

# 간호의 원점(原點)

## - 간호현상의 특성과 전문직의 감수성 -

한 윤 복

(가톨릭대학교 간호대학 교수)

### I. 머리말

간호는 인류가 시작하면서 존재해 왔으나 학문의 체계를 갖추기 시작한 것은 다른 분야에 비하여 상대적으로 짧다. 학문의 체계를 갖추는 과정에서 간호 : 간호학의 독자성을 밝히고, 간호제공자들이 공유하고 실천할 수 있는 과학이 되기 위하여 지금까지 많은 질문이 제기되어 왔다. 즉 간호란 무엇인가, 간호학에서 무엇을 밝혀야 하는가, 간호학적 지식이 어떤 근거에서 정당하고 또 독립적인가, 전문직을 준전문직 또는 비전문직과 구별하는 기준은 무엇인가를 모르면서 전문직의 기준에 합당한 학문이 되기 위한 논의를 계속해 왔다. 한 때 객관을 중요시하고 주관에 배제하는 자연과학주의적 사고방식이 우세하는 시대의 흐름속에서 간호학의 방법론도 큰 영향을 받아 왔다. 그 결과 대상자의 체험이나 대상자가 느끼는 문제점은 객관화한다는 명목아래 수량화되어 상대적으로 가볍게 다루어지게 되었고 학문체계와 실천현장간에 괴리를 초래하게 되었다. 이러한 문제는 심리학, 정신의학, 교육학, 사회학 등 임상적 활동을 기반으로 성립되는 소위 실천학문 영역에서도 이미 발생하였다(高崎, 1993). 급기야 명쾌한 인과관계를 해명하는 과학주의에 대한 비판이 일기 시작하여 있는 그대로의 생활세계의 현상을 드러내는 방법론을 모색하기에 이르렀다. 간호 역시 극히 일상적이고 인간적인 현상을 밝히기 위해서는 지금까지의 과학과는 달리 현실 간호상황에서 인간의 인간다운 부분을 특징지우는 인간과학의 한 분야로서의 연구가 불가피하다고 생각하게 되면서(Watson, 1985, Kramer, 1995) '물질과 정신과의 구체적 통일로서의 인간'의 탐구를 하기에 이르고 있다.

본고에서는 간호고유의 영역을 분명하게 하고 간호

원점에서의 간호현상의 특성인식과 연구의 문제점을 고찰하고자 한다.

### II. 간호현상의 특성

#### 1. 간호현상의 복합성 관찰의 의미

첨단 의과학의 체계는 논리실증적이고 가시적이며 객관적인 것이지만 그 주변을 살펴보면 인간에 있어서 아주 중요한 돌봄의 측면이 기계화의 물결에 밀려 감추어 지고 있는 경우가 많다. 그러나 관심(關心, caring : passage to the heart, Watson, 1996)을 가지고 도움을 주는 사람과 도움을 받는 사람 사이의 직접적인 상호작용에 의해서 간호가 이루어진다고 볼 때, 간호의 대상은 무한하고 다양한 삶을 체험하는 사람이므로 간호현상을 단순화, 기계화 시킬 수 없음은 주지의 사실이다. 만일, 간호가 직접적인 상호작용이 없이 성립된다면 간호학은 사람과 물체와의 관계로 치환될 수밖에 없는 것이다. 물체라는 것은 형태가 있어서 눈에 보이는 것이고 사건은 물체가 일으킨 운동이라고 정의한다면 이들 많은 물체나 사건은 그 구성 방법에 따라서 의학도 될 수 있고, 사회복지학이나 생활과학도 될 수 있으며 모성행위, 보호행위, 양육행위 등의 비전문적 활동과 유사하게 적용될 수 있다. 그렇다면 인간, 환경, 건강 및 간호가 어떤 관계에 있을 때에 간호학이 성립되는가가 문제이다.

경험과학적 관점에서 볼 때 관찰과 세심한 배려라는 용어는 서로 상반되는 것처럼 보이기도 한다. 그러나 Nightingale이 관찰과 세심한 배려를 강조하는 이면에는 이미 환경의 복합적 요소가 어떻게 개인의 건강 문제와 관련되고 있는지를 살펴야 한다는 의미를 포함

하고 있다.(최남희, 1991).

또한 간호는 건강을 회복하고 유지하며 증진하고자 하는 개인이나 집단과 그들을 돕는 사람들이 함께 만들어내는 여러 가지 현상의 집합이라고 볼 때, 이러한 현상에는 개인과 개인, 개인과 집단, 집단과 집단 사이의 여러 가지 인간관계, 개인이나 조직이 관여하는 무수한 정보의 조작·전달 및 처리과정, 여러 종류의 자원에너지의 배분과 이용, 사회제도 그리고 문화 등이 모두 관련된다. 이와같은 여러 가지 현상의 집합은 컴퓨터나 수학방정식 또는 화학 반응과는 다르기 때문에 같은 투입에 대해 같은 결과를 기대할 수 없다. 문화적 특성과 의식구조, 나름대로의 인간관, 환경관, 건강관 역시 간호의 현상을 더욱 다양하고 복합적으로 만들어 낸다.

앞에서 Nightingale이 간호의 중심적 활동은 관찰과 세심한 배려를 통해서 이룰 수 있다고 한 바와 같이 실존하는 간호대상을 관찰할 때 대상자에게 발생한 현상이 처음부터 조직적으로 정연하게 나타나는 것은 아니다. 처음에는 행동, 표정, 언어 또는 상징을 사용해서 전해진 의지나 의향, 나타난 신체증상이나 의학적 검사 결과 등이 각각의 단일 현상으로 지각될 뿐이다. 이 단계에서는 대상자에게 발생한 사건이 아직 간호상의 의미를 갖지 못한다. 간호로서의 의미는 복합적 현상을 단순히 보는 것으로부터 부여되기 시작한다. 예를 들면 '아, 무언가 보통과 다른 것 같다', '기침으로 몹시 고통스러워 한다', '무엇인가를 말하고 싶어한다' 와 같이 대상자가 나타내는 행위를 알아차리면 그것을 좀더 '자세히 관찰해야겠다' 고 생각하게 된다. 이와같이 '알아차림(awareness)'은 순간적으로 의식화되지 않은 체험인 것이다. 따라서 지각된 현상이 무엇을 의미하는지 자세히 관찰하고자 하는 의도적이고 체계적인 행위가 바로 복합성을 지닌 간호관찰이다. 대상자에게 나타난 행위를 단순히 보아 넘긴다면 '목적' 하는 행위에 불과하다.

관찰은 사물을 자기의 눈으로 보고 깨닫고 판단하는 것이므로 주관성이 개입되는 것을 피할 수는 없지만 그럴수록 주관성을 최대한 배제하고 대상자체가 나타내는 사실의 특성을 파악하는 것이 과학적 관찰이다. '알아차림'의 체험은 자주 과학주의자들의 비판의 대상이 되지만 우리들에게는 이 체험 자체가 간호의 질을 결정하는 열쇠와 같다. 알아차린 것을 혼자만의 체험으로 간직하는 것이 아니고 모두가 공유할 수 있도록 자료화 하는 것이 간호를 과학화하는 연구와 연

결되는 것이다.

이때 관찰에서 중요한 점은 관찰사항의 선별이다. 현상은 무한히 존재하므로 '왜 보는가'가 정해지지 않을 경우 제멋대로 취사선택하기 마련이다. 우리가 대상자를 볼 때 간호상 의미가 없는 일에 눈을 빼앗기면 필요한 사실에 대해서는 소홀해지기 쉽다.

Nightingale이 말한 바 있는 '무엇이 그 사람의 생명력을 소모하고 있는가'를 파악하기 위해서는 표면화된 문제뿐만 아니라 내재된 문제들을 직시할 수 있는 통찰력이 요구된다. 예를 들면 보통 사람은 안색이 창백한 사람을 보았을 때 다만 '혈액순환에 문제가 있는 것 같다' 정도로 생각하고 지나쳐 버릴 것이다. 그러나 간호사라면 창백한 안색에 초점을 두고 이의 원인을 추론하고 확인한 후 상태를 호전시킬 수 있는 방안을 고안해 낼 것이다. 즉 '안색이 나쁜 것은 순환상태와 관련이 있으므로 순환을 도와 주자.' 또는 '편하게 눕히고 더운 음료수라도 제공하자'와 같이 문제를 풀어 나갈 것이다. 이와같이 복합적 간호현상을 관찰하는데 있어서 직관적 인식과 논리적 인식은 서로 관련되어 있음을 알 수 있다.

## 2. 간호현상의 직관적 인식과 논리적 인식의 관계

간호제공자가 대상자에 관해서 무엇인가 알고 있을 때 자주 문제가 되는 것은 직관적 인식과 논리적 인식과의 관계이다. 직관적 인식에는 공감과 통찰의 두가지 방법이 있을 수 있다. 대상의 기분이나 고통을 '안다'고 할 때의 인식은 '공감'한다는 뜻으로 대상과 같은 세계를 체험할 수 있다는 의미가 되며 이것은 감정적으로 인식하는 방법이 된다. 여기에는 실천경험의 장단은 그다지 문제가 되지 않는다는 것이다. 그러나 축적된 현상의 의미를 이해하거나 추론하는 경우, '직관적 판단'이 작용한다. 직관적 인식은 사물의 내면을 보고 전체를 순간적으로 파악하는 것이다. 숙련된 간호제공자라면 '대상의 외모가 이상하다' 또는 '증거는 보이지 않지만 어딘가 이상하다' 라고 하는 미묘한 변화를 지각한다. 이와같은 경우 '안다' 라고 하는 것은 '통찰한다' 는 뜻으로 '온통 밝혀서 살피고 추론하는 일' 이다.

분석적이고 논리적 방법은 공감이나 통찰과는 달리 현상의 인과관계를 알기위해 필요한 자료를 수집하고 논리적으로 분석하는 과정이 포함된다. 즉 전체를 구성하는 요소를 하나하나 끌어내고 그들의 관계를 찾아내어 결론에 도달하는 것이다.

직관적 인식과 논리적 인식에 우열이 있다고 보지

는 않는다(Benner, 1984). 오히려 두가지 인식방법을 대등하게 파악하고 있다. 직관은 논리세계의 방법과는 관계없다는 뜻이 될 수도 있다. 그러나 논리적 인식과 직관적 인식과는 그 상반성에도 불구하고 양자간에는 끊을 수 없는 상호보완적인 연결이 있어서 양자를 적절히 혼합하여 이용한다면 대상을 정확하게 파악할 수 있다(Salk, 1983). 즉 필요한 여러 가지 지식이 충분히 축적되어져서 지식 하나 하나에 의미가 부여되어 전체가 하나로 결합되면서(논리적 인식) 동시에 '아, 그렇지' 하고 수궁하게 된다면(직관) 논리적 인식방법과 직관적 인식 방법은 전혀 다른 줄기를 가지고 있음에도 불구하고 논리적인 인식방법의 축적이 직관적 인식으로 우리를 인도하는 것으로 이해된다.

숙련된 간호제공자는 대상의 상태에 관해서 예상되는 경과나 문제를 예측할 수 있으며 그 순간 만이 아니고 시간의 흐름속에서 문제를 판단한다. 우리 주변에도 일상실무에 아주 논리적인 사람이 직관적인 판단을 하는 예가 얼마든지 있다. 숙련자의 예리한 직관은 논리적 판단에 필수적인 자료수집이나 분석 과정이 결여된 것 처럼 보이지만 이는 오랜동안 축적된 지식이나 여러 가지 개념들 중에서 그 현상에 가장 적합한 것을 선택해서 사용하는 과정이 시간적으로 보아 매우 짧기 때문이다. 논리적 사고가 중심이 되는 간호진단의 대가인 Gordon (1982)도 직관적 인식방법은 신비의 베일에 싸여있거나 일부의 사람들만이 소유하는 특수기능이 아니라 이것은 논리적 사고의 축적이기 때문에 교육에 의해 더욱 개발될 수가 있다고 주장한다.

### 3. 간호의 독자성을 주장할 수 있는 근거

의료현장에 기계화의 물결이 밀려올수록 간호의 독자성을 주장할 수 있는 근거는 확보되어야 한다. 지금까지의 간호는 사회적 활동, 치료적인 대인관계적 과정, 사회에 대한 봉사 등 여러 가지로 정의되고 있어서 타분야와의 구별은 거의 명확해지고 있지만 이같은 정의만으로는 전문직 간호의 독자성을 주장하기에는 설득력이 약하다. 왜냐하면 치료적 대인관계나 봉사 등을 내용으로 하는 직업은 간호이외에도 허다하기 때문이다.

간호적이 간호대상에게 접근하는 수단을 무한히 가지고 있다는 점에서 다른 의료종사자와 비교할 때 그 우위성은 인정되지만, 그것만으로 가족의 간호기능 만큼 무한하지는 않다는 것이다. 간호를 기능적으로만 파악한다면 누구나 할 수 있는 일이라고 할 수도 있다. 그러나 전문직이란 누구나 할 수 있는 일을 하는 것이

아니기 때문에 간호의 독자성을 인정받지 못하면 전문직이라고 주장할 수 없다. 그렇다면 간호의 전문성은 어디서 구해질 수 있는 지 찾아보아야 할 것이다.

간호행위의 독자성 다음의 몇가지에서 찾을 수 있다.

먼저 간호업무의 특성은 인간에게 간호를 제공하는 점이며, 성별, 연령이나 사회계층과는 관계없이 여러 건강수준에 있는 사람을 대상으로 상호작용한다는 사실이다(Watson, 1989). 인간을 대상으로 상호작용하는 직업은 간호이외에도 수없이 많지만 그 내용을 잘 살펴보면 기계를 다룬다든가 음식을 조리하든가 무엇을 주고 받는 형식으로 사람과의 만남에 있어서 어떤 매개물이 존재한다는 것을 알 수 있다. 또한 그같은 직업에 있어서는 사람과 사람과의 관계 자체가 주체는 아니다. 사람과 직접적인 관계가 있으며 간호업무와 유사한 유치원이나 초중등학교 교직의 경우, 그 대상의 건강상태가 어느 정도 일정한 수준에 있음은 물론, 대상이나 담당과목 영역이 정해져 있을뿐더러 근무시간도 일정하다.

간호사만큼 인간 생활에 깊이 개입하는 직업이면서 수준높은 전문성이 요구되는 직종은 그리 많지 않기 때문에 의사의 전문성이 세분화되면 될수록 간호제공자의 역할은 포괄적이어야 한다는 주장을 펼치는 지지한다. 동시에 이러한 점은 분야별 전문간호에서 추구하는 세분화되고 구체적인 간호업무와 균형과 조화를 이루면서 발전해 나가야 할 점이라고 본다.

## III. 간호현상의 연구

대상영역에 인간을 포함하는 학문이라면 어떤 분야이든 반드시 교유의 인간관을 가지고 있게 마련이다. 왜냐하면 그 인간관을 가장 기본적인 구성요소로 하여 방법론이 인식 되어야하기 때문이다.

### 1. 간호영역에서의 인간실존 이해

간호학에서 다루는 '사람'은 다른 건강문제나 간호의 문제를 가졌다는 점에서 다른 분야에서의 '사람'과는 다르게 인식되어야 한다. 의학의 대상인 사람과 간호학의 대상이 같은 용어인 '사람'으로 칭해진다 하더라도 그 내용에서는 다른 대상이 되는 것이다. 따라서 간호학에서의 인간존재의 인식방법이 의학적 인간존재의 인식 방법과 명백히 구분될 때 비로소 의학과 간호학은 각각의 영역을 따로 가지는 학문일 수 있다. 간호학과 의학의 경우 의견상 동일한 활동공간에서 대상을

공유하기 때문에 대상의 어떤 특성을 자기 학문의 초점으로 맞춘다는 것은 학문적 특성을 결정하는데 매우 중요하다(최남희, 1991).

지금까지 간호를 위한 개념들 또는 이론들을 정립하는 학문적 작업의 일환으로 이루어지는 '인간'에 관한 정의는 매우 다양했다. 그 가운데 대표적인 것은 '간호대상으로서의 인간'의 실존이다.

실존론적 해석에서는 인간의 행위, 관념, 충동이 이 세상에서 가장 실존론적이라고 보는 입장으로서 실존은 본질에 우선되며 인간이라는 행위자가 먼저 존재할 뿐, 인간이 무엇이 되는가는 미리 정해진 것이 아니라고 보는 견해이다. 즉 인간은 이 세상에 던져져서 단지 거기에 있는 것 뿐, 예정된 인간의 본성은 있을 수 없으며, 인간이 실존하기 때문에 '현존성(being there)'만이 그 인간에 대해서 받아들일 수 있는 제 1의 실재(Heidegger et al, 1962)라고 파악하는 것이다. 또한 인간은 왜 존재하는가를 묻는 유일한 존재로서 다만 존재한다는 것만이 아니고 존재한다는 의미를 찾아 스스로 존재의 사실에 의미를 부여하고 관심을 갖는다.

실존주의에서 다음으로 중요시 되는 것은 인간은 현존하기 때문에 자기자신을 창출해 낸다는 것 즉 스스로의 본질을 결정한다는 것이다. 인간의 미래는 예정되어 있는 것이 아니라 인간이 먼저 선택하고 그 선택에 의해서 무엇이 되는가가 결정되는 것이며 전 생애를 통해 계속적인 선택에 의해서 자기를 형성한다는 것이 실존주의의 중요한 테마이다. 그리고 선택은 계속되어야 하는 것이기 때문에 인간은 결코 완성되는 것이 아니라 항상 생성과정에 있다고 보는 것이다(Parse, 1985).

현재의 감정을 부정하는 것도 불성실의 증거라고 본다. 왜냐하면 감정을 부정하는 것은 경험하고 있는 것을 그대로 받아들이지 않는다는 점에서 진실이라고 말할 수 없기 때문이다. 실존주의 철학의 특징은 이성의 검증보다는 감정의 검증이라고 할 수 있다. 즉 감정은 구체적이고 특수적이며 직접적이고 또한 주관적이지만 그와 반대로 사고는 추상적이고 보편적이며 객관적인 것이라고 보는 것이다. 인간은 사고에 의해서 자기를 인식하거나 이론에 의해서 실존을 인식하는 것이 아니라 실존을 체험하는 것이다.

## 2. 인간존재의 특성과 개념적 모델의 한계

현상이 갖는 의미나 형태는 개념들의 작용에 의해 대체로 이해 가능하다. 그러나 개념들의 작용을 빌려

서 정리해 본 현상의 의미나 형태는 어디까지나 어떤 한가지 견해에서 나온 설명에 불과한 것으로 사실인지 아닌지는 확인해 보아야 할 것이다.

Nightingale에서 시작하여 최근의 Watson (1985)에 이르기까지 간호학 영역에서 제창된 소위 대 이론이라고 하는 것은 물리학과 같은 과학의 정도(正道)를 가는 자연과학의 여러 이론과는 달리, 그 진위가 실험에 의해 검증되는 것이 아니고 하나의 사고방식으로 받아들이는 것이 옳다고 본다. 이는 간호학이 아직 미숙한 학문분야이기 때문이라는 뜻이 아니고 대상자체가 여러 가지 사고방식을 상대적으로 가능하게 해주고 있기 때문이다.

우선 많은 이론가들이 인간을 어떤 존재로 인식하고 있는가에 대해 고찰해 보기로 한다.

Nightingale(1960)이나 Henderson(1966)은 자연적 존재로서 인간을 이해 하고 있으며 Peplau(1975)나 Orlando(1961), Wiedenbach(1964) 등은 인간을 다른 사람과의 관계를 형성하면서 사는 사회적 존재로 인식하고 있다. 또한 Travelbee (1966)은 인간은 번민하는 존재라고 보며, Rogers(1970)는 인간을 하나의 개방체계로, Roy(1989)는 적응하는 존재로서 인간을 조명한다. 여기에서 이러한 이론의 진위를 가리는 것은 불가능할 뿐만 아니라 의미가 없다. 이들 관점은 나름대로 인간 본질의 일부분을 설명하고 있을 뿐 모든 것을 설명하고 있지는 못하기 때문이다.

간호사에게 이론이나 지식은 불가결한 것이다. 그러나 이론이나 지식으로 무장한 규범론만을 내세우는 교수나 간호사로부터 주체성이나 자율성이 전승되기는 어렵다. 왜냐하면 임상이나 교육현장에서의 대상은 언제나 실존하는 인간이기 때문이다. ○○○론이 나오면서 둘러 뛰어 들고, 새로운 방법이 나오면 거기에 휘말려 들어갈 것이 아니라, 그런 것을 학습하고 자기 입장에서 뿌리를 내릴 수 있는 비판이 중요하다. 즉 타인의 판단에 의존하는 것이 아니고 스스로 판단하고 책임지는 일이다. 이와 같은 것이 독단적인 것이 되지 않기 위해서는 풍부한 지식의 축적과 사회성의 훈련이 필요하다.

## 3. 현실주의적 입장과 개념론적 입장에서 본 간호 현상

간호이론에는 현실주의적 입장(realism)과 개념론적 입장(conceptualism)이 있다. 현실주의론은 사실을 출발점으로 하여 간호실천의 현실세계를 기술, 설명, 예

언하는 이론, 즉 '무엇이다'이다. 이에 대해 개념론은 간호가 바르게 행하여 졌을 때의 공상적이고 이상화된 세계, 즉 당위를 출발점으로하여 향방을 설명하는 가치지향적 또는 규범과학적 지식 : '무엇이어야 한다'의 이론이다(Stevens, 1979). 현실주의적 입장에서는 세계와 탐구자와는 독립된 개체라는 생각이며 연구나 이론은 그같은 '현실'의 본질을 경험분석적으로 탐구한다. 즉 지식은 경험적 세계에 존재하는 사물 혹은 현상을 객관적 관찰에 의해서 기술, 설명, 예측 및 통제 등을 허용하는 확실성에 근거하는 연구과정을 거친 산물로서 연구자의 신념이나 가치를 배제함으로써 가능해지므로, 경험적 지식을 표현하는 문장단어들의 의미는 객관적으로 이해되는 것이어야 한다는 주장이다.

이에 반하여 개념론에서는 그 주제가 간호실천의 현실세계가 아니라 바람직하다고 생각하는 간호 세계에 대해서 왜 또는 어떻게 그러한 가치를 추구하게 되었으며, 또한 그러한 가치는 추구할만 하며, 정당한 가치의 추구라면 어떤 근거에 준해야 하는가, 그리고 '가치'라는 것은 무엇을 뜻하는가의 질문을 하는 규범적 지식이다.

전술한 바와 같이 간호학의 내용을 이루는 간호행위의 본질은 기본적으로 가치 추구를 전제로 하고 있다. 왜냐하면 간호는 그 목표가 인간의 복지나 안녕이며, 건강가치의 실현이라는 맥락에서 그 목표를 이해함으로써 스스로의 정당성을 보장받을 수 있기 때문이다. 그러나 규범적인 문제는 간호철학 내지는 간호사상의 영역에 넣는 것이 합당할 것이다.

한편 규범적 지식이 목표우위가 되기 쉬운 직업에 있어서는 당연하게 생각될 수도 있으나 오히려 그 목표달성을 저해할 수도 있다(Stevens, 1979). 따라서 다른 전문직과 같이 간호도 현재 있는 상태를 명확하게 규명하는 일부터 출발하는 것이 옳다고 생각한다. 왜냐하면 상황생성이론은 '지금 있는' 것에 기초한 이론이 아니면 생겨날 수 없기 때문이다. 이와같이 현실론과 개념론은 각각의 입장에 따라 또는 주제의 소재에 따라 연구방법과 연구도구가 달라진다. 따라서 이 두 입장을 구별할 필요가 있다.

#### 4. 간호실체의 현상학적 접근

인간은 나름대로 보는 방법이나 생각을 몸에 익히는 자연적 태도를 가지고 있다. 이것은 과거경험에 의존하거나 머릿속에 있는 지식에 의존하는 것과 같은 것이어서 편견이 일어날 수도 있다.

현상이란 정신 그 자체, 그때그때 나타나는 모습이나 형태이며 현상학이란 하나의 새로운 관찰방법으로서 나타나는 그대로의 모습을 기술하는 일, 즉 의식의 현상을 그 근원적 다양성 그대로, 선입견 없이 기술하는 것을 말한다. 근대과학의 발전은 인류의 변형을 가져왔으나 한편 정신적으로는 황폐되어 가고 있다는 비판의 소리도 높다. 현상학적 방법은 사건에 직면했을 때 기존 상식, 지식, 개념이나 이론을 반복하거나 성급하게 판단하는 체계나 세계관적 이론이 아니고 어디까지나 눈앞에 일어난 현상이나 사건, 즉 인간 생활의 현상을 있는 그대로 보고 기술하고 대응하여 조리있게 탐색하는 태도에서 시작된다.

간호학 지식탐구는 현상학적 방법과 연결되어 있는 일이 많다. 현상학에서는 체험은 그 전체가 바로 실체라는 관점에서 현상을 분해하는 과학적 방법을 배제하고 있다. 예를 들면 현상학과는 통종의 과학적 개념(통각측정법으로 측정되는 것과 같은)과 통종에 수반되는 문제들을 분리하지 않는다. 통각측정법에 의한 통종 개념은 통종 현상의 주지적(主知的)인 불완전한 표현에 불과하다고 본다. 이에 따라 현상학은 과학에 이의를 제기하는 것이 아니고 구성요소에 따른 기술이 그 현상을 충분히 설명할 수 없다고 주장하는 것뿐이다. 따라서 현상학은 체험과 이에 따른 사물이 연결되어 있다고 보는 것이다(Stevens, 1979).

이러한 맥락에서 인간을 현상학적 방법에 의해 조명한다면 현상학적 입장과 현실주의적 입상에서의 간호에 대한 관점은 거의 같다고 볼 수 있다. 그러나 현상학은 how-to의 해답 또는 어떤 이론체계를 보여주는 것이 아니며 또한 거기에는 어떤 규범이나 법칙 또는 가설이 존재하지도 않는다. 다만 있는 그대로의 현상으로부터 시작하는 것 뿐이다.

여기서 흔히 말하는 '임상이 간호의 기초'라는 것을 다시 한 번 생각해 보기로 한다. 침대만 있고 사람이 없는 간호가 되어서는 안 될 것이다. 방법으로서, 또는 태도로서의 임상이 간호의 기초가 되어야 할 것이다.

예를 들면 과거 경험에 의존하고 새로운 이론 또는 방법이나 기술 등에 무관심하거나, 반대로 새롭다는 이유만으로 비판없이 뛰어 들어 실제 일어나고 있는 상황을 이론에 의해서만 해석하려는 태도는 간호대상에게 아무런 도움이 되지 않을 것이다.

풍부한 경험과 지식을 배경으로 하여 개별 환자 또는 어떤 사건 앞에 서면 일단 조급한 판단을 삼가고 눈앞에 있는 사람 또는 현상이 보내는 의식적이거나 무

의식적인 신호를 정확하게 받아들이는 세련되고 소박한 인품이 바로 우리들이 추구하는 간호의 기초로서의 참된 '임상'의 의미라고 할 수 있을 것이다. 이것이 곧 현상학적 접근의 출발점이 된다.

#### IV. 전문직의 자질

의학적 치료가 환자에게 부담이 될수록 역할의 포괄성이나 세분화와는 관계없이 문제가 되는 것이 간호사의 자질이다. 왜냐하면 간호의 질은 간호하는 사람의 자질에 좌우되기 때문이다(Dennison 1942).

여기서 말하고자 하는 자질은 어떤 선천적인 신비한 소질 또는 능력을 의미하는 것이 아니라 개인에게 내재되어 있는 능력을 끌어내는 것으로 볼 수 있다. 각자의 지식을 활용할 수 있도록 끌어내는 것은 훈련에 의해 가능하므로 '훈련 또는 교육'에 의한 개발 가능성이 바로 자질이 되는 것이다.

간호의 학문적 기초에서 가장 중요한 것은 개념이나 이론정립과 함께 임상 실무의 자질 개발의 가능성이라 볼 수 있다. 그것은 구체적 노력없이 심리학이나 사회학 등의 다른 영역의 개념을 도입한다해도, 간호학이 의과학과 다른 점을 아무리 설명한다 해도 그것만으로는 간호학은 차용한 것에 불과하다. 지금까지 차용한 개념분석이나 재개념화에 의해 간호의 여러 측면이 보다 명확해지기는 했으나 간호의 규범론과 대상자가 느끼고 생각하는 간호현상의 특성과의 괴리를 해결하지 않는 한 간호본래의 기반은 불투명한 상태로 남아 있을 수밖에 없다(Bishop, Scudder, 1990).

##### 1. 감수성 훈련

간호사에게는 물론 간호학이나 의과학의 기초지식이 필요하고 또 그것은 지식을 활용할 수 있는 기술과 지식인으로서의 일반교양도 필수요건이다. 그러나 교양과 지식이 풍부하고 기술을 연마했다고 좋은 간호를 제공할 수 있는가에 대해서는 깊이 생각해 볼 필요가 있다. 왜냐하면 인간에게 숨겨져 있는 문제는 첨단 의료기술에 의한 객관적 정보만으로는 모두 알아낼 수 없으며 이는 오직 전문직의 감수성으로 감지해 낼 수밖에 없기 때문이다. 간호는 그것을 제공하는 인간과 이용하는 인간에 의해서 성립되는 것이므로 간호사는 먼저 인간으로서의 간호사라는 것 자체를 인식하고 수용할 필요가 있다. 그것은 '규범적 간호사상'(像)을 얻기 위한 것이 아니고 자기 이외의 인간을 수용하는 '지

금'의 자기자신을 확인하기 위한 것이다(Huether, 1995).

자기 이외의 인간을 수용한다는 것은 지식으로 가르치고 배우는 것이 아니며 지능지수나 경험축적과 관련된 것도 아니다. 이는 근본적으로 감수성과 밀접한 관계가 있는 것이다. 감수성과 관련된 자질을 육성하는데 있어서 명령이나 지시, 충고, 격려, 시사 및 설득 등은 가치가 없다(Peplau, 1952). 간호문화는 구체적 항목을 작성하여 교과서에 의해 전해지는 것이 아니고 실제 행위를 통해서 결과적으로 전승되는 것이라고 볼 수 있다.

##### 2. 대상을 보는 간호제공자의 눈

의학체계에서의 기계화로 인해 간호현상의 특성은 부각되지 못하고 있다. 첨단 기계기구로 인해 대상자는 슬픔, 분노, 초조, 절박감, 불안, 소외감 그리고 두려움 등으로 고통당하고 있다. 이러한 고통은 정밀기계로 확인될 수 없으며 인간의 감수성만이 접근할 수 있는 영역이다.

많은 심리학자나 정신의학자에 의해 개발된 심리검사 도구만 해도 무수하다. 그러나 우리가 대상자의 상태를 파악할 때 질병의 정의나 검사결과에 의존하고 눈 앞에 있는 대상자 자체를 보지 않는 일은 위험한 일이다. 또한 스스로의 체험에 의한 판단만으로 예를 들면 '엄살 떠는 환자'나 '자주 불러들이는 환자' 등의 이해하기 어려운 행동에 대해 '환자의 성격 탓'이라고하여 그 이유를 묻지도 않고 거절하는 일도 역시 간호라고 말할 수 없다. 대상자에게는 그럴만한 이유가 있다는 것을 직접 체험하지 않고는 알 수 없는 일이다.

대상자의 입장이나 체험을 이해하는 첫 관문은 관찰이다. 관찰의 제 1조건은 사람을 마주 보는 일이다(薄井, 1991). 관찰되어야 할 사실을 세밀하게 보고 그것이 무엇을 의미하는지를 파악하는 논리적 사고 능력이 있어야만 관찰한다고 할 수 있다. 사물을 보는 데에는 우선 자기의 눈을 쓰고 눈으로 본 것을 머리로 판단하게 되는데 이때 자기방식이라는 것이 개입하게 마련이다. 이 자기방식은 어떤 의미에서는 피하기 어려운 것이지만 이것을 극력 배제하면서 대상이 나타내고 있는 사실의 특성을 본다는 것이 바로 과학적으로 본다는 뜻이다.

우리들이 간호에 임할 때 정신과를 제외하고는 심리검사 자료를 사용하는 일은 거의 없으며, 각종 성격론에 정통하고 있는 간호사도 많지 않다. 그리고 기록

에 의한 생활력이나 가족관계 등에 관한 약간의 정적 정보이외는 일상 간호 행위를 통한 동적 정보를 근거로 스스로 느끼고 이해하는 수밖에 없다. Nightingale은 자기 자신의 오관에 의해 파악된 여러 가지 인상에 대해서 관심을 갖는 훈련된 관찰력이 간호의 필수조건이라고 하였다. '만일 관찰하는 일에 숙달되지 않으면 간호사가 되는 것을 포기하는 것이 좋을 것이다'라고 한 Nightingale의 말과 같이 간호는 관찰로 시작하여 관찰로 끝난다고 해도 과언은 아닐 것이다. 서구문화에서 비롯된 말을 빌려오지 않아도 한자문화권에서 넉넉히 이해 가능한 어휘를 우리는 옛부터 쓰고 있다. 즉 看-불 간, 대접 간과 護-호위할 호, 도울 호 - 이다.

간호관찰을 하기 위해서 상대를 볼 때 정상수준에서의 상태를 알면 이상상태를 즉시 알아내어 이에 대응할 수 있다. 물론 쉬운 일은 아니다. 이상상태의 범위를 알기 위해서는 그 이외의 조건에 따른 변화도 보아야 하기 때문에 당연히 일정기간이 필요하다. 그러나 관찰력을 훈련하면 비교적 단기간에 정확하게 파악할 수 있게 된다. 일상생활 동작을 관찰할 때 이상이 있는 부분을 인지할 수 있는 것은 이같은 일상관찰의 축적과 감수성 연마의 결과이다. 따라서 관찰이란 '자신의 감수성을 연마하기 위한 것'이라고도 할 수 있다. 감수성을 키우기 위해서는 시야를 넓히고 여유를 갖는 지혜도 필요하다.

전문적 지식을 토대로 감수성을 높이는 노력이 있을 때 보아야 할 것이 눈에 들어온다. 그리고 관찰 내용에 전문적 해석을 붙일 때 질적 간호가 전개되는 것이다.

### 3. 인간문제에 있어서 주관과 객관

간호의 대상은 바로 눈앞에 있는 환자와 그의 가족이다. 신체상태를 나타내는 여러 객관적 검사자료를 활용하는 동시에 간호사 자신의 주관을 활용할 때만이 전문직으로서의 간호가 성립된다. 물론 개인적 주관에만 의존하는 경험주의적인 태도를 의미하는 것이 아니다. 따라서 간호사는 인식주체인 자기 자신의 주관 = 감수성을 끊임 없이 훈련시켜야 하는데 이것이 바로 자기 자신을 치료적으로 이용하는 예술이며 과학이다. 이에겐 자기 통찰의 훈련, 공감, 예상의 추론, 동정 그리고 논리적 사고방식 모두가 필요하다(Benner, 1984).

과학적 연구란 추상론을 배제하고 관찰가능한 현상을 체계화 하는 것이라고 전제할 때 사실(관찰대상)과 관찰자의 불가분의 관계가 생성됐을 때 만이 관찰이 가능하다. 이것은 순수자연과학에 있어서 만이 아니고

과학전반에 있어서 지식탐구의 기반이 되는 것이다. 자연현상 관찰에 있어서 관찰자와 관찰대상과의 관계가 문제가 된다면 그 관계의 대상이 인간인 경우에는 더욱 그러하다. 왜냐하면 관찰자와 관찰대상과의 관계 양식이 그대로 관찰 대상에게 영향을 미치며, 또한 그 결과는 관찰자에게 되돌아와서 관찰내용에 영향을 미치게 되기 때문이다. 즉 관찰이란 관찰대상에 대해서 명확화하는 과정과 관찰대상과의 관계를 명확화하는 과정이 동시에 필요한 것이다. 따라서 관찰대상에는 관찰자 자신이 포함되지 않으나 관찰대상과의 관계에 있어서는 관찰자 자신의 존재 양식이 끊임없이 문제되고 있으므로 주관과 객관은 모순되지 않고 상보관계에 있다고 보아야 할 것이다. 관찰자 자신의 존재 양식이란 스스로 하고 있는 일을 판별하고 있다는 뜻이 되며 이것은 바로 과학의 핵심이 되는 것이다(橋本, 1995).

스스로의 직업을 전문직이라고 설득력있게 주장하려면 그 전문성을 발휘할 수 있도록 현실을 바꾸어야만 한다. 전문한 바와 같이 앞으로는 의학은 더욱 전문화·세분화되어 가고 간호사에게도 이에 따르는 전문 지식과 기술을 요구하게 될 것이다. 이에 대응해 나가는 일도 벽찬 일이지만 그것만으로는 의료 보조 업무 수행에서 벗어나기 어려울 것이다. 간호는 인간관계를 기반으로 성립되는 것이며 간호학은 의학과는 다른 인간과학이라고 역설하면서 그것을 실현하지 않는다면 아무도 간호사를 전문직으로 인정해 주지 않을 것이다. 언제까지나 자칭 전문직으로 존속할 수는 없다는 것이 우리의 과제이다.

일정한 문화권에 사는 임상간호사로서 공통감각을 기반으로 하는 전문적 지식을 활용할 수 있으며 자신의 판단과 행위에 책임을 질 수 있을 때 지금까지의 과학이 추구해온 '논리적 知'에 대한 '경험적 知'를 풍부하게 할 수 있다는 것이다. 자연과학적 인과관계로는 설명되지 않는 여러 가지 현상을 바로 지금 설명할 수는 없어도 대상자와 함께 있으므로 해서 '바로 지금'을 이해하는 경우가 있다. 그러므로 간호사에게는 '지금 여기에서 일어나고 있는 현상'의 본질에 대해서 통찰하는 눈과 판단능력이 필요하다.

## V. 간호의 원점 - 인간 생활행위 관찰

간호의 원점은 질병자체가 아니고 인간을 자립적 생활인으로서의 참모습으로 회복시키는 일이다. 이를 위

해서 대상을 주의 깊게 볼뿐만 아니라, 관찰자의 전문적 지식을 심분 활용하여 대상의 생활행위 하나하나를 비교하면서 그것들의 특성과 관련성을 파악하는 것이다. 관심이 있으면 누구나 주의 깊게 보는 것이지만 전문가의 눈으로 바로 보기 위해서는 나름대로의 훈련이 필요하다(한윤복, 전시자, 1993).

관찰에 숙달되면 숨겨져 있는 사실을 끌어내어 언어화하고 체계화할 수 있게 된다.

## 1. 생활행위의 의미

객관적으로 볼 때에 인간 생활속에는 수많은 행위가 있다. 생활은 수많은 행위의 축적이며 개인에 따라 그 생활행위는 정형화되어 개별성을 형성한다. 또한 우리들의 생활행위는 이 시대의 문화적 관습, 가족기능 또는 직장에서의 역할에 의해 규제되고 있다.

우리들의 생활행위에는 '자기관리 행위'와 '사회적 행위'가 있다. 자기관리 행위에는 식사, 배설, 이동 동작, 몸단장 행위 등이 있으며, 사회적 행위에는 일반적으로 '일'이라고 하는 것이 포함된다. 이 두가지 생활행위가 순조롭게 전개될 때 비로써 우리들의 생활이 자립적으로 존재할 수 있다.

식사, 배설, 이동 동작 및 몸단장 등의 자기 관리 행위는 단순한 물리적 동작 이상으로 개인의 존재의미를 결정하는 중요한 요인이다.

'食'은 '사람(人)을 좋게 한다(良)'라는 의미로서 공생하는 인간관계의 형태중의 하나가 식사(食事)라고 말할 수 있다. '식사를 한다'와 '영양을 섭취한다'라는 말은 의미가 같지 않으나 식사를 통해서 영양을 섭취한다는 내용으로 연결된다. 식사는 문화적 맥락에서 의미를 가지며 문화적 욕구와 여러 가지 인간관계에 바탕을 둔 감정과 연결되어 개개인에게 회환된다.

어린이는 1-2세가 되면 자기 손으로 밥을 먹는데 이것이 일반적으로 말하는 자아의 형성, 즉 주체적식의 확립에 중요한 계기가 된다. 음식을 스스로 먹는다는 행위는 생명유지라고 하는 중대한 문제를 주체적 행위로 여기는 것이다. 즉 개인으로서의 자립적 행위를 동시에 지지하는 중요한 열쇠가 되는 것이다. 성인의 경우에도 마찬가지로 타인의 도움이 있어야만 먹는 사람은 예외없이 의존적 입장이 되고 이 상태가 장기화되면 생활 전체가 의존성에 지배된다(Erikson, 1963).

식생활에 수반되는 여러 가지 행동은 개인의 생활사를 통해 습관화된 것이며 '좋다', '싫다'의 인간의 감정이나 의사와도 복잡하게 얽혀져 있다. 식이에 대한

대상자 교육에서 표면적인 영양균형, 식사횟수 그리고 먹는 방법 등에 관심을 두기 쉬우나 식생활에는 개인의 전체 생활이 응축되어 있음을 이해하고 접근해야 한다. 즉 신체적인 면, 정신적인 면은 물론이고 간호제 공자나 간호수혜자의 역동적 관계속에 포함되는 문제를 건강의 관점에서 조명해야 한다(中島, 1995).

배설에 있어서의 자립도 개인의 자립성을 근본적으로 지지하는 중요한 의미를 가지고 있다. 식사와 배설은 같은 생리적 욕구에 속하면서도 배설행위는 '수치심'과 관계가 있다. 사람은 수치심을 가질 때 '타인에게 보여지는 자기'를 강하게 의식한다. 이같은 것이 어린이의 경우 자아형성과 연결되며 자아의 존재를 지지하는 중요한 의식의 기반이 된다(Erikson, 1963).

'아래사람에게 신세지기 싫다'라고 하는 노인의 말은 단순히 배설에 관한 불쾌감이나 미안스러운 마음에서가 아니라 바로 고립된 인간 그리고 자아의 붕괴에 대한 두려움 때문이다. 그러므로 실금하는 노인들은 인간존엄의 위기를 느낀다. 이와 같이 인간의 존엄성은 개인의 자립성 위에 성립되는 것이다.

일반적으로 우리들의 생활행위는 반드시 이동 동작을 포함하는 움직임의 수반한다. 자율적으로 움직일 수 있다는 것은 두가지 중요한 의미를 가지고 있는데 그 하나는 이동동작과 같은 움직임이 우리들의 생활행위를 문화적으로 조성한다는 사실이다. 식사와 배설 역시 정해진 자리로 옮기는 동작이 필요하다. 이와 같이 우리들의 생활행위는 일정한 패턴을 가지고 있으며 그것은 저마다의 사회환경속에서 무의식적으로 또는 어떤 의미를 가지고 습관화된 것이다. 그같은 패턴에 따라 행위할 때 비로써 우리는 '자립'이라고 한다. 이같은 것을 지지하는 중요한 요소가 이동 동작능력이다.

이동 동작의 또 다른 중요한 의미는 그것이 우리 생활공간의 범위를 결정하고 있다는 사실이다. 우리는 생활 공간 범위 안에서 모든 행위를 하고 체험을 함으로 생활공간의 범위는 풍요로운 생활을 결정한다고 말할 수 있다. 공간적으로 협소하고 무미건조한 생활이 바로 '자리보존'이다. 인간은 자립적으로 이동동작을 할 수 있는 공간을 스스로가 선택하는 데 이것은 자신이 생활의 주체가 되고 안되는 것을 결정하는 중요한 열쇠가 되는 것이다(Watson, 1989).

사람은 개인으로서의 자립을 토대로 타인과의 사회적 관계를 갖는다. 몸단장 행위는 타인과의 관계를 염두에 두고 타인이 소유하는 세계로 나들이 하는 '준비'



로서의 사회적 의미가 있으며 이것은 의상에 잘 나타난다. 몸단장 행위에 있어서 자립하지 못하면 타인과 대등한 사회적 관계를 맺기 어렵다. 즉 몸단장은 식사, 배설 및 이동 동작에 있어서 자립한 사람이 사회적 행위를 하기 위한 '다리 건너가기'의 구실을 한다고 할 수 있다.

한편 인간은 자기관리 행위에서 범위를 넓혀서 사회적 행위로서의 가정, 지역사회 및 직장에 있어서 나름대로의 역할을 수행한다. 노인에게는 역할 상실에 문제가 있는 것이 아니고 소속되었던 집단에서의 위치 상실이 더 문제가 된다. 퇴직후에는 가족 집단의 가장으로서의 위치가 상실되며 가족간의 인간관계에 변화가 오면서 의욕이 상실되는 등 생활 자세의 변화를 가져온다(Maslow, 1970).

질병이나 장애가 있으면 그 정도에 따라 사회적 행위에서부터 자기관리 행위까지 순차적으로 상실되어 간다. '자리보전'은 모든 것을 상실한 생활이며 그것은 단순히 그 행위에 있어서 자립할 수 없다는 의미뿐만 아니라 인간다운 본래의 생활근본이 상실된 것을 의미한다. 여기에 '자리 보전' 환자의 문제가 있는 것이다. 개인의 생활행위의 자립이 어떤 요인에 의해서 성립되는가 하는 문제는 질병이나 장애를 가진 사람을 보살피는 데 중요하다. 일반적으로 생활행위의 자립을 결정하는 요인에는 질병 또는 장애의 정도, 의욕 그리고 환경이 있다. 제 1의 요인인 질병 또는 장애의 정도에 관해서 뇌졸중환자가 한번 획득한 자립성을 상실하는 과정을 살펴보면 질병이나 장애만이 인간의 자립성을 좌우하는 것은 아니라는 것을 알 수 있다. 이같은 사실에서 제 2의 요인으로 생각해야 하는 것은 '의욕'이라고 하는 생활자세 또는 지향성이다. 이것은 생활행위를 하는 정신적 에너지라고도 할 수 있는 것으로서 부분적으로는 질병이나 장애와 상호관계를 가지면서 개인의 성격이나 가치관, 인생관 등 소위 성격특성과 밀접하게 연결되어 있다고 보고있다(薄井, 1991).

제 3의 요인은 환경이다. 환경요인에는 병동설비나 기계 등의 물리적 환경외에 보다 영향력이 강한 인간관계적 직접환경이 포함되는데 이것이 곧 보살핌의 방식이다. 여기에는 태도, 신체언어까지도 포함된다. 대상자는 결코 간호사를 간호기술 제공자라고만 보지 않는다. 자신의 질병이나 장애와 어떤 관계가 있는가, 또는 어떤 관계를 가지려고 하는가에 대해 매우 민감하다는 것을 인식할 필요가 있다. 따라서 질병이나 그 증후만을 문제삼는 경우와 대상자에게 전인적으로 접근

하는 경우에 있어서 대상자와의 인간관계 형성이 달라진다. 대상자의 최대 관심사는 질병이나 장애에 따른 자신의 생활행위의 변화이다.

## 2. 대상의 전체성 파악

인간생활을 위협하는 '질병'과 '기아'라는 두가지 큰 요인 중 질병으로부터 인간을 해방시켜 생활을 회복시키는 활동을 하기 위해 먼저 간호가 존재하였으며 그 가운데서 의학이 생겨났다. 의학의 영향을 받아 간호의 관심도 질병 자체로 기울어지는 경향이 있었다. 그러나 의료에 의지하는 사람들의 기대가 질병으로부터 해방됨과 동시에 '인간다운 생활'로 회복하는데 있다는 사실에는 변함이 없다. 이 때문에 인간다운 생활과 질병중심 의료와의 사이에 괴리가 생기게 되었다. 이같은 괴리는 의료의 대상이 되는 질병이 없어진 다음 신체적, 정신적, 사회적 장애로 인하여 생활을 위협받는 소위 장애자와 노인에게 현저히 나타난다. 병리학적으로 완전한 치유가 예상되는 많은 환자에 있어서 질병으로 인한 일시적인 자립적 생활의 중단은 그들에게 사회적, 심리적으로 적지 않은 영향을 미친다.

간호가 지향해야 할 것은 질병 자체가 아니고 인간을 자립적 생활인으로서의 참모습으로 회복시키는 일이다(Watson, 1989). 이를 위해서는 대상자의 전체성 파악이 우선되어야 한다. 우리에게는 대상자의 성격 특성이나 심리를 들여다볼 수 있는 정밀기계가 아직 없으므로 다만 생활내용을 통해서 직관하고, 추리하고, 알아차릴 수밖에 없는 것이다. 이와 같은 것이 바로 대상자의 생활행위를 관찰해야 하는 중요한 근거가 된다.

## 3. 건강생활의 존재방식을 근거로 하는 직관적 관찰의 의미

건강생활의 존재 방식을 잘 알고 있으면 건강생활의 존재방식에서 벗어난 상태가 쉽게 인식된다. 건강하게 살고 있을 때의 안색을 늘 보아왔기 때문에 '안색이 나쁘다'하는 직관이 작용하여 '무슨 일이 있다'라고 추리하게 되는 것이다. 평소에 활발하게 말도 잘하고 시선을 잘 맞추던 학생이 웬일인지 시선을 피하거나 불안스러워 보이면 '무슨 일이 있구나'라고 알아차리게 된다. 이와 같은 것도 직관이다. 그러므로 건강생활의 존재방식을 우리들 머리속에 철저히 입력시켜 놓으면 이것이 관찰 방법을 생각하는 최초의 발상이 되는 것이다(薄井, 1991).

그렇다면 관찰습관을 몸에 익히기 위한 준비와 관찰

한 사실에 근거하여 판단하고 체계적으로 연결하는 일련의 간호과정에 대해 살펴보기로 하자.

우선 건강한 사람의 생명력이나 생활을 자세히 보면 실마리가 풀리기 시작한다. 건강인의 생활행위에는 건강 유지 및 증진의 원리가 있는데 그것이 바로 '잣대'가 되는 것이다. 따라서 건강생활 행위라는 것이 머리속에서 그러지면 필연적으로 대상을 관찰하는 잣대가 만들어지며 대상이 필요로 하는 생활행위도 자연히 보이게 된다. '아' 하고 무언가 집히는 것이 있을 때 이 같은 알아차림으로 공감하고 마음속을 읽을 수 있을 때 이것은 다음 문제의 해결 단계로 이어지는 중요한 단서가 된다(野島, 1988).

다양한 현상의 의미를 정확하게 재는 '잣대'가 있으면 대상의 요구를 극히 자연스럽게 정확하게 파악할 수 있다. 한국인의 일반적 생활행위 존재 양식에서 도출된 '잣대' 또는 '환경 일반 잣대'도 있을 수 있으며 '노인 일반의 잣대'도 있을 수 있다. 다만 대상을 어느 건강 수준에서 파악하는가에 따라 '일반적 생활행위의 존재 방식'이라는 잣대도 당연히 달라져야 한다. 모든 사람들에게 어떤 경우에도 똑같은 잣대가 사용되는 것이 아니고, '개인의 생활습관'으로부터 '의당 예상되는 것'이라는 의미의 '일반적 존재 양식'의 잣대를 마련할 수 있다는 것이다.

'생명력을 소모시키고 있는 것을 제거한다'라는 간호의 일반원리로부터 도출된 목적 의식이 '잣대'가 될 수도 있다. '인간의 일반적 생활행위의 존재방식'으로부터 도출된 간호의 '잣대'- '큰 잣대', '정밀 잣대'-와 같은 것이 각 간호사의 머리속에 명확하게 만들어져 있다면 대상자의 상태에 따라서 자유자재로 사용할 수 있게 된다. 그러나 만약 관찰하는 눈이 없다면 어떤 잣대도 무용지물이다.

'간호의 실체가 보이지 않는다'고 생각하는 경우가 있다면 그것은 눈앞에 간호의 실체가 없는 것이 아니고 나의 마음속에 간호가 없거나 아직 나에게서 간호를 보는 눈이 없다고 자백하는 것과 같은 것이다.

## VI. 요약

간호의 주체성을 확보하고 독자적 학문영역으로 발전시키는데 있어서 선행되어야 할 과제는 간호대상의 생활행위의 존재방식으로 나타나는 간호현상의 특성을 확인할 수 있는 전문직의 자질과 풍부하고 자율적인 인간성이라고 할 수 있다.

간호는 간호행위자와 간호 대상자 사이의 직접적인 상호작용에 의해서 이루어 지므로 양자의 삶의 체험의 다양성은 간호학을 더욱 복합적 영역으로 만들고 있다. 만일 간호가 사람과 물체와의 관계로 치환된다면 그 구성방법에 따라서 여러 가지 다른 영역의 학문이 될 수밖에 없을 것이다.

인간 과학으로서의 간호의 실체와 간호행위의 전문성을 설득력 있게 주장하기 위해서는 간호의 독자성을 밝혀내는 일이 선행되어야 한다. 즉 간호가 돌봄의 행위를 주요 내용으로 하는 많은 다른 작업과 무엇이 다르며 어떻게 달라야 하는지가 좀더 명백해져야 한다.

간호가 다른 분야의 인간돌봄의 행위와 다른 점은 건강문제를 가진 대상자의 생명력의 소모 요인을 찾아내는 고도의 감수성과 관찰능력이라고 할 수 있다. 이 같은 자질은 선천적으로 타고 나는 것이 아니라 과학적 지식의 축적과 훈련을 토대로 한 자기개발에 의해서 얻어진다.

앞으로 의학분야는 점점 세분화되어가고 간호사에게도 의학의 심오한 전문지식과 기술을 요구하게 될 것이다. 그러나 이에 대응해 나가는 일만으로는 의존적 또는 상호의존적 역할에서 벗어나기 어려울 것이다.

간호현상은 단일 원인체계에 따라 해명될 수 없는 복잡미묘한 특성을 지니고 있으므로 간호학의 통합적 원리는 생물학적 존재로서의 간호대상까지를 포함하지만 자연과학적 탐구방법으로는 모든 것을 찾아낼 수 없다. 따라서 간호학 연구는 다양한 지식탐구 방법중에서 어느 한가지로 확정되거나 고정될 수는 없으며 오히려 추구하고자 하는 현상의 본질이나 상황적 특성에 적합한 독자적 연구방법이 선택되어야 할 것이다.

과학적 지식탐구의 기반이 되는 것은 관찰이다. 관찰대상이 인간인 경우에 관찰자와 관찰대상과의 관계양식이 관찰대상에게 영향을 미치며 그 결과는 관찰자와 관찰 내용에 영향을 미친다. 따라서 관찰대상자와의 관계에 있어 관찰자 자신의 존재방식이 중요한 문제가 된다.

우리가 연구에서 발휘할 수 있는 것은 인과법칙이 아니라 인간, 환경, 건강, 간호의 관련성과 이들 생활의 역동성에 따르는 변화 이행과정의 형태 및 규칙성이라고 보는 것이 타당하다.

'간호의 원점'이 일상적이고 구체적인 인간현상의 전체성 관찰에서 시작하는 것이라고 전제한다면 전체성이란 구체적으로 어떻게 파악되는지 확인할 필요가 있다. 우리는 환자의 정서나 요구 전부를 이학적 검사

에서 찾아낼 수는 없으므로 다만 개인의 생활행위의 존재방식을 통해서 관찰하고 추리할 수밖에 없다.

생활행위의 자립요인에는 질병이나 장애의 정도 이외에 정신적 에너지에 해당하는 의욕 또는 생활자세라고 하는 지향성과 환경이 있다. 환경요인에는 물리적 환경만이 아니고 인간관계적 환경 즉 돌봄의 존재양식이 포함되는데 인간관계적 환경은 질적 간호와 불가분의 관계가 있다. 그것은 간호사 자신이 환자에게는 불가피하게 직접 환경이 되기 때문이다.

보이는 모든 것 뒤에는 보이지 않는 것이 숨어 있으며, 들리는 것은 들리지 않는 것과 관련되고 있다. 그리고 느껴지는 것은 느껴지지 않는 것과 연결되어 있다. 따라서 간호현상과 관련된 사실은 보이는 실체속에 물체나 형태를 초월한 영역으로 존재한다는 사실을 간파해서는 안 될 것이다.

## 참 고 문 헌

- 최남희(1991). 간호학의 방법론적 원리와 철학적 배경, 연세대학교 대학원 박사학위 논문
- 한윤복, 전시자(1993). 간호과정, 서울, 현문사, 43-44.
- Benner P.(1984). From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Menlo Park, CA, Addison-Wesley, 100.
- Bishop, A.H. & Scudder, J. R. Jr.(1990). The Practical Moral and Personal Sense of Nursing: A Phenomenological Philosophy of Practice, Albany : State University of New York Press.
- 近森美美子(1995). 시리즈 看護の原点. 感性の看護論(弟1集), 醫學書院, 21-24.
- Dennison C.(1942). "Maintaining the Quality of Nursing Service in the Emergency" AJN, 42(7), 774-784.
- Doenges, M.E. & Moorhouse, M.F. Application of Nursing Process and Nursing Diagnosis : An Interactive Text, Philadelphia, F.A. Davis, 48.
- Erikson, E.(1963). Childhood and Society(2nd ed.), N.Y., Norton Image, 26(2), 107-111.
- Gordon, M(1982). Nursing Diagnosis, Process and Application, New York, McGraw-Hill Book Co.
- Heidegger, M., Macquarrie, J. & Robinson, E. (1962). Being and There. New York, Harper & Ros, publishers, 78-90.
- Henderson (1978). "The Concept of Nursing" Journal of Advanced Nursing, 3, 113-130.
- Huether S.(1995). Case management and Caring in the Work Environment in Recovery of Human-Centered Nursing: Caring and Benevolence. 인하대학교 의과대학 간호학과 제 2회 학술 심포지움.
- Kramer, M(1995). Premise of Caring Theory in Recovery of Human-Centered Nursing: Caring and Benevolence. 인하대학교 의과대학 간호학과 제 2회 학술 심포지움
- Maslow A.H.(1970). Motivation and Personality(2nd ed.), New York, Harper & Row.
- 中島紀惠子(1991). 生活の場から看護を考える, 看護概念の轉換への提起, 醫學書院, 65-66.
- Nightingale F. (1975). Notes on Nursing, Nightingale 著作集, 第1卷, 現代社, 295-296.
- Orlande, I.J. (1961). The Dynamic Nurse - Patient Relationships, New York, G.P. Putnam's Sons, 67.
- Parse, R.R. (1987). Nursing Science, W.B. Saunders, 135-138.
- Peplau H.(1971). "Responsibility Authority, Evaluation and Accountability of Nursing in Patient Care". The Michigan Nurses, 44(5)
- Peplau, H.E. (1952). Interpersonal Relations in Nursing, New York, G.P. Putnam's Sons, 16-18.
- Rogers, M.E. An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing, Philadelphia, F.A. Davis, 47-73.
- Roy, C. (1974). The Roy Adaptation Model, In J.P. Riehl & C. Roy, eds, Conceptual Models for Nursing Practice (3rd ed.), New York, Appleton - Century - Crofts, 96-99.
- Stevens, B.J. (1979). Nursing Theory

- Analysis, Application, Evaluation, Boston, Little Brown, 226-227.
- 高崎絹子(1993). 看護援助の現象學, 醫學書院, iii-9.
- 高橋照子(1991). 人間科學としての看護學序説, 看護への現象學的アプローチ, 醫學書院
- Travelbee, J. (1966). "Interpersonal Aspects of Nursing". Nursing Outlook, 14, 77.
- Watson J.(1985). Nursing: Human Science and Human Care, Norwalk, Appleton Century-Crofts. Reprinted by National League for Nursing Press.
- Wiedenbach, E.(1994) Clinical Nursing : A helping art, New Mork, Springer.
- 薄井坦子(1991), 看護は觀察がらじまる, 學習研究社, 138-144.Watson. (1979). Nursing : Philosophy and science of Caring, Boston, Little Brown.