

간호윤리

제 1장. 간호윤리

1. 간호윤리의 정의

간호윤리학이란 의료 현장에서 마땅히 따라야 하는 윤리를 미리 전제하지 않고 하나의 열린 물음으로 놓고 그것을 연구하는 학문이다. 간호사가 경험하는 윤리적 물음은 두 가지의 의미가 있는데 하나는 현재 간호사들의 간호현장에서 ‘실제로 따르고 있는’ 윤리규범과 윤리원칙을 의미하고 다른 하나는 간호사들의 간호행위를 안내하는 지침으로 따르기로 선언한 간호사들의 ‘일상적, 관행을 지배하고 지도하는 이상적’인 윤리규범과 윤리규칙을 의미한다. 간호윤리란 용어가 서로 다른 의미로 사용하는 것은 이상과 현실의 차이 때문이라고 할 수 있다. 간호사는 임상현장에서 환자를 중심으로 여러 가지 관계를 맺으면서 간호활동을 수행하고 있다. 그러므로 일차적으로 간호사가 맺고 있는 관계에 따라 간호윤리 물음을 몇 개의 유형으로 구분하고 있다. 간호사가 경험하는 윤리적 물음에는 다음과 같은 것들이 있다.

- 간호사는 환자와의 관계에서 윤리적 갈등을 경험한다.
- 간호사는 환자 건강에 책임을 지고 있는 의사와 관계를 맺고 있다.
- 간호사는 많은 경우 동료 간호사와 환자를 공동으로 돌본다.
- 간호사는 다른 의료 종사자들과 더불어 관계를 맺는다.

2. 간호윤리의 필요성과 중요성

윤리에 대한 일차적 정의는 ‘선한 일을 하고 해로움을 피하게 하는 것이다’ 간호사의 의사결정은 사람들에게 영향을 미치며 그래서 간호사는 대상자에게 선을 행하고 해로움을 피하게 할 힘과 책임감을 갖는다. 간호 그 자체는 대상자와 가족들의 의견을 존중하려는 속성을 갖고 있다. 그래서 간호사의 의도와 행위는 그 자체로 도덕적으로 훌륭하고 윤리적이라고 할 수 있다.

하지만 현재의 간호사들은 자신이 마땅히 해야 할 의무를 제대로 수행하고 있는지에 대해 예전만큼 확신할 수 없게 되었기 때문에 최근 들어 간호윤리가 강조되고 있다. 간호직 내외의 변화는 간호사로서의 책임과 의무, 윤리의식 등에 영향을 미쳐 현대의 전문 간호사는 인간 생명과 간호 실무에 더 깊이 있는 이해와 철학적 반성을 거쳐 좀 더 인간적이고 개방적인 간호를 실현해야 한다. 이러한 변화가 간호윤리학을 강조하게 만드는 중요한 이유가 된다. 간호윤리가 강조되는 이유는 다음과 같다.

첫째, 새로운 지식과 기술의 발전으로 의료의 범위가 엄청나게 확대되어 간호사가 무엇을 어떻게 하는 것이 진정으로 환자를 위한 것인지에 대해 확신할 수가 없다. 정신적, 육체적으로 능력이 현저하게 감소된 말기환자가 최첨단 기술과 의료기계로 생명을 유지하는 경우가 많은데 이럴 경우 간호사는 환자와 가족을 진정으로 돕는 것이 무엇인지 확실한 답을 할 수 없다. 이 외에도 장기이식, 뇌사, 유전자 조작 등 새로운 의료지식과 기

술의 출현은 새로운 가치관과 그에 따른 윤리적 갈등을 표출시키고 있다.

둘째, 간호사의 역할과 위치의 변화로 간호의 전문성이 인정됨에 따라 의료팀의 일원으로서 의사 및 의료기관의 견해를 무조건 따르는 것이 아니라, 환자의 편에 서서 환자를 옹호해 줄 것이 요구되고 있다. 이때 의사와 의료기관의 견해와 환자의 이익이 서로 충돌할 때 간호사는 전문적인 지식과 합리적인 판단에서 진정으로 환자에게 최선의 이익이 무엇인가를 잘 판단하여 결정해야 할 것이다.

셋째, 사회 인구학적 변화와 함께 사람들의 가치관이 급속도로 변화함에 따라 지금까지 해결했던 방법인 도덕률이나 정책, 법률만으로 더 이상 문제를 해결할 수 없게 되었다. 특히 노인인구의 증가, 실존주의에 입각한 인간의 자율성 존중과 함께 환자의 권리의식의 신장은 새로운 문제를 발생시켰고 관습이나 관행처럼 해왔던 간호행위들이 과연 변화하는 사회 요구에 적합한 행위인지에 대해 비판적으로 판단될 것이 필요해졌다.

간호사들이 윤리적 가치관의 갈등과 불일치를 경험하게 되면 간호사 자신의 개인적 발전에 장애가 되며 간호실무 활동의 질적인 면에 영향을 주고, 더 나아가 사회구조 안에서 간호실무의 근본적인 이유와 의미를 상실하게 된다. 그러므로 간호의 근원과 본질을 밝히고 긍정적 간호행위의 근본 동기가 되며 간호의 방향을 결정해 주는 간호윤리에 대한 탐색과 철학이 간호에 있어 필수 요건이 된다. 또한 간호윤리의 확립은 임상간호사들이 간호활동 과정에서 일어나는 복잡하고 다양하며 이해가 상반되는 문제에 직면했을 때 윤리적 가치관에 따라 임무를 수행하는 데 도움을 줄 것이다.

3. 간호윤리의 주요 개념

간호사가 환자를 간호할 때 공정한 태도와 지혜로운 판단으로 환자가 진실로 원하는 의사 결정을 도와주어야 하기 때문에 오늘날 간호사에 대한 신뢰와 책임은 과학적 지식이나 기술에 대한 요구보다 훨씬 더 크고 심각하다. 그러므로 간호사는 간호가 개인의 윤리적 가치가 전문적인 행위와 분리되어서는 안 된다.

다음은 윤리의 주요 개념과 간호 윤리의 주요 개념을 제시한 내용이다.

1) 도덕, 도덕과 무관함

도덕적이란 말은 관습에서 유래된 것으로 인간으로서 마땅히 지켜야 하는 도리 및 그에 준하는 행위를 지칭한다. 인간의 내면과 외적인 행위를 규제하는데 보통은 두 가지 의미로 쓰이고 있다. 도덕 moral이란 말이 평가적 의미로 쓰일 때 그 반대어가 부도덕 또는 비도덕이라는 의미의 immoral이고 분류적 의미로 쓰일 때에는 그 반대어가 도덕과 무관하다는 nonmoral이 된다.

2) 옳음, 그름, 착함

옳음(right)은 의무나 마땅함이 도덕적으로 쓰이는 경우를 의미하는 것으로 어떠한 행위가 옳다는 것은 곧 그 행위를 수행하여야 할 의무가 있다는 의미이자 그 행위나 결정이 도덕적 원칙에 합당하다는 것을 의미한다. 또한 그르다(wrong)은 옳다와 반대되는 말로 하지 말아야 할 것 혹은 도덕 원칙이나 규칙에 위배되는 것을 지칭한다. 착함이란 인격이 갖는 좋음(moral good)을 의미하는 것으로, 착하다는 말은 도덕적으

로 선택하는 것을 의미한다.

3) 권리, 의무

권리(right)의 법률상 의미는 특정한 이익을 주장하고 누릴 수 있는 능력을 의미하는 것으로 윤리적으로는 남에게 바라고 기대할 수 있는 정의를 의미한다. 의무(duty)는 권리의 반대어로 어떤 사람이 맡은 직분 이거나 또는 마땅히 혹은 강제로 하지 말아야 할 것을 의미한다.

4) 좋음, 나쁨

좋다(good)는 것의 윤리적 의미는 인간행위의 목적이 될 수 있는 궁극적인 가치로서의 선을 의미하며 그 반대는 나쁨이다. 그러나 선의 의미가 다른 어떤 것을 성취하기 위한 수단으로서의 가치를 의미하는 것은 아니다.

5) 도덕적 딜레마

딜레마(dilemma)란 '만족스럽지 않은 양자 혹은 두 가지 이상에서 한 가지를 선택해야 하는 상황' 또는 진퇴양난'이란 말로 표현되며 표면상 만족스러운 해결을 할 수 없는 문제 또는 상황을 가리킨다. 도덕적인 이유와 갈등이 내재해 있는 상황에서 도덕적으로 행해져야 할 요구사항이 있으나 어느 쪽을 선택해도 만족스럽지 않지만, 반드시 선택을 해야 하는 경우를 의미한다.

3. 윤리적 딜레마

윤리적 딜레마는 상황과 관련된 사람들의 권리, 의무, 가치, 원칙 사이에 갈등이 있을 때 발생한다. 딜레마는 관련된 사람들이 각기 다른 원칙에 의해 행동해야 한다고 믿거나 그러한 행동을 자신들이 결정해야 한다고 믿을 때 발생한다. 그런 의미에서 윤리적 딜레마는 갈등을 일으키게 하는 도덕적 요구와 행동하도록 선택된 행위에 행위자가 동의하지 않는 상황으로 정의될 수 있다. 간호사가 윤리적 딜레마를 다루는 단서는 상황을 설명하는데 사용되는 언어에 있다. 윤리적 딜레마는 대개 옳다 와 그르다, 의무나 책무, 권리와 책임, 좋다 혹은 나쁘다 라는 말로 설명이 된다. 어떤 상황에서 도덕적 문제를 확인하고 초점을 맞출 수 있는 능력을 도덕적 민감성이라고 하는데 도덕적으로 민감한 간호사는 복잡하고 까다로운 상황에서 도덕적 요소를 확인하고 자신이 그 결과에 영향을 미친다는 사실도 깨닫는다. 간호사는 도덕적 문제에 초점을 맞추고 윤리적 딜레마를 확인하는 것이 매우 어렵다고 생각한다. 그들은 상황 속의 윤리적 요소에 주목하지 못하고 평소의 행동 양식에 따라 간호를 수행할 수도 있다. 또 문제를 의사소통이나 법, 혹은 의료기관과 관련된 것으로 잘못 해석하고 윤리적 구성요소를 인식하지 못할 수도 있다. 과거 간호사나 타 의료 제공자들은 안락사와 같이 생명을 위협하는 중요한 사건만을 윤리적인 문제로 규정하고 그들이 일상에서 흔히 도전 받는 윤리적 문제에 대해서는 인식을 하지 못하였다. 어떤 상황에서 윤리적 요소를 확인하고 이에 대해 적절히 대응하지 못하는 것이 간호사를 좌절시키고 소진시킨다는 사실을 깨달으면서 이러한 매일의 일상적인 사건들에 주의를 기울여야 한다.

제 2장. 생명윤리

1. 생명윤리의 정의

생명의료 윤리학은 서구의 과학과 기술의 발달로 인해 성장한 생명공학과 의학이 제기한 윤리적 문제를 해결하는 응용 윤리학의 한 분야로서 탄생되었다. 즉, **생명과학과 건강관리 영역의 행위가 도덕적 가치와 원리에 비추어 조사되고 구체적인 행위에 대해 체계적으로 연구하는 것을 말한다.**

영어로 biomedical ethics는 우리말로 ‘생명 의료 윤리’ 또는 ‘생명 의료 윤리학’으로 불린다. 생명윤리라는 개념은 생명의료윤리에서 나온 말이라고 생각해도 무방하다. 생명의료 윤리는 의료윤리와 생명 윤리로 구분할 수 있다.

의료윤리는 의사 또는 의료인이 준수해야 할 윤리적인 사안들을 다룬다. 의료 윤리와 생명 윤리의 주제들 중에서 특히 병원 환경에서 일어나는 문제들을 임상윤리라는 이름으로 따로 다루기도 한다. 학문적인 의미에서 생명윤리는 대략 1970년대 이후 미국을 중심으로 시작된 새로운 흐름이다.

- 생명의 시작과 관련된 주제

: 인공임신중절, 시험관 아기, 태아 치료 등

- 죽음과 관련된 주제

: 조력자살, 심폐소생술 금지, 치료의 중단과 보류, 뇌사와 심장사

- 의료자원의 분배

: 예산의 분배, 최첨단 치료나 시설의 사용

- 장기이식과 관련된 주제

: 공여자 권리보장, 수혜자 선정, 장기의 공급체계, 장기확보

- 생명공학

: 유전자 복제, 배아 연구, 유전자 조작 연구, 착상전 배아의 유전자 검사의 조작, 태아의 유전자 검사와 낙태, 성인의 유전자 검사

2. 간호의 윤리적 원칙(생명윤리의 원칙과 규칙)

1) 자율성 존중의 원칙

생명의료윤리의 네 가지 원칙은 미국의 생명의료윤리학자 비참(T. L. Beauchamp)과 칠드레스(J. F. Childress)가 그들의 저서 생명의료윤리학의 원리(principles of Biomedical Ethics)에서 제안한 생명의료윤리학 방법론이다.

1) 자율성 존중의 원칙(The principle of respect for autonomy)

자율성 존중의 원칙이란 사람이 자신의 생각을 가지고 선택을 하며, 개인적 가치와 신념으로 행동할 권리를 가지는 것을 인식한다는 의미이다. 여기에서 존중은 단순히 태도만을 의미하는 것이 아니라 행동까지도 포함하는데 타인의 행동이나 선택을 방해하지 않으면서 더

나아가서는 타인으로 하여금 자율적으로 선택할 수 있도록 그들의 능력을 배제하고 촉진하는 행위가 포함된다. 자유민주주의 사회는 개인의 자율성을 존중한다. 의사의 진단과 치료 역시 자유민주주의 사회에서 이루어지는 행위이므로 의료행위 역시 개인의 자율성을 최대한 존중해야 한다는 것이 자율성 존중의 원칙이다. 의사가 일방적으로 환자의 진료를 결정하는 것이 아니라, 어디까지나 환자의 자율적 의사에 따라 진료해야 한다는 것이다.

일반적으로 지지되는 자율성 존중 원칙의 주요 내용은 다음과 같다.

- 진실을 말할 것
- 타인의 사생활을 존중할 것
- 사적인 정보를 보호할 것
- 환자치료에 대한 동의를 구할 것
- 요청될 경우에는 타인이 중요한 결정을 하는 데 도움을 줄 것

2) 악행금지의 원칙(the principle of nonmaleficence)

악행금지의 원칙은 우리가 타인에게 의도적으로 해를 입거나 해를 입힐 위험을 초래하는 행위를 하지 말아야 할 의무를 의미하는 것이다. 여기에서 ‘해(harm)’을 어떻게 해석하느냐의 문제가 있다. ‘해’라는 개념은 간단하지 않으며 ‘해’에 반대되는 ‘선’의 개념과 단순히 이분법적으로 분류되는 개념이 아니다. 한쪽 끝이 선이고 다른 한쪽 끝은 해라는 연속선상 위에서 문제의 행위가 어디쯤에 위치하느냐에 따라 선 혹은 해로 분류될 수 있다는 것이다.

‘해’의 의미는 넓게는 명예, 재산, 사생활, 자유 등의 훼손까지도 의미하지만 좁게는 신체적, 심리적 이해관계의 훼손만을 의미한다. 또한 생명윤리에서는 좁은 의미에서만 사용하고 있는데 고통, 무능력, 죽음, 신체적 상해 등에 초점을 맞춘 피해로 해석되어야 할 것이다.

모든 의료인은 이 원칙에 따라 환자에게 ‘해’가 되는 행위를 해서는 안 된다. 이것은 치료과정에서 환자에게 신체적, 정신적으로 상해를 주어서는 안 된다는 의미이다. 하지만 때로 의료인은 치료과정상 환자에게 어쩔 수 없이 일부 신체적 상해나 고통을 줄 수밖에 없는 상황에 부딪히게 된다. 이 경우 환자들이 겪게 되는 고통이나 불편함은 도덕적 평가와는 관계가 없는 해로 이러한 고통이나 불편함이 환자들의 더 큰 복지를 위해 어쩔 수 없이 가해지는 것으로 해석해야 한다.

따라서 악행금지의 원칙이란 환자에게 무조건적으로 상해나 고통을 주어서는 안 된다는 의미가 아니라 환자에게 가해지는 위험과 고통을 최소화해야 한다는 의미로 해석해야 한다.

3) 선행의 원칙(the principle of beneficence)

도덕은 우리에게 타인의 복지에 기여하라고 요구한다. 이것을 의료인에게 적용시킨다면 의료인은 타인의 질병을 치료하고 건강을 증진하도록 노력해야 한다. 이를 생명윤리에서는 선행의 원칙이라고 하는데 단순히 악행금지의 원칙처럼 타인에게 피해를 주지 않는다는 정도가 아니라 해악의 예방과 제거 그리고 적극적인 선의 실행을 요구한다. 즉, 타인에게 적극적으로 도와주는 행동을 요구하고 있다.

선행이란 일반적으로 인정, 자비, 친절 등을 의미하며 이타주의, 사랑, 인본주의 등을 포

함하며 넓게는 타인의 이득을 주려는 의도로 모든 행동이 여기에 속한다. 하지만 여기에서 선행을 자비(benevolence)와 구별해야 한다. 자비는 불교의 자비 혹은 기독교의 사랑과 같이 타인에게 선을 베풀고자 하는 마음의 성향으로 일종의 덕목을 지칭하는 말이다. 그에 반해 선행이란 그 성향의 결과이든 아니든 간에 다른 사람을 돕는 행위 자체를 의미하는 것으로 생명윤리에서 중요한 위치를 차지하는 말이다. 선행의 원칙에 의하면 의료인은 보통의 도덕을 넘어서 타인을 적극적으로 도와야 할 의무가 있다.

선행이란 크게 두 가지의 중요한 개념이 있는데 하나는 적극적 선행(positive beneficent)이고 다른 하나는 효용(utility)의 원칙이다. 적극적 선행이란 대상자에게 이득을 제공하는 것을 의미하고 효용의 원칙은 행위결과로 나타나는 이득과 손실 간의 균형을 요구하는 것으로 여기에서는 이중 효과의 원칙이 적용된다. 그러나 선행의 원칙에는 이 두 가지 개념 중에서도 효용의 원칙보다는 적극적 선행을 그 기반으로 하고 있음을 알고 있어야 한다.

4) 정의의 원칙(The principle of justice)

의료현장에서 환자를 치료하는데 있어 해악을 피하고 선행을 제공하는 것이 항상 가능한 것이 아니다. 해악과 선행이 공존하는 상황이 발생하였을 경우 이때 윤리적 관심사는 어떻게 해악과 이득을 공정하게 분배하는가에 있다. 여기에서의 분배는 누가 얼마만큼의 피해를 입고 누가 얼마만큼의 이득을 보아야 하며 궁극적으로 이들 간의 분배가 얼마나 공정한가? 하는 문제이다. 이와 관련해서 생각해 보아야 할 생명윤리의 원칙을 정의의 원칙이라고 한다. 보건의료 자원의 공정한 분배는 여러 수준에서 논의될 수 있다. 정부의 자원이 보건의료에 분배되는 양, 이용 가능한 보건의료 자원이 다양한 보건의료서비스로 분배 되어지는 양, 그리고 환자 개인의 보건의료서비스에 대한 분배 등이 여기에 속한다. 만약 어느 대학병원에서 인공심장에 대한 연구가 성공적으로 진행되어 인공심장이 개발되었다고 한다면 이 인공심장을 어떤 환자에게 이식할 것인가? 원하는 사람마다 모두 이식시킬 만큼 인공심장이 충분히 마련된다면 이런 질문은 별 의미가 없겠지만 생산비용이 많이 들고 또 그 수량이 한정적일 경우에는 이 문제가 쉽게 간과될 수 없다. 이렇게 의료 자원이 한정되어 있을 경우 환자를 선택하는 기준이 문제시 된다. 이것은 분배적 정의(distributive justice)에 관한 물음이다. 분배적 정의는 재화나 서비스, 이 경우에는 의료 및 간호서비스를 공정하게 분배하는 것을 의미한다. 인간은 누구나 신분이나 경제적 능력과 상관없이 인간의 존엄성을 유지하기 위해 최소한의 의료권이 주어진다면 그 정도는 얼마 만큼이라고 할 수 있는가? 이러한 물음의 배후에 '정의란 무엇인가'라는 윤리학적 주제가 자리 잡고 있다. 정의란 공정함, 평등함, 적절함 등과 관련된 용어로 '각자에게 각자의 몫을 돌려주는 것'이라고 정의하고 있다. 또한 의료윤리의 가장 중요한 기본적 원리 중에 하나로 윤리 이론으로 접근될 수 있다. 이러한 정의의 원칙을 적용하기 위해 필요로 하는 첫 번째 가정적 조건은 인간이 순수하게 이타적인 존재도 아니고 또 완전히 이기적인 존재도 아니라는 조건이다. 두 번째 전제는 사회의 자원이나 재화가 '적절히 부족한 상태'여야 한다는 것이다. 왜냐하면 사회의 재화가 모든 사람의 욕구를 충족시킬 만큼 풍부하다면 공정하게 분배할 것인가에 대한 정의의 문제는 발생하지 않을 수 있기 때문이다. 정의를 실현하기 원칙에 있어서는 아리스토텔레스가 주장한 '같은 것은 같게 취급하고 다른 것은 다르게 취급하라'라는 형식적 원칙(the formal principle of justice)이 가장 많이 언급되고 있다. 이 원칙에서 정의는 평등과 같은 것으로 이해가 되지만 그렇다고 같다는 것이 무엇이 어떻게 같은 것이고 같게 취급하는 것이

구체적으로 어떻게 취급하는 것인지에 대해서는 언급이 없기 때문에 같은 것과 다른 것에 대한 구분의 실질적 기준을 제시하지는 못하고 있다. 이러한 한계를 극복하기 위한 방안으로 정의를 적용하기 위한 실질적 원칙들이 요구된다.

전통적 분배의 실질적 기준은 다음과 같은 것들이 있다.

- 필요 및 성과에 따른 분배
- 획일적 분배
- 노력에 따른 분배
- 성과 및 공적에 따른 분배

2. 생명 윤리 원칙에 부가적으로 필요한 원칙

1) 사전 동의

사전동의를 ‘충분한 정보에 근거한 동의(informed consent)’라는 용어로도 사용되며 다른 말로 ‘고지된 동의’라고도 말한다. 사전 동의는 법적 및 윤리적 합축성을 지니고 있으며 환자가 승낙하는 경우 치료나 시술 절차에 동의한다는 것이다. 동의 없이 다루거나 손대는 것은 비록 그 치료가 적절하고 부정적 효과가 없다고 하더라도 법적으로 폭행이다. 일반적으로 특정 사전 동의서를 요구하는 통상적인 시술 절차에는 수술, 마취를 필요로 하는 시술, 가벼운 해를 입히는 이상의 위험을 내포한 시술, 실험적 요법이나 투약 등이 포함된다. 사전 동의서는 세 가지 요소로 구성되는데 첫째, 치료나 시술 절차를 승인하는 결정이 반드시 자신의 상태와 가능한 치료를 이해하는 판단 능력이 있는 성인에 의해 자발적으로 내려져야 한다. 둘째, 환자는 반드시 의학적 치료에 관해 합리적인 결정을 내려야 하며 동의를 할 수 있다는 능력을 보여줄 수 있어야 한다. 셋째, 환자의 결정은 반드시 자발적인 선택이어야 하며 의료 제공자나 가족에 의해 강요되어서는 안 된다. 단 한 가지 예외는 부모가 아이들을 위해 절차에 동의해야 하는 경우이다. 일반적으로 사전 동의를 얻는 일은 시술을 수행하거나 치료를 처방하려는 사람의 책임이다. 더 넓은 관점에서 사전 동의의 책임은 동의 과정에 참여한 모든 사람들 즉 환자, 간호사, 다른 의료 제공자들, 그리고 가족의 문제이다. 환자는 반드시 그 결정을 이해하고 책임지는 것이 자신의 의무라는 것을 인식해야 하며 반드시 능동적으로 치료계획에 관한 정보를 얻으려고 애써야 하며, 그 다음 계획에 진심으로 참여하고 협력해야 한다. 그러기 위해서는 의료인은 반드시 그 결정이 환자에게 속한다는 점을 인식하고 환자에게 기꺼이 설명하고 질문 및 다른 대안 탐구를 위해 환자에게 충분한 시간을 할당해야만 한다. 또한 간호사는 환자가 제안된 치료나 시술을 이해할 만큼 충분한 정보를 제공받고 그 정보를 이해하며, 치료에 동의하도록 확실히 해야 한다.

2) 선의의 간섭주의(paternalism)

선의의 간섭주의(온정적 간섭주의)란 부모가 자식의 행복을 위해 좋을 것을 강요하듯이 당사자의 의사와 상관없이 타인의 선을 증진해야 한다는 것이다. 선의의 간섭주의는 환자에 대한 자율성 존중의 원칙과 의료전문인의 선행의 원칙이 갈등을 일으키는 경우 일어난다. 선의의 간섭주의가 성립하려면 우선 무엇이 당사자에게 선이 되는지를 알아야 한다. 이를 일반적으로 삶의 질(quality of life) 이라고 부를 수 있다. 하지만 이러한 삶의 질이 무엇인지에 대해서는 학자들마다 서로 다른 주장을 하고 있는데 예를 들어 선행의 원

척은 말기 암 환자에게 무엇을 요구하는가? 적극적 안락사를 시키는 것은 선행의 원칙에 어긋나는가? 자살 하도록 도와주는 것이 도덕적으로 잘못인가? 이러한 물음들은 단순히 인간의 생명이 아니라 삶의 질을 참작한 생명을 염두에 둘 때 그리 쉽게 답할 수 없는 것들이다.

보라매 병원 사건

1997. 12. 4. 14:30경, A씨는 자신의 집에서 술에 취한 채 화장실을 가다가 중심을 잃어 기둥에 머리를 부딪치고 시멘트 바닥에 넘어지면서 다시 머리를 바닥에 짚어 경막 외 출혈상을 입고 보라매병원으로 응급 후송되었다.

1997. 12. 4. 18:05경, 보라매병원 신경외과 전담의사 甲의 집도와 주치의 乙등의 보조로 경막 외 혈종 제거 수술을 하였고, 1997. 12. 5. 02:30경, A씨는 수술을 마친 후 중환자실로 옮겨져 의식이 회복되고 있었으나 뇌수술에 따른 뇌부종으로 자발호흡이 불완전하여 인공호흡기를 부착한 상태로 계속 합병증 및 후유증에 대한 치료를 받게 되었다.

A씨의 처 B씨는 여러 차례 보라매병원에 집으로 퇴원시키겠다는 의사를 밝혔다. B는 乙로부터 A의 혈종이 완전히 제거되었고 호전될 것으로 예상된다는 말을 들었으나, 그 때까지 260만 원 상당의 치료비가 나온 것을 알고 향후 치료비도 부담하기 어려울 뿐 아니라 금은방을 운영하다가 실패한 후 17년 동안 무위도식하면서 술만 마시고 가족들에 대한 구타를 일삼아 온 A가 살아남아 가족들에게 계속 짐이 되기보다는 차라리 사망하는 것이 낫겠다고 생각하여 A의 퇴원의 허용을 계속 요구하였다.

그러나 보라매병원 신경외과 전담의사 甲 등은 A씨의 상태에 비추어 인공호흡장치가 없는 집으로 퇴원하게 되면 호흡을 제대로 하지 못하여 사망하게 될 것이라고 설명하였다.

B씨는 乙의 여러 차례의 설명과 만류에도 불구하고 치료비가 없다는 이유로 乙에게 계속 퇴원을 요구하자, 보라매병원 주치의 乙은 상사인 甲에게 직접 퇴원 승낙을 받도록 하라고 하였다.

1997. 12. 6. 10:00경, 보라매병원 신경외과 전담의사 甲은 자신을 찾아온 B씨에게 A가 퇴원하면 사망한다고 설명하면서 퇴원을 만류하였고, 치료비를 부담할 능력이 없으면 차라리 1주일 정도 기다렸다가 A의 상태가 안정된 후 도망가라고까지 이야기하였다. 그러나 B는 A의 퇴원을 계속 고집하자, 甲은 이를 받아들여 乙에게 A씨의 퇴원을 지시하였다.

1997. 12. 6. 14:00경, B씨는 甲, 乙로부터 퇴원 시 사망가능성에 대한 설명을 듣고, 퇴원 후 A의 사망에 대해 법적인 이의를 제기하지 않겠다는 귀가서약서에 서명하였다.

1997. 12. 6. 14:20경, B씨가 퇴원수속을 마치자 乙은 보라매병원 1년 차 수련의 丙에게 A씨를 집까지 호송하도록 지시하였고, 丙과 B 등이 A를 중환자실에서 구급차로 옮겨 신고 A의 집까지 데리고 간 다음, 丙이 B의 동의를 받아 A에게 부착하여 수동 작동 중이던 인공호흡보조장치와 기관에 삽입된 관을 제거하였다.

A는 丙이 떠난 후 5분도 안되어 목 부위에서 킁킁거리는 등의 소리를 내며 불완전하게 숨을 쉬다가 뇌간 압박에 의한 호흡곤란으로 사망하였다. 그 후 남편의 시택 식구들이 남편의 부인과 병원 주치의의 상대로 소송을 진행하여 승소하였다. 대법원 관례에서는 부인은 살인죄, 전담의는 살인방조죄를 적용시켰다. 이 사건은 의료계에 일대 파장을 불러 일으켰다. 이 사건의 판결에 대해 의료계는 매일 의사와 환자, 그리고 보호자가 맞부딪히고 있는 의료 현장의 문제점을 간과하지 못했으며 경제적인 이유 등으로 병원에서 퇴원 할 수밖에 없는 환자들에게 어떤 의료행위를 해야 하는지에 대해 누구에게 책임을 물을 것이며 앞으로 야기될 윤리사회적 문제에 우려의 소리를 높였다. 이 사건은 훗날 뇌사 상태 환자의 퇴원을 허락해달라는 ‘김 할머니 소송’에 영향을 미치게 되었다.

3. 생명윤리의 규칙

1) 정직의 규칙(veracity rule)

정직의 규칙은 진실을 말해야 하는 의무이다. 이때 진실을 말한다는 것은 ‘진실 전체’를 그리고 ‘진실만을’ 말해야 한다는 뜻이다. 즉 정직의 원리가 포함해야 하는 것은 다른 사

람을 존중하고 선을 위해서 진실을 말해야 한다는 것이다. 특히 보건의료인에게 있어서 거짓말이나 속임수를 쓰지 말아야 하는 것은 매우 중요한 일이다. 정직하기 위해서는 선한 것과 무해한 것의 정의와 같은 독립적인 원리가 함께 적용되어야 하며 또 이 원리는 인간존중의 원리와 성실의 규칙에도 부합되어야 한다.

2) 신의의 규칙(confidentiality rule)

‘신의’는 보건의료 분야에서 ‘비밀보장’이라는 의미로 많이 사용되는 말이다. 나이팅게일 서약문에도 “간호하면서 알게 된 개인이나 가족의 사정은 비밀로 한다.”는 내용이 있다. 환자의 개인차와 독자적인 인격을 존중해야 한다는 뜻이다. 또한 간호하면서 알게 된 그들의 사생활이나 비밀을 보장해야 할 의무가 있다. 그러나 이 원칙은 자주 갈등 상황을 빚어낸다.

3) 성실의 규칙(fidelity rule)

성실의 규칙이란 약속은 지켜야 한다는 의무이다. 이 규칙은 자율성의 원리와 독자성의 개념에서 나온 것으로 규칙 중에 가장 강한 특성을 지닌 것으로 인간 사회와 인격이 존재하는 한 가지 방법으로 표현된다. 특히 계약적 관계에서는 더욱 기본적인 윤리 규칙이며 이것을 약속 이행과 동일하게 사용된다. 현대사회에서 보건의료인과 대상자와의 관계가 계약관계로 설명되는 점을 고려할 때 보건의료인의 성실의 규칙은 특히 중요하다.

3장. 윤리적 이슈(쟁점)

1. 안락사(euthanasia)

1) 안락사의 정의

안락사는 어원적으로 eu(좋은)+thanasia(죽음) 즉 ‘수월한 죽음’을 의미한다. 그러나 오늘날에는 치유될 수 없는 질병으로 커다란 어려움을 겪고 있는 사람들의 고통을 덜어주기 위해 그를 죽음에 이르게 하는 것을 뜻하게 되었다. 안락사는 ‘한 사람의 최선의 이익을 위해 불치의 병에 걸려 죽음의 단계에 들어선 환자들의 지속적인 고통을 덜어주기 위해 본인의 희망이나 가족 또는 다른 사람의 원함에 의해 환자의 생명을 단축시키는 행위’를 의미한다. 여기서 하나의 행위가 안락사가 되기 위해서는 그 행위가 반드시 죽음을 당하는 사람의 이익을 위한 것이어야 한다는 점이 중요하다. 설령 약물 등을 이용해 한 사람을 아무 고통 없이 죽음에 이르게 한다 하더라도 그 죽음이 당사자의 최선의 이익에 부합하는 것이 아니라면 정의상 안락사라고 할 수 없다.

안락사는 의사가 말기 환자에게 진통제를 투여하는 행위와 구별되어야 한다. 의사들은 말기 환자에게 충분한 양의 진통제를 투여하기를 꺼려하는 경우가 종종 있다. 환자들이 진통제 때문에 죽게 될까 봐 두려워하기 때문이다. 의사들은 만약 그런 일이 일어날 경우 안락사를 행한 것으로 간주되어 처벌받을지도 모른다는 점을 걱정하는 경우도 있는데 의사가 말기 환자에게 진통제를 투여하는 행위는 안락사가 아니다. 결코 환자의 죽음을 의도한 것이 아니기 때문이다.

2) 안락사와 관련된 개념

(1) 무의미한 연명 치료

무의미한 치료(futile treatment)란 의학적으로 환자의 예후나 삶의 질에 도움이 되지 않는 치료들을 의미한다. 우리나라에서는 “환자에게 도움 보다는 해를 끼칠 우려”가 있는 것으로 무의미한 치료를 바라보고 있다. 그러나 실제로 무엇이 무의미한 치료인가에 대해서는 의견이 분분하다. 예를 들어 중증 장애를 가지고 태어난 신생아를 열심히 치료하면 생명은 건질 수 있으나 중증 정신지체나 신체장애의 후유증이 남게 된다면 부모가 그러한 치료 자체를 ‘무의미한 치료’라고 여겨 받아들여지는 경우가 종종 있다. 이는 예후 인자와 삶의 질 까지를 모두 포함하여 ‘무의미’를 이해하고 있는 것이다.

(2) 심폐소생술 하지 않기 요청

이것은 임종 환자가 심장 또는 호흡이 멎으면 흔히 CPR(cardiopulmonary resuscitation)이라고 하는 심폐소생술을 하게 되는데 이것을 하지 말라(Do not resuscitation; DNR)는 명령이다. 심폐소생술은 심장을 다시 뛰게 할 수 있지만 임종 환자는 대부분 결국 사망하여 심폐소생술 과정에서 늑골의 골절 등 상당한 부작용을 초래하기도 한다. 또한 심폐소생술이 죽어가는 임종 환자에게 모욕적이고 비인간적인 시술로서 비치는 경우도 있다. 심폐소생술 하지 않기 요청은 환자가 심정지에 빠졌을 때 심폐소생술을 해서 심장의

기능을 회복시킨다 해도 어차피 조만간 사망을 맞이하게 될 희생 가능성이 없는 선행 질병을 가진 임종 환자의 요청에 의해 심폐소생술을 하지 말 것 표명한 의료 지시다. DNR 요청은 의무 기록에 표시되며 이 경우에는 환자가 심정지에 빠지면 바로 사망 선언으로 가고 병원에 항상 대기하고 있는 심폐소생술 팀을 호출하지 않는다. DNR 요청이 타당하기 위해서는 사전에 환자 본인 및 보호자와 함께 심폐소생술에 관한 충분한 논의가 있어야 하며 수행되어야 한다.

(3) 가망 없는 퇴원

가망 없는 퇴원(hopless discharge)란 치료를 계속해도 환자에게 더 이상 도움을 줄 수 없다는 판단을 내리고 환자를 퇴원시키는 것으로 의사, 환자 본인, 보호자가 결정한다. 우리나라에서는 전통적으로 임종은 집에서 맞이해야 하며 집이 아닌 장소에서 사망하면 객사라는 개념이 있어 가망 없는 퇴원을 받아들여 왔으나 최근 도기 거주 인구의 증가로 병원에서 사망을 하는 환자들이 크게 늘어났다. 환자가 자유의사로 퇴원을 결정하는 것은 환자 본인의 '자기 결정권'에 의해 정당화 될 수 있으나 보호자의 결정은 때로 환자 본인의 의사와 최선의 이익을 반영하지 않을 수 있기 때문에 문제가 된다. 특히 우리나라와 같이 임종 환자 진료에서 가족의 경제적 부담이 큰 나라에서는 심지어 환자 본인도 적절한 치료에 대한 요구를 하지 못한 채 가족의 눈치를 보고 퇴원하는 경우가 많다.

3) 안락사의 종류

(1) 자발적 안락사(voluntary euthanasia)

자발적 혹은 자의적 안락사란 죽임을 당하는 당사자의 의사에 따라 수행되는 안락사의 유형이다. 이는 생명 주체의 자발적인 명령, 의뢰, 신청 등 적극적인 요청에 의해 이루어지는 의뢰적 안락사와, 생명 주체가 적극적으로 원하는 것은 아니나 안락사에 동의, 승낙하는 소극적인 의사에 의해 실시되는 안락사로 분류될 수 있다. 후자의 것을 승인적 안락사라고도 한다.

오늘날 서구에서 안락사를 허용하도록 법을 개정하려는 캠페인을 벌이는 대부분의 단체는 이 자발적 안락사를 위해 운동을 하고 있다. 때로 자발적 안락사는 조력자살과 구별하기 어렵다.

(2) 임의적 안락사, 비자발적 안락사(nonvoluntary euthanasia)

임의적 안락사란 생명 주체가 생명 현상의 종식 의사를 표시할 수 없거나 의사결정이 불가능한 경우 또는 가능하다 할지라도 외부에서 이를 이해할 수 없을 때 시행자에게 정확히 전달되지 않은 상황에서 시행되는 것을 의미한다. 만약 인간이 자신의 삶과 죽음을 이해하고 선택할 능력이 없다면 안락사는 자의적일 수 없을 것이다. 이 경우에 속하는 유형은 세 부류이다. 첫째, 신생아와 중증의 정신불구자처럼 안락사에 동의할 수 있는 능력이 처음부터 없는 사람들, 둘째, 이전에는 그런 능력이 있었지만 노인성 치매 환자나 노쇠 등으로 인해 지금은 상실한 사람들, 셋째, 능력이 있지만 혼수상태에 빠져서 의사소통을 할 수 없는 사람들이다. 특히 둘째와 셋째 부류이면서 비자발적 안락사의 고려 대상이 되는 사람들은 만약을 대비해 사전에 안락사를 요청하지도, 거부하지도 않는 사람들이다. 우선 셋째 부류이면서 비자발적 안락사를 행하는 것은 도덕적으로 허용되지

않는다고 판단하는 것이 안전할 것이다. 살기를 원하는지 죽기를 원하는지를 확인할 수 있는 방법이 없기 때문이다. 만약 그들의 의사를 모르는 상태에서 비자발적 안락사를 수행하면 우리는 환자의 자율성과 생명권을 침해하게 될 지도 모르기 때문이다. 또한 첫째와 둘째 부류에게 비자의적으로 안락사 시키는 것을 도덕적으로 어떻게 평가할지는 찬반 양론이 있을 수 있다.

(3) 타의적 안락사, 반 자발적 안락사(Involuntary euthanasia)

타의적 안락사는 생명체가 적극적으로 반대함에도 불구하고 이에 반하여 통치 권력이나 시행자에 의해 실시되는 것으로 '강제적 안락사'라고도 한다. 타의적 안락사는 자신의 안락사에 동의할 능력이 있는 사람을 죽음에 이르게 한다는 점에서 자발적 안락사와 비슷하지만, 당사자가 동의하지 않는다는 점에서 다르다. 자신의 죽음에 동의할 능력이 있지만 동의하지 않은 사람에게 안락사를 수행하였을 때, 이것을 타의적 안락사라고 부른다.

(4) 소극적 안락사(passive euthanasia)

소극적 안락사는 당사자의 질병 등이 원인이 되어 죽음의 과정에 들어섰을 때 그 진행을 일시적으로나마 저지하거나 지연시킬 수 있지만 이를 방치하여 안락사 시키는 경우이다.

소극적 안락사를 '부작위적 안락사'라고도 하며 중증의 기형 신생아를 치료하지 않고 방치하여 사망케 하는 경우가 이에 속한다.

(5) 적극적 안락사(active euthanasia)

적극적 안락사는 안락사를 수행하는 사람이 처음부터 환자의 생명을 단축시킬 의도로 구체적인 행위를 능동적으로 취하는 형태이다. 예를 들어 치사량의 약물을 주사하여 환자를 안락사 시키는 경우를 말한다.

(6) 간접적 안락사(indirective euthanasia)

간접적 안락사는 어떤 현실적 변화를 목표로 하는 자신의 의도적 행위가 결과적으로는 죽음을 초래한다는 것을 알면서도 이를 수행하여 결과적으로 죽음에 이르게 하는 것으로 '결과적 안락사'라고 한다. 죽음을 초래한다는 것을 알면서도 통증을 감소시키기 위해 모르핀을 증가하는 경우가 하나의 예이다.

(7) 자비적 안락사(beneficient euthanasia)

자비적 안락사란 참기 힘든 격렬한 통증을 겪으며 진정될 가능성이 없는 경우 인간생명은 무의미하다고 보고 고통스러운 삶을 거부하는 것을 뜻한다. 이것을 주장하는 사람은 생명의 주체가 엄청난 고통을 견디며 조금 사는 것보다 죽음을 맞이하는 것이 오히려 더 자비로운 행위라고 생각한다.

(8) 존엄사(Death with dignity)

존엄사란 "죽음에 직면한 환자가 품위 있는 죽음을 맞도록 하기 위해 생명 유지 장치를 제거하는 것을 말한다." 사람의 생명에 대한 권리는 사람의 자연적인 죽음과 인간다운

죽음에 대한 권리를 포함하는 안락사의 한 형태이다. 즉 환자가 명시적으로 치료를 거부한 경우 이러한 환자의 의사는 존중되어야 하며 또한 환자의 소생 가능성이 소멸하여 사기가 임박한 경우 환자의 생명을 유지하여야 할 의사의 임무는 소멸되고 환자가 자연스러운 죽음을 맞이해야 한다는 주장이다. 존엄사에 대한 이해는 존엄사의 대상을 어떻게 정의할 것인가에 따라서 차이가 나타난다.

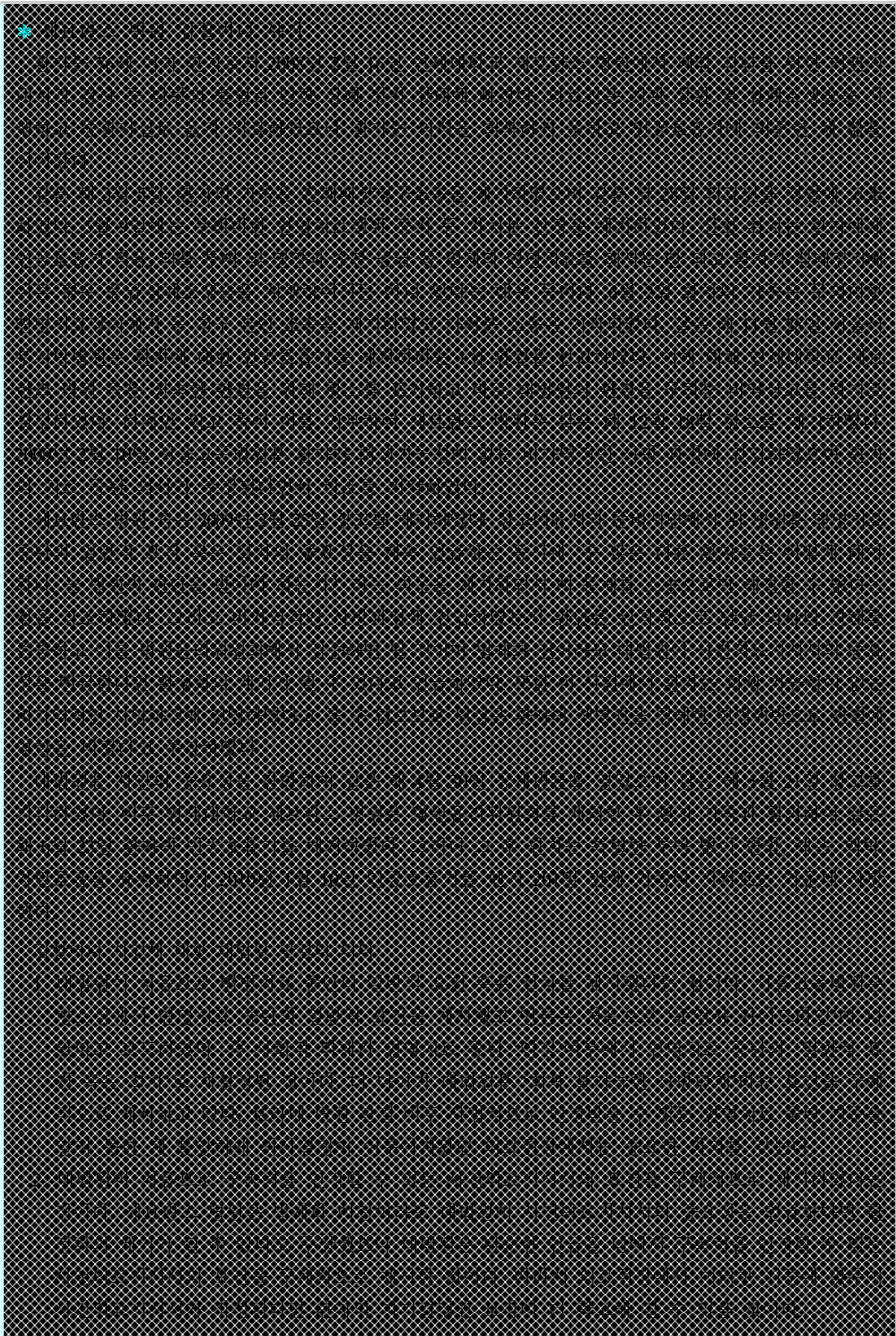
1977년 10월 제정된 미국 오리건 주의 존엄사법(The Oregon death with dignity act)에 의하면 말기 질병에 대한 정의를 ‘불치이며 불가역적이라는 것이 의학적으로 확인되었고 이후 6개월 이내에 사망할 것으로 합리적인 의학적 판단이 내려지는 것’이라고 한다면 존엄사는 의사 조력사(physician assisted suicide)를 의미한다.

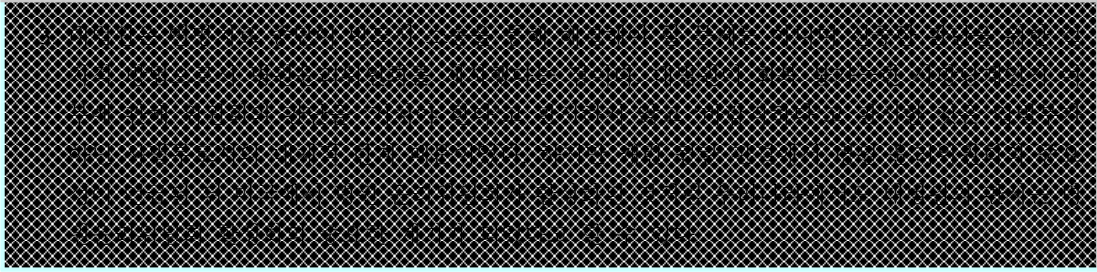
우리나라의 경우 1997년 12월에 있었던 ‘보라매 병원 사건’에 대한 1심 법원의 판결이 있던 이후 의학적으로 회복 불가능한 환자에 대해 얼마나 연명치료를 해야 하는가라는 문제가 나타났고 여러 논의를 거쳐 2002년 5월 대한의사협회가 주최하는 종합학술대회에서 ‘임종 환자의 연명치료 중단에 관한 대한 의학회 의료윤리지침’을 발표하게 된다. 여기에서도 안락사, 존엄사에 대한 개념적 혼동의 존재가 문제됨이 지적되고 있다.

(9) 도태적 안락사(selective euthanasia)

도태적 안락사란 어떤 생명체가 질병이나 사고로 심신의 상태가 극도로 악화되어 소속 집단에 많은 부담감이 되고 그 집단이 이러한 희생을 더 이상 감내할 수 없을 경우 소속 집단에 의해 해당 생명체의 생존의 가치가 거부되는 것으로 ‘포기적 안락사’라고도 한다.

(안락사의 대표적인 사례) 김할머니 사건을 계기로 우리나라에도 존엄사와 관련된 이슈에 관심을 갖기 시작했으며 병원 윤리위원회의 활성화의 중요한 계기가 되었다.





4) 우리나라의 안락사에 대한 견해

우리나라에서도 안락사는 허용되지 않는다. 고통을 경감시키기 위해서 인위적으로 생명을 단축시키는 행위는 촉탁 살인죄나 자살 방조죄로 형법상 처벌을 받는다. 하지만 소생 가능성이 없는 식물상태의 환자에게 인위적으로 생명연장 장치를 제거하는 것과 같은 존엄사의 경우에는 실제로 병원에서 암묵적으로 실시되고 있다.

우리나라에서는 존엄사를 '회생의 가능성이 전혀 없는 암, 에이즈, 뇌사 판정자가 자연스럽게 죽음을 맞을 수 있도록 적극적으로 생명을 연장시키지 않는 것'으로 정의 내렸다. 특히 2008년 세브란스의 김할머니 사건과 관련된 무의식 환자의 가족이 법원에 낸 '무의미한 연명치료 거부'요청에 대해 2009년 대법원 판사 전원이 존엄사를 허용함으로써 안락사의 한 형태인 존엄사가 법적으로 인정되었다.

우리나라 대법원에서 존엄사를 허용하는 조건은 ① 환자가 회복 불가능한 사망단계에 진입하였음이 분명하고 ② 환자의 치료 중단에 대한 의사를 확실히 확인할 수 있어야 하며 ③ 전문의사 등으로 구성된 위원회에 의해 환자의 상태와 환자의 진정한 의사가 판단되어야 한다.

5) 안락사에 대한 찬반 논쟁

(1) 찬성입장

① 존엄성 여부에 관한 의문의 제기

안락사를 찬성하는 사람들은 불의의 사고로 식물인간이 된 사람의 상태가 기계장치에 의해 심장만 뛰고 다시 살아날 가능성은 없는 사람이거나 사망시기만을 기다리고 있는 사람 혹은 극심한 고통에 시달리는 상태가 계속되고 회복의 기약도 없이 정신적 고통과 병원비 부담에 시달리는 사람들이 대부분이다. 이들은 죽지도 못하고 자신의 의지와 상관 없이 억지로 생명이 유지되는 사람의 존엄성 여부에 관한 의문을 제기한다.

② 장기이식의 기회 제공

안락사가 만약 법으로 인정이 된다면 이식할 장기가 없어서 고통 속에서 삶을 연장하는 환자들에게 새로운 삶의 기회를 준다고 생각하는 사람들도 있다. 이들은 안락사에 대한 조건이 엄격히 충족된다면 인간이 죽음을 선택하는 것이 법적 도덕적으로 허용되어야 한다고 생각한다. 인간 생명의 원칙보다 삶의 질을 우선시 하는 자들이다.

③ 품위 있는 죽음의 선택 권리

인간은 품위 있게 죽음을 선택할 수 있다고 주장하며 어떠한 경우의 삶은 죽음보다 못할

수도 있기 때문에 적극적 안락사는 허용될 수 없다 하더라도 소극적 안락사를 허용하지 않는 것은 매우 잘못된 것이라고 주장한다. 이러한 주장에 근거가 되는 것들이 다음에 제시되고 있다.

① 인공호흡기를 비롯한 생명유지 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 말기 환자들의 삶의 질이 형편없이 낮다는 것이다. ② 생명을 인위적으로 연장시키는 것은 환자 자신뿐 아니라 가족, 의료진, 병원과 사회 모두에 부담만 주는 일이다. ③ 모든 사람들은 자신의 운명을 스스로 결정할 수 있어야 하며 죽음도 선택할 권리가 있어야 한다.

④ 생명 연장 장치의 제거

안락사를 찬성하는 사람들이 인위적으로 생명연장 장치를 제거할 수 있다고 생각하는 요건은 다음과 같다. ① 환자는 의학적으로 회복이 불가능한 말기 환자로 죽음이 임박함이 명백하여야 한다. ② 환자는 죽음을 무의미하게 연장시키는 생명연장 장치를 원치 않는다는 자신의 의사를 서면으로 밝혀야 한다.

이 두 가지 요건만 충족된다면 이들은 수액공급 등의 최소한의 일반적 처치만 실시하면서 죽음이 자연적 경과를 밟을 수 있도록 해야 한다고 주장하며 환자가 의식불명에 빠져 자신의 경과를 밟을 수 없는 경우 생전에 그와 같은 의사를 밝혔거나 환자 가족이 다른 불순한 동기 없이 환자를 위해 결정을 내려야 하고 환자 가족들의 견해가 일치되어야 한다.

(2) 반대입장

① 명백한 살인 행위

살인하지 말라는 윤리규범은 전쟁이나 정당방위로 인한 살인과 같은 경우를 제외하고는 시대와 인종을 초월하여 모든 인류에게 공통된 의무이다. 특히 생명 유지를 돕는 직업을 갖고 있는 의료인들에게는 절대적으로 중요한 가치이다. 안락사에 반대하는 자들은 아무리 기능을 상실하고 의식이 없어도 심장이 뛰면 살아있다고 생각하기 때문에 만약 안락사가 허용되어 환자를 죽이는 일에 적극적으로 의료인이 개입한다면 이것은 엄연한 살인 행위라고 규정하고 있다.

② 자살은 자기 파괴적인 행위

안락사를 반대하는 자들은 스스로 목숨을 끊는 자살이야말로 인간 존엄성에 대한 중대한 도전이자, 비이성적인 자기파괴 행위인데 안락사의 기준이 아무리 정밀하게 마련이 되어 있다 하더라도 살아 있는 생명에 함부로 손을 대는 것은 있을 수 없는 일이라고 주장한다. 생명이란 인간이 인위적으로 단축할 수 없는 것이기 때문에 안락사에 반대한다는 것이 이들의 입장이다.

이 외에도 미국 간호사 협회는 안락사에 대해 반대하는 입장을 밝혔다. 특히 조력자살에 대한 행위를 명백한 살인해위라고 규정하고 있다.

6) 현대 의학의 발전에 따른 안락사의 윤리적 쟁점

현대 의학이 발전함에 따라 안락사와 관련되어 야기될 수 있는 도덕적 윤리적 쟁점으로 다음과 같은 것들이 있다.

첫째, 인공소생술의 발달로 과거에는 불치의 말기환자라고 여겨졌던 사람들이 생명유지 장치에 의해 생명 연장이 가능해졌을 경우 이들을 과연 절박한 불치병 환자라고 할 수 있으며 또한 그 때 의사가 생명연장 조치를 강구하지 않는 것을 안락사로 해석할 수 있는가의 문제이다.

만약 이 물음에 “예”라고 답할 수 있다면 이 경우는 소극적 안락사가 허용되는 경우이다.

둘째, 안락사는 의학적 수단이 따르는 것이어야 하며 생명 주체의 고통을 극소화하고 인간의 정서적 잔혹함이 적은 방법으로 수행되어야 한다. 그러므로 말기 환자에게 진통제나 마취제를 과량 사용함으로써 죽음의 시기를 다소 앞당기는 것은 허용이 가능하나 즉효성이 있다고 하여 청산가리등을 주입하여 사망케 하는 것은 허용하면 안 된다.

셋째, 안락사가 허용되는 환자의 고통은 육체적 고통에 한정되며 정신적 고통은 제외된다. 그러나 육체적 고통에 반응할 수 없는 식물인간의 경우는 안락사 허용 여부와 관련된 문제가 있다.

넷째, 상병자의 안락사에 대한 의사표시는 생명주체의 진의를 바탕으로 해석되어야 하기 때문에 ‘본인을 대신한 가족의 의사표시를 추정적 승낙으로 볼 것인가에 대해서는 이문이 제기되며 윤리적인 논쟁이 많이 되지만 현대 사회에서는 일반적으로 받아들여지는 추세이다.

연명치료 중단 80%가 중·상류층 존엄사, 치료비 탓만은 아니었다

[중앙일보]입력 2012.12.03 02:04 / 수정 2012.12.03 02:31

“품위 있는 죽음 갈수록 늘어”

연명치료 중단 택한 암 사망자 소득

단위:%



※서울 모 대학병원 암 사망자(2011년 2~7월)
169명의 건강보험료 조사. 소득은 1분위가 가장 적고 10분위가 가장 많음.

연명치료를 중단하고 숨진 암환자 10명 중 8명이 중간소득층·고소득층인 것으로 조사됐다. 지난해 2~7월 서울의 한 대학병원 에서 숨진 암환자 169명 중 사전의료의향서를 작성한 151명을 조사한 결과다(민주통합당 최동익 의원 자료). 건강보험료를 10분위로 나눠 소득을 따졌는데 151명 중 중간소득층(4~7분위)이 36명, 고소득층(8~10분위)이 86명이었다. 사전의료의향서는 임종 단계에 이르렀을 때 심폐소생술·인공호흡 등 무의미한 연명치료를 하지 않겠다는 것을 미리 결정하는 제도다. 서울대 의대 허대석(종양내과) 교수는 “경제적 약자들이 치료비 때문에 연명치료 중단을 많이 선택할 것이라는 추측이 있었는데 이번 조사는 연명치료 중단 결정에 경제적 동기보다 품위 있는 죽음을 맞으려는 의지가 더 작용한다는 것을 보여 준다”고 말했다.

건강할 때 연명치료 중단을 결정해 두는 사람도 늘고 있다. 사전의료의향서 실천모임에 따르면 요즘 하루에 약 50명이 의향서에 서명하는 것으로 나타났다

• 안락사의 대안(호스피스)

말기환자로 진단을 받고 특별한 치료법이 없는 상태에서 임종까지의 시간이 길어지게 되었으므로 이 분야를 담당할 새로운 의학분야가 탄생했다. 이를 '완화의학(palliative medicine)'이라고 부른다. 완화의학은 말기 환자의 통증 및 다른 합병증을 조절하고 임종, 그리고 사망 이후까지를 보살피는 진료 분야이다. 이 중에서 특히 임종에 임박하여 집중적으로 환자를 돌보는 것을 '호스피스(hospice)'라고 부른다. 완화의학의 목적은 환자의 통증을 조절하고 말기 환자와 관련된 여러 문제들을 보살피고 마지막으로 환자는 물론 그 가족들을 지지하는 것이다.

의료진은 만약 환자가 안락사를 요청한다면 그 사람이 왜 그런 요청을 했는지 원인을 찾아보아야 하며 그 원인을 해소하기 위해 최선을 기울여야 한다. 임종을 맞이하는 말기 환자들 중 일부에게 때로 안락사를 요구할 정도로 통증이 있는 것은 사실이지만 대부분의 통증은 의료진의 신중한 대응이나 심리적인 지지에 의해 개선이 가능한 것들이다. 즉, 대부분의 통증이 신체 그 자체의 문제 외에도 우울, 분노, 절망 등의 내적인 상태와 더 많이 결부되어 있다는 것이 전문가들의 견해이다. 그러므로 이러한 문제들을 잘 해결해 주면 환자는 좀 더 편안한 상태에서 임종을 맞을 수 있다. 호스피스란 중세기에 예루살렘으로 성지 순례를 하는 사람들이 하룻밤 편히 쉬어갔던 숙박시설에서 유래되었던 것으로 아픈 사람이나 죽어가는 사람들에게 숙식과 약을 제공해주고 보살피 준다는 뜻을 가지고 있다. 죽어가는 환자를 하나의 인간으로 대우하고 품위를 잃지 않고 평화스러운 마음으로 임종할 수 있도록 신체적, 정신적, 사회적 욕구를 충족시켜 줌과 동시에 가족들도 격려, 지원해 주는 것이 호스피스 활동이다.

호스피스적 방식은 안락사를 기독교 신학적으로 접근한 건전한 대안으로 간주된다. 호스피스 정신에 따라 의료진은 스스로를 병든 자의 필요를 채워주고자 파견된 사역으로서, 가장 연약한 인간까지도 동정심으로 보살피 준 예수님을 따르는 자로 이해한다.

현대의 호스피스 운동은 말기 암 등 현대학적으로 치료 불가능한 환자들의 고통을 덜어 주어 이들이 품위 있게 죽을 수 있도록 도와주는 의료서비스이다. 1967년 영국 태생의 전직 간호사였던 의사 시슬리 손더스가 런던에 '크리스토퍼 호스피스'를 세운 것을 계기로 본격화되었고 우리나라는 서울 성모(예전의 강남 성모)병원에서 호스피스가 시작되었다.

호스피스는 잘 준비된 상태에서 환자로 하여금 죽음을 맞이하게 하므로 안락사의 대안으로 많이 제시한다. 호스피스를 제안할 경우 수용 여부는 환자와 가족이 결정하는 것이 바람직하며 호스피스는 치료의 포기가 아니라는 것을 적극적으로 홍보할 책임도 의료진에게 있다.

현대적 의학지식과 기술 단계에서는 건널 수 없는 극심한 고통을 경감시키기 위해 중추신경계에 작용하는 진통제, 예를 들면 아편이나 그 밖의 마취제를 사용하는 경우가 종종 있다. 그러나 호스피스를 활성화하기 위해서는 마약에 대한 부정적인 인식을 떨쳐 버리는 것이 중요하다. 일반인과 달리 말기 암 환자의 통증 억제를 위해 사용하는 마약은 금단과 같은 중독 증상이 나타나지 않는다. 말기 환자 1명에게 하루 동안 1백 대의 마약주사를 투약해도 의학적으로는 문제가 되지 않는다는 보고가 있다. 또한 세계보건기구는 1인당 마약 사용량을 중요한 보건지표의 하나로 삼기도 했다. 하지만 문제는 환자가 아닌 일반인들의 마약 남용과 말기 암 환자가 갑자기 사망하였을 경우, 남은 마약을 제대로 회수할 수 있는지의 문제이지 말기환자가 마약 중독자가 될 가능성의 문제는 아니라는 것이다.

해마다 5만 여명의 사람들이 암으로 죽어가고 있는 상황에서 호스피스의 시설과 인력은 턱없이 부족하므로 이에 대한 국가적 사회적인 대책 마련이 시급하며 영국, 호주, 싱가포르처럼 호스피스의 전문의 배출도 마찬가지로 시급한 문제라고 할 수 있다.

호스피스는 신체, 정신, 가족과 사회, 그리고 환자의 영적 측면에 모두 관심이 있으며 의사와 간호사뿐 아니라 성직자, 사회사업가 등이 한 팀이 되어 환자의 죽음을 돌보는 것이다. 안락사나 의사조력자살 등과 같은 수단에 비하면 완화의학의 호스피스는 의료 본연의 목적에 충실하면서 임종 환자들을 자연스럽게 인간적으로 돌볼 수 있다는 장점이 있으므로 이 분야에 대한 관심과 지원이 확산될 필요성이 있다.

2. 인공임신중절

1) 인공임신중절의 이해

(1) 법률 규정

인공임신중절에 관한 법률규정은 형법과 모자보건법이며, 형법에서는 낙태, 모자보건법에서는 인공임신중절이라는 용어로 표현한다.

(2) 법학자들에 의한 이해

낙태 행위는 태아를 자연 분만기에 앞서서 인위적으로 모체 밖으로 배출하거나 태아를 모체 안에서 살해하는 것이다.

(3) 모자보건법

① 정의

모자보건법에서는 인공임신중절수술이라 함은 태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술을 말한다.

② 인공임신중절 허용한계: 모자보건법 제 14조

가. 본인 또는 배우자가 대통령령이 정하는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우

나. 본인 또는 배우자가 대통령령이 정하는 전염성 질환이 있는 경우

다. 강간 또는 준강간에 의해 임신된 경우

라. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신이 된 경우

마. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우

③ 모자보건법 시행령 제 15조

우행학적 또는 유전학적 정신장애나 신체 질환

가. 유전성 정신분열증

나. 유전성 조울증

다. 유전성 간질증

라. 유전성 정신박약

마. 유전성 운동신경원 질환

바. 혈우병

사. 현저한 범죄 경향이 있는 유전성 정신장애

아. 기타 유전성 질환으로 그 질환이 태아에게 미치는 영향이 현저한 질환

④ 모자보건법 시행령 제 15조 상의 허용기간

인공임신중절은 임신한 날로부터 28주 이내에 있는 자에 한하여 할 수 있다.

지난 10일 대학수학능력시험을 마친 여고생이 임신중절(낙태)수술을 받다 사망하는 사건이 발생했다. A(18)양은 지난 9일 오후 부모님과 함께 서울 광진구 화양동의 한 여성병원에서 상담을 받고 이튿날 낙태 수술을 받았다. 임신 23주차였던 A양은 수술 도중 혈압이 떨어지고 심장박동이 불안정해 인근 대학병원으로 옮겨졌지만 과다출혈 등으로 사망했다. 대한민국은 '낙태공화국'이란 오명을 안을 만큼 낙태율이 높다. 이런 상황에서 수험생이 낙태수술을 받다 사망하는 사건이 발생하자 낙태의 위험성을 지적하는 목소리가 높아지고 있다.

실제 뉴욕의 구트마커(Guttmacher) 연구소가 발표한 조사 보고서에 따르면 '안전하지 못한 낙태'로 전세계에서 매년 7만명의 여성이 목숨을 잃고 있는 것으로 나타났다. 우리나라의 경우 가임기 여성의 낙태율은 매년 조금씩 줄어들고 있지만 미혼자들의 낙태율은 여전히 높다. 보건복지부가 지난해 15~44세 가임기여성 4000명을 대상으로 낙태 실태조사를 벌인 결과에 따르면 가임기 여성의 낙태건수는 2008년 1000명당 21.9건, 2009년 17.2건, 2010년 15.8건으로 조사됐다. 그러나 미혼 낙태율은 2008년 1000명당 13.9건에서 2009년 12.7건으로 줄었지만 2010년 14.1건으로 다시 증가했다.

이처럼 미혼자의 낙태율이 여전히 높고 낙태 수술을 받은 여성이 사망하는 사례가 꾸준히 발생하고 있는 상황에서 낙태가 여성의 사망률을 높인다는 주장이 제기됐다. 지난 9월5일 유럽공중보건저널(European Journal of Public Health)에 게재된 '재생산 경력과 장기간 사망률에 대한 연구: 덴마크 인구기록 연동연구'에 따르면 낙태를 한 여성이 낙태를 하지 않은 여성보다 사망률이 높은 것으로 나타났다. 해당 연구는 미국 엘리엇 연구소(Elliott Institute)의 프리실라 콜먼(Priscilla K. Coleman)과 데이비드 리어든(David C. Readon), 산부인과 의사인 바이런 캘헌(Byron Calhoun)이 지난 1962년~1993년 사이 덴마크에서 태어난 여성 100만266명 중 16세 이후 42세 이전에 사망한 5137명의 사망기록을 분석한 것이다. 연구 결과에 따르면 낙태를 한 여성의 사망위험도는 ▲한 번만 여성 45% ▲두번 한 여성 114% ▲세번 이상 한 여성은 191.7%로 큰 폭으로 높아졌다. 낙태를 한 여성이 낙태를 하지 않고 출산만 한 여성보다 사망률이 평균 2배이상 높은 것이다.

이에 대해 김현철 낙태반대운동연합 회장은 "이번 연구 결과는 낙태가 뱃속의 아기에게만 치명적인 것이 아니라 여성의 건강과 안전을 해치는 행동이란 것을 객관적으로 보여준 것"이라며 "여성이 낙태시술로 태아를 제거하는 것은 자신의 수명도 단축하는 위험한 선택"이라고 강조했다.또 "최근에도 매일 500~1000명에 이르는 태아가 낙태로 생명을 잃고 있고 여성들은 육체적·정신적 낙태 후유증을 호소하고 있다"고 설명했다.이어 "정부는 낙태예방 사업 예산을 늘려 성교육과 홍보를 통해 국민의 생명 의식을 높여야 한다"며 "사법 당국은 불법낙태를 단속해 여성과 태아의 건강과 생명을 지켜야 한다"고 밝혔다.

2) 낙태 문제를 해결하기 위한 실천적 대안

- 임신 출산을 조절하기 위해 자신에게 가장 안전한 피임에 대한 정보를 얻으려는 노력
- 남성에게 피임을 당당하게 요구하는 것은 '순진하지 않은 여성, 밝히는 여성이어서가 아니라 여성자신뿐만 아니라 남성과 태아도 보호하려는 책임감 있는 '성숙한 여성'이라는 생각의 전환이 필요
- 피임은 임신을 피할 뿐 아니라 성병 등으로부터 남녀를 보호하는 것으로 안전한 성생활의 필수요건, 성생활의 자연스러운 일부분으로 받아들이는 의식의 전환
- 여성이 단순히 남성의 성욕구 해결을 해주는 수동적인 대상이 아닌 남성과 마찬가지로 성욕을 가지는 능동적인 주체라는 생각의 전환
- 이성과의 교감과 사랑의 표현은 성관계 만이 최선이 아니라는 생각의 전환
- 무엇보다 성생활의 모든 선택과 결정, 표현에 있어서 남성과 평등한 존재하는 생각으로 전환을 통해 실현가능함

3. 임상연구 시 윤리적 쟁점

1) 임상연구 시 간호사의 윤리적 딜레마

간호사는 낯이 급변하는 의료환경 속에서 의학적 기술과 생명공학, 과학적 탐구와 윤리적 논증을 요구하는 다양한 환경에 접하고 있다. 특히 위에서 언급한 대상자를 중심으로 연구가 진행될 때 간호사는 환자의 옹호자, 대변자로서의 역할을 성실히 수행하여야 하는 책임과 함께 또 다른 윤리적 딜레마를 경험하게 된다. 임상에서 간호사가 연구와 관련되어 경험하는 윤리적 딜레마는 일반적으로 두 가지로 요약될 수 있다.

(1) 대상자의 의사결정

대상자의 나이가 어리거나 의식상태가 모호하거나 스스로 의사결정을 하기 어려운 상태에 있을 경우 본인 스스로 연구의 목적을 이해하고 판단할 수 없어 자율성 존중의 원칙이 적용될 수 없는 경우에는 과연 누가 대상자를 대신하여 의사결정을 할 수 있는가? 미성년자의 경우에는 부모가 대신 하지만 만약 부모가 없는 고아인 경우 누가 대상자의 옹호자가 되어 결정할 수 있는가가 문제가 된다.

(2) 동료 의료인의 도움 요청

동료 의료인이 환자를 대상으로 연구를 할 때 도움을 요청한다면 과연 그 요청에 응해야 하는가? 더구나 환자의 상태가 좋지 않아 대상자가 연구에 응하기 어렵다고 판단될 경우 간호사는 환자의 옹호자로서의 입장을 취해야 하는지 아니면 동료의 입장을 받아들여야 하는지의 윤리적 딜레마가 작용할 수 있다.

(3) 환자의 경제적 사정으로 인한 치료의 중단

환자들이 경제적 사정으로 인해 환자의 치료나 간호를 중단해야 하는 상황이 발생하였을 때 많은 갈등이 유발된다고 한다.

그 외 진실 말하기, 투약 과오, 환자의 자율성 존중, 간호실무와 관련된 적절성, 심폐소생술 금지, 간호 실무와 관련된 정직성, 인공임신중절술 등이 간호사들의 많은 갈등을 유발시켰다.

(4) 간호사들의 의사결정 참여 제한

현실적으로 가족들이 환자 치료를 결정할 때 간호사의 의견을 참고하지 않는다는 연구가 있다. 의사결정 과정에서 의사가 먼저 권유하고 가족들이 이에 합의를 하거나 수용을 하는 형태로 진행이 되는데 이 과정에서 환자와 간호사의 의견은 고려되지 않는 것으로 나타났다. 그러나 환자 옹호자로서의 간호사의 역할이 증대되고 있는 현실에 비추어 볼 때 간호사의 윤리적 의사결정은 매우 중요하다. 간호사의 지위가 향상되었고 사회적 기대감 역시 높아졌기 때문에 간호사의 독자적인 의사결정의 폭과 깊이가 커졌음을 알 수 있다.

2) 윤리적 쟁점

(1) 사전 동의

일반인을 대상으로 하는 경우와 환자를 대상으로 하는 경우로 나누어지는데 우선 일반인을 대상으로 할 경우에 가장 중요한 것은 '본인이 자유의사로 참여하는가?'라는 문제

보통 사전 동의라는 용어로 표현된다. 특히 주의를 기울여 할 대상자는 빈곤한 사람, 어린이, 정신질환자, 수감자 등이다. 빈곤한 사람일 경우에는 금전적 대가에 대한 유혹이 있으며 어린이나 정신질환자일 경우에는 그들 자유의사의 보장 여부에 관한 문제가 될 수 있다.

그러므로 연구대상자가 만약 어린이일 경우에는 보호자에게 연구에 대한 동의를 받는 것을 원칙으로 하면서 7세 미만일 경우에는 보호자의 동의만으로도 그 효력이 인정될 수 있다. 그러나 7~14세일 경우에는 보호자의 동의 외에 그 나이의 어린이가 이해 할 수 있는 쉬운 언어로 동의서를 대상자에게 직접 받는 것이 권유된다. 또한 15~18세일 경우에는 성인과 같은 동의서를 같이 사용하여 보호자와 대상자에게 각각 받도록 하며 만약 대상자가 정신질환이거나 적절한 동의를 어렵다면 반드시 책임을 질 수 있는 가족이나 법적 권한을 가진 대리인으로부터 동의를 얻어야 한다.

또한 성인 환자라 하더라도 의사와의 관계에서 의사를 정신적으로 의존하기 때문에 자주적인 인간으로 독립성을 갖고 동의를 하기 어려운 경우가 많으므로 세심한 주의가 필요하다.

(2) 태아조직 실험

현행법상 인간이 아닌 태아의 세포 조직에 대한 실험에 대해 인간의 수정란이 무차별적인 실험은 통제되어야 한다는 의견에서부터 거부반응이 없기 때문에 인간의 질병 치료에 대해 연구는 지속되어야 한다는 주장에 이르기까지 많은 논란이 있다. 이와 같이 인간을 대상으로 하는 실험은 반드시 환자의 질병과 관련된 실험만 가능하다는 것이 전제가 되어야 한다.

위에서 제시한 윤리적 쟁점 중 가장 중요시되어야 하고 해결해야 할 윤리적 문제는 다음과 같다.

- 연구목적인 인류의 혜택과 실험 대상자의 이익이 갈등할 때 명백한 기준이 있어 이를 해결해야 한다.
- 실험 대상자의 자유의지에 의한 동의는 단지 인체 실험을 위한 필요조건일 뿐이므로 사전 동의를 받을 때 고려할 사항들을 철저히 확인하는 것이 중요하다.
- 인간이 사물화 도구화 되는 것의 문제점을 정확히 파악하여 안전성을 확인해야 한다.

3) 대상자의 윤리적 보호

(1) 사전동의

위의 내용 참고

(2) 손상받지 않을 권리

연구자는 연구 참여자의 안전과 안녕을 최대한 보장해야 하며 피해나 위험을 최소화 하도록 최대한의 조치를 취해야 한다.

① 심리적 손상

연구 참여자가 연구에 참여하는 과정에서 겪을 수 있는 심리적 불쾌감, 혼란, 충격 등을 의미한다.

② 사회적 손상

연구 참여로 인해서 연구 참여자에게 주어질 수 있는 사회적 불이익, 명예의 손상이

나 사회적 낙인을 의미한다.

③ 신체적 손상

연구 과정에서 겪을 수 있는 신체적 고통이나 상해를 뜻한다.

④ 경제적 손상

연구 참여나 행동반응의 노출 등으로 인해서 주어질 수 있는 재정적인 불이익 등을 말한다.

⑤ 법적 손상

연구 자료의 유출로 인해서 참여자에게 주어질 수 있는 법적인 불이익(불법적 행위나 약물 사용 등으로 인한 법적 구속, 지적 무능력자로의 판정 등)을 뜻한다.

(3) 익명성과 비밀보장

익명성은 연구자에게조차도 연구대상자의 신원이 응답과 연결될 수 없도록 하는 보호장치로 비밀보장은 연구자가 연구참여자의 응답을 밝히지 않겠다고 공개적으로 약속할 때 보장된다. 연구자는 익명성과 비밀보장을 위해 연구 참여자의 개인적 신원정보와 연구자료의 기록, 보관, 사용에 있어서 적절한 조치를 취해야 한다.

• 임상시험 심사위원회(연구윤리심의위원회)

임상시험의 윤리성을 확보하는 데 있어서 가장 중요한 역할을 담당하는 것이 임상시험심사위원회이다. 흔히 IRB(Institutional Review Board)라고 부르는 이 위원회는 계획서 또는 변경계획서, 피험자로부터 서면 동의를 얻기 위해 사용하는 방법이나 제공되는 정보를 검토하고 지속적으로 이를 확인함으로써 임상시험에 참여하는 피험자의 권리, 안전, 복지를 보호하기 위해 시험기관 내에 독립적으로 설치한 상설위원회를 말한다. 이 위원회는 기관 내에서 실시되는 임상연구에 대해 그 연구계획의 타당성 및 윤리적 건전성을 심사하여 승인하고, 연구진행을 감독하며 연구결과를 보고받는 등 막강한 권한을 가짐과 동시에 막중한 책임을 진다.

IRB의 유래는 1997년 미국에서 인간을 대상으로 하는 연구의 윤리성을 보장하기 위해 기관 내에 연구윤리위원회를 조직하여 연구에 대해 검토하도록 법령화시켰는데 이렇게 하여 각 기관마다 기관의 특성을 살린 연구윤리위원회가 조직되었다. 미국에서는 IRB라고 하고 캐나다에서는 Research Ethics Boards(REBs), 유럽에서는 Independent Ethics Committee(IEC)라 하며 우리나라에서는 생명윤리심의위원회, 임상시험심사위원회 또는 사전심의위원회 등으로 다양하게 불리고 있다.

식품의약품 안전청에서 고시하고 있는 임상시험심사위원회의 구성 기능 및 운영방법은 다음과 같다.

간호사 윤리강령은 간호직의 일차적 목표와 가치를 명백히 함으로써 간호직에 들어오려는 사람에게는 교육과 성찰의 자료가 되어 주며 간호직 내에 있는 사람에게는 자가평가와 동료 평가의 기준이 되어준다. 또한 간호직 밖에서는 간호사의 윤리적 행위에 대한 기대수준의 지표를 제공한다.

2. 한국 간호사 윤리강령의 제정 및 개정 과정

- 1955년 : 윤리위원회 발족
- 1972년 : 한국 간호사 윤리강령 제정 공포
- 1983년 1차 개정
- 1995년 2차 개정
- 1996년 : 한국 간호사 윤리강령 해설서 제정
- 2005년 : 3차 개정
- 2006년 : 대한간호협회 총회 승인

3. 한국 간호사의 윤리강령 제정 및 개정 배경

한국간호사윤리강령의 발전사를 살펴보면 대한간호협회는 1966년에 윤리위원회를 발족시켰고 1972년 한국간호사윤리강령을 제정, 공포하였다. 1983년 1차 개정, 1995년 2차 개정, 2005년 3차 개정을 거쳐 현재까지 사용하고 있다. 2006년 2월 23일 개정된 한국간호사 윤리강령이 공포되면서 개정된 윤리강령은 전문과 각론으로 구성되어 있으며 서문에는 간호의 이념과 기본 임무, 간호의 대상, 간호의 전문적 역할, 윤리강령 제정의 목적 등이 서술되어 있다. 또한 각론은 3개의 분야, 즉 간호사와 대상자, 전문가로서의 간호사의 의무, 간호사와 협력자로 나누고 그 영역 속에 15개의 항목이 분류 삽입되어 있다.

1) 한국 간호사 윤리강령 제정 배경

- 1966년 대한간호협회 내 윤리위원회가 발족되어 국제간호협회의 국제간호사 윤리강령(Code for Nurses)에 대한 홍보와 윤리의 중요성을 강조하기 위한 윤리강조 주간의 설정 등을 전개하였다.
- 1972년 윤리위원회에서 한국 간호사의 윤리강령을 초안하여 총회에서 채택할 것을 합의하였다.
- 1972년 제 39회 총회에서 15개 조항으로 구성된 한국 간호사 윤리강령이 채택, 국제간호사의 날인 5월 12일 기념식에서 정식으로 공포되었다.

2) 1차 개정 배경

- 1980년 사회적 변화에 따른 간호사의 역할과 기능변화로 새로운 간호사의 윤리강령의 필요성 인식, 윤리강령 개정을 계획하였다.
- 1981년 윤리강령 개정을 위한 소위원회를 구성하여 초안을 마련하고 1982년의 이사회를 거쳐 1983년에는 대표자회의의 최종 심의를 거쳐, 1983년 대의원 총회에서 통과되었다.
- 1983년 한국 간호사 윤리강령 1차 개정안을 채택한 뒤 윤리강령의 15개 조항을 10개 조항으로 개정하고, 강령의 첫 부분에서 간호의 기본책임과 근본이념, 강령 제정의 구체적인 목적과 궁극목표, 목적에 이르는 방법을 다루었다.
- 내용에 있어서는 적극적 건강의 개념과 간호의 근본이념을 부각시켰고 간호전문직의 입장과 의무 및 책임을 강조하면서 적극적인 어휘를 나타내는 문구로 수정하였다. 대상자를 보호하기 위한 간호사의 적극적 자세를 규명하였다.

3) 2차 개정 배경

- 이전의 윤리강령은 국제 간호사 윤리강령을 따른 것으로, 보편성은 크나 한국의 문화를 반영하는 특수성이 부족함을 인식하고 제목과 실제로 포함되어 있는 각 항목의 내용이 모순되는 부분과 사회정치적 변화에 따라 연구와 환경에 대한 언급을 추가할 필요성을 인식하였다.
- 대상자들의 권리의식 신장에 따라 새로운 간호사의 역할과 책임의 구체화가 필요하게 되었고 의료지식과 기술의 발전에 따른 간호현장의 윤리적 문제를 해결하기 위한 새로

운 교육구성이 필요하게 되었다.

- 1992년 대한간호협회 법제위원회가 간호법(안) 검토 및 간호윤리지침(안) 작성을 위한 연찬회를 개최하고 소위원회를 구성하여 한국 간호사 윤리강령을 검토하였다.
- 1994년 윤리강령 개정방향 검토를 위한 공개 토론회 개최한 후 국제간호사 윤리강령, 미국, 영국, 일본, 캐나다, 호주 등의 간호사 윤리강령과 비교 검토한 결과 '생명의 존엄성에 대한 강조, 간호사의 역할, 자율성, 가족의 참여, 연구활동 및 환경문제' 등이 필요한 것으로 종합하였다.
- 1994년 대한간호협회 법제위원회와 윤리강령 소위원회가 연석회의를 개최하여 개정안을 검토하고 다시 제 62회 정기총회에서 검토한 것은 소위원회에서 재검토하였다.
- 1995년 5월 25일 제 4회 전국대회에서 2차 개정안을 채택하였다.

4) 3차 개정

(1) 배경

- 인간의 생명을 다루는 의료인에게는 업무의 공공성으로 인해 전문직으로서의 권한, 책임감, 자율성, 전문성을 요구하면서 일반 직업종사자들과 달리 고도의 직업윤리가 강조되어 왔으며, 직업적 행동의 도덕성을 지키기 위하여 전문직 단체를 중심으로 법은 아니나 전문직이 부여한 책임과 신뢰를 받아 이를 실천하고자 하는 사회적인 천명으로 윤리규약을 갖추고 있었다. 그러나 2차 개정 이후 최근 10년간 의료현장은 생명윤리, 인구특성의 변화, 취약계층의 확대, 가치관의 변화, 환경오염 등 사회 환경의 변화와 의료 관련 법규들의 개정, 전문간호사제도와 요양시설 확대 등에 따른 간호영역의 확장으로 실무현장에 적용되는 새로운 윤리원칙과 표준이 개발되어야 한다는 필요성이 높아져 개정이 불가피하였다.
- 간호계에서도 1953년 국제간호협의회(International congress of Nursing, ICN)에서 '간호사윤리강령(Code of Ethics for Nurses)'을 제정하여 공포한 이래 세계 각국에서 이를 기초로 한 윤리강령을 제정하여 간호윤리의 지침으로 삼아 왔다. 2000년 ICN의 재개정을 통해 간호사의 기본책임을 건강증진, 질병예방, 건강회복, 고통경감에 두고, 본연의 자세로 삶의 권리와 존엄성을 포함한 인간의 권리존중, 연령, 피부색, 신념, 문화, 불구와 질병, 성별, 국적, 정치, 인종 또는 사회적 신분에 의해 제한 받지 않도록 하며 간호대상으로 개인이나 가족, 지역사회, 그와 관련된 여러 단체들에게 보건사업을 제공한다고 명시하였다. 특히 개정된 내용에는 '특별히 약한 사람들을 위해 공공의 사회적 요구, 기본 책임과 지원 행동에 있어서의 사회와 공유', '자연환경의 고갈, 오염, 붕괴나 파괴로부터 보호, 유지하는 책임공유' 등 새로운 영역이 등장하여 변화된 의료 환경에 적합한 간호윤리 구현을 위해 노력하고 있음을 보여주었다.
- 외국의 사례를 보면 호주는 전문직의 기본적인 도덕적 공약을 확인하여 전문직 강령에서는 간호실무의 최소한의 기준을 설정해 놓아 실무에서 윤리적 의사결정을 해야 할 때 유용하게 이용할 수 있도록 하였다. 캐나다는 2002년도 개정에서 윤리적인 간호행위를 위한 8가지 주요소로 가치(Safe), 안전하고 적절한 윤리적 간호(competent & ethical care), 건강과 웰빙(Health & wellbeing), 존엄성(Dignity), 비밀유지(Confidentiality), 정의(Justice), 책무(Accountability), 양질의 실무환경(Quality practice environments) 등을 제시하였다. 일본도 사회적 책무를 구체적으로 명시하고 이를 강조하는 간호단체의

공익성 강조를 추가하는 등 다른 국가들도 시대변화를 수용하여 적극적으로 대처하고 있음을 볼 수 있다. 이와 같이 빠르게 변화되는 의료 환경에서, 간호전문직 단체는 간호윤리를 재정비하고 새로운 방향을 담아 간호전문직으로서 지켜야 할 내용을 공개해 간호사와 국민간의 상호 인식변화를 촉구하도록 하여야 하지만 기존의 간호사윤리강령으로는 한계가 있음을 인식하게 되었다.

- 실제 2003년도 실시된 간호사의 간호윤리 지침 요구도 조사에서도 실무중심의 구체적이고 실질적인 윤리지침이 마련되어 활용되어야 한다고 보고하였다(대한간호협회, 2003). 그러나 지금의 윤리강령은 전문이 너무 길고 추상적이며 철학적이어서, 행사나 게시용으로 활용하는데 불편한 점이 있으며, 특히 지난 10년간 진보된 의료환경의 변화를 수용하지 못하는 한계를 지니고 있다. 그러므로 새롭게 추가될 개념과 수정될 내용을 중심으로 간호윤리를 재정비하여 간호전문직이 윤리표준을 가지고 윤리적 간호를 실천할 수 있도록 간호윤리선언-강령-지침으로 구성된 실용적인 틀이 마련되어야 한다.
- 따라서, 이번 3차 개정작업은 새로운 의료 환경에 적합한 간호윤리의 구현을 위하여 국제적 변화추세와 국내환경 변화에 근거하여 한국간호사윤리강령 개정(안)을 제시함으로써 전문직 간호사의 기준이 되는 간호표준을 마련하고자 하였다.
- 3차 개정안의 구성형식 및 개정내용은 ICN의 구성 체계를 따라 서문과 3개 영역에 따른 15개의 각론으로 구성하였고 기존의 11개 항목에 시대를 반영하는 새로운 개념들인 취약계층 보호, 건강한 환경의 구현, 자신의 건강과 품위유지, 도덕적 간호제공, 생명과학 기술과 존엄성 보호 등을 추가하였다.

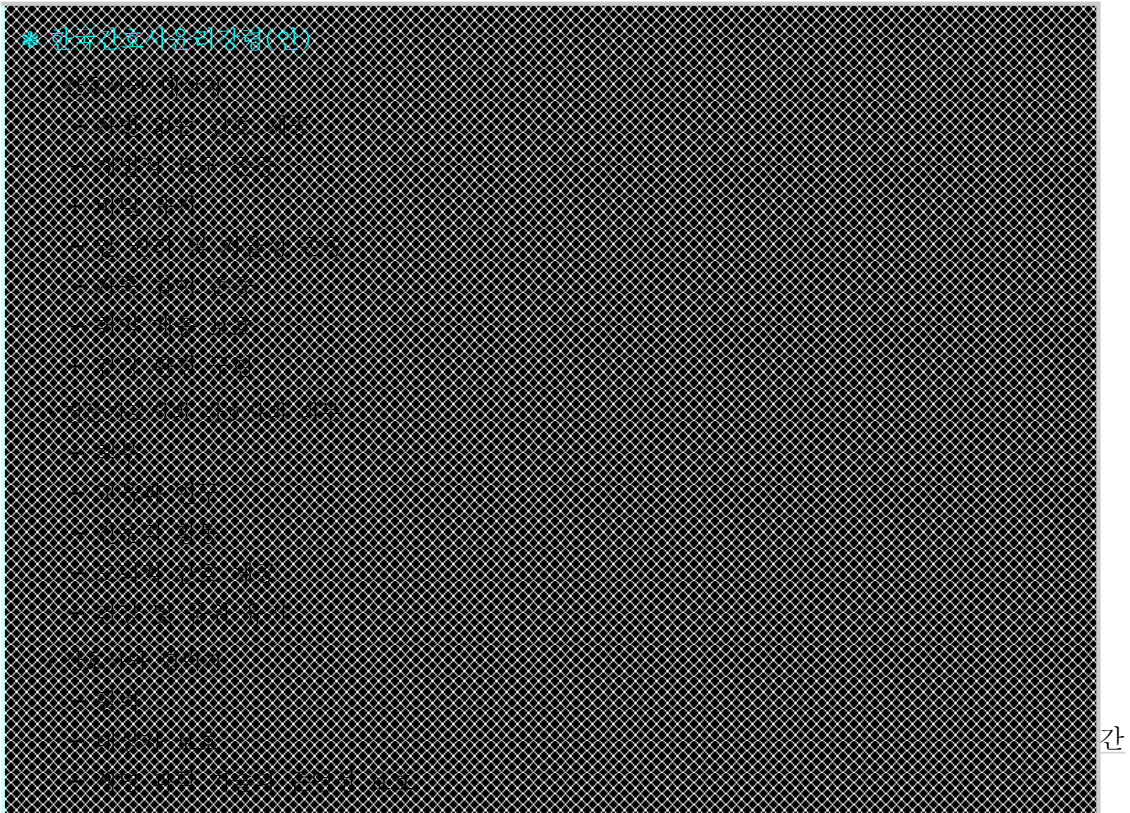
(2) 본 개정작업의 구체적 목적

- 첫째, 국제간 비교를 위하여 한국과 ICN, 미국, 캐나다, 일본, 호주 등 외국의 간호사 윤리강령을 비교 검토하고, 둘째, 우리나라의 다른 전문직 단체의 윤리강령과 비교 분석하며, 셋째, 우리나라 실정에 적합한 간호사윤리강령의 개정(안)을 제시하는데 있다.

① 새 개정안의 변경내용과 의미

서문에서는 기본개념의 변경은 없이 문장을 보다 간명하게 정리하는 수준이었으며, 각론에서는 기존의 10개 조항을 15개 조항으로 확충하였으며, ‘간호사와 대상자’, ‘전문가로서의 간호사의 의무’, ‘간호사와 협력자’의 3개 범주로 구분하여 제시하였다.

② 개정된 한국간호사윤리강령(안)



출처: 대한간호 제 44권 3호 통권 235호

4. 간호사 윤리강령의 기능과 한계

전문직 윤리강령은 단순성, 모호성, 보편성 그리고 불완전성 때문에 간호사가 직면하는 윤리적 재문제에 대한 해결책을 명확하게 제시해줄 수는 없다. 그러나 최소한의 지침은 제공되며, 간호윤리 문제의 체계적인 탐구를 시작하기 위한 좋은 출발점을 제공한다는 데 그 의의가 있다.

의료인이나 법률가와 같은 전문직 종사자에게는 직업상 위상에 합당한 윤리강령들이 존재해 왔다. 의료인의 윤리관에도 개인차는 존재하기 때문에 사회는 일정 수준 이상의 윤리 기준에 따른 전문직의 의무와 책임을 정리하여 일련의 규칙으로 만들게 된 것이다. 윤리강령은 보통 사람들이 왜 그것에 따라 행동해야 하는지 그 이유는 설명하지 않는다. 단지 전문직은 윤리강령을 준수해야 한다고 말할 뿐이다. 그 결과 윤리강령은 마치 절대적이거나 결코 변하지 않는 것으로 잘못 인식되고 있지만 윤리강령은 바뀌면 안 되는 불변의 원칙은 아니다.

1) 간호사 윤리강령의 기능

- 간호사 윤리강령은 법이 아니라 간호실무를 통제하기 위한 윤리적 측면을 다루려는 것으로 법률적인 측면과도 무관하지 않으며 간호사가 법에 대한 인식을 하게 됨으로써 윤리적 책임을 다하게 하려는 것이다.
- 전문직 윤리강령은 신조와 계율의 혼합으로 구성된다. 신조로서의 강령은 전문직 업무의 서약과 같은 것으로 전문직 종사자들에게 대상자들에 대한 특별한 책임을 상기시킨다.
- 전문직 윤리강령은 신조와 계율의 혼합으로 구성된다. 신조로서의 강령은 전문직 업무의 서약과 같은 것으로 전문직 종사자들에게 대상자들에 대한 특별한 책임을 상기시킨다.
- 간호전문직은 간호사가 그들의 유리한 지위를 기만하지 않고 대중을 책임지기 위한 행동의 높은 이상을 차지하고 공식화할 필요가 있다.
- 계율로서의 강령은 보다 구체적인 상황에서 행위를 조정하기 위한 것이다.
- 표준 이하에 속하는 자를 분명히 훈시하기 위해 전문직이 허용하는 최소한의 품위 있는 행동을 수행할 수 있는 표준을 제공한다.
- 행동결정에 있어서 전문직이 참고해야 하는 윤리적 고려사항의 일반적 조건을 암시하는 두 가지 중요한 기능을 가진다.
- 간호사 윤리강령은 간호사에게 있어 어떤 행위가 도덕적으로 정당한가의 기준을 제시하고 이런 정당한 행위를 촉구하는 역할도 할 수 있다.
- 간호사 윤리강령은 전문직업적 자율을 행사하기 위한 한 수단이면서 동시에 사회와 전문직이 부여한 책임과 신뢰를 받아들이고 이에 따른 의무를 다할 것을 대사회적으로 천명하는 것이다.
- 또한 윤리강령은 간호사 개인에게 강요된 외적인 규율이라기보다 간호양심과 철학의 집단적 표현으로 간호행위를 안내하고 평가하기 위한 일반적인 원칙을 제공한다.
- 대상자와 다른 건강요원들과 전문직을 위해 책임을 수행할 수 있도록 기본적인 틀을 제공한다.
- 간호사 윤리강령은 간호행위를 안내하고 평가하기 위한 일반적인 원칙을 제공하고 간호사들이 윤리적 의사결정을 할 때 기본 지침을 제공한다. 그러나 간호업무 수행 중 일어나는 도덕적 딜레마를 해결하는 것은 아니다. 전문직 윤리강령은 간호의 도덕 문제의 체계적인 탐구를 시작하기 좋은 출발점을 제공한다.

2) 간호사 윤리강령의 한계

대부분의 전문직이 구성원 간의 의사소통을 위해 윤리강령을 간결하게 제정하는데 이러한 간결성으로 인해 아래와 같은 한계성을 지닌다.

- 윤리강령은 도덕 문제를 해결하기 위한 답을 제공하는 것이 아니며 최소한의 지침을 주는 것이다.
- 규약은 상반되는 지침을 피할 수 없으며 그에 따라 광범위한 수용을 하게 된다.
- 의무와 금지사항에 대하여 불명확하고 의무에 대해 불완전한 부분이 있다.
- 자율적 통제와 동료강화에 대해 불명확하다.
- 국제간호사 윤리강령에서 제시한 간호사의 네 가지 기본 책임을 볼 때, 고통을 경감시키기 위해서는 건강증진을 위한 노력을 포기하는 것이 되거나 생명을 유지하기 위해서는 고단위 마취제 사용으로 겪는 고통을 완화시킬 수는 없는 모순에 빠지게도 한다.

- 간호사가 임상에서 겪는 윤리적 딜레마에 대한 명쾌한 극복방안을 제시해 줄 수 없다.
- 간호사가 간호현장에서 따라야 할 윤리규칙이나 함양해야 할 품성이 시대와 환경에 따라 달라질 수밖에 없으므로 윤리강령은 절대적인 지침이 될 수 없다.

5. 한국 간호사 윤리 선언문

1) 한국 간호사 윤리 선언문 제정 배경

- 윤리선언이란 해당 전문직의 높은 윤리성을 대 사회적으로 선언하는 것이다.
- 윤리지침은 윤리선언과 윤리강령을 바탕으로 해당 전문직 종사자들이 갖추어야 하는 바람직한 윤리적 자세와 실천 가능한 윤리적 행동을 구체적으로 제시하는 것이다.
- 새로운 의료환경에 적합한 간호 윤리 구현을 위해 국제 변화추세와 국내 환경변화를 반영하고, 한국 간호사 윤리강령 개정안을 기반으로 전문직 간호사가 실무에 적용할 수 있는 구체적 윤리지침서와 윤리선언문을 마련하고자 연구를 시도하였다.
- 2004년 간호윤리 재정비 요구와 함께 한국 간호사 윤리강령 개정 작업을 실시함에 있어 윤리선언문과 윤리지침을 만들 필요성이 제기되었다.
- 인간의 생명을 다루는 간호사에게는 직무관련 윤리문제에 대한 분석 및 판단 능력에 대한 계속 교육이 필요하기 때문에 실무에 적용할 수 있는 윤리지침이 요구되었다.

6. 국제간호사 윤리강령

(국제 간호사 윤리강령의 제정과 개정의 배경)

국제간호협의회는 1899년 창립 당시부터 법적 문제와 윤리 문제에 관심을 두고 있었고 1953년 브라질에서 개최된 제 10차 총회에서 국제 간호윤리 규약이 제정 채택되어 전 세계 간호사들의 간호행위와 윤리적 바탕을 비롯해 전 세계 간호와 관련된 법적, 윤리적 바탕을 제공해 왔다.

1965년 일부 문구가 수정되었고 1969년 문구수정의 재요청이 있어 1972년 소위원회를 거쳐 잠정적 개정이 이루어졌다. 1차 개정내용으로는 서문과 전문을 ‘간호사와 대상자’, ‘간호사와 업무’, ‘간호사와 전문직’, ‘간호사와 사회’, ‘간호사와 협동자’ 등으로 구성되었다.

이후 1973년 멕시코에서 개최된 회원국 대표자 회의(Council of National Representatives; CNR)에서 채택되었다. 2000년 급변하는 시대적 상황에서 윤리강령 개정의 필요성이 제기되어 간호사 자문그룹과 비간호사 그룹의 윤리학자 및 여러 나라 간호사 단체를 통해 간호사 윤리강령을 수정 보완하고 ICN 운영 위원회와 대표자 회의의 승인을 받아 현재 사용하고 있다.

그 후 2차 개정을 통해 ‘간호사와 대상자’, ‘간호사와 사회’를 합쳐서 ‘간호사와 인간’으로 하여 전문을 4부분으로 수정하였다.

간호전문직과 윤리문제

오늘날 간호사들은 스스로 전문적이라는 자부심을 가지고 간호가 필요한 모든 사람에게 인간답고 질이 높은 간호를 베풀기 위해 인간생명의 존중과 국민보건의 향상 및 복지사회 실현을 위해서 간호직에 종사하고 있다(김미정과 김명희, 1999).

직업에 대해 연구하는 학자들은 전문직의 특성을 여러 가지로 논의하고 있으나 가장 특징적인 것은 전문화된 지식과 기술, 교육, 사회에 대한 봉사, 자율성, 그리고 철학적 사고 및 윤리라고 할 수 있다 (지성애 외, 2000).

간호윤리의 철학적 기초는 간호전문직의 윤리적 성찰과 윤리적 간호의 의미를 확인하는 것으로부터 출발할 수 있다. 전문직 간호사들이 윤리적 성찰을 해야 하는 이유는 첫째, 실제로 우리가 마땅히 행해야 할 바는 무엇인가를 알아서 실천해야 하며, 둘째, 새로운 기술의 발전으로 인하여 환자간호 가능성의 범위가 확대되어 간호사들이 행해야 하는 것이 무엇인지를 구별하기가 어려워졌기 때문이다. 이에 간호사들이 현실적으로 당면하고 있는 문제들을 해결하기 위해 실제적인 지침이 되어 줄 수 있는 간호윤리에 대한 모색이 필요하다. 윤리적으로 간호한다는 의미는 간호사들이 자신의 행위에 대한 정당성을 제시할 수 있어야 하고, 윤리적인 판단을 할 때 보편성을 인정받을 수 있는 판단을 해야 하며, 궁극적으로 중요한 것은 인간의 존엄성을 존중해야 한다는 것이다 (한성숙 외, 1999). 이를 실천하기 위해서는 윤리적 문제들을 인식하는 도덕적 민감성이 요구되며, 이는 교육을 통해서 얻어지고 훈련되며 윤리적으로 문제가 되는 의사결정 상황에서 책임있는 결정을 할 수 있는 바탕이 된다 (Jaeger, 2001).

윤리적인 의사결정을 하기위해서 간호사는 환자에 대한 전문적 옹호를 바탕으로 해야한다. 전문적 옹호는 전문직의 역할 목적에서 비롯되며 일반적 옹호 또는 환자권리 옹호보다 범위가 더 넓은 것으로 환자중심주의에 입각한 인본주의 간호의 가장 핵심적인 윤리적 개념이며, 간호사의 책임으로 볼 수 있다(Grace, 2001 : 조갑출 1996).

생명공학의 획기적인 발전과 더불어 생명윤리에 대한 관심이 증대되었다. 생명윤리는 1971년 V. R. Potter가 [생명윤리 : 미래에의 가교 (Bioethics ; bridge to the future)]에서 소개하여 학계에서 처음으로 공식화되어 새로운 학문분야로 자리잡게 되었고 한국에서는 80년대부터 관심을 갖기 시작하였다. 생명윤리는 인간생명에 대한 간섭 특히 의학과 생물학에서의 실험 및 그 발전과 관련된 간섭들의 정당성 여부를 고려하는 윤리철학의 한 분야로서 과학적, 생물학적, 의학적 자료를 통하여 인간의 인간에 대한 개입의 합법성을 검색하는 것이다(소병욱, 1996).

생명윤리의 목적은 존재 자체에서부터 파악된 참된 인간관에서 비롯되는, 이성적으로 합당한 기준에 입각한 객관적인 윤리적 응답을 하는데 있다. 따라서 생명윤리는 당연히 인간학적 기초를 요청하게 되고 다양한 형태의 인간관, 윤리관 중 인격주의에 입각한 생명윤리를 채택하게 된다.

모든 생명과 관련된 윤리문제들은 인격주의적 철학의 기초와 그에 입각한 윤리원칙들은 육체적 생명의 가치, 인간생명의 시작에 관련된 각종 생명과 관련된 문제들, 고통과 병, 임종과 죽음, 과학적 인간 발전을 위한 각종 인간조작, 개인과 가정과 사회의 의미와 그 상호성에서 비롯되는 생명윤리의 문제들, 인간의 지성적 자유 및 그 책임과 관련된 문제들의 위치를 정하고 윤리적 평가를 하게 된다(소병욱, 1996). 오늘날의 생명윤리의 문제로 대두되는 것은 생명의 시작과 관련되는 문제로 인공임신중절, 유전자 복제, 인간배아 만들기, 시험관

아기, 기형이 심한 신생아의 치료, 수정란 냉동 및 매매, 사후 수태, 실험실 수태 및 출산, 자궁 빌려주기, 복제 인간 만들기, 성 선택의 인위적 조작, 무성생식, 동물 자궁에 인간 배아 착상시키기, 인간과 동물의 교배 실험, 양질의 인간 만들기, 치료제를 위한 태아 만들기, 이기주의적 생태 파괴에 대한 문제이며, 이러한 발상은 생명을 생산품으로 전락시키려고 한다. 죽음과 관련되는 문제는 뇌사, 안락사, 심폐소생술 금지, 치료의 중단과 보류에 대한 문제가 있으며, 의료자원의 분배문제로 예산의 분배, 최첨단치료 및 시설의 이용에 관련된 문제가 있고, 공여자의 권리보장, 수혜자 선정, 장기의 공급체계, 장기의 확보 등과 같은 장기 이식과 관련된 문제들이 있다(소병욱, 1996).

이러한 생명윤리문제들은 곧 간호사가 경험하게 되는 윤리문제들이 된다. 간호사와 대상자와 관련된 것으로는 안락사 (김애경, 2002), 치료 및 간호중단 (유호정, 2002), 말기환자 간호 (조계화 와 한희자, 2001, Scanlon, 2003), 심폐소생술 금지결정(이순행, 1999,), 뇌사와 장기이식(한성숙 외, 1999, 강희영, 1999), 환자의 자율성 존중, 진실을 말하기, 비밀 유지, 임신중절과 관련된 문제 (Bandman & Bandman, 1995) 등이 있다.

간호사와 동료와 관련된 문제들을 살펴보면 동료와의 갈등문제, 상급자와의 갈등문제, 의사와의 갈등문제(Rumbold, G., 1993), 보건직, 행정직, 보조직과의 갈등문제 등이 있다. 간호사와 실무와 관련된 문제들은 자신이 속한 기관과의 갈등, 지식과 숙련도 부족과 관련된 문제, 정직성문제, 투약과오와 관련된 문제 등이 있다. 간호사와 의사의 관계에 있어서의 윤리적 물음은 의학적 판단의 불일치와 윤리적판단의 불일치, 간호전문직의 자율성에 관련된 것이다(김상득, 2002).

간호사와 전문직과 관련된 문제들로서는 간호사의 권익과 관련된 문제, 노동조합의 단체행동과 관련된 문제, 의료자원 분배와 관련된 문제, 인력관리와 관련된 문제들이 있다. 교육 및 연구와 관련된 문제들로는 연구대상자 연구수행, 출판 및 저작, 연구비 관리, 학생교육, 학생실습교육과 관련된 문제들이다.(Seymour & Skilbeck, 2002 ; 김중호, 2003 ; 정유석, 1999 ; 강희선, 1997).

김미주(2000)는 생명의료윤리에 관한 간호연구를 분석한 결과에서 간호윤리문제의 특징, 태도, 윤리관에 대한 연구가 가장 많았다고 하였으며, 사전동의, 장기이식, 인공임신중절, 윤리강령, 특정환자 간호에 대한 윤리에 대한 연구가 시행된 것으로 보고하였다.

간호사들을 대상으로 시행한 한성숙(1992)의 연구에서는 간호사들이 심각하게 경험한 윤리 문제들은 생명존중과 관련된 문제, 업무과다로 인한 업무소홀, 소생 불가능한 환자에 대한 보호자의 희망, 실험적인 치료행위, 의사의

지시에 대한 의문, 안락사문제, 간호사의 부름에 대한 의사의 무반응, 개인능력 이상의 업무과다, 간호사에 대한 환자의 부당한 요구, 출신학교 차이에서 오는 갈등 등으로 분석되었다.

Tschudin(1993)은 간호윤리 문제들을 간호사와 환자간의 문제에서 비밀유지의 문제와 옹호를 들었으며, 간호사와 의사간의 문제에서 간호사의 자율성, 독립적인 의사결정, 의학적결정과 치료에 대한 도전에 대하여 설명하였다. 간호사와 그들의 고용주간의 문제에서 간호의 표준에 대한 것과 간호행위의 책임과 의무, 관리자와의 갈등, 치료와 정책에 대한 반대를 들었으며 간호사들 간의 관계에서 폭력행위, 약물의 오·남용, 간호과오에 대한 문제를 제기 하였으며, 간호사와 전문직과 관련해서 정치적 행위, 파업, 전문직관에 대한 문제를 제시하였다.

Haddad(1988)는 간호사의 연령, 학력, 근무장소, 직위 및 근무경력과 간호사의 윤리문제 경험 빈도와 경험 시에 어려움으로 인식하는 정도는 역상관 관계가 있으며, 종교의 유무와

는 정상관 관계가 있다고 하였다.

Raines(2000)은 암환자를 간호하는 229명의 간호사들을 대상으로 한 연구에서 간호사들이 32종류의 윤리적 딜레마를 경험하였고, 가장 많이 경험한 윤리문제는 통증관리였으며, 비용 억제, 삶의 질에 관련된 문제, 환자-의사-간호사 관계, 환자에게 진실을 말하는 문제, 환자 간호 비용, 비밀유지, 존엄사의 순으로 경험하였다고 하였다. 또한 조계화와 한희자(2001)는 간호사는 말기환자를 간호하면서 환자에게 진실을 말할 수 없거나 환자의 자율성 침해 등을 전문직 간호사로서의 직업적 도전으로 받아들일 수 있음을 시사하였다.

이에 비하여 간호학생이 인지한 윤리적 딜레마는 회복이 불가능한 환자의 생명에 대한 보호자의 포기 관련 문제가 가장 많았고, 환자에게 진실을 말하지 않는 문제, 원칙에 어긋난 간호행위를 하는 문제, 환자의 비밀유지

문제, 환자의 요구와 의시지시 사이의 갈등, 환자 및 보호자의 동의문제, 가망이 없는 환자의 방치 등 27 가지의 윤리문제에 대한 것이었다.(한성숙과 안성희, 1997). 또한 간호학생들이 간호현장에서 경험한 윤리문제는 주로 의료전문직과 관련된 윤리문제, 삶의 질/임종과 죽음에 관련된 문제, 대상자 행위와 불일치할 때의 윤리문제, HIV/AIDS와 감염성 질환을 가진 환자와 관련된 문제, 임상실습과 관련하여 교수와 임상간호사의 실습지도의 차이에서 오는 갈등에 관한 문제 등 이었다 (한성숙 등, 2001).