

가정전문간호사의 임상적 의사결정 참여도에 관한 연구

김세영

을지대학교 간호대학 전임강사

A Study on Participation in Clinical Decision Making by Home Healthcare Nurses

Kim, Se Young

Full-time Lecturer, College of Nursing, Eulji University, Daejeon, Korea

Purpose: This study was done to identify participation by home healthcare nurses in clinical decision making and factors influencing clinical decision making. **Methods:** A descriptive survey was used to collect data from 68 home healthcare nurses in 22 hospital-based home healthcare services in Korea. To investigate participation, the researcher developed 3 scenarios through interviews with 5 home healthcare nurses. A self-report questionnaire composed of tools for characteristics, factors of clinical decision making, and participation was used. **Results:** Participation was relatively high, but significantly lower in the design phase ($F=3.51$, $p=.032$). Competency in clinical decision making ($r=.45$, $p<.001$), perception of the decision maker role ($r=.47$, $p<.001$), and perception of the utility of clinical practice guidelines ($r=.25$, $p=.043$) were significantly correlated with participation. Competency in clinical decision making (Odds ratio [OR]=41.79, $p=.007$) and perception of the decision maker role (OR=15.09, $p=.007$) were significant factors predicting participation in clinical decision making by home healthcare nurses. **Conclusion:** In order to encourage participation in clinical decision making, education programs should be provided to home healthcare nurses. Official clinical practice guidelines should be used to support home healthcare nurses' participation in clinical decision making in cases where they can identify and solve the patient health problems.

Key words: Home healthcare nurse, Decision making, Participation, Competency, Clinical practice guideline

서 론

1. 연구의 필요성

간호직은 대부분의 경우 환자의 건강상태의 급격한 악화양상을 첫 번째로 관찰하는 전문직으로서 이에 따르는 행동을 결정하는 데 간호사의 상황 판단이 매우 중요하다. 아울러 최근 보건 의료의 과학기술화, 전문화와 관련된 책임감의 증가는 간호

사들이 효과적인 의사결정자가 될 것을 요구하고 있다(Boney & Baker, 1997). 전문직 간호사의 역할에서 임상적 의사결정은 핵심적인 부분이다(Bakalis, 2006). 간호사의 임상적 의사결정은 환자 간호와 직접적으로 관련해서 환자의 문제 목록이나 진단을 작성하고 적절한 중재나 치료를 선택하는 것을 포함하는 인지적 과정이며(dela Cruz, 1994), 그 특성상 간호사에 의해 주도되는 중재가 주요 대안이 되는 과업과 의사에 의해 주도되는 중재가 주요 대안으로 제시되는 과업을 모두 포함한다(Choi, 1997).

주요어 : 가정전문간호사, 의사결정, 의사결정 참여도, 의사결정 능력, 임상지침서

*본 논문은 제1저자의 박사학위논문을 수정하여 작성한 것임.

*This article is a revision of the first author's doctoral dissertation from Seoul National University.

Address reprint requests to : Kim, Se Young

College of Nursing, Eulji University, 143-5 Yongdu-dong, Jung-gu, Daejeon 301-746, Korea
Tel: 82-42-259-1718 Fax: 82-42-259-1709 E-mail: sarakimk@yahoo.co.kr

투고일 : 2010년 5월 5일 심사위원회 : 2010년 5월 7일 게재확정일 : 2010년 12월 28일

가정간호서비스에서 간호사의 임상적 의사결정 능력은 더욱 그 의미가 크다고 할 수 있다. 미국에서 1983년 DRG (Diagnosis-Related Group; 포괄수가제) 도입 이후 조기퇴원으로 인해 환자들이 가정에서 치료받는 기간이 길어짐에 따라 간호의 계속성과 질은 가정간호사의 임상적 의사결정의 전문성에 좌우되었다(dela Cruz, 1994). 병원간호업무에서 간호사는 매일 또는 수시로 의사의 처방을 확인하고 환자의 건강문제가 발생하면 즉각적으로 의사에게 연락하고 처방을 받아서 환자의 문제가 해결되도록 돕는다. 이에 비해 가정전문간호사는 환자의 가정을 방문하여 건강문제를 확인하면, 가정전문간호사의 판단에 의해 직접 간호를 제공하거나 문제 해결을 위한 대안을 제시하거나 응급실이나 외래를 방문하도록 지시하는 등 임상적 의사결정자로서의 역할을 담당하게 된다.

2001년부터 시행된 우리나라의 가정간호제도는 입원진료 후 조기 퇴원한 환자나 재입원이 요구되는 환자 중에서 계속적인 치료와 간호 관리가 필요하다고 진료담당의사 또는 한의사가 인정하는 환자를 대상으로 가정간호서비스를 제공하는 입원 대체 서비스 제도로 운영되고 있다. 의료법 제33조 제1항 4조와 동법 시행규칙 제24조에 의하면 가정전문간호사는 대상자의 가정을 방문하여 간호를 제공하고 검체의 채취 및 운반, 투약, 주사, 응급처치 등에 대한 교육 및 훈련, 상담, 다른 보건의료기관 등에 대한 건강관리에 관한 의뢰 등 업무를 담당하도록 정하고 있다. 또한 가정전문간호사는 이러한 상급실무뿐 아니라 대상자 및 가족과 치료적 관계를 형성하고 건강관리자, 지지자, 옹호자, 상담자 역할 등(Kim & Park, 2009)을 담당하고 있으며, 가정전문간호사의 정체성은 움직이는 작은 병원, 또는 대상자와 가족, 주치의 사이에서 최선의 간호를 제공하고자 조정하는 곡예사 등으로 표현되었다(Kim et al., 2006). 이상에서 가정전문간호사가 다양하고 폭 넓은 전문간호서비스를 제공하고 있으며, 간호제공자의 역할 뿐 아니라 건강관리자, 지지자, 옹호자 등의 역할을 담당하고 있음을 확인할 수 있다.

임상적 의사결정은 간호사의 역할에서 가장 본질적인 부분으로서 간호사가 다양한 정보를 사용하여 임상적 판단을 내리는 과정을 말한다(Bakalis & Watson, 2005). 가정전문간호사의 다양한 업무와 역할 가운데 특히 환자의 문제를 판단하고 해결 방안을 선택하는 임상적 의사결정은 매우 중요하다. 미국의 가정간호사는 기본적으로 의사의 처방에 의한 간호처치를 제공하도록 정해져 있지만, 환자의 건강문제가 발생하는 경우 가정간호사는 담당 의사와 즉각적인 연락을 취하여 필요한 간호처치 및 검사를 수행하거나 응급실을 방문하도록 하는 임상적 의사결정에 참여하고 있다. 또한, 미국 일리노이주 간호법(Nurse

Practice Act)에 의하면 전문간호사(Advanced Practice Nurse, [APN])는 환자를 사정하고 진단할 뿐 아니라 진단 및 치료를 위한 검사를 처방, 수행, 해석하는 업무와 의료기구를 처방, 착용시키는 업무까지 담당하고 있다(Illinois General Assembly, 2009). 이에 비해 국내의 가정전문간호사는 일정 수준 이상의 임상 경험을 갖추고 가정간호 교육과정을 수료한 전문간호사이고, 대상자의 가정을 방문하여 다양한 간호서비스를 제공하는 가정간호업무의 특성과 관련하여 가정전문간호사의 임상적 의사결정의 내용과 역할은 병원의 일반간호사의 의사결정과 차이가 있을 것이라 예상되었다.

간호사의 의사결정과 관련하여 Hansen과 Thomas (1968)는 의사결정자 변수, 상황적 변수, 환경특성 변수가 의사결정 과정에 영향을 주는 간호사의 임상적 의사결정 과정 모형을 제시하였다. 국내의 선행연구에서 확인된 의사결정 관련 요인들은 다음과 같다. 의사결정자 변수로는 지식과 임상경험(Bakalis, 2006; Bucknall & Thomas, 1997; Choi, 1997), 숙련성(Yi, 2001), 전문성(Anthony, 1995), 임상적 의사결정 능력(Park, 2006), 의사결정자 역할(Bakalis, 2006) 등이 있었다. 상황적 변수로는 과업의 구조화, 반복성, 명료성(dela Cruz, 1994), 과업의 복잡성(Choi, 1997; Yu, 2007), 과업의 심각성과 긴급성(Yi, 2001), 스트레스(Bucknall & Thomas, 1997) 등이 있었다. 환경적 변수로는 간호 의사결정이 이루어지는 세팅(Hansen & Thomas, 1968), 지각된 분권화(Anthony, 1995; Choi, 1997; Yi, 2001; Yu, 2007), 임상지침서(Davies, 1997; Tingle, 1997), 간호사-의사 협조관계(Krairiksh & Anthony, 2001) 등이 있었다. 그러나 간호사의 의사결정 연구에서 대상자는 주로 병원의 간호사였으며, 가정간호사의 의사결정에 대한 연구는 소수였다(dela Cruz, 1994; O'Neil, 1996). 국내에서도 간호사의 의사결정 과정 및 관련 요인을 파악하는 연구가 소수 수행되었지만(Choi, 1997; Chun, 2005; Yi, 2001; Yu, 2007), 아직까지 가정전문간호사의 의사결정에 대한 연구는 없었다.

이에 본 연구는 가정전문간호사가 대상자의 건강문제를 해결하는 임상적 의사결정 과정에서 어느 정도 참여하는지를 조사하고, 가정전문간호사의 임상적 의사결정 과정에 영향을 주는 요인들을 파악하여 대상자의 건강증진을 도모하고 가정전문간호사의 전문성을 활용할 수 있는 가정전문간호사의 임상적 의사결정 참여도 증진 방안에 대해 고찰함으로써 향후 가정간호사업의 확대 발전을 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 가정전문간호사의 임상적 의사결정 참여도와 임상적 의사결정 참여도의 영향 요인을 파악하는 것이다. 구체적인 연구의 목적은 다음과 같다.

첫째, 가정전문간호사의 임상적 의사결정 참여도의 의사결정 단계별, 시나리오별 차이를 분석한다.

둘째, 가정전문간호사의 임상적 의사결정 참여도와 관련 변수 간의 상관관계를 파악한다.

셋째, 가정전문간호사의 임상적 의사결정 참여도의 영향 요인을 파악한다.

3. 용어 정의

1) 가정전문간호사

우리나라의 가정전문간호사는 보건복지부령 제15호 '전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙'의 전문간호사의 자격 구분에서 보건, 마취, 정신, 가정, 감염관리, 산업, 응급, 노인, 중환자, 호스피스, 종양, 임상 및 아동 중 하나인 가정간호 분야의 전문간호사이다. 또한 가정전문간호사는 임상경력 3년 이상이고 석사 과정과 동등한 가정전문간호사 과정 교육을 마치고 전문간호사 자격증을 갖추도록 정하고 있다. 본 연구의 대상자는 현재 국내 종합병원 이상 가정간호사업소에서 근무하는 가정전문간호사를 말한다.

2) 임상적 의사결정 참여도

간호사의 임상적 의사결정이란 환자 간호와 직접적으로 관

련해서 환자의 문제 목록이나 진단을 작성하고 적절한 중재나 치료를 선택하는 것을 포함하는 인지적 과정을 의미한다(dela Cruz, 1994). Simon (1977)은 의사결정의 과정을 문제확인(identification), 대안분석(design), 그리고 대안선택(selection) 단계로 정의하였다. 본 연구에서 임상적 의사결정 참여도는 3개 시나리오에 대하여 가정전문간호사가 인식하는 의사결정 과정의 단계별 의사결정 참여도를 의미한다(Choi, 1997; Chun, 2005; Yi, 2001; Yu, 2007).

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 Choi (1997)의 연구에서 인용한 Hansen과 Thomas (1968)의 간호사 임상적 의사결정 과정 모형을 바탕으로 가정전문간호사의 임상적 의사결정 참여도와 영향 요인을 파악하기 위한 서술적 상관관계연구이다. 본 연구의 간호사의 임상적 의사결정 과정 모형은 의사결정자 변수를 연령, 임상경력, 교육수준, 지위, 임상적 의사결정 능력, 의사결정자 역할 인식 등으로, 상황적 변수를 과업의 속성으로, 환경적 변수를 지각된 분권화, 간호사-의사 관계, 임상지침서 활용 인식 등으로, 의사결정 과정 변수를 의사결정 단계별 의사결정 참여도로 조작화하였다(Figure 1).

2. 연구 대상

2009년 7월부터 노인장기요양보험제도가 시행된 후 가정간

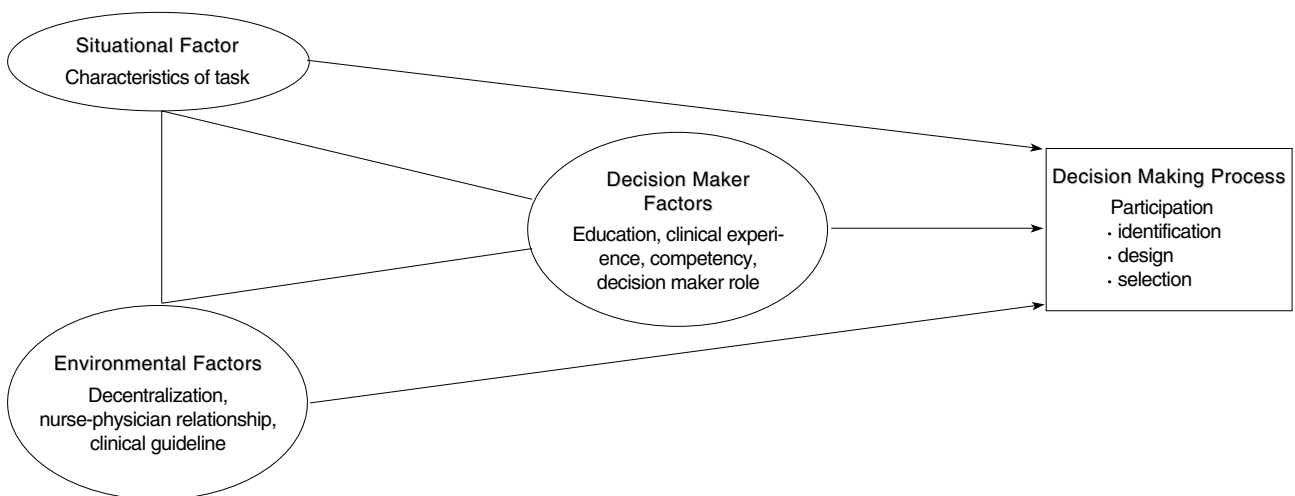


Figure 1. Conceptual framework.

호사업소가 급격히 감소되는 추세에 있으며, 본 연구의 조사시점인 2009년 9월 가정간호사회에 의하면 전국의 종합병원급 이상 가정간호사업소의 수는 약 70개로 파악되었다. 일반적으로 가정간호사업소에는 최소기준인 가정전문간호사 2명이 배치되기 때문에, 본 연구에서는 가정전문간호사의 수가 많은 사업소를 우선적으로 임의표출하여 전화연락을 통해 연구의 목적과 설문지에 대해 설명하였으며, 이에 동의한 국내 종합병원급 이상 22개 가정간호사업소에서 근무하는 가정전문간호사 총 68명을 대상으로 하였다.

3. 연구 도구

1) 시나리오 개발 과정

가정전문간호사의 임상적 의사결정 시나리오를 개발하기 위해 전문가집단을 임의표출하여 일대일 면담을 시행하였다. 면담은 2009년 5월 1일부터 29일까지 서울 시내 일개 3차 종합병원의 가정간호팀과 일개 지역사회중심 가정간호시범사업소의 가정전문간호사로서, 본 연구에 대한 설명을 듣고 참여에 동의한 가정전문간호사 5인을 대상으로 시행되었다. 개방형 질문지를 사용한 면담은 약 1시간 정도 소요되었고, 면담에서 녹음한 내용을 전사(transcribe)하였으며 임상적 의사결정과 관련해서 내용분석을 시행하였다. 내용분석을 통해 확인된 사항은 다음과 같다. 가정간호에서 주로 수행하는 임상적 의사결정으로는 방문횟수 조절, 욕창간호, 통증조절, 배변간호, 배뇨간호, 응급간호 등이 확인되었다. 가정전문간호사는 임상적 의사결정에서 대안을 직접 선택하기보다는 대안을 제시하고 분석하되 보호자가 선택하도록 유도하거나, 만약의 사태에 대비하여 병원을 방문하도록 지시하고, 가정간호 제공 시에도 가급적 보호자를 참여시키는 것으로 나타났다. 가정간호와 병원간호의 차이점으로 병원에서는 환자의 문제를 발견하면 의사에게 즉시 보고하고 의사의 처방이나 지시를 받아 해결하지만, 가정간호에서는 가정전문간호사가 가정에서 또는 전화통화를 통해 어떠한 결정이든 의사결정을 내려야 한다는 점, 가정간호 대상자의 범위와 건강상태가 너무 다양하다는 점 등이 나타났다. 임상적 판단과 의사결정이 어려운 상황은 환자의 열, 출혈 등의 응급 간호상황, 책임범위 외의 업무를 요구받은 경우 등으로 나타났다. 가정전문간호사는 의사와의 의사소통이 원활하지 않다고 인식하였으며, 어떤 경우는 의사의 처방 없이 독자적으로 간호처치를 수행했으나, 대부분의 경우 의사들은 가정전문간호사의 간호사정, 임상적 판단을 전적으로 신뢰하지 않고 직접 환자를 진찰하였다. 그러나 가정전문간호사는 임상적 의사결

정자로서 환자에게 간호를 제공할 뿐 아니라 보호자를 교육시키고 간호에 참여시키고 있으며, 환자와 가족의 상황을 고려하여 적절하게 의뢰하는 업무에 대해 만족도가 높았고, 담당 환자에 대해 책임감을 갖고 있는 것으로 나타났다. 임상적 의사결정 갈등상황으로는 책임범위 외의 업무를 요구받은 경우, 의사결정 권한이 없는 경우, 가정간호 업무와 관련된 부담감이 큰 경우, 응급상황을 보고받은 경우, 윤리적 판단과 법적 책임을 고려해야 하는 경우 등 주로 업무의 범위와 업무에 대한 책임감과 관련된 갈등 등으로 나타났다.

간호사의 의사결정에 관한 선행연구들에서 사용한 시나리오는 주로 임상에서 자주 발생하는 간호 상황이면서 해당 분야의 업무특성을 반영하는 내용으로 구성되었는데, 의사결정의 정확도를 조사하기 위해서는 정답이 분명한 의사결정 상황을 제시하였고, 의사결정의 참여도 및 만족도를 파악하기 위해서는 오히려 상황 자체가 모호한 의사결정 상황을 제시하였다. 본 연구는 가정전문간호사의 임상적 의사결정 참여도 및 관련 요인을 파악하는 상관관계분석 연구이기 때문에 불확실하고 모호한 임상적 의사결정 상황을 나타내는 시나리오를 개발하였다. 면담내용의 의사결정 갈등상황을 정리하여 7개의 예비 시나리오를 개발하였으며, 일개 3차 종합병원 가정간호팀의 가정전문간호사 5인으로 구성된 포커스그룹 회의를 통해 각 시나리오의 내용에 대한 외관타당도 검증을 시행하였다. 외관타당도 검증에서는 가정전문간호사의 의사결정으로 쉽게 해결되거나 의사의 의사결정에 해당되는 의사결정 상황을 제외하였다. 이상과 같은 포커스 그룹의 외관타당도 검증 결과와 가정전문간호사의 임상적 의사결정 유형(O'Neill, 1996)과 의사결정 방식을 참고하여 최종적으로 3개의 시나리오를 개발하였다. 구체적인 시나리오의 내용은 (시나리오 1): '고혈압 환자(M/75)는 투약의 중요성에 대해 여러 번 설명하였음에도 종종 투약을 잘 이행하지 않았고 최근 외래 방문 약속을 지키지 않았다. 담당 가정전문간호사는 이 환자의 가족으로부터 전화를 받았는데, 환자의 열은 37.4부이고 평소와 다른 행동을 보인다고 한다', (시나리오 2): '가정전문간호사는 방사선 치료를 받고 있는 환자를 방문하였을 때, 환자의 방광이 상당히 팽창되어 있음을 발견했다. 환자는 복부 통증과 지난 2주간의 불규칙적인 배변양상을 호소하였다. 의사의 처방을 받지 않은 상태에서 환자의 배뇨장애를 해결해주어야 한다', (시나리오 3): '가정전문간호사는 장기간 외상상태로 있는 뇌졸중 환자(M/75)를 정기적으로 방문하여 L-튜브를 교환하는 과정에서 위장에 묶은 bleeding이 있는 것을 발견했다. 평소 보호자는 병원 방문이 경제적, 신체적으로 힘들다고 말하곤 했다' 등이었다.

2) 의사결정 참여도

Anthony (1995)가 개발한 의사결정 과정 참여 설문지(Participation in Decision Activities Questionnaire [PDAQ])를 사용하였다. 의사결정 참여도 측정 도구는 본 연구에서 개발한 3개 시나리오에 대하여 가정전문간호사가 문제확인, 대안분석, 대안선택 단계별로 각각 1문항씩 의사결정 참여 정도를 '전혀 참여 안함' 1점부터 '스스로 결정' 6점까지로 표시하도록 하였으며, 점수가 높을수록 참여 정도가 높음을 의미하였다.

3) 임상적 의사결정 능력

Jenkins (1985)가 개발한 총 40문항의 임상적 의사결정 능력 척도(The Clinical Decision Making in Nursing Scale)를 Park (2006)이 사용하였으며, 도구의 신뢰도는 Jenkins (1985)의 연구에서 Cronbach's $\alpha=.83$, Park (2006)의 연구에서 Cronbach's $\alpha=.73$ 으로 나타났다. 본 연구에서는 측정 도구의 유용성을 높이기 위해 본 연구자와 가정전문간호사 5인, 성인간호학전공 박사 2인을 대상으로 내용타당도 검증을 시행하여 총 18문항으로 수정하였으며, 수정된 임상적 의사결정 능력 측정 도구의 내적 일관성은 신뢰도 계수 Cronbach's $\alpha=.75$ 로 나타났다.

4) 의사결정자 역할 인식

가정전문간호사의 의사결정자 역할(Bakalis, 2006) 인식 정도를 파악하기 위해 본 연구에서 개발한 '유사한 상황에서 보호자는 가정전문간호사의 의사결정을 신뢰하고 따른다', '유사한 상황에서 가정전문간호사의 의사결정은 환자의 결과에 매우 중대한 영향을 미칠 수 있다', '유사한 상황에서 전문간호사로서 의사결정을 내리는 데 중대한 책임감을 느낀다' 등 3개 문항의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.85$ 이었다.

5) 과업의 속성

과업의 일상화 정도는 1문항으로 측정하였고, 과업의 복잡성은 Choi (1997)의 도구를 사용하였다. 과업 복잡성 도구는 4문항으로 구성되며, 5점 척도로서 점수가 높을수록 간호사가 복잡성을 높게 지각함을 의미한다. Choi (1997)의 연구에서 Cronbach's $\alpha=.75$, Yu (2007)의 연구에서 Cronbach's $\alpha=.88$, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=.82$ 이었다.

6) 지각된 분권화

Choi (1997)의 지각된 분권화 도구를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 5점 척도, 총 10문항으로 구성되었으며, 점수가 높을수록 간호사가 분권화 정도를 높게 지각함을 의미한다. Choi

(1997)의 연구에서 Cronbach's $\alpha=.77$, Yi (2001)의 연구에서 Cronbach's $\alpha=.90$, Yu (2007)의 연구에서 Cronbach's $\alpha=.80$, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=.76$ 이었다.

7) 간호사-의사 협조관계

가정전문간호사의 임상적 의사결정 정도와 간호사-의사 협조관계의 관련성(Krairiksh & Anthony, 2001)을 확인하기 위해 본 연구에서 '의사와의 즉각적인 의사소통 정도', '의사의 결정에 대한 수용 정도', '간호사-의사의 상호협동 정도' 등 3문항을 개발하였다. 간호사-의사 협조관계는 5점 척도로서 측정되었으며, 점수가 높을수록 상호협조적인 것으로 해석되었다. 3문항의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.82$ 로 나타났다.

8) 임상지침서의 활용

가정전문간호사의 임상적 의사결정 정도와 임상지침서의 관련성(Davies, 1997; Tingle, 1997)을 확인하기 위해 본 연구에서 각 시나리오 상황에서 사용할 수 있는 임상지침서의 유무를 질문하는 1문항과 임상지침서가 어느 정도 활용될 것인지에 대한 질문 1문항을 개발하여 조사하였다. 임상지침서의 활용은 5점 척도로서 점수가 높을수록 임상지침서의 활용 정도를 높게 인식하는 것으로 해석되었다.

4. 자료 수집 방법

본 연구는 S대학교 간호대학 생명윤리심사위원회의 승인을 받은 후, 2009년 9월 18일부터 10월 1일까지 설문참여에 동의한 국내 종합병원 이상 가정간호사업소 22곳의 가정전문간호사 85명을 대상으로 우편이나 메일을 통해 설문지를 배포하고 수집하였다. 회수된 설문지는 80부(94%)이었고, 자료로서 적절하지 않은 12부를 제외한 총 68부를 자료로 사용하였다.

5. 자료 분석 방법

가정전문간호사의 일반적 특성과 임상적 의사결정 과정의 관련 변수들은 실수, 백분율, 평균, 표준편차 등을 분석하였고, 측정 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 계수로 확인하였다. 의사결정 참여도를 비교하기 위한 의사결정 단계별, 시나리오별 차이검정은 일원분산분석으로 분석하였으며, 사후검정은 Scheffe test를 이용하였다. 의사결정의 참여도와 관련 요인들과의 상관관계는 스피어만의 상관관계 분석으로 확인하였으며, 의사결정 참여도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 다변량 로

지스틱 회귀분석을 이용하였다.

연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 연령은 29세부터 57세까지 분포하였으며, 평균연령은 40.9세, 총 임상경력 평균은 16.4년, 가정간호경력 평균은 5.3년, 교육수준은 석사 이상이 45.6%, 간호학사 39.7%, 전문학사 14.7% 등의 분포를 나타냈으며, 대상자의 20.5%는 가정간호사업소의 책임자였다(Table 1).

Table 1. General Characteristics (N=68)

Variables	Item	n (%)	M ± SD
Age in years	26-30	2 (2.9)	40.86 ± 6.65
	31-35	15 (22.1)	
	36-40	19 (27.9)	
	41-45	15 (22.1)	
	46-50	10 (14.7)	
	≥ 51	7 (10.3)	
Total career in years	5-10	5 (7.4)	16.41 ± 5.52
	11-15	26 (38.2)	
	16-20	22 (32.4)	
	≥ 21	15 (22.1)	
Career in home healthcare in years	≤ 1	7 (10.3)	5.32 ± 3.65
	1 < C ≤ 3	17 (25.0)	
	3 < C ≤ 5	13 (19.1)	
	5 < C ≤ 10	23 (33.8)	
	≥ 10	8 (11.8)	
Academic background	Diploma	10 (14.7)	
	Bachelor degree	13 (19.1)	
	RN-BSN	14 (20.6)	
	Master's degree	30 (44.1)	
	Doctoral degree	1 (1.5)	
Position	Manager only	5 (7.3)	
	Manager (home visit)	9 (13.2)	
	Staff	50 (73.5)	
	Other	4 (5.8)	

Table 2. Descriptive Statistics of Observed Variables

(N=68)

Model	Variables	Number of items	Possible range	M ± SD	Actual range
Decision maker factors	Competency of decision making	18	1-5	4.00 ± 0.28	3.50-4.61
	Perception of decision maker role	9	1-5	4.41 ± 0.38	3.44-5.00
Situational factors	Characteristics of task	15	1-5	3.30 ± 0.48	2.47-5.00
Environmental factors	Nurse-physician relationship	9	1-5	3.43 ± 0.58	2.22-4.50
	Decentralization	10	1-5	3.62 ± 0.52	1.67-4.67
	Usefulness of clinical guideline	3	1-5	3.65 ± 1.08	1.00-5.00
Decision making process factors	Participation to identify problem	3	1-6	5.06 ± 0.94	2.33-6.00
	Participation to analyze alternatives	3	1-6	4.90 ± 0.90	1.67-6.00
	Participation to select solution	3	1-6	4.66 ± 1.21	1.33-6.00

2. 의사결정 과정 변수

가정전문간호사의 임상적 의사결정 과정 변수들의 평균값은 Table 2와 같다. 가정전문간호사의 의사결정자 역할 인식이 4.41 ± 0.38 점(5점 척도)으로 가장 높았고, 의사결정 능력은 4.00 ± 0.28 점(5점 척도)으로 나타났다. 의사결정 과정의 단계별 참여도의 평균값은 문제확인 단계 5.06 ± 0.81 점(6점 척도), 대안 분석 단계 4.90 ± 0.78 점(6점 척도), 대안 선택 단계 4.67 ± 1.02 점(6점 척도)으로 나타났다.

3. 의사결정 참여도

가정전문간호사의 임상적 의사결정 참여도의 평균값을 3개 시나리오별, 의사결정 단계별로 제시한 결과는 Table 3과 같다. 시나리오 2의 의사결정 참여도(5.01 ± 0.96 점)가 가장 높았고, 문제확인 단계의 의사결정 참여도(5.06 ± 0.81 점)는 대안 분석 단계(4.90 ± 0.78 점)와 대안 선택 단계(4.67 ± 1.02 점)에서 낮아졌으며, 특히 시나리오 1과 시나리오 3에서 문제확인 단계와 대안선택 단계의 의사결정 참여도는 사후분석에서 유의한 차이가 나타났다($p=.032$). 가정전문간호사의 의사결정 참여도의 평균값은 4.87 ± 0.79 점(6점 척도)으로 확인되었다.

4. 의사결정 과정 변수들 간의 상관관계

가정전문간호사의 임상적 의사결정 과정 변수들 간의 상관관계를 분석한 결과는 Table 4와 같다. 의사결정 참여도와 유의한 상관관계를 나타낸 변수는 의사결정자 변수 중 임상적 의사결정능력($r=.45$, $p<.001$)과 의사결정자 역할 인식($r=.47$, $p<.001$), 환경적 변수 중 임상지침서 활용 인식($r=.25$, $p=.043$) 등이었다.

Table 3. Differences in Participation in 3 Phases of Decision Making Process

(N=68)

Phase	Identification (1)	Design (2)	Selection (3)	Participation	F	p	post hoc*
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD			
Scenario 1	5.01±0.89	4.84±0.86	4.50±1.28	4.79±0.84	4.39	.014	1>3
Scenario 2	5.16±0.99	4.94±0.98	4.94±1.20	5.01±0.96	0.99	.375	
Scenario 3	5.00±0.93	4.91±0.88	4.54±1.14	4.81±0.86	4.07	.019	1>3
Mean	5.06±0.94	4.90±0.90	4.66±1.21	4.87±0.79	3.51	.032	1>3

*Scheffe test.

Table 4. Correlation between Variables in Clinical Decision Making Process

(N=68)

	AG	TC	HC	ED	PO	CDM	RDM	CT	DC	NPR	UG	PDM
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
AG	1	.74 (.001)	.51 (.001)	.15 (.210)	.34 (.005)	.06 (.602)	.03 (.799)	-.21 (.083)	.35 (.004)	.29 (.015)	-.14 (.258)	.06 (.652)
TC		1	.36 (.003)	.29 (.016)	.47 (.001)	.23 (.059)	.08 (.534)	-.18 (.143)	.35 (.004)	.21 (.088)	.01 (.944)	.10 (.440)
HC			1	.02 (.874)	.09 (.444)	-.07 (.586)	.02 (.906)	-.35 (.003)	.18 (.139)	.08 (.534)	-.18 (.134)	.09 (.468)
ED				1	.32 (.008)	.28 (.020)	-.07 (.594)	.06 (.613)	-.07 (.570)	-.16 (.193)	-.08 (.542)	.10 (.423)
PO					1	.15 (.236)	-.01 (.912)	-.08 (.495)	.23 (.058)	.12 (.323)	.07 (.573)	.02 (.847)
CDM						1	.28 (.023)	-.17 (.156)	.19 (.122)	-.10 (.438)	.23 (.060)	.45 (.001)
RDM							1	.03 (.805)	.21 (.094)	-.06 (.634)	.28 (.020)	.47 (.001)
CT								1	-.27 (.025)	.15 (.230)	.10 (.406)	-.18 (.136)
DC									1	.05 (.705)	.33 (.007)	.16 (.204)
NPR										1	.12 (.315)	-.06 (.604)
UG											1	.25 (.043)
PDM												1

AG=age; TC=total career; HC=Home Healthcare career; ED=education; PO=position; CDM=competency of decision making; RDM=role of clinical decision maker; CT=character of task; DC=decentralization; NPR=nurse-physician relationship; UG=usefulness of clinical guideline; PDM=participation of decision making.

5. 의사결정 참여도의 영향 요인

가정전문간호사의 임상적 의사결정 참여도에 영향을 주는 요인을 파악하기 위해 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과는 Table 5와 같다. 본 연구의 개념틀에서 임상적 의사결정 참여도에 영향을 주는 의사결정자 변수(연령, 총 임상경력, 가정간호경력, 교육수준, 의사결정 능력, 의사결정자 역할 인식), 상황적 변수(과업의 속성), 환경적 변수(지각된 분권화, 간호사-의사 협조관계, 임상지침서 활용 인식) 등을 독립변수로 하였고, 종속변수인 가정전문간호사의 임상적 의사결정 참여도는 평균값 4.87±0.79점(6점 척도)을 기준으로 의사결정 참여

도가 높은 군과 낮은 군으로 이분하였다. 임상적 의사결정 능력이 1점 증가할수록(5점 척도) 임상적 의사결정 참여도가 높은 군에 속할 확률이 41.79배($p=.007$) 증가하였고, 의사결정자 역할 인식이 1점 증가할수록(5점 척도) 임상적 의사결정 참여도가 높은 군에 속할 확률이 15.09배($p=.007$) 증가하였다.

논 의

1. 가정전문간호사의 임상적 의사결정 참여도의 특성

가정전문간호사의 임상적 의사결정 참여도의 평균값은 4.87

Table 5. Factors Affecting Participation in Clinical Decision Making in Multivariate Logistic Regression (N=68)

Variable	Odds ratio	95% Confidence interval		p
		Lower	Upper	
Age	1.01	1.00	1.03	.090
Total career	0.99	0.98	1.01	.163
Career in home healthcare	1.00	0.98	1.02	.852
Educational background	0.51	0.11	2.39	.396
Position	2.82	0.50	16.02	.241
Competency of decision making	41.79	2.76	632.11	.007
Perception of decision maker role	15.09	2.08	109.35	.007
Complexity of task	0.43	0.10	1.89	.265
Decentralization	1.12	0.26	4.73	.882
Nurse-physician relationship	0.78	0.22	2.79	.697
Usefulness of clinical guideline	1.20	0.66	2.20	.546

-2 Log likelihood=62.01 ($p<.001$); Cox & Snell $R^2=.38$; Nagelkerke $R^2=.50$.

점(6점 척도)으로 확인되었는데, 이는 내과, 외과, 중환자실 간호사의 의사결정 참여도 4.22점(6점 척도) (Choi, 1997), 응급실 간호사의 의사결정 참여도 3.25점(6점 척도) (Chun, 2005), 내과, 외과, 소아과 간호사의 의사결정 참여도 4.01점(100점 척도의 66.78점을 6점 척도로 환산함) (Yi, 2001) 등과 비교해서 상대적으로 높았다. 간호 분야에 따른 의사결정 참여도의 차이에 대해 Bakalis와 Watson (2005)은 중환자실 간호사들이 내과, 외과 간호사들보다 환자의 상태를 진단하고 응급처치나 투약변경을 하는 등 확장된 역할에서 정기적으로 의사결정을 한다고 했다. Suh 등(1997)은 병원 근무와 달리 가정간호사들이 의사의 지휘나 감독 없이 환자의 상태에 대하여 독자적으로 판단하고 수행하며 평가한다고 했으며, Kim 등(2006)은 가정전문간호사들이 가정이라는 현장에서 대상자의 개별화된 요구에 초점을 맞추어 혼자서 간호를 수행하다보니 독자적인 판단과 수행활동이 많으며, 가정전문간호사의 정체성을 독자적 간호, 맞춤간호, 참간호의 실천가라고 표현했다. 따라서 가정전문간호사의 높은 의사결정 참여도는 가정간호의 업무 특성을 반영하는 것으로 볼 수 있다.

가정전문간호사의 의사결정 과정 단계별 참여도는 문제확인 단계가 5.06점, 대안분석 단계가 4.90점, 대안선택 단계가 4.66점으로 의사결정 단계가 진행될수록 참여도가 낮아졌다. 구체적으로 시나리오 1 (응급검사 및 투약을 위해 응급실이나 병원을 방문하도록 지시하는 상황)과 시나리오 3 (환자의 출혈상태의 변화를 감시하도록 보호자를 교육하고 출혈이 지속되면 응급실을 방문하도록 지시하는 상황)에서 의사결정 단계별 참여도가 통계적으로 유의하게 낮아졌으며, 특히 문제확인 단계와 대안선택 단계의 참여도에서 유의한 차이가 나타났다. 이와 같

이 가정전문간호사의 임상적 의사결정에서 대안선택 단계의 참여도가 유의하게 낮아진 것은 내과, 외과간호사(Anthony, 1995), 내과, 외과, 중환자실 간호사(Choi, 1997), 응급실 간호사(Chun, 2005), 간호관리자(Yu, 2007)의 의사결정 참여도의 양상과 일치하는 결과이다. 이에 대해 Choi (1997)는 간호업무의 특성상 비독자적인 간호업무에서 간호사가 환자의 문제를 발견하고 대안을 제시할 수 있지만 결정은 의사에 의해 이루어지고 결정에 대한 책임이 주로 의사에게 있으며, 간호단위에 관계없이 간호사는 환자의 문제해결을 위한 의사결정 과정을 의사와 공유하지만 대안 선택의 공식적인 권한이 의사에게 있기 때문이라고 했다.

한편 시나리오 2 (환자의 배뇨장애 문제를 해결해주어야 하는 긴급한 상황)에서는 대안분석, 대안선택 단계에서 의사결정 참여도의 차이가 나타나지 않았다. 이는 가정전문간호가 대상자의 긴급한 건강문제를 해결하기 위해서 의사의 처방보다 우선적으로 '단순도뇨'를 수행하는 임상적 의사결정을 내린 것으로 해석되었다. Choi (1997)의 연구에서 의사의 처방이 없는 상황에서 우선적으로 간호사의 판단에 의해 간호처치가 허용되는 경우는 환자의 상태가 급격히 변화되어 신속한 조치가 필요하나 의사의 신속한 처치가 이루어지지 못하는 경우, 문제의 발생이 예견되어 공식적으로 의사결정이 간호사에게 위임된 경우(PRN order), 간호단위 내에서 비공식적으로 의사결정이 간호사에게 위임된 경우(즉 불가피한 상황에서 이루어진 간호사의 의사결정에 따른 행위가 비공식적으로 묵인된 경우), 유사한 의사결정이 간호단위 내에서 자주 발생하여 과업이 일상화된 경우 등으로 나타났다. 또한 시나리오 2에서 가정전문간호사는 대상자의 건강문제에 대한 분명한 근거를 바탕으로 간호처치 후 의사의 처방을 요구하는 것으로 나타났는데, 이러한 경우의 단순도뇨는 가정전문간호사의 전문지식과 경험으로 충분히 판단하고 수행 가능한 간호서비스라고 할 수 있다.

국내 가정간호사업에서 가정전문간호사는 의사의 처방에 의한 간호처치 및 검사를 제공하도록 정하고 있기 때문에 가정전문간호사는 대상자에게 새로운 간호처치가 필요하거나 처방의 유효기간이 지난 경우에 대상자가 병원을 방문하여 처방을 받아오도록 지시하고 있다. 그런데 2008년 전국 의료기관 가정간호진료비 청구자료에 의하면, 가정간호에서 가장 많이 수행된 간호처치는 상처간호, 욕창간호, 도뇨관간호 등이었고, 가장 많이 수행된 검사는 혈액검사, 요검사 등으로 나타났다. 이러한 간호처치와 검사는 병원에서도 간호사들이 일상적으로 수행하는 간호업무이고, 특히 가정간호사업에서 대상자의 건강상태가 만성적이고 반복적으로 수행되는 일상화된 간호처치

라 할 수 있다. 2008년 전국 의료기관 가정간호 이용 현황에서 65세 이상 노인이 전체 대상자의 75.7%를 차지하는 것으로 나타났다. Kim과 Park (2009)은 지역사회 중심 가정간호사업 대상자의 63.8%가 외상 환자로 거동이 불편한 상태이기 때문에 대상자가 병원을 방문하는 데 내원일당진료비, 이동비용, 보호자의 시간비용 등이 소요되며 병원을 방문하기 위한 시간이 대상자의 건강상태와 치료 및 검사에 영향을 줄 수도 있다고 했다. 그러므로 가정간호서비스 내용 가운데 가정전문간호사의 전문성으로 충분히 진단하고 간호처치를 제공할 수 있는 단순한 상처치료, 단순한 욕창치료, 일상적인 도뇨관간호, 응급상황의 PRN 투약 등에 대하여 제한적으로 가정전문간호사에게 간호처방 권한을 부여한다면, 가정전문간호사의 전문성과 책임을 증가시킬 수 있고 무엇보다도 대상자들이 추가적으로 의사를 방문하거나 응급실을 방문해야 하는 부담을 줄일 수 있다고 생각된다.

간호사의 의사결정 권한과 관련해서 Kim, Choi와 Lee (1997)는 간호사가 전문성 측면에서 어느 정도의 능력을 갖추었다고 생각하더라도 실제로 임상에서 능력을 발휘할 수 있는 공식적인 권한을 부여받지 못하기 때문에 간호사의 전문성과 지각된 의사결정 참여 정도의 상관관계는 유의하지 않았다고 했다. Park (2006)은 전문간호사와 장루간호사의 임상적 의사결정 능력을 비교한 연구에서 두 집단의 간호사들이 공통적으로 대안과 선택 영역 점수가 상대적으로 낮게 나타났으며, 이는 실제 임상현장에서 의료진들과의 관계 속에서 전문간호사가 의사결정에서 선택할 수 있는 여건이 조성되지 않은 것과 관련이 있다고 해석하였다. 또한 Chun (2005)은 간호사 의사결정의 장애요인으로 공식적 권한 부족, 주치의와의 연락 지연, 업무과다 등을 제시하였다. 이러한 맥락에서 가정전문간호사의 임상적 의사결정 참여도가 대안선택 단계에서 유의하게 낮아지는 원인 중 하나는 가정전문간호사가 임상적 의사결정에서 공식적인 권한이 부족하기 때문이라고 유추할 수 있다.

2. 가정전문간호사의 임상적 의사결정 참여도의 영향 요인

간호사의 임상적 의사결정에 관한 선행연구들(Bakalis, 2006; Bucknall & Thomas, 1997; Caputo & Mior, 1998; Choi, 1997; Yi, 2001)에서 간호사의 지식과 경험이 임상적 의사결정에 가장 중요한 요인으로 나타난 것과 달리, 본 연구에서 가정전문간호사의 연령, 총 임상경력, 가정간호경력, 교육수준, 지위 등 변수들이 의사결정 참여도에 영향을 주지 않는 것으로 나타났다. Choi (1997)의 연구에서 간호사의 평균 연령 25.4세,

임상경력 평균 3년, 교육수준은 전문대학 졸업 48.8%, 대학교 졸업 47.8%이었고, Yi (2001)의 연구에서 간호사의 평균연령 27.6세, 임상경력 평균 4.6년, 교육수준은 전문대학 졸업 42.9%, 대학졸업 40.1%이었다. 이에 비해 본 연구는 가정전문간호사의 평균 연령 40.9세, 임상경력 평균 16.4년, 가정간호경력 평균 5.3년, 교육수준은 학사 39.7%, 석사 이상 45.6%를 차지하는 것으로 나타났다. 이러한 일반적 특성의 차이점은 가정전문간호사들이 동질적인 전문가집단으로서 임상적 의사결정에 참여하고 있음을 반증한다고 할 수 있다.

가정전문간호사의 임상적 의사결정 능력은 4.00점(5점 척도)으로 전문간호사의 임상적 의사결정 능력 3.56점(142.37점÷40문항) (Park, 2006) 보다 상대적으로 높았고, 가정전문간호사의 의사결정자 역할 인식은 4.41점(5점 척도)으로 나타났다. 또한 가정전문간호사의 의사결정 참여도에 영향을 주는 요인은 임상적 의사결정 능력과 의사결정자 역할 인식으로 확인되었고, 가정전문간호사의 임상적 의사결정 능력과 의사결정자 역할 인식이 의사결정 참여도를 37.4% 설명하는 것으로 나타났다. 이는 가정전문간호사들이 상대적으로 높은 수준의 임상적 의사결정 능력과 의사결정자 역할 인식을 갖고 있음을 나타내면서 동시에 가정전문간호사의 의사결정 참여도를 높이기 위해서는 임상적 의사결정 능력을 증진시켜야 한다고 해석할 수 있다.

가정전문간호사의 지각된 분권화는 3.62점(5점 척도)으로 내과, 외과, 소아과 간호사의 지각된 분권화 3.34점(5점 척도) (Yi, 2001)보다 다소 높았으나, 의사결정 참여도와 상관관계는 유의하지 않은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 조직의 분권화와 간호사의 의사결정 참여도의 유의한 관련성을 제시한 선행연구(Anthony, 1995; Choi, 1997; Yu, 2007)와 상반된 결과로서, 가정전문간호사가 어느 정도 독자적으로 가정간호 업무 일정을 조정하고, 간호대상자에게 자신의 의사결정에 따라 기본간호, 교육 및 상담, 의뢰 등의 간호서비스를 제공하기 때문이라고 해석되었다. 한편 간호사의 임상지침서 사용에 대하여 Tingle (1997)은 전문간호사가 임상지침서를 기초로 하여 결정을 내림으로써 더 보호받을 수 있다고 했으며, Davies (1997)는 간호사가 임상지침서를 사용하여 심장수술 환자의 기도관을 제거하였는데 3년간 유해한 결과나 실패가 없었다고 했다. 본 연구에서 가정전문간호사의 약 56%는 시나리오와 비슷한 상황에서 사용할 수 있는 임상지침서가 없다고 응답했다. Kim 등(2006)은 가정간호사가 가정을 방문했을 때 예상하고 준비하였던 것과는 상이한 상황에 직면할 수 있고 대상자의 상황에 맞추어 해결해야 하는 다양한 경우가 발생하는데, 이때의 결정

이 가정전문간호사 개인의 자질에 지나치게 의존하는 경향을 보여 책임에 대한 갈등을 낳기도 하고, 윤리적 갈등 및 사고의 부담을 갖게 한다는 점은 가정간호 업무가 각 업무의 구체적인 속성까지도 표준화할 필요가 있음을 나타낸다고 하였다. 따라서 가정간호 대상자의 건강과 안전을 보장하고, 가정전문간호사들이 임상적 의사결정에서 공식적으로 활용할 수 있는 표준화된 임상지침서를 개발하는 연구가 필요하다. 아울러 위급한 상황이나 일상적인 간호업무에서 가정전문간호사가 임상적 의사결정을 내리고 간호서비스를 제공하도록 지원하는 제도적 방안이 필요하다.

전문간호사는 단순한 숙련을 통한 기술이 아니라 지식의 기반 위에서 간호사 스스로 판단, 결정하여 환자 간호를 수행하고 그 결과를 답할 수 있는 자율적인 간호를 수행하여야 하며, 임상적 의사결정 능력과 상황 판단능력, 지식, 경험, 간호에 대한 관심, 열정 등의 개인적 요인 이외에 법적인 보장, 간호수가 확립, 전문간호사의 법적 인정, 충분한 간호인력, 간호의 독자적 영역 구축 등의 행정적인 요인 등이 요구된다(Chi & Yoo, 2000). 미국의 전문간호사(APN)는 의사의 감독과 진료방침하에 환자를 사정하고 진단할 뿐 아니라 진단 및 치료를 위한 검사를 처방, 수행, 해석하는 업무와 의료기구를 처방, 착용시키는 업무까지 담당하고 있다(Illinois General Assembly, 2009). 그러나 국내 의료법은 의료기관에서 가정간호사업소를 운영하도록 정하고 있으며 전문간호사가 간호처치 및 검사를 처방하는 것을 허용하지 않기 때문에 가정전문간호사는 병원에서 의뢰한 환자들을 대상으로 의사의 처방에 의한 간호처치를 주로 수행하고 있다(의료법 시행규칙 제24조). 국내 가정간호사업이 의료비 절감과 대상자 편리성을 추구하는 가정간호사업의 취지를 실현하기 위해서는 보건의료체계에서 가정전문간호사의 임상적 판단능력을 신뢰하는 분위기가 조성되어야 하고, 가정전문간호사의 의사결정 지원을 위한 공식적인 임상지침서의 활용과 주치의와의 페이징시스템 활용 등의 방안이 요구된다. 또한 가정간호사업의 특성을 고려하여 환자의 상태에 따라 제한적으로 가정전문간호사가 간호처치와 검사를 결정하고 제공할 수 있도록 하는 공식적인 권한이 위임되어야 할 필요가 있다고 생각된다.

Kim (2008)에 의하면 전국의 가정간호사업소는 2004년 112개에서 2007년 초반 175개까지 증가되었다가 2008년 7월 노인장기요양보험제도 시행 후인 2008년 10월 119개로 감소되었다. 본 연구의 조사시점인 2009년 9월에 가정간호사회에 의하면 종합병원 이상 가정간호사업소의 수는 약 70여개인 것으로 확인되었다. 대부분의 병원에서 가정간호사업소에 최소 규정인 2인의 가정전문간호사를 배치하고 있는 현실에서, 본 연구

에서는 가정전문간호사의 수가 많은 가정간호사업소를 우선적으로 연락하였고 설문참여에 동의한 22개 가정간호사업소의 가정전문간호사 85명을 조사대상으로 하였으며, 설문에서 3개 시나리오를 사용하여 임상적 의사결정 참여도를 조사하였기 때문에 본 연구의 결과를 전체 가정전문간호사의 임상적 의사결정으로 일반화하는 데 제한점이 있다. 그러나 본 연구는 가정전문간호사의 임상적 의사결정이 대상자의 건강증진과 가정간호사업의 발전을 위한 필수적인 조건이라는 가정하에 가정전문간호사의 임상적 의사결정 참여도와 임상적 의사결정 영향요인을 파악하였고 가정전문간호사의 임상적 의사결정 증진방안을 고찰함으로써 향후 가정간호사업의 발전을 위한 기초 자료를 제공하였다는 데 그 의미가 있다.

결론

본 연구는 가정전문간호사의 임상적 의사결정 참여도를 파악하고 의사결정 참여도의 영향요인을 확인하고자 시행되었다. 가정전문간호사의 의사결정 참여도는 일반 간호사, 타 분야 전문간호사보다 상대적으로 높았지만, 의사결정 과정의 대안선택 단계에서 유의하게 낮아지는 것으로 나타났으며, 그 이유는 가정전문간호사의 의사결정 권한의 부족 때문이라고 해석되었다. 가정전문간호사의 임상적 의사결정 참여도를 높이기 위하여 임상적 의사결정 능력을 증진시키는 교육 프로그램의 개발이 필요하고, 공식적인 임상지침서(프로토콜)를 활용하여 일상적으로 반복되는 간호서비스에 대해서는 제한적으로 가정전문간호사가 직접 임상적 의사결정을 내리고 간호서비스를 수행하도록 허용하는 방안이 필요하다.

가정간호사업은 의료보험 확대에 따른 국민 의료욕구의 증대와 환자의 종합병원 집중현상을 해소함으로써 의료보험재정의 안정을 도모할 수 있고, 저렴한 의료비 부담으로 소외계층의 의료접근이 용이해질 수 있으며 환자와 가족 구성원에 대한 보건교육 및 건강 상담 실시로 자기건강관리능력을 향상시켜 궁극적으로 국민건강 확보에 기여할 수 있는 국가적 차원의 국민 건강권 보장을 위한 경제적 방안이다(Yang, 1997). 가정간호사업이 그 목적을 달성하고 국민의 건강권을 보장하는 일차 보건 의료서비스로서 자리매김을 하기 위해서는 가정전문간호사의 임상적 의사결정 참여도를 높이기 위한 개선 방안이 시급하다.

REFERENCES

Anthony, M. K. (1995). *The relationship between decentralization*

- and expertise to participation in decision making: Among staff nurses working in acute care hospitals. Unpublished Doctoral Dissertation, Case Western Reserve University, Cleveland, USA.
- Bakalis, N. (2006). Clinical decision-making in cardiac nursing: A review of the literature. *Nursing Standard*, 21(12), 39-46.
- Bakalis, N., & Watson, R. (2005). Nurses's decision-making in clinical practice. *Nursing Standard*, 19(23), 33-39.
- Boney, J., & Baker, J. (1997). Strategies for teaching clinical decision-making. *Nurse Education Today*, 17, 16-21.
- Bucknall, T., & Thomas, S. (1997). Nurses' reflections on problems associated with decision making in critical care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 229-237.
- Caputo, L., & Mior, S. (1998). The role of clinical experience and knowledge in clinical decision making. *Topics in Clinical Chiropractic*, 5(2), 10-18.
- Chi, S. A., & Yoo, H. S. (2001). Concept analysis of professional nurse autonomy. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 31, 781-792.
- Choi, H. J. (1997). *A study on nurse's decision making process and related factors for patient care*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.
- Chun, M. H. (2005). *A study on the decision making process of emergency department nurses*. Unpublished master's thesis, Kyeongsang University, Jinju.
- Davies, N. (1997). Nurse-initiated extubation following cardiac surgery. *Intensive and Critical Care Nursing*, 13, 77-79.
- de la Cruz, F. A. (1994). Clinical decision-making styles of home healthcare nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 26, 222-226.
- Hansen, A. C., & Thomas, D. B. (1968). A conceptualization of decision making: Its application to a study of role and situation-related difference in priority decisions. *Nursing Research*, 17, 436-443.
- Illinois General Assembly. (2009, April). *Illinois Compiled Statutes. (225 ILCS 65) Nurse Practice Act*. Retrieved December 17, 2010 from <http://ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs5.asp?ActID=1312&ChapterID=24>
- Jenkins, H. M. (1985). A research tool for measuring perceptions of clinical decision making. *Journal of Professional Nursing*, 1, 221-229.
- Kim, H. Y. (2008, November). The alternatives for vitalization of home healthcare. In Y. S. Kim (Chair), *Home Healthcare Symposium*. Symposium conducted at the meeting of the Korean Homecare Nurses Association and Korean Academic Society of Home Care Nurses, Seoul, Korea.
- Kim, S. J., Yi, M. S., Eun, Y., Ko, M. H., Kim, J. H., Kim, D. O., et al. (2006). Role-identity of home care nurse practitioners. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 36, 103-113.
- Kim, S. Y., & Park, S. A. (2009). A study for evaluating the performance of a community-based home care services model. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 19, 673-683.
- Kim, T. S., Choi, M. K., & Lee, M. H. (1997). The relationships of decentralization, expertise and decision-making perceived by clinical nurses. *Chungnam Medical Journal*, 24, 89-100.
- Krairiksh, M., & Anthony, M. (2001). Benefit and outcome of staff nurses' participation in decision making. *Journal of Nursing Administration*, 31, 16-23.
- O'Neill, E. (1996). An exploratory study of clinical decision making in home healthcare nursing. *Home Healthcare Nurse*, 14, 362-368.
- Park, M. S. (2006). *The level of professional autonomy and clinical decision making abilities of advanced practice nurses*. Unpublished master's thesis, Ulsan University, Ulsan.
- Suh, M. J., Kim, S. S., Shin, K. R., Kang, H. S., Kim, K. S., Park, H. R., et al. (2000). A study on the lived experiences of home care nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 30, 84-97.
- Simon, H. A. (1977). *The new science of management decision* (Rev. ed.). Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.
- Tingle, J. (1997). Clinical guidelines and the law. In Wilson J. (Ed). *Integrated care management: The path to success?* Butterworth Heinemann, Oxford, 70-71.
- Yang, B. M. (1997). Mobilizing visiting nurse program in Korea. *Korean Journal of Public Health*, 34, 110-116.
- Yi, Y. J. (2001). *The causal relationships of the variables to decision-making of clinical nurses*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.
- Yu, M. (2007). A study of nurse manager's decision-making on human resource management. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 13, 82-97.