나타났으며, 이러한 결과는 한국 보건사회 연구원(1992)결과 보다 약간 높은 것이었다. 인구 1,000명당 만성 이환 건수율은 272.2로써 한국보건사회연구원(1992)결과와 유사하였다. 그러나 인구 1,000명당 만성이환 자율로 보면 한국보건사회연구원 결과보다 높음을 알수있다. 인구 1,000명당 상병분류 및 만성이환 건수율을 보면, 소화기계질환의 이환율이 가장 높고, 그 다음이 근골격계질환, 순환기계 질환으로 나타난 반면에 한국보건사회연구원(1992)결과에서는 근골

격제, 소화기계, 순환기계순으로 나타났다<표2 참조>. 인구 100명당 1년간 사고 발생건수율은 2.7로 나타났다고, 사고내용으로는 교통사고가 21건으로 가장 많이 차지하였다.

지역주민의 건강상태 인지정도를 보면 대상자의 20.4%가 허약한 편으로 생각하고 있었으며, 성인기 이상의 인구에서 남자보다는 여자가 허약하다고 생각하는 비율이 높게 나타났다. 이는 중년이후 여성들에게 만성질환 유병율이 높았던 것과 일치한다.

질병행위를 보면 급성질환에 걸렸을경우 대부분 약국(52.8%)과 병원(39.0%)을 이용하고 있었으며, 보건소를 이용하는 경우는 1건(0.4%)에 불과하였다. 만성질환의 경우도 대상주민의 과반수 정도가 약국(32.7%)과 병원(32.7%)을 이용하고 있었으며, 집에서 치료하는 경우도 20.0%되었다. 보건소를 이용하는 경우는 8건으로 1.6%이었다.

조사 대상주민의 23.5%가 음주행위를 하고 있으며, 22.6%가 흡연을 하며 하루 한갑 이상 피우는 대상자도 10.1%나 되었다. 문제있는 식습관 행위를

하는 사람(불규칙한 식사, 맵고 짠 음식, 육식과다)이 42.2%나 되어 만성질환의 소화기계문제가 우선 순위 1위인 것과 관련됨을 볼 수 있다.

건강증진행위로는 운동·음식조절(27.5%)보다는 보약·영양제복용(36.1%)을 하는 사람이 다수였으며 가족의 건강 유지,증진을 위해 한가지 이상의 건강행위를 수행하는 가구는 51.9%였다.

3) 지역사회 자원

S동내의 보건의료자원으로는 약국 3개, 한의원 1개, 보건소 1개가 있고, 공동활용공간으로는 놀이터, 노인정, 노인회관, 교회가 있으며 그외 자원으로는 사업기관 2개소, 교육기관 1개교, 체육시설기관 3개소가 있다.

M구 보건소가 시행하는 건강증진사업으로는 이동진료서비스, 신체검진 서비스가 있으며 이를 받아본 경험이 없는 가족은 대상가구의 과반수 정도로 나타났다. 이동진료서비스나 신체검진서비스를 받지 않은 주민들은 그 주된 이유가 '홍보부족으로 인해 알지 못해서'와 '필요를 느끼지 못하기 때문'이었다. 보건소 서비스에 대한 주민의 요구는 전문적인 치료서비스를 가장 많이 원했고, 그다음으로는 신뢰할 수 있는 서비스, 무료치료, 환경/방역사업 등을 원했다. 가정방문서비스에 대한 요구도 23가구나 있었다.

2. 자료분석

지역사회로부터 수집된 자료의 분석은 다음과 같은 4가지단계에 의해서 진행되었다<표 3 참조>.

1단계: 수집된 정보를 서로 연관되는 것끼리 분류한다

2단계: 각분류 항목간의 관련성을 고려하여 분류된 자료를 요약한다.

3단계: 요약된 자료로부터 지역사회문제에 대한 구체적인 결론을 내린다.

4단계: 포괄적이고 총체적인 지역사회 전반적인 문제를 파악하기 위하여 과거와 비교하여 상황에 대한 양상과 경향을 알아보고 다른항목과 비교하여 맞지않거나 서로 상반되는 자료가 없는지, 부족되거나 더 필요한 자료가 무엇인지를 확인한다.

<표 2> 상병분류별 인구 1,000인당 이환건수율*

상병분류	급성이환건수율 (일개월간)	만성이환건수율 (년간)
호흡기계질환	75.5	25.5
소화기계질환	11.2	56.8
근골격계질환	7.2	53.2
중상 및 불명확한 질환	4.5	25.5
사고 및 중독	4.5	1.3
감염성 및 기생충질환	3.1	9.8
신경계 및 감각기계질환	2.7	25.5
피부 및 피하조직질환	2.7	4.5
순환기계질환	1.3	42.0
비노생식기계질환	1.3	7.6
신생물	0.3	2.2
내분비 영양대사/면역장애	0.4	15.2
선천성 이상	0.4	0.4
혈액 및 조혈기관질환	-	1.3
정신장애	-	1.8
주산기에 관련된 일정한 병태	-	-
임신, 분만 및 합병증	-	0.9
계	113.5	272.2

* 이환건수율 = $\frac{\text{이환건수}}{\text{총조사대상인구}} \times 1,000$

<표 3> 자료분석

구 분	자 료 요 약	결 론	필요한 자료 또는 문제
①지역특성 · 인구학적특성 · 사회경제적 특성 -교육수준 -직업분포 -의료보장 -환경적특성	남녀비율;49.8%,50.2% 노인기(65세이상)인구비율 16.0% 가입여성:50.1%<표1> 남자가 높음 사무관리직이 가장많음(33%) 의료보호대상가구-32가구(5.8%) S2통은 난지도로 쓰레기매립지 도로폭이 작다.	한국 평균 인구비율 5%에 비해 현저히 높은 비율(=높은 노인인구 비율) 쓰레기문제개선의 필요성이 있다. 도로폭을 넓혀 사고의 위험을 줄여야 할 필요가 있다.	
②건강수준 · 가구당 이환자수 · 질병이환률 · 사고 · 건강상태 인지도 · 질병행위 · 건강증진행위	만성질환자 포함가구 60.9% 급성질환자 포함가구 32.9% 사고질환자 포함가구 11.1% 심신장애자 포함가구 5.2% 급성질환: 호흡기계 113.5 이환건수율 소화기계 75.5 (표2) 만성질환: 소화기계 56.8 이환건수율 근골격계 53.2 순환기계 42.0 사고발생건수율 2.7 교통사고가 21건으로 다수 대상자의 20.4%가 허약한 편이라 생각 급성질환: 약국, 병원이용이 다수, 보건소이용은 0.4% 만성질환: 약국, 병원이용이 과반수이며 자가치료가 20%, 보건소이용이 1.6% 1가지이상 건강증진행위를 하는 가구(51.9%) 보약, 영양제복용 36.7% 운동, 음식조절 27.5%	만성질환이환자의 경우 한국보건사회연구원 조사결과인 51%보다 높은 수치 보임=높은 만성질환이환률 높은 급성호흡기계질환 이환건수율 높은 만성소화기계질환 이환율 전국순위인 근골격계-소화기계-순환기계와 같은 내용이나 순서가 다른 양상 보임 교통사고의 위험성 스스로 허약하다고 느끼고 있다. 낮은 보건소 이용률 낮은 보건소 이용률 약물에 의존하는 건강행위 (=부적절한 건강행위)	연령별 질환자율 호흡기계질환의 원인이 되는 요소 중 지역사회에서 지적될 수 있는 요소에 관한 조사(매연, 흡연율, 지리적 특성...) 식습관, 식당, 시장의 식품관리상태, 운동실태 등에 관한 조사 도로사정, 교통정비상태, 통행량, 신호적질성 등 대상자가 행하는 건강행위 보건소를 이용하지 않는 이유에 관한 설문조사 약국, 병원이용의 적절성에 대한 평가
③지역사회자원 · 지역결속력 · 지역정보전달 체계 · 보건의료 자원 · 공동활용공간	잔치, 부음시 이웃간에 모여 단결함 정보전달은 직접, 개별적으로 통·반장을 통해 이루어지며, 앰프를 이용하기도함 약국3개, 한의원 1개 보건소1개-이동진료서비스 신체검진서비스 놀이터, 노인정, 노인회관, 교회	사업전개시 통·반장을 통한 홍보가 필요하다. 지역사회주민대상으로 이루어지는 보건의료서비스는 보건소에서 시행되는 서비스이다.	

3. 간호진단

지역사회 간호진단은 개인을 대상으로 하는 간호진단과 마찬가지로 문제+원인의 형태로 기술한다. 간호문제는 지역사회 간호사업으로 해결할 수 있어서 변화를 가져올 수 있는 문제가 중심이 된다. 자료분석의 '결론'에 기술된 내용으로부터 '문제'를 도출하며, 간호진단의 '원인'은 자료수집한 내용에서 도출하게 된다.

본 연구지역의 자료로부터 도출한 지역사회 간호진단은 다음과 같다.

문 제	원 인
1. 낮은 보건소 이용률 (보건소 시행사업의 낮은 참여율)	· 보건소에 대한 인식부족 · 낮은 접근성
2. 높은 교통사고 위험성	· 좁은 도로폭
3. 높은 만성질환 이환율	· 부적절한 건강행위 -운동이나 음식조절보다는 약물에 의존 부적절한 식습관
4. 소음, 악취	· 쓰레기 매립지의 쓰레기 관리 부적절

4. 우선순위 결정

지역사회 간호사는 간호진단에 따른 문제해결을 위해 우선순위를 결정하여서 우선순위가 높은 문제부터 해결하도록 하여야 한다. 우선순위 선택기준은 ① 영향을 받는 인구집단의 범위 ② 대상자의 취약성 ③ 문제의 심각성 ④ 자원 동원 가능성 ⑤ 주민의 관심도 ⑥ 간호사의 준비도 ⑦ 국가정책과의 연관성등으로 나누어 볼 수 있다. 각 간호문제별 기준에 따른 점수를 3점(관련성이 높다), 2점(보통이다), 1점(관련성이 낮다)으로 줄 수 있으며 총점이 가장 높은 문제가 우선적으로 해결해야 할 문제라 할수있다. 본 연구에서는 자원동원 가능성과 간호사 준비도는 물론 전체적인 우선순위 점수가 높은 간호문제인 '낮은 보건소 이용률'을 순위가 높은 우선사업으로 선정하였다. 보건소 이용률을 높이게 되면, 이로인해 또다른 간호문제인 '높은 만성질환 이환율'을 해결하는데 도움이 되기도 한다.

4가지 간호문제에 따라 7가지 우선순위 선택기준을 적용한 결과는 <표 4>에서 보는 바와 같다.

5. 목표설정

해결해야 할 문제와의 관련성, 실행가능성, 관찰가능성, 측정가능성을 고려한 목표설정은 지역사회 간호사업에 있어서 필수적인 단계이다. 또한 명확한 목표가 있어야 뚜렷한 계획을 세울 수 있고 결과의

<표 4> 간호문제의 우선순위

간호문제	영향을 받는인구 집단 범위	대상자의 취약성	문제의 심각성	자원동원 가능성	주민의 관심도	간호사의 준비도	국가정책과의 연관성	총점
1. 낮은 보건소 이용률	3	3	2	3	2	3	3	19
2. 교통사고의 위험성	3	2	3	1	3	1	2	16
3. 높은 만성질환 이환율	2	2	3	2	2	3	3	17
4. 소음, 악취	3	1	3	1	3	1	2	14

평가를 가능케 할 수 있다. 목표는 일반적 목표와 구체적 목표로 기술할 수 있다. 일반적 목표는 간호진단에서 '문제'를 해결할 수 있도록 기술하며, 구체적 목표는 간호진단에서 '원인'을 해결할 수 있도록 기술한다.

문 제	원 인
낮은 보건소 이용률	· 보건소에 대한 인식 부족 · 낮은 접근성

일반적 목표	구체적 목표
1996년도 12월말까지 주민의 보건소 이용률이 현재보다 20% 증가된다.	1) 1996년 7월말까지 주민들의 보건소 이용(보건소사업, 이동진료등)에 대한 인식이 높아진다. 2) 1996년 12월말까지 보건소와의 거리가 5정거장이상 되는 주민들의 보건소사업 참여가 증가된다.

6. 간호계획

설정된 목표를 수행하기 위한 구체적인 계획은 가능한 모든 지역사회 자원을 동원하여 효율적인 전략을 세운다. 이때 평가를 위한 구체적인 계획도 포함되도록 한다.

7. 평가계획

사업에 대한 평가는 목표에 따라 다음과 같이 수행할 수 있다.

Ⅲ. 논의 및 결론

1. 논의

본 연구는 우리나라에서는 최초로 지역사회 간호

사업 계획	1996년											
	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
1. 보건소에 대한 주민들의 현재의 인식 평가 - 설문지 작성·배부 - 가정방문 및 통·반장과의 면담	←→										←→	
2. 설문지 및 면담결과에 대한 분석 및 평가 - 보건소 인식도 - 보건소에 관한 요구사항등		←→										
3. 보건소 인식변화를 위한 운영팀 구성 - 보건소 위원회(통·반장을 포함) 결성 - 홍보전략 구상			←→									
4. 보건소 홍보 교육 실시 - 보건소 견학 및 교육 - 방송 - 보건소사업에 관한 안내 책자 배부 - 반상회 조직 - 스티커 부착 - 무료건강검진 실시 - 보건소 이동진료나 방문사업일자 홍보				←→								
5. 보건소에 대한 인식변화 및 방문사업에 대한 평가										←→		

목 표	평가기준	평가방법
일반적목표: 1996년도 12월말까지 주민의 보건소 이용률이 현재의 2배 증가된다.	보건소 이용률 변화	매 월마다 보건소이용실태를 통계처리하며, '96년 12월말에는 월별통계와 연통계를 산출하여 '95년의 이용률과 비교한다.
구체적목표: 1)1996년 7월말까지 주민들의 보건소 이용(보건소사업, 이동진료등)에 대한 인식이 높아진다.	주민들의 보건소에 대한 인식 변화	'96년 초와 말에 주민들을 대상으로 사용한 설문조사를 비교분석한다.
2)1996년 12월말까지 보건소와의 거리가 5정거장이상되는 주민들의 보건소사업 참여가 증가된다.	방문사업및 이동진료에 대한 주민의 참여도	'96년 12월말에, 보건소와의 거리가 5정거장이상되는 주민들을 대상으로 실시한 각각의 방문사업 및 이동진료에 참여한 주민 수를 '95년 사업현황(실시횟수, 참여인원)과 비교한다.

과정을 실제 지역사회에 적용하여 학술지에 발표하는 것이다. 지역사회 간호과정을 이론적으로 학생들에게 소개하면서도 실제 지역사회 자료에 적용하여 보여준 예는 전무하다. 본 연구에서 지역사회 간호과정을 자료 수집부터 평가까지 적용하면서 나타난 이슈들을 몇 가지 논의하고자 한다.

지역사회로부터 자료를 수집할 때 본 연구에서는 지역특성, 건강 수준, 지역사회 자원의 세 가지 영역을 이용하였다. 그러나 학자마다 지역사회 자료 수집틀을 다르게 제시하는 것을 알 수 있다. 그 중 Anderson은 그의 책인 Community as Client (1988)에서 다음과 같은 8가지 지역사회 자료 수집틀을 제시하였다 : ① 물리적 환경 ② 교육 수준, ③ 안전과 교통 ④ 정치와 행정 ⑤ 건강과 사회 서비스 ⑥ 의사 소통 ⑦ 경제 상태 ⑧ 여가 활동, Anderson의 분류에 비해 본 연구의 자료수집영역은 훨씬 적은 편이다. 그러나 영역이 많게되면 자료요약의 번거로움이 있을수도 있으므로 본 연구에서는 세 가지 큰 영역을 고려하고 큰영역별로 소영역을 자세히 포함시키는 것으로 하였다.

일반적으로 수집된 자료를 분석할 때 도수분포표와 그래프가 많이 사용된다. 그러나, 그렇게 정리된

자료의 의미가 무엇인지를 요약, 분석하기 위해 본 연구에서는 자료를 영역별로 요약한 후, 결론을 내리고 더 필요로 되는 자료가 무엇인지를 기술하도록 표로 기술하므로써 자료를 분석하였다.

연세대학교 간호대학에서 그 동안 농촌 지역사회를 대상으로 지역사회 간호진단을 내린 경험을 보면 일반적으로 도출되는 진단명들이 부적절한 식수 관리, 부적절한 쓰레기 처리, 높은 성인병 유병율, 약물 남용, 부적절한 노인 건강 관리, 부적절한 보건의료행태 등으로 나타났다. 본 연구는 도시지역을 대상으로 한 연구로써 도시 지역사회로부터 도출된 간호진단은 낮은 보건소 이용률, 높은 교통사고 위험성, 높은 만성질환 이환율, 소음과 악취 등이었다. 즉 농촌과 도시 지역의 간호진단이 두 지역의 주요 건강 문제에 따라 다소 다른 양상을 보인 것을 알 수 있다.

여러 가지 간호진단들 중에서 지역사회 간호사는 우선적으로 해결해야 할 문제가 무엇인지를 선정할 수 있어야 한다. 이 때 고려할 수 있는 것으로 본 연구에서는 영향을 받는 인구 집단 범위, 대상자의 취약성, 문제의 심각성, 자원 동원 가능성, 주민의 관심도, 간호사의 준비도, 그리고 국가 정책과의 연

관성을 포함하였다. 그리고 각 간호진단들이 이들 영역과 관련성이 높으면 3점, 보통이면 2점, 관련성이 낮으면 1점으로 점수를 주어 총점이 높은 간호문제를 우선 순위가 높은 문제로 선정하였다. 그러나 본 연구에서 고려한 7가지 영역뿐 아니라, 점수를 3점, 2점, 1점으로 주는 것은 본 연구에서 주관적으로 제시한 것이므로 계속적인 타당도 검증 연구가 필요로 되는 부분이다.

우선 순위가 높은 간호문제를 선정하여 일반적 목표를 기술할 때는 측정 가능성, 관찰 가능성을 고려하여 기술하도록 한다. 그러나 실제적으로 목표를 기술할 때 측정 가능성과 관찰 가능성을 모두 만족시키게 기술하기가 항상 쉬운 것은 아니라는 것을 발견한다. 본 연구에서도 '낮은 보건소 이용률'의 원인으로 '보건소에 대한 인식 부족'을 들었고, 이를 위한 구체적인 목표를 '1996년 7월말까지 주민들의 보건소 이용에 대한 인식이 높아진다'로 하였다. 이 목표는 관찰 가능성과 측정 가능성이 나타난 목표라고 볼 수 없다. 즉 주민들의 보건소 이용에 대한 인식이 높아졌는지를 어떻게 관찰할 것이며, 어떻게 측정할 것인지가 불명확하다. 그럼에도 불구하고 모든 목표를 무엇이 몇 % 증가 혹은 감소한다고 기술하기에는 자료가 부족하다거나 적절하지 않을 경우가 있는 것을 발견하였다. 가능한 한 목표를 기술할 때 '누구에게, 언제까지, 무엇을, 얼마나' 를 포함하여야 하겠으나 모든 목표를 반드시 이들을 포함시키려고 고집할 것은 없다고 본다. 그러나, 목표를 구체적으로 측정 가능, 관찰 가능으로 기술하지는 않더라도 변화를 어떻게 측정하여 나타낼 것인가에 대한 평가 계획은 세워져야 할 것이다.

2. 결론

본 연구는 지역사회 간호과정을 일 도시 지역에 적용하여 자료 수집부터 평가까지 적용한 연구로서 우리나라에서는 처음 발표되는 사례 연구라고 하겠다. 도시 지역에서 도출된 간호진단으로는 낮은 보건소 이용률, 높은 교통사고 위험성, 높은 만성질환 이환율, 그리고 소음과 악취 등이었다. 이 중 우선 순위를 선정하는데 고려할 수 있는 7가지 사항으로

고려한 결과 낮은 보건소 이용률이 가장 우선 순위가 높은 문제로 선정되었다. 도시지역에서 나온 간호진단은 농촌지역과는 다른 지역사회 간호진단양상을 나타냈는데, 우리나라의 다양한 지역사회의 건강 문제로부터 도출된, 실질적이고 구체적인 지역사회 간호진단명들이 앞으로 계속적으로 개발할 연구가 필요로 된다. 뿐만 아니라 간호진단을 기반으로 사업계획과 평가계획을 세울 때 기술하는 방법에 대해서도 실질적인 사례발표 연구가 계속적으로 필요로 된다.

참고문헌

- 김모임 외(1996), 대상자중심의 지역사회간호학. 서울: 현문사
- 김연수(1992), 지역사회 건강진단 모형 개발을 위한 문헌 고찰. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문
- 김의숙 외(1996), [가족간호진단과 특성개발에 관한 연구] 미계재자료
- 이선자, 정문희, 이명숙(1993), 개정중보지역사회보건간호학. 서울:신광출판사
- 이은옥, 한경자, 김매자 외 3인(1990), 간호진단과 임상활용. 서울:수문사
- Elizabeth T. Anderson, Judith MM(1988), Community as Client. J. B. company
- Freeman, RB, Heinrich, J(1981), Community health nursing practice.(2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Hogue CC(1977), Epidemiology for distribute nursing practice. In Hall JE, Weaver BR.(Ed.). Distributive nursing practice: a system approach the community health. Philadelphia:J.B. Lippincott
- Muecke, MA(1986), Community health diagnosis in nursing. In Sprdeley BW.(Ed.). Reading in community health nursing. Boston: Little Brown and Company

= ABSTRACT =

Application of Community Health Nursing Process to an Urban Community

Chung Yul Lee, Eusook Kim, Won Jung Cho,
Myoung Sook Kwoen, Eun Sun Lim, Mi Ae Yoo

(College of Nursing, Yonsei University)

The community health nursing process is essential in providing community health nursing service to the community. It helps to identify community health problems, to prioritize problems, to provide service, and to evaluate service results. However, it is very rare to find a study which applies the community health nursing process.

This study intended to apply the community health nursing process to a urban community. The focus of the study was a community consisting of 533 families in a region of Seoul.

The study process was as follows:

- 1) The data was collected by conducting interviews with community leaders and by collecting surveys from the people of the community.
- 2) The data was summarized and analyzed.
- 3) The community nursing diagnosis was identified.
- 4) The nursing diagnosis was prioritized.
- 5) The general and specific objectives for service were identified.
- 6) A specific nursing plan was set up.
- 7) A detailed evaluation plan was established.

Four community nursing diagnoses were identified from the community.

- 1) The utilization rate of health center was found to be low due to lack of knowledge about the health center and low accessibility.
- 2) High traffic accident rate due to narrow roads.
- 3) High prevalence of chronic disease due to inappropriate health behavior.
- 4) High noise level and foul smell due to inappropriate waste management.

Among the four community nursing diagnoses, 'High prevalence of chronic diseases was identified as a priority community nursing problem. The criteria for prioritizing community nursing problems were as follows: number of people involved, fragility of clients, severity of the problem, availability of resources, concern of the people, readiness of nurses, relevance to the national policy.

This study describes the general and specific objectives to solve the high prevalence of chronic health problems, nursing plans, and an evaluation plan.