

한방간호 이론구축을 위한 연구 : Q 방법론적 접근*

신 혜 숙**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

1994년 2월 현재 전국에는 11개의 한의과 대학이 있고 그 중 대학 부속한방병원 개설되어 있는 곳이 9개이며 그 외 크고 작은 한방병원이 52여개, 한방의원 3천 9백여개로 점차 증가 추세에 있다. 그러나 현행 간호교육제도에 있어서 간호학생을 위한 韓醫學의 교육과정이 부진한 실정이며, 현재 한방병원에서 근무하고 있는 간호사들이 韓醫學에 대하여 학문적 이해없이 간호업무를 수행하고 있기 때문에 어려움을 겪으면서 여러가지 문제점이 야기되고 있다(간협신보, 1992, 1992a, 1993b ; 고, 1993 ; 오, 1993 ; 옥, 1993 ; 이강이, 1993 ; 이희대, 1993). 또한 한방근무 간호사들에게 정확하고 체계적인 오리엔테이션을 주고 싶으나 지침서도 불충분하고 지식에도 한계가 있는 실정(간협신보, 1992, 1993b ; 윤, 1992)으로 이미 대한간호협회가 전국 52개 한방병원 간호부서 책임자를 대상으로 실시한 조사를 통해서도 한방근무 간호사들의 96% 이상이 전문교육을 원하고 있는 것으로 나타났다(간협신보, 1993a, 1993b).

韓醫學의 장점이라고 할 수 있는 인간관은 인간을 각 부분이 아닌 전체로 보고 개별성과 독특성으로 인정하

는 간호학의 동시성 패러다임에 입각한 Rogers(1970)와 Watson(1985)의 인간관과 일치하며, 자연현상을 대우주로, 인간을 소우주로 생각하는 자연과 인간과의 합일성을 강조한 환경과 인간과의 밀접한 상호관계 그리고 건강을 균형과 조화개념으로 설명하고 마음의 중요성을 강조한 점은 간호학적 사고와 유사하다고 볼 수 있겠다(강, 1993 ; 고, 1993 ; 이, 1992).

그러므로 韓醫學과 看護學은 질병을 치료하고 건강한 삶을 영위하도록 하는 방향성이 일치하고 기본적인 철학 등이 매우 유사하기 때문에 韓醫學의 기본사상과 이론을 이해하는 입장에서 간호의 韓醫學的 接近方法이 모색되면 우리 고유의 한국적 간호학이 개발되리라 본다.

이를 위하여 한국의 문화에 적합한 韓醫學的 接近의 간호이론구축이 우선되어야 하며, 이는 현 한의학계와 간호학계가 공동 협력하여야만 가능하다고 보고 본 연구에서는 의료계에 종사하는 전문인들을 대상으로 한방에서의 간호에 대한 그들의 주관성(의견이나 태도)를 탐색하고자 하였다. 즉, 그들이 지니고 있는 한방에서의 간호에 대한 주관성(의견이나 태도)을 밝히는 작업이 곧 韓方看護 理論構築과 이를 위한 전략 구성에 기초가 된다고 보아 인간의 주관성 연구에 적합한 Q-방법론(김, 1992)을 이용하여 본 연구를 시도하였다.

* 박사학위 논문

** 경희대학교 의과대학 간호학과 강사

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 韓方看護에 대한 의료전문인들의 주관성(의견이나 태도)을 이해하고 한방에서의 간호에 대한 유형별 특성을 파악함으로써 이를 한국적 간호이론정립을 위한 韓方看護 理論構築의 자료로 활용하고자 한다.

본 연구의 구체적 목표는 다음과 같다.

(1) 한방에서의 간호에 대한 주관성의 구조를 의료전문인들의 의견이나 태도를 탐색하여 유형화한다. 이는 의료전문인들 사이에 한방에서의 간호적용이 어떤 개념으로 어느 정도까지 자리 잡고 있는가에 대한 탐색이다.

(2) 한방에서의 간호에 대한 유형별 특성을 확인하고 기술한다. 독립적으로 존재하는 각 유형의 특성으로부터 韓方看護의 적용범위와 적용가능성을 탐색한다.

(3) 한방에서의 간호에 대한 주관성 구조에 따라 韓方看護의 概念定立과 효율적인 한방간호중재를 위한 교육적, 정책적 대안을 제시한다.

II. 이론적 배경

韓醫學의 관점에서 본 인간은 자연과 合一의인 存在이고 몸과 마음이 하나인 全體性을 가진 존재이며, 陰陽의 原理로 자연의 이치와 리듬을 따라 順應(調和)할 때 인간은 건강을 유지할 수 있다고 본다.

Parse(1987)는 간호학적 탐구를 간호를 바라보는 발상법적 관점에 따라 크게 부분총합 패라다임(Totality Paradigm)과 동시성 패라다임(Simultaneity Paradigm)으로 구분하였는데, 부분총합 패라다임에 입각한 구조이론적 특성은 인간을 객관화하여 탐구하였고 동시성 패라다임에 입각한 역동이론은 인간존재를 부분의 총합과는 다르며 부분의 총합 그 이상인 것으로 가정하여 이 패라다임에서는 인간의 의식과 의미의 주관성을 강조하고 있다(최, 1991, 1992; Parse, 1987).

인간주의 간호철학을 수용하는 Rogers(1970)의 관점이나 현상학적, 실존주의적 관점에서 인간을 보는 Watson(1985)의 돌봄이론 등은 Parse(1987)의 동시성 패라다임에 속하는 주관주의적 연구방법을 통하여 이루어져야 하는 것으로(김, 1991, 1992; 최, 1991, 1992; Chinn, et al., 1983; Marriner-Tomey, 1980)

전통적인 우리의 韓醫學도 인간을 부분의 총합 그 이상으로 보는 동시성 패라다임에 입각한 개인의 주관성을 중시하는 것으로 보아도 지나치지 않으리라 생각된다.

한편 건강에 대한 사고를 정체되지 않은 역동적인 개념으로 보고 건강을 균형과 조화로 개념화하는 간호이론가들처럼(김, 1986; 하, 1986; Fawcett, 1984; Lee, 1992; Levine, 1973; Raynold, 1975; Theory Conference Group, 1979) 韓醫學에서 강조하는 건강관의 중심개념인 균형과 조화로써 이상의 간호개념과도 유사함을 찾아볼 수 있겠다.

또한 Rogers(1970)이론에서의 에너지 개념과 韓醫學에서의 氣개념도 유사한 개념이라 생각되며, 건강하기 위하여 마음의 중요성 즉, 내적 요인을 강조한 면은 심리적 간호의 중요성을 강조하는 간호의 흐름과도 일맥상통한다고 볼 수 있겠다.

또한 오늘날의 간호가 전인간호개념에 입각하여 인간을 부분의 합이 아닌 전체로 보아 접근하며 인간의 개별성과 독특성을 인정하려는 것(김, 1990; 김, 1986; 박, 1988; 신재 석좌운영위원회, 1987; 오, 1986; 이, 1986; 최, 1986, 1990; 하, 1986)은 韓醫學에서 강조하는 인간관과 개인의 체질에 따라 문제를 해결하려는 입장과 깊은 연관성이 있다고 하겠다.

특히 체질과 개인차를 구분하여 치료와 양생방법을 적용하는 것이 韓醫學의 특징으로 개인차에 따른 치료법과 건강유지법을 정하여 체질과 개인차를 바탕으로 한 치료법과 건강유지법을 간호에 있어서도 적용한다면 韓醫學의 특유한 체질의학적 접근을 통한 개인에 따른 개별간호도 가능하리라 본다(고, 1993; 대한한의사협회, 1992; 송, 1993; 이, 1993; 전, 1991; 허, 1992).

이처럼 한의학과 간호학의 유사한 사고의 관점은 韓醫學이 지닌 철학을 바탕으로 새로운 韓方看護가 개발 적용될 수 있음을 시사해 주며, 따라서 고(1993)는 韓醫學의 자연과 인간의 합일사상을 첨가한 간호관은 韓方看護 정립에 적절하다고 보았다.

최근의 경향은 보건지식수준과 위생개념과 향상에 따라 전염병이나 감염성 질환보다는 각종 성인병·노인질환 등 만성질환이 늘어나는 추세이다(김, 1988; 김, 1993; 서와 오, 1993; 신재 석좌운영위원회, 1987; 오, 1993; 전, 1987; Bartels, 1990; Strauss et. al., 1984). 따라서 자연치료법의 강조와 함께 자연과 조화를 이루어 순응하는 방법을 가르치는 韓醫學의 攝生法

과 健康維持法을 응용한 새로운 간호의 적용이 요구된다고 하겠으며(고, 1993 ; 송, 1993), 아울러 韓醫學의 養生方法(정신측면·생활측면·식이측면)들의 간호학적 응용은 간호가 예방의학적 측면이 건강유지 및 건강증진 차원에서 이루어질 수 있도록 기여할 것이다(고, 1993 ; 원, 1989 ; 이, 1976 ; 이, 19993 ; 종과 유, 1981 ; 중국중의학원, 1972 ; Lee, 1992).

그 밖에도 산업체나 학교보건현장에서도 흔히 있을 수 있는 우발사고시 타박상이나 열좌에 대한 응급처치로 韓醫學에서 하는 지압요법이나 안마 등 韓醫學의 應急治療 요령을 터득함으로써 상황에 대처하는 능력을 부여할 수 있어 산업보건이나 학교보건에도 韓醫學의 接近을 통한 간호를 적용할 수 있다고 본다(고, 1993 ; 대한한의사협회, 1992 ; 송, 1993b ; 이, 1993 ; 홍, 1991).

장도리 밖에 없는 사람은 모든 것을 장도리로 처리하려 하나 모든 도구의 구색을 갖추어 끌고루 갖고 있는 사람은 그때 그때 가장 적절한 도구를 골라 사용할 수 있듯이(전, 1992), 우리의 간호도 양방이나 한방이냐의 二分法的 선택논리에서 벗어나 동·서의 학 양진영을 향하여 보다 심도 있는 탐구와 노력으로 민족의 문화사상에 부합되는 질적인 간호를 모색해야 한다고 본다.

따라서 韓醫學의 基本理論을 이해함과 동시에 개방적이고 융통성 있는 자세로 새로운 간호의 접근방법을 모색한다면 이는 韓方看護理論定立은 물론 한국인의 정서 및 의식구조에 부합되는 간호이론개발을 가능케 하리라 생각한다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

Q-방법론은 인간의 주관성 구조에 따른 각 유형별 이해가 가능하므로 본 연구 목적인 韓方看護의 적용범위 및 적용가능성, 그리고 효율적인 韓方看護仲裁를 위한 교육적, 정책적 대안제시에 있어서 적절한 방법론이라고 생각된다.

Q-방법론은 “발견”에 초점을 두고 있는 가설 채택의 의미를 지닌 방법론으로서 새로운 아이디어가 요구되는 韓方看護의 理論構築에 대한 본 연구 목적과 부합될 수 있기에 본 연구에서는 韓方看護의 理論構築을 위한 방법으로 Q-방법론을 택하게 되었다.

2. 연구방법

(1) Q-표본의 표집방법(Q-sampling method)

Q-표본 선정 방법은 Q모집단의 구성방법과 Q-표본 선정의 두 단계로 진행이 되었다.

1) Q-모집단(Q-population)의 구성

한방에서의 간호개념이 매우 추상적이고 복합적인 개념으로 이루어진 것이어서 면담만을 통한 방법으로는 충분한 진술문을 추출키 어려워 한방에서의 간호와 관련된 문헌을 참고하여 Q-모집단을 구성하였다.

본 연구에서는 Q-모집단 추출을 위해 한방에서의 간호라는 주제에 대해 흥미를 갖고 있거나 관심이 있는 전문가가 포함된 다양한 그룹을 포함하였다. 면담 대상자들은 한의학 교수, 간호학 교수, 한방병원에 근무하는 의사, 간호사 및 입원 중인 환자나 보호자이며 직접 면담을 통하여 개방형 질문에 따른 진술내용을 회수하였다. 회수된 자료는 문항별로 중복되지 않도록 정리하여 반복적인 구독과 검토를 통하여 모든 응답자들의 진술문을 총망라하여 Q-표본 선정을 위한 154개의 진술문을 추출하였다. 그 외 韓方看護와 관련된 문헌연구를 통해 추출한 54개의 진술문 합쳐 총 208개의 Q-모집단을 구성하였다.

2) Q-표본의 선정

본 연구에서는 韓方看護에 대한 개인의 주관성(의견이나 태도)을 밝힘과 동시에 궁극적으로 한방에서의 간호이론구축을 하는 것으로 이론적 배경을 지녀야 할 목적이 있기 때문에 구조화된 방법을 사용하였다.

Q-모집단이 구성된 후 Q-표본의 선정과정은 준비된 韓方看護에 관한 Q-모집단을 놓고 주제별로 혹은 진술문들의 類目的 윤곽이 드러날때 까지 여러번 반복해 읽으면서 분류하였다. 그 결과 2×3의 factorial design으로 6개의 cell에서 각각 거의 동수의 진술문을 골라 결국 Q-sample의 size는 37개가 되었다. 이 과정이 끝난 뒤 본 연구자 이외의 지도교수 및 한의학 교수와 Q-방법론 학자에게 분류결과를 의뢰하여 거듭 검토하여 문제가 있는 문항들은 서로 의견교환 후 재조정하여 최종적으로 37개의 Q-표본을 선정하였다.

(2) P-표본의 표집방법(P-sampling method)

본 연구의 문제는 사회적으로 논란이 될 만큼 다양한

계층의 사람들에게 관심 대상이 되지 못하므로 본 연구에서는 K대학 한의학교수, 의학교수, 간호학교수, K대학 부속병원 양·한방 의사, 간호사 및 2개의 한방종합병원 의사, 간호사 등 의료계에 종사하는 전문인들을 대상으로 하였다. 즉, 본 연구의 P-sample은 한의학교수(4명), 한의사(10명), 의학 교수(3명), 양의사(7명), 간호학 교수(6명), 한방근무 간호사(14명), 양방근무 간호사(10명), 간호학과 박사과정학생(3명)등으로 총 57명이었다.

(3) Q-표본 분류(Q-sorting)과정 및 방법

Q-sample과 P-sample의 선정이 끝나게 되면 Q카드와 Q-표본의 분포모양을 준비한 후 P-sample로 선정된 각 응답자(Q-sorter)에게 일정한 방법으로 분류(Q-sorting)케 하는데, Q-sorter는 Q-sample(진술문)을 읽은 후 그것을 일정한 분포 속에 강제적으로 분류하게 되는데, 이것은 바로 Q-sorting의 초점이 한 사람이 특정 항목을 찬성 혹은 반대하는가에 있지 않고 그가 어떻게 항목들을 마음 속에서 순서를 정하는가에 있기 때문이다(김, 1990; Stephenson, 1962, 1982).

Q-sorting이 끝난 직후에는 양극에 위치한 전극찬성과 적극반대에 분류한 진술문 하나 하나에 대한 선택 이유를 면담을 통해 조사하여 응답내용을 여백의 종이에 기록해 두었다.

그 밖에도 P-표본들의 관련된 인구학적 속성 중 연령, 성별, 직업, 근무병동 및 전공, 임상경력 및 교원경력 등을 응답토록 하였다.

(4) 자료처리 및 분석방법

P-표본으로 표집된 57명에 대한 자료수집이 완료된 후, 수집된 자료를 컴퓨터에 data file로 입력시킨 후 코딩은 배열카드에 기록된 진술항목 번호를 확인해 가면서 가장 반대하는 경우에 1점으로 시작하여 중립인 경우 5점, 가장 찬성하는 경우에 9점을 부여하여 점수화하였다.

한편 자료의 분석은 PC의 Quanl program을 이용하여 처리하였으며, Q-요인 분석은 주인자 분석(Principal Component Analysis)방법을 이용하였다. 가장 이상적인 요인수의 결정을 위해 Eigen value 1.0 이상을 기준으로 하여 요인수를 다양하게 입력시켜 산출된 결과 중 이상적인 유형이라고 판단된 다섯개 유형을 최종적으로 선택하였다.

IV. 연구결과와 해석 및 논의

1. 간호의 한의학적 접근에 관한 주관성의 구성

본 연구 결과 간호의 韓醫學의 接近에 대한 主觀性은 5개의 유형으로 분류되었다. 이들 유형은 요인분석인 주인자분석방법을 통해 얻어진 것으로 5개의 요인이 전체 변량의 54.7%를 설명하고 있으며, 각 유형별 설명력은 제 1유형이 30.7%, 제 2유형이 20.5%, 제 3유형이 67%, 제 4유형이 4.4%, 제 5유형이 3.5%였다. 각 유형간의 상관관계 계수 중 유형 1과 유형 2, 그리고 유형 2와 유형 5와의 관계를 제외하고는 비교적 약간 높게 나타났다. 그러나 Q-방법론에서의 유형간 상관관계는 R 연구에서의 요인분석방법과는 달리 각 요인간의 독립성(orthogonality)을 전제로 하지 않기 때문에 상관관계 계수 r값의 높고 낮음에 따른 요인추출방법의 논란은 제기되지 않는다.

연구대상자의 구성은 제 1유형 8명, 제 2유형 11명, 제 3유형 17명, 제 4유형 10명, 제 5유형 11명으로 구성되었으며(표 1 참조), 각 유형내에서 인자 가중치(factor weight)가 가장 높은 사람일수록 그가 속한 유형을 대표하는 전형적(prototype) 혹은 이상적(ideal)인 사람임을 의미한다.

제 1유형은 한의학적 시각에 대한 이해를 요구하는 형으로서 간호의 韓醫學의 接近을 위한 기본적인 학문 근거를 요구하는 原理論者(Fundamentalist)이며, 제 2유형은 韓方看護의 領域 혹은 그 獨自性을 부인하는 형으로 한·양방에서의 간호는 구별되지만 한방에서 간호의 독특성을 인정하지 않는 懷疑論者(Pessimist)이다. 제 3유형은 한·양방간호를 융합하여 새로운 간호영역을 모색하고자 하는 韓國的看護理論 摸索型으로 한·양방간의 간호에는 차이가 있을 수 없으며, 단지 간호를 위한 접근 방식에는 차이가 있을 수 있으므로 따라서 한·양방의 특성을 살린 새로운 간호영역인 고유한 한국적 간호이론을 모색해야 한다는 調和論者(Harmonist)이다. 제 4유형은 한국적 간호이론을 소극적으로 기대하는 형으로 한방에서의 새로운 간호영역을 모색하기 위해 한국인의 특성을 살린 체계적이고 이론적인 한국적 간호이론이 있었으면 하는 나약한 追從者(Needy Follower)로 구성되어 있다. 제 5유형은 韓方看護仲裁 提示型으로 간호의 임상실무를 위하여 구체적인 한방간호중재방안을 제시하고 있는 具體的 代案提示者(Alternative Giver)인 창안자(Innovator)로 구성되어 있다.

〈표 1〉 P-표본의 유형별 인자가중치

type1(N=8)			type2(N=11)			type1(N=17)			type1(N=10)			type1(N=11)		
16M	41	1.6585	15F	39	1.7388	6F	38	2.0146	17F	26	1.7877	36M	46	1.9137
22F	29	1.3072	14F	31	1.3943	42M	42	1.4535	9F	28	1.4324	24M	33	1.7780
37M	63	1.2003	10F	32	.9664	43M	37	1.2328	40F	44	1.3821	52M	29	1.6538
18M	39	.8653	46F	50	.9423	41F	49	.9858	1F	47	1.3375	54M	48	1.3326
53M	39	.8268	30M	31	.8460	34M	29	.9724	5F	37	.8776	28M	28	1.2429
38M	54	.7013	44M	39	.8396	45F	47	.9226	32F	34	.8044	23M	39	1.2029
35M	38	.6898	11F	32	.6716	21F	27	.9186	25F	47	.5163	19F	31	.9031
56M	34	.6263	27F	32	.6408	33M	32	.8496	13F	26	.5037	8F	39	.796
			57M	42	.6356	26F	38	.8376	51F	46	.5016	2F	25	.6076
			7F	32	.6272	31F	33	.7746	49M	57	.3659	5M	39	.5502
			29F	32	.5217	20F	39	.7181				39M	57	.5415
						2F	28	.6113						
						47F	56	.5477						
						48F	46	.5048						
						3F	37	.4995						
						4F	31	.3515						
						50F	47	.3081						

2. 간호의 한의학적 접근에 대한 유형별 특성 및 특성에 따른 논의 및 간호전략

(1) 제 1유형 : 原理論者(Fundamentalist) ; 韓醫學的 視覺理解 要求型

강한 동의와 강한 부정 진술항목을 통한 제 1유형의 특성은 구체적으로 〈표 2〉에 나타나 있다. 한방에서의 간호란 단순히 한의사의 치료과정을 돕는 것이 아니라 한의사의 진단과 치료행위 등 환자를 바라보는 시각에 대한 이해가 우선되어야 하며, 한방에서의 독창적인 치료방법인 체질에 따른 음식섭생 및 양생법, 뜸, 부황, 침과 같은 치료과정시 한방원리를 이용한 독자적인 간호중재가 요구된다고 하였다.

간호대상자 각 개인의 특성을 고려한 개별간호 제공으로 보다 질적인 전인간호가 가능해지며, 또한 한·양방에서의 간호를 상호보완하면 한국의 독자적인 새로운 간호영역이 모색될 수 있으리라고 보았다.

그러나 현재 한방에서의 간호는 체계적인 이론의 뒷받침이 부족하고 전문성이 결여되어 있어, 이러한 역할 수행이 불가능하므로 정규 교육과정이나 보수교육을 통하여 韓醫學에 대한 기본원리나 각종 등 한

방이론의 교육이 시급하다는 견해를 지닌 것으로 확인되었다.

유형 1에 속한 사람들은 전체 대상자 57명 중 8명으로 남자 7명, 여자 1명이었다. 이들의 대부분은 韓醫學을 전공한 한의사나 한의학 교수로 구성되었다. 그 특성을 좀 더 구체적으로 이해하기 위하여 제 1유형의 대표성을 지닌 사람들(16번, 22번, 18번의 대상자)을 중심으로 Q-sorting 당시 면담 및 관찰한 내용을 구체적으로 기술하면 다음과 같다.

간호의 韓醫學的 接近에 대한 16번 대상자의 견해는 우선 한방에서의 간호와 양방에서의 간호는 기본적인 사상, 철학 등 배경이 서로 다르기 때문에 근본적으로 차이가 있다고 생각하였다. 그는 현재 진행중인 한방에서의 간호는 韓醫學을 이해로 한 간호라 할 수 없으며 따라서 간호사에게 韓醫學에 대한 기본적인 이해가 가장 요구된다고 하였다. 즉, 환자를 위해서는 한의사가 보는 시각과 동일해야 한다고 강조하였다. 결국 한방과 양방에는 인체를 보는 시각의 차이가 있다고 주장하며 간호사들이 자연과학적 방법론에 의한 것이 아니라 韓醫學의 기본원리인 음양오행 등에 대한 구체적인 관심과 연구, 그리고 배움이 있어야 한다고 생각하는 자로서 한방

에서의 간호접근을 위해서는 韓醫學의 기본적인 이해가 우선해야 한다는 견해를 강조하였다.

22번 대상자는 양·한방의 협진체제하에 근무하는 한 의사로 한방간호의 역할(예: 체질을 고려한 접근)을 우선 이해함에 있어서 간호사에게 제일 중요한 점은 한의사의 진단과 치료행위 등 환자를 바라보는 시각을 이해해야 하는데 이는 한의사나 간호사가 같이 협조하여야만 환자를 치료할 수 있기 때문이라고 하였다. 한방의학적 기초지식이 없기에 간호사와 협조가 잘 되지 못하는 점(예: 간호기록의 이미, 약물 사용 기제 알지 못함, notify의 이유를 알아듣지 못함)이 실제 임상에서의 어려움이라고 하였고, 따라서 간호사들이 韓醫學의 이론의 기초로 환자를 辨證하는 것까지도 필요하다고 생각하였다.

37번 대상자는 한방에서의 간호는 우선 독자적인 전문성이 요구되기에 이에 따른 교육이 시급하다고 생각하고 있었다. 한방에서의 관점은 양방과는 기본적인 원리가 다르므로 한방에서의 간호는 한방원리(체질중심

학이기 때문에 간호도 이에 맞추어야 하는 것 등)를 이해하는 수준에서 행해져야 한다고 강조하였으며, 한방에서 이루어지는 간호는 보조적인 개념보다는 곧 치료라는 전문성을 강조하였다. 따라서 간호의 韓醫學의 接近에서의 가장 중요한 점은 韓醫學의 기본지식을 기초로 한 독자적인 간호가 요구된다고 생각하는 韓醫學에 대한 기본적인 시각을 중시하였다.

이상에서 볼 때 이 유형에 속하는 대상자들이 생각하는 한방에서의 간호는 독자적인 전문성이 필요하다는 것이다. 이를 위해서는 한의사의 진단과 치료 등 韓醫學의 학문적 시각을 우선적으로 이해하여야 하며 따라서 한방근무 간호사에게 가장 중요한 것은 한의학에 대한 기본적인 철학 및 이론의 지식을 기반으로 그들의 시각을 이해해야 한다는 것이다. 결국 간호의 韓醫學의 接近을 위해서는 기본적인 이론적 근거가 요구됨을 강조하는 원리론자임을 확인할 수 있으며 따라서 그들은 한방에서의 간호는 우선적으로 韓醫學의 視覺의 이해 위에서 수행되어야함을 강조한다고 볼 수 있겠다.

〈표 2〉 제 1유형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

항목번호	진술항목	표준점수(z-score)
19	한방근무 간호사에게 제일 중요한 점은 한의사의 진단과 치료행위 등 환자를 바라보는 시각을 이해해야 하는 것이다.	1.90
35	한방에서의 간호는 독자적인 전문성을 요구하므로 이에 따른 교육(간호교육과정, 보수교육 등)이 시급한 실정이다.	1.40
27	한방에서의 간호는 현재 체계적인 이론의 뒷받침이 부족하다고 생각한다.	1.36
37	한방의학과 양방의학의 상호보완을 통해 한국의 독자적인 제 3의 학이 개발될 수 있으며 이에 따른 간호영역도 새로이 모색될 수 있다고 본다.	1.29
5	한방에서의 간호는 현재 전문성이 결여되어 있다고 생각한다.	1.29
9	한방에서의 간호는 간호대상자 각 대인의 특성을 고려한 개별간호라는 점에서 더욱 질적인 전인간호가 가능하다	1.27
31	한방근무 간호사는 대상자의 체질에 따른 음식섭생과 양생법에 대해 교육해야 한다는 점에서 그 역할이 매우 특징적인 것 같다.	1.00
3	한방에서의 간호는 질병의 원인제거보다는 저항력(자연치유력)을 강화시키는 데에 중점을 두어야 한다.	-1.10
32	한방에서의 간호란 질병치료보다는 건강유지와 건강증진 차원에서의 간호라 생각된다.	-1.17
34	한방에서의 간호에는 양방에서보다 독자적인 간호업무가 적다고 생각한다.	-1.36
1	한방에서의 간호는 숙련된 간호기술보다는 정성을 더 우선해야 한다.	-1.38
6	한방에서의 간호는 양방에 비해 병원에 입원한 환자만을 대상으로 하고 있다.	-1.49
12	한방근무 간호사와 양방근무 간호사와의 역할의 차이는 뜸, 부황, 침과 같은 치료에 따른 간호에 있을 뿐 그 외는 동일한 것 같다.	-1.69
2	한방에서의 간호는 양방에서의 간호에 비해 노인환자나 중풍환자에게 더 적합한 것 같다.	-1.71
13	한방에서의 간호란 한방원리를 간호에 적용한다기 보다는 단순히 한의사의 치료과정을 돕는 데 불과하다.	-1.77

더구나 제 1유형 대부분의 구성원이 한의사와 한의학 교수임을 볼 때 한방에서의 간호가 韓醫學에 대한 근본적인 이해를 우선으로 해야 한다는 의견은 당연한 결과라고 본다. 韓醫學의 視覺은 기존의 양방에서 환자를 보는 견해와는 달리 근본적으로 차이점이 있음을 시사하는 것으로 한방에서 근무하는 간호사는 무엇보다 韓醫學의 視覺에서 간호가 행해져야 한다는 것이다.

결국 제 1유형의 원리론자들은 한방에서의 간호는 韓醫學의 기본적인 이론적 근거 위에서, 특히 韓醫學的 視覺에서 이루어져야 한다는 방향성을 제시하는 집단임을 확인할 수 있으며 따라서 韓醫學的 視覺理解 要求型이라 말할 수 있겠다.

그러므로 제 1유형인 원리론자들의 시각을 중심으로 한 간호학적 의의는 간호학에서도 韓醫學의 基本哲學과 理論을 받아들여 이해함으로써 이를 바탕으로 한 임상 실무 적용이 가능하다는 점이다.

이를 위한 전략은 우선 간호교육면에서 교육과정에 韓醫學과 관련된 교과목의 도입이 요구되며(고, 1993; 이강이, 1993; 이 등, 1992), 韓方看護의 理論과 實習이 병행되는 교육과정의 검토가 필요하다(양 등, 1992). 즉, 韓醫學에 대한 학문적 이해를 수립한 후 그 특성의 장점을 활용한 임상적용 간호방안이 모색되어야 한다. 이러한 결과로서 한방의 간호업무들 보다 효율적으로 수행할 수 있는 한방간호 프로토콜이 개발될 수 있고, 한방의 독자적인 간호모델개발 역시 가능하리라 사료된다.

(2) 제 2유형 : 懷疑論者(Pessimist) ; 韓方看護의 獨自의 領域 否認型

간호의 韓醫學的 接近에 관한 제 2유형의 특성은 회의론자로서 韓醫學的 간호의 개념이 미성숙되어 있거나 개념자체를 부인하는 형이라고 명명할 수 있다. 이들은 한·양방에서의 간호접근이 서로 다름을 인정하면서도, 현재 한방에서의 간호에는 전문성, 체계성이 없기 때문에 그 우월성이나 독자성을 인정할 수 없다는 부정적인 견해를 지닌 회의론자(Pessimist)임이 확인되었다.

강한 동의와 강한 부정의 진술항목을 통해 제 2유형의 특성을 구체적으로 살펴보면(표 3 참조), 한방에서의 간호를 고려해 볼 때 우리나라 전통사상, 음양오행, 기본철학 등의 차이로 간호에 분명한 차이가 있을 수는 있으나, 현재의 韓醫學的 接近의 간호에는 그 독특한 기본적인 전문성, 학문적 검증성이 결여되어 있어 학문적 체계성이나 전문성을 인정할 수 없고, 그렇기 때문에 간호

현장에서의 역할에도 그 전문성·독자성·우월성이 전무한 상태이므로 현 시점로서는 韓醫學的 接近의 간호를 인정할 수 없는 부정적인 견해를 가지고 있음을 확인할 수 있다.

제 2유형에 속해 있는 연구대상자를 살펴보면 남자 3명, 여자 8명, 총 11명으로 구성되어 있으며, 이들 중 3명이 한방부서와 관련이 있고 나머지 8명은 양방근무 간호사 내지는 양방의사, 간호학 교수로 구성되었다. 그 특성을 좀 더 구체적으로 이해하기 위하여 대표성을 지닌 사람들(15번, 14번의 대상자)을 중심으로 Q-sorting 당시 면담 및 관찰한 내용을 구체적으로 기술하면 다음과 같다.

15번 대상자는 한방에서의 간호에 대해 생각해 본 적이 전혀 없다고 하였으며, 우선 한방에서의 간호는 현재 체계적인 이론의 뒷받침이 부족하고 무엇보다도 간호사들이 한방에 대한 지식의 결여로 독자적인 간호를 못하고 있다고 생각하고 있었다. 현재의 한방에서의 간호에 대한 특별한 의견은 지니지 못하고 단지 한방에서의 간호는 양방에서의 간호와 차이가 있을 것이라고 추측하고 있으며 따라서 한방이 존재하는 한 이에 따른 간호도 있어야 하지만 간호를 위한 검증된 연구도 없고 문헌도 마련되지 있지 않아 한방에서의 간호의 독특성을 인식하지 못하고 있었다.

14번 대상자는 한방에서 근무한 적은 없으나 최근 특실에서 한방입원환자를 간호해 본 경험이 있는 자이다. 간호의 韓醫學的 接近에 대한 그의 견해는 한방에서의 간호가 현재 전문성이 결여되어 있다고 생각하고(환자의 상태에 따른 특별한 독자적 간호를 제공하지 못함은 물론 활력증후 외에 다른 다른 역할을 못하는 것 같으며 필요시 즉시 투여되어야 하는 응급조치 약물 조차도 간호사의 독자적 사용이 불가능함 등) 韓醫學的인 이론에 대한 소홀함으로 인해 특별한 견해는 없었다.

이들은 한방에서의 간호와 양방에서의 간호는 기본적인 사상, 철학 등 배경이 서로 다르기 때문에 근본적으로 차이가 있다고 생각은 하지만 한방에서의 간호만이 지니는 독특성은 인정하지 않았다. 예를들면 한방에서의 간호를 위한 병실환경은 양방에서의 병실환경과는 달라야 하며, 한방에서의 간호는 보건의료분야에서 점점 중요한 위치를 차지하고 있다든지, 한방에서의 간호는 간호대상자 각 개인의 특성을 고려한 개별간호라는 점에서 더욱 질적인 전인간호가 가능하다는 의견에 절대 부정을 나타냄으로서 한방에서의 간호의 독특성을 인정하지 못하였다.

다시 말해 현 상태의 한방에서의 간호는 체계적이고 문적인 전문성 및 검증의 결여로 그 독특성을 인정하지 못하기 때문에 韓醫學의 接近의 간호를 인정하지 않는 견해를 지니게 되었으며, 이는 이 유형의 대표를 지닌 구성요원들의 韓醫學에 대한 학문적 접근이 韓醫學的 側面的 干涉 접근 기회가 없었던 탓으로

생각된다.

따라서 제 2유형은 한·양방간의 간호접근의 차이는 인정하고 있으나 특별히 한방에서의 간호의 새로운 영역을 인식하지 못하는 현재의 한방에서의 간호의 수준만을 평가하는 정도에 그치는 견해로서 韓方看護의 獨自的 領域 否認型임을 알 수 있다.

〈표 3〉 제 2유형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

항목번호	진술항목	표준점수(z-score)
8	한방근무 간호사는 대상자의 보호자나 면회객에게 환자와 관련된 주의사항과 건강관리정보에 대한 교육을 반드시 제공해야 한다.	1.78
23	한방에서의 간호는 음양오행 등 우리나라의 전통사상과 맥을 같이 하며, 체계적, 이론적이긴 하나 검증되지 않은 부분이 많은 것 같다.	1.65
27	한방에서의 간호는 현재 체계적인 이론의 뒷받침이 부족하다고 생각한다.	1.65
15	한방에서의 간호와 양방에서의 간호는 기본적인 사상, 철학 등 배경이 서로 다르기 때문에 근본적으로 차이가 있다고 생각한다.	1.57
5	한방에서의 간호는 현재 전문성이 결여되어 있다고 생각한다.	1.34
35	한방에서의 간호는 독자적인 전문성으로 요구하므로 이에 따른 교육(간호교육과정, 보수교육 등)이 시급한 실정이다.	1.16
33	한방에서의 간호는 보건의료분야에서 점점 중요한 위치를 차지하고 있다.	-1.21
18	한방에서의 간호를 위한 병실환경은 양방에서의 병실환경과는 달라야 한다.	-1.26
30	한방에서의 간호는 양방보다 대상자의 요구를 간호에 거 많이 반영한다고 생각한다.	-1.31
25	한방에서의 간호는 양방에 비해 평상시 건강유지보존법(신체적, 정신적, 식이면 등)에 대해 더 많은 관심을 쏟는 편이다.	-1.38
20	한방근무 간호사의 역할은 양방근무 간호사들의 역할보다 더 중요한 것 같다.	-1.70
14	한방에서의 간호는 한의사의 지시에 의한 것보다는 독자적인 역할이 많다고 생각한다.	-1.75
24	한방에서의 간호는 양방에서 간호에 비해 산업체나 학교보건 현장의 우발사고시 더 잘 적용될 수 있다고 생각한다.	-2.13

이상에서 제 2유형의 간호학적 의의는 현재 학문성의 결여로 韓方看護의 독특성으로 인정할 수는 없지만, 한양방 간호접근에 있어 차이를 인정하고 있으므로 간호학에서도 韓方看護의 이론적인 뒷받침과 아울러 과학적이고 객관적인 간호원리를 개발하면 간호의 새로운 영역 모색이 가능하다는 점이다.

이를 위한 전략으로는, 韓醫學의 接近의 간호가 이론적인 뒷받침과 검증이 이루어지지 못하였으므로 과학적이고 객관적인 간호원리를 보완하는 측면에서 韓方看護를 모색해야 한다고 본다. 특히 제 2유형은 현재 한방에서의 간호 수준만을 평가하는 정도에 그치는 견해로 韓醫學의 接近의 간호의 독특성을 인정하지 못하는 의견으로 집약되어 있긴해도 한·양방간의 간호의 구별성을

인정하고 있어 앞으로 韓醫學의 接近의 간호가 이론적인 뒷받침과 검증이 이루어진다면 이들도 한방간호에 대해 그 독자성이나 전문성을 인정할 수도 있으리라고 사료된다.

나아가서 이에 대한 전문인들의 신선한 시각과 새로운 방식의 사고가 필요하며, 아울러 한방 원리의 독특성을 구체화하여 한방간호의 독자성 및 업무개발이 마련되어야 한다고 본다.

(3) 제 3유형 : 調和論者(Harmonist) ; 韓國的 看護理論 摸索型

강한 동의와 강한 부정의 진술항목을 통해 제 3유형의 특성을 구체적으로 살펴보면〈표 4 참조〉 한방에서의 간

호는 인간의 전체성(신체, 정서, 정신, 사회)을 고려한 접근이라는 점과 양방에서의 간호는 대상자의 전인간호에 초점을 둔 견해와는 서로 같으면, 또한 한방과 양방에서의 간호는 대상자의 정서적 중재를 위해 대상자-간호시간에 효율적인 상호작용이 필요하다는 시각은 동일하므로, 한·양방에서의 간호 그 자체에는 차이가 없고 구별될 수 없다는 견해였다.

특히 한·양방에서의 간호는 기본적인 사상, 철학 등 배경이 차이가 있지만, 간호의 기본개념에는 근본적으로 차이점이 없다는 견해를 지니고 있었다. 또한 이들은 한방에서의 간호가 음양오행 등 우리나라 전통사상과 맥을 같이하며 체계적 이론적이긴 하나 검증되지 않은 부분이 많으므로 이를 보완하여 한방원리와 숙련된 간호기술을 잘 적용하면, 한방의학과 양방의학의 상호보완을 통한 제 3의학이 개발될 수 있듯이 간호영역도 한국인 특성이 고려된 새로운 간호모색이 가능하리라는 의견이 지배적인 것으로 확인할 수 있었다.

유형 3에 속한 연구대상자를 살펴보면 전체 대상자 57명 중 17명으로 가장 많고, 한의학 교수를 제외한 모든 구성원이 포함되었으며 그 중 남자 5명, 여자가 12명으로 여자의 경우 간호사 8명, 간호학 교수 4명으로 이루어졌다. 그 특성을 좀 더 구체적으로 이해하기 위하여 제 3유형의 대표성을 지닌 사람들(6번, 42번, 43번의 대상자)을 중심으로 Q-sorting 당시 면담 및 관찰한 내용을 구체적으로 기술하면 다음과 같다.

6번 대상자는 한방에 근무하는 수간호사이며 임상경력은 한방에서 6년, 양방에서 8년 등 본 연구의 연구대상자 중 한방 근무 경력이 가장 오래된 간호사였다. 간호의 韓醫學의 接近에 대한 견해로 무엇보다도 한방과 양방에서의 간호는 대상자-간호사간의 상호작용에 있어 기본적인 관계에는 차이점이 없으며 한방에서의 간호는 인간의 전체성을 고려한 접근이라는 점에서 양방에서의 간호와 차이가 없다고 강조하였다. 한방에서의 간호와 양방에서의 간호는 기본적인 사상, 철학 등 배경이 서로 다르지만 환자를 돌본다는 것에서 근본적 차이는 없는 것으로 한·양방간 간호의 차이를 두지 않았다. 또한 한방의학과 양방의학의 상호보완을 통해 제 3의학이 개발될 수 있으며 이에 따라 간호의 영역도 새로이 모색될 수 있다는 견해를 지니고 있었다.

42번 대상자는 1993년 한의사들과 함께 李濟馬의 四象體質醫學理論의 적용에 관한 연구를 하였으며, 개인적으로 韓醫學에 대한 관심을 지니고 있는 양의사였다. 한방에서의 간호에 대한 그의 견해는 간호의 韓醫學의

接近에 따른 건강관은 인격의 수양과 자연에의 순응을 강조하므로 기존의 동양사상과 커다란 차이가 없는 것으로 생각하지만 한방에서의 간호와 양방에서의 간호가 별개로 존재한다고는 보지 않기 때문에 한방에서의 간호와 양방에서의 간호를 나누어 생각하는 것보다는 한방의 특수성을 이해하여 간호에 포함시키는 것이어야 한다고 보았다. 따라서 한방근무 간호사와 양방근무 간호사의 역할 역시 차이가 없는 것으로 생각하고 있으며 결국 한방, 양방에서의 간호의 근본은 동일해야 한다고 강조하였다.

43번은 韓醫學을 전공하지는 않았으나 개인적으로 韓醫學에 대한 관심이 많으며 이에 대한 저서들을 개인적으로 학습하고 있는 대상자였다. 간호의 韓醫學의 接近에 대하여 많은 관심이 있으며 한방근무 간호사에게 있어서 제일 중요한 점은 한의학의 치료 배경에 따른 이해가 필수적이라 생각하고 있고 특히 치료대상인 인간의 이해에 있어서는 양·한방간에 차이가 있을 수 없으므로 한방에서의 간호와 양방에서의 간호는 차이가 없다고 생각하였다. 결국 질병관이나 치료방법등에서 양·한방간에 차이가 있어 치료과정중 약간의 특수성이 나타나기는 하지만 기본적인 간호의 개념에는 큰 영향을 미치지 않는다고 생각하는 한방에서의 특수성을 살린 간호의 새로운 모색을 지향하는 대상자이다.

제 3유형에서 강조하는 견해는 결국 한·양방에서의 간호개념 즉, 간호가 추구하는 궁극적 지향점은 동일하다는 견해로 가장 많은 수의 연구대상자들이 이에 속해 있으며 특히 제 3유형의 대표성을 지닌 대상자들은 韓醫學에 대한 관심은 물론 이미 韓醫學의 특수성을 인정하는 자(서양의학만을 공부한 사람들임에도 불구하고)들임을 확인할 수 있겠다. 즉, 서양의학을 전공하면서도 韓醫學에 대해 개인적으로 관심을 갖고 접할 수 있는 기회로 한방에서의 특수성도 인정하는 수용자로서 한·양방간의 특성을 살린 새로운 간호영역의 모색을 기대하는 것으로 확인할 수 있겠다.

결국 제 3유형의 간호학적 의의는 한·양방에서의 간호의 궁극적인 기본개념은 동일하므로, 각각의 특수성을 인정하고 상호보완함으로써 이를 통한 제 3의 고유한 한국적 간호가 모색될 수 있다는 점이다.

이를 위한 전략으로 양방간호의 해부, 생리에 기초한 연역적, 분석적, 과학적인 사고와 한방간호의 귀납적인 임상적 실재를 중시하는 종합적 사고를 서로 잘 융합하여 교육과정이나 보수교육을 통한 철학과 이론의 정립을 시도한 후, 한·양방에서의 간호의 특수성을 살림과

〈표 4〉 제 3유형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

항목번호	진술항목	표준점수(z-score)
17	한방에서의 간호는 인간의 전체성(신체, 정서, 정신, 사회)을 고려한 접근이라는 점에서 양방에서의 간호와 차이가 없다.	1.66
37	한방의학과 양방의학의 상호보완을 통해 한국의 독자적인 제3의학이 개발될 수 있으며 이에 따른 간호영역도 새로이 모색될 수 있다고 본다.	1.56
23	한방에서의 간호는 음양오행 등 우리나라의 전통사상과 맥을 같이하며, 체계적, 이론적이긴 하나 검증되지 않은 부분이 많은 것 같다.	1.41
29	한방과 양방에서의 간호는 대상자의 정서적 증재를 위해 대상자 간호사간에 효율적인 상호작용이 필요하다는 점에서 차이점이 없는 것 같다.	1.38
19	한방근무 간호사에게 제일 중요한 점은 한의사의 진단과 치료행위등 환자를 바라보는 시각을 이해해야 하는 것이다.	1.35
21	한방에서의 간호는 한국인의 특성을 고려한 접근이어야 한다.	1.16
27	한방에서의 간호는 현재 체계적인 이론의 뒷받침이 부족하다고 생각한다.	1.04
10	간호의 한의학적 접근에 따른 건강관은 인격의 수양과 자연에의 순응을 강조하므로 기본의 동양사상과 커다란 차이가 없는 것 같다.	1.02
14	한방에서의 간호는 한의사의 지시에 의한 것보다는 독자적인 역할이 많다고 생각한다.	-1.09
36	한방에서의 간호는 신체적인 면보다는 심리적이거나 정신적인 면에 더 중점을 두어야 한다.	-1.10
20	한방근무 간호사의 역할은 양방근무 간호사들의 역할보다 더 중요한 것 같다.	-1.10
34	한방에서의 간호에는 영방에서보다 독자적인 간호업무가 적다고 생각한다.	-1.18
13	한방에서의 간호한 한방원리를 간호에 적용한다기 보다는 단순히 한의사의 치료과정을 돕는 데 불과하다.	-1.20
1	한방에서의 간호는 숙련된 간호기술보다는 정성을 더 우선해야 한다.	-1.22
24	한방에서의 간호는 양방에서의 간호에 비해 산업체나 학교보건현장의 우발사고시 더 잘 적용될 수 있다고 생각한다.	-1.93
15	한방에서의 간호와 양방에서의 간호는 기본적인 사상, 철학 등 배경이 서로 다르기 때문에 근본적으로 차이가 있다고 생각한다.	-1.95

동시에 서로의 한계점을 보완하는 입장에서 양자가 서로 조화 협조해야 한다는 것이다.

(4) 제 4유형 : 追從者(Needy Follower) ; 韓國的看護理論期待型

간호의 韓醫學的接近에 관한 제 4유형의 특성은 막연한 韓國的看護理論期待型이라고 명명할 수 있는데, 한국적 간호를 기대한다는 면에서 제 3유형과 유사하다고 할 수 있다. 그러나 이들은 한방에서의 새로운 간호영역을 모색하기 위하여 한국인의 특성을 고려한 체계적이고 이론적인 간호접근의 필요성을 인정은 하지만 구체적이고 혁신적인 어떤 제시보다는 막연히 그러하다는 사고를 지닌 나약한 추종자(Needy Follower)임을 알 수 있다.

강한 동의와 강한 부정의 진술항목을 통해 제 4유형의 특성을 구체적으로 살펴보면〈표 5 참조〉 한방에서의 간

호는 현재 체계적인 이론의 뒷받침이나 전문성이 결여되어 있다는 견해를 지니고 있으며, 이들은 한방에서의 간호가 양방에서의 간호에 비해 대상자의 요구를 잘 반영하거나 독자적인 역할이 많거나, 역할이 더 중요하다고는 생각하지 않지만 한방에서의 간호는 숙련된 간호기술과 한방원리를 적용하는 한국인의 특성을 고려한 접근이므로 한·양방에서의 상호보완을 통한 한국의 독자적인 간호영역이 새로이 모색될 수도 있으리라는 나약한 의지를 지녔다.

유형 4에 속한 연구대상자는 10명으로 남자 1명을 제외하고는 모두 여자였다. 특히 韓醫學을 전공한 한의사나 한의사 교수는 포함되지 않은 것으로 주로 韓醫學에 대한 전문성이 없는 연구대상자들로 구성되어 있으며 그 특성을 좀 더 구체적으로 이해하기 위하여 제 4유형의 대표성을 지닌 사람들(17번, 9번, 40번, 1번의 대상자)을 중심으로 Q-sorting 당시 면담 및 관찰한 내용을

구체적으로 기술하면 다음과 같다.

간호의 韓醫學的 接近에 대한 17번 대상자의 견해를 살펴보면 한방에서의 간호는 현재 체계적인 이론의 뒷받침이 부족한 것이 가장 시급한 문제라 생각하고 있으며 간호에도 나름의 독자성이 반드시 요구되는데 이론적인 합리적 근거가 없어 간호의 체계적인 이론개발이 요구된다고 보았다. 한방에서 간호는 현재 전문성이 결여되어 있어 실제 임상에서 한의사의 지시에 의해서만 이루어지는 상태(즉 한방에서의 간호는 양방에서보다 독자적인 간호업무가 적다고 생각함)라 보고 있다. 한편 신경의과 근무 중 뇌졸중환자로 합병증인 폐렴을 계속 앓아오던 환자가 기회가 되어 한방치료를 받은 후 쾌유된 것을 봄으로써 이러한 실체를 통한 한방의료에 대한 막연한 기대와 관심이 생기기 시작하였고 따라서 한방에서의 간호에도 관심이 있고 한방에서의 간호도 새로운 영역 모색이 필요하다고 생각하였다.

9번 대상자의 경우 한방에서의 간호는 이론적 뒷받침이 없다고 생각하며 따라서 현재 한방에서 근무하는 간호사는 자신의 역할에 자부심이 없는 것 같고 기존의 양방에서 수행해 왔던 일반적인 간호만을 수행하는(간호의 독자적인 전문성이 결여된 간호)것으로 보았다. 한방에서의 간호에 대한 관심은 있으나 특별히 구체적인 해결방안 등은 생각해 본 적이 없고 단지 한방에서의 간호는 우리 한국 사람의 특수성을 고려한 접근이며 좋겠다고 하였다.

40번 대상자는 간호학의 학부 교육과정내에 대부분 韓醫學에 대한 교육내용이 없이 기존의 간호사들이 韓醫學的 思考에 대한 무지한 상태에 있기 때문에 한방에서의 간호는 현재 체계적인 이론의 뒷받침이 부족하다고 생각하고 있었다. 한방에서의 간호는 앞으로 한국인에 맞는 접근으로 간호영역을 개발하여야 한다고 생각하고 있으며, 결국 한방에서의 간호는 한국인의 특성을 고려한 접근이어야 한다는 의견을 지녔다.

1번은 수간호사로서 임상에서 어려운 점은 한방에서의 간호가 현재 체계적인 이론의 뒷받침이 없다는 것이며 이에 따른 교육이 시급하다는 견해의 소지자이다. 무엇보다도 한방에서의 간호에 대한 관심이 필요함을 강조하며 새로운 간호의 개발은 한국인의 특성을 고려한 간호접근이 바람직하다고 생각하고 있었다. 앞으로의 韓方看護에 대해서는 매우 긍정적인 자세와 적극적인 태도를 지니고 있으며 개발하면 무궁한 발전의 여지가 많다고 생각하며 욕구는 있으나 주변의 여건이 어려워 “답답하다”고 표현하였다. 한방에서의 간호에 대한 리더가 필요하며 이를 위해 간호단체, 학교, 병원이 함께 이 일들을 맡아 담당하는 것이 필요하다는 견해를 지닌 자이다.

이상에서 볼 때 제 4유형의 대표성을 지닌 구성원은 韓醫學을 전공하지 않아서 이해는 못하지만, 간호의 韓醫學的 接近에 대한 한국인의 특성을 살린 체계적이고 이론적인 간호접근의 필요성을 강조하는 사람들이다.

<표 5> 제 4유형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

항목번호	진술항목	표준점수(z-score)
27	한방에서의 간호는 현재 체계적인 이론의 뒷받침이 부족하다고 생각한다.	2.14
35	한방에서의 간호는 독자적인 전문성을 요구하므로 이에 따른 교육(간호교육과정, 보수교육 등)이 시급한 실정이다.	1.98
37	한방의학과 양방의학의 상호보완을 통해 한국의 독자적인 제 3의학이 개발될 수 있으며 이에 따른 간호영역도 새로이 모색될 수 있다고 본다.	1.70
5	한방에서의 간호는 현재 전문성이 결여되어 있다고 생각한다.	1.62
21	한방에서의 간호는 한국인의 특성을 고려한 접근이어야 한다.	1.21
20	한방근무 간호사의 역할은 양방근무 간호사들의 역할보다 더 중요한 것 같다.	-1.15
14	한방에서의 간호는 한의사의 지시에 의한 것보다는 독자적인 역할이 많다고 생각한다.	-1.40
24	한방에서의 간호는 양방에서의 간호에 비해 산업체나 학교보건현장의 우발사고시 더 잘 적용될 수 있다고 생각한다.	-1.55
30	한방에서의 간호는 양방보다 대상자의 요구를 간호에 더 많이 반영한다고 생각한다.	-1.60
1	한방에서의 간호는 숙련된 간호기술보다는 정성을 더 우선해야 한다.	-1.65
13	한방에서의 간호란 한방원리를 간호에 적용한다기보다는 단순히 한의사의 치료과정을 돕는데 불과하다	-1.73

이들은 한방에서의 독자적인 간호역할이나 역할의 중요성은 인정하지 않지만 한방에서의 새로운 간호영역을 기대하며 특히 한국인의 특성을 고려한 체계적이고 이론적인 간호접근이기를 기대하고 있다.

제 4유형의 간호학적 의의는 한방에서의 간호의 체계적인 이론의 뒷받침을 통해 한국인의 체질에 맞는 한국적 간호를 기대하는 국적있는 간호를 창출할 수 있다는 점이다.

이를 위한 전략으로 새로운 의료문화에의 변혁은 전통사회의 수용능력뿐만 아니라 건강사업을 통해서 과학적인 의학을 보급하려는 의사, 간호사, 기타 요원들의 변화의 動因者 역할에 따라 방향과 그 속도가 결정된다는 것(김, 1978)처럼 의료인들의 의식의 변화가 무엇보다도 중요하리라 생각된다. 나아가서 간호대상자로서의 한국인에게는 자연과 인간을 구별할 수 없는 조화성, 가족집단으로서의 인간의 존엄성, 방법보다 가치추구의 삶이 반영되어야(김, 1993)하기에 구체적으로 우선 간호학 교육과정에 한국인 고유의 행위양식을 이해하기 위한 과목의 설정이 요청된다.

(5) 제 5유형 : 구체적 대안제시자(Alternative Giver)
: 韓方看護仲裁 提示型

강한 동의와 강한 부정의 진술항목을 통해 제 5유형의 특성을 구체적으로 살펴보면 <표 6 참조> 한방근무 간호사의 중요한 역할은 대상자의 체질에 따른 음식섭생과 양생법을 교육하고, 한의사의 진단과 치료행위 등 환자를 바라보는 시각을 이해해야 한다는 견해였다. 특히 한방에서의 간호는 질병의 원인제거보다는 저항력(자연치유력)을 강화시키도록 하고, 신체적인 면보다는 심리, 정신적인 면에 그리고 평상시 건강유지보존법(신체적, 정신적, 식이면 등)에 더 많은 중점을 두고서 관심을 기울여야 한다는 견해였다.

한편 이들은 한방에서의 간호가 양방에서의 간호에 비해 산업체나 학교보건현장의 우발사고시에 더 잘 적용되는 것은 아니지만, 병원 입원뿐만 아니라 모든 대상자에게 적용가능하며 물리요법(지압, 안마, 운동 등)이나 식이요법시의 간호행위나 간호역할에는 한·양방간 분명히 서로 차이가 있다는 견해를 지니고 있었다.

유형 5의 사람들은 11명으로 대부분이 남자였으며, 이 유형의 구성원의 특이점은 모두 韓醫學을 전공한 한의사 및 한의학 교수이거나 한방에 근무중인 간호사로만 구성되었다는 점이다. 그 특성을 좀 더 구체적으로 이해하기 위하여 제 5유형의 전형적인 대표성을 지닌 사

람들(36번, 24번, 52번, 28번, 23번의 대상자)을 중심으로 Q-sorting 당시 면담 및 관찰한 내용을 구체적으로 기술하면 다음과 같다.

36번의 대상자는 간호의 韓醫學의 接近에 대한 견해로서 우선 韓醫學은 간호 대상자의 개인적인 체질을 고려한 치료를 담당하기에 간호 역시도 체질에 따른 음식섭생과 양생법에 대해 교육해야 한다는 점을 강조하였으며, 韓醫學의 치료원칙이 저항력을 강화시키는 데에 중점을 두기에 간호역시도 간호대상자의 저항력을 강화시키는 데에 초점을 두어야 한다고 생각하였다. 한·양방의 간호에 대해서는 환자를 바라보는 시각(질병관, 체질과 등)이 다르기 때문에 한방의 간호사도 韓醫學의 인 시각을 이해해야 한다고 생각하고 있으며 한방에서의 간호의 특수성(체질에 따른 식이요법, 개별간호 등)은 양방에서의 간호보다 더 넓은 간호영역을 제공할 수 있다는 견해를 지니고 있었다.

24번은 간호의 韓醫學의 接近에 대한 의견으로 우선 한방치료는 “氣”의 개념을 중시하여 (눈에 보이는 물리적인 것이 아닌) 육체적인 면보다는 심리적인 면을 중시하므로 간호도 역시 같은 시각이어야 한다고 생각하였다. 한방 치료방법의 특성 중 약물치로나 침, 뜸이 세가지는 재활의 특성을 강조하므로 한방에서의 간호 역시도 양방에서의 간호에 비해 재활간호가 더욱 초점이 된다고 생각하고 있으며, 한방치료관이 “精氣”를 도와서 “邪氣”를 제거하는 원리에 따르는 것처럼 간호의 초점도 이에 맞추어져야 한다 (저항력을 돋우는데)는 견해를 지녔다. 결국 질병의 치료라는 것은 저항력을 기르는 것이므로 간호에서도 양생법을 중점적으로 다루어야 한다는 의견을 갖고 있었다.

52번의 경우 한방에서의 간호는 신체적인 면보다는 심리적인거나 정신적인 면에 더 중점을 두어야 한다고 생각하는 대상자였다. 또한 한방에서의 간호는 평상시 건강유지보존법에 대해 초점을 두어야 하는데 간호란 養生의 의미를 지니고 있으며 현재 養生에 대한 간호의 임상적용이 전혀 이루어지지 않고 있지만, 앞으로 일상생활 전반에 걸쳐 중점을 둔 특히 체질을 고려한 간호접근이 養生法을 중심으로 수행되어야 한다고 생각하고 있었다.

54번의 견해를 보면 우선 한·양방 간호의 차이는 환자를 두고 볼 때 목표는 같으나 접근하는 방법에는 차이가 있는 것으로 생각하고 있으며 따라서 서양의학적 간호교육만 받아온 현재의 간호사들에게 韓醫學의 인 이해가 우선 되어야 하고 이를 위해 교육이 제공되어야 한다는

것이다. 특히 한방에서의 치료는 외과적보다는 신경성, 퇴행성의 문제를 지닌 환자들에게 국한되고 있는 실정 이므로 간호업무 역시도 이에 치중하여 저항력을 강화 하는 방법인 養生法에 중점을 두어야 하고 특히 攝生에 대한 지도는 거듭 강조되어야 한다고 하였다.

28번은 한방의 치료가 전인간적인 것을 바탕으로 질병 치료보다는 인간을 다스리는 차원에서 정성이 우선 이 라고 생각하므로 한방에서의 간호도 역시 정성을 우선 해야 한다고 강조하였다. 따라서 질병치료중심보다는 정신적 의지(자연치유력 내지는 정신적인 측면을 강조 하는)로 병을 이기려는 신념이 중요하기에 간호도 여기 에 초점을 두어야 한다는 것이다. 음양오행사상 자체가 신체적인 면보다는 심리적, 정신적인 면의 중요성을 강조하고 있으므로 간호 역시 이를 중히 여겨야 하고, 간호의 접근은 이러한 시각을 이해하는 측면에서 간호 대상자의 체질을 고려한 개별간호여야 한다는 견해를 지 냈다.

23번은 현재 한·양방 협진체제가 이루어지고 있는

병동에 근무하는 한의사로, 간호의 韓醫學的 接近에 대한 그의 견해를 보면 한방근무 간호사에게 제일 중 요한 점은 한의사의 진단과 치료행위 등 환자를 바라 보는 시각을 이해해야 한다는 것이었다. 따라서 한방 근무 간호사들에게 韓醫學에 대한 이해가 요구되며 이 로서 간호대상자를 대할 때 질병대상이 아닌 개별간호 가 가능하며 특히 대상자의 體質에 따른 飲食攝生과 養生法을 교육하는 것은 한방간호사의 특징적인 역할 이라고 하였다.

이상 제5유형의 대상자가 갖고 있는 간호의 韓醫學的 接近에 대한 견해는 아주 논리정연하고 구체적인 것으 로 나타났다. 즉, 한방에서의 간호사의 역할로서 韓醫學 的 理論을 우선 이해한 후 정성을 기본으로 한 심리, 정 신적 측면에 초점을 둔 양생을 강조하였다. 더구나 제5 유형의 대표성을 지닌 구성요인이 韓醫學을 전공한 자 들로 이루어져 있기 때문에 한방에서의 간호에 대한 구 체적인 대안을 제시할 수 있었다고 생각하며 이러한 내 용 역시 상당히 이론적이고 합리적이라 생각된다.

<표 6> 제 5유형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

항목번호	진술항목	표준점수(z-score)
31	한방근무 간호사는 대상자의 체질에 따른 음식섭생과 양생법에 대해 교육해야 한다는 점에서 그 역할이 매우 특징적인 것 같다.	1.60
19	한방근무 간호사에게 제일 중요한 점은 한의사의 진단과 치료행위 등 환자를 바라보는 시각을 이해해야 하는 것이다.	1.53
3	한방에서의 간호는 질병의 원인 제거보다는 저항력(자연치유력)을 강화시키는 데에 중점을 두어야 한다.	1.41
37	한방의학과 양방의학의 상호보완을 통해 한국의 독자적인 제3의학이 개발될 수 있으며 이에 따른 간호영역도 새로이 모색될 수 있다고 본다.	1.16
35	한방에서의 간호는 독자적인 전문성을 요구하므로 이에 따른 교육(간호교육과정, 보수교육 등)이 시급한 실정이다.	1.08
36	한방에서의 간호는 신체적인 면보다는 심리적이거나 정신적인 면에 더 중점을 두어야 한다.	1.06
26	한방에서의 간호는 양방에 비해 평상시 건강유지보존법(신체적, 정신적, 식이면 등)에 대해 더 많은 관심을 쏟는 편이다.	1.06
4	한방에서의 간호는 양방에 비해 신체적 간호행위가 부족한 것 같다.	-1.10
22	한방과 양방에서 실시되는 물리요법(지압, 안마, 운동 등)과 식이요법에 따른 간호행위에는 근본적인 차이가 없는 것 같다.	-1.20
34	한방에서의 간호에는 양방에서보다 독자적인 간호업무가 적다고 생각한다.	-1.39
14	한방에서의 간호는 한의사의 지시에 의한 것보다는 독자적인 역할이 많다고 생각한다.	-1.44
24	한방에서의 간호는 양방에서의 간호에 비해 산업체가 학교보건현장의 우발사고서 더 잘 적용될 수 있다고 생각한다.	-1.71
12	한방근무 간호사와 양방근무 간호사의 역할의 차이는 뜸, 부황, 침과 같은 치료에 따른 간호에 있을 뿐 그 외는 동일한 것 같다.	-1.71
13	한방에서의 간호란 한방원리를 간호에 적용한다기보다는 단순히 한의사의 치료과정을 돕는데 불과하다.	-1.83
6	한방에서의 간호는 양방에 비해 병원에 입원한 환자만을 대상으로 하고 있다.	-1.83

제 5유형에서 강조하는 대안들은 앞으로 한방에서의 간호중재를 위한 프로토콜개발이나 이론개발에 중요한 참고 내용이 되리라 생각된다. 결국 제 5유형의 구체적 대안제시자들은 간호의 임상실무를 위하여 구체적인 한의학적 간호중재 방안을 제시하는 창안자임을 확인할 수 있으며 따라서 韓方看護仲裁提示型이라 말할 수 있겠다.

결국 제 5유형의 간호학적 의의는 임상실무, 지역사회, 산업현장 등에서 요구되는 韓醫學的 接近의 구체적인 간호중재방안이 모색될 수 있어 이를 토대로 한방간호 프로토콜 내지는 한방간호업무모델 개발이 가능하다는 점이다.

이를 위한 전략으로는 韓醫學과 관련된 기본사상과 이론을 이해하는 입장에서 간호사들의 교육을 위한 구체적인 계획을 수립해야 하며 학교, 임상, 학회 등의 협력과 연구를 통해 실제 적용 가능한 간호의 접근방법이 모색되어야 한다고 본다.

3. 종합적 논의

앞선 연구결과에 대한 논의를 바탕으로 전체적인 주관적 구조(schemata)를 이해하면 다음과 같다.

(1) 본 연구에서 韓方看護에 대해 의료전문인들이 가질 수 있는 주관적인 신념이나 가치, 태도 및 견해를 살펴 본 결과 그 주관성의 구조는 모두 다섯가지 유형으로 구성됨을 발견하였다. 이들 유형들은 대체로 서로 독립적인 양태를 띠고 존재하며 각각 독특한 특성을 지니고 있다.

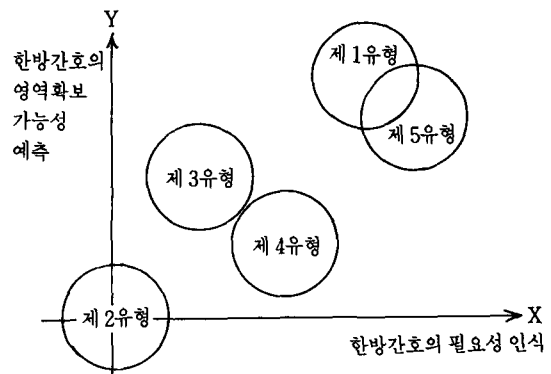
(2) 앞서 설명한 유형의 발견은 곧 Q-방법론이 갖는 가설생성적(hypothesis generating)가능하며, 이러한 발견을 통해 개념이 정의되고 그 대안이 제시된다는 점에서 또한 啓導的(heuristic) 기능을 수행하는 것이다.

아래 <그림 1>은 다섯개의 유형이 전체적으로 어떤 양상으로 구조화되고 있는가를 나타낸 것이다. 즉, 한국의 의료전문인들의 주관성 유형들을 이차원적 개념적 지도(conceptual map)위에 배열시켜 전체적인 파악을 용이하게 시도한 것이다. 본 연구의 목적이 한방에서의 간호에 대한 주관성 구조에 따라 韓方看護의 개념 정립과 교육, 정책적 대안을 제시하는 것이므로 본 연구의 분석과정에서 도출된 두개의 커다란 차원(dimension) 혹은 축(axis)인 한방간호의 필요성과 영역확보 가능성 차원위에 다섯 개 유형을 배열시켜 봄으로써 전체적인 시각으로 조망하고자 하였다. <그림 1>에서 X축은 韓方看護의

必要性次元이며 Y축은 韓方看護 領域確報의 可能性豫測이라는次元을 나타내는데 제 1유형과 제 5유형은 양측에 높게 적재되어 있으며 제 3유형과 제 4유형은 그 정도가 약하나 제 3유형은 한방간호 영역확보의 가능성에, 그리고 제 4유형은 한방간호의 필요성에 상대적으로 높게 나타나 있다.

한편 제 2유형은 두 축에 거의 무관하게 위치하는 것으로 나타났다. 여기서 주목할 만한 사실은 이들 다섯 유형 모두가 XY에 있어 긍정적인(positive)분면에 위치하고 있다는 점이다. 이러한 구조파악은 향후 한방간호의 개념정립과 학문적 체계확립의 가능성을 시사해주며 간호학의 새로운 영역개척이라는 점에 있어서도 근간으로 삼을 수 있겠다.

이와같은 사실은 앞장에서 논의한 대로 본 연구의 모든 유형에 걸쳐 한국적 간호중재의 필요성이 인식되었다는 점에서 일치한다. 의료전문인 다섯 유형 모두가 정도의 차이는 있었지만(막연한 기대로부터 구체적 대안제시에 이르기까지) 한국적 간호모형의 새로운 정립과 그 가능성을 강하게 시사해 주고 있기 때문이다.



<그림 1> 한방간호의 주관성 구조이해

(3) 韓方看護에 대한 주관성 구조 이해에 있어 특기할 만한 사항은 각 주관적 유형이 대체로 P-표본의 속성, 구체적으로는 그들의 의료종사 분야에 따라 나뉘어졌다는 점이다. 물론 이것은 韓方看護라는 특수한 연구주제 때문이라고 할 수 있으나 Q-연구에서는 흔치 않는 결과로서 (김, 1990) 주목할 필요가 있다.

구체적으로 말해 제 1유형(원리론자)은 주로 한의학과 교수, 한의사 등으로 구성되어 있으며, 제 2유형(회의론자)은 주로 양방근무 간호사 및 양의사가 주를 이룬다. 한편 제 3유형(조화론자)에는 주로 한방근무 간호사의 간호학 교수 등으로 구성되어 있으며 제 4유형(추종자)

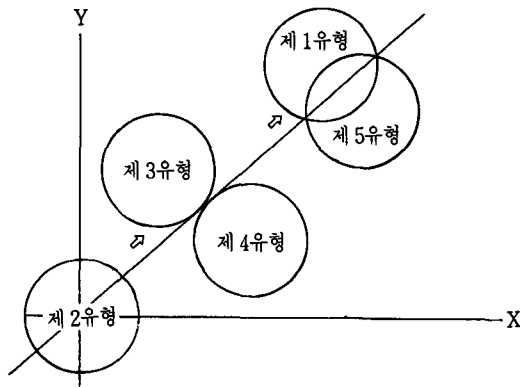
에는 한의학과 무관한 다양한 의료인(주로 양방근무 간호사)으로 구성되어있다. 제 5유형(구체적 대안제시자)에는 한의학과 관련된 의료인(한의사, 한방근무 간호사, 한의학 교수)으로 구성되었다.

이렇게 직종에 따른 주관성 유형 구분현상은 아직까지 韓方看護에 대한 개념의 정립이 이루어지지 않아 가치나 신념 등이 그들의 주관적 경험이나 태도 등에 의해서라기 보다는 그들의 직업적 이미지나 지식에 따라 결정되고 있음을 의미한다.

(4) 이상의 논의를 바탕으로 본 연구에서는 발견된 다섯 유형 모두에게 적용될 수 있는 하나의 축(axis)을 새로이 선정하고, 이 축을 통해 韓方看護의 발전을 지속시키며 이에 따른 부정적 시각이나 역기능을 최소화시킬 수 있는 방안을 개념적으로 도출해 보고자 하였다.

아래 <그림 2>에 나타나 있듯이, 이러한 축의 개념적 설정은 축을 따라 산재해 있는 韓方看護의 논쟁적 쟁점의 갈등과 긴장을 줄여 주며 새로운 간호학의 영역 확보 가능성을 넓혀 줄 것이다.

韓方看護의 概念定義와 그 領域의 設定은 새롭게 만들어진 축을 따라 제 2유형이 제 3유형과 제 4유형 수준으로 상승되며 동시에 제 3유형과 제 4유형은 제 1유형과 제 5유형 수준으로 상승되는 효과를 가져다 줄 것으로 기대된다.



<그림 2> 새로운 축 설정과 기대효과(⇒상승효과)

(5) 그렇다면 앞서 논의한 새로운 축의 설정은 구체적으로 무엇을 가리키며 그 전략적 대응은 무엇인가? 이것은 바로 앞서 발견된 유형들이(주로 제 1유형과 제 5유형) 제시했던 대안을 중심으로 韓方看護의 定義와 그 領域을 구축하는 작업을 가리킨다. 따라서 본 연구에서는 韓方看護概念의 定義과 그 領域 設定을 다음

과 같이 시도하였다. 먼저, 韓方看護란 “인간의 전체성을 고려한 접근”이란 점에서 기존의 간호개념과 그 목적이 상이하지는 않으나 그 접근방법이 韓醫學의 理解가 선행된다는 점에서 매우 다르다. 따라서 한방간호란 “한의학의 기본이론인 음양오행의 철학적 배경 및 학문적 지식의 이해를 바탕으로 간호대상자의 건강을 유지, 증진시키기 위하여 신체적, 정신적, 사회적으로 자연과의 조화와 균형을 유지하여 최적의 심신상태에 도달하도록 돕는 것”이라고 정의될 수 있다. 한편 韓方看護 領域은 연구결과와 관련문헌을 토대로 <표 7>과 같이 제시할 수 있다. 이는 각 유형에서 확인된 바와 같이 한국인이 특성을 고려한 간호 접근으로서, 韓醫學의 중요개념인 陰陽五行, 養生, 體質을 고려한 개별 접근이라는 점에서 調神養生, 生活養生, 食餌養生 등으로 그 영역을 확보해 나갈 수 있으며 이를 통해 한국적 간호이론 및 간호중재방안을 구축할 수 있겠다.

<표 7> 韓方看護의 제 분야에 대한 영역 및 간호적용

韓方看護領域	看護適用
韓醫學의 基本理論	음양오행론 인체생리의 기본성분 (氣, 血, 精, 神, 津液) 인체의 장부(五臟, 六腑) 경락설(經絡說) 병인학설(六淫, 七情) 체질이론 양생법
심리상태조절(내적 접근) : 調神養生	인간관(동시성 패러다임) 건강관(균형과 조화개념) 전인간호개념 내적요인강조(심리적 간호) 정신력 증시(기공) 사회, 문화에 따른 간호
환경, 사회적 문제(외적 접근) : 生活養生	起居有常, 휴식과 운동 수면, 위생, 주위환경 성생활
섭생문제: 食餌養生	체질의 특성 음식물의 선택, 음식물의 금기 음식의 섭취시간과 양(절제) 음식 섭취와 운동

V. 결 론

韓醫學과 看護學은 동시성 패러다임인 인간관, 자연과 인간과의 합일성을 강조한 환경과 인간과의 밀접한 상호관계, 그리고 건강을 균형과 조화의 개념으로 설명하고 마음의 중요성을 강조하고 있는 관점과 기본적인 철학 등이 유사하므로 韓醫學의 기본사상, 철학 및 이론을 이해하는 입장에서 韓方看護의 접근방법을 통한 韓方看護理論이 모색되어야 한다.

따라서 본 연구의 목적은 韓方看護에 대한 의료전문인들의 주관성(의견이나 태도)을 이해하고 한방에서의 간호에 대한 유형별 파악함으로써 이를 한국적 간호이론정립을 위한 韓方看護理論構築의 자료로 활용하는데 있다.

연구방법으로 본 연구에서는 의료계에 종사하는 전문인(1개 대학 한의학교수, 의학교수, 간호학교수, 대학부속 병원 양·한방의사, 간호사와 2개 한방종합병원 의사, 간호사 등) 총 57명을 대상으로 韓方看護에 대한 그들의 주관성(의견이나 태도)을 밝히기 위해 인간의 주관성 연구에 적합한 Q-방법론을 사용하였다.

한편 본 연구결과 韓方看護에 대한 의료전문인들이 가질 수 있는 주관적인 신념이나 가치, 태도 및 견해를 살펴 본 결과 그 주관성이 구조는 모두 다섯 가지 유형으로 구성됨을 발견하였다. 이들 유형들은 대체로 서로 독립적인 양태를 띠고 존재하며 각각 독특한 특성을 지니고 있는데, 각 유형별 특성은 다음과 같다.

(1) 제 1유형은 韓方看護接近을 위하여 韓醫學의 기본적인 이론적 근거를 요구하는 原理論者(Fundamentalist)이다. 韓方看護는 독자적인 전문성이 요구되며 이를 위해 한의학의 기본 철학, 사상 및 이론 등의 지식 습득으로 한의학적 사고와 시각을 이해하는 것이 필요하며, 이로써 한방간호모델개발이 가능하리라 생각하는 韓醫學의 視角理解要求型이었다.

(2) 제 2유형은 한·양방에서의 간호는 구별되지만, 현 시점에서 볼 때 韓方看護는 韓醫學의 학문성 자체가 검증되지도 않았고, 체계적이지도 못하고, 전문성도 결여되어 있어 그 독특성을 인정할 수 없다고 하는 懷疑論者(Pessimist) 즉, 韓方看護의 獨自的 領域 否認型이다.

(3) 제 3유형은 간호에 대한 기본개념이 한·양방에서 동일하므로, 한·양방의 간호접근방식에서의 차이점 중 한국인의 정서와 문화에 부합되는 독특한 장점을 상호 보완, 융합하자는 調和論者(Harmonist)이다. 한·양방

의·간호접근방식의 특수성을 인정하면서, 그 특수성을 살린 새로운 간호영역을 모색함으로써 고유한 한국적 간호이론개발이 가능할 것으로 생각하는 韓國的 看護理論 摸索型이었다.

(4) 제 4유형은 韓方看護에 대한 구체적인 대안은 없지만 어쨌든 한방간호는 한국인의 특성을 살린 체계적이고 이론적인 간호접근이어야 한다고 생각하는 나약한 추종자(Needy Follower)이다. 이들은 누군가가 한국인의 특성 즉, 문화와 체질에 맞는 새로운 간호영역을 모색하면 기꺼이 수용하겠다고 막연한 바램을 갖는 韓國的 看護理論 期待型이었다.

(5) 제 5유형은 韓方看護의 原理와 看護師의 役割을 구체적으로 제시해 주는 具體的 代案提示者(Alternative Giver)로서 創案者(Innovator)이다. 이들은 韓方看護의 임상실무를 위하여 구체적인 한방간호 중재방안을 제시하고 있는 구체적인 韓方看護 仲裁 提示型이었다.

한편 이들 유형들이 제시했던 대안을 중심으로 韓方看護概念의 定義와 領域 設定를 다음과 같이 하였다. 韓方看護란 “韓醫學의 기본이론인 음양오행의 철학적 배경 및 학문적 지식의 이해를 바탕으로 간호대상자의 건강을 유지, 증진시키기 위하여 신체적, 정신적, 사회적으로 자연과의 조화와 균형을 유지하여 최적의 심신상태의 도달하도록 돕는 것”이라고 정의될 수 있다. 한편 韓方看護 領域은 韓醫學의 基本理論과 調神養生, 生活養生, 食餌養生 등으로 그 영역을 설정할 수 있겠다.

참 고 문 헌

- 간협신보(1992). 한방간호지식, 실무교육 필요, 10월 22일자.
- _____ (1993a). 한방간호업무모델개발이 이뤄져야, 8월 26일자.
- _____ (1993b). 한의학연구소법 국무회의 통과, 2월 17일자.
- 강소중의원(1983). 중의호리학, 중국 : 강소과학기술출판사.
- 고병희(1993). 한방간호교과과정 필요한가, 생활간호, 5, 46-48.
- 김귀분, 신혜숙(1993). 한방간호의 이론구축을 위한 이론적 고찰, 경희간호연구지, 16, 127-150.
- 김문실(1993). 간호학의 정립과 한국정통문화 IV. 간호대상자의 이해(간호대상자로서의 한국인), 이대간호대학 학술심포지움, 13-24.

- 김완희(1990). 한의학원론, 서울 : 성보사
- _____ (1992). 현대 한의학 제도 40년, 한의사협보, 3월 31일자.
- _____ (1994). 간호의 한의학적 접근을 위한 이론과 철학(한의학적 건강관), 경희대 한방간호학 연구회 학술대회 보고서, 1-22.
- 김영준(1991). 한방병의원 특성에 따른 한의사의 양방에 대한 인식 및 태도, 연세대 보건대학원 병원 행정학과 석사학위논문.
- 김용욱(1993). 너와 나의 한의학, 서울 : 통나무.
- 김흥규(1990). Q-방법론의 이해와 적용, 서울 : 서강대 어른문화연구소.
- _____ (1992). 주관성 연구를 위한 Q-방법론의 이해, 간호학논문집(서울대학교 간호대학), 6(1), 1-11.
- _____ (1993). Q-방법론의 과학정신 탐구, 언어학보, 한양대학교 언론문화연구소, 13, 5-25.
- 대한한사협회(1992). 학교보건교육(양호교사용), 서울 : 대한한사협회,
- 동의보감국역위원회 역(1992). 국역증보 동의보감, 서울 : 남산당.
- 박석준(1993). 의학과 철학, 한의사협보, 1월 31일자.
- 박찬국(1988). 한의학의 인체관, 연세간호, 12, 15-17.
- _____ (1992). 병인기학, 서울 : 전통의학연구소.
- 송일병(1993). 알기 쉬운 사상의학, 서울 : 하나미디어.
- 신재 석좌운영위원회(1987). 간호전문직 발전과 전망, 서울 : 대한간호협회 출판부.
- 신혜숙(1993). 한방병원 간호에 대한 조사연구, 경희간호연구지, 16, 81-103.
- 안규석(1993). 한의학에서의 건강증진 방향, 국제간호학술대회 보고서, 77-98.
- _____ (1994). 간호의 한의학적 접근을 위한 이론과 철학(한의학적 질병관), 경희대 한방간호학 연구회, 23-33.
- 양경희 외 2인(1992). 한방병원에서 근무하는 간호사의 업무 스트레스에 관한 연구, 중앙의학, 57(3), 177-186.
- 오선진(1993). 한방간호 교과과정 필요한가, 생활간호, 5, 44-45.
- 옥도훈(1993). 한방조무(간호)교육 내용개선에 대한 연구, 대한한사협회 정책기획위원회 보고서.
- _____ (1994). 간호의 한의학적 접근을 위한 이론과 철학(한방간호의 개설과목과 간호사의 역할), 경희대 한방간호학 연구회 학술대회보고서, 50-72.
- 이강이(1993). 한방간호 교과과정 필요한가, 생활간호, 5, 42-43.
- 이애란 외 3인(1993). 한방병원 간호업무에 대한 환자, 간호사 및 한의사의 인식비교 연구, 간호학회지, 23(2), 284-298.
- 이영자(1993). 간호전문화를 위한 새조명(동양관점하의 간호교육면에서), 국제간호학술대회보고서, 115-120.
- 이향련 외 10인(1992). 한방의료에 관한 인식태도 연구 : Q방법론 적용, 서울대학교 간호학 논문집, 1(1), 25-41.
- 전세일(1992). 동양의학과 서양의학 “정말 서로 다른 두 의학인가”, 제 3회 생명과학심포지움, 11-31.
- 중의연구원(1991). 한의학 명사술어사전, 서울 : 논장.
- 최승훈(1988). 한의학 이론의 전반에 관하여, 연세간호, 12, 18-23.
- 테드 J. 캐치(1992). 벽안의 의사가 본 동양의학, 서울 : 가서원.
- 한상모 등(1991). 동의학개론, 서울 : 여강출판사.
- 홍원식(1994). 간호의 한의학적 접근을 위한 이론과 철학(한의학적 인간관), 경희대 한방간호학 연구회 학술대회 보고서.
- Dennis, K. E.(1986). Q-Methodology Relevance an Application to Nursing Research, A. N. S., 6-17.
- Lee, Young Ja(1992). Traditional Conceptions of Health and Nursign in Korea, Unpublished Doctoral Dissertation, Utah University.
- Levine, M. E.(1973). Introduction to Clinical Nursing, Philadelphia : F. A. Davis Co.
- Marriner-Tomey, A.(1989). Nursing Theories and Their work, Louis : The C. V. Mosby Co.
- Meleis, A. I.(1991). Theoretical Nursing(development and progress), New York : J. B. Lippincott Co.
- Parse, R. R(1987). Nursing Science : Major Paradigms, Theories and Critiquee, Philadelphia : W. B. Saunders Co.
- Stephenson, W.(1961a). Scientific Creed, Philosophical Creed, The psychological Record, 11, 1-8.
- _____ (1961b). Scientific Creed-1961 : Abductory Principles, The Psychological Record, 11, 9-17.

- _____. (1961c). Scientific Creed—1961 : The Centrality of Self, The Psychological Record, 11, 18—26.
- _____. (1962). Ideal Types, The Psychological Record, 12, 9—16.
- _____. (1982). Q—Methodology, Interbehavioral Psychology and Quantum Theory, The Psychological Record, 32, 235—248.
- Theory Conference Group(1979). Nursing Theories :The Base for Professional Nursong Practice, Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice—Hall.
- Watson, J.(1985). Nursign Human Science and Human Care : A Theory for Nursing, Norwalk : Appleton—Century—Crofts.

—Abstract—

Theory Construction of Oriental Nursing : A Q—methodological Approach*

*Shin, Hye Sook***

It is needed that nursing scholars in Korea should understand the philosophy and perspectives of oriental medicine, and then explore the possibilities of theory building which can be a Korean's unique nursing theory. With the assumption of this kind of work can be achieved by cooperation of oriental medicine and nursing areas, this study measures the subjectivity—opinions, attitudes, and values—of professional from these two areas. Identifying the schemata(structure of subjectivity) would be a basic step for the strategies and construction of oriental nursing theory.

The Q—sorts of 57 professionals were combined into five distinctive factors, namely, Q—types. The five factors were named as follows :

Type I, Fundamentalist, consistently insists that the understanding of oriental medicine should be a basic step for the development of oriental nursing model, because ororiental medicine's theories and practices in curing are very unique and different from the western.

Type II, Pessimist, denies the uniqueness of oriental nursing field and its independency, because of lack of scientific evidences and professionalism.

Type III, Harmonist, believes the basic concepts in two different medical spheres are identical, but, at the same time, accept the uniqueness of the two. They try to propose Korean Nursing Model which accomodates local culture and conventions, and the way of Nurturing Life(Yang—sang), based on the traditional western nursing.

Type IV, Needy Follower, merely expects the Korean Nursing Model which considers the characteristics of Koreas culture and physical constitution and, thus, is more suitable to them. Sometimes, they experience the discontent and conflict when they need more qualitative and culture—oriented nursing interventions.

Type V, Alternative Giver, actully clarifies the concept of Oriental Nursing, and provides specific program as a alternative of universal western nursing. Various ways of Nurturing Life(mental, life, and diet Yang—sang) were introduced as a guideline for the specification of the nursing area and its content.

Throughout the study, the five different Q—factors were identified, and the concept of Oriental Nursing and aspects of its theory construction were discussed.

* Doctoral Dissertation, Kyung Hee University

** Lecturer of Kyung Hee University