

간호의 확대된 역할 분석

오 가 실

(연대 간호대학 교수)

급속한 생체과학의 발달과 의료사업 형태의 변화에 부응하면서 간호는 급속한 발전과 역할의 변화를 가져오고 있다. 간호의 확대된 역할은 간호의 정의에 대해 다시 논의하게 되었고 문제로 제기되었다. 전통적으로 어머니의 역할과 같은 본질의 간호를 강조하고 있던 간호가 전문적이고 과학적인 지식을 기초로 하는 역할로 전환됨에 따라 진정한 간호에 대한 심각한 문제가 제기된다. 과연 확대된 역할은 간호인가? 하는 의문과 함께 그 역할을 진정한 간호의 전당으로 받아들일 것인가? 확대된 역할은 전통적 역할에 비해 타당성이 있는가? 끊임없이 계속되어온 확대된 역할의 논쟁점을 다시 정리하고 가족건강 간호사의 교육과정을 소개함으로 앞으로도 가능한 역할변화에 대한 표적을 삼고져 한다.

1. 역할 형성의 요소

역할은 집단이나 사회구조속에 속해 있는 개인의 사회적 기능이다. 사람이 속한 조직이나 구조에는 지위가 있으며 그 지위를 점유한 사람은 그에 적합한 기능을 수행해야 된다. 이같은 사회적 역할은 배워서 수행하게 됨으로 하나의 과정이고 단계라고 할 수 있다. Bene과 Bennis는 "사람이 속해서 일하는 조직사회에서 분류해 놓은 지위(position)를 가지고 있기 때문에 기대되는 기능의 집합(a cluster of functions)"이 역할이라고 정의했다(Watson, 1977, p. 40 인용). 역할에는 규범에 의해 규정된 행동의 패턴이 있고 이 패턴은 사회의 기대와 일치되어야 한다.

Newton(1981)은 역할의 형성에는 역할상(image)과 역할 이상(ideal)의 두 요소가 일치되어 사회적 역할을 정의하고 표현하며 이에 따라 해야할 역할을 처방한다고 했다. 사회적 역할의 역할상은 표현된 사실을 기반으로 해서 만들어 진다. 즉 역할을 수행하는 사람과 그와 상호관계 하는 역할 기대자들에게 의해 역할이 사실로 인식된 것이 역할상이다. 즉 역할 수행자가 해야할 행동, 가지고 있어야 하는 신념과 태도, 그 역할을 가진 사람에게 일반적으로 기대하는 것들이다. 그러나 역할이상은 나타나는 사실과는 무관하게 절대적 기준에 의해 역할 수행자가 해야할 것, 할 수 있어야 할 것의 개념적 형태다. 실제로 역할을 수행해서 나타내는 역할상과 역할이상은 일치점도 있고 불일치되는 점도 있다. 역할 일치성을 가지기 위해 만들어진 것의 일종이 "전문직 행동강령"이다. 정확하게 정의되고 안정된 역할은 그 역할점유자의 행동방향과 역할 행동의 범위를 제시하여 의미있고 원만한 역할 규범을 확실하게 인식시켜준다. 그러나 역할규범의 처방이 항상 고정되어 있을 수는 없다. 역동적으로 변화하는 것이 사회적 역할이다. 고정관념으로 정의되지 않은, 전문직 역할과 같은 것은 융통성과 창의성이 주어지지만 역할점유자가 역할 모호성, 역할긴장, 역할갈등을 경험할 수도 있다.

간호역할은 어떤 다른 사회적 역할보다도 많은 역할기대자들과 서로 교섭하며 일해야 한다. 다양한 교육 배경과 자신의 고유의 역할범위를 가진 기대자들은 간호에 대해 자신의 인식에 의한 역할상과 역할이상을 가지고 있다. 역할이

안정된 때는 역할상과 역할이상의 차이가 없이 일치된다. 역할기대자인 대중들은 자신들이 본 대로 생각하는대로 역할을 수행하는 사람을 보게 되고 이는 역할 수행자들도 같은 경험을 한다. “우리가 얼마나 열심히 일하는지 그들은 전혀 모르고 있어” 하고 불평하는 현상이 있을 수가 없다. 반대로, 변하는 역할, 전환기의 역할에는 역할상과 역할이상에 많은 불일치와 모순이 발견된다. 일반대중이나 건강관리체계의 인력구조에 속한 역할기대자가 가지고 있는 간호의 역할상과 역할이상은 어떠한가? 그들의 기대는 우리 간호원이 가지고 있는 역할상이나 기대, 이상과 어느정도 공통성을 가지고 있는가?

2. 간호의 전통적 역할

영어의 간호 Nurse는 라틴어 Natire에서 유래된 말로서 영양을 공급하고 것을 먹여 양육한다는 첫번째 뜻이 있다(Newton, 1981). 따라서 간호원은 어머니와 같은 기능을 하며 어머니가 없거나 그 기능을 못할 때는 어머니 대리 역할을 해야 한다. 두번째 간호가 뜻하는 것은 어린이를 돌보라는 것이고 세번째는 아프거나 상해가 있거나 늙고 장애가 있어서 어린이와 같이 타인에게 의지할 수 밖에 없는 상태의 사람을 돌보는 것이다. 간호의 역할은 이 세번째 뜻에서 전래되었으며 전통적 간호의 역할은 돌보며, 편하게 해 주고 지지해 주며 돕고, 양육하고 스트레스로 인하여 자신의 건강과 간호요구를 충족시키지 못하는 개인이나 가족을 대상으로 하여 표현적 역할을 하는 것이다. 전통적인 간호의 역할은 인간의 기본 욕구를 만족시키고 건강을 유지, 증진, 회복시킴에 있다(Ozimek, 1976).

Alfano(1978)는 의사는 환자를 조사하여 병을 지적하고 처방하는 사람이라면 간호원은 환자를 편하게 해 주고 평가하고 지지하는 사람이라고 했다. 이같은 정의는 간호를 독립적이며 독자적으로 도구적인 일을 하는 역할보다는 눈에 보이는 성과가 없고 의존적이고 추종적이고 표현적인 역할로 구분한다고 본다. 전통적인 간

호의 역할을 고수해야 한다고 주장하는 Newton(1981)은 기술적이고 부드러운 간호원의 전통적이고 이상적인 역할은 권위에 복종하는 의존적 모습이라고 했다. 그러나 이에 대해 원땡 간호가 그렇게 의존적이지 아니었다고 반박하는 사람도 있다. 역사적으로 간호는 독립적인 일을 하고 독자적 기능을 하였으며 간호원의 힘은 눈에 보이기 분명했다고 반박한다(Ashley, 1973). 1900년 초기 환자에게 위생적이고 안전한 병원을 만든 것도 간호원이고 공중보건사업에 종사하며 질병을 예방하고 과학적 지식의 적용을 통해 사망율을 저하시킨 것도 간호원이었다. 가정이나 지역사회, 병원에서 독립적 기능을 수행한 것도 간호원이며 내의과적 처치로 환자를 생존하게 하였으며 그들을 편하게 회복할 수 있도록 한 것도 간호원이었다. 대부분 간호원이 실시한 과정들은 의학적 지시나 지침, 감독이 없이 시행되었으며 많은 시간을 의사의 부재중에 진행되었다. 이같은 초기 간호의 독자적 일들은 여러 가지 사회적, 정치적 요인에 의해 점차 의존적 역할을 하도록 묶어놓기 시작했다. 모든 것의 기본적인 문제는 권리와 권력으리 직결되어서 간호원이 독립적인 역할과 기능을 하면서 권력을 확대시키게 되고 치료방법이 점차 간호원에 의해 실시되며 책임 한계가 넓어지게 되자 의사들은 점차 자신들이 그와 같은 간호에 의존하게 될을 깨닫고 자기보호와 전문영역 방어의 필요성을 깨닫게 되었다. 자신들의 권위와 특권, 권력을 회복하기 위하여 간호의 역할에 제동을 걸고 간호가 언제부터 전문직인가? 본래부터가 그런 것은 아니었다. 그러므로 의학과 분리되어 독자적 특성을 살린 서비스일 수는 없다. 의학에 종속되어야 한다고 주장하게 되고 이같은 결과로 점차 간호가 그런 방향으로 일반에게 인식되게 되었다고 Ashley(1973)은 강력히 주장하였다. 동시에 병원이라는 폐쇄된 시설에 간호를 묶어두고 통제하게 되었다.

3. 간호의 역할변화

역할의 변화는 역할 신장(Role extension)과 역할확대(Role expansion)의 두가지 방법으로 해석될 수 있다. 확대가 의미하는 것은 있는 그대로의 상태에서 범위를 넓게 늘리는 확장이고 신장은 가치를 뻗어 펼친다는 뜻이다(Keller, 1973). Ardine과 Predham(1973)은 역할 신장의 의미를 건강관리 체제내에서 서로가 협조하여 자신의 역할과 타의 역할의 빈틈을 매꾸기 위해 서로의 역할의 일부를 이양하고 받는 과정을 말한다 고 했다. 그리고 역할 확대는 간호원 스스로가 자신의 중심적인 역할내용안에 건강과 질병간호를 위한 새로운 요소를 추가하여 역할내용을 더 개발하는 것이라고 했다. 간호교육, 실무에서 또는 역할개념의 구분에서 살펴보면 간호의 역할변화는 신장이라기 보다는 확대(expansion)으로 정의될 수 있겠다(Keller, 1973).

간호의 역할 변화를 신장으로 보느냐 확대로 보느냐에 따라서 논쟁의 쟁점이 달라지기도 하고 확대된 역할은 전통적 역할 개념에 대해 공격적으로 비판하면서 전문직으로서 독자성이 결여되어 있기 때문에 역할확대를 통해 미를 확보해야 한다고 주장하기도 한다.

간호의 역할은 이같이 이유에서 뿐만아니라도 기타 많은 내, 외적 요인에 의해 확대되어 왔다. 의사의 부족과 건강에 대한 국민의 성장된 관심은 건강관리체제의 빈틈을 메꾸어야 하는 또 하나의 결정적 요인이 되기도 했다(Bullough, 1976). 그러나 이로 인해 간호의 역할 혼동이 생기게 되었고 전통적 간호의 역할은 없어졌다고 보는 견해도 있다. 역할변화가 내적요인이라면 외적요인으로 생겼던 간에, 찬성과 반대가 있던 간에 간호의 역할은 20여년에 걸쳐 확대되어 왔고 교육을 더 많이 받고 다양한 전문분야에서 일하는 임상간호전문가(Clinical Nurse Specialist), 건강간호사(Nurse Practitioner), 개업간호원(Independent Nurse Practitioner)들이 생기게 되었다. 이같은 새로운 확대된 역할들은 1960년대

부터 시작되었으며 이는 간호와 의르팀과의 갈등의 심화로 인해 1970년대에 들면서 우후죽순 같이 많은 수가 급증되었다.

1) 임상간호전문가

확대된 역할로서 제일 먼저 나타난 것이 임상간호전문가라고 볼 수 있다. 이 역할은 세계 제 2차 대전후에 간호가 보다 높은 수준의 교육으로 준비되어 교육과 행정을 함께 할 수 있는 고급인력의 필요성에 의한 것이다. 이 역할이 생기게 된 가장 직접적 동기요인은 병원간호가 점점 단절적으로 분화되고 비인간적이고, 비개인화 되는 점에 불만을 가지고 보다 완전하고 포괄적인 전인간호에의 회복을 위해 시도되었다고 본다. 석사학위과정에서 임상간호전문가로 준비된 간호원들은 임상에 나가서 양질의 개인중심의 직접간호를 제공하고 다른 간호원에게 역할 모델이 되는 것이 우선의 임무였다. 그들의 간호는 사회, 정신적 측면에서 인간을 넓고 깊게 이해하고 강화된 수준높은 간호를 제공하는 역할이었다. 그러나 실제로 병원에서는 그같은 고급인력의 활용을 주저하고 기피하게 되었다. 그래서 임상간호전문가의 역할을 실제성을 살려 수정하여 행정적 임무를 맡기던가 건강간호사(Nurse Practitioner)로 바꾸게 되었다(Bullough, 1977).

임상간호 전문가는 간호의 기술과 전략을 개발하고 향상시키고 구체화하는데 기여하였다. 환자의 관찰기술을 연마하고 환자가 스스로의 건강문제를 해결할 수 있는 능력을 향상시켜 자기간호를 할 수 있게 하였다. 환자의 치료계획에 팀의 일원으로 동참하고 치료이행을 위해 협조하며 치료효과를 확인하여 환자의 요구를 예민하게 파악하여 충족시킬 수 있도록 조정하는 역할을 한다. 따라서 간호의 역할영역이 넓어지고 일차건강관리(Primary Health Care)를 할 수 있는 인력으로 자리를 잡게 되었다(Buys, 1977). 현재 미국 간호협회에서는 정신간호분야와 내외과간호분야에서 임상간호전문가의 자격을 심사하여 인정하고 자격증을 주고 있다. 이 자격증

을 받기 위해서는 석사학위 이상의 교육배경과 전공분야에서 헌직에 종사하여야 하며 석사학위 이후 2~4년의 임상경력이 있어야 한다. 기본적인 자격이 갖추어지면 협회에서 실시하는 시험에 합격해야 한다.

2) 건강간호사

건강간호사는 임상간호전문가 보다 나중에 생긴 확대된 역할의 형태이다. 누가 언제부터 처음으로 건강간호사가 되었는가에 대한 역사적 자료는 분명하지 않지만 아마 B. Noonan으로 생각할 수 있을 것 같다. 그녀는 미국 마사쥬세즈 general hospital에서 1962년에 건강간호사로서 처음으로 환자를 보기 시작하였다. 1963년에는 캘리포니아에서 보건간호원이 확대된 간호사의 역할을 하게 되었다(Siegel과 Bryson, 1963). 정규 교육과정을 설치하여 건강간호사 교육을 실시하고 건강간호사를 배출한 것은 1965년에 콜로라도 대학에서였다. 아동건강간호사(Pediatric Nurse Practitioner)가 바로 처음탄생한 것이다.

미국 간호협회에서는 건강간호사를 “과거력과 신체검진을 통하여 다양한 환경에 처한 개인, 가족, 집단을 신체—정신—사회의 측면에서 건강상태를 사정하는 고급기술을 가진자”로 정의했다.

임상간호전문가가 병원간호의 발전과 향상을 위하여 시작되었다면 건강간호사의 역할은 일차 건강관리를 하는 의사의 부족현상을 메꾸기 위해 시작되었다고 볼 수도 있다(Bullough와 Bullough, 1977). 미국에서 1974년에 50명에 불과하던 건강간호사가 기하급수로 증가하게 되어 1979년에는 6,934명이 1982년에는 24,600명에서 52,500명이 필요하게 되리라고 예측했다. 아동, 노인, 성인, 가족, 학교보건 분야에서 건강간호사의 자격증을 주고 있다.

4. 가족간호 교육과정

미국 간호협회의 자격증 심의위원회에서는 아동건강간호사(Pediatric Nurse Practitioner)를

비롯하여 14개 종의 자격증(Certification)을 권장하고 있다. 이중 가장 최근에 포함하여 인정하게 된것 중의 하나가 가족간호사(Family Nurse Practitioner)일 것이다. Rochester 대학을 위시하여 많은 대학의 석사과정에서 가족간호를 전공 영역으로 구분하여 확대된 역할을 수행할 수 있는 간호인력을 배출하고 있다. 이들은 학위과정을 끝낸후 미국 간호협회에서 주관하는 자격시험을 거쳐서 자격증을 받게된다.

대학이 지향하는 간호인력에 대한 철학과 목적에 따라 같은 가족간호분야의 인력을 위한 교육과정도 조금씩은 차이가 있게 마련이다. 여기에 소개하는 가족간호 교육과정은 Arlington의 Texas 대학의 이학석사과정으로서 가족간호를 전공하며 이들은 일차간호(Primary Nursing)에서 가족을 대상자 단위로 하여 간호를 제공할 수 있는 인력의 배출을 목표로하는 과정이다.

일차간호 프로그램의 가족간호를 전공한 학생들은 다음과 같은 일을 할 수 있기를 기대하는 최종목표를 가지고 있다. 1. 적절한 간호를 할 수 있는 논리적 판단의 기초가 되는 건강력술 의사소통과 면접의 원리와 기술을 사용하여 작성한다. 2. 정상과 비정상의 신체와 발달과정을 구별하기 위하여 신체사정의 원리와 기술을 사용한다. 3. 일차건강관리를 제공하는 장소에서 가족과 지역사회에 간호를 위한 사정, 계획, 평가의 단계에 생리, 병리, 사회, 심리, 문화, 경제적 지식을 통합한다. 4. 가족의 건강요구를 지적하기 위하여 건강상태를 사정하고 개인과 가족을 교육하고 상담하며 관리하고 지도한다. 5. 간호의 활동의 영역을 규정해 놓은 조약(Protocol)과 법적 한계내에서 최로적 방법에 대해 개인과 가족이 가지고 있는 지식과 이해정도를 평가해서 급성, 만성 질환 관리를 위한 지속간호를 제공한다. 6. 투약, 영양 과식이, 환경, 정신, 사회, 경제, 적응, 재활의 요구나 문체에 관해 만성질환자들의 자문을 받아주고 관리한다. 7. 건강관리를 위한 문제해결 능력과 이를 위해 적합한 지역사회 자원을 활용하는 능력을 개발하도록 가족과 개인을 지지한다. 8. 일차간

강관리를 하면서 간호대상자에게 보다 나은 건강관리를 제공하기 위해 개선, 상담, 옹호, 지지, 책임, 설명 등과 같은 행동을 솔선하여 지도력을 발휘한다. 9. 가족간호의 영역한계외에 속하는 요구나 문제에 대해서는 적당한 분야나 사람에게 의뢰한다. 10. 대상자의 건강 및 간호요구를 관리하기 위해서 동료간호원, 의사등 다른 의료구성원과 협력하고 협응한다. 11. 일차간호를 제공하는 사람으로서의 책임을 인식하고, 자신의 능력과 한계를 알고, 계속적으로 지도와 상담, 교육을 받아서 개인과 전문직의 성장을 도모하고 학습경험을 통해 가족간호사로서의 책임을 분명하게 확인한다. 12. 체제이론, 가족의 발달과 구조 및 역동, 사회조직과 건강관리계획의 전략, 지역사회 건강의 개념을 이해하고 대상자의 요구를 사정하는데 적용한다. 13. 임상적 발전을 도모하고 임상간호연구를 강화하고 변화를 촉진하기 위하여 임상적 문제, 생명통계, 개념, 역학, 사회조직, 가족구조, 건강관리전략에 대한 지식을 활용한다. 14. 모든 연령의 대상자 즉, 어린이, 임신부부, 신생아, 청소년, 중년 노인의 가족원의 건강요구에 대응하는 일차간호제공자로서 임상적, 이론적 지식과 기술을 활용한다. 15. 보건 의료정책이나 사회복지입법의 설립의 문제에는 동료, 대상자, 기타 의료팀과 협조한다. 16. 지역사회의 건강요구를 조사하고 그 조사 결과를 기초로 하여 건강관리전달에 대한 대안을 제시한다.

이 석사학위과정에 입학조건은 미국간호교육연맹(NLN)이 인준한 학교에서 간호학사를 받은 자로서 평량평군이 B학점이상인자, 또 실무경험이 2년이상자로 되어 있다.

학위를 받기 위해서는 총 43학점을 이수해야 한다. 교과목은 크게 세 영역으로 나누어져서 1. 공통필수 : 연구 3학점, 간호이론 6학점, 간호문제 2학점, 가족 입문 2학점이 포함된다. 2. 기능영역 : 일차간호의 개념과 간호원의 확대된 역할을 확인하는 일차간호(Primary Nursing) 6학점을 이수해야 한다. 3. 전공영역은 가족 I, II, III으로 나뉘어 총 18학점이 요구된다. 4.

마지막으로 선택과목 6학점이 사회복지와 정책에 관한 과목으로 이수하게 된다. 각 과목에 대한 내용은 이론과 인상을 다음과 같이 요약하게 된다.

Primary Nursing I : 총 3학점으로 2시간의 이론강의와 3시간의 실험실 실습, 4주동안 건강사정기술을 익히고 11주동안은 역할 재확인을 위한 오리엔테이션내용으로 성장발달, 영양, 약리, 간호진단, 역할론, 구강위생, 유전, 문화, 스트레스등이 포함된다. 역할세미나에는 건강간호사의 역사적 배경과 발달과정, 의료법, 의료팀과의 협력등 건강간호사의 사회화과정에 도움을 줄 수 있는 내용이 포함된다. 실습은 학교의 실습실에서 과거력, 면접, 의사소통, 간단한 검사방법, 신체사정을 실시하여 각 연령별 대상자의 건강상태를 사정하는 연습을 한다. 실습실에서 학생들끼리 짝을 지어서 건강사정 실습을 한번한후 다시 현장에 나가서 직접 대상자를 사정하는 경험을 한다. 검사방법도 이 과목에 포함되어서 혈액검사(hematology), 소변검사, 간단한 배양등 방법을 실습한다.

Primary Nursing II : 5학점으로서 Primary I에 비해 이론강의는 한시간으로 그치고 6시간을 임상실습으로 충당한다. 건강관리체제에서 건강간호사의 역할을 전통적 간호역할과 비교, 대조하면서 집단을 대상으로 하는 가족간호의 개념과 역할을 확인한다. 생명통계, 역학, 판타이론, 변화이론 및 프로그램 디자인과 평가의 지식을 활용할 수 있는 강의가 주어진다. 임상실습에서는 다양한 집단을 대상으로 선택하여 사정하고 특정 지역사회를 선택하여 사정하고 지역사회 진단을 기반으로 건강프로그램을 개발한다. 집단검진을 통한 문제발견을 하고 그 위험구분을 위한 간호대책을 사회사업가, 의사, 간호대학생등과 함께 의논하고 사례연구를 함께 하기도 한다.

Family Foundation : 2학점, 여러가지 가족이론의 기틀을 다루어서 가족의 건강과 질병, 대응, 위기에 대한 행동과 반응을 설명하고 실

무에 적용할 수 있기 위한 과목이다. 여기에 포함되는 가족이론은 체제이론(M. Bowen 등), V. Satir, Duvall의 발달과정접근, Sullivan의 상호교섭이론, O. Minuchin의 구조—기능적 접근, J. Haley의 의사소통이론, Kempler의 gestalt 이론접근, V. Frankle의 실존적 접근등이다. 각 이론의 역사적 배경 기본 개념들, 실무의 적용성, 문제 및 제한점에 관한 토의를 통해 실무에의 활용성을 강화한다.

Family I : 5학점으로 4시간의 이론과 3시간의 임상실습을 15주내지 16주간 한다. 주로 급성, 응급, 만성, 재발, 복귀의 과정에 있는 각 연령층의 환자를 대상으로 하면서 가족적 접근을 강조한다. 급만성 건강문제에 대해 최근 연구발표결과를 실무에 적용하고 새로 대두되는 개념들, 간호와 관리 방법등을 검토한다. 건강상담과 교육, 질병으로 인한 정서적 변화, 영양, 병리적 약리적 문제해결, 위험상태 사정, 알레르기, 성장과 발달의 장애, 전염병, 기타 삶을 위협하는 요인과 장해요인을 과목내용으로 한다.

대상자의 접근방법은 건강의 증진, 예방, 유지의 개념으로 시작하여 치유적, 보유적, 재활적 간호방법을 활용한다.

임상사례연구를 통해서 가족간호의 기본 이론과 이상의 개념을 통합할 수 있는 능력을 보여야 한다. 또한 실험실 경험도 포함되어서 간단한 배양방법, 검사방법, 봉합하는 방법등을 익힌다.

Family II : 총 5학점으로 4시간 강의와 1시간 실습, 발달단계에 따라 자녀양육단계, 중년, 노년의 단계로 나누어 각 단계의 발달 및 건강요구를 파악하여 문제를 지적하고 관리, 상담하는 방법을 익힌다. 임신부 분만교육, 신생아 사정, 영유아 간호, 가족관계, 가족계획, 영아사망 요인, 고위험 산모와 영아, 심대 임신등으로 구분하여 구체적으로 요구와 문제를 찾아낸다. 임상 실습에서는 대상자를 크게 아동, 중년, 노년기로 나누어 사례연구를 실시한다. 사례로 선택된 가족은 가정방문

을 통해서 건강의 증진, 유지, 예방적 문제를 지적하도록 한다.

Family III : 전 교육과정을 마무리하는 과목으로 마지막 학기에 실습으로만 진행된다. 총 8학점으로 일주일에 24시간 지역사회에 나가서 실습한다. 각자가 일하던 곳이나 기타 일차전강관리장소에 가서 그곳에서 임상실습지도자(Preceptor)와 함께 실습을 한다. 학생들은 자신의 실습목적, 목적의 성취기준을 만들어서 교수와 임상실습지도자와 함께 논의하고 실습하는 동안 한 학기동안 4회에 성취기준을 평가하고 수정한다.

학생은 사례연구로서 두 가족을 선택하여 가정방문 일지를 작성하고 간호의 결과를 상세하게 단계적으로 평가한다. 또한 정식 집단 교육 프로그램을 개발하여 건강요구 평가, 계획, 개발하여 적용하고 그 효과에 대해서는 동료, 참석자, 교수, 임상실습지도자가 함께 평가하여 결과를 확인한다.

5. 확대된 역할에 대한 찬반론

벌써 10여년전에 이미 확대된 역할에 대해 찬성론자와 반대론자의 심각한 논쟁은 있었다. 여기서 다시 그 쟁점을 거론하는 것은 앞으로도 우리에게 전개될 역할변화의 가능성과 그 귀추에 대해 재고되어야 할 필요가 있어서 다시 짚고 넘어가는데 의의가 있다고 생각한다. 확대된 역할을 절대지지를 하는 가장 큰 이유는

1. 그 역할은 독립적이고 독자적이라고 본다. 전통적인 어머니와 같은 역할상을 가지고서는 도저히 자주적이고 간호의 힘을 나타낼 수 있는 역할로 변화되지 않는다고 믿기 때문이다. Monning (1976)이 전문직업의 영역구분과 간호원의 확대된 역할에 관한 연구에서 확대된 역할을 하는 건강간호사의 독립성, 정체성, 책임감에 대해 의사보다 간호원이 더 강하게 믿고 있었다. Muliane (1975)도 임상간호전문가가 확대된 역할로서 성공하는 이유는 그들이 근무하는 장소에서 정책에 영향을 줄 수 있고 독립적이며 역할성과(Role

performance)가 분명하게 나타나기 때문이라고 했다. 이들 전문가들의 역할성장에 따라 간호의 개념과 기능은 다시 정의되어야 한다고 했다. 그들이 제공하는 간호로 인해 대중과 다른 의료종사자들과 다른 동료간호원 모두가 간호가 하는 일, 역할이 무엇인지 분명히 알 수 있다고 했다.

2. 확대된 역할은 보다 양질의 간호를 제공할 수 있다. 전통적 역할을 주장하는 입장에서는 역할의 확대를 인해 기본적인 간호의 가치와 철학을 상실해가고 있다고 믿는다. 그러나 1974년 Linn의 연구에서는 그것은 타당성 없는 기우라고 했다. 확대된 역할을 통해서 오히려 의학적 가치와 간호의 가치를 잘 조화시켜 간호의 고유한 정신을 더 강화시키고 있다고 보고했다.

3. 대중의 건강관리 요구를 충분히 만족시키고 저렴한 효율적 서비스를 제공한다. 최근 대중의 건강요구가 달라짐에 따라 소비자의 요구를 만족시키는 간호가 주어지지 못하고 있었기 때문에 그들의 요구에 적합한 간호역할의 재정의가 필요되고 있었다. 따라서 새로운 형태의 간호원, 확대된 역할기능을 하는 간호원의 탄생은 자연스럽고 당연한 귀결이라고 본다. 변화된 것은 소비자의 요구에 맞게 확대된 것 뿐이지 간호의 실존이 없어지는 것은 아니다.

확대된 역할에 대한 반대이론은

1. 진정한 의미의 간호는 제공되지 않고 환자로 부터 점점 멀어져서 간호보조원과 보조간호원의 지도자, 조정자의 역할만 한다고 믿는다. 간호의 고유 역할인 표현적 역할은 볼 수 없고 안전과 안정, 따스함의 간호보다는 비인간적이고 도구적이고 기술적인 간호가 있을 뿐이다. Newton (1981)은 간호는 어머니의 역할과 같아야 한다고 주장하면서 환자의 침대결에는 따스한 손길의 부모와 같은 사랑을 가진 간호원을 원하지 독자적이고 권력있는 간호는 필요하지 않다고 했다. Yeomans(1977)는 확대된 역할과 전통적 역할을 분석하는 연구를 시도하였다. 전자는 많은 시간을 사정하고 지시하는데 보내는 반면 후자의 간호원들은 간호의 핵심이라고 보는 간호 중재에

많은 시간을 할애하고 있음을 발견하였다. 이 연구는 환자와 멀어진 역할이 분명하다고 결론지었다.

2. 새로운 역할은 간호의 확대라기보다는 의료업무의 신장이다. 이는 간호의 새로운 역할이라는 것은 원래 의사의 책임분야의 업무를 가져와서 간호의 역할을 바꾸기는 했지만 그 내용들은 간호의 역할 확대라고 볼 수 없다는 견해다. Rogers(1972)는 건강간호사를 간호원이라 부르지 않는 것이 더 좋겠다고 강력하게 주장했다.

3. 확대된 역할은 물론 독자적이지도 못하다. 의사들은 자신들이 하기 싫어하던 일을 간호원에게 주고 오히려 간호원을 손에 넣고 통제하려고 한다. 법적으로도 전혀 독자성 인정의 근거가 없고 또 병원등 기관에 고용되어 있는한 스스로 결정하고 책임지는 전문직의 자율성은 보장받기 힘들다.

6. 결 론

역할은 조직적 요인과 역할기대자와의 상호보완적 작용에 의해 형성되고 변화하게 된다. 건강관리를 하는 간호직의 역할변화는 사회의 발전과 소비자의 인식과 함께 필수적으로 변화하게 된다. 역할의 확대가 되어 왔지만 힘과 자율성, 신뢰성, 합법성을 뒷받침으로 하는 역할로는 아직도 많은 점이 의문으로 남아있다. 무엇보다도 우선 간호를 받는 사람들이 간호의 실제상과 이상상을 바꾸지 못하고 있다. 우리의 중심되는 역할행위인 돌봄의 표현적 역할이 아직도 기대되고 그것이 상실되고 변하면서 자율성이나 독립성이 확보되지 못하고 대상자나 동료로부터 신뢰성만 잃는 역방향으로 나가는 것이 아닌지 생각해 볼 시점에 있다. 몇가지 선택해야 할 방향을 제시함으로써 이 글의 끝을 맺으려 한다.

첫째, 간호의 기본 철학과 이론적 기틀이 분명하고 이에 준거한 역할이 재정의되어야 한다. 간호이론의 발달은 더 심각한 추상성만 강조하고 실무에의 방향제시는 하지도 못하는 문자 그

대로의 이론으로 끝나지 않아야 한다. 실무중심의 이론(Practice Oriented Nursing Theory), Prescriptive theory, situation producing theory 등의 이론발달이 촉진되어 역할의 지칭과 규범이 분명히 이루어 질 수 있으면 한다.

둘째, 철학과 이론을 바탕으로 하여 다른 의료팀과 상호 신뢰하며 존중하며 동료적인 관계형성을 하는 역할로 강조되었으면 한다. Rothberg (1973)는 “역할의 의존관계는 초기의 발달 단계에 있을 수 있는 정상과정이다. 독립적 역할은 후기에 속하지만 상호의존적 관계는 고차원의 성숙된 단계”라고 했다. 전문직으로서의 성숙이 이루어 질때 의존성의 역할은 최소한으로 적어질 것이다.

셋째, 간호가 탈기관(Noninstitution)의 지향체가 되어야 한다고 본다. 의료사업전달은 1차, 2차, 3차의 차원에서 완전하게 이루어 질때 1차 건강관리의 업무를 보다 적극적으로 수행하는 역할로 간호의 초점이 맞추어 졌으면 한다. 병원을 벗어나 질병예방, 건강상태 감별하고 필요에 따라 의뢰하는 일에 보다 많은 비중과 책임이 주어지기를 기대한다. 독자적이고 상호의존적인 성숙한 역할의 수행이 관료적인 병원 조직의 압력으로 움도 틀 수 없는 우리 스스로의 끝매에 얽매여 역할변화의 계기를 박탈당하고 있지 않는지, 새로운 역할의 확대를 바라는 시점에서 분석해 볼 필요가 있다.

참 고 문 헌

- Aradine, C.R. & Predham, R. Model for collaboration. *Nursing Outlook*, 1973, 21, 655~657.
- Ashley, J. This I believe: About power in nursing. *Nursing Outlook*, 1973, 21, 637~641.
- Bullough, B. & Bullough V. (Eds.). *Expanded horizons for nurses*. New York: Springer Publishing Co., 1977.
- Bullough, B. *The law and the expanding nursing role*. (2nd Ed.). New York: Appleton-century-croft, 1980.
- Buyss, D. Nurse practioners-Are they a treat to doctors? *Modern Medicine*, 1977, 45, 48~54.
- Keller, N. The nurse's role: Is it expanding or shrinking, *Nursing Outlook*, 1973, 21, 236~240.
- Linn, L. Care vs Cure: How the nurse practitioner views the patient. *Nursing Outlook*, 1974, 22, 641~644.
- Linn, L. Expectations vs realization in the nurse practitioner role. *Nursing Outlook*, 1975, 23, 166~171.
- Mornig, R.L. *Professional territoriality: A study of the expanded role of the nurse*. Unpublished dissertation. University of Minnesota, 1975. *In Dissertation Abstract Index*, 1976, 36, 3871-B.
- Mullen, M. Nursing care and the political arena. *Nursing Outlook*, 1975, 11, 699~701.
- Newton, L.H. In defense of the traditional nurse. *Nursing Outlook*. 1981, 29, 348~354.
- Noth, Sr. M. Complex relationships and traditional barriers challenge nursing. *Hospital Progress*: 1973, 54, (November), 52~55.
- Ozimek, D. The nurse practioner: The current situation and implications for curriculum change. In D. Ozimek, *Relating the open curriculum to accountability in baccalaureate nursing education*. New York: National League for Nursing, 1976.
- Rothberg, J.S. Nurse and physician's assistant, Issues and relationships. *Nursing Outlook*, 1973, 23, 154~158.
- Siegel, E. & Bryson, S.L. Redefinition of the role of the public health nurse in child health supervision. *American Journal of Public Health*, 1963, 53, 1005~1024.
- Waston, J. Role conflict in nursing. *Supervisor Nurse*. 1977, 8 (July), 40~41, 45~47, 50.
- Yeoman, R. Randomized observations for functional analysis of nurses in expanded and traditional roles. *Military Medicine*, 1977, 142.