

가정간호사의 실무체험 연구

서문자* · 김소선** · 신경림*** · 강현숙****
김금순* · 박호란***** · 김혜숙*****

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

가정간호는 계속적으로 관리를 요하는 재가환자를 위한 의료서비스의 하나로 국내에서 전문간호영역으로서의 관심이 증대되고 있다. 이는 최근에 만성환자와 노인환자의 증가와 의료보험의 확대실시로 인한 종합병원 입원환자의 급증으로 병상회전율을 높이고 의료비를 절감하는 차원에서 조기퇴원을 장려하는 추세때문이다. 이러한 시대적 요청에 따른 재택환자의 질적인 관리를 위하여 1990년 1월 의료법 시행규칙에 가정간호사를 전문 간호직으로 법제화하였으며 현재는 특별교육과정을 통해 면허 받은 가정간호사들이 매년 약 470여명이 배출되고 있다. 그러나 가정간호사의 실무 현장은 아직도 제도적인 장치가 일천하다.

가정간호사업은 1997년 현재 전국 45개의 병원중심 가정간호센터(황나미, 1996)가 시범적으로 운영되어오고 있으며 2000년도에는 곧 정착화 될 단계에 있다. 1993년에는 국내에서는 최초로 서울시 간호사회 주관의 지역중심 가정간호 사업이 시작되었으며 1999년에

는 1개 대학단위에서 연구과제 중심의 가정간호 시범사업소(박정호등 1999)가 운영되고 있다. 이러한 국내의 가정간호사업 활성화를 위한 노력으로 이루어졌던 연구들은 그 내용이 다양한 것으로 가정간호 효과와 만족에 관한 연구(박경숙, 정연강, 1994) 병원가정간호사업 평가연구(황나미, 1996), 가정간호수가연구(김조자, 조원정, 최해선 1993), 가정간호요구조사(이소우, 서문자등 1996)와 이소우, 정기순, 남영임등(1996)의 가정간호 진단 분류에 대한 연구등이 있는데 이러한 연구들은 대부분 객관적 자료에 의한 양적인 연구들이다. 그러나 가정간호의 개척기라고 할 수 있는 현 시점에서 가정간호의 현장에서 가정간호사들이 실제적으로 경험하는 다양한 현상을 충분히 밝히는 데에는 보다 주관적인 자료가 필요하다고 사료되나 이에 대한 연구는 거의 전무한 상태이다. 가정간호의 정착화를 위해 가정 간호사가 현장에서 어떠한 경험을 하며 이러한 경험에 대하여 어떤 느낌을 갖는지를 파악하는 것은 매우 중요하다.

따라서 본 연구는 가정간호사들의 실무체험에 대한 기술을 통하여 그들의 경험에 대한 본질을 이해하고 그것의 의미를 해석하여 가정간호사업의 활성화를 위한 정책수립의 질적인 근거자료를 제시하고자 한다.

* 서울대학교 간호대학
** 연세대학폴 간호대학
*** 이화여자대학교 간호대학
**** 경희대학교 의과대학 간호학부
***** 가톨릭 대학교 간호대학
***** 서울 현대 중앙병원 간호부

II. 문헌 고찰

간호현장에서 간호사는 자신의 주체성을 확립하고 역할정립을 위하여 본질적인 요소들을 반추하여야한다. 즉 우리가 어떤 것을 하는 것이 중요하고 어떻게 해야 성공적이며 자신이 가치를 두고 정성껏 해야 하는 일이 무엇인가를 생각할 때 전문직관이 확립되고 간호사의 자아 존중감이 높아질 수 있다. (서문자, 김귀분, 김금순 등 1996). 이러한 관점에서 가정간호사의 역할과 기능을 파악하고 현실적으로 가정간호사들이 자신의 업무에 대하여 어떻게 인식하고 있는가를 파악하기 위한 실무체계에 대한 질적인 탐구가 의의가 있다고 보겠다. Shone(1983)은 실무적 행위를 반추(reflection)해봄으로서 실무에 대하여 탐구해야 할 인식적 요소가 무엇인가를 파악할 수 있다고 하였다. 그러므로 간호의 근본적 속성을 이해하기 위해 간호사 자신의 사고와 행위 양식을 되돌아보고 개념적 차원으로 정리를 해야한다. 그러나 이러한 맥락에서 수행한 가정간호사의 체계에 대한 질적 연구가 없었기 때문에 본 문헌고찰에서는 일반 병원 간호사를 대상으로 그들의 행위적 본질을 탐색한 바 있는 연구들(서문자 등, 1996 ; 지성애, 1994)을 중심으로 가정간호사의 행위와 인식상태의 이해를 도울 수 있는 관련문헌을 고찰해 보고자한다.

1. 가정간호사의 역할

가정간호사의 업무는 주어진 시간 내에 책임량을 완수해야하는 병원간호업무와는 달리 1:1의 환자 만남이 가능한 독특한 속성이 있는 한편 자신의 판단력과 수행력이 요구된다. 그리고 결과가 긍정적으로 확실해야하는 윤리적 책무가 있으며 (Madigan,1998), 결과에 대한 책임이 자신에게 돌아오는 독자적 간호이다.

서울시 간호사회 가정간호 사업보고(1999)에 의하면 우리나라 가정간호사의 활동내용은 활력경후측정, 근육 주사, 정맥주사, 피하주사, 상처소독, 약도포, 욕창치료 관리와 예방 및 교육, 방광세척, 소변 카테타 삽입 및 교환, 인공항문관리, 회음부 간호, 통증조절, 운동요법, 식이요법의 교육 및 관리, 튜브영양공급방법 시범 및 교육관리, 약의 복용법 및 작용과 부작용 설명, 간호결과의 관찰, 의뢰, 환자 및 보호자의 정서적 지지, 건강문제 상담, 합병증과 질병에 대한 교육, 검사물 채취, 관찰, 기도흡인, 위관, 비위관, 기도관 교환 및 관리, 수액 요법, 요도관 교환 및 관리, 수술 후 부위의 관리 등으

로 나열되어 있다. 이러한 가정간호사의 역할은 일반 임상간호사들이 주관적으로 표현하는 간호의 본질과 거의 비슷한 양상을 보이고 있으나 단지 조직체에서의 역할인 조정이나 병동관리등은 지역단위에서의 가정간호사 업무 내용으로는 관련성이 없는 것으로 나타났다.

가정간호사의 실무를 심층적으로 분석한 Schmidt (1997)는 가정간호사의 실무는 상호노출에서의 공감대 형성과 자기의 행동에 대한 반추가 중요하게 작용한다고 하였다. 국내의 연구에서 서문자등(1996)은 임상간호에 대한 본질적 속성을 돌봄, 사정 및 진단, 교육, 정보제공, 상호협력, 상담, 처방수행, 경청, 조정, 병동관리 영역 등 10가지로 제시하였고 지성애(1994)는 간호의 속성들은 관계적 속성(만남, 상호관계, 신뢰), 정신적 속성(신뢰, 인간애, 상실성, 간호정신), 기술적 속성(과학성, 예술성, 과정, 목표지향성), 행위적 속성(돌봄 :반응, 보호, 함께함, 지지, 관찰, 편안하게 함, 문제해결, 조정, 교육, 자극-돌봄 행위), 결과적 속성(변화, 성장발달, 혼자 할 수 있게 함과 건강성취)이라고 하였다. 한편 박성희 (1993)는 간호사들의 돌봄을 몸의 편안함, 마음의 편안함, 정감으로 정성을 느낌, 성의를 느낌 등의 주제로 분석하였다. Leininger(1977)는 돌봄과 관련하여 자율적인 간호는 유용한 돌봄, 돌봄 행위, 돌봄 과정과 관련되어 있다고 하였으며 돌봄의 개념에는 안위, 지지, 동정, 공감, 직접적인 도움 행위, 특정한 스트레스에 대한 대처, 접촉, 양육, 의존, 감시, 보호, 복구, 자극, 건강유지, 건강 교육, 건강상담이 포함된다고 하였다. 그러나 가정간호사의 실무체계에 대한 연구는 국내외적으로 거의 없어서 이를 구체화하는데는 많은 어려움이 있는 실정이다.

이러한 연구결과를 종합하면 간호사의 간호본질에 대한 인식을 반추해 보는 것은 간호사의 체험세계를 이해할 수 있을 뿐만 아니라 간호의 정체감 파악과 정체 수립을 위해서도 도움이 될 수 있으므로 가정간호사 대상의 질적 연구로 실무체계의 세계를 분석해 볼 필요가 있다고 보겠다.

2. 가정간호대상의 특성

가정간호대상자들은 노인, 심신장애자, 만성퇴행성 질환자, 정신질환자, 조기 퇴원자, 당뇨, 고혈압, 뇌졸중, 욕창, 산후관리, 신생아, 임종환자, 암환자, 뇌척수 손상자, 교통사고 환자, 저소득층 환자 가족 등으로 다양하다 (김모임,1991; 김화중,1993 ; 서미혜, 1990). 외국의 경우도 가정간호 대상자는 주로 노인 환자였으나(Melin, Hakansson & Bygren, 1993; Steel, 1991; Van

Rossum, 1993), 후에 심신장애자나 정신질환자(Dedman, 1993), 말기 암환자(Beck-Fris, Norberg & Strang, 1991), 영양관리(Pantaloc, 1993), 경맥주사치료자(Bernstein, 1991)등 다양하게 시행되었다.

최연순 등(1992)은 일개 종합병원의 퇴원 전 환자를 대상으로 가정간호 요구도를 11가지 건강기능 양상을 근거로 조사한 바 있고 Saba와 Zuckerman(1992)에 의하면 가정간호를 위한 간호진단은 활동관련요소, 장애설요소, 심장기능요소, 인지요소, 대처요소, 체액요소, 건강행위요소, 투약요소, 대사기능요소, 영양요소, 신체조절요소, 호흡요소, 역할요소, 안전요소, 자가간호요소, 자개념요소, 감각요소, 피부/조직요소, 조직확산요소, 요배설 요소등의 20개로 분류되었고 이러한 간호진단에 대한 간호중재는 간호서비스제공, 중요한 치료, 중재, 처방수행에 관한 행위라고 하였다. 한편 권영숙(1991)은 대구시내 1개 대학병원에 근무하는 간호사를 대상으로 가정간호사제도와 가정간호사의 직무에 대한 인식정도를 파악한 결과 가정간호사제도에 대한 인식정도는 비교적 높게 나타났다.

3. 간호사의 실무체험

가정간호사들의 실무체험을 분석한 기존의 연구는 없으나 일반 간호사들의 역할 형성과정, 적응과정(Yi, 1993), 사회화과정에서의 인식에 대한 연구(김복순, 1999)등이 있다. 간호사들은 현장에서 자신의 정체성을 인식하고 환자 대 간호사의 관계형성 과정을 통해서 간호사로서 합당한 수준의 기술과 지식습득, 직업적 만족을 유지하려는 방식으로 자기자신을 재구성한다. 김복순 등(1999)은 간호사의 존재이유가 환자를 간호하는 것이라 할 지라도, 실제적인 과정에서 불안으로 인한 분노가 일어난다고 하였다. 사회화 과정에서 간호사들의 경험은 당황함, 대인관계에서 오는 힘겨움, 근무형태 등에서 오는 권태로움 및 겉돌음으로 인한 억눌림을 속성으로 하는 '버거움'을 경험한다고 하였다. 이러한 '버거움'은 단편적인 어려움이 아니라 적성, 근무경력 및 지원동기라는 구조적 맥락 속에서 중재상황인 주변의 지지, 성격성향 및 적응력에 따라 흐름과 양상이 각기 달리 결정되는 복잡한 관계를 가지는 것으로 나타났다. 그러나 병원에서의 사회화과정을 통해 경험하는 '버거움'에 대해 되려함, 다스림 및 관심돌림으로 반응하면 업무에 능숙해지며 자긍심과 성취감을 가지게 되어 간호사로서의 정체성을 확립하는 '되어감'의 결과를 초래하지만 피하거나

태만하면 역할에 대한 갈등으로 이직을 하고 싶고 해마다 흔들림과 같은 부정적 결과를 초래하였다.

병원에서 이뤄지는 전문적 사회화는 직업적인 정체성을 확립하여 가는 과정이다. 전문직업적 행동을 증명하기 위해서는 개인은 전문직 역할의 실제적인 주체가 되어야 하며 자신이 전문성 그 자체의 일부가 되어야 한다. 직업적 사회화 과정의 단계와 각 단계에서 어떤 반응이 일어나고 있으며 어떻게 적응하고 내면화하는지에 대한 합의가 없는 상태에서 간호사의 막연한 사회화 과정을 확인하기 위한 많은 연구가 시도되어 왔다. 그러나 이러한 연구는 병원조작에 속한 일반 간호사를 대상으로 했을 뿐 독자적으로 간호를 수행하는 지역사회 가정간호사를 대상으로 한 것은 없다. 따라서 지역사회에서 일하는 가정간호사의 사회화과정에 대한 연구의 필요성을 확인하는 목적으로도 이들의 체험에 대한 연구가 필요하다.

4. 가정간호사업의 최근 동향

서울시 간호사회가 시범사업의 일환으로 1993년에 54명의 환자에게 857회의 가정간호를 수행한 것을 시작으로 1999년 10월 말 현재 522명의 환자에게 6,225건의 방문을 시행하면서 꾸준히 가정간호 사업이 증가되고 있음을 보이고 있다. 더욱이 1997년에는 병원 중심 가정간호 사업이 45개 기관으로 확대되고 있음은 가정간호 수혜자가 계속 증가하고 있음을 반증하는 것으로 지역사회에서의 가정간호가 얼마나 필요한가를 보여 주는 것이라 하겠다. 그러나 아직까지도 이러한 모든 가정간호사업이 시범적인 일시적 현상으로 남아있다는 점에서 가정간호사업의 제도적 정착화가 절실히 요구되고 있는 바이다.

최근에는 만성퇴행성 환자, 노인, 정신질환자, 지적부자유자 등의 증가와 핵가족화로 인한 가정내 돌봄 인력의 부족과 종합병원에서 조기퇴원 환자의 급증추세에 따라 가정간호대상자가 증가되고 있다.

이에 정부에서는 1990년 가정간호사제도를 법제화하여 가정간호사제도를 점차 정착화 시키는 단계라고 본다. 그러나 현행 가정간호 시행상의 문제는 아직도 행정적 지원이 없음에 따른 현실적인 문제점들이 해결되지 않고 있는 점이다. 이에 따라 직접 실무에서 일하는 가정간호사들의 경험체계의 분석을 통해 가정간호에 대한 인식전환과 정책개발과정에 실무적 체험을 반영할 필요성이 있다는 점이 본 연구를 시도하고자 하는 의의라고 보겠다.

III. 연구 방법

1. 자료수집

현상학적 연구에서 가장 먼저 할 일은 정확한 서술이고, 상황 그 자체가 서술되어야 한다. 왜냐하면 인간의 의식은 바로 이러한 경험의 서술을 통해서 드러나기 때문이다.(신경림, 1995)

본 연구에서는 참여와 녹음하는 것에 대한 참여자의 동의를 얻고 면담을 하면서 동시에 녹음을 하였다.

심층면담은 1998년 8월부터 1998년 12월까지 각각 2-3차에 걸쳐서 실시하였다. 1차 면담은 보통 1시간-2시간 정도가 소요되었으며, 2-3차 면담은 1차 면담에서 모호한 부분이나 참여자의 진술이 부족하다고 생각하는 부분을 중심으로 40-50분 정도 면담하였다.

참여자의 진술을 녹음한 테이프는 가능하면 면담 당일에 녹음 내용을 글로 옮겨 썼으며, 글로 옮겨 쓴 내용을 종이에 인쇄하여 분석자료로 활용하였다. 연구자의 말을 제외하고 진술을 출력한 분석자료는 더블 스페이스로 A4용지로 150장의 분량이었다.

Guba와 Lincoln(1985)가 말한 질적 연구의 평가기준인 진실성(Truth value), 적용성(Applicability), 일관성(Consistency), 중립성(Neutrality)에 대한 확인을 위하여 면담 내용을 필사한 후 2명의 참여자에게 주어 읽게하여 자신들이 진술한 사실과 맞는지 확인하였다.

2. 자료분석 방법

현상학적 내용분석을 위하여 횡간 분석을 이용하였으며 벨 때년의 현상학적 분석방법에 따라 다음과 같은 과정을 거쳐 분석하였다.

- 1) 연구자의 선입견을 (괄호치기) 보류하기
- 2) 직관과정을 통해 체험을 관찰하기
- 3) 내용을 분석하기(반복적인 요소를 찾아내기)
- 4) 발견된 본질을 해석하기
- 5) 해석된 의미를 서술하기

IV. 연구결과 및 논의

1. 첫 방문에 대한 두려움과 설렘 (개념: 낯설음, 어색함, 불안, 떨림)

가정간호 대상자를 의뢰 받은 간호사는 남의 가정이

라는 새로운 환경에서 건강 상태가 자세히 파악되지 않은 환자를 대상으로 독자적으로 간호업무를 수행하여야 하는 상황에 대해 두려움을 느낀다. 집안 환경이 어떠한지 환자의 상태가 가정간호사 혼자 수습할 수 있는 정도인지 또는 예기치 못한 사건이 발생할 지 등에 대한 두려움으로 불안하여 그 정도가 심하면 동료간호사와 짝을 지어 첫 방문을 시작한다.

“맨 처음에는 막연하게 떨리고 두렵고 그랬죠. 어떤 환자일까, 집은 어덯까, 짐 찾기는 쉬울까, 내가 장애넌까 등 그런 불안감이 있죠.”

“처음 갔을 때는 좀 당황태요. 병원에서 익히면 낯은 데가 있으나 이것은 딱 가정이라는 테두리 안에서 혼자 갖다해야 한다고 하니깐...”

“초창기에는 환자도, 보호자도 모르니까 둥이 갔어요. 둥이 서호 보란도 할건. 처음에는 또 어색하니까, 아무래도 옆에 있으면 든든하잖아요?”

첫 방문을 통해 환자 상태와 주변환경에 익숙해진 가정간호사는 혼자서 간호를 성공적으로 수행하게 됨에 따라 전문직업인으로서 배우는 즐거움과 보람을 느끼게 된다. 점차 환자와 가족이 수행능력을 인정해 줌에 따라 뿌듯함을 느끼며 앞으로 더욱 열심히 살아가며 최선을 다 하겠다는 각오를 다진다.

김복순 등(1999)이 간호의 실제적인 과정에서 불안하며 임상현장에서의 사회화 과정에서 간호사들의 경험은 불안, 당황함, 대인관계에서 오는 힘겨움, 근무형태 등에서 오는 권태로움 및 곁들움으로 인한 억눌림을 속성으로 하는 '버거움'을 경험한다고 한점에서 볼 때 본 연구의 대상자인 가정간호사가 경험한 불안감과 당황함은 비슷하나 버거움은 나타나지 않았다. 이는 새로운 환경에서 새로운 역할을 독자적으로 수행한다는 사실에 따른 동기화가 강하게 작용한 것으로 사료된다. 가정간호사들은 자신의 업무에 점차 익숙해지면서 전문인으로서 보람을 느끼며 환자나 가족으로부터 인정받음에 따라 더욱 최선을 다하게 되는 성숙단계가 시작된다고 하겠다.

2. 가족 내로 스며듦 (개념: 정이 듦, 가족과 같이 됨)

가정이라는 특수한 환경에서 환자와의 만남이 1:1로 지속됨에 따라 제공자와 수혜자라는 형식적인 만남이 정

을 매개로 하는 친밀하고 인간적인 관계로 변화되면서 마치 가족의 구성원과 같은 존재로 서서히 스며든다. 따라서 가정간호사로서의 환자 간호에 대한 의무와 책임은 물론 가족전체에 대한 상담, 가족위기 중재, 의사결정보조, 때로는 가사노동에 관여하기도 한다. 이와 같이 정이 매개된 집안 식구와 같은 관계의 형성으로 때로는 중결이 지체되고 가정방문 간호비용도 수렁하지 않고 지속해서 환자를 방문하게 된다. 그러나 이러한 일들은 내적 갈등을 유발시키는 요인이 되기도 한다. 이러한 내적 갈등을 해소하는 방법은 간호대상자가 나보다는 못하다는 비교의식과 간호의 본질은 희생과 봉사이며 어떤 상황에 서라도 간호는 지속되어야 한다는 사명감으로, 때로는 자신의 종교적 신조에 따라 '전능한 자로부터 부여받은 소명감으로 인식 재구성을 통해 해결하기도 한다.

이러한 현상은 가정간호사 사례집(서울특별시 간호사회, 1998)에서 가정간호사들이 마치 가족의 일원이 된 것 같다고 표현한 것과 일치하며 "항상 함께 하는 가정간호사님" 이라고 표현한 환자의 느낌과 상통한다고 보겠다. 이와 같이 환자에게 친밀하고 가족같이

믿을 만한 가정간호사의 이미지와 역할은 전문적으로서 바람직하다. 그러나 오랜 기간의 가정방문으로 가족의 일원이 된 것 같다는 표현은 신뢰감 있고 친숙한 상호관계를 의미하며 전문직 간호사가 반드시 수행하여야 할 과제이다. 그러나 설거지나 반찬 만들기 등 가사에 개입하는 것은 가정간호사가 방문시 수행하여야 할 전문적 역할로는 적절하지 않다고 보며 가정간호사업이 보다 전문적으로 발전하기 위해서는 전문직역할의 구분과 문제해결을 위한 의뢰체제를 구축하여 필요시 가사도우미 제도를 활용하게 해주는 것이 보다 항구적인 문제해결이라고 하겠다.

3. 터득한 대안과 노하우에 대해 자랑스러워 함 (개념 : 터득함, 자산으로 여김, 확신을 다져감)

가정간호사로서의 경력이 쌓임에 따라 가정 방문시 발생해온 예기치 못한 사고발생과 이에 따른 나름대로의 대안을 정리하여 간호기술, 대인관계 형성, 의뢰를 위한 관계망 형성에 대한 자신만의 노하우를 만들어 가면서 자신에 대한 확신을 다진다. 그리고 이러한 것은 실무를 경험한 자만이 가질 수 있는 자산이라고 자랑스럽게 말한다.

"남자한자의 Foley를 뺐는데 축력이 있었어요. 갑자기 당하니까 녹났죠. 보호자에게 냉장고에 있는 얼음 가져 오라해서 얼음주머니 맞들어 진정시켰다가 30분 후에 재시도 해도 안 그쳐 119호 병원에 갔었어요. 그래서 그 다음부터는 꼭 미리 물어보고 무리하지 않도록 하죠."

"말약에 판단해서 알뜰 것 같으면 119 타고 병원에 가야지 하는 싸움이 있어요. 환자에게 처음 갔을 때 G-cannula 있으면 구멍이 막힌 적이 있냐고 꼭 물어봐요. 전에 cannula빼고 트레싱을 하는 동안 수축이 온 경우가 있었거든요. 그 다음부터 보호자에게 알뜰하길 경우 119호 병원에 가야 한다고 미리 얘기해 놓아 보호자가 당황하지 않도록 해요."

"유라치스 관적연이 심한 환자가 있었는데 오른손도 못쓰고 걸어다닐 수가 없었으니까 엉덩이로 방앗을 먹고 다녀 엉덩이에 특창이 생긴 상태였어요. 관적운동은 시켜주고 또 계속하도록 교육하면서 우리 아들이 쓰던 스케이트보드를 갖다 주고 움직이도록 했어요. 지금은 오른쪽을 이용하여 자가간호도 하고 스케이트보드 타고 집 앞 웬만한 한데는 다 다녀요. 특창도 다 나았고요."

이러한 경험은 가정간호사의 기능을 대부분의 신체적 간호와 일부 환자교육으로 제시한 행위중심이나 Saba와 Zuckerman(1992) 등이 제시한 간호서비스제공, 중요치료, 중재, 처방수행의 네 가지 종류에서도 나타나 있지 않는 독특한 경험적 자산이라고 할 수 있다. 즉 가정방문시 예기치 못한 사고의 발생이나 다양한 인간관계의 형성이 요구되는 가정간호현장에서는 상부의 지시나 처방에 의존하는 임상간호사와는 달리 가정간호사만의 독특한 독자적인 간호처방을 할 수 있는 자산으로 문제해결을 위한 나만의 대안, 노하우를 갖게된다는 것이다. 이는 가정간호사가 전문적으로 발전하는데 있어서 반드시 필요하고 중요한 의사결정의 한 자산으로 보아 그 의의가 크다고 보겠다.

4. 영세민에 대한 연민(개념: 현 체제를 비난함, 민망해 함, 분노를 터트림)

국민이 누려야 할 하나의 권리로서의 혜택을 받지 못하고 자신보다 열악한 환경에 있는 영세환자나 가족에 대한 가정간호사의 연민은 가정간호사로서의 공적 또는

개인적 신분을 이용한 관계망을 통하여 도움을 제공하며 의료보호대상자 선정기준의 비현실성과 모호함에 따른 현 체제를 비난하기도 한다. 가정간호사는 또한 자신이 제공한 간호수행에 대한 보수를 직접 수령하는데 대하여 전문가로서가 아니라 일당직 근로자와 같은 느낌이 들게 할뿐만 아니라 생활이 궁핍한 영세민으로부터 현금을 받는 자체가 하는 몫시 불편함을 토로한다. 따라서 영세민으로부터 직접 지불 받는

현 제도는 보험수가화 되어야 하며 가정간호서비스가 지속되고 기본적인 생활이 유지되도록 사회 보장제도의 시급한 실시도 요구된다고 분노를 터트린다.

“의료보호를 받을 수 있는 분은 한정되어 있고 까다롭잖아요. 60세 이상 아무도 없어야되고....”

“대개는 그렇지 않지 않은 어떤 분은 천원짜리 꾸기 꾸기 한 것 여기서 꺼내고 저기서 꺼내주는데 이런 돈 손으로 받기 면당스럽고 불편해요.”

가정간호사가 느끼는 영세민에 대한 연민에서 나오는 또 하나의 불평은 가정간호 서비스에 대한 의료인의 인력부족과 홍보부족으로 가정간호 의뢰가 활성화되지 못하여 혜택을 누리야 할 사례들이 누락된다는 것이며 가정간호대상자 관리 및 상담을 총괄할 주치의 또는 촉탁의의 부재로 처방전달이 적시에 되지 않아 환자가 고통받는다는 것이다. 또한 주치의가 있는 경우도 의사나 간호사의 가정간호에 대한 지식 부족으로 환자 퇴원시 환자를 위해 가정간호사가 추후에 수행하여야 할 처방을 기술하지 않는 경우가 허다하다고 한다. 따라서 가정간호사는 단지 퇴원 처방지를 전달받기 위해 따로 시간을 내어 병원을 방문하는 경우가 허다하기 때문에 간호수가가 적용될 수 없는 시간소모가 많다는 것도 지적하고 있다. 그러므로 이러한 문제를 해결하기 위하여 가정간호사업소에 자문의를 두거나 범 국가적 차원에서 주치의 제도를 도입하는 것을 제안하기도 한다.

가정간호사들이 열악한 환경에 있는 환자와 가족, 의료보호대상자, 그리고 의료보험을 받을 수 있으나 실제적인 치료를 받을 수 없는 어려운 환자들에게 가정간호를 하는 경험 가운데서 이들에 대한 의료와 복지 전달체계의 비합리성과 관계망의 부재에 대해 인지하게 된다. 특히 가정간호사업단이 국가적 차원에서 제도화 되어 충분히 홍보되지 않았기 때문에 누구보다도 가정간호가 요

구되는 영세민이나 의료보호대상자들에게까지 필요한 만큼의 가정간호가 연계되지 않아서 아직도 도움이 필요로 되는 건강문제에도 불구하고 가정간호사의 손길이 닿지 않아 혜택을 받지 못하는 경우가 있다는 것이다. 이는 가정간호비용 지출에 따른 어려움 이전에 가정간호를 받을 수 있는 연계망조차 없는 안타까운 사례들이 있음을 의미한다.

5. 의사와의 의료망과 공조체제 형성의 어려움 (개념: 임듬, 사람끼리 안통하여 답답함)

환자의 증상관리를 위한 의사와의 공조체제형성의 어려움에 대한 구체적인 예를 들면 의사와의 연락이 어렵다는 것과 연락이 되더라도 환자를 진료한 시기가 상당기간 경과한 경우는 의사가 환자를 기억 못하는 경우가 허다하여 자문을 구하기가 힘들다는 것이다. 따라서 환자의 상태를 약간만 심각하게 보고하여도 ‘응급실을 이용하라’는 조언을 가장 흔히 듣는다. 가정간호사의 교육적 배경, 자격, 경험, 역할 등에 대한 의사의 무지도 이러한 조언이 나오게 하는 이유로 작용한다.

“병원중신 가정간호는 자문 받은 의사가 있어 좋은데 우리는 의사가 자기 일로 다 바쁘게 퇴원한 환자의 사소한 문제를 전화하 하면 속직히 다 받아주겠어요? 그래서 중요한 문제가 있을 때만 전화를 하는데 대담은 번하죠. 무조건 병원으로 보내내요. 그러면 환자한테 보호자는 안 갔다고 하죠. 우리는 그걸 다시 설명해야 되고”

“가정간호를 제대로 하려면 책임의사가 한 사람 있어 필요할 때 연絡이 용이하여야 하는데 그런 것이 띠흡하여 힘들어요.”

가정간호사역할의 한계가 현행대로라면 간단한 약도 처방 할 수 없다는 점 때문에 계속적인 환자관리를 위해서는 의사의 처방이 요구된다. 이러한 상황이라면 의사와의 연계체계가 공식화되거나 보건진료원과 같이 가정간호사에게도 기본 약에 대한 처방권을 부여하는 것이 마땅하다고 생각한다. 의사들의 입장에서 잘 기억되지 않고 직접 환자를 진단하지 않은 상태에서 전화처방을 하거나 의뢰 처방을 한다는 것을 기대할 수는 없다. 그러므로 가정간호를 제도화하여 특히 가정방문을 전담으로 하는 가정간호사업단과 지역에서 가까운 병원의 의사가 서로 연계할 수 있는 의료 관계망을 형성하는 것이

매우 필요하다고 시사할 수 있다.

6. 지원체계의 미비에 따른 무력감 (개념: 물품 공급의 어려움, 제도적 제약에 따른 짜증, 현금지불로 인한 민망함)

병원이나 사업소에 근거지를 두지 않은 순수 지역중심 가정방문사업을 수행하는 간호사로서 물품이나 용품과 관련된 고충은 공급과 소독이다. 현재의 국내 의료소모품 시장의 경우 일 회용으로 시판되는 소독 포장품이 거의 없기 때문에 가정간호사 개인자격으로 대량을 구입하여 일 회분량으로 포장한 후 소독하여 사용함으로써 이에 따른 시간과 에너지 소모가 많다. 특히 EO gas소독을 요하는 물품의 경우는 개인 친분을 이용하여 기존 병원의 소독기기를 이용하기도 한다.

“우리는 병원중심이 아니니까 물품을 각자 양아서 병원이나 집에서 소독해서 준비해요. 개인이 사서 일일이 싸서 끓여야 될 것은 끓이고 autoclave할 것은 개인이 가지고있는 조그마한 것으로 해요. 그런데 80 gas는 큰 병원에 가서 해오는데 나는 특별히 아는 데가 없어 주로 끓여서 쓰는 방식을 써요.”

“의료용품은 사러 가는데 20분, 날개호 포장하는데 1시간에서 1시간 반정도 걸려 준비에 쓰는 시간만 해도 2시간 정도예요. 앞으로 환자가 많아지면 어떻게 할지?”

또한 검사물을 의뢰하여야 할 경우는 보호자를 통해 검사물이 정확히 지정된 장소로 보내어지도록 지시하고 확인하며 검사결과는 자신이 직접 확인하기 때문에 이에 따른 업무상 애로를 해결하기 위해 검사 물 접수와 결과지 회수에 대한 자동화나 체계화가 시급한 문제로 지적된다.

가정간호사 업무수행과 관련된 시간적 낭비의 또 다른 예로는 교통체증, 주차문제, 환자의 집을 찾을 수 있는 지도의 부재에서도 기인된다. 가정간호사의 방문목적이 환자간호 임에도 불구하고 임시 주차를 위한 특권이 부여되지 않았음은 가정간호 활성화를 위한 정책의 부재를 의미한다고 할 수 있다. 특히 야간 시나 응급 호출시의 주차문제는 더욱 심각한 것으로 나타나 짜증스럽다고 표현한다. 주차와 관련된 또 하나의 물리적인 어려움은 대부분의 영세민이 거주하는 주거지가 차량의 진입이 불가능한 좁고 경사진 곳에 위치함에 따라 약 10kg가 되는

물품가방을 맨 채 한참을 올라가야 한다는 것이다. 특히 여름의 더위는 환자를 보기 전에 미리 지치게 하는 요인이 되기도 한다. 그러나 가정간호사의 업무 효율성과 기동성확보를 위해 자동차는 필수적이며 방문료와는 별개로 거리에 따른 주유비의 확보가 병행되어야 함을 주장한다.

“보건진료원은 국가에서 허용한 범위내에서 치료자로서 행위를 하여 완전한 cure 단계까지 이룰 수 있어요. 그러나 가정간호는 약국에서 누구나 살 수 있는 아스피린도 사서 쓰라고 말을 못해요. 그런데 환자들이 인의호 사서 쓰는 약의 상호작용 때문에 발생하는 부작용 관리는 우리가 해야되고”

가정간호사는 간호사 면허 취득 후 1년의 교육과정을 이수하였음에도 불구하고 보건진료원이 갖는 제한된 범위의 처방권 조차도 없어 대상자가 인의호 약국에서 구입하여 먹을 수 있는 약도 전문인에 의한 불법 처방이라는 이유로 의사에게서 일일이 처방을 받아 수행하여야 함으로써 업무의 효율성이 떨어진다. 따라서 가정간호사에 대한 처방의 제한된 허용은 환자중심의 가정간호를 적시에 수행할 수 있도록 하는 중추역할을 할 것이라고 입을 모은다.

7. 교통정체와 주차문제로 애태움 (개념: 헤메어 짜증남, 마음이 조급함)

기도유지 간호나 실신, 속, 요실금 간호 등 시간을 다투는 가정간호를 요청하는 환자들을 위해 신속하게 기동성을 발휘할 수 있는 지원책이 필요하다. 다급한 환자의 요청소리가 귀에 쟁쟁하면 딱힌 길이 천리길로 답답하여 때로는 마음의 조급함에 교통사고의 위험이 한 두 번이 아니다. 천신만고 끝에 방문할 집에 도착하면 이번엔 주차할 곳이 없어 헤메이기 일수다. 간신히 주차하고 나면 수시로 주차위반 스티커를 받는 등, 어려움이 많다. 이런 문제를 고려하면 가정방문 차량은 임시 가정간호방문용 주차증을 제공해주거나 준 앨브르스와 같은 대우를 해주는 방법을 강구해 보아야 할 것이다.

“곡목 같은 데는 차가 잘 들어가지도 못하는데 간신히 들어가서 주차해 놓으면 주차위반 딱지가 붙어 있어요. 주차나 10부제 문제부터 해결되어야 일을 제대로 하지...”

8. 윤리적 갈등(개념: 환자와 가족에 대한 연민, 생명 연장에 대한 회의)

가정간호대상자의 통증관리규약 중 마약성 진통제의 처방은 간호사에 의해 처방수행이 가능한 경우에만 허용된다. 따라서 가정 간호사가 4 내지 6 시간마다 투약을 목적으로 방문할 수 없는 현실을 감안한다면 통증으로 고통받는 환자에 대한 통증관리는 유명무실한 것이라고 밖에 말할 수 없다. 이로 인해 가정간호사는 본의 아니게 통증으로 인한 환자의 고통에 대해 즉각적이고 효과적인 중재를 하지 못하고 있다. 이러한 상황은 가정간호사로 하여금 생명연장에 대한 회의나 윤리적 갈등을 경험하게 하며 환자의 고통을 기약 없이 지켜보아야 하는 가족에 대해 하염없는 연민을 느끼게 한다. 따라서 만성 질환자나 말기환자의 통증관리는 별개의 지침 하에서 다루어져야 할 것을 제안한다. 또한 이들 환자가 편안한 임종을 맞이할 수 있도록 호스피스에 대한 교육이 보완되어야 할 것을 지적한다.

“가정간호의 목표 중에 환자가 편안하게 돌아가실 수 있도록 도와주는 것이 있어요. 통증조정도 양된 상태에서 오신, 구토가 심한 사암의 경우 고통이 저렇게 심할때 정맥주사만 놓아서 생명을 연장하는 것이 무슨 의미가 있을까 하는 심한 갈등을 느껴요.”

“무의식 환자가 4년까지 가는 걸 봤어요. 환자는 무의식이거나 그렇게 있다하더라도 보호자의 삶은... 4년은 참 긴 시간이지요.”

“가족들이 원하는 생명은 좀 활동을 하고 자신을 표현할 수 있어야 하는데 그걸 못하고 의식도 없이 누가 가족인지도 모르는 상태에서는 살아갈 필요가 있을까라는 생각들을 해요. 나라면 이런 상태에서는 죽기를 바랄 거라고 짐작하여 시키는 것을 일부러 안 하세요. 경제적으로 육체적으로 그렇게 어렵지 않으면 정말 돌아가시기를 원하셨어요? 자기가족인데 이때 가정간호사로서 내가 해 줄 수 있는 것은 한정되어 있고...”

9. 사고에 대한 부담감 (개념: 중압감, 불안, 영구직으로서의 갈등, 신체적 피로감)

가정간호사가 간호를 수행하는 환경은 필요 시 활용할 수 있는 여러 인적 자원이 있는 병원상황과는 달리

모든 것을 혼자 수행하고 책임지는 상황이다. 따라서 가정간호사는 책임에 따른 중압감 외에 예기치 않게 발생할 수 있는 의료사고에 대해 불안해한다. 또한 신체적 문제 외에 정신적 문제를 지닌 환자나 환자가족에 의한 상해 또는 성 폭력 가능성도 불안을 가중시키는 요인이 된다. 야간 응급호출시에는 환자의 상황적 기술에 대한 판단에 따라 다음날 아침 방문으로 예약하거나 환자나 보호자에게 직접 응급 처치를 수행하도록 지시하거나 119호출 등의 대안을 제시하기도 한다. 그러나 혼자를 다루는 경우는 남편을 에스코트로 하여 환자의 집을 방문하는데 이러한 갑작스런 호출은 정신적 스트레스는 물론 자신의 사생활에 대한 방해요인으로도 작용한다고 한다.

“40세된 아들이 경추도 안하고 어머니를 모시고 있었어요. 무슨 건축현장에서 야간 경비를 하다가 새벽에 보면 숙을 잘 먹고 있더라고요. 언젠가 저녁8시나 9시가 되어서 전화가 왔는데 cannula가 빠지고 소변이 막 세고 그런데요. 소변이 세는 것은 기저귀를 채워서 어떻게 하든지만 cannula는 오래 되면 수축이 오고 안 들어 갈 수가 있거든요. 그래서 나 혼자는 무서워서 우리집 아저씨랑 같이 좀 가자고 해서 그 집 앞방 문 열어 놓고 문턱에 앉아 있도록 했었어요.”

“부인이 교통사고를 당해 뇌저상으로 누워 있는데 남편이 양코를 증폭자예요. 정신과에도 몇 번 입원하고 했다는데 치료도 안 받고 약도 안 먹고 있는 상태였는데 한번은 나한테 사병했다는 편지를 보냈어요. 어떤 때는 저양을 가라고 해도 제 어깨에 이렇게 손을 얹어봐요. 가정간호 하다보면 의외로 정신과 환자가 많아요. 너무 무서워서 정신과 문제가 더 크다 하고 증격했어요.”

환자에 대한 가슴 저미는 연민, 불안감, 그리고 아무런 법적 보호장치 없이 무방비 상태로 노출된 현실 등에 대한 교감은 가정간호사로서의 자신이 과연 얼마나 오랫동안 지탱할 수 있을까 하는 막연한 생각을 불러일으키기도 한다. 이상과 같은 정신적 문제 외에도 가정간호대상자의 대부분이 영세노인이며 마비 환자이고 침대가 아닌 온돌방에 누워있는 경우가 많아 허리를 잔뜩 구부린 자세로 관절운동, 튜브교환, 피부간호 등을 수행하는 것은 상당한 정도의 신체적 피로를 초래하기도 한다.

10. 전문인으로서의 정체감과 자부심(개념: 부딪힘, 보람, 즐거움)

가정간호사가 병원이라는 환경에서 근무했던 시절과 다르다고 말하는 경험은 대부분의 경우가 의사의 지휘나 감독 없이 환자의 상태에 대하여 독자적으로 판단하고 수행하며 평가하는 자율성이다. 병원의 경우 환자와 관련된 대부분의 의사결정이나 중재의 수행범위는 행정의 주도권을 쥐고있는 의사중심으로 이루어지기 때문에 학부의 교육과정 속에서 충분한 지식과 훈련을 쌓았던 부분도 의사를 그저 보조하는 수준으로 끝나는 것이 비일비재하다.

그러나 가정간호의 경우는 학부나 가정간호교육과정에서 학습한 대부분을 독립적으로 수행할 수 있는 뿌듯함이 있다. 비록 자율에 따른 책임감이나 부담감 또는 외로움이 있으나 자신만의 환자관리가 확실히 반영되는 ‘내 환자’가 있는 것은 가정간호에서만 가능하다는 것이다. 가정간호사들은 가정간호사들이 이와 같이 대부분의 중재를 독자적으로 수행하는 만큼 보수교육이나 계속교육, 질 관리가 병행되어야 하며 보다 신속하고 정확한 정보교환을 위한 의사소통 채널의 확보가 시급한 과제를 강조한다. 또한 가정간호 대상자가 가진 질병의 중증도와 복잡성이 날로 더해 감에 따라 가정간호사 개개인 이 나름대로의 전공세부영역을 구축할 필요가 있음을 전망한다.

“학교에서 배운 것도 병원에서는 못하는 것이 현실이잖아요? 그런데 우리는 의사들이 하는 것 거의 다하고 내가 한 것에 대한 격려를 확인할 수 있어 좋아요. 그리고 내가 한 일에 대해 인정을 받고 ‘선생님 편안하게 해줘서 너무 고맙워요’라고 말할 때 보람을 느끼죠.”

가정간호사가 말하는 또 다른 자랑은 지정된 근무반표를 중심으로 자신의 생활을 조정하여야 했던 과거 병원생활과는 달리 환자방문 시간과 자신의 시간을 동시에 임의로 관리함으로써 시간의 구속이 없어 자신과 환자 모두가 시간을 효율적으로 이용한다는 것이다.

“환자가 원하는 시간에 집에 가서 해주면 ‘병원에 가면 너무 기다려 지치는데 집에 오셔서 해주니까 너무 편안하다’ 그대요.”

“병원 중진은 근무시간 밖에는 연박도 안되고 방문은 안 해 주지만 우리는 내 개인 환자니까 그럴 수는 없잖아요. 그러니까 밤에도 가고 일요일에도 가고, 환자는 자기가 필요한 시간에 부르고 나는 내 시간이 되면 가고

그러는 거죠.

가정간호사는 사람이 그리운 곳에 간다고 한다. 장기 환자, 말기환자, 그리고 가난한 집의 환자, 가정간호사는 가족으로부터 배척받는 환자, 집안의 갈등이 많은 환자들의 돌봄자가 된다. 음침한 곳에 혼자 사는 남자환자나 정신착란증으로 고생하는 환자도 있다. 가족이 환자의 생명을 경시하기도하고, 무의미한 생의 연장이라 포기하는 경우도 있다. 의료보호대상도 못되어 가정에만 갇혀다시피 살아가는 사람들, 그러나 이들이 모두 가정간호사를 애타게 찾는 사람들이다. 불쌍한 사람에게는 돈을 받을 수도 없다, 그러나 가정간호사들은 이런 의료의 사각지대에 있는 환자들을 내 환자로서 운명처럼 만나고 있다. 그리고 이러한 만남을 통해 오히려 아픈 영혼의 깨끗함, 생명에 대한 경외감, 그리고 인간적 결손함을 배우며 성장하는 경험을 하면서 보람도 있고 즐거움도 있다고 한다.

“아파서 병원에 가고 싶어하는 할머니를 가족들은 병원에 데리고 살 생각을 전혀 안하고....., 공휴일이고 야간이고 없이 자기네 편한 시간에 오라고.....시도 때도 없이 그것도 참, 아주 아주 응급상황도 아닌데그래도 내 환자이니까 가야죠.”

“그냥 노인이고 장기환자이니까, 어느 낡은 창문이 열려서 여흠 소나기에 할머니가 다 젖었어요. 그런데 거실에서 그걸 목타... 누가 가족인지...”

11. 인식결여로 인해 속상함

가정간호사는 임상경력과 체력, 대인관계기술, 상담술과 다양하고 깊이 있는 전문지식, 신념, 적극성 등을 갖춘 건강전문가이다. 따라서 가정간호사로서 필요한 규제완화와 신속한 행정처리가 필요하고 또한 사회적으로 부당치는 인식의 벽을 허물고 사회적 지지체제가 필요하다. 그러나 현실에서는 환자나 가족은 물론 의사, 심지어 간호사까지도 가정간호에 대하여 모르는 현실로 인한 답답함으로 속상해한다. 따라서 의료서비스 수혜의 주체는 대상자임을 상기하여 의료인 간의 영역싸움을 지양하고 환자중심으로의 사고전환을 촉구하여야 할 것이다. 의료인간의 신뢰감이 있기 위해 서로를 알고 존경해야 한다고 말한다.

“사실 가정간호제도를 도입하면 환자 관리가 꾸준히 되어 환자들과 보호자들이 좋아하니까 자기 병원 홍보도 되고 그러는데 왜 각자 자기 방긋부터 생각하는지...”

“가정간호사들도 이 가정간호에 대하여 전혀 몰라요. 대개는 보호자들이 주원에서 가정간호가 있다는 소리를 어디서 듣고 연석은 해요. 우리 가겠다 그러면 돈은 어떻게 해 줘야 되는지 몰라요”

가정간호에 대한 의료인간의 이해나 협조 없이는 가정간호의 정착화는 어렵다. 따라서 건강관리서비스의 수혜자가 환자나 가족이라는 의료인의 인식 전환과 정부차원의 지원이 함께 할 때 가정간호가 사회보장의 일 부분으로 확고해 질 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 서울시에서 활동하는 가정간호사들의 현장 체험을 심층 분석하기 위한 목적으로 10인의 현직 가정간호사들을 대상으로 2-3회에 걸쳐 면담하였고 녹취된 내용에 대하여 2명의 가정간호사에게 읽어 보도록 하여 타당성을 인정받았다. 1998년 8월부터 12월까지 자료 수집기간이었다. 자료분석결과 다음과 같은 결론 및 제언을 제시 하고자한다.

가정간호사는 첫 방문의 어려움에 대비하여 가정방문에 대한 철저한 사전준비를 한다. 가정간호사는 자신의 준비를 위하여 1년이라는 가정간호교육과정을 통해 충분한 가정방문경험을 쌓고 전문직 가정간호사로서의 자신감과 당당함을 갖추도록 노력한다. 그러나 가정이라는 새로운 환경에서 독립적으로 간호를 수행하여야 한다는 중압감과 두려움은 처음이라는 설레임보다 크게 부각된다. 이러한 심리에 대한 대안으로 짝을 지어 방문하거나 가정방문 전에 환자에 대한 정보를 충분히 수집하도록 노력한다. 그러나 대부분의 경우 환자와의 첫 대면은 환자의 집에서 이루어지는 형편이다. 따라서 환경이나 환자에 대한 간호사정을 위한 사전방문이 필요로 되는 경우는 가정간호수가를 지불하도록 하는 제도적 장치가 절실하다. 이러한 제도는 입원한 간호단위의 수간호사로부터 환자에 대하여 충분히 인계 받고, 사전에 미리 환자를 입원실로 방문하여 친밀감을 갖도록 하여 가정간호사의 첫 방문이 두려움이 아닌 기대감이 되도록 할 것이다.

가정이라는 특수한 환경에서 환자를 개인 대 개인으

로 만나는 것이 지속됨에 따라 가족의 일원으로서 가사노동, 심부름 등 간호사가 수행하여야 할 범위 이상의 일을 수행하는 경우가 발생하여 인간적인 면과 전문적인 것 사이에서 갈등을 느낀다. 따라서 이러한 갈등을 해결하고 전문인으로서의 직무를 충실히 숙지하여 비전문적인 가사노동에 대하여서는 이를 도울 수 있는 적절한 인력의 연결망과 훈련이 절실히 요구된다. 또한 응급적인 상황을 대비한 지역사회 병원과의 공조체제 마련과 대민 홍보도 병행하여야 할 것이며 보건진료원과 같이 가정간호사에게도 기본 약에 대한 처방권을 부여해주는 대안도 고려해 보아야할 것이다. 가정간호사는 자신의 방동동안 발생할 수 있는 예기치 못할 상황에 대비하여 여러 상황에서의 자신의 경험이나 동료의 경험을 공유하고, 문헌을 통한 지식 축적을 통하여 자신감과 위기관리능력을 발전 시켜야 한다. 이를 위해 가정간호사들은 정기적인 세미나나 학술 모임을 통해 자기개발에 힘 써야하며 이러한 가정간호사를 대하는 환자나 가족들은 더욱 가정간호사를 믿고 의지하게 되고 신뢰하게 될 것이며 이러한 자기발전과정을 통해 가정간호사업은 새로운 건강관리체제로서 자리매김을 할 것이다.

가정간호사는 실무현장에서 동료나 상급자 없이 혼자서 모든 일을 수행해야하는 환경에 무방비 상태로 노출되어 있어 정신질환자에 의한 공격, 성폭력등의위험부담을 안고 있으나 이러한 위협에 대한 인적, 법적인 보호장치 없이 업무를 수행하고 있다. 따라서 가정간호사에게 일어날 수 있는 의료사고에 대한 대비, 본인을 위한 위기방지, 에스코트제도 확립 등 마음놓고 일 할 수 있는 여건 확립을 위해 노력해야한다.

지역사회 중심의 가정간호사업의 대상자는 대부분이 의료보호대상자이나 가족은 있는 독거노인인 경우는 의료보호의 혜택을 받지 못하는 경우가 허다하여 행정상의 맹점을 보여주는 사각지대이다. 자식이 있음에도 자식의 어려운 경제사정 때문에 어쩔 수 없이 내버려지는 노인들이 증가되는 추세를 고려할 때 이들을 위한 사회복지정책 수립이 필요하며 이를 위한 기초조사를 우선으로 하여 의료혜택을 줄 수 있는 방법과 가정방문사업을 제도적으로 활용할 수 있는 방법을 모색하여야 한다.

가정간호사의 방문료에 대한 지불형태를 보면 방문 후 환자로 부터 직접 방문비를 받는 전근대적인 방법을 쓰고있다. 일반인은 물론 영세민으로부터 받는 돈은 자신보다 궁핍한 생활을 하는 대상자에 대한 미안함과 전문 직업인으로서의 이미지 손상 또는 자존감 저하를 초래한다고 한다. 병원에 속해 있는 가정간호사의 경우 병

원으로 입금이 가능하나 지역중심 가정간호사인 경우는 가정간호에 대한 보험상환제도가 없기 때문에 위와 같은 지불방식으로 난처한 입장에 놓이는 때가 많다고 한다. 이에 가정간호서비스를 받을 시일 내에 수가화하여 보험상환제도의 범위 내에 두어야 할 것이다.

서울의 교통난은 어제 오늘의 문제가 아님은 누구나 시인한다. 가정간호사의 방문시간이 출퇴근 시간을 벗어난 경우는 교통이나 주차문제가 심각하지 않으나 출퇴근 시의 방문은 심각한 수준이상이다. 또한 대상자의 주거지가 비좁은 골목에 위치한 경우가 많아 주차하기가 보통 어려운 문제가 아니다. 뿐만 아니라 어렵게 도착한 후 주차장이 없어 할 수 없이 집앞 길거리에 주차하면 주차위반딱지가 붙어있는 문제 등은 가정간호사로 하여금 외출상실 및 금전적 손실과 행정적 보장이 없음에 대한 허탈감을 안겨주므로 가정간호사들에 대한 우선 주차허용증 발급이나 위기차량 인정이 요구된다.

대상자를 위한 간호수행에 사용되는 물품은 가정간호사가 직접 구입하고 소독한다. 지역사회 중심 가정간호사는 병원중심 가정간호사와는 달리 병원과 행정적 연관이 없어 이러한 문제를 해결하기 위한 시설 이용시 개인적 친분을 이용하나 이 것이 불가능할 때는 재래식소독법을 쓴다. 따라서 지역간 콘소시움을 결성하여 조직적이고 비용 효과적인 물품공급이나 소독이 이루어져야 할 것이다.

거즈, 카테터, 영양관등 다양한 소모품이 필요로 되는 대부분의 대상자는 암, 뇌졸중, 척수손상등 만성 또는 말기환자이며 이러한 환자를 돌보면서 가정간호방문료를 지불해야하는 가족의 형편은 빠듯하기만 하다. 따라서 가족이 환자를 집으로 여기는 상황을 집할 때나 환자가 이를 인지하고 자학하는 것을 목격할 때는 윤리적인 혼돈을 겪는다. 더욱이 기본 처방권조차도 없는 가정간호사로서 통증으로 고통받는 환자에 대하여 즉각적인 중재가 되지 못할 때 근본적인 치유가 불가능한 이러한 환자의 생명연장에 대한 회의가 심각하게 다가온다. 그러므로 가정간호교육 과정에서 윤리적 의사결정을 요하는 여러 가지 사례를 이용한 문제해결 능력함양과 가정간호대상자의 일반적 특성에 대한 통계를 고려한 융통성 있는 교육이 되도록 하여야 할 것이며 가정간호영역을 세분화한 계속교육을 통해 가정간호사의 업무수행 능력을 향상시켜야 할 것이다.

이상과 같은 가정간호사의 체험체제를 두 가지 측면으로 요약하면 그 하나는 가정간호사들이 자신의 직업에 대하여 매우 만족하고 자긍심과 보람을 느끼면서 간호사

로서 정체감을 형성해 간다는 것이다. 특히 자율적으로 자신의 판단에 따라 간호하면서 환자를 진정으로 배려하고 인간적으로 밀착하게 되면서 개인을 위한 간호는 물론 가족과 그 가정의 여러 가지 문제에 대한 다양한 간호를 수행할 수 있는 기회에 대하여 병원간호에서는 느껴보지 못했던 뿌듯함까지 가진다면서 매우 긍정적으로 표현하고 있다. 일부는 자신의 증고를 실천에 옮길 수 있어 가정간호사는 자신의 운명이라고도 말하며 이 길을 잘 택했다고 말하고 있다. 일정한 스케줄에 얽매이지 않는 융통성있는 근무시간도 가정간호를 하나의 매력적인 직업으로 부상시킨다.

둘째는 가정간호사들이 자신의 직업에 대하여 만족하고 자긍심을 경험하고 있으나 이를 뒷받침 해줄만한 제도적, 행정적 지원, 의료인의 몰이해로 어려움을 많이 겪고 있다는 것이다. 특히 사회 복지 제도의 혜택을 누려야 할 영세민에 대한 정책의 미비나 관리의 허점으로 인하여 이들에 대한 가정방문을 지속할 수 없고 필요한 의료가기나 약품을 공급할 수 없을 때는 환자나 가족에 대한 연민의 정과 함께 국가사회적 수준에서의 지원책 부족으로 화가 난다고 하였다.

따라서 우리 나라의 간호사업이 병원중심 뿐만 아니라 서울시 간호사회와 같은 지역중심의 가정간호사업단이 정착될 수 있도록 국가나 사회적 차원에서의 지원이 요구되며 가정간호 실무현장에서 발생하는 다양한 현상들에 대한 지속적인 연구가 있어야 할 것이다.

이상의 연구결과와 결론에 근거하여 다음과 같이 제언하고자한다.

1. 본 연구결과를 근거로 가정간호 사업의 정착화를 위한 제도적, 정책적 제도의 마련이 요구된다.
2. 본 연구는 한 지역의 가정간호사업단에 소속된 가정간호사만을 대상으로 하였으므로 자료의 보편성을 위하여 최근 확대되고 있는 병원가정간호사를 대상으로 반복 연구할 필요가 있다.
3. 가정간호사 뿐만 아니라 가정간호를 받는 대상자의 경험을 현상적으로 분석하여 가정간호사의 체험과 비교 분석할 필요가 있다.

참 고 문 헌

- 권영숙 (1991). 가정간호사제도와 가정간호사의 직무에 대한 인식정도, 경북대학교 대학간호학과 석사학위논문.

- 김모임 (1991). 가정간호사의 역할과 전망. 연세대 간호대학 학술토론회집
- 김복순, 류은정, 김정희, 정혜정, 송미승, 최경숙 (1999). 병원 간호사의 사회화 경험, 대한간호학회, 29(2), 393-404
- 김수지, 신경림 역 (1996). 근거이론의 이해 : 간호학의 질적 연구 수행을 위한 방법론. 서울: 한울아카데미
- 김조자, 조원정, 최해선 (1993). 일 종합병원에서의 가정간호수가 체계 방안을 위한 일 연구. 대한간호, 32(1), 61-74
- 김화중 (1993). 한국가정간호 사업 개념. 대한간호, 32(4), 16-20.
- 박정호, 윤순영, 김매자, 한경자, 이인숙, 홍경자, 박성애. 효율적 한국형 가정간호 사업소운영 모형개발. 보건복지부 연구 보고서
- 서문자, 김귀분, 김금순, 김혜숙, 성주희, 임난영, 주혜주 (1996). 간호사가 인식하는 간호본질에 대한 탐색적 연구. 대한간호, 35(1), 66-80
- 서미혜 (1990). 가정간호사업 개발 연찬회 보고서. 서울대 보건대학원.
- 서울특별시 간호사회 (1999). 가정간호사업의 조직과 전망 보고서.
- 서울특별시 간호사회 (1998). 삶의 등불이 되어 (가정간호사해집 III)
- 이소우, 서문자, 김금순, 이인숙, 이은숙, 김명애 (1996). 만성질환자의 퇴원후 가정간호 요구변화 추이에 대한 조사연구. 한국가정간호학회지, 제3권, 86-97.
- 이소우, 정기순, 남영임 (1996). 가정간호사업을 통한 간호진단 분류연구. 한국가정간호학회, 제3권, 98-110.
- 박경숙, 정연강 (1994). 조기퇴원 수술환자의 병원중심 가정간호 효과 및 비용분석에 관한 연구. 대한간호학회지, 24(4), 545-556.
- 박성희 (1993). 간호사의 돌봄에 대한 환자의 느낌. 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문.
- 지성애 (1994). 간호의 본질과 간호사의 삶의 양식. 간호행정학회, 1(2), 285-324.
- 최연순, 김대현, 서미혜, 김조자, 강규숙 (1992). 퇴원 환자의 가정간호 요구와 가정간호 사업의 효과 분석, -일 종합병원을 중심으로-. 대한간호, 31(4), 77-97.
- 황나미 (1996). 병원중심 가정간호시범사업 평가, 한국보건사회연구원.
- Beck-Fris, B., Norberg, H., & Strang, P. (1991). Cost analysis & critical aspects of hospital based home care for terminal cancer patients. Scand J Prim Health Care, 9(4), 259-64.
- Benner P. (1984). From novice to expert, California, Addison - Wesley Co..
- Bernstein, L. H. (1991). An update on home intravenous antibiotics therapy. Geriatrics, June, 46(6), 47-54
- Davis. F. (1996). Professional socialization as subjective experience the process of doctrinal conversion among student nurses, Sixth World Congress of Sociology Paper, 239.
- Dedman, P. (1993). Home treatment for acute psychiatric disorder. BMJ, May 22, 306(6889), 1359-1360.
- Hilgendorf, P. M. (1996). Profile of the successful home health case manger. Nursing management, 27(10): 32q-32R, 32U-32V.
- Leininger. M. (1981) An essential human need Charles b, and Slack, Inc.. New Jersey: Thorofare
- Madigan, E. A. (1998). Evidence-based practice in home healthcare. Home Healthcare Nurse, 16(6), 411-5.
- Malkemes, L. (1974). Resocialization : A model for nurse practitioner Preparation Nursing outlook, 22(2), 90-94
- Melin, A. L., Hakansson, S., & Bygren, L. O. (1993). The cost effectiveness of rehabilitation in the home: a study of swedish elderly. Am J Public Health, 83(3), 356-62.
- Pantaloc, D. C. (1993). Home health care: a new worksite for diatitians monitoring nutrition support. J Am Diet Asso, Oct, 93(10),1146-1151
- Saba, V. K., & Zuckerman, A. E. (1992). A

- new home health classification method
Caring Magazine, October, 27-34.
- Schumit, H. (1997). The art of seeing, Home Healthcare Nurse, 15(10), 707-712
- Shone, D. A. (1983). The reflective practioner, Basic books, A Division of Harper. U.S.A.: Collins Publishers.
- Steel, K. (1991). Home care the elderly. The new institution, Arch Intern Med, Mar, 151 (3), 439-442.
- Van Rossum, E., Fredricks, C. M., Philipsen, H., Portengen, K., Wiskerke, J. & Knipschild, P. (1993) Effects of preventive home visits for elderly people. BMJ, Jul 3, 307(6889), 1359-1360
- Yi, Mungsun (1993), Adjustment of Korean Nurses to USA Hospital setting, Doctoral Thesis, University of New York at Buffalo.

-Abstract-

Key concept : Lived experience, Homecare nurse

A Study on the Lived Experiences of Homecare Nurses

Suh, Moon Ja · Kim, So Sun**
Shin, Kyung Rim*** · Kang, Hyun Sook****
Kim, Keum Soon* · Park, Ho Ran*****
Kim Hae Sook******

The Necessity and Purpose of the Study

Recently the number of patients with chronic diseases and the aged patients is increasing steadily. Furthermore, due to the expansion of

health insurance system, the number of patients hospitalized in the general hospital is increasing at a surprising speed. However, hospitals urge the early discharge of the patients for the efficiencies of hospital administration, and therefore, the number of patients who must be taken care of in their home is also increasing. Homecare nursing is one of the health care service for the patients at home who require continual attention and care, and now increasing attentions are given to it as one of the professional nursing fields.

However, it was almost impossible to find a study on the actual experiences of the homecare nurses written by their own language in Korea, that it also posed a great difficulty in understanding their diverse experience. Considering these situation, this study will help understanding of them, and provide the fundamental data on their experiences for making policies to develop homecare nursing.

Methods of Research

Phenomenological research method was employed to analyze the lived experiences of homecare nurses fundamentally.

Data collection

Data were collected from August 1998 to December 1998 from ten homecare nurses who worked for patients under the homecare nursing setting as model cases designated by Seoul Nurses Association and who agreed to the purpose of this study after listening to and understanding the explanation completely. The in-depth interview was carried at the time which was convenient both for the researcher and participants for one or two hours, and recovered with the approval participants.

The first interview covered diverse and broad areas like the situation of homecare nursing, and their feelings and thoughts over it, and in the second and third interviews, more specific

* College of Nursing, Seoul National University, Professor
** Scientific committee member, Seoul Nurses Association
*** College of Nursing, Ewha Woman University, Professor
**** College of Nursign, Medical College, Kyung Hee University, Professor
***** College of Nursign, Catholic University, Professor
***** Seoul Hyun Dae Chung Ang Hospital, Head Nurse

questions are asked.

Data Analysis

For the phenomenological analysis, contents analysis was employed. The data collected from the participants were analyzed into the following procedures according to Van Manen 's phenomenological analysis.

- 1) Reserve the preconception of the researcher by restricting it inside parenthesis.
- 2) Make a thorough observation of the lived experiences by insight process.
- 3) Analyze the contents (Find out the repetitive factors)
- 4) Interpret the essence found
- 5) State the meaning of the interpretation.

Results and discussion

1. Fear and expectation for the first visit (unfamiliarity, awkwardness, anxiety, shivering)
2. Mingle with the family (feeling friendly with the family, becoming like a family member)

3. Being proud of her own know-how (learning the know-how, organizing alternatives, building up confidence)
4. Pity for the poor. (criticizing the current government, feeling ashamed, feeling anger)
5. Difficulty of constructing cooperative system with physicians (strenuousness, frustration)
6. Helplessness due to the lack of support system (difficulty to get supplies, annoyance, embarrassment by institutional restraints)
7. Anxiousness for heavy traffic and parking (annoyance, hastiness)
8. Ethical conflicts (pity for the patients and family, skepticism about lengthening life maintenance)
9. Burden for the possible accident (pressure, anxiety, conflict, physical exhaustion)
10. Establishment of identity as a professional (fulfilment, worth, joy)
11. Being distressed at other's ignorance