



브라질 산업보건간호사 제도

가톨릭대학교 산업보건대학원 양 수 형 번역

이내용은 Education and Training of Occupational Health Nurses(ICOH, SCOHN: 1996)의 내용 중 일부를 발췌한 것이다.

1. 사회 및 경제상황

브라질의 산업보건간호 수준을 이해하기 위하여 간호가 주어지는 근로자들은 누구이며, 간호서비스가 이루어지는 사업장의 종류를 알고 있어야 한다. 브라질의 인구는 1억 4천 7백만명(147 M)이며, 경제 인구는 40% 정도된다. 1,300만명이 자영업자이고, 450만명이 무보수의 근로자이며, 2백만 정도가 사업주이고 3천 7백 5십만이 근로자이다. 이중 2천 8백만이 사회적 보장과 노동권리를 가진 정식 근로자이다. (1991, 인구센서스). 브라질은 매우 다양한 사회적, 경제적 성격을 띠고 있다. 수입의 집중이 높아서 가족 수입원의 10%는 국가 수입의 48.1%가 된다. 인구는 고루 분포되어 있지않아서, 상파울로(1,540만 거주자)와 리오데 자네이로(9백 8십만)는 거대도시로 변모되었고, 북쪽과 중앙서쪽은 인구 분포가 매우 낮게 되었다. 남쪽과 남동쪽은 높은 산업단지이며, 다른 지역들은 농업과 상업이 주를 이룬다.

1930년 이후, 농촌지역에서 도시로의 집중 이주로 인하여 국가 산업으로 기본적 농경-수출경제가 재공되었고 바람직하지 않은 주변 지방의 도시화가 생긴다. 수년동안 국제적 경제 공황이 브라질에 영향을 주었고, 수입의 감소와 매우높은 인플레이션 기간이 있었으나 최근에 어느정도 조절되었다. 이러한 지역적인 불균형은 지역주민의 건강에 영향을 미쳤다. 그 예로, 기본적인 생필품과 서비스 그리고, 질적인 삶의 추구가 어렵게 되었다. 심혈관질환, 종양과 안전사고는 전염성 질환과 함께 감소되지 않았고, 국가의 산업화는 더 나은 생활을 가져오지 않았으며, 위험한 업무만 가중시켰다. 예를들면, 기계적 위험들, 소음, 화학적 생산품, 그리고 일의 분담 등이다. 근로자들의 생활과 노동 조건은 이와 관련된 결과이다. 높은 실업률 및 임시직 채용은 나약한 노동조합과 함께 많은 근로자들이

유해한 작업환경도 거절하지 못하게 하는 이유가 되었다.

2. 보건관리 서비스 조직

1972년 이후 노동법은 산업, 상업, 은행, 대학 그리고 병원에서의 SESMT(안전공학 및 산업의학의 전문서비스 기관)에 관여하게 된다. 이 모델은 ILO의 112번 권고사항(1959)에 의하며, 다국적 회사에서 1940년 이후부터 존재하였다. 이같은 산업보건서비스들은 큰 회사에서만 의무적이고 낮은 고용율을 보이는 -35%(1백 3십만 노동자들)-소규모 사업장은 일반적으로 열악한 작업환경을 가지고 있음이 일반적이다. 안전과 보건전문을 위한 정식 코스가 1973년에 개설되었다. 1986년까지 노동부의 후원으로 이러한 과정을 통하여 보건관리 전문가들이 배출되었다. 18,000명의 기술자, 19,000명의 의사, 그리고 3,000명의 간호사(대학수준의 과정후 모두 특수과정을 거침)과 덧붙여 51,000명의 안전감독관, 15,000명의 보조간호사(8년의 기본교육 과정 후 훈련과정 거침)가 있다. 1986년 이후 담당 책임이 대학들과 2차 교육기관으로 넘어갔다. 그러나, 교육부 또는 노동부안에서의 등록 체계가 마련되지 못하였다. 사업장 건강 관리는 안전과 건강관리 전문가의 주요 활동분야가 되었으며, 최근에는 서비스의 질에 대한 비난이 있기도 하였다. 관계법은 이와같은 서비스를 "산업장 근로자의 건강증진과 전인적 보호" 목적을 가진다고 규정하였다. 기본적으로 사업장에서의 치료기능을 가지며, 근로자들에게 Medical assistance를 지시할 수 있다. 보건관리 전문인들도 또한 고용인이기 때문에 사고와 질병을 보고하지 않고 결근을 조절하며, lab결과 발표를 미루는 경우가 있다. 현재, 작업공정과 노동조직에 의해서 건강문제의 원인을 해결토록 하는 것이 필요하다. 1988년 헌법은 건강관계 법률에 발전을 가져왔는데, 통합된 보건관리 체계, 합리적인 사정과 조

직적 그리고 전달체계화된 간호 등을 들 수 있다. 기초 보건관리단위는 근로자들에게 간호를 제공하고, 작업장내의 역학적 조사활동들을 수행하는 기능을 가진다. 이 모델은 이태리의 경험에서 영향을 받았다. 또한 국제적 경향이다. ILO의 161 조항에 의하면, “근로자의 건강”이라는 용어는 개념적인 변화로 인하여 “산업의 학”이라는 용어 대신에 사용되어졌다.

3. 간호사의 근로자 건강관리

간호사의 기능이 아래에 기술되었다. 다른나라의 간호사 기능과 다르지 않다. 이들 기능들은 예를 들어, 간호사들의 교육, 구성과 다양한 보건관리 전문가팀들의 구성과 제안, 사업주의 기대도, 사업장의 크기와 위험 그리고 근로자들에 대한 다른 건강관리 서비스의 적용등과 같은 많은 다른 요인들에 의해서 정해진다.

1. 임상적: 건강관리 감독(고용전, 주기적, 고위험 그룹들-고혈압, 임신, 청력보존 등등), 질병과 상해의 치료, 간호관리 자문, 건강진단과 의학적 검사의 보조, 기능검사의 적용, 면역과 재활.
2. 행정: 건강관리 서비스의 계획과 조직, 차례와 일과들, 간호요원 감독, 응급조치 조직 그리고 기록들의 통계와 보고에 대한 감독.
3. 교육: 특수 건강문제들, 상태, 혹은 직업적 건강위험들, 상담과 응급조치 훈련에 대한 건강 교육
4. 상담과 연구: 간호의 향상과 근로자에 대한 일반적 간호관리에 대한 연구-사고와 질병예방 및 안녕을 위한 조사와 역학적 조사.

1986년 간호법 규정안은 간호사들과 다른 전문간호사의 기능에 대해 정의했다. 브라질에서 간호는 4가

지로 나뉜다: 간호사(11년 기본교육 과정 후 4년제 대학과정), 기술적 간호사(11년의 교육과정후 1년의 간호과정), 보조적 간호사*8년의 기본교육과정후 1년의 과정), 수행간호사(5년의 기본교육과정후 단지 직업훈련). 이 규정안은 간호사의 전문적인 기능들로서, 간호상담, 복잡한 상황들과 다른 간호영역에서의 간호활동에 대한 감독으로 정의되어진다. 간호사들에 의한 투약처방은 표준화된 행위가 건강간호 서비스에 포함된 것으로 인정되어질 때에 가능하다. 법률에 의해 3,500명 고용시 사업장 건강관리 모형에서 본다면 한명의 간호사가 고용되어져야 한다. 이간호 법률 규정에서의 논쟁은 500명 이상의 고위험 작업장에서 또는 1,000 혹은 2,000명의 저위험 작업장에서는 보조 간호사가 고용되어져야 한다는 것이다.

1986년에 창립된 산업간호사들의 국제협회체(The National Association of Occupational Health Nurses: ANENT)는 두가지 규정을 만들기 위해서 제안서를 제출했다. 비록 그것이 강제적이지 않더라도 많은 소규모 사업장들에서는 산업장 보건관리자로 간호사들을 고용한다. 건강관리의 책임자가 일반적으로 의사가 되지만 간호사는 건강관리 서비스를 자율적으로 수행하고 제안한다. 소수는 간호사들도 이루어진 Team을 구성하기도 한다. 이러한 형태의 건강관리가 갖는 몇가지 제한점에 대하여는 이미 소개되었다. 공중보건 모델은 최근에 소개되었으며, 소수의 간호사들이 집단 전문 보건관리자(Multiprofessional teams)의 일원으로 포함되기도 하였다. 간호사들이 일차 건강관리의 중요역할을 담당하는 기본 보건관리 시설에서의 근로자 건강관리는 분산하는 경향이 있다. 이러한 분산형의 근로자 건강관리 모델에서의 간호사가 준비하여야 될 것이 무엇인지 연구되어야 하지만, 치료가 중심이 되지 않고, 건강교육에 기본방향을 두어야 할 것이다. 근로자들의 참여는 필수적이다.

4. 산업보건간호 교육

교육부 주관으로 최소한의 간호 교육과정에 만들어졌으나, 근로자 건강관리를 위한 과정이 포함되지 않았다. 간호대학 자체적으로 학기당 30-40 시간을 실습으로 또는 '공중보건' 시간에 포함시켜 교육하고 있다. 1996년의 교육부 대학수준 기본 교육과정은 공중보건에 많은 강조가 있었으며, "환경보건"이 언급되었다. 1974년 이후 산업보건간호학 분야에서의 대학원 과정은 전문교육 수준으로 되었다. 그후에 적절치 않다고 간주된 300시간 과정의 노동부 교육안을 따랐다. 응급조치(emergency measure)로써 야간 수업이었고, 사업체에서 전문인들이 일을 제공할 수 있도록 하였다.

다음과 1988년 ANENT에서 제안된 것이다.

(총 800시간)

1986년 근로자 안전과 건강관리 요원들에 대한 책임이 대학과 제2차 교육기관으로 이관되었다. 또한, 같은해 브라질 간호협회는 간호 Specialist가 되기 위하여 최소 800시간 이상의 교육과정을 거치도록 규정하였다. 교과정은 다시 설계되었고 각 학교는 나름대로 독창적인 과정을 개발하였다.

산업보건간호사들은 산업안전보건법에서 규정하는 것과 같이 이분야에서의 전문가이다. 1944년 브라질

과 목	시 간
산업보건입문	8
산업간호학I	36
산업간호학II	76
산업의학	176
역학과 통계학	48
환경보건	12
사회과학	44
노동심리	28
노동법률	44
안 전	48
산업위생	48
실 습	132

간호협회는 최소한 800시간의 교육과정을 거부했다. ANENT에서 800시간 이상의 교육과정을 계속 제공한다고 하여도 몇몇 간호대학은 이보다 적은 교육시간을 가지고 운영하기도 한다. 브라질은 다른 나라들처럼 정기적으로 간호사를 대상으로하는 보수교육체계가 없다(이수증, 시험, 보수교육 과정 관련 기타제도). 이것은 산업보건간호에서도 마찬가지이다. 간호사들은 회의, 협회 모임들, 정기적 모임 그리고 다른 짧은 과정들을 통해서 스스로 전문직으로서의 자기 개발을 하여야만 한다. 산업보건간호학 분야에서의 석사나 박사과정은 없다. 그럼에도 불구하고 간호사들은 이 분야에서 흥미를 가지고 더 많은 교육이 졸업후에 행해진다. 즉, 학부나 교실(department)에서, 예를들어 교육, 일반간호, 심리학 또는 공중보건의 타 분야와 연관지어서 산업보건간호학을 하는데 석사과정은 2-4년, 그리고 박사과정은 4-6년이 소요된다. 이들 간호사들은 (약20)일반적으로 대학에 적을두고 있는 간호대학의 교수들이다. 그리고 간호교육, 근로자 건강관리를 위한 산업보건간호의 입문에 중요한 영향을 가진다. 다음 단계로 간호연구의 발전이 이루어져야 한다. 환경 및 산업보건학과를 운영하고 있는 공중보건학 또는 총체적 보건관리학 교실은 전문직 수준의 다양한 복합전문관리자 과정에서 석사 또는 박사과정과 같은 수준으로 근로자 건강관리를 위한 특별교육과정을 제공하고 있다. 간호사들 또한 근로자 보건관리에 공헌을 하고 있다. 일반간호교육, 전문화 과정, 석사 및 박사학위 그리고 계속 교육 등 여러 수준에서 간호사들의 교육을 평가할 필요가 있다. 간호사들은 다양한 보건관리 전문팀과 함께 안전 및 보건에서 근로자 건강관리를 위하여 참여를 준비해야 한다. 그러나 이 참여는 산업장 근로자의 관점을 기준으로 작업환경과 환경 문제점을 찾고 평가하며 변화를 촉구하는데 그 중요성을 보여야한다. 교육과 역학적 조사가 이러한 과정에서 강조되어진다

(가톨릭 대학교 산업간호대학원 유경혜 교수 교정)