

동남아의 일차보건의료에 있어 간호원의 역할

이 경 식 철학박사
<W.H.O. 서태평양지역 고문관>

1. PHC의 세계적 통용 정의

인구에게 있어 필수적 보건의료로서 실용적이고 과학적으로 전진하며 사회적으로 수용되는 방법과 과학적기술에 근거한 것으로서 지역사회에 공통적으로 쉽게 접근하게 하는 것이다.

이 보건의료는 자립과 자결정신에 입각한 지역사회의 최대한의 참여와 개발의 각급단계에서 유지될 수 있게끔 지역사회가 부담 가능한 비용을 가지고 운영되는 것이다.

2. PHC의 운용정의

이상과 같은 철학적 및 개념적 정의를 행동화하기 위해서 다음과 같이 운용 정의한다.

PHC는 하나의 비어 있는 바구니로 생각할 수 있으며 한 지역사회에 필요한 PHC의 내용을 우선적 필요에 따라 빈 바구니에 담아 이것을 필요로 하는 사람들에게 가져다 주는 것이다. 이 바구니의 크기나 모양 그리고 강도는 그 지역의 자원 건강문제의 우선순위 인력 그리고 누구나 바구니를 쓰는 사람이냐에 따라 정해진다. 이 바구니는 그 지역의 참여경도와 결정에 따라 모양 지어진다. 즉 바구니를 엮어 나간다는 것은 지역사회 참여과정으로 상징되며 이 바구니를 사용하는 사람은 PHC worker라고 생각할 수 있다. 이 PHCW의 역량에 따라 바구니의 모양 크기가 결정되며 또한 무엇을 담을 것이냐(PHC 내용 MCH등)에 따라 결정된다.

이와같은 바구니 개념으로 PHC를 볼때 PHC는 보건의료를 담는 것이기 때문에 필요한 사업을 보다 효과적으로 그릇에 담아 전달할 수 있기 때문에 효율적이다. 이런 점에서 볼때 PHC는 하나의 approach로 볼 수 있다.

바구니 자체를 엮는다는 것은 지역사회 조직을 하고 보건의료를 효율적으로 전달할 수 있는 접근법을 모색하는 것이기 때문에 그 자체가 program이 되는 것이다.

3. PHC의 활동 범위

PHC의 정의와 활동범위를 혼돈하기 쉽다. PHC는 포괄적 접근 즉 예방적 진료적 재활 및 건강증진적 면을 통합해서 다루워야 하며 기능적 활동범위는 모자보건 환경건강 전염병예방 간단한 진료사업을 포함하는 것이다. 즉 정의에서 PHC는 필수적 보건의료라고 한때 적용이 된다.

또한 정의에서 “자립과 자결정신에 입각”한다는 것은 지역사회 참여와 지역사회 잠재능력을 개발하는 사업내용이 활동범위에 반영되어야 하기 때문에 지역사회 조직등이 내용으로 포함된다.

4. 일차보건의료에 있어 간호원의 역할을 검토해 보는데 있어 먼저 염두에 두어야 하는 것은 이상과 같은 PHC정의 운용정의 그리고 활동범위에 관한 확실한 인식과 PHC가 적용되는 그 나라나 지역의 매개에 대한 지식이다.

국제간호협회가 지난 9월 소련 카작크 공화국 알바타시에서 개최된 일차보건의료에 관한 국제회의에서 그 입장을 밝힌바에 의하면 다음과 같다.

즉 간호원의 역할을 ① 일차보건의료요원의 훈련 ② PHC요원에 대한 감독 ③ PHC사업계획, Research, 사업집행에 있어 직접 참여등으로 역할 할 수 있다고 천명했다.

이상과 같이 3개분야로 대분해서 간호원의 역할을 일차보건의료에 관련해서 규명하였으나 과

간호와 일차건강관리 세미나

연 우리간호원은 이 역할을 수행할 수 있는 준비가 되어 있는가?

한국을 포함한 서태평양지역의 예를 들어 한번 검토해 보기로 한다.

1. 일반적 현황

④ 제도적으로 PHC사업 기획 집행등에 참여하기 어렵게 되어 있다.

왜냐하면 ① 정책결정할 수 있는 수준에 있지 못하다. ② 병원 및 임상중심의 간호업무수행을 하기 때문이다.

⑤ PHCW훈련에 참여하려면 PHC사업자체를 알고 개입되어야 하는데도 불구하고 PHC계획 집행에 개입이 안 되고 있기 때문에 간호원보다 의사들이 더 많이 개입되고 있다. 즉 보건행정에 참여하는 사람과 진료현을 강화하기 때문에 임상직이 개입되고 있다.

⑥ Research-PHC research 역시 Field와 관계가 있기 때문에 진행되고 있는 나라가 동남아의 경우 몇 개국을 제외하고 없는 것으로 안다.

특히 남태평양제국에서는 간호교육이 병원실습 위주의 교육이기 때문에 Research 할 수 있는 기초교육이 안되어 있는 것도 큰 이유중의 하나이다.

⑦ 의료보조원 등용

남태평양에 있는 대개의 나라에서는 정규의 사수가 부족하기 때문에 의료보조원(medical Asst)을 훈련하여 자급보건소에서 이용하고 있으며 교육기간은 간호원 교육과 비슷하다.

문제는 직무수행상 간호원의 기능과 구분을 해야 되기 때문에 Med. Asst의 경우 진료에 치중하고 있고 경우에 따라서 이들이 보건행정을 책임지기 때문에 간호원이 행정상 그들의 밑에 들어가 있는 곳이 있다.

PHC에 있어 진료부분이 지역사회에 있어 큰 요구량을 차지하고 있기 때문에 진료기능을 할 수 없는 간호업무의 경우 PHC 중심인물은 의사보조원이 된다고 할 수 있다.

남태평양 어떤 나라에서는 간호원을 훈련시켜 가족계획과 진료사업을 수행시키려고 정부에서 움직이다가 간호협회의 강한 반대에 부딪쳐 좌절되어 결국 의사보조원훈련을 시작했다는 예가

있으며 어느나라에서는 영국간호원에 의해서 무강한 간호원세력이 조성된 반면 의사교육이 위축되었기 때문에 간호원 대신 의사보조원 양성을 실현하여 간호의 활동범위를 축소시켰다고 한다.

2. 실무에 관련된 구체적 사례

① A국의 경우: 남태평양에 있는 대개의 나라들이 그러하듯이 A국의 경우도 모든 행정체제나 교육제도가 영국식을 따르고 있어 간호교육은 다른 직업교육에 비해서 비교적 뿌리가 내려 있다고 할 수 있다.

그러나 임상위주의 병원 중심 간호교육이며 전통적 병원간호교육을 면하지 못하고 있다.

이 나라의 보건의료체제는 그 조직에 있어 국립병원←지역병원←보건소←보건지소←보조진료소 등으로 단계적으로 구성되어 있으며 동시에 인적구성도 시설기능에 일치하게 되어 있다.

보건소에도 입원시설(30~70수용)이 있으며 의사는 병원급에만 배치되고 있다.

물론 개인병원이란 없고 전부 공공기관 뿐이다. 보건소와 보건지소에 정규간호원이 책임지고 있으며 의사는 지역병원(도립)에서 일주에 1회씩 회진을 위해서 파견나오는 제도이며 병원으로의 환자 의뢰를 위한 이송이 잘 되고 있다.

간호원이 예방 및 진료사업을 통합해서 보건소와 지소수준에서 제공하고 있다. 보조진료소에서는 주주간 단기훈련 받은 의료보조원 한사람이 그 마을(500명) 주민들의 질병치료에 임하고 있다.

약방도 없고 개인시설도 없어 지역사회수준에서의 보건의료는 언급한 제도에서 제공받는 것이 전부이다.

전통적 유사 의료인에 의해서 제공받거나 미신에 의해서 치료를 받는 예가 많다. Health Extension officer라고 해서 교육은 간호원과 비슷하나 보건행정을 맡아보고 있으며 간호원과 같이 일하는 경우에는 항상 상위직에 있게 되는 것이 통례이다.

② B국의 경우: 간호교육이 굉장히 강했고 영국간호원이 그 나라의 간호행정 책임자로서 있으면서 의사와 대등한 위치에서 오랫동안 일을 수행했던 배경이 있는 나라이다. 의료진이 약하고

반대로 간호전이 너무 강해 외체에 의하여 간호업무등 기능 축소가 된 것은 의료진을 강화하기 위함이었다.

정규 의사양성은 N.Z.나 호주에 보내어 장기간 교육투자를 해야 하는 어려움이 있어 의료진을 강화하는 방법으로 medical assistant를 양성하기 시작하여 의사의 역할을 하게 하였다. 자연적으로 간호와의 역할과 충돌이 생겨 많은 문제를 빚고 있다.

③ C국의 경우: 병원보조원이 도입된 나라로서 보건의 하부구조가 대단히 잘 발달된 나라이다. 진료사업과 보건예방사업이 분리되어 제공되고 있다. 진료는 보건소에서 제공되고 있으나 병원보조원에 의해서 되고 있다. 보건소 이하의 지소 조산원 진료소등에서는 보건간호원의 활약이 대단히 크며 보조조산원 지역사회간호보조원 등 간호요원에 의해서 보건사업이 제공되고 있다.

④ D국의 경우: 미국식 간호교육제도이며 학사간호원들이 대량 배출되어 수천명의 잉여 간호원들이 취직을 못하고 있다. 재구성된 농촌보건단위를 통해서 농촌보건사업을 진료와 예방을 포괄적으로 제공하려고 노력하고 있으나 실제적으로 지리적·사회경제적 여건때문에 계획대로 운영하지 못하고 있다.

이 나라에서는 보건의료요원의 효율적 이용과 교육을 위해서 혁신적 접근을 시도하기 위한 "단계식 보건요원 교육제도"를 5개년계획으로 실행하고 있다.

이 단계식 교육이란 마을건강요원 교육에서 출발하여 조산원→보건간호원→농촌의사→정규 의사 식으로 연결된 교육을 실행하고 있다. 일차보건의료사업도 여러곳에서 개발 집행되고 있으나 간호원에 의해서 시도되고 있는 곳은 없다.

이상과 같은 예를 볼때 간호교육 수준이 국제적 수준보다 낮은 경우일지라도 의료사업이 잘 개발되지 않은 나라에서는 간호원의 역할이나 기능이 보건의료사업에 있어 절대적으로 균립하고 있으나 의료업이 발달된 나라일수록 간호교육 수준은 높으나 역할과 기능은 이에 일치되지 않은 후진성에 계속 머무르고 있음을 알 수 있다.

간호교육수준이 높아 질수록 법적 제제로 말

미암아 간호원의 월태기능이 더 감축되어가는 현상을 볼 수 있는 것은 의료와 간호의 세력구조에서 일어나는 분렬화음으로 생각 된다.

간호가 난극을 극복할 수 있는 길 일반대중교육수준이 올라가고 따라서 간호교육 수준 역시 절진적으로 상승되어 학문의 최고봉인 박사과정까지 도달했다. 그러나 실무에 있어서는 간호교육이 중등교육수준에 있을 때 보다 그 기능수행에 있어 신장되었다고는 볼 수 없다. 물론 질적으로 간호수준이 향상되었다고 하지 않을 수 없으나 기능구조에 있어 전문분화의 영향을 받아 오히려 퇴화현상을 가져왔다고 할 수 있다.

간호의 본질을 밝히지 못하고 의학발달의 물결에 따라 움직이는 한 박사과정까지 있는 학문의 최고봉을 도달 했다해도 기능구조에 근본적인 변화를 가져온다던가 전문인으로서의 역할신장은 어려울 것으로 판단된다.

간호의 본질을 규명함에 있어 어느때보다 지금이 유리한 것은 다음과 같은 이유에서이다.

① 천장에 있어 균등을 부르짖고 인권과 결부하여 보건사업을 논의하기 때문에 효과적인 보건의료 전달방법에 관련하여 간호의 본질을 규명하면 설득력이 있게 된다.

② PHC를 가장 효과적으로 제공함에 있어 구조적으로 또는 교육적으로 기존 요원중 간호원이 가장 유리한 입장에 있다.

③ Research를 할 수 있는 질 양적 간호인력을 확보하고 있다.

단 한가지 중요한 것은 논쟁에 끝이지 말고 간호의 본질을 캐고 또한 이 본질은 인간개발에 관련된 것이어야 하며 동시에 간호는 인간복지에 필수 불가결의 요소라는 것을 증명할 수 있는 행동으로 들어갈 수 있어야 하는 것이다.

즉 인간복지를 위한 간호라는 것을 실제로 증명하기 위해서는 물론 부단한 노력이 필요하겠지만 첫 단계는 기존 간호개념을 전혀 무시한 "백지상태"에서 시작한다는 것이다. 전통간호개념의 속박에서 벗어 날이 가장 중요한 일이며 2000년대까지 모든 인류건강을 확보하는데 있어 가장 큰 기여를 할 수 있는 새로운 간호의 탄생을 위해서 직접 행동으로 들어가야 한다고 믿는다.