

가정 간호사업을 위한 간호계의 준비

윤 순 념

(서울대학교 간호학과 조교수, 지역사회간호학)

1. 서 론

역사적으로 가정간호사업은 1850년대 후반에 영국의 사업가인 W.Lathbone이 자발적인 사회봉사로 정규 간호교육을 마친 간호사를 채용하여 이들이 가난한 재가환자를 지역별로 나누어 방문하여 돌보게 한데서 시작되었다. 그후 미국에서는 1890년 후반에 영국의 지역간호 사업의 영향을 받아 간호사인 Lillian Wald가 그의 동료와 함께 New York 서쪽에 정착한 이민자들이 불결하고 밀집된 주거환경에서 가난하여 병들어 치료와 간호를 받지 못하는 불우한 이웃들을 위해 Henry가에 사업소(Settlement House)를 세웠다. 그리고 이곳을 중심으로 가정방문을 하며 직접 환자간호와 가족들을 교육하고 필요에 따라 다른 기관이나 의사에게 의뢰함에 따라 점차 지역사회 주민과 의사들이 이 사업의 필요성과 중요성을 인식하게 되었으며 더 나아가 학교와 산업장에서도 간호사의 역할의 중요성이 확대되어 감으로써 점차 지역사회 간호사업의 기틀을 마련하게 되었다(Kalish & Kalish, 1986).

2차세계대전 이후 보건사회학적인 변화에 따라 가정간호사업 제공기관이 다양화, 조직화되었고 Medicare와 1980년대 초의 DRG와 prospective payment 제도등을 계기로 하여 이 사업이 점차 활성화 되었고 고도의 숙련된 간호기술을 요하는 전문화된 간호영역으로 발전되는 계기가 되었다.

그러나 유럽, 미국에서 지역사회 간호요구

에 부응하기 위해 자발적인 노력으로 가정간호사업이 시작된지 1세기가 훨씬 지나 우리나라는 1960년대 이후 산업화, 만성질환자의 증가, 노인인구의 증가, 의료비 상승, 가족구조의 변화등 보건사회학적인 변화와 함께 질적인 삶과 건강에 대한 요구가 높아지고 있다. 이러한 변화에 부응하여 정부는 의료보장제도와 보건의료전달체계등의 확립을 통해 보건의료에 대한 국민의 접근성과 형평성을 증진시키기 위해 노력하고 있다.

이러한 시점에서 증가하는 재가 만성질환자에게 세속적이고 질적으로 보장되며 보다 저렴한 비용으로 포괄적인 보건의료 서비스를 제공코자 정부는 가정간호분야의 간호사 제도를 합법화(1990. 1. 9, 보건사회부령 제840조)하게 되었다. 이 제도는 크게 두가지 측면에서 그 의의를 둘 수 있다.

첫째는 이러한 합법화(Legislative regulation)는 반세기동안 보건의료가 시장경제의 원리에 맡겨진 우리나라의 실정에서는 국민보건의료에 대한 형평, 효과와 효율을 기한다는 측면에서 의미를 둘 수 있다.

둘째는, 변화하는 사회에 대한 간호사업의 정체성을 도모하며, 나아가 사회봉사를 할 수 있는 간호사의 영역확장과 전문성을 신장시켜 나가는 계기가 될 것으로 본다.

그러나 반면에 이 사업이 우리나라의 보건사회학적인 특성에 맞도록 정착화되고 발전되기 위해서는 고려해야 할 몇가지 문제를 Albrecht(1990)의 개념틀[표 1]과 가정간호사업개발연찬회(서울대학교 보건대학원, 1990)

[표 1] 가정간호사업의 구성요소

구조적요소		과정요소		성과요소	
(변화요인)					
환자: 인구학적, 심리사회학적, 경제적변수 ↓ 가족 ↓ 보건의료기관: 재원, 조직구조, 거 리 설립취지 및 기 술수준 ↓ 전문간호사: 교육, 경험 ↓ 보건의료팀: 의사, 물리치료사, 언어치료사, 사회사 업가, 영양사, 자원봉사자	환자분류: 간호의 복잡성 및 고도화 수준 비용지불 환자/가족의 수요 유용성 사업제공기관 및 보건의료 생산성 가정간호사의 1일/1 개월간의 방문횟수 책임성 간호사, 사업제공기 간, 환자 접근성 효율성	간호의 내용: 치료적, 고도의 기술 교육 지지 예방 간호의 조정: 지속성 포괄성 합법성 간호종재: 간호과정에 환자 가 족참여 법적, 윤리적 제한	만족도: 환자 가족 간호사 질적간호 비용-효과 건강수준 자아간호능력 가정간호사용		

등의 토의 결과를 통해 정리해 보고자 하며 앞으로 간호계의 준비 또는 대응전략을 교육, 연구, 실무측면에서 제언코자 한다.

2. 예측되는 문제 또는 영향요인

첫째는 구조적인 측면에서 ① 사회적 책임을 어느만큼 수행할 수 있는가의 문제이다. 이는 가정간호대상자의 범위와 가정간호 내용에 따라 결정될 것이며 이에 따라 가정간호사의 자격, 자질, 개발과 의사의 지원 및 다른 보건 인력과의 협력관계 수요자인 환자나 가족의 이용 등의 투입요소에 영향을 끼치게 될 것이다.

② 가정간호대상자와 간호내용에 대해 현재의 의료비 지불체계 하에서 수가책정과 비용지불 또는 재원의 출처를 어떻게 할 것인가 하는 문제이다.

③ 환자나 가족이 이 사업으로의 접근 및

이용방법 즉 현재 우리나라 보건의료 전달체계의 연계성 또는 접근성의 문제이다.

④ 이 제도의 합법화는 재가환자의 치료영역을 부분적 또는 독립적으로 가정간호사가 수행하게 됨으로써 반세기 동안 시장경제 원리하에 달려진 의료시장에서는 가정간호사를 새로운 경쟁자로 인식할 경우 일부 의료인의 저항을 받게 되므로 협력관계에 어려움이 생기는 문제이다.

둘째는, 과정 측면에서 이 사업의 내용을 어떠한 이론적인 틀을 기초로 할 것인가의 문제이다. 이 문제는 간호의 지속성, 포괄성, 합법성 및 정체성에 영향을 미치게 될 것이다.

셋째는 성과측면에서 ① 무엇을 가정간호사업의 결과로 측정(outcome criteria) 할 것인가의 문제이며 이는 이 사업의 신뢰도와 타당도(validity)를 평가하는 핵심적인 영향요소가기 때문이다.

② 성과기준과 관련하여 가정간호사업의 표

은화, 기록 및 정보체계, 심사(audit), 방법등 실질적 보장 문제이다.

③ 제한된 자원에서의 효율성 제고 측면에서 이 사업에 대한 비용-효과 측면의 체계적인 연구가 필요하다는 점이다.

이상의 제반문제에 대처하기 위한 간호계의 준비를 문헌과 1990년도 이 사업을 위해 열린 권 연찬회 보고서와 학술 모임의 결과와 연구 논문(1989-1990)을 중심으로 교육, 연구, 실무 측면에서 제시코져 한다.

3. 교육, 연구, 실무측면에서의 준비

1) 교육측면에서

가정간호사의 자격기준은(의료법 시행령 제 54조) 보건사회부 장관이 인정하는 기관에서 1년 이상의 가정간호과정을 이수한 자 또는 보사부장관이 인정하는 외국의 가정간호사 자격을 가진자로 한다. 보건사회부 규정에 의하면 가정간호 교육과정은 이론강의 352시간과 실습 248시간을 이수도록 규정하고 있다.

이 과정은 가정간호사업의 번위를 이는 정도 규정하고 있으며 가정간호사업의 내용은 구체화되지 않았으므로 이에 대한 작업이 진행되고 있다. 이러한 과정에서 간호교육이나 실무자들에게 도움이 되고자 현재 발표된 일부 가정간호 영역과 직무내용을 비교 제시코져 한다.

보건사회부 규정을 기준으로 하여 개발된 가정간호사업의 영역과 직무(서울대학교 보건대학원 가정간호사업 프로젝트(1990-1992)의 간호사 직무 및 교육과정 소위원회, 이하 SNU program이라 함)와 실제 원주기독병원 보건간호사의 가정간호사업내용(1974~1990, 김신자, 1990)이라 원주 program과 비교하면 [표 2]와 같다.

원주 program은 15여년간 실제 가정보건사업의 대상자를 분석한 것이다. 이 사업에서 의학적인 진단명에 의한 대상자 수가 적은 것은 지리적인 조건이나 병원의 성격, 보건간호과

의 인력, 의료체계, 비용측면에서 대상자가 제한되었을 것으로 생각된다. 그러나 구체적인 가정간호사의 직무에서는 SNU program과 크게 4가지 환자/가족의 사정, 직접 간호제공 및 의사의 처치 수행, 교육, 의뢰로 구분하고 있다.

그리고 ANA 가정간호사 직무의 특징은 직접 간호제공자와 교육의외에 다양하게 다른 기관과의 의뢰, 조정등이 세분화 되어 있음을 볼 수 있다. 사회적 기술측면 강화가 두 program과의 차이이며 우리나라 지역사회 자원의 가용 범위내에서 두 program도 이러한 직무부분을 구체화 할 필요가 있다고 본다.

그러면 이러한 가정 간호대상자에게 직무를 수행하는데 있어서 간호전문대학 또는 대학의 간호교육과정과의 중복되는 점은 무엇이며 졸업후 1년 교육과정에서 전문분야 간호사로서 기능하기 위해 어떠한 교육내용이 보완되고 수정되어야 하는지에 대한 연구 검토가 계속 되어져야 한다.

또한 가정간호사 교육에 있어서는 "case manager"(가정간호사업표준: ANA, 1986; Rinke와 Wilson, 1987)로서 자율적으로 의사 결정을 하고 문제를 해결하며 타 보건의료인과의 의뢰, 조정, 협력을 위한 대인관계·의사소통 능력과 법규 및 비용지출에 관해 효과적으로 대처하는 능력을 기르는 실습교육이 3년 또는 4년의 기본간호교육을 전제로 강화되어야 할 것으로 생각된다.

이러한 교육 측면에서의 접근이 구조적인 측면에서의 가정간호사의 자질, 자격기준을 뒷받침하게 되며 간호사업의 정체성을 도모하게 될 것이다.

2) 연구측면에서

여러 연구결과들을 보면 다음과 같다.

편마비환자의 퇴원후 3개월 정도에도 신체적, 심리적, 사회적 적응을 위해 퇴원후에도 계속적인 간호중재가 필요하다고 보았으며(서문자, 1990) 암환자를 실험군, 대조군으로 나눠 암환자를 위한 지침서(Yulko, 1982)를 위 기도구로 이용한 연구결과 실험군의 삶의 질

[표 2] 가정 간호사업 대상자(영역)

보건사회부(1990)	SNU. program(1990)	원주기독병원 program (1974-1990)
<ul style="list-style-type: none"> • 환자관리(144시간) • 분구, 불능, 사고등 재환환자관리 (32시간) 	<ul style="list-style-type: none"> • 기동성장애환자간호 신경기능장애질환 CVA, 뇌성마비, 뇌종양, 척수손상, parkinson질환, Alzheimer질환, 다발성경화증, 간질 근 골격계 질환 만성골수염, 만성관절염, 인공관절성형술환자, 절단환자, 근위축증 환자 관절운동 목발운동, 휠체어 운동 	<ul style="list-style-type: none"> • 뇌성마비 환자 • 척수손상 환자 • CVA 환자 • 뇌손상 환자
<ul style="list-style-type: none"> • 통상증상환자관리 (32시간) 	<ul style="list-style-type: none"> • 영양, 배설장애 환자간호 위장염, 당뇨병, 만성신장장애, 신장이식, 간염, 간경변증 	<ul style="list-style-type: none"> • 당뇨병 환자
<ul style="list-style-type: none"> • 만성퇴행성 환자관리 (32시간) 	<ul style="list-style-type: none"> • 순환, 호흡장애 환자의 가정간호 순환기 장애 심질환, 협심증, 심근경색증, 고혈압, 인공심박동기장치, 만성울혈성심부전 	<ul style="list-style-type: none"> • 고혈압환자 • 결핵환자 • 나병환자
<ul style="list-style-type: none"> • 암환자 및 복수처치 환자관리(32시간) 	<ul style="list-style-type: none"> • 호흡기 장애 만성폐쇄성폐질환, 후두절제환자 • 암환자의 가정간호 백혈병, 유방절제환자 • 특수 간호술 위관삽입 및 제거환자, 비위관 영양법, 위부, 공장무환자, 정맥주사환자, 인공항문, 인공방광환자, 복막부석환자, 기관지절개환자, 기도흡인환자, 기관지절개 환부간호, 기관지삽관, 교환시술, 유방자가검진절차 	<ul style="list-style-type: none"> • 암환자
<ul style="list-style-type: none"> • 정신환자관리 (16시간) 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신장애환자의 가정간호 정신지체 및 발달장애, 아동학대, 비정상적 모아관계, 청소년비행, 청소년 성문제, 약물남용, 자살, 정신분열증, 우울증, 조증, 알코올 중독, 불안증, 행동문제등 병행한 경련성질환 	<ul style="list-style-type: none"> • 기타
<ul style="list-style-type: none"> • 건강인관리(64시간) 모자보건 및 간호 1(32시간) 노인보건 및 간호 (32시간) 		
<ul style="list-style-type: none"> • 가족관리(112시간) 가족간호(32시간) 가정환경관리 (16시간) 지역사회간호 (32시간) 		
<ul style="list-style-type: none"> • 보건교육(16시간) 감염관리(16시간) • 보건의료(32시간) 의료제도(16시간) 보건(16시간) 		<ul style="list-style-type: none"> • 안구관리자 • 신생아
<ul style="list-style-type: none"> • 실습(248시간) 		

[표 3] 가정간호사의 직무

SNU program	원주 program	ANA의 가정간호 서비스
<p>• 환자/가족의 사정</p> <p><u>의사의 처치 수행 및 직접간호 제공</u></p> <p><u>교육</u></p> <p><u>의뢰</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 의사 - 물리치료사 - 작업치료사 - 영양사 - 사회사업가 - 자원봉사자/시간제보조원 	<p>신체사정 DDST exam.</p> <p>• <u>Direct Care</u></p> <p>운동, 놀이지도, 욕창치료 및 피부간호</p> <p>배설관리, 개인위생</p> <p>기관절개관리 및 간호</p> <p>혈압, 체중, 활력증상 측정</p> <p>요당테스트, 소변검사</p> <p>드레싱, 회음간호</p> <p>• <u>Teaching/Counselling</u></p> <p>자기 간호교육</p> <p>투약관리 및 식이 환경관리</p> <p>상처예방, 영적간호, 산후운동</p> <p>부모역할, 수유법, 예방접종 확인</p> <p>응급간호교육</p> <p>• <u>Consultation</u></p> <p>작업치료실 및 재활의학 연결</p> <p>사전경험 환자 소개</p> <p>육아 상담실 방문</p> <p>건강상담</p> <p>임종과 관련된 준비</p>	<ul style="list-style-type: none"> • dental care • Nursing • prescription drugs • respiratory therapy • ophthalmologic services • nutrition and diet therapy • physician services • information and referral • occupational therapy • education or vocational training • recreational services • social work • Laboratory • speech pathology • housekeeping, heavy cleaning • personal contact • X-rays • transportation & Escort services • physical therapy • home delivered meals

영역중 신체적인 인성과 증상조절.영역이 유의하게 증진된 것으로 나타났다(김조사의 2인, 1989).

또한 발기 암환자의 영적 간호를 가정간호의 사업 프로그램으로 하여 효과를 평가한 연구결과에서는 죽음을 맞은 환자와 가족의 삶의 질을 높여주는 것으로 보고하였으며(왕내련의 4인, 1992) 가정방문을 통한 개별교육을 받은 실험군이 대조군보다 당뇨병 환자의 역할이행과 당뇨지식, 건강신념이 높게 나타났으며 4년후의 재조사한 결과 실험군의 당뇨지식만 남아 있었고 역할이행과 건강신념에는 차이가 없는 것으로 나타나(박오장, 1990) 가정방문을 통한 개별교육이 간헐적으로 장기간 제공되어야 할 것으로 보인다.

후후환리가, 필요한 만성질환 퇴원 환자중 간질환, 편마비, 당뇨병이 있는 환자와 가족에게 가정간호를 제공함으로써 환자의 자기간호의식, 태도 및 자기 간호 기술향상과 합병증 감소, 치료계획의 이행도, 조기사회복귀 및 의료비 절감의 효과를 규명한 연구에서는 간질환 환자와 당뇨병 환자의 실험군이 외래약속 이행도와 치료이행도에 효과가 있는 것으로 나타났고 간질환 환자에 있어서는 실험군에서 합병증 예방에 효과가 있는 것으로 나타났고 자기간호지식도 높아졌으며 당뇨병과 편마비 환자인 경우에는 종속변수에 실험군, 대조군 사이에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다(홍여신의 8인, 1990). 그러나 농촌의 65세이상 노인을 대상으로 가정간호사업을 투입한 결과 효과가 없는 것으로 나타났으나(이인숙, 1989), 이는 가정간호대상자의 선정과 가정간호중재가 보건진료원 단독으로 제공되었으며 투입기간이 짧으며 성과변수의 측정에 문제가 있는 것으로 보인다. 노인들에 있어서는 질병이 왜유되는 과정보다는 노인기의 특성상 기능의 회복과 독립심의 증가등 삶에 대한 태도의 변화등이 종속변수로써 의미있을 것으로 보인다.

위의 연구들에서 암환자, 당뇨병, 간질환 환자를 대상으로 한 가정간호중재 효과를 특정

한 연구에서 측정방법과 도구의 차이로 일반적인 결론을 내리기는 어려우나 역할이행과 처치순응, 질적인 삶의 증진에 기여한 것으로 나타났다.

앞으로는 「표 2」의 대상자를 연구의 대상으로 하며 대상자의 특성에 따른 사업내용을 세분화하여 간호중재의 효과를 측정하기 위한 성과기준을 측정할 도구개발이 필요하다. 연구 방법에서도 실무의 적용가능성을 높일 수 있도록 대상자에 대한 간호중재의 내용과 방문빈도를 구체적으로 제시해야 할 것이다. 또한 이론개발을 위해 가정간호중재에 대한 연구방법을 체계화, 다양화해 나가야 할 것이다.

특히 Albrecht(1990)의 개념틀에서의 만족도, 질적간호를 측정하기 위한 기록및 정보체계개발, 자기간호능력, 건강수준을 측정하는 도구개발도 필요하다. 특히 현재까지 비용-효과 측면에서의 연구는 미진한 상태이므로 이 연구가 제일 우선 되어야 할 것으로 생각되며 이는 가정간호수가 산출에 유용한 기초자료가 됨으로써 현 의료체제하에서의 지불방식과 재원 출처를 확보해 나가는데 기여할 것이다.

이러한 연구결과들을 학술지에 활발히 발표하여 의사 및 다른 보건인력들과의 의사소통을 원활히 함으로 전문보건인력간의 이해를 증진하게 될 것이며, 간호학의 발전과 가정간호사업의 정체성 확립과 전문적 신장에 기여할 것이다.

3) 실무측면에서

정책결정 수준의 실무에서는 이 새로운 보건사업이 정착할 수 있도록 하기 위하여 시설 및 예산지원과 보건의로 전달체계와의 연계성과 가정간호수가 책정등을 위해 다른 증양부서와의 협력관계 유지가 계속되어야 할 것이다. 실무를 발전시키기 위한 인부비용의 지원이 따라야 할 것이다. 형평과 능력에 입각하여 국민 누구나 이 사업에 접근, 이용할 수 있는 제도 즉 종합병원 중심, 보건소 중심, 지역사회에 위치한 개인중심 가정간호사업등 다양한 형태의 서비스가 개발되도록 장기적인

계획을 구상해야 할 것이다.

또한 대한 간호협회를 중심으로 대한외사협회, 병원협회 또는 물리치료사, 언어치료사 단체등과도 협력해 나가야 할 것이며 대민 홍보를 위해 효과적으로 Mass Media를 이용하는 전략을 강구함으로써 수요자들의 이용과 접근을 도모해야 할 것이다.

이 조직들에 대한 표준설정과 감독체계, 의뢰체계, 업무감사의 체계를 확립하여 가정간호사업의 질적보장을 강화해 나가야 할 것이다.

일선 간호사들은 이 사업의 개념과 목적을 정확히 이해하여 협력해 나가야 할 것이다.

가정간호사업개발 연찬회(1990)의 토의에서 가정간호사 제도는 가정 보건의료개념과 구별되며 가정 보건의료 서비스중 간호사에 의해 제공되어지는 부분을 말한다라고 용어정의를 내림으로 가정간호사업을 가정보건의료의 구성요소 또는 하부개념으로 보았다. 그러나 서론부분의 역사적인 배경과 새로운 이 사업이 보건의료사업으로 합법화된 배경과 [표 3]의 직무내용을 볼때 가정보건의료의 구성요소(하부체계)로 보는 것은 좁은 견해라 하겠다.

가정간호사업은 가정=병실이라는 개념에서 더 나아가 지속적, 포괄적 보건의료 서비스로 환자의 독립심과 그 가족의 기능을 최대화 시키고져 하는 사업으로써 보건의료전달체계라는 연속선상의 한 부분으로 정의되어야 할 것이다.

이러한 개념을 가지고 간호사의 자질과 기술개발을 위해 노력이 요구되며 인구자, 교육자와의 긴밀한 협력관계를 유지해 나가야 할 것이다.

결론적으로 이러한 세가지 측면의 다각적인 준비를 통해서 새로운 보건의료체도가 정착되기 위한 조건 즉 유용한 훈련된 인력, 물리적인 시설 및 기구, 제정, 법적인 뒷받침, 이 사업을 위한 이론과 대상자의 적극적인 협력 합리적인 사업의 전개가 이루어질 때 예측되는 문제해결과 함께 이 사업은 정착되며 국민보건증진과 사회복지에 기여하게 될 것이다.

참 고 문 헌

1. 김신자, 원주기독병원 가정간호사업의 역사적 고찰(석사학위논문), 서울대학교 대학원, 1990
2. 김조자, 유지수, 박지원, 방문간호를 통한 알츠하이머 환자의 위기 증대 효과에 관한 연구, 간호학회지 제19권 제1호, 1989. 4, p. 63~80.
3. 박오장, 가정방문을 통한 개별교육이 당뇨병환자 역할 행위이행에 미치는 영향과 교육효과와의 지속에 관한 연구, 간호학회지 제20권 제2호, 1990. 8, p. 174~184.
4. 서문자, 편마비 환자의 퇴원후 적응상태와 권역요인에 대한 분석적 연구, 간호학회지 제20권 제1호, 1990. 4. p. 88~117.
5. 서울대학교 보건대학원, 가정 간호사 직무 및 직무 본위교육 목적, 1990.
6. 서울대학교 보건대학원, 일부 대도시 영세지역 및 대학병원 외래의 가정간호 요구분석, 1990.
7. 연세대학교 간호대학 부설 간호학 연구소, 연세대학교 보건대학원, 종합병원에서 가정간호 운영전략, 1990. 11.
8. 왕매련 외 4인, 호스피스케어에 대한 평가 연구—세브란스 호스피스 중심으로—, 대한간호 제29권 제4호, 1990. 9-10, p. 51~72.
9. 이인숙, 지역사회 가정간호의 실행모형 개발을 위한 연구—노인간호 요구에 대한 보건진료원 활용 적정성을 중심으로—, (박사학위논문), 서울대학교 대학원 1990.
10. 홍여신 외 8인, 추후관리가 필요한 만성질환 퇴원환자 가정간호 사업운영연구, 간호학회지 제20권 제2호, 1990. 8, p. 227~248.
11. Mary Nies Albrecht, The Albrecht Nursing Model for Home Health Care : Implications For Research, Practice, and Education, Public Health Nursing(Vol 7) No 2, pp. 118~126.
12. Lynn T. Rinke & Alexis A. Wilson, Outcome Measures in Home Care, (Vol II) Pub. No 21-2195, New York, National League for Nursing.
13. Philip A. Kalisch & Beatrice J. Kalisch, The Advance of American Nursing, Boston Toronto, Little, Brown and Company, 1986 p. 259~751.