

## 전문간호사제도 개발전략\*

김 동 옥

(삼성서울병원 간호교육과장, 서울대 박사과정)

다음은 우리나라의 간호전문화와 전문간호사제도의 확립을 위해 『전문간호사제도 개발전략』이라는 주제의 ICN 서울총회 기념 학술대회 내용을 발췌한 것이다. 현재 우리나라 보건의료현장의 급격한 변화와 아울러, 보다 질 높고 비용경제적인 보건의료서비스를 받고 싶어하는 국민들의 요구가 날로 증가되고 있는 요즘, 간호협회의 '전문간호사제도 개발전략'이라는 주제하에 간호계가 함께 모여 이에 대한 방향을 모색하게 된 것은 참으로 시기적절한 것이라 할 수 있겠다.

간호전문직의 발전과 소비자의 건강권 보호를 모두 만족시키기 위한 바람직한 한국의 간호 전문화 전략 수립을 위해서는 김 모임박사가 주제강연에서 강조했다듯이 이미 1960~70년대에 시작되어, 현재 상당히 발달해 있는 미국의 간호전문화에서 겪어왔던 시행착오를 철저히 배움으로써 한국실정에 맞는, 21세기의 건강요구까지도 수용할 수 있는 개발전략을 마련할 수 있을 것으로 본다.

따라서 본 고에서는 미국의 간호전문화의 배경과 발달과정에 대해 미국간호연맹(NLN)의 회장이자 로체스터대학장인 라이언박사와 케이스웨스턴대학의 교수로 재직하고 있는 데일리박사의 강연을 요약 게재함으로써 한국의 간호인 모두가 한국의 간호전문화가 왜 필요한지, 전문화 전략 수립이 어떤 방향으로 어떻게 이루어져야 하며 무엇을 준비해야 하는지에 대해 생각하고 합의를 이루기 위한 기초자료로 활용할 수 있기를 간절히 바라는 마음이다.

### I. 미국의 보건의료(Health Care in United States)

#### A. 보건의료발달의 역사

미국의 20세기의 보건의료발달을 다음과 같이 3기로 나누어 살펴볼 수 있다.

1기는 감염성 질환의 시대(1900~1950)로 전염병이 매우 많았던 시기이기에, 사망을 막는 노력뿐 아니라 감염이 퍼지지 않도록 하는데 초점을 두었다. 세균의 전파차단경로 확인 및 방법 발견, 항생제와 마취제의 개발과 같은 큰 진보로, 의학의 과학으로 인정받음으로써 대학으로 교육기반이 옮겨졌으나 간호교육은 여전히 병원부속학교에서 이루어졌다. 이 당시 병원은 자선사업으로 행해지는 경우가 많았기 때문에 재정문제에는 별 관심을 가지지 않았던 시기였다.

2기는 우주시대(1950~1980)로 과학과 기술이 급격히 발달하여 보건의료를 향상시킬 수 있는 많은 방법들이 개발되었다. 장거리 통신기술의 발달과 신재료의 개발등으로 이식술이 꽃을 피우게 되었다. 질병치료가 보건의료의 중심이 되었으며, 질병은 원인이 무엇인지 과학과 연구로 충분히 치료가능하다고 믿던 시기로서, 과학과 기술에 의한 이러한 보건의료의 폭발적 증가는 자연발생적으로 전문화를 가속화시키게 되었다. 따라서 일반의 보다는 전문의가 급격히 증가하였으며 물리치료사, 언어치료사, 작업치료사... 등등의 수많은 전문가들이 배출되어 한 환자가 심치어는 11명의 전문가가 필요하게 됨으로써 막대한 의료비의 증가와 아울러 보건의료의 단편화(fragmentation)현상을 초래하였다. 이러한 첨단의료기술의 발달과 의료비 증가에도 불구하고 그 결과는 회의적이었다. 간호계에서는 특정분야에서 고급간호실무(advanced practice)가 시작되었으나, 아직은 병원을 중심으로 질병위주의 간호를 수

\* 본문은 1996. 10. 21 ~ 10. 23일 ICN서울총회기념학술대회 강연을 요약·정리한 것임.

행하였다. 이 시기의 과학과 기술의 발달은 미국인의 삶을 풍요롭게 만들었으며 다른 어느 나라보다도 많은 의료비를 지출하였으나 건강지표들은 오히려 감소하였다. 즉, 도시 빈민지역의 소아예방 접종률은 감소하였고 영아사망률은 증가하였다. 따라서 보건의료재정의 분배가 한편으로는 첨단기술을 위해, 다른 한편으로는 보편을 갖고 있지 않은 모성·아동에게 이루어져야 할 필요가 있었다.

3기는 생활양식-행동시대(1980년대 중반 ~)이다. 의료기술의 발달로 인한 전문화는 의료비 상승을 초래했고, 이는 소비자, 산업체, 정부에게 막대한 부담이 되었다. 질병의 양상 또한 만성질환으로 바뀌었다. 보건의료전달체계는 "Do more with less"의 'managed care' 환경으로 방향전환이 이루어지면서 의료비상승을 억제시키기 위해 고비용의 질병치료중심의 서비스에서 장기적인 건강증진 및 질병예방에 초점을 맞추게 되어 생활양식 즉, 식이, 운동, 흡연, 스트레스 관리 등의 건강행위와 유전적, 환경적 소인에 대한 관심이 증대되었다. 비용, 효과적이면서도 양질의 의료서비스를 제공하기 위해서는 병원내에서부터 가정, 교회, 직장, 학교 등의 지역사회와의 동반 관계유지가 중요하게 부각되었고 다학제간의 팀활동이 여러 수준에서 요구되면서, 과거의 폐쇄적, 경쟁적, 단편적, 수직적인 관계로부터 개방적, 협동적, 전체적, 수평적이며 융통성 있는 관계로 바뀌고 있다. 따라서, 간호의 형태도 급성질환 간호에서 만성질환간호로, 그리고 개인이 질병을 가지 고서도 효율적으로 기능할 수 있도록 하는 데 관심을 갖게 되고 질병의 예방 및 건강증진에 중점을 두게 되면서 병원보다는 지역사회에 초점을 맞추게 되었으며 질병간호가 아닌 건강간호의 필요성을 인식하게 되었다. 행위, 생활양식, 건강행위와 질병예방행위의 증진 등은 간호가 중심적으로 활동할 수 있는 영역이다.

20세기의 우리는 전염성질환의 시대에서 치료가능한 질병 및 질병을 가진 상태에서 기능을 증진시키는 방향으로, 소수의 의료공급자시대에서 많은 전문가들의 시대를 거쳐 팀을 이루어 일하는 방향으로 나아가고 있다. 우리가 맞이하게 될 21세기는 함께 팀을 이루어 협조할 수 있는 공동체를 형성해야 하며 이를 위해서는 새로운 기술과 체계의 변화가 요구된다.

## B. 보건경제적 측면

보건의료에 대한 정부와 의료인 및 환자의 관점과 역할에 따라 의료비지불체계를 나누어 보면, 1) 공공

복지형(Public Welfare System) 2) 중도형(Private, regulated System) 3) 자본주의적 방임형(Capitalistic, unregulated System)이 있다. 공공복지형은 영국에서 행해지고 있는 지불체계, 보건의료서비스는 권리로써 모든 사람은 양질의 의료를 받을 권리를 가지고 있고, 의료제공자들은 정부의 고용인이며 의료의 목표는 사람들의 안녕과 건강 및 고통의 경감이다. 독일에서 이용되고 있는 중도형은 사적인 형태의 의료보험으로 운영되지만 수가는 정부의 통제를 받으며 의료인은 보건의료서비스를 제공하는 사람이다. 자본주의적 방임형은 미국에서 행해지는 형태로서 보건의료는 상품으로서 이윤추구를 목적으로 하며 자유 시장경제원리에 의해 움직여지고 의료인은 사업가로서 역할을 한다.

의료비 지불방법은 세가지로서, 서비스에 대해 개인이 직접 의료비를 지불하는 방법, 보험(질병의 발생전에 일정액을 적립하는 데 동의가 이루어진 집단)에 의한 지불방법, 정부가 세금중 일부를 보건의료비로 책정하여 지불하는 방법이 있다.

미국 의료비의 증가요인으로는 인플레이션이 45%, 서비스의 양과 강도로 인해 30%, 의료수가상승이 15%, 인구특성의 변화로 인한 것이 10% 기여하였다. 의료비 지출을 감소시키는 데 관심이 모아지면서 개혁방안으로서 전문의의 수의 감소, 의료수가의 인하, 건강증진 및 질병예방에 초점을 둔 의료정책이 요구되었다.

저렴한 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 인력에 대한 요구, 대체 제공자의 부재, 지불자로 부터의 지지확보를 통해 고급간호실무(advanced nursing practice)가 출현하게 되었으며 보건경제적으로 그 역할의 우수성이 인정됨으로써 간호의 새로운 영역확장이 좋은 기회가 되었다.

## II. 고급간호실무의 출현과 발달

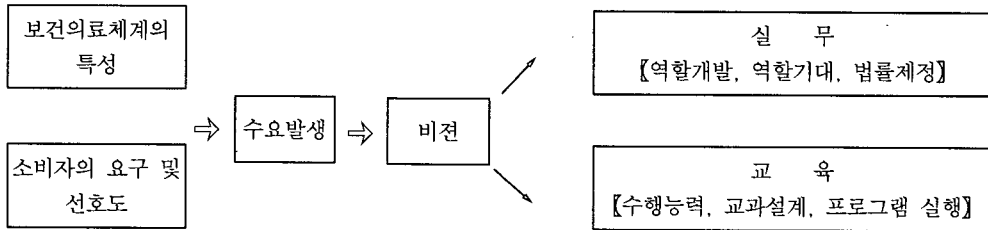
### A. 고급간호실무자(APN)의 역할 및 교육

미국 간호의 새로운 패러다임인 managed care에 대해 3단계로 나누어 살펴보면, 1단계는 비용절감을 위한 재원일수와 침상수 감소이며, 2단계는 건강자원을 어떻게 통제할 것인가?로 관심이 변화하면서 소비자의 만족과 그들의 간호에 대한 지각이 매우 중요하게 되었고, 3단계는 질병보다는 건강증진에 중점을 두면서 지속적인 질 향상, 즉 CQI가 조직관리의 원칙이 됨으로써 간호사는 위험요인의 감소에 목표를 두고 질향

상을 위해 가족을 포함한 지역사회에서 더 많이 활동하게 되었다.

2백만명의 미국간호사들 중 고급간호실무자(APN, Advanced Practice Nurses)는 얼마나 될까? 미국의 고급간호실무는 NP(Nurse Practitioner), CNS(Clinical Nurse Specialist), 조산사, 마취간호사 등 4개 분야가 인정되어 있다. NP는 일차보건의료의 약 80%를 담당하고 있으며 일상적이거나 정상적인 혹은 만성적인 건강문제를 가진 대상자들을 위한 일차의료제공자로서의 역할을 하고 있으며 그 수는 2만 ~ 2만 5천명이다. 2천 6백명 정도의 조산사들은 모성간호 및 산전, 분만간호 영역에서 일하고 있다. CNS는 약 1만 1천5백명이 병원환경에서 질병중심의 간호를 제공하거나 case manager로서의 역할을 하고 있다. 마취간호사는 약 1만 8천명에 달하고 있다. 이들 4가지의 고급간호실무의 공통적 특성은 지식의 깊이와 범위, 정상 및 비정상의 병리적 기전에 대한 이해, 특수한 기술적 및 인지적 기술 사용, 일반간호사 이상의 책임을 갖는 것 등이다.

간호의 새로운 역할인 고급간호실무의 출현을 도식화 해 보면 다음과 같다.



전문직역할에 대한 사회적 요구와 실무역할 및 교육과의 실제적인 관계형성간에는 중요한 단계들이 있다. 즉, 국민들의 요구 및 선호도가 보건의료계의 특성과 합쳐져서 새로운 역할에 대한 수요가 창출된다. 이러한 수요에 대한 전문직의 반응이 뒤따르게 되는데 이때 중요한 것이 그 전문직이 새로운 역할에 대해 지니게 되는 비전이다. 이러한 비전이 이 역할에 대한 실무와 교육을 이끌고 구체화시키게 된다.

고급간호실무를 하기 위해서는 일반간호사들이 4년 동안의 교육으로 갖추는 기본간호실무에 추가하여 석사과정의 교육과 임상실무경험이 필요하다. 특히 이들의 역할에서 임상실무가 가장 중요하기 때문에 임상적인 전문지식과 기술을 갖추지 않는 한 간호학교수나 관리자 및 연구자를 고급간호실무자(APN)라고 부를

수는 없다. 고급간호실무자는 첫째, 더욱 심화되고 확대된 지식체계위에 확고하게 구축되어 있고, 둘째, 일반간호사들이 할 수 없는 복잡한 기술을 행할 수 있는 전문적인 독특한 기술을 갖고 있으며, 셋째, 이러한 전문적 지식과 기술을 활용한 충분한 경험을 가지고 있어야 한다. 이러한 경험은 책임과 권위, 독자성을 증진시킨다.

고급간호실무에서의 지식발달은 처음엔 의학안에서 이루어졌으며, 그 다음 특정 문제를 가진 인구집단을 위한 의학적 치료와 간호지식 및 기술을 가지고 오랜 기간동안 실무를 해음으로써 고유한 간호 지식체계를 개발시킬 수 있었다. 이론적 근거가 부족한 전문직은 실무수행에 제한을 받게 되므로 마지막으로는 전문직으로서 적절한 지식과 이론을 형성시켜, 고급간호실무를 촉진시킬 수 있는 역할을 수행해야 한다.

고급간호실무와 기본간호실무는 크게 네가지 수행능력상의 차이점이 있다. 첫째, 간호계획의 깊이에 관련된 것들로, 최근 연구의 실무적용, 연구결과에 기초한 중재방법 선택, 개별적 적용 및 계속적인 평가를 통한 수정·보완이 이루어져야 한다. 둘째, 간호계획의

범위로 외부문제 뿐 아니라 내부에 잠재되어 있는 문제까지도 다룰 수 있어야 한다. 셋째는 간호중재를 직접 제공할 수 있는 숙련된 기술을 가지고 있어야 한다. 넷째는 직접간호 이외에는 교육, 전문직 가치형성에의 동참, 간호체계상의 문제점 발견 및 해결, 타전문직과의 협동 등을 통해 환자의 문제를 해결할 수 있어야 한다.

고급간호실무자 양성은 초기에는 병원중심의 단계 과정이던 것이 최근 대학원의 석사과정에서 이루어지고 있다. 현재까지는 석사학위가 없는 초기의 고급간호실무자도 실무를 할 수 있으나 2000년까지는 모두 석사학위를 가져야만 이후로 활동할 수 있다. 교과과정은 석사로서의 요소(graduate core) 9학점, 고급간호실무-요소(advance practice core) 15~21학점, 임상실무

요소(clinical practice core) 15~25학점 등 분야에 따라 차이가 있긴 하지만 약 40학점 정도로 구성되어 있다. 석사로서의 요소에는 연구, 건강정책, 간호 및 건강관련 이론, 조직이론, 윤리, 보건의료전달체계 등의 과목이 포함된다. 고급간호실무 요소에는 건강사정, 약리학, 병태생리학, 임상 의사결정, 건강증진/질병예방 등이, 임상실무 요소에는 전문적인 역할과 임상실무, 특수역할에 대한 교육이 포함된다. 교육과정에 들어오기 위해서는 학교마다 요구하는 일정의 자격요건(예:임상경력과 학사학위 등)을 갖추어야 한다.

### B. 고급간호실무의 세부 전문화(Specialization)

고급간호실무의 세부 전문화(specialization)에 대한 고찰은 첫째, 'APN들이 어떻게 전문화되어야 한다고 우리가 희망하는가?'에 대해 먼저 생각해야 한다. 크게는 4영역의 고급간호 실무에서부터 작게는 그 하부단계의 세부영역에 이르기까지 각기 어떻게 전문화하느냐의 문제다. 조산사와 마취간호사는 명확하게 전문화가 이루어져 논란의 여지가 없다. CNS와 NP의 경우 그 각각이 실무에서 상당히 세부전문화가 이루어져 있다.

미국에서의 고급간호실무는 다음과 같이 분화되어 왔다.

CNS와 NP에 대한 세부전문화는 일반적인 기준에 의해 분화가 진행되는데 나이에 따라 아동, 성인, 노인으로, 신체기관에 따라 심혈관계, 신경계 등으로, 치료적 기준에 따라 중환자간호, 수술간호, 가정간호 등으로 구분된다. 영역에 따라 받는 교육내용과 시간배정이 달라지는데 이것은 전문영역을 지지할 수 있는 지식적인 기초가 되므로 중요하다. 즉, 특정한 문제에 대해 특정한 간호중재를 제공할 수 있도록 준비된다.

CNS와 NP의 역할, 간호지식체, 교육에 대한 비교는

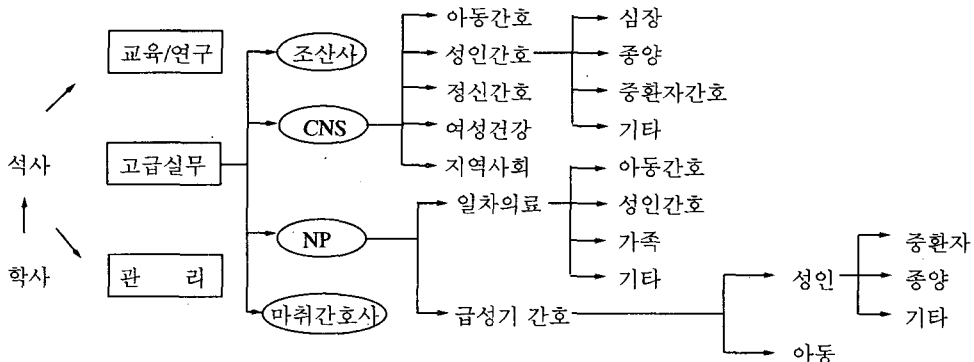
다음 표와 같다.

구 분	CNS	NP
역 할	주로 병원내에서 간접간호영역에 중점 수행, 새로운 시술에 대한 간호사 교육과 업무 수행능력 평가 및 관리자에게 피드백 제공, 감염을 및 낙상을 조사를 통한 질향상 활동, 간호지시(nursing orders)관한	주로 지역사회에서 직접간호영역(환자사정, 이동간호, 환자교육, 가족상담, 투약)에 치중, 사례관리, 임상적 실무기준 제시, 타분야 전문가들에게 비공식적 피드백 제공, 투약 및 진단적 검사에 대한 처방
간 호 지식체	판찰 및 사정기술, 간호방법, 의학적 치료에 대한 근거, 간접간호 기술	건강문제에 대한 사정과 진단, 진단을 위한 검사 수행, 초기치료, 간호 및 의학적인 문제 규명
교 육	간접기능(교육 및 평가, 상담, 자문, QA)에 더 많은 시간 배정	임상실습에 더 많은 시간 배정

두번째는 실무의 비용측면이 고려되어야 한다. 전문영역이 추가될 때마다, 그에 맞는 교수요원과 학생들을 모집해야 하기에 낭비가 될 수 있으며, 이것이 보건의료에 어떻게 영향을 미치게 될 지도 의문이다.

세번째, 실질적인 문제로 세부 전문화에 대한 일반적인 요구가 얼마나 되는지이다. 의료의 미래를 생각하여 질환의 양상과 인구구성의 변화가 어떻게 될 지를 심각하게 고려해야 하며 너무 성급하게 반응을 하지 않도록 주의해야 실패를 막을 수 있을 것이다.

또 다른 문제는 어떤 종류의 전문분야를 어떻게 준비해야 하는 것이다. 보건의료계에서 요구되는 가능한 대안들에 대한 준비를 위해서도 APN은 잠재적 역할을 해야 한다. 즉, 보건의료가가 점점 더 복잡해지면서 한 환자에게 수 많은 건강요원들이 관여하게 되므로써 이를 조정해 줄 사람이 필요하게 되거나, 병원에서 새로이 장기이식 프로그램을 시작하려고 할때 이를 진행



할 수 있는 전문가가 필요하게 된다.

마지막으로 고려해 보아야 할 문제로 바람직한 고급 간호실무의 역할모형은 어떠한 형태인가에 대한 것으로서, 4가지 가능한 모형이 있다. 첫째는 Nursing staff member의 한 사람으로서 간호관리자처럼 공식적인 권한이 있는 line position과 자문역할에 중점을 두며 공식적인 권한이 없는 staff position이 있다. 전문간호직으로의 발전을 도모할 수 있으나, 의사팀과의 협동의 어려움이 있다. 둘째는 medical staff으로서의 지위가 있는데, 이것은 의사팀의 한 구성원으로서의 지위로, 예를 들면 심혈관전문의료팀에는 한명의 attending doctor, 두명의 레지던트, 한명의 인턴과 NP로 구성되어 있어 입원환자에게 이 팀이 모든 서비스를 제공한다. 이 모형의 경우 의사와의 협동은 잘 이루어지나 고급간호실무를 확장하는 데는 제한을 받게 된다. 셋째는 동업관계(Joint Practice)모형으로 개업의와 APN이 계약을 맺어 함께 이루어지는 형태로, 일차보건의료에서 많이 보여진다. 협동이 잘 될 수 있으나, APN이 자신의 위치를 어떻게 평가하는 지가 매우 중요하다. 넷째로는 협력모형(shared position)으로, APN은 의사 및 간호사와 유용한 의사소통을 통해 기능하게 되며, 교량적 역할을 통해 의학적 가치와 간호학적 가치를 동시에 가진다. 때로는 서로 업무를 구분하면서 협동이 이루어지지 않을 수도 있으나, 미래에는 이 모형이 주가 될 것이다.

현재 미국에서는 APN에 대한 다음과 같은 논란이 제기되고 있다. NP와 CNS의 통합에 대한 유용성과 40학점으로 되어 있는 현재 학제의 적정성 여부, 이상적인 실무모형(독립형?, 협동형?)의 모색, 독립적인 지불체계의 타당성 등에 관한 지속적인 논란이 있다.

### Ⅲ. 전문간호사제도의 법적 근거 (Advanced Practice Regulation)

#### A. 역 사

미국은 각 주마다 전문적인 면허취득을 위한 적정 교육수준과 면허가 필요한 전문직의 종류와 면허소지자가 어떻게 활동해야 하는 지에 대해 State Board에서 법으로 정하고 있으며 간호실무에 관련된 모든 통제가 이를 근거로 이루어지고 있다. 따라서 간호사에 대한 법적 통제가 각 주마다 개별적으로 이루어짐으로써 매우 혼돈스러워 이에 대한 설명이 쉽지 않다. 역사적으로 고찰하여 보면 다음과 같다.

1900년 ~ 1940년 : 전문직에 대한 통제가 시작되었으며, 등록법(Registration Acts)이 생겨, 졸업후 단순히 시험을 통과하면 간호사(RN)면허를 취득할 수 있었다. 모든 주에서 이러한 형태로 면허간호사를 통제하여 왔다.

1940~1960년 : 실무법(Actual Practice Acts)이 제정되어, 면허간호사라는 명칭사용에 대한 통제 뿐 아니라 간호실무에 대한 통제가 이루어지게 되었다. 이 법령의 제정이유는 병원의 인력난을 해소하기 위해 1년제의 LPN이 생겨나면서 RN과 LPN을 구분하기 위함이다.

1960년대 : 전문화(specialization)와 고급간호실무가 시작되었다. 고급간호실무의 시작은 조산사로서 영국식을 모방한 형태로 농촌이나 도시 빈민지역을 대상으로 이루어졌다. 1940년 이래로 마취간호사는 주로 병원에서 자격증을 부여하는 교육과정에 의해 양성되었다. 1960년경에 CNS와 NP가 대학의 석사과정에 의해 배출되었다.

1970년대 : 전문의의 비율이 급격히 증가되었다. 이는 의료비의 극심한 증가를 초래함으로써, 고급간호실무에 대한 필요성이 대두되게 되었다. 이렇게 이루어진 제 3수준의 고급간호실무에 대한 법적통제가 필요하게 되었다.

#### B. 자격인정제도

고급간호실무의 법적 통제의 목적은, 첫째 소비자를 보호하기 위한 것이다. 전문직으로서 일정한 자격을 갖추게 함으로써 대중이 그 직의 실무에 대해 보장 받을 수 있도록 최소한의 기준을 부여하는 것이다. 최소한의 기준이란 교육이수와 자격시험에 대한 통과를 의미한다. 둘째, 전문직 명칭사용에 대한 보호이다. 이는 전문직 자체의 이익보장을 위한 것으로 전문직이 될 수 있는 특권을 부여받는 길이 된다. 셋째, 실무자체에 대한 통제를 하기 위함이다. 실무의 범위, 실무 통제의 주체(실무법령이나 규정제정의 책임을 갖는 특정집단이다. 조직, 정부기구 등)에 대한 것으로, 미국은 각 주마다 있는 SBN(State Board of Nursing)이 이를 담당하고 있다. SBN은 위의 목적수행을 위해 이 조직의 운영방법과 통제방법, 고급간호실무의 필요성 등을 제시한다. 논란이 되는 실제적인 문제는 고급간호실무 자체에 대한 것이기 보다는 실무의 범위에 대한 것이다. 고급간호실무에 무엇을 꼭 포함시켜야 하고, 어느 수준까지 영역을 확대할 것인지, 어떤 일은 배제시켜야 하

는 지 등에 대해 검토해야 한다. 이런 범위를 결정할 때는 APN이 갖고 있어야 할 지식체의 적정성에 대한 검토가 이루어져야 한다. 농촌지역에서 유일하게 일차 보건의료를 담당하는 NP의 경우 간호법에 하지 않도록 명시되어 있는 의학적 진단과 처방을 행하게 되기 때문에 특히, 문제가 된다. 이에 대한 각 주의 반응은 몇가지 형태로 나타났다. 어떤 주에서는 제한하고 있는 항목 자체를 삭제하였고, 또 다른 주는 이러한 실무 수행을 허용하기 위한 자격요건에 대한 준비나 고급간호 실무에 대한 면허사항을 새로이 추가시켰다. 36개 주는 SBN에서 간호실무통제를 전담하도록 규정하고 있고, 13개 주는 간호실무관리를 위한 법제정에 SBN과 SBM(State Board of Medicine)에서 공동책임을 갖고 있고, 2개 주는 SBN이 SBM의 산하단체로서 통제를 받고 있다.

16개 주에서는 고급간호실무를 위해 일반간호사에 대한 면허외에 별도의 면허가 요구되며, 22개 주에서는 공인된 형태의 "자격증"을 발급하며, 19개 주는 "위임장(letter of authorization)"을 주고 있다. 이 3가지 형태는 공인수준의 차이는 있으나 완전히 다른 것은 아니다. 여기에서 가장 중요한 문제는 고급간호실무를 시작할 때 어느 정도의 수준으로 하느냐이다. 면허는 가장 공식적인 형태로 법에서 분명하게 정해 주고 있고 소비자들이 익숙해 있어 소비자 보호 측면에서 가장 우수하다. 불법적 실무에 대한 통제가 용이하며 고급간호실무의 명칭사용에 대한 보호가 강력하고 SBN에 실무를 통제할 수 있는 권한을 명확히 부여할 수 있다. 대부분의 주에서 조산사, 마취간호사, NP, CNS의 4가지영역에서 선택적으로 고급간호실무라는 명칭을 사용하고 있다. 그 다음의 문제는 면허를 부여할 경우 SBN에 부여하는 권한의 정도이다. 최근 간호전문직 내에서 논란이 되고 있는 문제는 SBN은 정부산하의 행정적인 기구이므로 전문직실무에 관한 통제는 전문직협회에서 담당하여 고급간호실무에 대한 통제를 전문직협회에서 책임을 가져야 한다는 주장이다.

면허여부와 관계없이 통제는 필요하며, 이는 단계적으로 준비해 나가야 한다. 먼저 전문직으로서 고급간호실무에 범위를 결정해야 한다. 이는 가장 까다로운 문제로 범위 결정시에 먼저 고급간호실무의 지식체에 대한 검토가 필요하다. 이는 양방향으로 이루어질 수 있는데, 실무가 주어지면 그에 대한 교육이 이루어지는 방법과 교육내용을 살펴 실무의 범위를 결정하는 방법이 있다. 실무범위에는 우리가 고급간호실무자에

게 기대하는 역할에 대한 비전이 강하게 반영되어야 한다. 다음 단계로 실무표준에 대한 합의가 이루어져야 하며 세번째 단계로 자격요건에 대한 합의가 필요하다. 처음에는 병원에서의 자격증 부여로 시작되었으나 최근에는 석사과정이 요구되고 있다. 마지막 단계는 자격인준과정을 어떻게 할 것인지에 관한 것으로, 필요하다면 시험을 볼 수도 있다. 시험을 주관하는 곳, 시험의 내용, 합격수준, 시험의 시기(실무 시작하기 전 또는 실무 시작한 지 1년 이내)등 모든 구체적인 사항을 결정되어야 한다.

#### 1) 자격증(Certification)

모든 주에서 고급간호실무자들에게 전문분야의 자격증을 받을 것을 요구하고 있다. 현재 미국에는 여러 분야의 고급간호실무를 위한 자격부여기관들이 있다. 예를 들면 Academy of Nurse Practitioners, Organization of Midwives, Nurse Anesthetists 등이다. 미국간호사협회는 이러한 각기 다른 단체들의 증가와 서로 다른 시험 등으로 인해 오게 되는 표준화 결여 등의 문제에 대해 많은 관심을 갖게 되면서 산하에 American Nurses Credentialing Center를 만들었다. 이 기관은 자격시험의 구성 및 실시를 담당하므로 현재 미국의 APN자격시험을 위한 주요 업무를 관장하고 있다.

#### 2) 신임과정(Credentialing)

자격부여과정에 포함시켜야 할 사항으로, 지원자들이 갖추어야 할 자격요건들이 있다. 첫째, 석사과정 이수, 간호사 면허증 소지, 시험에 통과 등이 우선적으로 충족되어야 한다. 둘째, 고급간호실무에서 요구되는 내용이 응시자가 졸업한 대학원의 교육과정에서 다루어졌는 지에 대해 구체적으로 검토한다. 셋째, 시험 자체에 관련된 것으로서 시험에 포함시킬 내용이 결정되어야 할 내용과 일관성이 있어야 한다.

최근, 모든 영역의 APN들에게 이러한 자격증이 요구되고 있다. 여러 주의 법에 어떤 기관이 자격증을 줄 수 있는 지에 대해 구체적으로 나와 있지는 않지만, 어느 전문직 단체라도 자격부여를 할 수 있도록 법에 허용하고 있는 수가 많다. 따라서 가장 많은 수의 자격부여를 한 기관인 미국간호사협회만이 이러한 자격부여를 할 수 있는 기관이어야 할 필요는 없다.

분명한 사실은 고급간호실무가 어떤 형태에 의해서든지 간에 조절이 되어야 한다는 것이다. 우리들은 대중에게 어떤 간호사가 고급간호실무 수행을 위해 지식과 기술을 갖추고 있는지에 대해 명확히 알려줄 의무

가 있다는 데에 대해서는 모두 합의가 된다. 그러나 누가 해야 할 것인가에 대한 결정과 실무범위를 설정해야 하는 문제에 대해서는 합의나 통일이 이루어지지 않은 채 계속 논란이 되고 있다.

#### IV. 전문간호사 교육프로그램의 인정 및 관리 (Accreditation of Education Programs:NLN)

교육프로그램에 대한 인정은 이미 정해져 있는 기준으로 학교나 프로그램에 대해 평가, 검토하게 되는 자발적인 평가과정으로, 학교가 대중으로 부터 인정 즉, 기준을 충족하고 있다는 인정을 받게 된다. 이를 통해 간호교육의 높은 표준을 유지, 발전시킬 수 있으며 보다 우수한 졸업생을 양성시킬 수 있다. 인정과정은 과거의 엄격하고 처방적인 방식에서 학교나 기관, 지역사회에 맞는 유연한 방식으로 변화하였다. 인정과정은 모든 사람이 의견을 낼 수 있도록 교수, 행정가, 학생, 일반인 등이 각기 다른 구성원들이 참여한다.

##### 1) 인정제도의 역사

1893년 Society of Superintendance of Training School이 처음으로 생겨 간호교육과 실무의 질을 보장하기 시작했다. 이후 표준교과과정이 발표되었고, 간호교육이 학교 교육으로 이루어져야 한다는 보고서가 나왔다. 또한 교과과정수립에 대한 안내지침도 제시되었다.

1938년 NLNE에서 인정프로그램을 처음 시작하였다. 같은 시기에 천주교병원협회에서도 같은 활동을 시작하여 다소 혼돈스러웠다.

1949년 National Nursing Accreditation Service가 형성되어 하나의 인정과정으로 통일 되었다.

1952년 여러개의 간호전문단체를 통합함으로써 감독기능을 가진 현재의 NLN이 조직되었으며 정부로 부터 간호교육기관에 대한 인정권한을 인정받게 되었다.

1977년 2차 인정과정으로서 COPA(Council on Postsecondary Accreditation)라는 전문직의 자율적 단체가 발생하였는데 이는 공과대학, 의과대학, 법과대학에 대한 인정과정을 다루고 있다.

1988년부터 학습과정중심의 평가로 부터 결과중심의 평가로 전환되기 시작되었다. 또한 인정기관들도 교과과정이 결과중심으로 바뀌어야 한다고 이를 권장하였다. 결과중심으로 생각하는 교과과정의 변혁은 간호의 충실도를 평가하는 것으로, 책임지고 있는 대상자에 관계없이 간호사가 비판적인 사고능력을 가지고

있음을 확인하는 방법의 평가를 말한다. 이것이 결과중심의 인정프로그램이 시작되는 계기가 되었다.

1991년 현재의 결과중심의 평가기준을 가지게 되었다.

##### 2) 인정과정

인정과정은 자체심사(self-study), 현장방문, 위원회의 심사(board of review)로 이루어진다.

자체심사에는 과정의 신념과 목표 및 기대하는 결과가 나타나야 하며, 최근에는 기대되는 결과에 중점을 두고 있다. 예로 간호지도자 양성과정의 경우, 졸업생 중 몇명이 현재 간호지도자로 있는지에 대한 기록이 있어야 한다. 또한 자체심사는 최근 경향과 간호계의 요구가 반영된 철학과 결과, 기대하는 결과를 어떻게 성취하는가에 대한 평가가 포함되어 있어야 한다. 자체심사의 목적은 계속적인 향상과 기준을 따른다는 증거를 보여주는 것이다.

인정과정의 두번째 단계는 현장방문으로, 상세한 자체심사에 대한 자료를 보내면 NLN에서 현지 방문자를 선정하여 교수와 학생을 직접 만나고 임상현장에 가서 자체심사가 정확히 이루어졌는지 확인하는 것이다. 이 과정은 교육과정의 독특함과 우수성을 직접 보여줄 수 있는 기회를 제공한다. 그후 현장방문자는 서면보고서를 작성하여 인정위원회에 제출한다. NLN에는 학사 이상의 과정, Associate degree, Diploma, LPN의 4개 과정에 대한 심의위원회를 가지고 있다. 대부분의 기준을 만족시키지 못하면 위원회의 경고를 받게 되며, 학교에서 공정성에 대한 이의를 제기할 경우 재심사과정을 가질 수 있다. 한 두 항목이 미달되면 조건부로 완전하다고 평가받으며, 2~3년내로 진행상황을 보여 주는 보고서를 제출하여야 한다. 모든 항목을 완전히 만족시키면 8년간 심사를 면제받게 된다.

세번째 단계는 위원회 심사(board of review)이다. 이는 기준에 기초한 평가이다.

최근 인정과정은 전산을 통한 자료처리로 효율성을 증대시키고 있으며, 인터넷을 통해 자체심사에 대해 매년 새로운 자료를 첨가시키는 방법, 현지방문이 아닌 자료조사를 통한 Peer Review과정으로 변화를 모색하고 있다. 효율적인 운영과 타학교와의 비교분석자료의 제공을 위해 이 과정을 활용하는 것이 Bench Marking이며, 이는 교수들이 다른 교수들과 학위나 저술, 연구 등 교수들에게 유의한 자료로 비교하고 학생들의 입학기준, 성적, 면허시험합격율, 취업률 등으로 비교할 수 있다. 이런 특성에 대한 Bench Marking은 새

로운 종류의 질 보장이며, 동료들이 채택하고 필요시 변경한 기준에 따라 스스로 평가하는 Peer Review 과정에 근거하고 있다.

### 3) 인정기준

기준에는 학교의 이념과 운영체제, 교수, 학생, 교과과정, 재정이나 시설, 임상숙련정도나 임상경험과 같은 지원 및 학사평가계획이 포함된다.

**학교의 이념과 운영체제 :** 이념은 간호교육과정의 철학과 목적을 반영해야 하며 학교운영체제와 일관성이 있어야 하며 차이가 있을 경우 정당성이 입증되어야 한다. 특히 행정가, 교수, 학생이 모두 간호교육의 운영체제에 참여해야 한다. 간호교육과정은 학문적으로나 경험적으로 자격을 갖추고 프로그램개발과 실행에 대한 권위와 책임을 가지고 있는 간호사에 의해 수행되어야 한다.

**교수 :** 학문적으로, 전문적으로서 자격을 갖추어야 한다. 교육하는 내용에 대해서나 교수법에 대한 숙련도, 전임과 시간제 교수의 숫자를 평가하게 된다. 가장 중요한 것은 자신의 전공과목을 교육하고 있는지, 석사소지자인지, 최신 임상적 수행능력을 갖춘 숙련된 사람이 임상과목을 교육하는지 등의 교수에 대한 준비상태를 평가하는 것이다.

**학생 :** 간호학생에 대한 간호단위의 정책이 접근하기 쉬워야 하며 평등해야 하고 전체 기관과 일관성이 있어야 하며 차이점에 대해서는 정당화하기 위한 설명이 되어야 한다. 은행대부신청, 기숙사 이용기회, 의료혜택(health benefits) 등 기관의 모든 정책이 다른 학교의 학생과 차별이 되어서는 안되며, 모든 학생들은 동등하게 취급되고 심각한 차별행위가 없어야 한다는 이슈에 대해서는 의무사항이어야 한다. 성적관리 체계도 학교내 타학문분야와 일관성이 있어야 한다.

**교과과정 :** 특히 중요성 사항이나 현재 2가지의 표준만이 개발이 되어 있다. 첫째, 간호교과과정은 간호학 교수들에 의해서 개발되어야 하며 다양한 학습경험이 제공되도록 하여야 한다. 교육시키려는 내용과 목적이 교과과정과 일관성이 있어야 한다. 둘째, 학생들을 위한 실습기관 선정이 교수진에 의해 이루어져야 한다. 학생들이 반드시 무엇을 학습해야 하고 어디서 어떻게 이루어지는 것이 최선인지에 대한 결정을 내리는 권한을 교수가 갖고 있어야 한다.

**재정이나 시설 :** 재정적인 것은 프로그램 운영에 필요한 자원 확보여부에 대한 것이다. 이에는 교수들이

적정급여를 받느냐도 포함될 수 있다. 학습을 위한 자원들은 포괄적(comprehensive)이어야 하며, 최신의 활용가능하고 접근가능한 것이어야 하며 능숙하고 준비된 교수의 투입이 포함된다. 그 외에 도서관, 사용하는 교과서, 적절한 시청각 자료 및 도서목록의 사용, 학생들이 사용가능한 컴퓨터 등도 포함된다. 물리적인 시설은 단순히 적정성 여부로만 답하게 되며, 교실과 사무실 수, 난방, 조명, 주차, 교통, 학생의 안전성 등이 포함된다.

**프로그램의 성과 :** 학교 자체의 자기평가 과정을 갖고 있는나에 대한 것이다. 학생에 대한 평가뿐 아니라 교수 서로에 대한 평가, 학습경험에 대한 평가, 졸업생들에 대한 평가(현재의 행위가 학습목표와 어느 정도 일치하는지), 교수들이 갖고 있는 통제권한 정도에 대해 주기적으로 평가, 지역사회와의 연계정도, 학생실습시 도움이 되는 전문적으로서의 역할모형이 간호단위에 있는 지에 대한 평가들이 이루어져야 한다. 정기적인 자체조사와 평가 및 피드백을 통한 개선활동이 중요하며, 그룹은 다시 합의, 회합 및 검토를 해야 한다.

## V. 이 슈

### 1) 역할개발

역할기술에는 자격, 기대, 운영지침, 성공을 위한 기준 등이 포함되어야 한다. 자격은 석사학위와 임상 2년 경력 또는 석사과정 이전 6년 경력 등 구체적으로 기술되어야 한다. 기대에는 고급간호실무자가 실제로 하는 일과 자신의 성취도가 포함되며, 운영지침에는 고급간호실무자에게 기대되는 행동에 대한 매우 구체적인 행위 기술이 이루어진다. 또한 성공적인 행위수행에 대한 평가준거를 규명할 수 있도록 결과물에 대한 구체적인 기술이 포함되어야 한다. 동료, 지도 및 지침제공자, 근무장소, 소속 등이 조직내 고급간호실무자의 위치와 관계를 결정하여 준다.

고급간호실무자의 역할수행시 장애요소로는 동료로부터의 지원부족이 있을 수 있다. 이는 동료간의 의사소통 및 협동부족 또는 신념과 가치에 대한 합의부족으로 올 수 있다. 관리자의 이해 및 협조 부족, 병원과 법으로부터의 규제, 정책적 제한, 의사 및 타분야와의 경쟁 및 영역싸움 등이 장애요소가 된다.

장애요소를 극복하기 위해서는 자신이 헌신하여 혼신을 다하는 방법(crusader)과 반대의견을 가진 주요인사를 설득하는 방법(persuader), 홍보나 광고를 통해 의



사, 병원경영자, 간호직원들에게 고급간호실무자의 유용성, 경제성을 부각시키는 방법이 있을 수 있다.

고급간호실무자의 급여는 일반간호사보다는 조금 많으나 의사와 비교해서는 매우 적다. 많은 교육과 책임을 가지는 역할이므로 더 많은 급여를 받아야 한다.

## 2) 새로운 전문과정의 프로그램 개발

새전문과정프로그램을 개발하기 위해서는 두가지 문제점이 제기된다.

첫번째는 교수요원의 확보로, 임상에 대해 상당한 지식을 갖고 있는 교수요원을 어떻게 준비할 것인가가 주 문제이다. 다른 내용을 가르쳐야 할 때는 어떻게 그들을 준비시킬 것인가? 여기에는 3가지 방법이 있다. ① 이미 시행되고 있는 다른 학교에 가서 경험하게 하는 것이다. 이는 학생이나 업무로부터 자유롭게 자세히 경험할 수 있는 장점이 있으나, 대체인력이 요구되는 단점이 있다. ② 자격을 갖춘 APN을 초빙하여 정규교수로 채용하여 프로그램을 시작하는 것이다. 프로그램을 빨리 개설할 수 있다는 장점이 있다. ③ 다른 학교에 있는 교수가 와서 한 학기동안 강의하는 집중프로그램의 개설이다. 이는 많은 교수들을 교육시킬 수 있기에, 이 방법을 많이 사용하고 있다.

두번째는 교육자료는 누가 어떻게 만들며, preceptor는 어디서 확보할 것이냐는 것이다. Preceptor는 먼저 석사과정을 마치고, APN역할을 충분히 경험을 한 사람으로 선택할 수 있다. 이들은 강의나 연구 등은 하지 않고 학생들을 지도하는 역할만 하게 된다. 또 다른 방법은 임상전문가이면서 박사과정을 준비하는 사람을 정규교수로 고용하는 것이다. 다른 분야의 경험을 가진 사람을 고용할 수도 있는데, 예로 의사, 호흡치료사, 영상의학과 의사 등이 자신의 전문분야에 선택적으로 초빙되어 강의를 할 수 있다. 그러나 이러한 사람은 교육에 전적인 책임을 갖지는 않는다.

## 3) 간호학 교수의 임상전문가로서의 유지

임상과정에서 가장 쟁점이 되고 있는 부분이 교수들을 임상전문가로 유지시키는 문제이다.

교수들이 새로운 임상지식과 상황 적응을 위한 전문 프로그램은 1학기나 1년이 요구되며, 이에 상당한 노력이 필요하다. 임상프로그램을 가르치려면 임상전문가로서 계속 유지되어야 한다. 따라서 임상에 보다 많은 시간 배정이 되는 교수체제와 아울러 이에 따른 적절한 보상이 이루어져야 한다. 현재 대부분의 학문 구조가 환자간호중심의 교과운영이 되지 못하고 있고,

보상 또한 되지 못하고 있는 것이 문제이다. 교수들의 연구, 교육, 저술활동에는 보상이 주어지나 실제 환자간호를 하는데 대한 보상이 이루어지지 않고 있는 체제 자체에 문제가 있다.

교수들을 임상전문가로 키우는 데는 두가지 방법이 있다. 한 방법은 교수의 급여를 병원이나 지역사회센터와 공동부담하는 것이다(임상겸직교수). 시간과 월급을 학교에서 반, 병원에서 반 지불하게 되는 것이다. 다른 방법으로는 교수가 CNS나 NP 자격증을 취득할 경우 승진에 반영시키는 기준을 만드는 것이다. 교수들이 임상전문가로서 활동할 수 있게 하기 위해서는 환자간호에 대한 결과, 환자만족에 대한 결과, 돌본 환자수 등도 저술활동처럼 보상되어야 한다. 아직은 보상이 되기도 하고 그렇지 못하기도 하나, 학문적 구조는 이러한 추세로 계속 변화되어 갈 것이다.

## VI. 결 론

ICN에 따르면 간호전문화가 일어나는 요인은 전문적 내적요인, 외적 요인으로 사회적 요인과 건강관리체제의 변화요인으로 나눌 수 있다. 전문적 내적 요인으로는 연구를 통한 간호과학과 지식의 발달, 간호영역의 확대, 경제적 보상이나 지위향상에 대한 기대, 의학의 전문화 등을 들 수 있다. 외적으로는 사회변동에 맞물려가는 사회적 요인이 있을 수 있고, 건강관리체제의 변화요인이 있을 수 있다. 새로운 질병의 출현, 인구학적 특성의 변화, 새로운 보건정책의 수립, 소비자의 요구와 기호변화 등이 의료서비스의 방향을 변화시키며, 간호전문화를 촉진시킨다고 할 수 있다.

최근 우리나라에서도 간호전문화를 이루려는 시도가 많이 이루어지고 있으나, 시작단계라 자격, 명칭, 역할의 범위, 교육과정과 같은 중요한 문제에서 아직 합의, 결정된 바가 없다. 전문간호사제도를 확립함에 있어 앞선 선진국의 제도 및 발달과정을 철저히 분석함으로써 과오를 되풀이하지 말아야 하며, 우리나라의 사회, 문화에 적합하면서도 세계화에 동참할 수 있고, 현재 뿐 아니라 미래지향적인 제도를 수립하도록 한단계 한단계 준비해 나가야 할 것이다.▮

### <Key Words>

고급간호실무 : Advanced Nursing Practice

고급간호실무자(APN) : Advanced Practice Nurses

### 참고문헌

학술대회 교재의 pp. 103~107 참고.