

# 병동 간호관리자의 문제상황 관리 경험

조 명 옥

동의대학교 간호학과 교수

## Nurse Managers in a Difficult Situation on Caring Clients: A Critical Discourse Analysis

Cho, Myung Ok

*Professor, Department of Nursing, Donggeui University*

**Purpose:** This study aimed to explore the discourses and the patterns of problem solving behaviors among the nurse managers. The focus of the study was the difficult situations in caring with patients and their families. **Methods:** Field study was performed at a for-profit hospital from March, 2004 to March, 2007. The participants of the study were 5 head nurses and 2 nurses in charge. The data were collected with iterative interviews and participant-observations. For the analysis of the data, taxonomy and critical discourse analyzing were applied. **Results:** The nurse managers who showed wholistic patterns of behavior took the role of a broker among the client system, professional nursing system, medical system, and other allied health system. The nurse managers whose approach was profession-centered took the role of protector of nursing system. The nurse manager who practiced nurse-oriented pattern of behavior tried not to have harm against other members of health system. The experiences of nurse managers were effected from the discourses of patriarchal and market mechanism. **Conclusion:** The situation that provoke conflict between clients and nurses become more common with the changes to the health care system and to society. Nurse managers take the role of these conflict problems. The successful solving of conflict in a nursing care setting promotes the quality of care and satisfaction of clients. Programs for enhancing nurse's problem solving competency should anchored be in their practices.

**Key Words :** Nurse manger, Care, Problem solving, Discourse

### I. 서 론

전문직 간호 역사에서 불변의 영역을 차지하는 주제는 돌봄이다(Hudacek, 2004). 간호(nursing care)는 간호학과 실무의 고유 영역이고, 돌봄(caring)은 이 전문직 간호의 본질이자 인간생존의 필수요소이다(Leininger & McFarland, 2002). 간호와 돌봄이 불변의

핵심 영역이기는 하지만 이를 어떻게 실천하는가는 그 사회의 시대적 요청에 부응해야 한다(Kavanagh & Knowlden, 2004).

우리 사회의 의료기관들은 의료복지 통합 모델을 지향하는 의료정책, 의료시장 개방 압력, 의약분업의 도입, 의료기관의 대형화, 국민건강보험체계의 적용, 소비자의 고품질의 의료서비스에 대한 요구 증가 등 대

\* 이 연구는 동의대학교 일반연구과제 2005AA099 지원 연구임.

**Corresponding address:** Cho, Myung Ok, Department of Nursing, Donggeui University, 995 Eomgwangno, Busangin-gu, Busan, Korea.  
Tel: 82-51-890-1556, Fax: 82-51-890-1554, E-mail: mocho@deu.ac.kr

투고일 2007년 5월 29일 심사회의일 2007년 6월 6일 심사완료일 2007년 9월 20일

내외적인 변화를 겪으면서 전통적인 비영리체계에서 이윤을 추구하는 시장경제체제로 전환하여 효율적이고 합리적인 경영을 모색하고 있다. 한편 이러한 사회의 건강관리 비용 절감 요구와 소비자의 고품질의 서비스에 대한 요구를 동시에 충족하는 과정에서 간호사들이 부담해야 할 업무의 양과 책임, 그리고 이에 수반되는 고충 역시 증폭되기 마련이다(Kim & Cho, 2006). 열악한 근무 여건은 간호사에게 정신적 육체적 부담으로 작용하고 환자 간호의 질에 부정적인 영향을 미친다. 결과적으로 고품질의 서비스 요구를 충족하지 못한 소비자와 간호사 간에 갈등이 초래될 수밖에 없다.

병동 단위의 간호관리자는 환자간호에서 발생하는 문제 상황을 해결하는 과정에서 중추적인 역할을 담당한다. 이들은 문제 상황을 명확하게 판단하고 간호사와 환자 양측에 만족할만한 해결안을 찾아야 하는 위치에 놓여있다. 다시 말해서 간호 상황의 두 하위체계 즉, 전문직 간호체계와 환자와 보호자로 구성된 민간체계간의 틈새를 매우고 괴리를 해소하여 두 하위 집단을 연결하는 문화중개자 역할을 위해 개인적 역량과 가용자원을 활용하고, 갈등전략들을 점검하고 활용하며, 구조적 변화를 모색하는 일을 담당해야 한다(Bulechek & MacCloskey, 1985). 또한 문제 상황에서 성공적으로 의료서비스를 제공하기 위해서는 대립되는 두 권한라인 즉, 병원 행정이 측의 정책과 의사 측의 치료정책을 조정하고 간호부서내의 체계, 환자집단, 병원 각 부서들, 의료부서들을 모두 만족시켜야 한다(Foster & Anderson, 2002).

이렇듯 간호관리자의 문제 해결은 다양한 부서들이 연계되어 있는 복잡한 과정이다. 이러한 복합적인 해결과정의 성공은 간호사에게는 전문직에 대한 정체성 갈등을 해소하고 간호서비스의 질을 향상시킬 것이며, 환자의 서비스 만족도를 높이는데 기여하게 된다(Kim & Cho, 2006).

본 연구는 이상의 전제하에 인간과 사회에 대한 몇 가지 가정에 근거하여 진행하였다. 우선 인간과 조직에서 사회성과 역사성을 간과할 수 없다는 것이다. 인간과 마찬가지로 하나의 유기체로서의 조직은 변화하는 환경에 적응해야 존속할 수 있다. 이 적응과정에서

개인과 그들 둘러싼 사회는 상호간에 긴밀하게 영향을 주고받으면서 독특한 행동 특성 즉 조직의 문화를 형성하게 된다. 조직의 문화요소들, 특히 지배자 중심의 문화는 역할과 권력관계의 갈등을 유발하고 새로운 문화를 창출하게 하는 요인이 된다(Foucault, 1993). 그렇다면 개인과 조직 혹은 사회를 지배하는 문화요소들은 구조주의 입장에서 주장하듯이 모든 사회에 적용되고 불변하는 구조가 아니라, 비판적 입장에서 주장하는 ‘일정시대에 사회집단을 지배하는 규칙’ 즉, 담론이다. 이러한 비판적 민족지의 가정이 본 연구의 바탕을 이룬다.

또한 담론이 설정, 행사, 재편성 되는 방법을 탐구함에 있어서, 담론의 사회성에 근거하여 계급 탐구에 집중해 왔던 종래의 방식에서 한 걸음 나아가서 지식의 담론을 포함하고자한다. 이는 Macdonell(1992)이 적절히 지적했듯이 사람들이 일상에서 사용하는 언어만이 갈등을 일으키는 것이 아니라 병원에 입원한 환자가 자신을 설명하는 언어와 의료인의 언어가 같지 않은 것도 갈등을 일으키기 때문이다. 그러므로 문제 상황에서 간호체계의 두 하위체계 즉 간호제공자와 수혜자 사이의 언어와 행동 속에 내재된 관점의 차이를 밝혀 내는 것이 이 연구의 한 부분을 차지한다.

두 번째 가정은 사회 구성원의 행위와 삶을 지배하는 규칙, 즉 담론은 구성원의 언행에서 가장 잘 드러난다는 것이다. 여기서의 언행은 일상적인 대화와 근무 상황에서의 일체의 활동을 포함한다. 요컨대 간호사와 환자와의 대화와 표정을 포함한 행동들은 물론이고 그들의 복장, 공간과 시간 활용 방식 모두가 담론의 표현이라는 것이다. 따라서 연구 과정에서 이 모든 요소들을 관찰하고 분석하는 방식을 취하였다.

세 번째 가정은 담론은 화자를 특징짓는 입장이라는 것이다(Barker & Galasinski, 2001). 여기서 입장은 그 자체로서 존재하는 것이 아니라 궁극적으로 대립되는 다른 담론과의 관계를 통하여 취하게 되는 하나의 입장을 말한다(Macdonell, 1992). 담론은 다른 담론과의 직접적 혹은 간접적인 관계를 통해서 비로소 그 효과를 갖는다. 그러므로 간호 서비스를 제공하는 간호사와 간호 서비스의 수혜자가 되는 환자와 보호자가 사

용하는 대화와 행동의 이면에 자리 잡고 있는 양자의 견해를 담론이라고 보고, 상호간의 담화와 행동을 통해서 서로 교차되는 견해를 밝히는데 연구의 초점을 두었다.

이상의 가정을 기반으로 하여 “병동 간호관리자들은 환자간호와 관련하여 발생하는 문제 상황을 어떻게 인식하고 해결해 가는가?” “이 상황에서 권력관계는 어떻게 작용하는가?” “이들이 처한 사회문화적 환경이 이 경험에 어떻게 연관될 것인가?” 의 질문에 대한 답을 찾아가는 작업을 통해서 병동 간호관리자들이 문제 상황에서 드러내는 행동(patterns of behavior)과 이를 지배하는 담론을 밝혀내고자 한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 병동 단위에서 간호관리자의 역할을 담당하는 수간호와 책임간호가 환자간호와 관련하여 발생하는 문제 상황을 처리하는 과정과 이 경험의 근본 바탕이 되는 담론을 밝혀내기까지 자료수집과 분석을 순환적으로 진행하는 질적 연구(iterative qualitative research)이다.

### 2. 참여자 선정

연구의 주요 참여자는 현지조사를 실시한 병원에서 근무 중인 수간호사 5명과 책임간호사 2명이다. 참여자 선정을 위해 간호교육 담당부에서 연구 주제에 적합한 상황에 대한 사전 정보를 얻고, 이러한 사례들이 흔히 발생하는 병동의 관리자 중에서 연구자와 신뢰관계에 있는 간호사에게 접근하여 동의를 구하는 다단계 임의추출 방식을 취하였다. 일반적으로 문화 연구에서는 해당 문화를 습득하는데 소요되는 1년 이상의 경험자가 참여자로서 적합하나, 본 연구에서는 경험기간에 따라 다른 전략을 사용할 것이라는 가정 하에서 최근 임용된 수간호사도 포함하였다. 연구 시작 당시 참여자들의 병동 간호관리자 경험은 3개월부

터 10년까지이었다. 참여자들은 신경과, 신경외과, 내과, 산부인과, 정형외과 병동과 중환자실 및 응급실에서 수간호사 혹은 책임간호사로 근무한 경험이 있다.

### 3. 자료수집

자료수집과 자료분석을 순환적으로 진행하면서 단계 현지조사를 실시하였다. 1차 현지조사는 2004년 3월부터 2004년 11월, 2차 현지조사는 2005년 3월부터 2005년 11월, 3차 현지조사는 2006년 3월부터 2007년 2월까지 진행하였다. 현지조사는 매주 1-5일간, 낮번 근무시간과 오후 근무시간에 실시하였다.

연구주제에 관한 정보는 면담에서 “근무 중에 환자간호와 관련하여 문제시 되었던 상황에 대하여 이야기해 주십시오.”라는 국지 여행식(mini-tour) 질문으로 시작하여, “그 상황에서 어떤 점이 어려운지, 왜 그런 상황이 발생했다고 생각하는지, 다른 상황과는 어떻게 다른지, 평소에 사용하는 방식과 그런 상황에서 사용하는 방식이 어떻게 다른지” 등의 반 구조적 대조질문과 비교 질문을 사용하였다. 참여관찰에서는 “이 사건에서 간호사 집단과 환자와 보호자 사이에서 일어나는 상호작용의 방향, 사용하는 언표, 행동의 유형, 구체적인 용어의 의미가 교차, 위반, 일치하는가?”에 초점을 두었다. 면담은 한 사례 당 1-3회 실시하였으며, 1회에 20분에서 30분정도 소요되었다.

맥락과 관련된 자료는 간호행정가, 참여자, 일반간호사, 간호보조 인력과의 면담을 통해서 수집하는 한편, 간호 관련 유인물, 간호조직도, 각종 보고서 등 기존 자료도 이용하였다. 맥락관련 자료를 수집하기 위한 참여관찰은 업무인계, 환자 상담과 교육, 기본간호 처치활동 등 전반적인 간호 상황에서 이루어졌다.

참여관찰은 면담으로 수집한 자료에서 부족한 부분을 보충하기 위하여 시행하였는데, 본 연구에서는 관찰자로서 참여하는 수준(participation as an observer)을 주로 적용하였다. 참여관찰을 통해서 간호사들이 근무하는 공간, 의료기관의 직원들, 간호업무와 관련된

활동, 기타 주제와 관련된 사건, 그리고 이들 속에서 발생한 감정들을 조사하고 기술하였다. 근무시간별로는 낮번, 저녁번 근무에 참여하였다.

#### 4. 자료분석

수집된 자료는 Spradley(1990)의 분류분석, Foucault (1993)의 담론 개념에 근거한 비판적 담론 분석기법 (Schiffrin, Tannen, & Hamilton, 2004; Barker & Galasinski, 2001), 기타 민족 과학적 분석기법(Werner & Schoepfle, 1987; Cho, 2000)을 이용하여 다음 절차에 따라 분석하였다.

첫 번째, 면담자료와 참여관찰자료를 읽으면서 전반적인 줄거리와 몇 가지 두드러지는 감정적인 의미 군을 파악하고, 맥락자료를 감정적 분류 틀에 따라 분류하였다.

두 번째, 다시 원 자료에서 단어, 구, 절 등의 내면의 의미를 탐색하였다.

세 번째, 문제상황의 발생과 문제해결 경험의 영역들을 분류하고, 분류분석과 성분분석을 적용하여 선택한 경험 영역의 하위분류와 성분들을 탐색하였다.

네 번째, 환자간호에서 문제시 되는 상황이 발생하게 된 요인과 결과, 이들의 관련성을 파악하기 위한 인과 연쇄 분석과 흐름-결정분석(flow and decision)을 적용하였다.

다섯 번째, 각 영역을 하나로 연결하는 원리를 찾는 주제를 추적하였다. 이 단계에서는 문제 상황에서 참여자들이 문제를 인식하고 해결하는 과정이 업무상황에서의 맥락과 어떠한 관련성을 갖는지를 분석하였다.

마지막으로 가치 분석기법을 적용하여, 참여자들이 사용하는 용어, 대화, 행동, 해당 의료기관의 정책 등을 비교 대조하면서 참여자의 경험에 영향을 미치는 담론을 밝혀내었다.

#### 5. 연구의 질 확보

참여자들의 실제경험(real experience) 자료를 얻고, 자연스럽게 발생하는 상황에 참여하기 위하여 연구

현장에서 10년 이상 실무실습을 지도하면서 연구 참여자와 신뢰관계를 형성해왔다. 자료의 누락을 막고 연구자의 주관적 의견이 개입되지 않도록 녹음된 면담자료는 참여자가 사용하는 용어를 정확하게 필사하고, 녹음되지 않은 대화는 현지노트에 기록하고 관찰 후 정리하였다. 또한 연구현장에서 참여자에게 지나치게 몰입됨(being native)으로써 나타날 수 있는 편중의 위험을 피하기 위하여 연구자로서의 입장을 고수하면서 자료를 수집하고 분석하는 '관찰자로서의 참여' 수준을 유지하였다. 연구의 타당성을 높이기 위해 연구과정 동안 주요 참여자이외에도 여러 관련 인물들, 다양한 근무시간 대, 다양한 사건에 대한 자료를 수집하였으며 면담 후의 참여관찰을 통하여 수집된 자료를 분석하고 비교 점검하였다. 현지조사를 통해서 얻은 자료를 분석하면서 구조화된 질문이나 개방형 질문을 통해 수집된 자료와 연구대상 지역의 상황, 대상 병원에 대한 포괄적 자료를 사용하여 그 의미를 해석하는 과정을 통해서 분석의 신뢰성을 확보하였다.

#### 6. 윤리적 고려

연구를 시작할 당시 해당 병원 간호부에서 연구에 대한 전반적인 허가를 받았고, 각 현지조사를 실시하기 전에는 간호관련 기존 자료와 사건 사례 이용 여부와 한도, 간호현장과 간호활동 참여에 대하여 허가를 받았다. 참여자에게는 연구의 목적, 진행과정, 신분의 은닉, 자의적인 참여와 참여 거부권, 연구결과의 활용도 등에 대하여 설명하고 동의를 받았다. 연구 전 과정에서 참여자의 사생활을 보호하고, 근무에 피해를 주지 않기 위해 참여관찰과 면담의 장소와 시간 선정에 주의를 기울였다. 면담 내용의 녹음은 참여자의 동의 하에 실시하였고, 참여관찰은 참여자들의 동의하에 공개된 장소에서의 활동을 중심으로 이루어졌다. 우연히 관찰된 자료 사용에 대하여 참여자들과 간호부서장의 동의를 받았다. 보고서에서 참여자를 익명 처리할 것이며 참여자의 신분이 노출될 수 있는 정보도 표시하지 않을 것이다.

### III. 연구 결과

환자 간호에서 발생하는 문제 상황은 환자의 수가 많고 개별 환자들이 복합적인 문제를 지니고 있어 간호요구도가 간호사의 수나 개별 간호사의 간호역량을 초과할 때 발생하기도 하지만, 간호사와 환자-보호자 간에 상대방의 역할과 업무에 대한 기대, 상황에 대한 정의와 의미의 차이에서도 비롯된다. 이러한 시각과 의미의 차이가 의사소통을 어긋나게 만들고, 이 괴리가 해결되지 않으면 갈등이 증폭되어 문제가 가시화하고 확대 된다. 문제상황에서 참여자들이 문제해결 자원을 구하고 전략을 채택하여 실천하는 과정은 체계 통합적 접근 유형, 간호체계 수호 중심 유형, 개별 간호사의 권익 방어 중심 유형으로 분류할 수 있다. 물론 특정 참여자가 어느 한 행동 유형만을 실천하는 것이 아니라 상황에 따라 선택적으로 활용한다.

#### 1) 전문직체계와 환자-보호자체계의 통합적 접근

환자 간호에서 발생하는 문제 상황에서 대부분의 간호관리자들이 주로 이 유형의 접근을 적용한다. 이 유형을 활용하는 간호관리자들은 사전 조치를 통해서 문제 발생을 예방하는데 주력한다. 이들은 환자들의 행동양식을 통해서 성향을 파악하는 일뿐 아니라, 문제가 발생할 수 있는 상황적 맥락, 그리고 문제 발생 시 그 과정을 포괄적으로 분석한다. 문제해결의 전략을 구상하고 전략을 실천하는 과정에서도 종합적인 판단을 근거로 한다. 이 유형에서 문제 상황에 대한 판단과 해결과정에 간호체계 내의 두 하위체계는 물론 간호 분야 내외 부서들 간의 활발한 상호작용이 포함된다.

이 유형의 접근에서 간호관리자들은 문제 상황의 발생을 예방하기 위해 병동 간호사들의 불만 요인 파악, 환자간호에 대한 교육과 주의, 그리고 환자와 보호자 불만요인의 파악과 해결에 많은 시간을 할애한다. 상담 환자 명단을 들고 병실로 가고 있던 한 참여자는 이 접근을 취하는 대표적인 간호관리자이다. 이 참여자는 “어디를 가느냐?”는 연구자의 질문에 다음과 같이 진술하고는 병실로 향하였다.

환자가 너무 많아요. 문제가 많고 다 중환이고. 이럴 때 일수록 여기저기서 막 [문제가] 터져요. 오늘 [보수]교육 있는데 안 올라갔다 아닙니까. 미리 이렇게 [상담자 명단] 작성해서 만나 보구, 파악해서 막을 거 막구 해야 우선은 환자가 문제가 없구 일도 편타 아닙니까. 그렇지 않으면 복잡해 저요. 우리간호사들 더 정신없어저요. 기본적인 거 하기도 바쁜데. [[등급 올라가서 전 보다 간호사는 많아졌잖아요?]] 그렇긴 해도(1.0). [간호사 수가] 많아졌지요. Day duty에 3명? 지금은 6명이 넘어도. 옛날하구 틀려요. 신 줄이 있으면 긴장이 극에 달하고요. 3월이면. 환자 문제도 복잡하구 요구하는 것이며(1.0) 그 전하고는 비교가 안 되지요. 그냥 넘어갈 것도 이젠 안 넘어가요. 간호사들이 해야 할 일이 훨씬 많아졌다 아닙니까.

이 간호관리자는 문제 상황이 발생하는 원인을 환자의 수 증가와 복합적인 건강문제로 인한 기본적인 간호요구 증가와 환자의 간호요구의 질 향상에서 찾고 있다. 말하자면 이 간호관리자는 공급할 수 있는 간호의 양과 질이 소비자의 수요를 충족할 수 없는 여건이 문제 상황을 발생시킨다고 판단한다. 이러한 판단은 간호의 양과 질을 높일 수 있는 다양한 전략을 구상하게 한다. 월요일 아침인계 중에 언급된 다음 사례에 대한 상황판단과 해결과정은 이 접근에서의 일처리 특징을 잘 반영한다.

간호사: 00호실 보호자요. [외국인]환자는 말이 잘 안 통하니까, 보호자가(2.0)

참여자: 응. 응응? 뭐 문제 있나?

간호사: 우리가 뭐 하나 할 때 마다 "왜 그래요" "어떻게 된 거예요" 묻고(2.0) 일일이 지켜보고(1.0) 문제 삼으려는 거 같ियो. 공격적이라구 해야 하나(2.0)

참여자: 으음, 그(1.0)래? 어떻게? 어떤 상황인지 자세하게 말해봐라.

간호사: 예. 입원하고부터 계속. "그렇게 해야 되는 거나" "구 하기도 하구. 환자가 보호자한테 그렇게 하라는 거 같기도 하고. 그 방에 들어간 간호사들 마다 다 그렇다구 그래요.

참여자: 왜 그러지(1.0) [두고] 보지 뭐. 보호자가 원하는 게 있는 거 아니고?

간호사: 이상해요. 문제 될 거 같아요.

대화에서 밤번 간호사는 다른 보호자들과는 달리 모든 간호활동에 대하여 질문하고 구체적인 답변을 요구하는 보호자의 행동을 ‘이상’행동으로 정의하고, 이 이상행동은 부정적인 의도에서 비롯되었다고 판단하여 문제 상황이 발생할 것으로 예측하고 있다. 그러나 참여자는 간호사의 예측에 동조하기 보다는 판단을 일정 기간 유보하면서(보지 뭐) 정확한 판단을 위해 정황에 대한 구체적 정보를 구하고(자세하게 말해봐라), 행동의 원인을 보호자의 입장에서 찾아보려고 한다. 간호사는 다시 ‘문제성 환자-보호자’라는 판단의 증거로 보호자의 지속적인 ‘이상’행동과 다른 간호사들의 의견을 제시한다.

이어지는 상황에서 이 간호관리자의 통합적이고 분석적인 상황 판단과 문제해결 전략과 기술이 잘 드러난다.

간호사로부터 충분히 구체적인 답변을 얻지 못한 이 보호자는 간호인계와 간호처치가 끝난 후 간호사실 입구에서 초조한 표정으로 머뭇거리며 준비실 쪽을 바라보고 있었다. 간호관리자는 보호자를 준비실로 들어오게 하여 마주 앉아 간단하게 대화를 나누다가 간호사실로 모시고 들어가 상담을 하였고, 보호자는 흡족한 미소를 지으며 병실로 돌아갔다. 잠시 후 병실에서 보호자의 도움을 얻어 환자에게 병동생활과 처치에 관한 설명을 하고 돌아 온 간호관리자는 "풀리지 않을 것 같은 문제를 어떻게 해결했는가?"는 연구자의 질문에 다음과 같이 진술하였다.

보호자가 오랫동안 외국서 생활을 해 와서요. 그쪽 문화에 익숙해서 그런 거라구 그러세요. 보호자는 늘상 하던 데로 한 건데 간호사들이 이상하다는 표정이요 정확하게 답을 안 하고 당황하니까, 오히려 [보호자가] 더 많이 당황하셨던 것 같아요. 자신도 어떻게 할지 모르겠다고 하세요. [그래서] 우리 상황을 설명하고 하니깐 다 이해하세요. 보호자로서는 당연히 질문해야 하는 것이고, 우리는 그게 익

속하지 않고. 사실 우리가 먼저 절차나 이유 같은 거 먼저 설명해야 하는 건데요. 바쁘다 보니까. 애들한테도 항상 그렇게 하라고 주의 주고 하는데, 또 그 입장이 되면 쉽지는 않아요. 보시다시피 도처에서 문제가 터질 수 있어요. 온갖과는 다 모이지요. 그전하고는 달라요 환자도 수준이 달라서 [건강]문제란 문제는 다 갖고 있고, 우리 간호사들에게 무리인줄 알아요. 안스럽죠. -종략- 환자나 보호자가 뭔가 다른(1.0), 아까 같이 그렇게 말하고 행동할 때는 항상 이유가 있는 것이고, 그 상황을(2.0) 으음, 말하자면(1.0) 그 입장에서 생각하고, 그 편에서 바라보고 /, 안 되면 또 서로 이야기 하면 문제될 게 없지요. 중요한 건 얼마나 마음이 통하느냐는 거지요. 마음이.

이 참여자는 보호자의 행동을 판단하는데 있어서 간호사를 통해서 얻은 간접적이고 단편적인 자료에 의지하지 않는다. 참여자는 보호자와의 대화를 통한 직접적인 접근을 적용하여 구체적인 정황에 대한 자료는 물론 보호자의 삶과 문화적 배경 등을 통합적으로 반영하여 상황을 판단하고 보호자의 입장에서 문제의 실마리를 풀어가는 방식을 취하였다. 또한 마지막 진술과 같이 참여자는 ‘질문하고 설명을 요구하는’ 상대방의 언표의 기층(signifikant)이 아니라 이 행동의 심층에 자리 잡고 있는 의미(signifikat)를 그들의 문화적 관행을 통하여 읽어내고 소통하였다.

한편 참여자는 병동의 복합적인 상황에 대한 이해를 기반으로 간호사의 입장 역시 인정하고 있다. 참여자는 환자와 보호자의 요구를 충족시키는 과정에서 간호사에게는 환자와 보호자의 입장을, 환자와 보호자에게는 간호사의 입장을 전달하여 두 하위체계를 연계시킨다. 여기서 참여자의 역할은 두 하위체계의 중개자이었고, 이를 통해서 두 하위체계는 공존하게 되었다.

보호자를 간호사와 일부 수련의 등 전문가들에게만 허용되는 공간인 준비실로 들어오도록 허용하고, 수간호사의 전용공간인 간호사실에서 상담을 실시함으로써 보호자의 사생활을 보호하고 친밀거리를 확보하는 한편 ‘하나의 울타리’를 형성하는 계기를 마련하였다. 또한 이 참여자는 보호자와의 상담 후에 병실을 방문하여 환자에게 상황을 설명함으로써 ‘보호자를 통한

여' 환자에게 전달하는 간접적인 방식대신 '보호자를 포함'하여 환자에게 전달하는 직접방식을 선택하였다. 이는 환자와 보호자가 습득해 온 서구 문화 관행을 지켜줌으로써 그들의 문화적 욕구를 충족시켜 주는 중요한 계기가 되었다. 참여자의 진술과 같이 상대방의 입장에서 보고 생각하고 행동하여 마음이 통한 것이었다.

이 상황에서 참여자의 세계에는 간호체계의 모든 구성원이 포함되어 있다. 참여자는 간호사, 환자, 보호자가 서로가 소통하고 함께하는(being with) 관계를 만드는 중개자 역할을 취하였다. 이 역할을 통해서 환자와 보호자의 요구를 대변하고 해결하였으며 간호사들에게는 문제 상황에 시달리지 않고 간호에 전념할 수 있게 해 준다. 그녀는 전문직 간호체계와 환자-보호자체계의 수호자이다.

이 유형의 접근을 취하는 간호관리자들은 부처 간개입이 필요한 문제가 발생한 상황에서는 더 체계적이고 포괄적인 단계를 거쳐 문제를 해결한다. 신변 은신을 목적으로 입원생활을 지속하면서 부당한 요구를 하고 까다로운 행동으로 간호사들을 곤궁에 처하게 만든 환자 사례를 처리하는 다음 과정에서 이들 관리자의 일 처리 특성이 잘 드러난다.

해당 병동의 간호관리자는 동일한 일 처리 방식을 취하는 이웃 병동의 간호관리자와 함께 이 환자의 문제를 논의하면서 환자 상황, 담당 의사의 환자 중심 서비스 원칙, 병원의 입퇴원 규정과 건강보험 규정 등을 검토하고 있었다. 이 참여자는 "그렇다고 환자에게 감정적으로 대하지 않고, 얼마나 어렵겠나. 그 입장을 이해하고 자주 가서 진실로 이야기 해왔다"고 진술하였다. 두 간호관리자는 '환자의 요구는 무조건 들어주라'는 담당 의사의 환자 중심의 서비스 철학을 존중하면서, 문제해결을 위해 의사에게 위해 부탁할 역할과 이를 전달하기 위한 문구, 입퇴원 관련 부서에게 건의할 범위와 내용 등을 의논하였다.

이 간호관리자들은 문제해결 과정에서 모든 관련 부서를 포함하고 문제의 당사자 환자 역시 배제하지 않았다. 문제의 발생과 해결에 있어서 환자와 각 부서에

대한 검토가 이루어졌다. 이들이 선택한 문제해결 전략에서 각 부서의 입장은 존중되었고 상호의 역할과 업무는 구분되지만 차단되지는 않는다. 환자의 입장은 이해하되 요구에 대한 허용 범위는 제반 규정에 근거하고 병동 환자에게 해가 되지 않는 선에서 정해졌다. 이렇듯 시각을 전문직 간호체계에 고정하지 않고 환자-보호자체계와 의료체계 전반에 시각을 확대하여 포괄적인 접근을 시도하고 있다.

한편 환자-간호사-의료기관의 각 부서는 힘의 논리에 의해 지배하고 지배받는 수직적 관계가 아니라 각 역할과 업무를 분담하는 협동적 공존관계에 놓여있다. 이 두 간호관리자에게 환자와 간호사뿐 아니라 의료기관의 모든 구성원은 함께 공존하는 동료이다. 이들에게 힘은 분업화된 전문직의 업무를 협동적으로 연계하고 이를 환자-보호자 체계와 연결하여 문제의 심층을 파고드는 역량에 근거하는 것이다.

## 2) 전문직 간호체계 수호 중심의 접근

이 유형의 접근에서 문제 상황 발생의 주요 요인은 전문가의 시각과 환자-보호자의 시각의 위반이다. 이 접근 방식을 선택하는 간호관리자는 의료기관 구성원간의 역할범위를 명확히 구분하여 문제 상황을 특정 전문가의 영역으로 자리매김하고, 간호영역에 속하지 않을 때는 문제 해결을 다른 전문가 영역으로 이동시킨다. 이 상황에서의 주요 목적은 전문직의 영역을 수호하는 것이다. 다음 사례에서 간호관리자의 진술과 환자-보호자의 진술은 이와 같은 특성을 반영한다.

진단기계가 고장 나서 환자를 받을 수가 없었어요. 그래서 다른 병원으로 가야한다고 설명했는데, 다른 병원에 자리가 있는지 확인해 달라고 했다는 거예요. 그건 우리가 할 일은 아니잖아요. 보호자가 "생각해서 우리 병원에 와 주었다"고 생색을 내면서 당연히 그일까지 해 주어야 한다고 막무가내로 해서, 그날 여러 환자를 그런 식으로 보내야 하고 정신없이 바쁘긴 해도, 우리가 할 일도 아니지만 아이들, 그래도 여기 저기 알아보고 연락해서 보내줬어요. 그런데 그날 근무하던 간호사들이 뒤에서 피식거리며 웃었다고 문제 삼는 거예요. 웃을 시간이나 있었나요, 아이들은

웃지 않았다고 하는데, 소곤거리는 소리를 들었는지. 아이들은 소곤거린 게 아니라는데, 기억에 없네요. 아무튼 이런 건 문제가 근본적으로 우리 때문에 생긴 건 아니지요. 우리가 기계를 고장 나게 했나, 그걸 왜 우리가 다 해결해야 해요. 기계 고장을 간호사가 책임질 일은 아니잖아요. 우리가 답변할 일은 아니라고 봐요.

이 고객 불만 사례에서, 불만의 주체자는 '전화'로 직접 불만사항을 전달하지 못하고 인터넷 상에 글로 기록해야 하는 번거로움에 대한 불평으로 시작하여, 환자의 계속적인 요구에 '자기들끼리 자기 일이 아니라고 수근 거리다가 불편한 표정으로 전화를 하긴 하던' 간호사의 태도와 '모든 다른 환자들에게도 기계가 고장이 났으니 다른 병원으로 가라는 말을 반복하면서 수수방관하는' 일 처리방식을 지적하고, '이 병원을 찾아 온 사람들에게 그럴 수 있는가' 분개하면서 '기계고장일 때 대처방법에 대한 교육에 앞서 우선 친절교육부터 하라'는 요구로 결론을 지었다.

이 사례의 문제 상황은 간호제공자와 간호수혜자간에 상호간의 역할에 대한 어긋난 관점에서 비롯되었다. 불만의 주체자의 입장에서 자신과 가족은 "이 병원을 생각해서 찾아와 준" '고객'이고, 병원의 모든 인력은 그들의 전문화된 영역과 관계없이 '고객'의 모든 요구를 해결하고 편의를 제공하는 사람이다. 고객의 입장에서 간호사는 해당 기관에서 서비스를 제공하는 사람일 뿐, 의사나 방사선과 기사와는 다른 역할과 업무를 지닌 구별되는 전문인은 아니다. 이 고객에게는 이 기관에서 자신이 서비스를 받을 수 없게 된 이유가 어느 직종의 책임인가도 중요하지 않다. 고객의 목적은 필요한 서비스를 얻기 위한 정보와 수단을 얻는 것이고, 고객을 직접 대면하고 있는 간호사는 당연히 이를 해결해 주어야 한다.

한편 간호사의 입장에서 간호수혜자는 '급히 치료를 요하는 환자'이다. 시급히 건강문제를 해결해야할 상황에서 필요한 서비스를 제공할 수 없다면, '상황에 대한 정보를 제공하고 다른 의료기관 선택을 권장'하는 것이 건강전문인의 가장 중요한 의무이다. 그러나 적정 의료기관에 환자를 의뢰하는 업무는 간호사의

1차적인 의무는 아니다. 의료 서비스 전문가들 간의 분업관계에서 간호사의 업무 한계는 '진료가 불가능하다'는 정보를 알리는데 그친다. 통상적으로 환자 의뢰는 의사의 역할에 속한다. 그러므로 간호사의 입장에서 볼 때 '다른 의료기관에 연락을 취하여 서비스를 받게 해 달라'는 환자와 보호자의 요구는 간호사의 업무 한계를 벗어나는 일이고 부당한 요구이다. 그럼에도 다른 의료기관에 연락을 취하고 정보를 구해 준 행위는 간호관리자의 입장에서는 정당한 간호활동의 범위를 벗어난 '선심'에 해당한다. 반면 보호자의 입장에서는 '전화를 하긴 하는' 매우 소극적이고 부적절한 행위이다. 간호사의 입장에서는 문제시 될 것이 없을 뿐더러 역할 범위 이외의 일까지 해 준 친절이고, 고객의 입장에서는 '수수방관 하고 불친절한' 문제시 되는 행동인 것이다. 이처럼 간호수혜자(환자-보호자)와 간호제공자 간에는 서비스의 범위에 대한 시각의 차이를 보인다.

이 사례에서 또 다른 불만 요인은 간호사들이 당연히 해야 할 일을 하면서 불편함을 표출하는 행동과 자신들끼리 소곤거린 행동이다. 즉, 불편한 표정으로 전화를 하여 간호사들에게 요구되는 '표정연기'를 게을리 했다는 것과 '자기들끼리 소곤거리' 의사소통에서 환자와 보호자를 배제했다는 것이다.

여기서 환자와 보호자가 간호사들에게 친절의 증거로서 요구하는 몸의 신체학(nursing somology)은 불편하거나 불쾌한 정서를 얼굴표정이나 몸동작에서 드러내지 않는 표정연기이다. 물론 이 환자와 보호자가 진단기계가 고장이 난 상황에 적절히 대체하지 못한 도구적 행동에 대해서 불만을 표시하기도 했으나 더 큰 불만은 '불편한 표정으로 대처하는' 표현적 기능에 있었다. 이는 '대처방법보다는 친절 교육부터 하라'는 강력한 요구를 통해 표출되었다. 이처럼 간호수혜자는 간호사의 표현적 기능에 초점을 두었고 간호제공자는 도구적 기능에 초점을 두고 있었던 것이 문제의 발단이였다.

'자기들끼리 소곤거리' 간호체계에서 환자와 보호자를 배제시킨 행위는 이 '고객'이 불만을 토로하게 된 또 다른 요인이다. 간호사의 이 행위로 인하여 비록 두



하위체계 구성원이 같은 공간 내에 있으며 상호간에 하나의 공동체로 연계되어 있지 않아서 환자와 보호자는 전문가 중심의 공간 안에서 이른바 ‘being there’의 상태가 되었다. 다시 말해서 간호체계의 두 하위체계 즉, 간호수혜자와 간호제공자가 상호 분리됨으로써 ‘이 병원을 찾아와 준’ 환자와 보호자의 ‘being in’에 대한 기대가 무너진 것이다. 그러나 간호사들과 간호관리자는 고객의 진술이 사실이 아니라는 의미로 ‘소곤거리지 않았다’고 주장한다. 여기서 고객은 언행의 심층 즉, 기의를, 간호사들은 표층 즉, 기표를 전달하여 의사소통이 대치되고 있다.

상호간에 어긋난 시선이 문제를 발생시켰다면, 문제 상황에 대한 해결안 역시 어긋나기 마련이다. 간호관리자는 상황이 발생한 원인을 간호사가 제공한 것이 아니므로 이 고객 불만 사례 자체가 간호영역 밖의 일이고, 따라서 간호부서에서 대처할 사안도 아니라고 판단한다. 간호관리자는 문제의 근원에 초점을 두었고, 불만 고객은 결과에 초점을 두고 있는 것이다. 따라서 원인 제공부서로 문제 해결을 이전시킨다. 또한 고객이 불만을 갖게 된 간호사의 언행이 존재하지 않았으므로 그것 역시 문제가 되지 않는다고 판단한다. 그러므로 그들의 선택한 전략은 부당한 요구에 응하지 않는 것 즉, ‘비 대응’이다. 이 유형의 접근을 적용하는 간호관리자들은 다른 병동의 간호관리자들과 간호행정 부서와의 논의에서도 같은 논리를 적용하고, 이들 모두 간호부서의 문제는 아니란데 동의한다. 간호전문직 집단의 집단적 합의를 통해 전문직 체계를 수호하는 것이 이 사례에서 중요한 목적의 하나였다.

요약하자면 의료기관의 상품을 사는 고객의 입장에서 통합적인 서비스와 간호사의 표현적 기능을 요구한 환자와 보호자는 시장원리에 입각하여 포괄적인 소비자옹호의 담론을 취하였다. 반면 전문가들 간의 분업과 도구적 기능에 초점을 둔 간호제공자는 내원한 소비자를 ‘시급히 건강문제를 해결해야 하는 환자’로 정의하고, 환자의 건강문제를 가장 빠른 시간 내에 해결할 수 있는 방법은 ‘타 기관으로의 이송’하는 것이라고 판단했고, 간호사의 업무에 속하는 정보 제공에 초점을 두고 있는 간호관리자는 생의학적 모델에 입각하여

신체건강, 정보, 신속함에 가치를 두는 전문가의 담론을 취하였다.

### 3) 개별 간호사 방어 중심의 접근

이 접근은 매우 드물게 적용되는데, 특히 문제 발생을 인식하는 순간 일시적으로 나타난다. 이 때 문제시되는 상황이 간호사들에게 불이익을 가져다 줄 것이라고 판단하고, 구체적으로 어떤 불이익들이 올 수 있을 까를 검토하여 예상되는 불이익을 방어하기 위한 전략을 구상한다.

이 유형의 접근에서는 문제 상황을 판단하고 정의하는데 있어서 환자-보호자는 개입되지 않고, 문제를 해결하는 과정에서는 환자-보호자는 물론 간호 전문직도 제외되어 있다. 간호전문직 체계 수호 중심의 접근유형이 전문직의 역할과 권한 범위를 지키는데 목적이 있다면, 이 유형의 접근에서는 문제의 상황이 개별 간호사에게 가져다 줄 부정적 결과를 방어하는데 초점을 둔다. 다음은 이 접근을 잘 드러내는 상황이다.

간호사: 00님 보호자요(1.0), 아들,

참여자: 응, 어제 밤에도 아들 있었어? 밤에는 딸이 있던데.

간호사: 아들이요. 수첩에다 계속 적어요. 우리가 뭐 하나 할 때마다 꼬치꼬치 물어보고요. 또 뭐 할라는 거 같아요.

참여자: 딸이 안 있고? 딸은 우호적이잖아. 아, 또 [인터넷에] 올리고 하겠네. 트집 잡아서. 잘 묻하는 거 없어도, 뜨면 골치 아프잖아. 그 환자 뭐 문제는 없제, 쏘아(sore) 있나?

간호사: 그래서요. 어제 오후에도 그랬다구(1.0), 해서, 그럴 거 같아서(1.0)

참여자: 아 안 되는데. 조심하래이(3.0). 그런 건 과장님이 좀 말하면 안 되나(1.0), 과장님이 한 마디만 해주면 될텐데. 과장님한테 말해라.

이 대화는 밤번근무자와 오전 근무자의 업무인계 상황에서 이루어졌다. 이 상황에서 간호사와 간호관리자가 문제를 인식하고 해결하는 방식은 간접적이다. 사

실상 이 사례의 보호자는 “처음 입원을 해서 입원 중에도 그렇지만, 집에 가서 어떻게 해야 할지 몰라서” 병상일지를 작성하고 있었다. 보호자의 목적은 어머니를 돌보는 방법을 배우기 위한 것이었다. 그러나 간호사들은 환자-보호자와의 직접적인 의사소통을 하지 않은 채 보호자의 병상일지 작성행동을 고발자로 수집행동으로 가정하였다. 오후 번 근무자와 밤번 근무자의 ‘고발사례 수집’이라는 추측이 낮 번 근무에게 전달되고, 낮 번 근무자는 이 가정을 사실로 확정지었고 ‘소비자 고충 사례’로 인터넷에 공개될 것으로 예측하였다. 이 사건에 대한 참여자의 정의는 다음 날 오후 환자로부터 기록행위의 목적을 전해 듣기까지 변경되지 않았다.

대화에서 참여자는 사건의 공개는 비록 ‘간호사가 잘못된 것이 없어도’ 공개 자체만으로도 불이익을 당하게 되는 불합리한 것이라고 판단하였다. 일단 공개된 불만 사례는 의료기관 여러 부서의 관리자들로 구성된 ‘고충 처리 반’에서 다루어지므로, 복잡한 고객 불만 처리과정을 거치는 동안 자신들에게 돌아 올 여러 가지 ‘골치 아픈’ 불이익을 예견하였다. 사례의 두 화자에게 이 상황은 상황에 연루된 간호사들의 안전을 위협하는 사건으로 인식된 것이다. 이렇듯 이 사례에서 문제 상황의 판단에 환자-보호자는 배제되어 있고, 간호사의 시각만이 존재한다.

마찬가지로 문제를 해결하는 과정 역시 환자-보호자는 배제되어 있고, 초점은 개별 간호사가 받을 불이익에 대한 방어에 집중되어 있다. 이 상황에서 간호관리자는 자신이 예측한 사건이 현실화되지 않도록 먼저 간호가 잘못되었음을 증거 할 수 있는 문제, 즉 환자가 ‘sore’를 지니고 있는지를 확인하고, 이를 예방하도록 주의를 환기시킨다. 여기서 욕창이나 낙상 등의 사고 예방은 환자의 안위를 위한 간호활동이라기 보다는 개별 간호사에게 돌아 올 불이익 방어 수단으로서의 의미가 더 크다. 그러나 참여자가 이 상황에서 간호사의 안전을 더 확고하게 보호 할 수 있다고 생각하는 전략은 간호 수혜자인 환자-보호자보다 더 상위 서열인 의사의 힘을 빌리는 것이었다.

간호사에게 불이익을 가져다 줄 빌미가 될 ‘환자의

신체적 문제’를 만들지 않기 위해서는 환자가 퇴원하기까지 계속 주의를 기울여야 한다. 말하자면 많은 시간을 지속적으로 투자해야 한다는 것이다. 더욱이 이 조치는 환자와 보호자의 불만요인의 극히 일부만을 해결할 뿐이다. 선행연구(Cho, 2005)에서 밝혔듯이 ‘트집 잡는’ 환자와 보호자에게는 간호사의 언행, 병실 온도나 침대배치 등의 병실환경, 주변 환자로 인한 불편 등 모든 것이 불만의 요인이 되어왔다. 참여자들이 이 환자와 보호자의 불만 사례로 인터넷에 공개되지 않기 위해서는 이러한 복합적인 요구사항을 해결해야 한다. 더욱이 다른 환자와의 공평성을 고려한다면 이러한 요구 충족은 때로 불가능하다. 반면 의사의 ‘말 한마디’는 간호사들의 복합적이고 민감한 서비스에 비해 단순하고, 간호사가 퇴원하기까지 장기간에 걸쳐 주의를 기울이는 노력에 비해서 일회적이다. 말하자면 시간, 일의 종류, 일에 투자하는 양에서 효율적이다.

참여자가 설정한 이 상황은 의사-환자와 보호자-간호사는 상대방을 지배하는 힘에 의해 서열화 된 수직적 관계라는 가정 근거한다. 여기서 의사는 환자와 보호자의 행동을 교정하는 권한이 있고, 환자와 보호자는 간호사의 행동을 지배하는 힘을 갖는다.

한 참여자가 정맥주사 부위에 정맥염이 발생한 사건에 대하여 경위서를 작성하고 있는 간호사에게 한 다음 진술에서 이 유형의 접근에서 방어의 주체는 전문직 간호집단이 아니라 문제 상황에 연루되는 개별 간호사이고, 방어의 객체는 방어의 주체를 제외 한 모든 구성원임을 알 수 있다.

아 또 골치 아프네. 부장님 또 뭐라 하시겠네. 부장님도 이런 상황은 세세히 잘 이해 못하시잖아. 뭐라 뭐라 하시는데. 아이, 이런 건 과장님[환자 담당의사]이 한마디만 하면 되는데, 우리가 아무리 설명을 해도 환자는 말 안 듣는 데 이. 과장님이 그 부위가 원래 그런 게 잘 생긴다고 한마디만 하면 문제 삼지 않을 텐데. 우리가 아무리 해도 그 사람들 우리말 안 믿어.

이 사례의 참여자에게는 간호행정가로부터의 부정적인 피드백도 방어의 대상이 된다. 그러므로 이 접근

유형에서 방어해야 할 대상은 전문직 간호체계의 역할과 직무가 아니라 개별 간호사에게 가해지는 부당한 혹은 부정적인 평가와 이로 인해 초래될 사회 심리적 불이익과 실질적 불이익이다.

이처럼 이 접근유형은 간호사의 시각으로 사건을 인식하고, 환자-보호자로부터 간호사에게 가해질 불이익을 방어하는데 초점을 두고, 직종간의 계급적 힘의 논리를 적용하여 문제를 해결하고자 한다. 문제 상황을 정의하고 해결하는 과정에서 일정기간 간호체계에서 환자-보호자의 하위체계는 개입되지 않는다. 즉, 문제를 정의하고 판단하는 과정에 환자-보호자 하위체계가 배제되었다면, 의사를 해결자로 선택한 문제 해결 전략에는 전문직 간호체계도 배제된 것이다. 간호의 두 하위체계 모두 물리적으로 한 공간에 있었지만 상호작용은 부재했고, 간호사가 간호전문직 하위체계에도 속하지 않았다는 점에서 두 체계 모두 존재하지 않는다.

이 유형의 접근과 전문직 간호체계 수호 중심의 접근은 간호사의 관점과 입장을 우선한다는 점에서는 유사하다. 그러나 이 유형에서는 두 하위간호체계의 상호작용이 배제된 반면 전문직 간호체계 수호 중심의 접근에서는 두 하위체계 간에 상호작용이 있되 관점과 이에 따른 의사소통이 위반되어 문제 상황이 발생한다. 또한 전문직 간호체계 수호 중심의 접근이 간호전문직의 역할과 업무한계를 지키는데 초점이 주어졌다면, 이 유형은 체계로서의 간호사집단이 아닌 개별 간호사의 불이익 방위에 초점이 주어져 있다. 한편 전문직 체계와 환자-보호자체계의 통합적 접근 유형에서는 보다 포괄적인 관점에서 간호전문직 하위체계와 환자-보호자 하위체계의 정황을 분석하여 간호수요와 제공의 양과 질의 불균형에서 문제가 발생하는 것으로 판단하고, 각 부서간의 협조체계를 구축하여 문제를 해결하는 전략을 취한다는 점에서 간호체계의 하위체계는 물론 의료체계와 지원체계 모두가 공존한다. 개별 간호사 권익 방어 유형에서 힘은 수직적 서열에서의 지배자에게 있고, 전문직 간호체계 수호 유형에서는 전문직 집단에게, 그리고 통합적 접근 유형에서는 협조적 관계에서 나온다.

## IV. 논 의

간호(nursing care)와 돌봄(caring)은 간호의 핵심영역이자 본질이다. 이제까지의 연구들이 모범사례를 통하여 이 핵심 영역의 긍정적이고 순기능적 측면을 밝혀내는데 주력해 왔다. 이 연구는 문제 상황에서 긍정적 측면뿐 아니라 부정적 측면을 밝히는 일 역시 간호의 본질적 영역을 이해하고 실무의 질을 높이는데 기여할 수 있다는 가정에서 출발하였다.

Kenny(2002)는 캐나다의 현대 건강관리체계를 위기 상황으로 정의하면서, 전문가의 담론과 대중의 담론 차이가 의료인에게 갈등을 초래하였고, 언어와 이미지의 힘이 이 위기를 재촉하였다고 주장하였다. 그는 이 위기를 극복하기 위해서는 건강관리체계와 사회 양측에서의 변혁이 필요하다고 역설한다. McCullough(2001)는 건강관리 목표의 전환, 급성기 의료시설 위주의 치료에서 외래와 가정 치료로의 전환, 각종 의료보험 지급제도의 변화 등 현대 미국 건강관리 환경의 변화에 대처하기 위하여 간호 분야에서도 새로운 건강관리 모델을 적용할 필요가 있다고 주장하였다.

거시적인 차원에서 사회의 변화가 의료전달체계에 영향을 미치고 있듯이, 의료기관의 행정과 관리, 즉 근무 환경과 업무를 구조화하는 체계의 담론은 간호 실무에 긍정적, 부정적 영향을 미치는 주요 요인이다(Kavanagh & Knowlden, 2004). 본 연구가 이루어진 의료 기관의 구성원들을 지배하고 있는 담론은 경제 효율성과 가부장적 서열화이다. 해당 의료기관은 최근의 사회 변화에 대처하여 서비스의 질 향상을 통해 고객의 선택을 높여 경영의 효율성을 극대화하는 전략을 구상하고 있다. 이를 위해 서비스 대상자를 기존의 환자 개념에서 고객의 개념으로 전환하고, 건강관리 수혜자 중심의 관점에 입각하여 고객접점 서비스체계를 구축실천하는데 역량을 집중하고 있다. 간호체계는 이에 부응하여 ‘신나고 즐거운 간호환경’ 구축과 ‘환자에게 더 가까이 다가가는 간호’를 지향하고 있다. 한편 가부장적 서열화의 담론은 직종내의 직급에서, 직종 간에, 그리고 직원과 서비스 대상자와의 관계를 지배한다. 여기서 상위계층은 대표권을 지

니고 중요 사안에 대한 결정, 집단원에 대한 보호 등 도구적 기능을 갖고 있고, 구성원들은 이 계층에게 엄정하고 객관적인 속성을 기대한다. 하위계층에게는 직원 교육과 매년 정해지는 행동강령을 통해서 미소, 부드러운 태도, 밝은 표정 등 표현적인 기능과 겸손과 수용의 행동이 강조된다. 간호사와 환자-보호자간에서의 가부장적 서열화의 담론은 고객 중심의 서비스를 통한 경제 효율성 담론에 의해 강조된다. 양질의 서비스를 통해 고객의 선택을 확보하는데 있어서 중요한 행동지침은 친절인데, 이 행동지침을 가장 많이 담당하는 직종은 간호사이다. 친절의 지표는 간호사가 말과 행동에서 얼마나 환자보다 낮은 자세를 보이는가를 통해서 측정된다. 또한 이 행동강령은 각종 인센티브와 처벌제도를 통해서 강조되는데, 상벌의 결정에서 환자-보호자의 의견이 큰 영향력을 행사한다. 이렇듯 간호 상황에서 환자 상위의 서열이 강요된다.

본 연구에서 문제 상황에 대한 각 접근 유형들은 의료기관의 경영 담론을 동질하게 실천하지 않는다. '간호전문가체계와 환자-보호자체계의 통합적 접근'에서는 두 하위체계의 관점을 수용하고 각 전문가체계와의 관계도 연계되어 있다. 이 접근을 실천하는 상황에서 부서간의 협조체계 구축하고 환자와의 내면적 연계관계를 형성함으로써 전문가로서의 힘이 행사된다. 이 접근은 서비스 대상자인 환자-보호자는 해당 의료기관이 표방하는 고객 중심의 서비스 전략을 가장 가깝게 실천하고 있다. 그러나 심층의 집단행동을 지배하는 가부장적 서열화의 담론은 이 접근유형에서 힘의 원천이 되지 못한다. 한편 '전문가체계 수호 중심의 접근'에서는 전문가의 분업화된 업무와 역할 기준에 따라 문제 상황을 정의하고, 전문가의 관점에서 환자와 보호자의 요구를 해석하고 반응하였다. 이 접근에서의 힘의 원천은 역할과 업무를 통해서 주어지는 전문가의 집단적 역량이다. 이 접근에서 중심이 고객이 아니라는 점에서 경영자의 담론은 크게 영향력을 발휘하지 못한다고 볼 수 있다. 반면 개별 간호사의 권의 방어에 초점을 둔 접근에서, 간호관리자는 경영 차원에서 지향하고 있는 고객중심 서비스의 담

론이 간호사를 가장 하위의 서열에 위치시키는 것으로 인식한다. 이는 문제 상황에서 간호사가 환자의 힘에 의해 부당하게 피해를 받을 것으로 판단하게 하였고, 부당한 피해로부터 자신을 보호하는 전략을 선택하게 하였다. 이 접근에서 힘은 지배관계에 있는 서열 지위에서 나오기 때문이다. 이처럼 경영차원에서의 시장원리에 입각한 고객 중심 서비스 담론은 중간관리자와 실무자 차원에서 수용, 실천되는 과정에서 다양한 형태를 띠게 된다. 이는 경영자의 담론과 일선 실무자의 담론 사이에는 일정기간 혹은 영구적으로 괴리가 있을 수 있다는 의미가 된다. 또한 집단의 행동을 심연에서 지배하는 전통적인 가부장적 담론 역시 본 연구의 참여자들이 상황에 따라서 달리 수용하고 실천하고 있다는 점에서 지배층의 규칙들이 영구적이고 불변하는 것은 아님을 의미한다. 이 결과를 토대로 하여, 간호의 질을 확보하는데 있어서 이 괴리가 존재하는 기간을 단축하거나 괴리의 폭을 좁히거나, 아니면 효율적이고 긍정적인 방향을 담론의 변혁을 꾀하는 구체적인 전략들을 고려할 수 있을 것이다.

그런데 Kenny(2002)는 전문가의 정보, 통합, 인센티브 담론과 대중의 이윤과 시장원리(market mechanisms)의 담론이 오늘날 건강관리체계의 위기를 초래 하였고 주장한 바 있다. 본 연구에서 개별 전문가 중심의 접근과 전문가체계 중심의 접근 양상에서 문제 상황은 전문가의 담론과 환자의 담론의 차이에서 비롯되었다. 반면 전문직체계와 환자-보호자 체계의 통합적 접근 양상에서 양측의 담론이 상호 교환되면서 문제 해결을 이끌어 낸다. 결국 담론의 차이가 존재한다는 것이 문제가 아니라, 이 차이를 어떻게 극복하는가가 관건이라 할 수 있다.

Foster와 Anderson(2002)은 대립되어 있는 권한 라인 은 조직의 안정성을 높일 수 없으며, 이 권한 라인의 대립에서 가장 피해를 입는 직종이 간호사라고 하였다. 특히 병동의 수간호사들은 '병원 측의 현장 대표자로서 병원 행정자의 정책과 규칙을 따라야 하는 책임'과 '의사 측의 현장대표자로서 개별 환자 간호에서 의사의 명령을 실행할 책임'을 동시에 지고 있어 많은 문

제 상황에 직면한다. 아울러 수간호사가 이 딜레마를 해결하기 위해서는 4개의 집단 즉, 간호부서내의 위계제도, 간호이외의 병원의 부서들, 의사 개개인과 병원의 직원들, 그리고 환자 집단을 만족시켜야 한다고 주장하였다. 간호사들은 실무경험을 통해서 환자 전인간호에서 ‘프로다움’하고, ‘실무적’으로 처리하며, ‘주도적’으로 행동해야 한다는 규칙을 습득한다(Nettleton, 1997). 본 연구에서 전문직 간호체계 수호 중심의 접근을 취하는 간호관리자에게 ‘실무적이고 주도적으로 일을 처리하는 프로다움’은 전문직의 역할과 업무 분담을 분명히 구별하여 경계를 짓는 일과 도구적 기능과 신속한 일처리 능력이었다. 반면 간호전문직체계와 환자-보호자체계의 통합적 접근을 취하는 간호관리자에게는 환자-보호자의 다양한 간호 요구를 충족하는데 있어서 의료전문가는 물론 의료지원부서간의 기능과 역량을 분담하고 연결하여 협력체계를 구축하는 능력이 ‘프로다움’이다. 전자의 간호 관리는 Foster와 Anderson(2002)이 제시한 집단 중 간호부서 내의 제도에 국한된 반면 후자의 간호 관리는 4개 집단을 만족시킨 것이다.

Knowlden(1998)은 간호 실무에서 환자를 인본주의적 관점에서, 그리고 환자의 상황을 총체적으로 생각하는 간호사에 의해서 돌봄이 상호 소통된다고 하였다. 본 연구에서 간호전문직 체계와 환자-보호자체계의 통합적 접근을 취하는 간호관리자는 환자-보호자의 단편적 행동과 대화가 아니라 그들의 과거 생활과 문화적 관행에 대한 종합적 이해를 기반으로 문제 해결을 시작한다. 이러한 접근은 직원역량강화 교육이나 간호학생 교육에 하나의 모델 사례로서 구체적 예시로 삼을 수 있을 것이다.

Hudacek(2004)은 간호 실무에서 이루어진 90가지가 넘는 돌봄 사례를 제시하면서 이 돌봄 활동들을 죽음이나 갈등 상황 등 특수 상황에서의 열정적 개입, 문화적 역량 강화, 안위의 제공, 대상자와의 함께함, 주도적인 위기 중재, 환자 개인을 넘어서 가족과 이웃으로의 돌봄의 확대 등으로 분류하였다. 건강관리체계의 변화에 반응하는 돌봄은 대상자를 찾아가서(being there), 그들 속에서(being in), 그들과 함께(being with)

하는 돌봄이다. Greenhalgh(2006)은 특히 환자를 일선에서 접하게 되는 전문 간호사와 의사는 환자의 진술을 분석하여 그 의미를 파악해야만 진단과 치료가 가능하고 환자의 건강상태와 행동의 변화를 가져올 수 있다고 주장한다. 본 연구에서 통합적 접근을 취하는 간호관리자들은 문제 상황을 정의하고 해결하는 과정에서 간호의 두 하위체계가 공존하는(being with) 관계를 형성한다. 이 접근에서 환자-보호자는 간호전문직 하위체계뿐 아니라 의료전문직체계와 지원체계의 협동적이고 공동적인 서비스 대상으로 자리를 잡는다. 그러나 개별 간호사의 권익 방어에 초점을 두는 접근은 간호대상자를 배제하였고, 전문직체계 수호에 중점을 두는 접근에서는 대상자가 개입되기는 하나 함께하지는 못한다.

환자-보호자 체계를 서비스 전달과정에 포함하는 일은 간호교육과 연구를 통해서 누누이 강조되어왔다. 그러나 구체적으로 어떻게 관련지어 개입시킬 것인가가 관건이다. 간호전문직 체계와 환자-보호자체계의 통합적 접근을 실천하는 간호관리자가 본 연구에서 보여준 구체적 문제해결 과정은 이에 대한 답을 제공해 줄 것이다. 이 결과는 또한 일률적으로 동일한 내용을 전달하는 직무 교육보다는 개별 전문인이 실천하는 간호유형에 따라 선별적인 대상에게 선별적인 내용으로 교육을 시도하는 것이 효율적임을 시사한다.

## V. 결론 및 제언

Knowlden(1998)이 지적한 바와 같이 간호 실무에서 돌봄의 의미를 밝히는 일은 사회가 간호전문직에게 갖는 근본적인 기대의 의미를 밝히는 일이다. 그러나 이제까지 간호와 돌봄의 차원, 구성요소, 가치, 원리, 구체적 행동과 활동 등을 밝히기 위한 노력들은 긍정적 시각과 방향에서만 이루어져 왔다. 본 연구는 실무현장에서 간호를 실시하는 과정에서 발생하는 문제 상황을 통해서 순기능적인 측면은 물론 역기능적 측면을 밝혀보고자 하였다.

본 연구에 7명의 병동 단위 간호관리자들이 참여하였고, 2004년 3월부터 2007년 3월까지 1개 종합병원

에서 면접과 참여관찰을 적용한 다단계의 순환적 현지 조사를 통해서 연구 자료를 수집하였다. 분류분석과 비판적 담론분석 기법을 적용하여 환자 간호에서 발생한 문제 상황에서 참여자들이 이 상황을 정의하고 해결하는 과정을 분석하였다.

참여자들이 문제 상황을 판단하고 해결하는 과정을 개별 간호사 방어 중심의 접근 유형, 전문직 간호체계 수호 중심의 접근 유형, 전문직체계와 환자-보호자체계의 통합적 접근 유형으로 분류하였다. 각 유형에서 환자 간호에서의 문제 상황은 간호체계의 두 하위체계 즉, 서열화 된 전문직 간호체계와 환자-보호자 체계가 상호 분리되고, 전문가 중심의 담론과 환자-보호자의 담론이 어긋남으로써 발생하였다. 문제 해결과정은 간호관리자의 문제 상황에 대한 판단과 관점에 따라 개별 간호사의 권익 방어, 전문직간호 체계의 수호, 환자-보호자와 간호전문직 체계는 물론 각 부서간의 협동적 전략을 선택하고 실천하는 과정이었다. 이렇듯 행정차원의 경제효율성의 담론과 고객중심의 서비스 정책은 이들 중간관리자에게 달리 해석되고 실천되었다.

이 연구는 이제까지의 돌봄과 간호에 관한 연구와는 달리 문제 상황에 대한 탐구를 통해서 역기능적 순기능적 사례를 드러냄으로써 간호실무와 교육의 방향을 더 다양하고 구체적으로 제시할 수 있었다는데 의의가 있다.

이 연구는 환자 간호에서 발생하는 문제성 있는 특정 사례를 중심으로 문제 상황을 정의, 판단하고 해결하는 과정에서 간호관리자의 주 초점이 어디에 주어지고, 간호체계의 두 하위체계가 어떻게 연관되는가를 밝혀내었다. 본 연구에서는 시간이 지남에 따라 간호관리자의 문제 상황에 대한 접근 양상의 변화를 밝혀내는 작업은 제외되었다. 추후 연구에서는 통시적 접근을 적용하여 시간적 차원을 검토할 필요가 있다. 이러한 접근은 단계별 직무 교육에 중요한 자료를 제공할 수 있을 것이다.

## References

- Barker, C. & Galasiniski, D. (2001). *Cultural studies and discourse analysis*. Thousand Oak: Sage.
- Bulechek, G. M. & MaCloskey, J. C. (1985). *Nursing intervention*. Philadelphia: Saunders.
- Cho, M. O. (2000). *Ethnography in nursing*. Seoul: Hyunmoonsa.
- Cho, M. O. (2005). The experiences of family caregiving in a chronic care unit. *J Korean Acad Nurse*, 35(8), 1461-1475.
- Foster, G. M. & Anderson, B. G. (2002). *Medical anthropology* (B. S. Gu Trans). Seoul: Hanwool.
- Foucault, M. (1993). *Order der discours*(J. W. Lee Trans). Seoul: Saegil.
- Greenhagh, T. (2006). *What seems to be trouble: Stories in illness and healthcare*. Oxford: Radcliffe Publishing Ltd.
- Hudacek, S. (2004). *Making a difference: stories from the point of care*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International Center Nursing Press.
- Kavanagh, K. H. & Knowlden, V. (2004). *Many voices: toward caring culture in healthcare and healing*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International Center Nursing Press.
- Kenny, N. P. (2002). *What good is health care*. Ottawa: CHA Press.
- Kim, H. O. & Cho, M. O. (2006). Experiences of conflicts on job identity among the nurses of medium-sized hospitals. *Qualitative Research*, 7(2), 13-26.
- Knowlden, V. (1998). *The communication of caring in nursing*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International Center Nursing Press.
- Leininger, M. M. & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice*(3rd ed). New York: McGraw-Hill.
- MacCullough, C. S. (2001). *Creating responsive solutions to healthcare change*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International Center Nursing Press.
- Macdonell, D. (1992). *Theories of discourse*. Oxford: Basil Blackwell.
- Nettleton, S. (1997). *The sociology of health and illness*. (H. J. Cho Trans). Seoul: Hanwool.
- Schiffirin, D., Tannen, D., & Hamilton, H. (2004). *The handbook of discourse analysis*. Maiden: Blackwell.
- Smircich, L. (1983). Concept of culture and organizational analysis. *Adm Sci Q*, 28(3), 342-345.
- Spradley, J. P. (1990). *Participant observation*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Werner, O. & Schoepfl, G. M. (1987). *Systemic fieldwork: Ethnographic analysis and data management*. Newbury Park: Sage.