

# 발제강연

## = 질적 간호와 그 수행방안 =

— 지역사회 간호 영역에서 —

김 의 숙  
(연세 간호대학교수)



### 서 론

지역사회 간호 영역에서는 질적간호에 대하여 말씀드리기 전에 우선 '지역사회 간호 영역에서' 라는 접근법 자체부터 저와 여러분들 사이에 언어의 통일을 가지려 합니다.

지금까지 우리는 아무런 의심없이 '신체'와 '정신'을 둘로 나누어 생각해 왔듯이 '입상간호'와 '지역사회간호' 두가지로 구분하여 생각해 왔습니다. 즉, 아픈 인구와 건강한 인구의 구별된 두 그룹으로 생각하고 치료와 예방의 두가지 다른 접근법을 시도하려 하였던 것입니다. 그러나 이제 우리는 이것을 벗어날 때가 되지않았나 생각합니다. 신체와 정신이 둘로 갈라질 수가 없듯이—왜냐하면 서로 너무나 깊은 상관관계에 있기 때문에—간호도 입상과 지역사회로 나누어질 수 없는 것입니다. 우리가 건강을 한 계속적인 연속선으로 생각하고, 개인은 한 가족의 일원이며 또 전 지역사회의 일원이며, 병원 또한 지역사회 의 일부라는 것을 감안할 때 병원에서 근무하든, 보건간호원으로 근무하든 보

든 간호원의 궁극적인 목적은 전 인구의 건강증진이라 할 수 있겠습니다. 따라서 간호를 제공하는데 병원중심과 지역사회 중심의 두가지 접근법이 있는 것이 아니라 전 인구의 건강증진을 목적으로 시도하는 한가지 접근법 뿐일 것이며 병원은 한 지역사회의 자원으로 이용되는 것입니다. 그러므로 질적간호를 개념화하는 데 입상과 지역사회 의 근본적인 다른 점은 있을 수 없으며, 여기에서 지역사회 간호 영역면이란 병원의 환자를 중심으로 한 개인 질병 간호에 대한 접근법 뿐 아니라 지금까지 생각해오던 Public Health, 즉 집단 예방접종, 집단 X-Ray 검진 등의 집단건강 개념뿐이. 아닌, 좀 더 포괄적인 Health for Public, 즉 전 국민을 위한 건강이란 의미라 하겠습니다. 질적간호를 Structure(구조) 즉 행정적인 면, Process(간호활동적)인 면과 Outcome(간호의 결과)의 세가지 방향으로 접근할 수 있다는 것은 이미 언급되었습니다.

Structure의 접근법, 즉 질적간호를 제공하기 위하여는 그 조직이나 기구·시설 등의 행정면

을 우선 고려하여야 한다는 방법은 결국 좋은 여건을 마련해주면 좋은 간호를 수행할 수 있더라는 가정에서 출발한 것이며, Process는 직접 수행하고 있는 간호를 관찰하여 좋은 질인지 아닌지를 판단하여야 한다는 것이고, Outcome은 결국 모든 업무의 목적은 좋은 결과를 가져오자는 것이니 간호도 마찬가지로 그 결과를 측정함으로써 좋은 간호를 제공받았는지 알 수 있다는 접근법이라 할 수 있겠습니다. 물론 이 세가지 각 접근법이다 질적간호의 제공여부를 정말 파악할 수 있느냐는 방법론 자체에 문제점이 있으며 또 그 측정방법에도 문제가 있습니다. 그러나 우리는 여기에서 어떻게 질적간호를 평가하느냐 하는 방법적인 문제를 논하려는 것이 아니라 질적간호란 무엇이며 어떻게 수행할 것인가를 논하는 것이므로 수행하는 간호활동의 질, 즉 Process에 중점을 두어 생각해 보려 합니다.

### 질적간호의 정의

홍신영박사님께서 주제강연에서 질적간호에 대한 중요한 개념을 System Model로, 또 그 관계식을 Mathematical model을 가지고 설명하셨습니다. 그 관계식을 다시한번 살펴보면,

$$\text{질적간호} = f \frac{(\text{환자요구} + \text{전문성})}{\text{가격} \cdot \text{시간}}$$

다시말하면, 질적간호란 환자요구가 얼마나 해결되었는가와 간호원 자신의 전문성이 얼마나 발휘되었는가에 비례하며, 이는 얼마나 많은 가격과 시간을 소모하였는가에 반비례하는 function이라는 것입니다.

이 질적간호의 정의를 지역사회 방향으로 다시 써 본다면,

$$\text{질적간호} = f \frac{(\text{지역사회요구} + \text{전문성})}{\text{가격} \cdot \text{시간}}$$

다시말하면 환자요구는 지역사회 요구로 표현할 수 있으며 전문성은 앞에서와 마찬가지로 “과학적 지식을 체계적으로, 좋은 기술로써 제공하는가”하는 간호원의 전문성 발휘 정도이며,

반비례의 기능을 하는 시간과 가격에 대한 부분은 전반적인 프로그램이나 정책을 주관하게 되므로 더욱 강조될 것입니다. 즉, 주민들의 건강 및 요구를 잘 파악하여 그 요구에 맞도록 과학적인 지식과 체계적인 방법으로 전반적인 건강증진을 위하여 저렴한 가격과 가능한 빠른 시일내에 간호기술을 제공하는 것이 질적간호의 기본개념이라 하겠습니다.

과학적 지식이란 기초과학과 사회과학 및 이에 기본을 둔 간호이론이며 체계적 방법이란 간호과정, 즉 지역사회 자료수집에서 부터 사정, 지역사회 진단, 수행 및 평가까지 연결되는 방법을 말하며, 간호기술은 이 간호과정을 올바르게 수행할 수 있는 기술이라 하겠습니다.

### 질적간호의 수행방안

어떻게 이 질적간호를 수행할 수 있는가에 대해서 이 관계식에 의거하여 생각해 보겠습니다.

#### 1. 대상자 간호요구에의 부응

대상자의 요구를 어떻게 잘 들어줄 수 있겠는가 하는 것은 질적간호 수행에 있어서의 가장 큰 과제라 할 수 있겠습니다. 왜냐하면 간호요구를 파악하는 것이 큰 현재의 Health System의 위치를 파악할 수 있는 길이며, 또한 어떠한 health service가 필요한지 알 수 있게 하여 그 요구를 해결해 주려는 시도가 이미 질적간호 수행의 가장 큰 단계이기 때문입니다. 대상자의 간호요구는 세가지로 구분하여 생각할 수 있습니다.

#### 1) 대상자 자신들이 인식하고 직접적으로 표현되는 요구

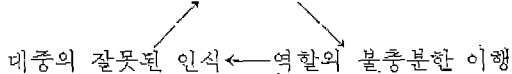
이러한 간호요구는 간호요구조사에서 직접 관찰하거나 들을 수 있는 것들입니다. 최근에 연세대학교 간호대학 대학원 과정에서 석사논문으로 연구된 산업장 간호원에 대한 근로자들의 간호요구조사가 그 일례가 될 수 있을 것입니다. 그 논문에서 저자는 간호의 영역을 문헌에서 서술한 바에 준하여 직접간호제공자, 관리조직자,

교육자, 근로자와 고용자 간의 조정자 등 8가지 영역으로 구분하여 조사하였습니다. 그 결과를 보면 산업장이라는 특수성에도 불구하고 보통 병원에서 관찰할 수 있는 직접 간호 제공자 외에는 다른 영역에의 간호요구는 아주 낮았으며, 간호원은 독자적인 업무가 없는 의사의 지시를 수행하는 사람이라는 것이 대다수의 응답이었으며 간호원에게 가장 중요하게 바라는 사항은 친절하여 전문적인 지식이라고 응답하였습니다. 이 결과는 다른 병원환자를 대상으로 조사한 간호요구의 결과와 비슷한 것입니다.

본인이 이 강연을 준비하기 위하여 길에서 만나는 사람들에게 “질이 좋은 음식이란 영양가가 풍부투 들어있어 건강에 도움을 주는 음식을 이야기 하는데 질이 좋은 간호란 어떤 것이라고 생각하십니까?”라는 질문을 하였습니다. Taxi 운전기사들과 동네거리에서 만날 수 있는 사람들, 남편의 직장친구 등 30명이 넘는 다양한 배경의 사람들의 응답은 일률적으로 친절하고 잘 화주는 것, 즉 시간과 정성을 들이는 것이라고 하였습니다.

이와같은 결과를——즉, 대상자들이 간호원에 게서 받을 수 있는 넓은 영역의 혜택을 알지 못하고 간호원의 독단적인 판단없이 의사의 지시에 따라 수행하는 직접간호 제공만을 요구하는 결과를 놓고 우리는 ‘간호원에의 인식 부족’이라고 하고 그들을 책망합니다. 대상자들을 교육시켜야 한다고 합니다. 물론 교육과 홍보활동이 대단히 중요합니다. 그러나 우리는 이 결과가 바로 우리의 행동을 그대로 반영하고 있는 것임을 우선 알아야 할 것입니다. 언제 우리가 독자적이고 의사의 지시를 수행하는 것 이외의 역할을 대상자들에게 보여주고 있습니까? 이것은 어떤 제도의 잘못만은 아닐 것입니다.

제도의 악조건



System의 여러가지 악조건들이 우리들의 역할을 충분히 이행하지 못하게 하고 또 이것들이

잘못된 인식을 부르며, 이 인식들이 System 속에 다시 재고려되어 같은 또는 더 나쁜 악조건을 부릅니다. 이러한 Vicious Cycle의 연결을 끊을 자리가 어디인가? 누가 이 chain을 끊기 위하여 먼저 initiative를 취할 것인가? 이에 대한 대답은 “우리 개개인” 즉 간호원일 것입니다.

2) 건강행위로 표현되는 대상자의 요구

비록 직접적인 방법을 통하여 요구하지는 않더라도 나타난 건강상태나 건강행위로 표현되는 건강요구가 있습니다. 예를 들면, 질병 양상과 그 발병을 및 유병율, 병원이용도, 질병 치료 방법 또는 예방에 대한 태도 및 실천 등으로 이러한 건강행위의 정보 또한 필요로 하는 Health Service가 무엇인지를, 무엇으로 알려주는 것이라 하겠습니다.

우리나라의 질병 발생율이나 유병율을 보면, 일부 지역에 국한된 자료이기는 하나 강화군의 보건으로 필요 및 수요 측정 연구 결과에 의하면 급성질환 발생율이 11.6%, 만성질환 유병율이 23.4%로 세계적인 추세와 마찬가지로 만성병이 급성 질환보다 훨씬 더 많은 것을 알 수 있습니다.

질병 양상에 있어서도 거제도에서 오랫동안 치료와 예방사업을 해온 Dr. Sibley의 거제도 질병, 양상 보고를 보면 주민들의 발병증상 중 70%는 간단히 진단하여 단순한 치료로 치유가 가능한 것이며, 90%가 전문의가 없어도 만족하게 치료될 수 있는 것으로, 단지 10% 정도만이 전문의가 필요한 질병증상이라고 하였습니다.

병원 이용률을 볼때, 우리나라의 병상수는 다른 나라에 비해 월등히 부족한 것은 사실입니다. 대한병원협회에서 우리나라 병상규모에 대해서 보고한 것을 보면 1979년도末 현재 수준급 병원의 병상수는 인구 10萬당 88개이며, 의원까지 합하면 166개로 되어 있습니다. 이러한 병상수는 미국의 경우, 이미 1970년도에 인구 10萬당 660개였고, 영국은 1974년에 950개, 일본도 1970년도에 1030개로 우리나라보다 보통 5~6배 높습니다. 보험 실시후 더 많은 병원 이용자의 기대나, 또 실제로 비공식적인 통계이기는 하나

1970년 전후에는 전 이환자의 20% 정도만이 의 료기관에서 진료받은 것에 비해 보험 실시후 75%로 증가된 보고를 통해서 정부는 병상수를 늘리는 계획을 세우고 있습니다. 그러나 실제로 韓格富의 의료기관 실태조사에 의하면 이러한 적은 병상수 입에도 불구하고 최근의 보사부 통계년보의 국·공·사립병원의 병상 이용률을 보면 정신병이 75% 이상, 전염병이 30%, 결핵이 35% 정도로, 전체평균 59% 정도의 점유율을 보이고 있습니다.

또한 주민들이 health service를 실제로 이용하는 장소를 보면 1977년도에 발표된 강좌에서 근사한 양재모 박사의 연구 보고에 의하면 의료를 찾아야 할 19가지 중요한 증상을 가진 대상자들이 의사나 병원을 찾는 일은 6.6%—8.3%에 불과하며, 한의사가 15%, 약국이 36.4%로 나와있습니다. 다른 최근의 보고에서도 우리나라 국민의 50% 이상이 보통 약국을 이용하고 있으며, 특히 농촌지역에서는 76% 이상이 약국 이용, 15% 이상이 한의원이나 한약방을 이용하는 것으로 되어 있습니다.

### 3) 전문인이 보는 대상자 요구

병원뿐만이 아닌 사회적 환경도 질병발생에 큰 요인이 된다는 질병발생 기전에 대한 새로운 개념과 우리나라 지역사회 특수성에 대한 기본 인식을 가지고 있는 전문인들은 대상자들의 직접적인 간호요구와 건강행위 및 이미 시행되고 있는 병원중심의 health service 제도의 문제점과 관련하여 필요한 health service의 방향을 제시할 수 있습니다.

지금까지 우리나라는 병원중심의 health service를 해왔습니다. 그 한 증거로 우리나라의 병·의원의 수는 6,200여개이며 이에 치과·부설의원·특수병원 등을 합치면 10,000여개가 넘는 숫자가 됩니다. 그러나 지역사회 건강증진을 위한 장소인 보건소는 그 지소를 합쳐도 1,500개 정도에 불과합니다.

정부는 국민들에게 더 나은 health service를 제공하기 위하여 병원·의원의 수를 늘리고 병상수를 늘이도록 정책수립을 한다고 합니다. 그러

나 이것이 정말 국민건강을 증진시키는 가장 좋은 길인가 하는 것은 재고의 여지가 있습니다. 왜냐하면 이 방법은 병원중심의 health service가 필요하다는 가정위에 취해진 것이기 때문입니다.

비용이 많이 든다는 것은 병원진료의 가장 큰 문제점으로 대두되고 있습니다. 미국의 경우 1950년도 이후 다른 물건값이 약 12% 증가하는데 반하여 의료비는 22.2%나 증가되었습니다. 이 의료비의 증가는 그 10%만이 인구증가에 의한 증가이며, 나머지 52%는 의료 Service 비용의 증가이고 38%가 기구나 시설에 의한 증가로 되어 있습니다. 미국에서 가장 큰 기업이 Health Industry, 즉 보건기업이라고 합니다. 그 예산, 고용자수, 대상자수 등 모든 면에서 가장 큰 기업체라는 것입니다. 그러나 이들은 보통 Business라 부르는 기업체가 아닌 비영리단체로 되어 있습니다. 그러나 문제는 병원기업들이 Business가 아니기 때문에 Business 중에서 가장 급격히 터진 독점기업을 형성하였다는 사실입니다. 즉, 가격의 경쟁자가 없어 조절이 되지 않고 환자들이 그 피해를 보게 된 것입니다. 정부가 조절을 하기 위해 나서기도 했으나 그 세력이 이미 너무 커서 잘 되고 있지 않으며 우리나라에서도 비슷한 현상이 나타나 얼마전 병원에도 세금을 부과한다고 하여 문제가 있었던 것을 알고 있습니다. 또한 보험이 병원가격을 해결하는 것 같은 잘못된 인식을 가지고 있는 듯하나 보험이 병원비용을 해결하는 것은 아닙니다. 제 3자가 지불하는 보험제도 자체가 병원비용을 증가시키는 역할을 하게 되기 때문입니다. 즉, 보험제도가 불려오는 대상자의 병원의 과잉용과 의사의 정도 이상의 과처방 현상은 결국 보험금인상으로 대상자가 더 많은 의료비를 지불하는 양상으로 부담되기 때문입니다.

또한 인력이 충분히 그 능력에 맞도록 활용되고 있는가 하는 것도 병원진료의 또 하나 문제점입니다.

미국의 Time Motion Study에 의하면 소아과 의사의 경우 총 진료시간의 50% 정도가 건강한 아이들, 22%가 Minor Respiratory Illness에

소비하며, 따라서 의사의 특별기술이 필요없는 곳에 72%를 소모하므로 지적자극이 없다고 하였습니다. 간호원의 Nursing Function Appraisal Study에서도 다른 인력이 할 수 있는 사무일에 보내는 시간이 너무 많고 직접 환자간호에 활용하는 시간은 적다고 보고하였습니다.

불비는 병원 외래에서 이중에 얼마나 많은 사람이 꼭 병원에 올 필요성이 있는 사람들인지, 만약 그전에 신뢰할만한 곳에 문의할 수 있었으며 병원까지 오지 않아도 될 경우가 얼마나 있었는지에 대하여 생각해 본 적이 있습니다.

위의 여러 사실들을 종합하여 볼때 우리는 건강증진을 위해서는 병원중심이 아닌 다른 접근법이 필요하다는 것을 절실히 느끼게 됩니다. 즉, 대상자 중심으로 좋은 질의 건강관리방법을 저렴한 가격으로 그들이 가장 잘 받아들이기 쉬운 방법으로 제공할 수 있는 접근법을 사용할 수 있다면 질적간호제공의 반 이상이 이미 성취된 것이라 할 수 있을 것입니다. 이와같은 새로운 방안을 생각하려 할 때, 저는 1978년에 WHO에서 발표한 Primary Health Care를 다시 생각하게 됩니다. 즉, 아프거나 건강하거나 관계없이 지역주민 모두에게 건강상태의 개선 증진 및 유지를 위한 예방, 일차적 진료, 교육 및 재활 활동을 제공하자는 것입니다.

우리나라에서도 WHO, ICN 이후 일차건강관리란 제목으로 KHDI와 연세대학교 등에서 이미 세미나와 워크숍이 있었으므로 자세한 설명은 하지 않겠습니다. 다만 그 개념은 전반적인 건강관리전달체계의 발달단위와 지역주민의 참여도를 활성화하는 방법으로 일차적으로 해결할 수 있는 모든 건강문제는 지역사회에서 active하게 활동하는 건강팀이 해결하고 그 이상의 문제점만을 병원과 같은 전문기관으로 의뢰하자는 것입니다. 따라서 이러한 일차건강관리체제가 지금 우리의 병원중심의 건강관리체제를 대신하게 하는 것이 질적간호를 제공할 수 있는 첫번째 단계라 할 수 있을 것입니다.

그러면 일차건강관리를 수행할 수 있기 위하여 간호원은 업무면에서 어떠한 기능과 역할을

하여야 하겠는가에 대하여 생각해 보겠습니다.

일차건강관리를 전반적으로 맡아서 담당할 수 있는 사람과 수행하는 사람이 누가 되어야겠느냐는 것은 아직 의문점으로 남아 있습니다. 대상자와 가장 많이 접촉하고 이해하는 그룹으로서 그 숫자나 준비된 배경, 사회과학과 자연과학에 대한 지식의 균형 등 모든 조건을 보아서 이 일차건강관리 사업을 수행할 수 있는 사람은 간호원이며, 따라서 당연히 간호원이 전반적으로 Coordinate하는 역할을 담당하여야 한다고 저는 믿습니다. 그러므로 질적간호를 위하여 간호원은 일차건강 관리사업의 수행과 Coordinate 역할을 할 수 있는 기능을 보유하여야 할 것입니다. 다시 말해서 질적간호를 수행하는 방안은 간호원이 “간호과정을 통한 일차건강관리의 수행”이라는 업무를 할 수 있어야 한다고 표현할 수 있을 것입니다. 건강에 영향을 미치는 지역사회 자료수집에서 시작하여 지역사회의 간호진단을 내리고 잘 짜여진 계획이 세워져야 합니다. 이 간호계획은 한 지역 주민 개인에 대한 계획이 아니라 가족중심이 되어야 하며 또한 전 지역사회 프로그램의 계획과 평가의 기본이 되어야 하는 것입니다.

이러한 계획하에 ① 건강사정 및 기본간호기술을 사용하는 치료, ② 보건교육 및 모자보건, 환경위생을 포함하는 예방, ③ 건강습관과 건강행동에 변화를 줄 수 있는 건강증진, ④ 만성병, 노인간호 및 재활, ⑤ 지역사회 개발, ⑥ 지속적인 조사연구가 수행되어야 할 것입니다.

이러한 업무를 수행하기 위해서 물론 우선적으로 간호원의 업무한계와 그 수준을 정하는 일이 급선무일 것입니다. 이는 이미 협회에서도 계속 논의되고 있는 사업이며 또한 교육자, 행정자의 협력으로 완수되어야 할 기본 사업일 것입니다. 이에 못지 않게 중요한 것은 간호원이 일차건강관리의 필요성을 인식하고 기술의 보강을 기하기 위하여 간호교육의 변화와 더불어 직업교육(Job training)의 철저화가 필요합니다. 즉, 간호원들에게 일차건강관리 사업은 꼭 필요한 것이며 우리가 이것을 할 수 있다는 긍정적

무르게 하는 문제가 있겠다고 하겠읍니다. 교육과 실무에의 Gab은 당연히 있는 것입니다. 그 gab이 없으려던 병원간호학교에서 그 system에 맞는 간호원을 교육시키는 방법이 있을 것입니다. 그러나 이것은 우리가 원하는 바가 아닌 것입니다. 좀더 나은 국민건강증진을 위한 앞으로의 간호원의 역할을 바라보고 그 준비를 시키려는 노력이 간호교육이며 또한 계속적으로 그 방향을 향하여 전진하도록 독려하며 현실에서도 적합한 역할을 할 수 있도록 도와주는 것이 실무교육일 것입니다.

미국에서 보험회사의 신입 외판원을 교육시키는 것을 가까이서 볼 기회가 있었읍니다. 그들이 사용하며 목적하는 것이 우리에게 적용될 수 있고 또 비교가 되는 것이 많아 상당히 흥미로웠기에 잠깐 소개하려 합니다.

보험회사의 세일즈맨은 이직율이 가장 높은 것으로 이름난 직종입니다. 대부분이 1년 내지 2년안에 이직을 합니다. 그러나 회사에서 이들 신입사원에게 시키는 Orientation 기간은 3개월이었읍니다. 처음에는 신입사원의 Motivation을 높이는 작업을 합니다. 수입이 다른 직종과 비교해서 노력에 따라 얼마든지 높을 수 있으며, 승진이 약속되고, 또 정실적인 만족에 대한 것도 첨가됩니다. 이 기간동안에 신입사원은 들어 오기전에 생각했던 외판원이 보잘것 없는 직업이 아니라 사회에서도 필요한 것이며 해볼만한 직종이라는 개념을 가지게 됩니다. 그 다음 단계로는 조직, 즉 회사와 상품에 대한 신뢰를 가지게 하는 교육입니다. 신입사원에게 그들은 단순히 외판원이 아닌 회사의 대변인, 즉 Sales Representative란 이름으로 부릅니다. 다시 말해서 단순히 보험만을 파는 것이 아니라 회사의 대변인이기 때문에 보험을 파는 동안에 발언한 모든 내용은 회사가 책임진다는 것입니다. 또한 그 회사가 가지고 있는 보험종류를 다른 은행과 증권 및 다른 보험회사의 것과 모두 비교·분석하여 사람들이 그 회사의 보험을 사는 것이 그들에게 가장 이로운 일이라는 것을 과학적으로 납득시켜 상품에 대한 신뢰를 조장시키는 것

입니다. 그 다음 인간관계를 위한 훈련을 합니다. 일반 심리에서 시작하여 구매자의 행동심리, 대화법, 전화하는 법, 대상자 선택하는 법, 대상자에 따른 적합한 상품을 고르도록 결정을 내리게 하는 법 등의 기술훈련이 뒤 따르 후, 자기 manager와 함께 한달동안 같이 저녁마다 실무경험을 합니다. 처음에는 옆에서 대상자를 찾아내고 방문하여 파는 기술을 관찰하고, 차츰 신입사원이 하는 것을 옆에서 manager가 관찰하고 지도하는 것으로 3개월간의 신입 orientation이 끝나는 것입니다. 이들이 하는 교육에서 motivation과 업무에 대한 신뢰감을 조성하는데 저는 많은 감명을 받았읍니다. 우리가 학교와 임상실무교육에서 간호에 대한 신뢰와 또 질적인 간호를 해야하고 또 할 수 있다는 태도를 심어주는데 얼마나 많은 노력을 하고 있었습니까?

학교 및 실무교육 담당자, 즉 교육자의 자질과 준비 및 간호에의 태도에도 문제점이 있다고 하겠읍니다. “간호의 목적은 건강증진, 즉 전 인구의 건강증진이 우리의 목적이며 예방이 중요하다, 일차건강 관리의 개념이 좋다”라고 생각하면서도 “그러나 이런 것들은 보건간호과목에서 가르쳐야 하는 것이고 또 그것을 전공하는 사람들이 가르쳐야 하며, 또 그런 사람뿐만이 그 방면에 종사하여야 한다”라고 생각한다면 문제가 있는 것입니다. 모든 교과과정이 질명중심이고, 여전히 의학모델에 의한 System Review별로 가르치며, 4학년 마지막에 지역사회 간호학이라고 하여 미국의 원칙을 가르쳐주고 이런 것도 있다는 식의 교과과정이면 문제가 있습니다. 학생들에게 교양과목에서 하는 사회과학과 기초자연과학이 어떻게, 왜 간호학과 교과에 포함되어야 하는지, 어떻게 간호에 공헌하는지를 생각할 수 있도록 도와주지 못하면 문제가 있습니다.

모든 간호교육자가 우리나라의 health service가 나가야 할 방향에 대하여 관심을 가지고, 같은 신념을 가질 수 있을때 비로서 학생들에게 좋은 질의 간호를 수행할 수 있는 준비를 시킬 수 있습니다. 교육자의 태도와 자세가 그대로

인 사고방식을 심어주어야 한다는 것입니다.

우리나라 많은 병이 간단하게 집에서 치료될 수 있는 것들이라는 보고를 앞에서 말씀드렸습니다. 미국에서도 같은 보고가 있습니다. 밤과 주말에 보고되는 증상의 대부분이 병원에 오지 않고 처리되었다는 사실과 몇년전 보스톤에서 눈사태에 의한 교통의 마비로 환자들이 병원에 올 수 없게 되었을 때 활성화되었던 간호원과 의사의 팀워크로 수행된 전화 Care는 각계에서 많은 각광을 받았었습니다. 새로운 건강관리체제의 가능성까지 언급되었으나 교통마비가 풀리지 다시 호지부지 되었습니다.

미국에서 1978년에도 Katz에 의하여 수행된 Telephone Care System의 질평가에 대한 연구조사에 의하면 간호원이 아닌 Pediatric Health Assistant를 훈련시켜 전화로 아동간호를 수행한 결과, 걸려온 전화의 59%가 질병 Care에 대한 것이었으며 그중의 30%를 이 Assistant들이 해결하였습니다. 이들을 추후조사한 결과 90% 이상의 부모들이 만족도를 표시하였고 92%가 문제해결이 되었다는 보고가 있습니다.

우리나라에서도 T.V나 Radio 등 서면들을 통한 많은 질병에 대한 문의를 봅니다. 제가 저 장미훈여성들의 내근교육을 정착받아 갔을 때 질문하고 싶은 건강문제점을 종이에 적어 제출하게 한 적이 여러번 있습니다. 성병에서부터 빈혈증상, 혼전상담에 이르기까지의 다양한 질문이 보통 30% 정도의 대상자에게서 나왔으며 이러한 방향에 특별한 훈련을 받지 않은 저로서도 거의다 해결할 수 있었고 또 높은 만족도를 보았습니다. 간호원의 사회과학과 자연과학의 지식을 고루고루 아는 이 양면성있는 위치의 준형을 잘 유지할 수 있을 때 건강증진에 많은 도움을 줄 수 있을 것입니다.

바쁘다거나 현실적으로 할 수 없다고 생각하기 전에 우리가 얼마나 노력했는지 생각해 보고 싶습니다. 바쁜 것을 경감시키기 위해 바쁜 이유와 해결하는 방법을 고안하려고 노력해 보고 있는지요? 외태나 간호원실에 몇자 적어놓는 정보가 한없이 기다리는 듯하여 수십번씩 간호원

을 기웃거리게 하는 초조감을 많이 경감시킬 수 있습니다. 전체 System에 의존하기 전에 우리 개개인이 공헌할 수 있고 개선할 수 있는 곳이 얼마든지 있습니다.

우리 간호원은 병원에서 검사결과를 전화로 알려주고 그 추후관리를 지시해 줄 수 있는 자격과 병원에 가보아야 할까요 라는 Consult를 충분히 받을 수 있는 준비가 되어있다고 생각합니다. 우리 개개인들이 우리가 할 수 있다, 또 해야한다는 긍정적이고 적극적인 태도가 우리 질적간호 수행의 밑거름이 되는 것이다 생각합니다. 이러한 우리 업무에 대한 긍정적이고 적극적인 태도는 간호정규 교육과 실무교육에서 비롯될 수 있을 것입니다.

## 2. 교 육

앞에서도 언급한 바와같이 질적간호를 수행할 수 있는 간호원의 자질은 이들을 준비시키는 교육과 일하도록 여건을 마련해 주는 행정의 뒷바침이 중요합니다.

간호교육 기관에서는 일차건강관리의 역할을 할 수 있는 간호원을 배출하도록 하여야 할 것입니다. 예방, 간단한 일차치료, 건강증진, 재활의 넓은 분야를 독자적으로 수행할 수 있는, 즉 Generalized Service를 할 수 있는 준비가 대학과정에서 이루어져야 할 것입니다. 이에 따라 4년제가 기본교육이 되어야 할 것이며, 대학원에서 일차건강관리를 Coordinate 할 수 있는 사람, 또는 Consultant의 역할을 맡거나 병원 등의 2차 관리체제에서 특수분야에서 일하는 Specialist로서의 간호원을 배출하여야 할 것입니다.

교육이 간호철학·목적·기준에 의거하여야 하며 앞으로 필요한 인재를 배출하여야 한다는 것은 이미 여러번 반복되었습니다. 교육과 실무의 지나친 Gab은 교육이 우리 지역사회 현실을 너무 무시했거나, 또는 실수가 앞으로의 발전과 개선에 노력하는 것 보다는 당장 필요한 System에 신중업생을 맞추어 넣고 그들의 창조력이나 비판능력을 무디게 하고 같은 자리에 머

학생들을 물들이는 것입니다.

많은 사람이 “그 많은 것들을 2년내에 다 어떻게 가르치느냐?”고 질문할 것입니다. 우리가 항상 생각해야 하는 것은 무엇을, 즉 얼마나 필요한 것을 유효하고 적절한 방법으로 가르칠 것인가 하는 것입니다. 해부에서 쓸데없는 뼈·조직을 계속 암기하는 시간, 조사방법론이나 통계가 들어있다면 수식을 암기하는 시간 등등, 현재 필요없는 시간을 줄일 수 있는 방법은 얼마든지 있습니다. 이러한 작업을 하기 위하여서는 간호학과 기타 자연과학, 사회과학 부문에 충분한 지식을 갖도록 노력하여 교육자로서의 자질을 쌓을 때 비로서 가능할 것입니다. 이러한 자질을 갖춘 교육자는 학생들이 창조력있고, 논리적으로 사고하는 방법과 독립적으로 공부하고 일할 수 있는 능력, 그리고 간호에의 소속감을 갖도록 가르칠 수 있을 것입니다.

### 3. 행 정

정부는 이제 전반적 보건행정에 결단을 내릴 시기가 되었다고 생각합니다. 우리 System이 더이상 독점기업이 되지않도록 손을 써야 합니다. 막 시작한 보험이 보험회사의 부조리로 발전하여 Health Insurance가 아닌 Sick insurance로 되는 것을 막아야 합니다.

첫째로, 일차건강관리 수행을 위한 기본작업으로 획으로서는 Multidisciplinary System, 즉 의사, 사회사업가, 영양사, 물리치료사, 정신건강전문가 팀이 일차건강관리를 수행하고 있는 간호원과 서로 의뢰하고 Consult 할 수 있도록 하여, 종으로는 같은 감독체제로 행정체제를 세우고 지위향상에도 힘써야 할 것입니다.

둘째로는, 2차건강관리체제를 영국의 완전 대상자중심의 의료인 국가보급제로 할 것인지, 또는 Sweden의 국가보험에 의한 사립·공립 의료인 공동존재 제도로 할 것인지, 아니면 현재와 같은 사립체제로 존속할 것인지에 대해서도 보편정책의 확립과 함께 같이 고려되어야 할 것입니다.

또한 마지막으로 현존해 있는 기존시설의 활용

방안과 함께 일차건강관리를 위한 방법을 모색하여야 할 것입니다. 우리나라는 모든 것이 일일련 내에 있습니다. 좋은 특별 기제는 몇군데 중앙부에 모이고 그 기재를 제대로 활용할 수 있는 기술자와 관리자를 효과적으로 배치하며, Mobile의 능력을 증가시킴으로 특수사업(Specialized Care)에도 차질이 없어야 할 것입니다.

이 모든 것이 탁상공론이며 실재를 모르기 때문에 하는 말이라고 할 것입니다. 그러나 저는 오히려 현실 자체의 문제보다는 Motivation이 없고, 흥미가 없으며 또 관제였다고 외면하며, 실행하지 않는 것, 아니 실행해 보려고도 하지 않는 태도가 더 문제라고 생각합니다. 질적간호를 실행하려 할때 이에 따른 문제점이 의사나 다른 System에서 올 때는 투쟁하려는 생각이 날 수 있으나 같은 간호원이 탁상공론이라고 미리 옥박지르고, 협력이 없을 때 신졸업생의 좌절감은 더 큰 것입니다.

우리는 모든 잘못을 너무 외부에서 오는 것이라고만 밀어버리는 것 같습니다. 우리 자신을 들여다보기에 앞서 사회에 처우개선을 외쳤으며 우리가 Profession의 준비가 되었는가를 평가하여 준비하기에 앞서 우리를 Profession으로 대우하라고 주장했습니다. 그 대답은 곧 우리에게 우리자신들의 “질”에 맞게 돌아올 것이며 또 돌아오고 있습니다. “보조원을 쓰나 간호원을 쓰나 별 차이가 없다”라는 말은 System만의 잘못은 아닙니다. 외부에서 먼저 주기를 기다리는 것은 시간이 오래 걸리고, 오래 지속되지 않으며 또 큰 의미가 없습니다. 아니 끝 리도 없습니다.

지역사회 건강증진을 위하여 간호원들이 당면하고 있는 점은 “돈(비용)”이나 “제도”가 가장 큰 것은 아닙니다. 오히려 우리가 어디로 가야 하는지, 무엇을 어떻게 해야 하는지에 대한 방향감각과 해야겠다는 의지와 동기가 더 문제인 것 같습니다.

“Change” 즉, 변화한다는 것은 항상 어려운 일입니다. 우리에게 위협감을 줍니다. 그러나



우리가 그 필요성을 절감하고 그 방향을 알 때 변화는 덜 어려운 것입니다. 우리가 해야 할 일이 무엇이며, 우리 국민전체의 건강증진에 효과 있는 방법이 무엇이며, 그 안에서 우리의 책임이 무엇인가에 대한 방향과 필요를 인식하고 공

정적인 사고방식을 가질 때 좀 더 질적인 간호를 우리 이웃에게, 아니 나 자신과 내 가족에게 제공할 수 있고, <sup>5</sup> 국가의 건강증진에 이바지 할 수 있으며, 따라서 우리 자신의 처우도 개선되리라 믿습니다. □

<33페이지에서>

로 Family Nurse Practitioner가 무엇을 할 수 있도록 되어 있으며, Family Nurse Practitioner 자신이 무엇을 할 수 있으며, 어느 종류의 기관에서 업무를 수행하는가에 따라서 역할 및 기능의 한계가 결정되고 있다. 이러한 예로 미국의 각 기관에서는 Protocols를 개발하여 Family Nurse Practitioner에게 업무 지침으로 제공하고 있다. Protocol은 지역사회에서 흔히 발생하는 질병 및 건강문제를 관리하는데 필요한 절차를 단계적으로 기술한 것이다.

이상은 미국의 Family Nurse Practitioner가 지역사회 간호원의 역할 확대에 등장한 것을 소개하였다.

우리나라의 일차보건의료 사업을 전개함에 있어 지역사회 간호원의 역할확대로 이들의 효율적인 활용을 지역사회 주민의 건강 증진은 물론 국가 발전에 크게 기여할 것으로 확신한다.

참 고 문 헌

1. U.S. Department of Health, Education, and

Welfare; Longitudinal Study of Nurse Practitioners, DHEW Publication No. HRA 80-2, 1980  
2. Person, L.B.; Protocols: How to Develop and Implement Within the Nurse Practitioners' Setting, Nurse Practitioner, Sep.-Oct. 1976, pp.9-11  
3. Henry, O.M.; Progress of the Nurse Practitioner Movement, Nurse Practitioner, May-June 1978, p.4  
4. Lawrence D, Wilson W. and Castle H; Employment of MEDEX Graduates and Trainees, JAMA, Vol.234, No.2, 1979. pp.174-177  
5. Glenn, J.; Task Delegation to Physician Extenders: Some Comparisons, American Journal of Public Health, Vol.66, No.1, 1976, pp.64-66  
6. Editorials; Family Nurse Practitioners, Annals of Internal Medicine, Vol.80, No.2, 1974, pp.267-270