

## 미국 전문간호사(NP)의 역할과 교육과정에 관한 고찰

이 선 옥\*

### I. 서 언

최근 우리 나라에서는 전문간호사제도에 관한 관심이 구체화되고 그 필요성에 관하여 논의되고 있으며, 간호협회에서는 이 제도를 정책적으로 추진하는 단계에 있다. 전문간호사제도는 우리 나라의 전반적인 보건의료전달체계의 변화와 깊은 관련성을 가지고 검토되고 진행되어야 한다.

미국의 경우 일반 간호사(RN)와 구별하여 고급간호실무자(advanced nursing practice)라는 용어가 사용되고 있는데, 이는 마취간호사, 조산사, 임상전문간호사(clinical nurse specialist, CNS), 전문실무간호사(nurse practitioner, NP)를 통합하여 지칭한다. 이 중에서 전문실무간호사(nurse practitioner)는 우리 나라 상황에서 가장 낮은 간호사 관련 직종이다. 미국의 고급간호실무자에 대한 우리말 명칭에 관한 분명한 합의가 없으므로 본 연구에서는 Nurse Practitioner를 전문간호사로 지칭하고자 한다.

전문간호사(Nurse Practitioner)는 간호사로서 일차건강관리를 수행할 수 있도록 준비된 사람으로 정의된다(NLN, 1994). 전문간호사제도는 현재 미국에서 간호직의 발전과 의료소비자의 요구를 만족시키고 있는 제도로 평가받고 있으며,

의사집단에서도 전문간호사를 일차건강관리 팀의 일원으로 분명하게 인정하고 있다(Harper & Johnson, 1996; Mangan, 1997). 이는 의료비 상승문제를 해결하기 위하여 보건의료 서비스의 초점이 건강증진사업으로 맞추어지면서 일차건강관리(primary care)요원의 요구가 증가된 점에서 기인한다(Nichols, 1992). 미국의 경우 급성 의료기관외의 모든 간호 부서에 있는 간호사를 일차건강관리요원(primary care provider)으로 규정하고 있어서 전문간호사들이 클리닉, 너싱홈(nursing home), 병원, 개인 사무실에서 일하고 있다.

전문간호사는 일상적인 질병이나 상해의 진단과 치료를 포함하여 광범위한 건강관련 문제를 다룬다. ANA의 추계에 의하면 전통적으로 일반의(general physician)가 수행하던 일차건강관리와 예방관리업무의 약 60-80%를 전문간호사들이 수행하고 있다고 한다(Pickwell, 1997).

의사의 진료는 고가의 의료장비와 보험료 및 높은 교육비 투자로 인하여 의료비를 상승시키는 요인이 되고 있다. 또한 의사의 임금체계는 진료한 환자의 수에 따라 달라지기 때문에 그들은 가능하면 많은 수의 환자를 진료하고자 한다. 그러나 전문간호사는 진료한 환자의 수와 관련 없이

\* 한국방송대학교 간호학전공 교수

임금이 지불되므로 환자들에게 충분한 시간을 할애하여 진료함으로써 의료소비자의 요구를 만족시키고 있다(Buerhaus & Staiger, 1997). 1996년의 자료에 의하면 전문간호사의 연봉은 평균 52,532달러로서 RN의 36,400달러 보다 높다. 대부분의 RN들이 위기에 처한 병원의 급성기 환자들의 간호 업무를 24시간 교대로 담당하는 반면에, 전문간호사들은 일차 건강관리 업무에 종사하기 때문에 일정한 시간에 출퇴근 할 수 있어서 간호사의 입장에서 만족하는 직종이다.

우리나라에서도 전문간호사 제도를 법제화하기 위하여 대한간호협회가 중심이 되어 전문간호사 관련 법규를 마련하는 과정에 있다. 전문영역별로 볼 때 노인전문 간호사는 우리사회의 인구노령화와 더불어 노인간호에 대한 요구가 급증하고 있으며, 노인 질환의 만성적인 특성으로 인하여 보다 주목을 받고 있는 영역이다.

본 연구는 미국 전문간호사 제도의 최근 동향에 대한 고찰을 통하여 우리나라의 전문간호사제도 개발에 참고자료를 제시하고자 함이다. 또한 전문간호사 세부영역 중에서 특히 사회적 요구가 증가하고 있는 노인전문간호사(geriatric nurse practitioner)의 역할과 교육과정을 분석해 봄으로서, 보다 구체적으로 전문간호사의 역할과 교육과정개발에 관련된 문제점을 파악해 보고자 함이다.

## II. 미국 전문간호사제도의 최근 동향

1993년 빌 클린턴 정부가 수행하는 의료개혁의 일환으로 전문간호사의 교육과정과 역할수행은 정부의 재정지원으로 순조롭게 진행되어 왔으며, 전문간호사는 이용이 용이하고 비용이 적절하며 양질의 건강 관리자로서 인정받고 있다. 최근에는 전문간호사가 매디케어를 이용할 수 있게 됨으로써 그 활동이 더욱 활발하다(Grandinetti, 1997). 정부의 재정적 지원은 전문 간호사의 역할을 개발하는데 중요한 추진력이 되어왔는데, 1976년부터 지속적으로 이루어진 Department of Health and Human Service(HHS)의 재정 지원은 1976년에 300만달러에서 1996년에 1600만

달러 증가하여 약 1500개 이상의 교육 프로그램이 지원을 받았다(HHS, 1998).

전문간호사 교육프로그램은 초창기인 1965년부터 1977년 사이에는 다양한 기관에서 비교적 소규모로 운영되었다. 의과대학, 병원 부속기관, 기타 사립기관에서 계속 교육의 형태로 운영되었으며, 세부전공은 성인, 가족, 여성건강, 소아의 4개 영역으로 구분되었다. 현재 이러한 세부영역은 가족(FNP), 성인(ANP), 노인(GNP), 아동(PNP), 여성건강(WHNP), 신생아(NNP), 급성기 간호(ACNP)로 구분하여 운영되고 있다(Harper & Johnson, 1996).

1978년부터 1990년 사이에 이러한 교육 프로그램들은 간호대학으로 흡수되어서 대부분의 전문간호사 교육은 간호대학의 석사과정에서 이루어지게 되었다. 1994년의 NLN 조사에 의하면 전문간호사 준비과정의 수준이 석사과정, 석사 후 과정, 간호사 후 과정(post-basic RN) 프로그램 등으로 다양하다. 전문간호사 교육프로그램의 운영은 대학원 간호교육의 중요한 부분으로 자리잡게 되었으며 석사학위를 가진 임상전문간호사(CNS)와 간호관리자(nurse manager)들을 위한 석사후 과정(post mast's NP program)의 필요성이 새롭게 강조되어 개설되기에 이르렀다.

이는 미국의 보건의료 전달체계가 병원중심의 업무에서 지역사회 중심의 업무로 전환됨에 따라 석사수준의 간호사들이 추가로 전문 간호사 과정을 준비하고자 하는 요구가 있음을 의미한다(Harper & Johnson, 1998). 즉 전문 간호사의 업무가 증가하는 반면에 환자들의 재원일수 감소로 병원중심의 간호 요구는 감소하였다. 병원업무의 축소 가능성과 일차 건강관리에 대한 긍정적인 분위기로 인하여 이미 석사학위를 가진 임상전문간호사(CNS)들이 석사 후 과정에서 전문간호사 과정에 지원하는 경우가 많아졌다. 전문간호사 과정에서 급성기 간호와 정신간호 영역의 지원자가 특히 증가하는 것은 병원이나 다른 급성기 간호를 하는 기관에서의 전문간호사 요구가 증가함을 의미한다.

전문간호사 교육 프로그램의 수는 지속적으로 증가되어 1990년에 101개의 기관에서 210개의 세

부전공이 있었으나, 1995년에는 202개의 기관에서 527개의 세부전공이 운영되고 있다. 특히 석사과정과 석사 후 과정의 개설수가 증가하여서 1995년에는 자격증 프로그램 29개, 석사과정 383개, 석사 후 과정이 252개가 되었다(Harper & Johnson, 1996). 세부 전공별로는 가족전문 간호사의 수가 가장 많으며, 급성기 간호와 정신간호 영역이 빠르게 증가하고 있다.

전문간호사를 임상간호의 전문가로 본다면 전문간호사의 증가는 간호업무의 향상으로 연결될 수 있다. 1996년 HHS의 조사에 의하면 최근 250만명이 간호사 면허증을 받았으며 이중 71000명이 전문간호사 자격증을 가지고 있다. 간호사 전체 중 전문간호사의 비율은 6.3%로서 간호사 전체에 대한 비율은 낮다. 전문간호사의 비율이 증가하면 간호업무의 전문성이 향상된다고 본다.

### III. 노인 전문간호사의 역할과 교육과정

#### 1. 노인 전문간호사의 역할

20세기경까지 노인의 보건의료에 관한 관심은 휴식처와 관심을 제공하는 '마음에서 우리나라는 친절한 영혼'들의 도움 정도로 존재하였다. 20세기 초반 공중보건의 발달로 간호사들이 병자와 노약자의 문제에 노출되었다. 1900년대의 평균 수명은 약 47세이었으며, 단지 인구의 4%만이 65세 이상 생존하였으므로 의료계의 관심이 크지 않았다.

노인의 보건의료 서비스는 교통수단의 부족, 언어장애, 이해력 제한, 가령의 영향과 노인의 요구에 대한 사회적 부정 등에 의하여 장애를 받는다. 1970년대는 노인의 인구학적 구성비율이 증가하고 노인들의 건강문제가 증가하기 시작한 시기로서, 그 당시의 건강관리체계에 노인의 건강관리를 위한 대체 프로그램이 필요하다는 점들이 지적되었으며, 노인의 요구를 충족시킬 수 있는 일차건강관리모델에 대하여 지역사회나 시설기관에서 다양하게 프로그램들이 개발되기 시작하였다.

1980년 후반기에 들어서면서 미국에서 65세 이상 노인 인구 중 신체기능장애를 가진 노인의 수

는 600만-1000만 명으로서 증가되었으며, 정기적으로 병원을 방문하거나, 너싱홈에 입소하거나 가정에서 방문간호사의 관리를 받거나, 혹은 여러 가지 보조적인 서비스를 받으면서 지역사회에서 생활하고 있다. 즉 노인인구의 절반이 한 가지 이상의 만성 질환을 가지고 있으며 이와 관련한 의료비 지출이 65세 미만의 인구가 사용하는 의료비의 3-4배가 된다고 한다(Hooyman & Kiyak, 1988).

전문간호사가 관련되는 대표적인 노인 보건의료 서비스 기관으로는 병원과 너싱홈을 들 수 있다. 병원에서 노인을 다루는 방법을 여러 가지로 제시하고 있으나 병원의 복잡성, 비인간적인 서비스 등으로 노인이 병원을 이용하는데 방해요인이 많다. 노인인구의 병원방문 간격은 연령이 증가함에 따라서 더욱 잦아지는 것으로 알려져 있으며 대부분 투약처치를 받거나 물리치료를 받는다.

일차진료의 틀을 이용한 의료서비스의 시도는 병원내의 노인병동에서 시작되었다. 몬테피오레(Montefiore)병원에서 2명의 노인 병동 전담간호사를 두었고, 뉴욕 메디칼 센터에서 4 베드규모의 병동을 만들었다. 일차건강관리의 원리를 적용하고 병원환경에서 보건교육을 하는 가장 성공적인 사례는 뉴욕대학의 Cooperative Care Unit이다(Mezey & McGivern, 1981).

너싱홈(Nursing Home)은 심각한 질병을 가지고 있는 쇠약한 노인을 위한 간호를 제공하는 기관이다. 너싱홈이 취약한 노인의 다양한 건강문제 해결에 부적절함이 지적되어 왔지만 1960-1976년 사이에 미국에서 너싱홈의 수는 140% 증가하였으며 침상수는 300% 증가하였다. 일반병원 침상수가 약 100만인데 비하여 너싱홈의 침상수가 120만개이지만 노인의 20%만이 너싱홈에서 지내는 것이라고 한다(Kayser-Jones, 1981).

너싱홈에서의 서비스의 개선을 위하여 너싱홈 고객을 위한 노인전문간호사(GNP)와 사회사업가로 구성된 팀이 개발되었다. 간호사와 사회사업가로 혼합된 팀의 서비스를 받은 고객들은 의료진이나 사회사업가 단독으로 제공하는 서비스를 받는 것보다 서비스 만족도가 높은 것으로 보고되었으며(Kane, 1976), 비용 효과적이며 현실적이라는 결론이 내려 졌다. 간호사-사회사업가의 협

력에 관한 또 다른 연구자인 Lewis는 이러한 팀 작업은 유연하고, 다양하며 창조적인 서비스 전달 체계를 가진다고 하였다(Lewis, 1979).

Health Maintenance Organization(HMO)에서는 너싱홈에 기거하는 메디케어(medicare) 수혜 노인들의 일차 건강관리를 증진하기 위하여 의사와 전문간호사가 팀으로 일하는 모델을 적용하였다. 이 모델은 너싱홈에 있는 노인들의 건강관리를 증진시키는 잠재력이 있다고 평가되었으며, 특히 장기 노인들에게 현저한 효과가 있었다고 한다(Burl, Bonner & Rao, 1998).

노인전문간호사는 노인 의료서비스 현장에서 다양한 역할을 한다. 건강한 노인을 위한 세부목표로는 독립적인 기능의 회복, 감기나 폐렴으로 인한 사망 감소 등이다. 대부분 급성 질환이나 위험에 책임이 있는 의사들이 노인의 일차건강관리를 담당하고 있다가 보건전달체계에서의 대안인 전문간호사가 제공하는 간호가 기관의 간호에 비해 비용이 저렴하며 대상자들이 만족한다(Wilken, 1995).

건강력 수집과 신체검진 : 복합적인 건강문제를 가지는 노인대상자에게 완전한 건강력과 신체검진을 효과적으로 실시한다. 건강력, 신체사정, 사정과 계획에 관한 수집은 노인들이 특이하면서도 장황한 건강력을 가지고 있으므로 시간과 인내를 요한다. 사정은 질병유무가 아닌 기능 할 수 있는 능력에 기초하며, 노인들의 개인차나 인지능력을 평가한다.

임상검사와 엑스선 검사의 처방과 결과해석 : 노인들의 통상적인 질병에 관한 자료로서 임상검사와 진단용 검사를 선택하고 결정해야 하며, 다양한 병태 생리적 요소를 종합하고 분석하여 처방의 근거를 마련한다.

경미한 급성질환의 진단과 치료 : 사정자료와 임상검사 및 진단에 필요한 자료를 기초로 하여 전반적인 문제목록을 작성하고, 진단의 추론과정을 거쳐서 진단을 내리고 치료법을 선택한다. 약물의 처방은 허용되는 규정에 따른다.

고객의 상담과 교육 : 노인의 일차건강관리에 있어 보건교육은 중요한 요소이다. 그러나 노인은 학습능력에 많은 제한이 있음을 인식하고 실시하게 된다.

## 2. 노인전문 간호사 교육의 방향

미국의 간호계에서는 노인간호에 대한 관심이 매우 높으며, 노인전문간호사(NP)의 준비를 위한 프로그램의 수가 증가하고 있다. 미국의 ACNP(American College of Nurse Practitioners)에서는 전문간호사들의 교육에 관한 기본지침을 만들어서 교육의 방향을 제시한다.

노인전문간호사(GNP)는 노인 연령층에게 양질의 건강관리를 제공하고, 이러한 상급실무를 담당하는 다양한 셋팅에서 고객을 관리하는데 필요한 지식, 기술, 민감성을 증진시키는 교육이 이루어져야함이 제시되고 있다(Teresa, 1997). 노인전문간호사의 역할은 적정의 건강증진, 질병의 발견, 건강의 회복과 유지에 관련된 업무를 행하는 것이므로 사정, 적절한 중재, 고객들이 행하는 건강관련 행위에 대한 지식과 기술의 습득을 필요로 한다.

노인전문 간호사의 교육과정에서는 특히 정상적인 과정으로서의 노화에 대한 강조가 가장 중요하며, 노화과정에 관한 부정적인 태도가 교정되어야 함이 강조되고 있다. 학생들은 노화과정을 부적응 상태이며, 바람직한 결과가 아닌 것으로 인식하고 있다. 모든 노인간호 실무자는 생리적·정신 사회적인 변화와 관련한 필수자료를 수집하고, 계획, 수행, 평가에 이 자료를 이용하며, 관련 분야의 전문가들과 협력하여 일을 수행하고 대상자와 가족들에게 보건교육을 제공하는 능력을 교육한다.

Schwartz(1979)는 노화와 관련된 교과과정은 성장, 발달에 관한 과정을 포함해야만 하고, 급만성기의 의료기관 뿐 아니라 지역사회기관, 질병의 예방책을 다루는 보건 관련 회의, 은퇴 모임, 퇴직상담을 하는 기관 등에서 제공되는 치료적인 수행도 또한 포함해야 한다고 하였으며, 노인전문간호사들의 교육에서 (1) 피교육자가 노인들에 대한 긍정적인 경험에 보다 빨리 노출될 것, (2) 교과과정의 초기에 정상적인 노화과정에 대한 교육이 포함될 것, (3) 노인학에 대한 능력 있는 교수진을 충분한 활용할 것, (4) 활동 욕구가 있을 것, (5) 노인학에 대한 다차원적인 접근을 할 것

등을 제시하고 있다.

일반적으로 전문간호사의 교육 프로그램은 학위과정에 필요한 요소(general master's core), 상급실무에 관한 요소(advanced practice core), 특수한 역할과 관련된 내용(specialty content)을 포함한다. 학위과정과 관련된 교과내용으로는 연구방법론, 간호 및 건강관련 이론, 의료윤리 및 보건정책, 보건의료전달체계 등이 포함되며, 상급실무와 관련된 교과내용으로는 건강사정, 약리학, 생리학, 임상 의사결정론, 건강증진과 질병 예방, 가족이론, 지역사회중심 행위론 등이 있다. 특수한 역할과 관련된 교과내용으로는 주어진 전문영역에서 특히 필요한 개념과 기술을 강조하는 내용들이 포함된다(NONPF, 1991).

노인간호에 관한 대학원 프로그램은 지난 5년간 크게 발전하였지만, 모성, 아동, 정신간호영역에 비해서는 많이 부족하다. 그러나 지역사회기관과 장기 질환 시설, 외래센터에서 상담을 준비하고, 노인서비스와 관련된 사회정책결정, 노인서비스의 제공, 연구수행을 준비할 수 있는 노인간호

에 관한 심도 있는 지식은 오직 대학원과정에서만 가능하다. 노인인구에 대한 일차보건의료 욕구를 충족시키기 위해서는 노인간호 석, 박사학위를 가진 많은 전문간호사가 필요하다.

### 3. 노인전문간호사 교육과정의 일 예

본고에서는 워싱턴대학교 간호대학원의 노인전문간호사 교육과정을 중심으로 교육내용과 교육방법을 고찰해 보고자 한다(표 1 참조). 이 대학은 모든 강의와 실습을 2년 동안 마치도록 되어있다. 개설과목으로는 상급건강사정, 건강증진, 질병의 일차관리(이론과 실무적용), 약리학, 전문직 이슈 등이 교과과정에 포함되어 있으며 매 쿼터마다 임상지도자의 감독하에 임상실습을 하도록 되어있다. 기본적으로 학생은 최하 11학점(320시간)의 임상실습을 해야하는데, 지정된 쿼터에 지정된 기관에서 주당 1-2일씩 실무경험을 하도록 되어있다.

<표 1> 워싱턴 대학교의 노인전문 간호사 교육과정

1학년			
가을쿼터	학점	겨울쿼터	학점
Health Assess Adv Practice	3	Human Physiology	4
Methodology of Nursing Res	3	Human Response(pathology)	3
Special Topic : Bio of Ageing	4	Primary Care Management	3
Health Promotion	3	Methodology of Nursing Res	3
봄 쿼터	학점	여름쿼터	학점
Human Physiology	4	Soc Pol Econ of Aging	3
Clinical Nursing Seminar I	3	Clinical Nursing Seminar II	3-5
Primary Care Management	2	Thesis/Special Project	3
Applied Drug Therapy	3	Clinical Therapeutics	3
Human Response	3		
2학년			
가을쿼터	학점	겨울쿼터	학점
Primary Care Management	2	Clinical Intensive	6
Clinical Nursing Seminar II	3	Thesis/Special Project	3
Drug Therapy for Elderly	3		
Thesis/Scholarly Project	3		

상급건강검진(advanced health assessment) 과목에서는 자료를 체계적으로 수집하고 조직화 하며 종합하는 틀에 따라서 학생이 노인의 경험 증상에 관한 사정자료를 정리해보며, 임상에서의 의사결정에 관한 틀을 이용하여 깊이 있는 증상 분석의 과정과 정밀한 검사기술을 선택하고 수행하는 법을 학습한다. 사정과과정에서는 일반적인 진단용 검사법의 선택과 해석에 관한 내용이 포함된다. 학생은 다양한 병태생리적 요소에 관한 정보를 종합하여 분석하고 의학진단과 간호진단을 내리는 과정을 학습한다.

또한 노인의 진단적 평가를 위하여 병력 조사와 신체검진 과정에서 시범과 직접적인 실험실 경험이 주어진다. 이 과정을 통하여 학생은 진단의 추론과정을 이용할 수 있으며 주관적이고 객관적인 단서들을 정확하고 효율적으로 수집하고 분석하는 능력을 가지게 한다. 학생은 대상자의 요구에 따라서 전반적인 신체검진이나 초점 신체검진의 필요성을 결정할 수 있게 된다. 시범 경험에서 건강사정의 지식과 기술을 종합하고 시범하는 기회를 가진다.

건강증진(health promotion) 과목에서는 일차진료와 관련하여 건강증진, 스크린 검사, 질병 예방의 측면이 강조된다. 학생은 건강상태, 위험요인의 사정, 행동변화, 건강증진 전략, 건강의 장애요소 등에 관하여 학습한다.

일차건강관리(primary care management) 과목은 사정, 임상 의사결정, 일상적인 건강문제의 관리 등에 초점이 주어진다. 개인이나 가족의 일상적인 건강문제에 대한 반응과 일차건강관리 영역 내에서 사용되는 간호전략의 선정 등이 강조된다.

세미나와 임상실습은 연구문제, 환자에 관한 발표, 사례분석, 임상실습과 관련된 그룹토의 등에 초점이 주어진다. 학생들은 지정된 기관에서 매 쿼터마다 주단위로 이루어지는 임상실습에 참여하고 이와 관련된 문제들을 그룹으로 토의한다.

약물치료(drug therapy)강의는 일차관리 셋팅에서 흔히 사용되는 약물에 관련된 임상적용과 치료적 이슈를 개발한다. 약물분류에 대한 약물의 정의, 사용법, 효능, 치료효과와 부작용, 관련요

인의 관찰, 용량의 원칙, 흔히 있는 약물 상호작용 등을 다룬다. 약물요법과 관련된 환자교육, 사회경제적 요인과 행동요인이 강조된다.

전문직 이슈(professional issue for nurse practitioner)에서는 전문간호와 관련된 주요 이슈를 발표하고 분석한다. 전문간호사들의 전문직 리더십 역할, 보건의료정책에 영향을 받는 역할, 전문직과 대중에 대한 책임, 업무의 법적 측면 등이 다루어진다. 자격증, 인정제도, 배상, 취업문제, 보건의료제도의 변화와 같은 이슈들이 다루어진다.

## V. 결 어

미국정부의 지속적인 재정적 지원에 힘입어 오늘날 미국의 전문간호사는 일차 건강관리를 담당하는데 매우 적절한 인력으로 확고하게 자리잡고 있다. 전문간호사 제도에 대한 미국 정부의 의료 개혁 정책과 재정적 지원은 의료비상승이 사회 문제화되었던 시점에서 출발했지만, 한편으로는 간호교육자들이 자료수집과 건강사정, 교수법, 상담과 환자 의뢰에 있어서 피교육자들의 욕구를 재빨리 인식하고 성공적으로 교육프로그램을 운영한 점과, 간호사들이 어떤 전문직보다도 건강증진과 유지에 관한 일차 보건의료에 있어서 선구자의 역할을 하고 의료소비자들의 요구에 부응하여 성실하게 업무를 수행한 결과라고 보여진다. 의사집단의 인정과 수용이 있었던 점은 우리에게 시사하는 바가 크다.

미국의 노인전문 간호사는 전문간호사 세부영역 중에서 그 역할이 매우 크다. 노인 질병의 특성이 만성적이고 반복적으로 지속된다는 점에서 일차 건강관리의 요소를 많이 가지고 있기 때문이라고 보여진다. 노인 전문간호사의 교육과정에는 건강검진의 지식과 기술을 학습해야 하며 이를 근거로 진단을 내리는 과정이 훈련된다. 또한 노인들에게서 흔히 발생하는 건강문제에 관한 사정과 진단 및 중재의 수행과 관련된 지식과 기술의 학습이 필수적이다. 약물사용은 각 주마다 정해지는 사용약물에 관한 규정을 따르는 것이 중요하다.

노인전문간호사의 역할과 교육과정에서 볼 수

## 참 고 문 헌

있듯이 미국에서 전문 간호사 업무와 일반 간호사 업무의 차이점은 통상적인 질병과 관련된 건강력 수집과 신체검진을 완벽하게 실시하는 능력을 가져야 한다는 점, 기본적인 임상검사와 엑스선 검사를 처방하고 결과를 해석하여 종합적인 진단을 내려야 하는 기능이다. 이는 미국 일반의의 업무 영역을 위임받은 결과이다. 이러한 역할은 우리나라의 경우 누구도 침범할 수 없는 의사의 업무영역이므로 이러한 업무영역에서의 역할변화의 시도는 현실적으로 매우 어려운 과정을 거쳐야 할 것이다. 약물의 처방영역도 이와 유사한 입장이다. 실제 미국의 경우에도 전문간호사의 약물 처방권의 인정여부는 주마다 달라서 아직도 이를 허용하지 않는 주가 남아있다.

우리 나라에서 전문간호사 제도를 준비할 때는 보건의료 전달체계의 변화와 요구를 반영하여야 한다. 의료소비자의 요구도와 보건의료계의 요구에 대한 조사자료에 근거하여 전문간호사의 역할과 기능을 설정하여야 한다. 특히 의사집단과의 업무내용에 관한 협의과정이 선행되어야 하는데, 전문간호사의 사정과 진단 및 중재활동이 조정되고 협의되지 않으면 그 역할 설정이 매우 어렵기 때문이다. 이러한 관점에서 우리 나라 보건의료계에서 요구되는 전문간호사의 역할에 대한 심층적인 연구가 필요하며, 의료소비자의 요구와 의사들이 요구하는 업무영역의 확인 과정이 필요하다. 간호계 내에서도 임상전문간호사(CNS)의 개념과 전문실무 간호사(NP)의 개념에 관한 바른 이해와 전문간호사의 기능과 역할에 대한 합의과정이 있어야 한다.

새로운 제도를 논의하고 준비함에 있어서 앞서 실시한 나라가 지나온 과정을 정밀하게 분석하여 이를 활용해야 할 것이다. 건강증진, 유지, 회복의 긍정적인 결과를 제시하는 대규모의 잘 구성된 연구의 실시, 건강상태사정을 위한 도구 개발, 예방에 초점을 둔 보건 및 사회서비스 제공과 관련된 지불보상제도의 개발, 지역사회와의 기관과 연계하여 전문적인 일차건강관리를 제공할 일차 보건 의료기관의 승인, 보건의료계의 변화에 영향을 받는 집단이나 단체에 의한 로비활동 등도 고려되어야 한다.

- American College of Nurse Practitioners (ACNP) (1998). Position statement on nurse practitioner education.
- Buerhaus, P., & Staiger, D. (1997). Future of the nursing labor market according to health executives in high managed-care areas in the United States. Image, 29(4), 313-318.
- Burl, J. B., Bonner, A., & Rao, M. (1998). Geriatric nurse practitioners in long-term care: Demonstration of effectiveness in managed care. J of the American Geriatrics Society, 46, 506-510.
- Deborah, A. Grandinetti (1997). Will patients choose NP's over doctors? Medical Economics, 74(14), 134-151.
- Harper, D., & Johnson, J. (1996). Workforce policy project technical report: Nurse practitioner educational programs, 1988-1995 (Washington: National Organization of Nurse Practitioner Faculties).
- Harper, D., & Johnson, J. (1998). The new generation of nurse practitioners: Is more enough? Health Affairs: Chevy Chase, 17(5), 158-164.
- Hooymann, N., & Kiyak, H. A. (1988). Social Gerontology, 4th edi. Allyn and Bacon. 520-528.
- U. S. Department of Health and Human Services(HHS), Health Resources & Services Administration(HRSA) (1998). Nurse practitioner workforce report executive summary.
- Kane, R. L. (1976). Is good nursing home care feasible? JAMA, 235, 516-520.
- Kayser-Jones, J. S. (1981). Gerontological nursing research revisited. J Gerontol Nurs, 7(2), 217-225.

Lewis, K. (1979). Practical illustrations of nurse-social worker collaboration and teamwork in a longterm health care facility. J of Gerontological Nurs, 5, 34.

Mangan, S. K. (1997). Some medical and nursing schools declare a truce and start to work together. The Chronicle of Higher Education, 44(17), A10-A12.

Kiehler, M. (1997). Direct medicare reimbursement for all NPs and CNSs, Nurse Practitioner. World News, September/October, 21-22.

Mezey, M. D., & McGivern, D. O. (1986). Nurse, Nurse Practitioners. Little, Brown and Company, Boston/Toronto.

National League for Nursing (1994). Nursing Datasource 1994 : Volume II-Graduate Education in Nursing : Advanced Practice Nursing, Pub. no. 19-2643.

Nichols, L. (1992). Estimating the cost of underutilizing advanced practice. Nursing Economics, 10(5), 343-351.

National Organization of Nurse Practitioner Faculties(NONPF) (1991). Domains and competencies of nurse practitioners. In advanced nursing practice. Nurse practitioner curriculum guidelines, 2-35.

Pearson, L. (1998). Annual update to how each state stand on legislative issues affecting advanced nursing practice. Nurse Practitioner, 20(1), 14-29.

Pickwell, S. M. (1997). Nurse practitioners. JAMA, 277(13), 1094.

Schwartz, R. M. (1979). Multi purposed day centers : A needed alternative. J of Gerontological Nurs, 5, 48.

Wilken, M. (1995). Non-physician providers : How regulations affect availability and access to care. Nursing Policy Forum, 1(2), 28-38.

Teresa, F. (1997). Effort to improve pri-

mary care delivery to nursing home resident. J. of the American Geriatrics Society, 45, 627-632.

University of Washington, School of Nursing (1998). Guideline of nurse practitioner program.

- Abstract -

Key concept : NP role, NP curriculum

## Nurse Practitioner Roles and Curriculums in the United States

*Lee, Sun Ock\**

Based on literature, status and role of the NP in America was reviewed. The process of developing NP program in America suggests us many things.

In America, nurse practitioners have sustained a mutually beneficial status with their patients for over thirty years. Excellence in academic education and clinical training will enable nurse practitioners to continue to provide quality health care. The magnitude changes in the health care system of the United States, the challenge of providing real access of health care continues. Lack of access to adequate primary care was the driving force in the initial 1965 Federal involvement in developing the NP role.

In 1993 President Bill Clinton's health care reform initiative provided policy support for NPs as primary care providers. The Institute of Medicine explicitly recognized NPs as an integral part of the primary care team. In addition, several national reports

---

\* Korea National Open University



recognized NPs as affordable, accessible, high-quality care providers. The recent passage of direct Medicare reimbursement for NPs reflected public policy statements coincided with and likely contributed to a growth spurt in the NP workforce.

From 1965 to 1977 NP programs offered traditional primary care clinical tracks(adult, family, woman's health, and pediatrics) for relatively small clusters of students in a variety of institutional settings. From 1978 to 1990 these educational programs were incorporated into graduate schools of nursing. By 1990 the majority of NPs received educational preparation in master's-level nursing programs. A new emphases was placed on post-master's NP programs designed for master's prepared clinical nurse specialists and nurse managers. As the health care system shifted hospital nursing resources toward community-based care, these master's-level nurses sought additional NP preparation.

NP educational programs are defined as the

educational structure in which one or more NP clinical tracks are offered. NP clinical tracks, in turn, offer curriculum and supervised clinical experiences that match standards in specific practice areas such as family(FNP), adult(ANP), geriatrics(GNP), pediatrics(PNP), women's health (WHNP), neonatal(NNP), and acute care(ACNP).

There were indications that NP practice was expanding into new clinical areas as evidenced by new types of tracks, particularly in acute care and psychiatry. The increase in acute care NP students likely reflects the increased demand from hospitals and other acute care settings.

In Korea, change of nurse's role into nurse practitioner's role may have many difficulties. The need of health consumer, policy support of government, approval of medical care team are all essential component. Every nursing personnel make effort to planning the new health care delivery system.