

1장. 간호의 이론적 기초

1. 간호의 개념

1) 간호의 정의

간호의 사전적 의미는 ‘nursing’으로 nurture에서 유래되었으며 ‘먹이다, 기르다, 양육하다’의 뜻을 지니고 있다. 한자의 의미로는 볼 간(看), 보호할 호(護)로, 지켜보며 보살피고 돌보아주고 보호한다는 뜻이 있다.

또한 넓은 의미의 간호는 ‘병들고 약하고 부자유스러워서 도움과 보호가 필요한 사람을 보살피고 보호한다’는 것도 포함된다.

간호를 정의하는데 있어서 학자마다 관점이 다르지만 내용을 살펴보았을 때는 유사한 점이 많다.

나이팅게일은 ‘간호란 대상자로 하여금 자연적 치유가정이 잘 진행될 수 있도록 돕는 것이고, 생명의 자연스러운 과정이 장애를 만났을 때 극복할 수 있도록 인간의 상태를 가장 좋게 유지하도록 돕는 것으로 모든 연령층, 사회, 문화에 속한 사람들을 돕는 데 역점을 두고 있다’고 함으로써 간호실무가의 책임면에서 간호를 자연의 건강 법칙에 대한 체계적인 탐구에 근거한 인간의 건강을 증진시키는 것으로 정의하고 있다.

우리나라에서는 대한간호협회가 1983년 “간호는 모든 개인, 가정, 지역사회를 대상으로 하여 건강의 회복, 질병의 예방, 건강의 유지와 그 증진에 필요한 지식, 기력, 의지와 자원을 갖추도록 직접 도와주는 활동”이라고 정의하였다.

2) 간호의 목적

(1) 건강증진

간호사의 기본 임무로서 건강증진이면 현재 건강문제를 가지고 있지 않은 대상자가 최적의 건강상태를 유지하고 향상할 수 있도록 생활양식의 변화를 돕는 것이다. 여기서 최적의 건강은 신체적, 정서적, 사회적, 영적, 지적 건강의 균형 상태를 말한다. 건강증진이 되도록 도울 때 간호사는 대상자의 자율적인 결정을 최대한 존중(최대한의 정보제공의무)하여 대상자의 개별성(문화적, 사회 경제적 상황)을 고려한 건강증진이 가능할 것이다.

(2) 질병예방

질병예방이란 건강을 위협하는 요인이 있는 대상자를 보호하고 특정한 질병이나 합병증이 발생하지 않도록 돕는 것을 말한다. 간호사는 지역사회 및 직장에서 건강교육을 통하여 정기검진을 실시하여 조기에 발견할 수 있도록 노력하는 것이다. 간호하는 대상자에게 질병예방을 위한 간호를 수행함에 돌봄의 원리와 선행의 원리에 입각해야 한다. 또한 대상자의 자기결정 권리를 침해하지 않도록 유의해야 한다.

(3) 건강회복

건강회복이란 건강문제를 지닌 대상자가 최적의 기능 수준을 되찾아 최상의 안녕상태를 성취할 수 있도록 도와주는 것으로 장애의 예방과 기능향상, 사회로의 통합 등을 포함한다. 간호사는 대상자가 가능한 정상적이고, 활동적이며 생산적인 삶을 되찾을 수 있도록 적절한 간호중재를 제공할 뿐만 아니라 새로운 기술을 소개하고 치료방침 및 필요한 자가 간호를 계속 유지할 수 있도록 도와야 한다.

또한 간호사는 건강문제를 지닌 대상자를 돌봄에 있어 다른 어떤 직종 보다 직접적인 관계 형성을 통하여 계속성을 유지하게 되므로 특히 대상자가 가족의 의사를 존중하고 그들의 문화에 적절한 간호를 제공하도록 노력해야 한다.

(4) 고통경감

고통 경감을 통하여 결과적으로 간호사는 대상자의 합리적인 판단능력을 회복시키거나 유지시킬 수 있기 때문에 인격의 존엄성을 유지시킬 수 있다. 고통이란 신체적, 정신적, 영적인 고통을 모두 포함하므로 간호사는 단순한 투약을 통한 고통 경감만이 아니라 다양한 접근방법을 개발하고 제공하여 고통완화를 도모하여야 한다. 간호사는 대상자와의 신뢰감 있는 대인관계를 형성하여 고통을 사정하는데 있어 대상자 개인의 느낌과 평가를 존중하며 간호중재 시에는 대상자의 개별적 상황을 중시하는 등 대상자 중심의 접근을 해야 한다.

2. 간호학

간호학은 간호활동을 과학적 논리에 맞게 지식으로 형성하여 경험적 근거를 가지고 체계적으로 설명하는 것으로 인간과 그 생활 현상을 다루는 학문이다. 학문으로서의 간호학은 간호의 독특한 철학적 관점으로부터 오며 개인, 가족, 집단, 조직, 지역사회 및 세계의 광범위한 인간과 그 생활현상을 다룬다.

간호학문은 전문적 학문으로 실무적 목적으로 하는 서술적 이론일 뿐만 아니라 처방이론도 만들어내며 임상 실무에서 정의되어지기보다는 임상실무를 관리하는 학문이다. 또한 인간과 임상현상이 만나는 실천학문으로 인간과 환경과의 관계 속에서 인간의 총체적 건강관점에서 발전하였고 건강문제에 대한 인간반응의 전체적 시각에 초점을 맞추고 있다. 따라서 간호학문은 간호과학과 전문직의 기초를 내포한다.

3. 간호과학

1) 과학

과학이란 체계적이고 조직적인 방법에 의해 얻어진 지식체로 일정한 원리에 기초하여 목적에 맞도록 조직된 지식체이다. 또한 합의된 증거들에 의해 지지된 현상에 대한 통일된 지식체이다. 과학 그 자체는 논리성, 실증성, 객관성 등의 속성으로 인간이 알 수 있는 문제, 즉

경험할 수 있는 문제를 다루어 문제의 소재와 해결을 분명히 하여 실제적이고 사실적이다.

2) 간호과학

간호는 과학적인 측면과 기술 및 예술적인 측면 모두를 가지고 있으며 학문으로서의 간호학은 간호의 독특한 철학적 관점으로부터 오며 개인, 가족, 집단 및 조직, 지역사회와 세계의 광범위한 인간과 그 생활현상을 다루는 학문이다.

간호과학은 생애에 걸친 질병, 건강에서의 인간반응에 대한 분석이다. 즉 인간 유기체의 행동 유형을 정의할 수 있는 지식체이며, 간호의 내용과 현상을 해명하는 것이다. 또한 간호과학은 경험적 과학으로서 인간을 대상으로 하는 특징이 있으며 인간이 건강을 유지, 증진하고, 질병을 예방하며 질병으로부터 회복하도록 간호를 제공하는 간호업무의 지침이 되는 과학적 지식체이다.

3) 간호과학의 목적

간호과학의 목적은 첫째, 인간의 본질을 규명하고 인간의 행위를 설명하며 이해하고 인류의 이익을 위한 것이다. 둘째, 간호의 특성을 연구하고 간호행위를 서술, 설명, 예측, 통제하는 것이다. 셋째, 간호현상을 예측함으로써 생물적, 행동적, 사회적, 문화적 영역에서 건강과 질병에 대한 인간의 반응을 설명하는 것이다.

4) 간호과학의 특징

(1) 경험적 과학

간호과학은 명백한 개념들을 필요로 하며 경험적 지식 축적에 따라 이론적 자료가 분명해진다. 또한 개념간의 상호연관성에 의해 새로운 방향을 제시하게 된다.

(2) 인본주의 과학

간호과학은 인간을 대상으로 하며 창조적 기능의 독특한 표현방법을 요구하고 있다. 간호는 인간의 기본적인 욕구를 충족시키는 것과 관련된 기술적 측면과 과학으로서의 이론적 측면도 필요하다.

(3) 응용과학

간호는 전문직으로 응용과학이며 응용과학의 본질적 내용에는 과학을 사용하는 전문직의 사회적 목적과 상호의존적인 관계가 포함된다. 간호과학은 개인과 집단의 최적의 건강상태를 유지 증진하며 질병예방 회복증진, 건강과 질병의 일반 지식의 확대 등 사회적 목적을 이루기 위해 잘 정의된 지식을 이용하는 임무를 수행하고 있는 응용과학이다.

4. 간호학(간호과학)의 지식구축

간호가 학문이기 위해서는 일정한 원리에 따른 지식체계를 이루고 있어야 한다. 간호과학은 그 특성상 실무가 중요하기 때문에 이를 위한 지식구축이 필요하다. 실무적인 가치를 갖는 이론은 과학적인 방법에서만 나오는 것이 아니며 여러 가지 앎의 방법을 통해서 만들어진 다. 이러한 방법을 토대로 만들어진 이론은 이론과 실무를 유용하게 연결해주고 지식을 발달시키기 위한 기초 자료로서 제공한다. Carper(1978)는 간호사들이 실무에서 가치 있게 생각하고 또한 실제로 사용하는 지식구축의 네 가지 형태를 다음과 같이 분류하였다.

1) Carper의 지식형태

(1) 윤리 : 간호에 있어서 도덕적 지식의 요소

간호에서 지식의 도덕적 요소인 윤리는 규범 혹은 간호윤리 강령으로, 다른 관련 학문이나 사회에 대한 단순한 지식의 수준을 넘어서 무엇을 해야 하는가, 무엇이 좋은 것이고 옳은 것인가, 무엇이 책임감인가에 대해 순간순간 판단하는 것을 포함한다. 윤리적인 판단을 하는 것은 갈등을 일으키는 가치, 규범, 이해관계 혹은 원칙들과 상충하는 것을 포함하는데 윤리적 딜레마에는 만족스러운 답은 없고 보다 적은 악을 택할 수 있는 불안정한 차선책만 존재한다.

윤리적 지식의 창조적 과정에는 명료성(clarifying), 가치성(valuing), 옹호성(advocating)이 있다. 먼저 명료성과 가치성은 무엇이 선이고 무엇이 옳으며 누구의 이익이 보장되어야 하는지 혹은 행동의 목표는 무엇인지에 대해 다른 철학적 입장을 설명하며 개인윤리의 기초를 형성해준다. 이것은 간호사 자신과 타인의 권리와 책임에 대한 옹호자로 행동할 때 사용되어진다.

(2) 미학 : 간호의 예술적 요소

간호에서 미학적 요소는 예술(art) 혹은 행위(act)라고 부르는 단일하고 독특하면서 주관적인 표현에 대한 의미를 이해하는 것이다. 이것을 미학적 앎이라고 하는데 간호에 있어서의 미학적 앎은 행위와 태도, 취향, 타인에게 반응하는 간호사의 상호작용을 가시화시켜 준다. 이것은 순간적으로 부딪치는 일에서 무엇이 중요한 것인지 바로 알게 해주며 이렇게 의미를 파악함으로써 예술적 간호행위를 창조한다. 미학적 앎은 참여(engaging), 해석(interpreting), 시각화(envision)를 포함한다. 참여란 어떤 상황에 자신을 직접 개입시키는 것을 뜻하며, 해석은 순간적 의미에 창조적이며 독자적으로 반응하게 해주며 창조적인 가능성을 새롭게 떠오르게 한다. 간호사의 행위는 예술적 기교의 요소를 띠고, 독특하고 의미 있는 창조적 상호작용을 깊이 있게 나타낸다. 즉, 간호사의 미학적 행위는 장기간의 훈련과 교육이 필요한 구체적인 지식의 형태로서 주어진 상황에서 우선적인 것이 무엇인가 하는 판단, 상황 속에서 감지되는 뉘앙스, 간호사 자신의 관심, 흥미, 행위자로서의 욕구 등에 기초하여 환자를 위해 무엇을, 언제, 어떻게 해야 하는지를 알게 해주는 지식이다.

(3) 개인적 지식 요소

개인적 지식은 간호사가 간호 대상자와의 상호작용을 위해 자신을 치료 도구로 사용하는 능력에 관한 지식을 의미한다. 즉 자기 자신을 알고 다른 사람과의 관계 속에서 다른 사람을 알게 됨으로써 습득하게 되는 지식의 형태이며 객관성을 초월한다. 개인적 지식은 경험이 부족한 학생들에게는 간접경험을 통해서 폭을 넓힐 수 있다. 개인적 지식의 창조적 과정은 개방화(opening), 중심화(centering), 인식화(realizing)이다. 개방화는 의식적인 자각을 갖고 경험을 모두 받아들이는 것이며 중심화는 개인의 내적 의미를 형성하는 명상의 과정이다. 또한 인식화는 행위와 말과 인격을 통해 표현하는 과정으로 총체적인 자아로 행동하는 것이다.

개인적 지식은 간호사가 자신이나 환자를 관찰하는 것에 대한 방법으로 주관적이며 개인적인 만남을 통해 총체적으로 증진하는 것이다. 이러한 지식의 내용 구성은 분리해서 인식하기보다 통합하여 사고하는 경향이 있다. 실무에서 자신의 경험을 실현화하고 자신의 경험과 지식을 통합한다. 따라서 개인적 성숙과 개인적 자유 의지가 지식의 구성요소가 되며 여기에는 영적인 지식과 추상적인 형태도 포함된다. 왜냐하면 개인적 지식은 언어로 표현하기 어렵고 성격으로 나타나기 때문이다.

(4) 경험 및 실증적 지식 요소 : 간호의 과학

실증성이란 알려진 것을 보고, 만지고, 듣는 감각을 통해 접근할 수 있는 것으로 실증적 지식의 발전은 과학적인 가설 검증방법에 의해 이루어졌다. 경험 및 실증적인 지식 요소를 과학적 지식이라고 할 수 있는데 과학적 지식은 지금까지 축적된 사실적 자료를 갖고 이론적 기초로 이용한 것이다. 또한 연역적, 귀납적 방법의 이론 구축 방법을 활용하여 간호학 고유의 지식체를 형성하고 결과적으로 형성된 이론의 형태는 서술적, 설명적, 예측적인 이론이 되는 것이다.

실증적 과학을 창조하는 과정에는 기술(describing), 설명(explaining), 예측(predicting), 통제(control)가 포함된다. 간호의 과학적 지식은 인간의 행위 또는 사실을 나열하여 개인적 경험에서 분리하여 객관화시킴으로써 그 관계된 현상을 기술, 설명, 예측하고 통제하는 기능을 한다. 또한 경험적 지식으로 관련성을 설명하고 예측하는 개념적 모형과 이론이 표현된다. 이러한 형식에 맞추어 만들어진 아이디어는 지식체를 형성한다.

사 례
<p>박씨는 2일전에 유방절제술을 받았으며, 환자는 자신의 진단에 대해 알고 있으나 아직 종양에 대한 정확한 병리적 결과가 나오지 않았기 때문에 어떤 치료를 받게 되는가에 대해서 주치의로부터 설명을 듣지 못하고 있는 상태이다. 박씨는 진단에 대해서 걱정은 하고 있지만 걱정과 불안 때문에 아무 것도 할 수 없는 상태는 아니며 통증 조절이 잘되고 있고 신체적으로도 회복이 잘 될 것으로 보여진다.(간호사의 경험적 지식 사용)</p> <p>박씨를 담당하는 김 간호사는 환자 수술과 관련하여 상처회복의 전반적인 과정을 알고 있으며 수술로 인한 신체적 스트레스 반응에 대해서도 알</p>

고 있다.(간호사의 경험적 지식 사용)

또한 수술 3 일째를 맞아 환자는 곧 이노 상태를 경험하게 될 것이고 수술로 인한 통증은 정도가 많이 약해지리라는 것을 알고 있다. 그밖에도 많은 환자들이 수술 3 일째에 우울증을 보이는 것으로 보아 박씨도 기분의 변화를 느낄 수 있으리라는 것을 안다. 이러한 사항들은 경험적 지식을 통해 알게 된 사실들이다.(간호사의 경험적 지식 사용)

김 간호사는 또한 환자를 간호하는데 있어 돌봄 이론 (caring theory)을 적용하고 있으며 이 이론에 따르면 환자를 대하는데 있어 항상 진실해야 한다고 한다. 그리고 환자는 자신에 대한 정보를 알 권리가 있다고 믿으며 윤리적으로 환자가 필요로 하는 정보를 제공할 준비가 되어 있다. 이는 김 간호사 자신의 윤리적 지식에 따른 간호의 원칙이라 볼 수 있다.(간호사의 윤리적 지식 사용)

김 간호사는 개인적으로 기분의 변화를 경험하는 환자를 간호하는데 대해 편안하게 느낀다. 왜냐하면 그러한 환자를 간호한 경험이 많을 뿐 아니라 김 간호사 자신이 암으로 유방절 제술을 받은 경험을 가지고 있기 때문이다. 예술적으로 김 간호사는 환자를 위해 우선 무엇을 하며 다음은 무엇을 해결할 것인가, 즉 통증을 먼저 해결하고 다음은 평안의 정도를 높여 준다는 등을 안다. 또한 그렇게 하는 이유에 대해서도 안다.(간호사의 예술적 지식 사용)

2) 과학적 지식체(앎, knowing)의 특징

과학적 지식체는 체계적이고 조직적인 방법에 의해 얻어진 지식체이며 합의된 증거에 의해 지지되는 현상에 대한 통일된 지식체이다.

(1) 추상성(abstratness)

추상성이란 시간과 공간으로부터의 독립성을 의미하며 이는 특정 시간과 특정 장소에 관계가 없어야 한다. 이유는 과학의 목적인 과거의 설명과 미래의 예측을 위해서는 시간적 공간적 독립이 요구되기 때문이다. 만약 장소와 시간에 따라 지식이 변화해야 한다면 그 때마다 이론이 필요하게 되기 때문에 독립적이어야 한다.

(2) 간주관성(intersubjectivity)

간주관성이란 공동체적 자아, 공유적 이해, 합의된 객관성의 의미를 지니고 있다. 일반적으로 심리학자들은 간주관성의 개념을 “활동에 참여한 자들 사이의 공유된 이해”로서 정의한다. 간주관성에는 두 가지의 의미가 있다. 하나는 외현성(겉으로 나타남)을 갖는 간주관성으로 한 개념에 의해 의미된 사건이나 현상 그리고 하나 이상의 진술에 의해 명시된 개념들 사이의 관계에 대해 공유된 합의를 뜻한다. 이는 과학자가 새로운 개념을 가능한 한 분명하

계 정의하려고 시도하는 데 있어 이 새로운 개념의 정의에 사용된 다른 용어에 대해 합의가 공유될 때 가능하다. 다른 하나는 엄격한 논리의 간주관성으로 진술들 간의 관계에 대한 공유된 합의로 개념들 간의 관계에 대한 하나의 진술 혹은 진술들의 집합에서 진술의 내용에 독립적인 논리적 체계를 가져야 한다는 것이다. 이를 위해 자신의 이론에 사용하기 위한 논리적 체계를 개발하거나 이미 다른 사람들에 의해 개발된 것을 사용할 수 있다.

(3) 경험적 연관성(empirical relevance)

경험적 연관성이란 특정이론과 객관적인 경험적 자료 사이에 일치성을 검증할 수 있어야 함을 의미한다. 즉 하나의 이론이 다른 과학자의 객관적 연구에 의해 비교될 수 없다면 이는 한 이론가의 개인적 철학이 될 뿐이며 공유된 지식체인 과학의 일부가 될 수 없다는 것이다. 과학적 결과들을 평가하고 판단하는 접근으로는 반복적인 결과를 통한 진리의 지지, 증거들의 양상을 지지하는 학자사회에서의 잠정적인 합의, 실제의 기술에 도전하는 다른 학부사회에서의 잠정적인 합의, 사회 구성원에 의해 객관적인 기준의 사용 등이 있다.

3) 간호지식(간호학적 앎)이 필요한 이유

- 간호사는 인간의 건강에 대한 실질적인 문제를 해결하는 데 필요한 지식을 사용하는 기술과 능력을 개발해야 한다.
- 간호의 초점이며 전문직 간호의 실제인 전인(whole person)을 위한 삶의 모든 과정에 있는 인간을 돕는 방향을 제시해야 한다.
- 간호사는 건강문제를 분석하고 해결하기 위해 과학적인 방법(간호과정, 근거중심간호)을 사용하는 실무자이어야 한다.
- 간호사는 사회의 건강요구에 부응하기 위해 단순한 행위자가 아닌 합리적이고 타당성 있는 목적을 향한 간호진단과 중재에 필요한 지식을 적절히 사용하는 전문가이어야 한다.

5. 간호의 메타패러다임

1) 패러다임(paradigm)

패러다임이란 어떤 한 시대 사람들의 견해나 사고를 근본적으로 규정하고 있는 테두리로서의 인식의 체계, 또는 사물에 대한 이론적인 틀이나 체계를 의미하는 것으로 어떤 학문 분야의 사람들이 공유하는 지배적 견해, 지배적인 사유와 틀을 뜻한다. 즉, 세계를 보는 견해나 이데올로기로서 현상을 이해하기 위해 조직된 아이디어, 견해, 체계적 관점을 뜻한다.

2) 메타패러다임(metaparadigm)

메타패러다임은 학문이나 전문직을 구성하는 개념적 또는 철학적 틀로서 이는 전문직을 위한 이론과 모델을 구성하는 지침이 된다. 간호학에서의 메타패러다임은 인간, 환경, 건강, 간호의 4가지 개념으로 구성된다.

3) 간호의 메타패러다임

(1) 인 간

인간에 대한 간호학적 견해는 인간을 전체적으로 파악하려는 전인적 견해(holistic point of view)로 보는 것이 일반적이며 전인적 견해란 통합된 전체로서 인간은 능동적이고 환경과 상호작용하는 존재로 보는 것이다. 따라서 간호학에서의 인간관은 인간의 모두를 포함하는 전체 이상의 개념인 총체론적 관점을 취할 때 더욱 친숙하게 받아들일 수 있다.

* 이론가에 의한 인간의 정의

1) 나이팅게일(Florence Nightingale)

인간은 질병에 대처할 자연적인 회복력을 지닌 대상이며 환자는 간호대상이 되거나 혹은 환경에 의해 영향을 받는 사람이다.

2) 로저스(Martha Rogers)

인간은 부분들에 대한 지식으로 예측할 수 없는 전체에 고유한 특성들을 조작하는 것과 패턴에 의해 확인되는 환원하거나 분리할 수 없는 다차원적인 에너지장이다.

3) 로이(Calista Roy)

인간은 변화하는 내적 외적 환경과 끊임없이 상호작용하며 전체로서 기능하는 개방적 적응체계 또는 생물 심리 사회학적인 존재이다.

4) 파시(Rosemarie Rizzo Parse)

인간은 우주와 되어감을 함께 창조하는 개방적인 존재이다.

5) 페플라우(Hildegard Peplau)

인간은 생물-화학적, 신체적, 대인관계적 특성과 욕구를 가지고 있는 자기체계이다.

6) 오렘(Dorothea Orem)

인간은 생각하고, 상징화하고, 상징을 사용할 수 있는 존재로서 보편적, 발달적 자기간호 욕구를 가진 자기간호를 할 수 있는 총체이다.

7) 헨더슨(Virginia Henderson)

인간은 간호의 수혜자로서 신체적, 정신적 또는 사회적 욕구를 지닌 존재이며 개인 뿐 아니라 가족도 포함된다.

8) 킹(Imogene King)

인간은 반응하는 존재이면서 시간성을 지닌 사회적 존재로서 생각하고 느끼며 감지하고 목표를 설정하여 성취하기 위한 행위와 방법을 선택하고 의사결정을 하는 능력을 지닌 통합체이다.

9) 베티 뉴만(Betty Neuman)

인간은 대내적인 저항 방어요인을 지니고 안정선을 유지하려는 경향을 지니며 정상 안정선의 평형을 위협하는 수 많은 스트레스원에 대해 융통성 있는 방어기전을 사용할 수 있는 개인뿐만 아니라 집단 즉 가족, 지역사회, 인간을 포함한다.

(2) 환 경

환경은 인간을 둘러싸고 있는 것으로 인간생존에 영향을 주는 모든 요인으로 정의되며 물리적 환경과 사회적 환경으로 나눌 수 있다. 물리적 환경은 생물학적 환경인 토양, 우주, 광

선, 화학물질 등이 포함되는 자연환경과 인공적 환경(의복, 주택, 공장 등)이 있고 사회적 환경에는 정치, 경제, 문화, 종교, 교육, 연구 사회 조직 등과 같은 인간환경이 포함된다.

<p>※ 이론가에 의한 환경의 정의</p> <p>1) 나이팅게일(Florence Nightingale) 환경은 나이팅게일 이론의 기반으로 모든 유기체의 생명과 발달에 영향을 주는 외부적 상황과 힘을 말한다. 건강한 환경과 간호와의 상호작용이 나이팅게일 이론의 기반이다.</p> <p>2) 로저스(Martha Rogers) 환경은 부분들의 특성과는 구별되는 특성을 조작하는 것과 패턴에 의해 확인되는 환원불가한 다차원적인 에너지장이다.</p> <p>3) 로이(Calista Roy) 환경은 개방체계인 인간에의 내적 및 외적 자극으로 한 개인이나 집단의 발전과 행위에 영향을 미치며 둘러싸고 있는 모든 조건, 주변상황 및 영향요소이다.</p> <p>4) 파시(Rosemarie Rizzo Parse) 환경은 인간과 떼어놓을 수 없는 것으로 에너지의 상호교환이며 함께 더 복잡하고 다양한 것을 추구하는 특성으로 율동적 패턴에 서로 영향을 주는 것이다.</p> <p>5) 페플라우(Hildegard Peplau) 환경은 유기체 외부에 존재하는 힘으로서 문화와의 관계 속에 있으며 대인관계 과정을 포함한다.</p> <p>6) 오렘(Dorothea Orem) 환경적인 상황은 물리적, 정신사회적 상황 등과 같은 인간 외적 주변을 말한다.</p> <p>7) 헨더슨(Virginia Henderson) 환경에 대해 직접적인 언급은 없었고 생물체의 삶과 발전에 영향을 주는 모든 외적 조건과 영향의 총합이라는 웹스터 사전을 인용하였다.</p> <p>8) 킹(Imogene King) 환경은 인간과 같은 개방체계에서는 체계와 그를 둘러싼 환경에서 상호작용이 발생하며, 끊임없이 변화하는 특징이 있다.</p> <p>9) 베티 뉴만(Betty Neuman) 환경은 주어진 시간에 인간을 둘러싸고 있는 내적 외적 힘으로써 인간의 정상방어선을 방해하고 체계의 안정성에 영향을 미칠 수 있는 인간내부, 인간외부의 스트레스 원을 포함한다.</p>

(3) 건강

건강이란 개념은 매우 추상적인 것으로 의료인들 간에도 매우 다양하게 정의되고 있다. 건강이란 육체적, 물리적, 심리적 및 사회적 측면을 포함하는 다차원적인 현상으로 어느 문화 집단에서나 인류의 기원과 함께 생활의 일부로 존재해 왔고 상대적이고 주관적인 특성이 있기 때문에 건강과 질병의 경험은 문화의 영향을 받는다. WHO는 건강을 ‘단순히 질병이 없을 뿐 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태’라고 정의하고 있다. 과거에는 질병과 건강을 이분법적으로 분리하였으나 오늘날에는 “질병과 건강이 연속선상에 존재하는 개념으로서 가능한 최적의 안녕상태와 기능 상태를 유지하는 것이 건강이다”라고 정의하고 있다.

※ 이론가에 의한 건강의 정의

1) 나이팅게일(Florence Nightingale)

건강은 안녕한 것이며 우리가 갖고 있는 모든 힘을 충분히 사용하는 것으로 환경적 건강요인을 통해 질병을 예방함으로써 유지된다.

2) 로저스(Martha Rogers)

건강이란 삶의 과정의 표현이며 인간과 환경장 사이의 상호적이고 동시적인 상호작용을 나타내는 특징이며 행위들이다.

3) 로이(Calista Roy)

건강은 통합된 전체로 되어가는 것과 존재하는 과정과 상태이다.

4) 파시(Rosemarie Rizzo Parse)

건강은 살아있는 경험으로 되어감의 과정이다.

5) 페플라우(Hildegard Peplau)

건강은 창조적이고 건설적이며 생산적인 개인과 지역사회 생활을 향한 특성으로서 인간과정의 지속적인 움직임이다.

6) 오렘(Dorothea Orem)

건강은 신체적, 정신적, 사회적, 대인적 측면으로 분리할 수 없는 통합적 상태이다.

7) 헨더슨(Virginia Henderson)

건강은 독립적으로 기능하는 개인의 능력에 기반을 두고 있다.

8) 킹(Imogene King)

건강은 삶의 주기에서 보여지는 하나의 역동적인 상태이다.

9) 베티 뉴만(Betty Neuman)

건강은 인간이 안녕한 상태나 체계가 안정한 상태를 말한다.

(4) 간호

간호란 환자로 하여금 자연적 치유과정이 잘 진행될 수 있도록 돕는 것이고 생명의 자연스러운 과정이 장애를 만날 때 이를 극복할 수 있도록 인간의 상태를 가장 좋게 유지하도록 돕는 것이다. 전문직으로서의 간호는 인본주의적이며 전인적으로 대상자 및 간호의 실제적 및 잠재적 문제에 대한 반응을 나타내고 있으므로 독특하다. 인간은 자신이 처해 있는 환경 속에서 최적의 건강을 유지 증진하기 위해서 간호가 필요하다.

* 이론가에 의한 간호의 정의

- 1) 나이팅게일(Florence Nightingale)
간호란 환자를 자연적인 치유과정이 진행될 수 있도록 돕는 것이다.
- 2) 로저스(Martha Rogers)
간호란 건강을 유지 증진시키고 질병을 예방하며 아프거나 장애가 있는 사람들을 돌보고 재활시키는 데에 열정적인 관심을 바치는 인간과학이다.
- 3) 로이(Calista Roy)
간호란 아프거나 잠재적으로 아픈 사람들을 돌보는 것들과 관련된 활동과 분석과정을 나타내는 지식의 이론적 체계로서 개인의 적응반응 증진에 초점을 둔다.
- 4) 파시(Rosemarie Rizzo Parse)
건강경험에서의 질적 참여에 초점을 두고 있다.
- 5) 페플라우(Hildegard Peplau)
간호란 건강증진을 목표로 하는 교육적 수단이며 중요한 치료적 대인관계 과정이다.
- 6) 오렘(Dorothea Orem)
간호란 예술이자 돕는 서비스로서 개인이나 집단이 스스로 환경이나 조건들을 유지, 변화시키도록 돕기 위해 간호사에 의해 수행되는 활동이다.
- 7) 헨더슨(Virginia Henderson)
간호란 건강에의 회복 및 건강한 생활, 평화로운 죽음을 맞는데 있어서 본인이 필요한 만큼의 의지, 지식, 힘이 있으면 다른 사람의 힘을 빌리지 않고 스스로 할 수 있도록 도와주는 것이다.
- 8) 킹(Imogene King)
간호는 개인이 자신의 건강을 유지하고 자신의 역할을 수행할 수 있게 하는 것이다.
- 9) 베티 뉴만(Betty Neuman)
간호는 인간에게 영향을 미치는 모든 변수들을 다루는 독특한 전문직으로 최대한의 안녕과 유지를 위해 개인과 가족, 그룹을 돕는 활동이다.

6. 간호이론

1) 간호이론의 기능

이론은 어떤 현상을 기술하고 설명하고 예측하고 통제 또는 처방하려는 목적을 가진 상징적

서술이다. 즉 이론은 개념, 정의, 명제 등과 같은 서술문이 내적으로 구성된 집합체로 현상의 체계적 견해를 나타내고 이론의 기능인 서술, 설명, 예측, 통제에 유용한 것이다. 간호이론은 간호가 무엇이며 간호사가 무엇을 하는지를 서술하고 간호의 철학적 근거를 밝힌다. 또한 인간을 어떻게 돕는지 간호를 어떻게 수행할 것인지, 높은 수준의 안녕을 어떻게 보장할 것인지를 표현한다.

(1) 서술

서술이란 주어진 현상이나 사건을 있는 그대로 정확하게 말하거나 적는 것을 의미한다. 즉 어떤 현상에 관련된 변수들을 찾아내 내용과 특징을 열거하나 차례대로 기록하는 것이다. 이는 대부분 연구하고자 하는 현상에서 중요한 무엇인지를 밝힐 수 있는 이론들이 정립되지 않은 상태에서 이루어진다. 예를 들면 중환자실 간호사의 역할, 말기 암환자의 욕구 등이 서술적 연구의 예이다.

(2) 설명

설명이란 주어진 현상에 대한 기술이 이루어진 다음 그 현상이 일어나는 원인을 밝힐 수 있는 단계이다. 변수들 사이의 관계성에 대한 설명은 그 원인이 무엇이고 어떤 결과가 나타나게 되었는지를 보다 체계적으로 나타낸다. 예를 들어 유방암 환자의 우울감의 원인은 무엇이고 이 우울감을 완충시키는 요인에 관한 연구가 설명연구의 예이다.

(3) 예측

예측이란 주어진 현상에서 어떤 변수나 조건을 변화시키면 어떠한 결과가 생길 것이라는 예견을 의미한다. 정확한 예측은 기존의 연구에서 나온 기술과 설명에서의 변수들 간의 인과관계가 정확하고 명확하게 제시되어야만 이루어진다. 예를 들어 수술 전 정보제공이 환자의 불안감을 낮추는 연구가 예측 연구이다.

(4) 통제

통제란 주어진 현상을 의도적으로 변화시키는 것으로 만약 예측이 정확하다면 어떠한 현상에 인위적 변화를 가할 수가 있다. 통제의 기능은 과학적 지식을 실제 생활에 응용하여 적용시키는 과정과 깊은 관련이 있다.

2) 간호이론의 목적(필요성)

간호이론은 연구가설을 개발하고 지식과 연구결과의 저장소로서의 역할을 하고 사실을 설명하고 예측하여 실무와 연구에 새로운 방향을 설정해 준다. 또한 이론은 연구와 실무를 연결하여 과학적 연구의 결과를 일반화하도록 하는 기능을 한다. 이렇게 함으로써 이론은 전문직의 자율성과 힘의 근원이 된다.

또한 간호가 독자적이고 자율적인 학문이 될 수 있도록 간호 고유의 지식체를 제공하며, 간

호의 본질과 간호학의 방법, 학문의 영역을 규명해 주기 때문이다. 또한 간호이론은 간호가 전문직으로서 과학에 근거한 실무를 통해 간호의 목적을 달성할 수 있도록 그 근거를 제공해준다.

3) 간호이론가의 이론

(1) 간호이론의 여명기(1950년 이전)

나이팅게일 이론의 기반은 환경으로 그녀는 환경을 매우 중요시 하게 여겼다. 환경은 모든 유기체의 삶과 발달에 영향을 미치는 모든 외적인 조건과 힘이라고 정의하고 있다. 나이팅게일은 긍정적이고 건강한 환경에 필요한 요소는 적절한 환기, 적절한 채광, 충분한 온기, 악취의 통제, 소음의 통제 등 다섯가지라고 하였다. 또한 환경의 세 가지 유형으로 물리적, 심리적, 사회적 환경을 제시하였다. 물리적 환경에는 환기, 보온, 냄새, 소리, 빛과 같은 요인들이 포함되는데 청결한 물리적 환경은 질환의 예방 및 환자의 사망률과 직접적인 관련을 갖는다. 심리적 환경에는 의사소통이나 충고, 변화 등이 포함된다. 또한 사회적 환경에는 사망률, 질병예방 등에 관한 자료수집과 그와 관련된 사회 환경의 파악이 포함된다. 환기, 보온, 빛, 냄새, 소음 등 물리적 환경은 사회적 환경과 밀접한 관계를 갖는다. 나이팅게일은 간호의 목표를 환경을 통제함으로써 환자의 기본적인 욕구를 충족시키고 궁극적으로 환자 고유의 생명력을 유지하도록 돕는 것에 초점을 두었다.

(2) 간호이론의 신생기(1950~1970)

① 페플라우의 대인관계 간호이론(Peplau's Interpersonal relation's nursing theory)

페플라우는 1952년 '간호에서의 대인관계'라는 저서에 자신의 이론을 처음 발표하였으며 이 이론은 나이팅게일 이후 발표된 첫 번째 이론이다. 페플라우는 대인관계이론을 처음 연구하였으며 프로이드와 프롬의 영향을 받았다. 페플라우의 이론은 정신역동적 간호를 토대로 하여 대인관계과정과 간호사와 대상자 사이의 발전된 치료적 관계에 초점을 두고 있는 대인관계 이론이다. 이 이론에서 간호는 의미있고 치료적인 대인관계 과정이다. 페플라우는 대인관계과정의 구조적 개념으로서 간호사 - 대상자 관계의 단계와 이 관계 속에서의 간호사 역할을 강조하고 있다.

② 헨더슨의 간호의 기본원리 이론(Henderson's Basic principles of nursing)

헨더슨의 이론은 철학적 진술로 간주되며 환자와 건강한 사람 모두에 대한 간호를 강조하였다. 특히 간호에 영적 측면을 포함시킨 최초의 이론가로서, 간호사는 건강을 유지하고, 질병으로부터 회복하고, 평화로운 죽음을 맞이하는데 필요한 활동을 함으로써 환자를 돕는다고 하였다. 또한 간호사는 의료팀의 일원으로서 독립적으로 기능하며 경우에 따라서는 의료인과의 협조적인 기능을 수행한다고 하였다. 간호사는 간호의 구성요소인 14가지 기본 요구를 확인하고 이 요구를 충족시키기 위해 환자를 돕는다고 하였다.

③ 로저스의 인간고유성 이론(Rogers' Science of unitary human beings)

로저스의 이론은 에너지장 이론으로 간호과학을 위한 개념적 기초로써 인간과 환경의 개념

적 체계를 강조하였다. 로저스 이론은 4가지 기본 개념으로 에너지장, 개방체계의 우주, 패턴 및 범차원성으로서 인간과 환경 특히 인간의 건강에 대한 간호의 관심을 설명하도록 발전되어 왔다. 에너지장은 로저스 이론의 핵심 개념으로 인간장과 환경장은 에너지장이며 에너지장은 무한하며 패턴과 조직을 통해 규명된다. 이런 개념체계로부터 이론의 공명성, 나선성, 통합성의 세 원리가 유도되어졌다.

(3) 간호이론의 성장기(1970~1980)

① 오렘의 자기간호결핍 이론(Orem's Self-care deficit theory of nursing)

오렘의 이론은 3가지 관련 이론으로 구성되며 총괄해서 자기간호 결핍 간호이론이라고 한다. 이 이론은 자기간호이론, 자기간호 결핍이론, 간호체계 이론으로 구성되어 있다. 이 중 자기간호 결핍이론은 오렘 이론의 주요 초점으로 간호가 요구되는 시기와 인간이 간호를 통하여 도움을 받을 수 있는 방법을 서술하고 설명하고 있다. 자기간호 결핍은 자기간호역량이 자기간호 요건을 충족시키지 못할 때 즉 환자가 자기 간호를 수행하지 못할 때 일어난다. 자기간호는 개인이 일생을 통해 안녕을 증진, 유지시키기 위해 독자적으로 수행하는 활동을 의미하며 자기간호역량은 자기간호 활동을 수행하는 개인의 능력으로 자기간호 행위자와 의존적 간호행위자로 구성된다.

② 킹의 목표달성 이론(King's theory of goal attainment)

킹의 목표달성 이론은 목표, 구조, 기능, 자원 및 의사결정 등과 같은 일반 체계 이론의 특성을 가지고 있다. 간호사 환자의 상호작용과 의사소통은 목표설정을 증가시켜 만족을 가져오며 간호사 환자 사이의 만족은 목표달성을 가져온다. 목표달성은 환자의 학습을 증가시키고 간호상황에서 대처 능력을 증가시킨다. 킹 이론의 주요 개념에는 상호작용, 지각, 조직, 의사소통, 교류작용 역할, 스트레스, 성장과 발달, 시간, 공간 등이 있다.

③ 로이의 적응이론(Calista Roy's Adaptation theory)

로이는 인간을 환경의 자극을 받으며 환경의 변화에 부단히 적응해 나가는 존재로 보았으며 이때 인지기전과 조절기전을 사용한다고 하였다. 또한 적응모드로는 생리적 욕구, 자아개념, 역할기능 및 상호의존성의 4가지가 있다고 하였다. 이 이론은 간호를 받는 사람인 환자, 변화에의 적응을 간호목적으로 하고, 적응을 촉진하는 건강, 환경, 간호활동 등의 다섯가지 필수요소로 구성하고 있다.

(4) 간호이론의 발전 도약기(1980년 이후)

① 로즈마리 파시의 인간되어감 이론(Parse's Human becoming theory)

파시의 이론은 인간, 되어감, 인간 되어감에 대한 가정을 이론 개발 근거로 제시하였다. 인간되어감 이론은 인간은 개방적 존재로 하나의 총체이며 건강하게 사는 법을 인간이 자유롭게 선택하고 환경과 함께 참여함으로써 창조되어감의 존재라는 신념을 전제로 한다.

② 페트리시아 베너의 전문가 역할(Patricia Benner's from novice to expert theory)

베너의 이론에서 중요하게 다루어졌던 개념들로는 초보자, 신참자, 적임자, 숙련자, 전문가 등이 있다. 베너는 기술습득 능력의 5단계를 이용하여 간호실무의 기술 습득을 설명하였다.

1장. 단원문제 풀이

1. 간호의 정의를 서술하시오.
2. 간호의 목적 4가지를 서술하시오.
3. 간호학을 간호과학이라고 하는 이유를 근거를 대고 설명하시오.
4. 간호과학의 목적과 특징을 서술하시오.
5. 간호를 예술이라고 하는 이유를 근거를 대고 설명하시오.
6. 간호의 메타파라다임의 정의를 서술하시오.
7. 간호이론가의 인간관, 환경관, 간호관, 건강관을 서술하시오(1명을 선택하여)

2장. 간호철학

1. 간호철학의 정의

간호학은 인간을 돌봄과 치유의 대상으로 간주하는 인간학의 한분야로서 의학은 질병치료에 중점을 두지만 간호학은 보다 포괄적인 의미에서 인간에게 접근하고 각 개인의 고유한 독자적 특성과 상황을 염두해 두며 안위를 도모하고 돌봄을 실행하는 실천적 분과라고 할 수 있다.

간호란 일생에 걸쳐 일어나는 건강문제와 어려움을 도와주며 긍정적 결과를 산출하는데 목적을 두고 있는 학문이며 간호철학은 모든 사람들의 삶과 존재에 묶여 있는 돌봄의 문제와 관련된 개념들을 성찰한다. 또한 간호에서 요구되는 지식 및 인간 개념과 돌봄 등에 대한 철학적 질문들이 철학의 주요 영역인 인식론과 존재론, 가치론, 논리학의 영역과 어떠한 연관관계를 맺고 있는가를 탐구한다. 즉 간호철학이란 건강관리와 관련된 철학의 한 분야로서 응용 철학의 한 분야이다.

2. 간호철학의 기능

간호철학은 간호행위 및 간호지식을 철학적으로 검토함으로써 간호학에서 사용되는 개념들과 주장 및 논제들의 타당성과 존립 가능성을 비판적으로 분석해준다.

간호철학을 기능을 정리하면 다음과 같다.

1) 간호본질의 규명

간호철학에서는 간호의 영역과 범위를 정하고 간호본질에 대한 질문을 던지고 해명한다. 또한 간호지식은 어떻게 성립되었으며 지식체로써 그 기반을 마련할 수 있는지를 인식론적 측면에서 파악해주며 간호가 실천적 지식일 수 있는가를 도덕적 차원 혹은 실천 철학의 입장에서 탐구하게 한다.

2) 간호학적 지식체의 검토 분석

간호철학은 간호의 중심 개념인 돌봄 개념이 어떤 맥락에서 존재론적 특성을 갖는가를 살펴 보게 한다. 간호철학은 간호학이 간호행위의 목적과 연관된 고통경감, 안위 도모, 자율성 측면에서 탐구되어야 할 지식체인지를 검토 분석해준다. 이것은 간호철학의 핵심적 주제 가운데 하나로 인간 존재론의 기본 개념인 행복, 질병, 건강, 자유, 배려 등과 같은 철학적 개념과 맞물려 있다. 또한 간호 이해가 인간존재의 존재론적 특성(고통을 경험하고 곤경에 처할 수 있다)에 기인한다는 것을 밝혀준다.

3) 인간의 개별적 접근

간호철학은 간호가 인간을 개별적으로 접근하고 개별자의 특성 이해에 초점을 맞추고 간호의 개별적 접근 방법이 어떻게 일반화의 문제에 장애가 될 수 있는지를 해명한다.

2. 간호학적 기초가 되는 철학사조

1) 프래그머티즘

프래그머티즘이란 현대 미국의 대표적 철학으로 관념이나 사상을 행위(그리스어로 pragma)와 관련에서 파악하는 입장으로 실용주의(實用主義)라고 번역된다. 1870년대에 C. S. 퍼스에 의해 주장되었고 19세기 말에 W. 제임스에 의해 전세계에 퍼졌으며 20세기 전반(前半)에 와서 G. H. 미드와 J. 듀이에 의해 더욱 구체화되었다.

‘pragma’란 행동이란 뜻으로 그리스어에서 유래되었으며 영어의 ‘practical’에 해당된다고 볼 수 있다. 즉 인간의 행동과 실천을 중시하는 것이 바로 프래그머티즘의 핵심이라고 할 수 있다. 칸트와 다르게 실용주의자들은 결과를 중요하게 생각했으며 반면 행동만 앞서는 사람은 경솔하다고 지적했다. 즉 실용주의자들은 거짓말 하지 않고 약속을 지키는 행동이 실제적으로 중요하다고 했다.

프래그머티즘이란 이름을 처음으로 사용하며 독자적인 체계를 구축한 인물이 바로 미국의 철학자 퍼스(Charles Sanders Peirce)이다. 실용주의를 대표하는 철학자인 퍼스의 아버지는 하버드 대학교 교수였고 퍼스는 아버지의 영향으로 어릴 때부터 철학과 화학에 관심이 많았다. 퍼스는 하버드 대학에서 철학과 논리학을 전공하고 교수와 직장생활을 하다가 존스 홉킨스 대학교 교수가 되었다.

퍼스(Charles Sanders Peirce)는 사람들이 경험을 통해서 어떤 사물을 확인하는데도 왜 경험적인 사실만으로 지식을 얻을 수 없는가에 의문을 품고 그 이유를 확고한 신념이 없기 때문이라고 결론지었다. 또한 확고한 신념을 위해서는 고집과 권위가 필요하다고 했다. 즉, 모든 사람이 지식에 대한 고집과 권위를 갖게 되면 지식에 대한 확고한 신념이 생긴다는 것이다. 그는 확고한 신념을 과학의 방법에 적용시켰다. 당시 가장 확실한 진리는 과학이었기 때문에 경험으로 얻은 지식을 ‘고집’과 ‘권위’로 확고한 신념을 만들고 거기에 과학적인 지식을 추가함으로써 의심은 사라지고 확실한 지식이 남는 것이다. 하지만 퍼스(Charles Sanders Peirce)는 후에 논리학을 고집하다가 하버드 대학에서 쫓겨난 후 자택에서 많은 책과 논문을 썼다. 그러나 그가 죽은 후 가난했던 그의 부인은 그의 논문과 책을 하버드 대학교에 팔았고 나머지는 퍼스(Charles Sanders Peirce)의 부인마저 죽고 이사 온 사람에게 의해 불에 태워진다. 안타깝게도 퍼스(Charles Sanders Peirce)의 많은 유고들이 아무런 생각 없이 사라졌다.

미국에서 가장 위대한 철학자이자 천재학자였던 퍼스(Charles Sanders Peirce)의 실용주의를 이후 그의 학생이었던 제임스가 관심을 갖고 연구했다.

그는 퍼스(Charles Sanders Peirce)처럼 확인을 통해 경험으로 얻어진 진리야말로 확실하고 유익한 지식이라고 생각하고 가장 유용한 지식이 참된 인식이라고 지적했다. 즉 “그것이 참이기 때문에 유용하고 유용하기 때문에 참”이라고 지적했다.

미국이 내란으로 경제가 나빠지고 대공황에 빠져 어려울 때 이론보다 실제적으로 경제가 회복되는 결과가 중요했을 것이다. 미국정부에서는 실용주의자들이 주장한 실용적인 생각을 실제 경제에 적용시켰고 대공황에서 빠져나올 수 있었다.

미국사람들이 특히 이 실용주의에 대해서 자부심을 갖게 된 것은 실용주의적인 생각이야말로 유럽으로부터 학문의 독립을 의미하였기 때문이다. 이런 점에서 실용주의는 미국인들이 갖는 특별한 사상이라고 할 수 있다.

프래그머티즘은 공동의 삶이 살아 숨 쉬는 사회를 존중하며 우리 모두가 처한 환경에 잘 대처하고 적응해 나가기 위해서는 어떤 행동을 앞으로 취하는 것이 좋은지를 또한 어떤 인식을 취하는 것이 유용한가를 점검하는 일을 중요시한다.

이러한 프래그머티즘의 입장은 간호행위와 관련하여 의미가 있다. 간호학문이란 언제나 이론적 기반 위에 실천적 차원을 접목시키는 작업이 늘 요구는 분야이므로 간호 이론적 요소들의 유용성 또한 실제 행위에 부처졌을 때 그 의미를 새롭게 부여할 수 있다. 즉, 어떠한 간호행위가 임상현장에서 유용한 결과를 산출하고 환자의 건강과 안위에 도움을 주는 요소라면 특정한 맥락 내에서 참으로서의 가치를 지닐 수 있다고 볼 수 있다.

2) 경험론(empiricism)

경험론이란 인식이나 지식의 근원을 오직 경험에서만 찾는 철학적 경향이며 따라서 초경험적 존재나 선천적인 능력보다 감각과 내성을 통하여 얻는 구체적인 사실을 중시하여, 전자도 후자에 의해 설명된다는 사고방식이며 지식의 근원을 이성에서 찾는 이성론·합리론과 대립된다. 즉, 우리의 지식이 선천적인 보유관념에 의해 이루어지는 것이 아니라 후천적인 경험에서 유래한다고 주장하는 이론이다. 경험론자들은 어떤 선천적 능력도 인정할 수 없고 직접적인 경험만이 가장 확실하며 지식의 유일한 원천이라고 말한다. 여기에서 주장하는 것은 이성이 우리에게 할 수 있는 것은 단지 경험으로 얻어진 표상만을 분석하고 결합한 뿐이며 가장 추상적인 개념이나 원리까지도 경험으로 성립되고 경험적 사실이 출발점이 된다는 것이다.

경험론을 주장한 학자들은 다음과 같다.

(1) 로크(John Locke)

로크의 아버지는 청교도로 크롬웰 시대의 국회의원이었다. 브리스틀 근교에서 태어난 로크는 옥스퍼드에서 철학과 의학을 전공하였다. 1690년 그의 저서 인간 오성론(이 책은 1671년부터 약 20년의 세월을 들여 1689년 12월에 출판한 인간 오성에 대한 연구서로 총 4권

으로 되어 있어 제1권에서는 본유관념에 관해서, 제2권에서는 관념에 관해서, 제3권에서는 언어에 관해서, 그리고 제4권에서는 참다운 지식과 식견에 관해 고찰하고 있다. 로크는 먼저 진리 및 도덕원리가 사람들의 마음에 태어날 때부터 있다고 하는 당시의 본유관념설을 부정했다. 그는 “본유관념설을 고집하는 자는 게으른 자이며 권위에 의존하는 사람이다. 인간은 스스로 생각하고 행동하는 자립적인 개인이어야만 한다.”라고 쓰고 있다.

인간 오성론에서 로크는 과학적 발전과 학문 탐구의 발전을 병행시켜 지식론을 전개하고자 하였다. 특히 그는 역사적이고 자명한 방법으로 인간의 관념과 지식의 기원, 지식의 가능성과 확실성 그리고 관념론을 기초로 하는 의견의 정당성에 관해 논의하고 있다. 이렇게 함으로 인간은 지식의 능력과 한계를 인식하게 되고 한계를 인정한 인간은 스스로 자신의 탐구할 수 있는 문제만을 한정하여 탐구하고 고집할 것이며 그 결과 사물에 대해서 완전히 무지함을 인정하게 될 것이라고 주장했다.

또한 로크는 인간의 관념이 경험에서부터 나오며 인간이 태어날 때부터 백지상태이기 때문에 여기에 경험이 새겨짐으로써 관념이 생긴다고 했다. 그에 의하면 경험이란 외적 감각인 감각과 내적 감각인 반성으로 구성되며 감각은 오관을 통해 얻어지는 색, 맛, 형태, 수 등이 포함되고 반성은 지각, 회의, 추리, 감정, 의지 등과 같은 여러 가지 심적 활동이 포함된다고 했다.

로크는 모든 지식이란 관념을 소재로 하여 성립되고 관념 상호간의 일치와 불일치의 지각 과정이 바로 인식이라고 보는 입장에서 세 가지 지식을 제시하였다.

첫째, 직관적 지식은 직관적으로 얻어지는 것으로 두 관념 사이의 일치와 불일치가 명료한 것을 말한다.

둘째, 논증적 지식은 간접적으로 얻어지는 지식으로 두 개의 관념을 맺어 주는 매개 관념을 필요로 하는 지식이다(예를 들면 A는 B이고 B는 C 이다. 그러므로 A는 C 이다).

셋째, 감각적 지식은 차다, 노랗다 등의 외적 사물에 대한 지각에서 얻어지는 지식이다.

(2) 흄(David Hume)

흄은 스코틀랜드의 에든버러에서 지방 공무원의 아들로 태어났다. 에든버러 법학부를 졸업한 후 회사에 취직했으나 철학과 문학에 뜻을 두고 1734년 파리로 가서 그곳에서 유명한 루소를 1737년에 만났다.

1744년 흄은 에든버러 대학교수가 되려고 했지만 무신론자라는 이유로 거절당하고 결국 도서관 사서와 영국주재 프랑스 대사의 비서 등을 하다가 정계에 진출하여 차관을 지내다 은퇴하였다.

흄은 영국의 경험론적인 생각을 완성시킨 철학자로 로크와 버클리의 경험적인 생각을 논리적으로 완전하게 결론 내린 자이다. 흄은 신과 같은 것도 경험을 통해서 알 수 있다고 주장했다.

그에 의하면 모든 인간에게 존재하는 것은 직접적인 감각적 경험인 ‘인상(印象)’의 흐름이

며, 이것이 어떻게 일어나는지는 우리가 알 수 없다고 한다. 자아라는 것도 이러한 ‘인상의 묶음’을 말할 뿐이다. 경험에서 얻어진 사물의 기본적 관계는 원인과 결과의 관계(인과관계)이지만 이것은 단지 관습으로부터 만들어진 것으로 그 확실성은 이론적 지식의 입증에 의한 것이 아니라 믿음에 의한 것이다. 또한 그는 ‘인과관계’에 대해 상세히 분석하였는데 우리가 인과 관념을 갖는 것도 실상은 우리의 습관을 통한 기대에서 비롯되는 것이라고 설명하였다. 두 가지의 별개 사건이 반복적으로 일어나는 것을 경험하다 보면 우리는 습관적으로 양자가 필연적 관계에 있는 것처럼 생각하게 된다는 것이다. 인과관념에 대한 인성의 존재를 부정하는 이유는 바로 이런 설명에서 나왔다고 볼 수 있다.

3) 현상학(phenomenology)

현상학은 독일의 철학자 에드문트 후설(Edmund Husserl)에 의해 창시된 철학운동의 하나이다. 후설은 1859년 4월 8일 오스트리아의 메렌 주에 있는 프로스니츠에서 출생하였고, 올뮤츠에서 감나지움을 다녔다. 1876년부터 1882~83년 사이에 라이프치히, 베를린, 빈 대학 등에서 수학, 철학 등을 공부하였으며, 1882~83년에 빈 대학에서 변분계산에 관한 논문으로 박사학위를 취득하였다. 그 후 그는 1887년에 할레 대학에서 『수 개념에 관하여-심리학적 분석』이라는 교수자격논문을 제출하여 교수자격을 취득하였다. 1900~1901년에 그의 현상학의 초석이 된 『논리연구』가 출간되었으며 바로 이 저술이 커다란 업적으로 평가받아 1901년 괴팅겐 대학에 교수로 초빙되어 이 대학에서 1916년까지 재직하였다.

1923년에는 베를린 대학에서, 그리고 1933년에는 미국의 캘리포니아 대학에서 교수 초빙을 받았으나 그는 양자 모두 거절하고 프라이부르크에 머물며 연구에 전념하였다. 그는 언제나 스스로 그 누구 못지않게 훌륭한 독일 국민이라고 생각하였다. 그럼에도 불구하고 그는 유대인이었기 때문에 1930년대에 접어들면서 국가 사회주의자들이 정권을 잡은 후에는 이들로부터 심하게 핍박을 받았다. 이처럼 어려운 상황에서도 그는 연구에 몰두하다가 1938년 4월 27일, 79세의 나이로 타계하였다.

그는 지칠 줄 모르는 강의와 연구 활동으로 점철된 학자로서의 생애를 보냈으며, 그의 생애에서 다른 철학자들에게서 종종 찾아볼 수 있는 드라마틱한 사건들은 거의 눈에 띄지 않는다. 그의 생애에서 드라마틱한 사건을 꼽자면 일차세계대전 때 둘째 아들 볼프강을 잃은 것, 국가 사회주의자들로부터 핍박을 받은 것 등을 들 수 있을 것이다.

현상학은 세계와 그 내부의 다양한 실재적 또는 상상적인 대상의 존재를 세계가 그러한 것으로서 우리들에게 나타내고 있는 현상 그 구조를 통하여 연구해 가는 이론이다. 여러 가지의 사물이 존재한다는 것은 사물이 우리들에게 어떠한 대상으로서 나타나고 있다는 것, 즉 그러한 것으로서 의식되어 있기 때문이다. 이것을 역으로 사물을 경험한 우리들의 의식측면에서 보면 의식이란 항상 무엇인가에 대한 의식이라는 것이다. ‘무엇인가에 대한 의식’이라는 의식의 방향을 후설은 ‘지향성’이라는 개념으로 받아들였다. 그리고 세계의 존재구조에 대한 물음은 세계를 실제로 그러한 것으로서 의식하고 있다는 지향성의 전체 연관으로의 물

음일 뿐이며 또한 그 경우에 의식과 그 대상인 세계는 서로 실체적으로 분리된 두 향으로서가 아니라 지향성이라는 동일한 하나의 연관 속에서 서로 교차하면서 연관하는 두 계기로서 받아들여야 한다는 시점에서 세계의 현상을 분석하였던 것이다. 에드문트 후설(Edmund Husserl, 1859~1938)의 철학, 즉 선험적 현상학의 창시자의 위대한 철학적 유산은 비단 현대가 안고 있는 인문학의 위기뿐만 아니라, 전 인류를 통틀어 가장 획기적으로 이 ‘위기’를 진단한 것이라 할 수 있다. 후설은 “나는 내가 본 것을 가르치려는 것이 아니라 다만 안내하고 보여주고 기술하려고 의도할 뿐이다. 내가 주장할 수 있는 것은 다만 진지함을 갖고서 철학적 실존을 살아온 자로서 나의 최상의 식견에 따라 우선 나에게 그리고 타인에게 말할 수 있는 권리가 있다는 것뿐이다.”라고 말한다. 그리고 이와 함께, 학문의 위기가 안고 있는 위험적 요소들, 즉 생활세계에서 괴리된 학문의 위험을 직시하고 이에 대해 생활 세계의 총체성과 이를 기반으로 한 순수 직관으로 돌아갈 것을 주장한다. 따라서 그가 권고하는 방법이란 선험적 현상학의 방법으로서 “밖으로 나가지 말고 너 자신 속으로 들어가라, 진리는 인간의 내면에 깃들여 있다.”라고 하는 아우구스티누스의 말처럼 철학의 방법을 기존의 외부세계에 대한 탐색에 치중함이 아니라, ‘선험적 주관성의 자기 구성과 그 원초적 영역을 해명하여 자기 자신과 세계를 궁극적으로 인식하는 현상학 함’의 철학을 해야 한다고 말한다.

후설의 철학은 칸트에 대한 비판으로부터 출발한다. 즉 그는, 칸트가 ‘철학함(philosophieren)에 있어 심문되지 않았던 전체들에 자신이 입각하고 있다는 점, 그리고 그의 이론들 속에 놓여 있는 위대한 발견들이 그 이론들 속에 은폐되어 있을 뿐이며, 이론들 자체가 완결된 이론들도 아니고 궁극적인 학문적 성격의 형식을 갖지 않고 있듯이 여기에는 완결된 성과가 없다는 점’에 대한 비판으로 자명하게 타당한 것으로 간주된 생활세계에 대한 접근을 시도하는 것이다. 또한 학문의 위기가 가져온 인간성의 위기는 주객이 전도된 과학적-객관주의적 태도로부터 발생된다고 보는 후설은 그 근원을 데카르트의 학문적 이념과 방법론에서 발견한다. 그는 데카르트가 사유하는 자아를 발견하고도 근대 객관주의(과학주의)에로 경도(傾倒)되었던 자신의 태도 때문에 사유하는 자아의 정체를 선험적으로 해명하지 못하였다고 비판한다.

4) 실존주의

실존주의는 20세기 초에 독일과 프랑스를 중심으로 생긴 철학적 생각의 하나이다. “실존”이란 말은 “진짜로 있는 것”이란 뜻으로 시간과 공간 속에 정말로 있는 어떤 것을 의미한다. 개인으로서의 인간의 주체적 존재성을 강조하는 철학 및 문예사조로 19세기 합리주의적 관념론이나 실증주의에 반대하여 나타났다. 주체적 관점에서 인간의 완전한 자유와 책임을 강조하고, 고독·불안·절망 등의 한계조건을 추구하는 것이 일반적 특색이다. 파스칼(Pascal, B.)·키에르케고르(Kierkegaard, S. A.)에서부터 싹이 튼 실존주의는 후설(Husserl, E.)의 현상학의 영향을 받아 하이데거·야스퍼스(Jaspers, K.)·사르트르 등에 의하여 비로소 철학

사상으로 확립되었다. 실존주의는 ‘본질’에 대하여 어떠한 태도를 취하느냐에 따라 기독교적 실존주의(유신론적 실존주의)·무신론적 실존주의·행동적 실존주의 등으로 갈라진다.

실존이란 말은 제1차 세계대전이 끝난 다음 많이 사용되기 시작했으며 특히 2차 세계대전이 끝난 다음에도 철학 뿐 아니라 문학과 예술 분야에도 실존이란 말이 사용되었다.

키에르케고르는 ‘주체성이 진리다.’라고 강조하고 심미적, 실존, 윤리적 실존, 종교적 실존을 강조하였다. 그는 덴마크의 독실한 기독교 집안에서 태어나 목사가 되기 위해 신학대에 입학했으나 대학을 다니던 중 그의 남매 5명이 차례로 죽는 사건을 경험한다. 이것을 지켜본 그는 곧 자신도 죽게 될 것이라는 불안감을 갖고 이 불안감과 절망감을 떨쳐 버리려고 향락과 쾌락을 추구하며 방탕한 생활을 하였다. 키에르케고르의 고독하고 절망적인 실존적인 삶과 철학을 크게 세부분으로 나눈다. 심미적 실존, 윤리적 실존, 종교적 실존이다.

심미적 실존이란 즐거운 삶을 살아가는 사람의 특징은 즐거움만을 원하고 이때 사람들은 성실하게 일하지 않고 신중하게 생각하지 않는다. 오직 현재만 중요하다.

심미적인 삶을 살던 그는 어느 날 아주 아름다운 여인을 만나고 고독과 절망이 사라졌다. 그리고 그 여인과 함께 있고 싶었다. 이렇게 고독과 절망에 빠져 유일한 낙인 즐거움만 추구하던 단계에서 고독이 사라지고 남들과 함께 있고 싶은 단계를 ‘윤리적 실존’이라고 한다. 이것이 키에르케고르의 두 번째 단계이다. 윤리적 실존 단계에서는 공동생활에 꼭 필요한 의무와 책임에 대한 생각을 하게 된다.

세 번째 단계인 ‘종교적 실존’에서는 여자친구와 약혼한 지 1년 만에 파혼을 하고 만다. 이때 키에르케고르는 스스로 너무나 타락한 사람이라고 생각하고는 다시 향락과 쾌락만을 추구한다. 그러다가 자신이 저지른 행동을 너무나 부끄럽게 생각하고는 이때부터 새로운 삶의 단계를 추구하면서 살기로 마음먹게 된다. 이 단계가 바로 종교적 실존 단계이다. 이 단계를 사는 사람은 스스로 신 앞에 죄인이라고 생각한다. 신에게 모든 것을 맞기고 그리스도교인으로서의 삶을 위해 박애정신을 갖고 기도를 하면서 살아간다. 하지만 키에르케고르는 기도를 하는 이유를 다르게 보았다. 사람들이 기도를 할 때는 신이 들어주리라고 믿기 때문에 열심히 기도를 하지만 기도란 사람들이 신의 뜻에 순종하기 위해서 한다고 생각하고 사랑의 실천과 기도는 같은 것이라고 주장했다. 즉, 사랑의 실천을 하기 위해서 종교적 실존 단계에서는 한 곳에 머물러 있을 수 없기 때문에 항상 보다 높은 곳을 향해야 한다. 이런 사랑이야말로 기독교인의 임무라고 보았다.

하지만 그에게 돌아온 것은 교회의 탄압과 다른 그리스도교 신자의 협박이었고 덴마크 교회에서는 키에르케고르에게 덴마크를 떠나 줄 것을 요구하였다. 그의 사후 많은 기독교인들이 교회에서 그의 시신을 거두려고 하자 폭도를 일으켜 방해했다는 것은 잘 알려진 일화 중의 하나이다.

키에르케고르의 실존 철학은 자신의 삶과 깊은 관계가 있다고 볼 수 있다.

또 다른 학자 중에 독일 실존주의 대표학자로 하이데거를 들 수 있다. 그는 현실 속에서 죽음을 의식하며 살아가고 있는 인간을 ‘현존재’라고 부르며 현존재가 본래적인 자아를 실현하려면 자신이 죽음의 존재임을 인정하고 양심의 소리에 귀를 기울여야 한다고 설명하였다.

이러한 실존주의를 간호와 관련해서 살펴보면 간호행위 과정에서 간호사는 각각의 환자가 무엇에 관심을 두고 중요한 것으로 여기고 있는가를 잘 평가할 필요가 있다.

다음은 최남희의 간호영역의 중심주제의 4가지 전제를 나타낸 것이다.

①간호는 인간을 **포괄적 존재**로 다룬다는 것이다.

간호학내의 인간관은 통일체로서의 인간을 상징하고 있다. 이에 상응하는 간호를 수행할 수 있는 지식체는 개별 사람의 상황적 특성을 고려하고 그러한 상황과의 상호작용에서의 자율적 인간을 다룰 수 있는 근거를 제공 해야만 한다.

②간호는 **가치중심적**이다.

간호는 처음부터 인간 삶의 질적 고양이라는 가치를 설정하고 있는 학문이며 행위이다. 간호대상자인 인간은 언제나 주체적으로 자기결정을 하는 존재일 뿐만 아니라 자기의 목적을 지향하고 있으며, 건강을 포함한 삶의 욕구를 통해서 간호와 접촉하는 것이다.

③간호는 **실천을 통해서만 그 가치가 확정**된다.

실천의 의미는 삶의 구체화이며 사람간의 만남을 통해서만 이루어진다. 간호학의 학문적 토대는 간호학적 가치와 일관되는 실천적 간호행위를 수행할 수 있도록 마련되어야만 한다.

④간호는 **인간의 상호관계 위에서만 존재가치가 정당화**된다.

간호가 대상자의 삶의 질적 고양이라는 가치를 천명하는 것은 간호대상자 자신의 자율적 가치추구와 논리적으로 일치되어야 하고, 이는 간호학적 지식을 탐구하는 데에 중요한 지시적 특성을 지니게 된다.

2. 간호철학의 특성

철학은 삶의 문제를 다각적으로 다루며 동시에 엄격하게 다룬다. 알고자 하는 대상이 실제로 존재하는가, 존재한다면 어떻게 존재하며, 어떻게 우리는 그 대상에 도달할 수 있는가를 직접 또는 간접적으로 확인하고 검토하는 작업 모두가 철학적 사유를 바탕으로 한다.

간호학영역에서의 철학은 본래의 철학적 성격을 바탕으로 하되 간호학의 학문적 특성을 그에 첨가하여 간호학적 삶을 정당하고 적절하게 탐구하는 활동으로 전개되어야 한다. 따라서 간호학에서의 철학의 문제는 간호학문과는 별개의 것으로 존재하는 것이 아니라 다만 간호학의 지적 활동을 철학적으로 재검토하는 작업이라고 볼 수 있다.

1. 본인의 간호철학과 간호사명은 무엇인가?
2. 간호철학의 기능을 서술하시오.
3. 프래그머티즘이란 무엇인가?
4. 최남희의 간호영역 4가지를 서술하시오.

1. 전문직의 정의

전문직이란 일반적으로 전문가(expert), 자율성(autonomy), 권한, 책임감의 특징을 갖추고 인류와 사회에 봉사하는 직업을 뜻한다. 즉 전문직은 높은 수준의 교육과 훈련 등을 필요로 하며 고도의 지식 및 기술적 차원의 능력을 갖춘 전문인들이 합리성에 근거하여 업무를 수행하며 사회적으로 중요한 공헌을 하는 직업이다.

전문직은 개인의 책임이 수반되는 지적 조작에 의거한 행위를 본질적으로 포함한다. 따라서 전문직에 종사하는 사람은 항상 당면하고 있는 문제의 해결을 위해 새로운 지식을 구축하여 그 분야의 발전에 기여해야 하는 현실적인 책임이 있으므로 개인보다 공공의 이익에 민감하여 사회의 공익을 달성하려는 업무에 관심을 가져야 한다. 전문직으로서의 교육과 실무의 기준은 외부의 어떤 기준에 의한다기보다는 그 전문직을 구성하고 있는 구성원에 의해 규정되고 스스로를 규제한다는 것이 특징이다. 전문직으로서의 교육은 사회화 과정에 의해서 완성되는데 이는 자체의 기술적인 면과 태도의 측면이 일반 직업과 다른 면을 지니기 때문이다.

전문직은 다양하게 정의되나 높은 수준의 사회경제적 보상 때문에 매력 있는 직업으로 인식되어 왔고, 일반 직업과는 달리 고도의 지식과 기술을 사용하여 업무를 수행하고 업무의 자율성이 보장되는 장점을 가지고 있기 때문에 많은 직업들이 전문직으로의 발전을 추구해 왔다.

Abraham Flexner에 의하면 전문직 활동은 근본적으로 지성적이며 책임감 있게 수행되는 업무로서 일상적이 아닌 고유의 지식에 기초를 둔 활동이라 하였다. 또한 Tyler는 전문직의 두 가지 특성으로서 관련 전문직에서 지지하는 윤리강령이 있어야 한다는 점과, 기술적 실무가 일반화된 원리에 근거해야 함을 중요시 여겼다. 또한 Jacox는 전문직은 봉사중심의 업무여야 하고 장기간의 교육이 필요하며 업무의 자율성이 보장된 활동이어야만 한다고 했으며 Darley는 높은 수준의 윤리의식을 가지고 지적인 판단에 따라 수행하는 능력이 있어야 한다고 했다. 이중에서도 Flexner가 제시한 전문직은 그 사회의 목적달성이 우선하도록 조직되어야 하며, 다음으로 전문직으로서의 독특한 관심과 권리에 대한 주장이 따라야 한다고 언급한 것은 오늘 우리에게 시사하는 바가 크다. 여기서 강조되는 것은 사회의 공익을 위한 행위는 높은 수준의 개인적 책임이 동반되는 지식에 기초한 업무로서 실제적이어야 한다는 것이다.

2. 전문직의 특성

전문직의 특성을 논의하기 위해 사회학적인 패러다임의 관점에서 이론을 분류하기도 한다. 사회학적인 패러다임은 접근방법에 따라 구조기능접근법, 과정접근법, 권력접근법의 3가지 방법으로 접근한다.

1) 구조기능적 접근

구조기능적 이론은 특성이론으로도 불리우며, 전문직 그 자체에 초점을 두는 이론이다. 이 이론은 전문직이란 사회에 긴요한 기술적인 능력을 갖추고 전체 사회에서 차지하는 전문직의 기능과 역할을 중시하고 있다. 또한 사회는 체제 유지상 일반 직업과는 기능적으로 차별화되는 전문직의 출현을 요구하고 있다. 전문직은 소수의 제한된 사람들만이 오랜 기간의 훈련을 거쳐서 특수한 능력을 획득할 수 있기 때문에 자연스럽게 높은 사회적 지위에 다다르게 된다. 또한 전문직 문화는 전문직 단체들이 성원의 자격을 통제하는 규범과 훈련, 전문적 서비스의 질을 보장하려는 조직을 포함하여 여기에 전문직의 언어와 상징이 포함되며 이러한 전문직 문화가 발달할수록 일반직업인과 전문직업인의 구분이 더욱 명확해진다.

구조기능적 접근법에서 전문직의 주요 속성을 살펴보면 다음과 같다.

- 전문직의 면허 및 자격은 전문적 성원에 의해 유지된다.
- 전문직은 자체적인 교육 훈련 기준을 결정한다.
- 전문직 기술은 면허제도의 형태로 법적으로 유지된다.
- 전문직은 평가와 통제로부터 상대적으로 자유롭다.
- 전문직의 규범은 법적 통제보다 더 엄격하다.
- 전문직은 최종직업이 되는 경향이 높다.
- 전문직 지망생은 다른 과정의 지망생보다 더 엄격한 훈련과정을 거치게 된다.
- 전문직은 높은 소득, 권력, 권위를 얻게 되며 재능있는 학생을 요구한다.
- 전문직은 다른 직업구성원들보다 직업적인 결속력이 강하다.

2) 과정 접근법

과정접근법이란 특정 직업이 전문직으로 발전하는 과정에 중점을 두는 접근법이다. 이 접근법은 일반 직업인들이 전문직을 추구하는 과정에 분석의 초점을 두고 있으며 이러한 직업들이 전문화과정의 한 점을 차지한다는 연속성의 모델을 제시하고 있다.

과정접근법을 제시한 대표적인 학자는 Wilensky, Caplow, Pavalko 등이 있다.

(1) Wilensky

Wilensky는 전문직들의 최초의 사건들을 살펴봄으로써 보편적인 전문화과정을 이론화 하였는데 전업적 직업활동, 전문교육기관의 설립, 전문직 단체의 설립과 발전, 국가의 보호를 받기 위한 정치적 법적 운동, 공식적인 윤리헌장 제정의 단계를 통해 이루어진다고 보았다.

(2) Caplow

Caplow는 전문화를 특정 전문분야에 대한 독점과정이라고 보고 전문화 단계를 전문직 협회의 조직, 독점적인 서비스의 주장, 윤리강령의 발전, 자격과 허가를 위한 정치적 활동을 제시하였다.

(3) Pavalko

Pavalko는 개별직업은 전문직과 일반 직업의 두 극단을 잇는 연속선상에서 어느 한 점을 차지한다고 보았다.

3) 권력 접근

1950년대 시카고 학파는, 휴즈(Everett C. Hughes)를 대표로 하여, 구조이론과 과정이론을 비판하기 시작하였다. 이는 전문직이론에 대한 보다 근본적인 비판으로 이 학파는 무엇이 전문직을 구성하느냐 하는 질문은 사소한 것에 불과하며, 따라서 그러한 질문 대신에, “전문직이 그들의 특수한 입장을 유지하고 협상하기 위하여 무엇을 하는가?”하는 질문을 한다. 클렌(John Cullen)이 이를 권력접근이라 명명하였다.

이 이론을 주장하는 프라이드슨(Elliot Freidson)은 전문직이란 용어는 단지 직업적 통제의 특정유형을 기술하는 것으로 간주되어 저야 한다고 주장한다. 그에 따르면 전문직이란, ‘노동의 분화에서, 지배적 위치를 획득한 직업이며 이는 자신의 일의 실체를 결정하는데 통제력을 획득한 직업이다.’

또한 전문직의 형성과정을 여러 이익집단들 간의 권력 갈등과 국가와의 관계를 포함하는 역사적 과정의 결과로 보고 가장 핵심적인 특성을 자율성이라고 주장하였다.

자율성이란 ‘독립적이고 자유롭고 자기조절을 하는 상태나 질’을 의미하는 것으로 전문적 권력으로부터 나오는 것이다. 전문직이 갖는 자율성의 특성은 다음과 같다.

- 전문직은 대중의 요구에 민감하기 보다는 대중을 규제하는 정당한 권리를 부여받는다.
- 전문직은 조직화된 자율성으로 정치적 권력으로부터 어느 정도 제한되고 지지를 받는다. 하지만 시대와 장소에 따라 다르다.
- 전문직은 다른 직업을 규제하는 자유가 있다.
- 전문직은 다른 직업의 경쟁과 규제로부터 자유롭다.
- 전문직은 그들의 교육 및 훈련기관을 만들어 스스로 교육한다.
- 전문직은 다른 부문으로부터 평가나 규제를 받지 않는다.

다음은 학자들이 제시한 전문직의 특성이다.

<p>*A. Flexner</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>이론적이면서도 실용적이다.</u>• <u>전문직은 지식체를 끊임없이 확장해 나간다.</u>• <u>전문직은 더 높은 수준의 교육기관에 자체의 실무교육을 위탁한다.</u>• <u>연구를 통해 정련되고 발굴되는 지식을 바탕으로 업무를 수행한다.</u>• <u>신체적인 업무보다는 정신적인 업무를 수행하며 고도의 책임감을 수반한다.</u>• <u>이타주의에 의해 동기가 부여되고 대중의 기대를 충족시키기 위해 노력한다.</u>• <u>전문직은 전문가와 대상자간의 관계를 규정짓는 윤리강령에 의해 지도받는다.</u>• <u>전문직은 그 구성원 사이의 일반적인 독특한 문화와 규범, 가치의 존재에 의해 구별된다.</u>• <u>전문직 기능은 전문가적 정책 형성면에서 자율적이며 권위를 포함하며 실무와 실무자를 모니터링 한다.</u>
--

- 전문직은 실무에서 잘 정의되고 본질적으로 지적이며 그것의 관련 현상에 대해 기술하는 잘 조직화된 지식체를 이용한다.
- 전문직은 실무자의 활동의 자유, 지속적인 전문직 성장을 위한 기회와 경제적 보장을 제공함으로써 실무자들에게 보상하기 위해 노력한다.
- 전문직인 개인적인 이익 이상으로 서비스를 향상시키고 평생 직업으로써 선택된 직장으로 인식하는 지적이고 인간적 자질이 있는 사람들을 끌어 모은다.
- 전문직은 인간의 복지에 필수적인 실무서비스에 관련 지식체를 적용하는 것이 인간복지의 기본이고 특히, 신규들의 기술을 경험 있는 실무자의 경향에 맞추어 간다.

* P. M. Pavalko

- 이론이나 지적 기술이 있다.
- 기본적으로 사회가치와 관련성이 있다.
- 훈련 또는 교육기간이 장기적이다.
- 선택동기가 이타적이다.
- 전문적 활동을 스스로 통제할 수 있는 자율성이 있다.
- 공동체 의식이 있다.
- 윤리강령이 있다.
- 구성원은 직업에 대한 헌신이 강하여 평생 또는 장기간 종사한다.

* G. K. Bixlers

- 대학에서 교육이 이루어진다.
- 고도의 학습을 통해 습득될 수 있는 잘 정의되고 조직화된 전문지식을 실무에 활용한다.
- 과학적 방법을 통해 지속적으로 지식체를 확대하고 교육과 서비스의 기술을 향상시킨다.
- 자율적으로 전문직에 대한 정책을 수립하고 활동을 통제한다.
- 행위의 자유, 지속적인 성장기회, 경제적 안정을 통해서 보상받는다.
- 개인적 이득보다 봉사를 고귀하게 여기며, 지적 성향을 가진 사람들이 평생직으로 선택한다.
- 인간과 사회복지에 필수적인 서비스를 수행하기 위해 전문지식을 활용한다.

* L. Kelly

- 연구를 통해 지속적으로 확장되는 전문 지식체가 있다.
- 실무자를 위한 교육은 고등교육기관인 대학에서 이루어진다.
- 인류와 사회복지를 위해 필수적인 서비스를 제공한다.
- 실무자들은 이타적 봉사에 의해 동기가 부여되고 자신의 업무를 생의 중요한 요소로 인식한다.
- 개인적 책임을 수반하는 지적인 활동을 수행한다.
- 실무자들은 비교적 독립적으로 업무를 수행하며, 자신들의 정책과 활동을 스스로 통제한다.

3. 전문직의 기준

전문직에 대한 다양한 접근방법에도 불구하고 여러 정의들의 공통점은 전문직은 고유한 지식체계를 중심으로 조직되어 있다는 것이다. 1915년 플렉스너는 ‘사회사업이 전문적인가?’라는 글을 통해서 사회사업은 유일한 이론과 방법이 없으므로 전문직이 아니라고 결론을 내린 바 있다. 더불어 플렉스너가 제시한 전문직 기준의 궁극적인 목적은 이타적이고 사회 봉사적이어야 하며, 강한 윤리적 요소가 중요시되어야 하고, 건전한 직업의식을 가지고 정당한 보수를 받으면서 안전성 있는 직업인으로 자타가 인정해야 한다는 것이다.

전문직의 기준은 주로 구조기능접근법의 관점에서 논의되고 있는데, 구조기능론에서는 전문직이 존재하는 이유가 사회구조적으로 기능적 필요에 의해 발생된 현상이라는 시각을 가지고 있다. 전문직의 특성을 설명한 학자로 구드, 라이저, 홀 등을 꼽을 수 있다. 이들이 제시한 전문직의 기준을 정리하면 다음과 같다.

1) 지식

전문직은 수준이 높고 정교하게 체계화된 이론에 근거하여 업무활동을 한다. 그 지식은 이론적 지식이면서도 고객에게 서비스의 형태로 제공되는 응용지식이기도 하다. 이러한 지식은 장기간에 걸친 교육훈련의 결과로 습득되고 문외한인 일반인의 문제해결에 필요한 것이 된다. 그린우드는 전문직의 5가지 속성 중 첫 번째 속성은 체계적인 이론의 존재로서 이론은 실제적일 뿐만 아니라 지적일 수도 있고 연구에 토대를 둔 것일 수도 있다고 하였다. 그는 과학이란 자연의 어떤 측면에 대해 설명적 일반화한 것으로 내적으로 일관된 명제의 체계라고 정의했으며, 과학은 표준화된 절차에 따라 분석되고, 유도된 관찰에 의해 도출된다고 하였다.

2) 전문적 권위

전문직은 전문적 지식을 바탕으로 의뢰해 오는 고객의 문제를 해결해 주는 역할을 하게 된다. 고객은 전문가에 대한 신념을 가지고 전문가에게 의존하게 되고 이 과정에서 전문직은 고객으로부터 전문가로서의 권위를 인정받게 된다. 전문가는 고객이 제공한 자신의 비밀스러운 생활영역에 대한 정보를 보호해야 할 책임을 지고, 이는 전문가의 권위를 재확인시켜 주기도 한다.

3) 비표준화 된 업무

전문직의 업무는 사회생활에서 쉽게 표준화하거나 기계화할 수 없다. 표준화된 업무는 누구나 행할 수 있기 때문이다. 전문직의 개입이 요구되는 문제가 발생되면 전문가는 상황에 따라 전문가적 지식과 경험에 근거한 개별적인 사례적 접근을 하게 되고 따라서 이것은 전문가에게 고유의 자율성을 부여하는 근거가 된다.

4) 윤리규범

전문직의 업무활동은 사회의 공익을 위하여 사용되도록 전문직의 행동기준을 결정하고, 전문직 성원들이 이를 준수하도록 전문직 스스로 자율적으로 규제한다. 또한 전문가의 고객 또는 동료에 대한 적절한 행위를 성문화하여 윤리헌장을 규정한다. 이 윤리헌장은 공식적으로나 비공식적으로 강제적인 성격을 갖는다.

5) 전문직 문화

전문직은 장기간의 교육과정에서 성인사회화 과정을 거치게 된다. 이 과정에서 전문직 스스로 성원 간에 사용하는 언어나 행동방식이 독특해지고 전문 조직에 대한 귀속성이 강화되고 성원들의 태도의 동질성도 증가하게 된다. 전문직 문화에는 전문직만이 갖는 언어와 상징들이 포함된다. 전문직 문화는 전문직에 속한 내부인들만이 그들의 언어와 상징의 의미를 알기 때문에 전문가와 일반인을 구별해 주는 수단이 된다. 이러한 전문직 문화는 성원들에게 다른 직업으로 전환하기 어렵게 하여 대부분 전문직이 최종 직업이 되도록 한다.

6) 전문직 특권에 대한 사회의 인정

전문직은 성원들의 자격기준을 설정하고 새로운 성원을 충원하기 위한 교육훈련의 내용과 방식을 스스로 결정하는 권한을 갖고 자신들의 전문직 기준에 따라 업무범주에 대한 규정을 하거나 업무수행에 자율성을 갖는 등의 많은 지배적 특권을 가진다. 이는 전문직의 지식이나 업무가 사회의 공익을 위해서 중요하다고 합의되기 때문에 사회적으로 인정된 것이다. 사회나 국가에서는 전문직의 업무와 관련된 정책은 전문직의 주장대로 인정해 주기도 하고 정책 자체가 전문직에서 제안되기도 하며 전문영역에 대한 독점적 활동을 인정하는 면허를 부여하기도 한다.

4. 간호가 전문직으로서 갖추어야 할 조건

여성이 주로 종사하는 모든 전문직 중에서 간호직은 수적으로 가장 많고 여성이 중심이 되어 있다. 또한 다른 직업에 종사하는 여성의 수를 합친 것보다 많기 때문에 간호사는 개인, 가족, 지역사회와 밀접한 관련을 갖고 있으며 간호는 다른 보건의료분야의 직종보다 모든 인류의 건강 달성에 크게 기여하는 잠재력을 지니고 있다. 간호가 전문직으로서의 자격을 갖추려면 다음에 제시한 입장에서 간호전문직을 평가해야 한다.

1) 자격의 규제

전문직은 자격을 엄격하게 규제하는 면허제도가 있어야 한다. 간호사를 위한 면허법이 별도 제정되어 실시되었던 것은 20세기 들어서부터이며 그 이전까지는 면허대신 종교적 신념이나 그 시대의 사회적 규범, 간호학교 및 단체에서 통용되는 명령이나 규칙에 따라 간호직에 종사했다.

영국에서는 1919년부터, 미국에서는 1903년부터 주에 따라 면허제가 시작되었고, 우리나라

의 간호사 면허제도는 일제의 압력으로 1914년부터 시작되었으며 1962년부터는 국가시험을 거쳐 면허증을 부여하고 있다.

우리나라에서는 의료법 제7조에 ‘간호사가 되려는 자는 간호학을 전공하는 대학이나 전문대학을 졸업한자로서 간호사 국가시험에 합격한 후 보건복지부 장관의 면허를 받은 자 혹은 보건복지부 장관이 인정하는 외국에서 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 간호사 면허를 받은 자’로 규정하고 있다.

간호사 국가시험은 간호사로서 업무수행에 필요한 간호지식과 능력을 갖추었는지를 평가하며, 국가시험에 합격한 자에게만 간호사 면허를 부여한다. 다시 말해 간호사 국가시험에 합격한 면허 소지자는 간호사의 명칭을 사용할 수 있고 합법적으로 간호행위를 할 수 있는 자격이 주어진다.

이 시험의 주관은 한국보건의료인국가시험에서 주관하고 있으며 대한간호협회와 간호평가원에서 간호사 국가시험의 개선과 질적 향상을 위해 지속적인 노력을 기울이고 있다.

이러한 면허 제도를 통해 간호사의 자격을 엄격하게 규제해야 한다는 기준을 잘 충족시키고 있다.

2) 자율성

자율성이란 업무수행에서 의사결정과 판단에 대한 자유재량을 의미하며 스스로 업무를 통제하는 것을 뜻한다. 이러한 자율성으로 인해 간호 전문단체인 대한간호협회는 간호 업무의 범위를 정의해야 할 책임을 갖고, 간호사의 활동을 자율적으로 통제하고 조절하는 기능을 수행하고 있다.

전문직은 비교적 독립적으로 실무를 수행하며, 정책과 활동을 자율적으로 통제해야 한다. 미국간호사협회나 대한 간호협회 등과 같은 간호사의 전문단체는 간호업무 범위를 정의하는 책임을 가지고 있으며, 간호사의 활동을 자율적으로 통제하고 조절하는 기능을 가지고 있어서 간호의 업무범위를 정의하고, 특정역할과 기능을 기술하며, 목적과 책임을 정할 뿐 아니라 간호사의 법적 권한을 인정받기 위해 많은 노력을 기울이고 있다.

간호실무에서 간호사가 수행하는 많은 간호행위가 독립적이긴 하지만, 아직도 많은 간호활동들이 의사들의 권한위임이나 감독을 필요로 하기 때문에 간호의 자율성에 대한 논쟁이 계속되고 있다. 간호의 자율성을 증진시키려는 간호 전문단체들의 지속적인 노력과 더불어 간호 분야가 세분화되는 간호전문화가 진행됨에 따라 건강증진과 질병예방과 관련된 간호사의 역할이 확대되고 전문간호사가 점점 더 활성화되고 있다.

그러므로 이들 단체는 간호업무의 범위를 정의하고 역할과 기능을 기술하고 목적과 책임을 규정하면서 간호사의 독자적인 법적 권한을 인정하기 위해서 많은 노력을 기울이고 있다. 그러나 이러한 노력과는 반대로 의사단체와 보건행정당국은 간호사들이 자신의 지도나 감독을 받도록 하는 간호사에 대한 통제권을 지속시키기 위해서 강한 압력을 행사하고 있다.

3) 종사기간

전문직은 직업에 대해 헌신하며 평생 동안 종사해야 한다. 하지만 다른 전문직에 비해 간호사들의 간호직에 대한 종사 기간은 짧은 편이다. 많은 간호사가 가족의 기대나 경제적 필요에 따라 일정기간 간호직에 종사하다가 이직한다. 경력 간호사의 높은 이직률은 간호의 질적 수준을 낮추고 전문직으로의 발전을 지연시키는 요인이 되고 있다. 퇴직을 하는 가장 큰 이유는 결혼, 임신, 자녀 양육 등이다.

4) 사회봉사

전문직은 인류와 사회복지에 필수적인 서비스를 제공해야 한다. 사회봉사활동은 인간의 기본적인 요구 그 자체이자, 또 그 가치를 충족시키는 방법의 일환이다. 사회봉사활동을 함으로써 인간은 자신의 욕구를 실현시킬 수 있고, 건전한 인격형성에도 도움을 준다. 전문직인 간호사도 현대사회의 일원으로서 이러한 인간의 기본적 욕구에 충실할 필요가 있다. 전문인력의 사회봉사활동은 인간적, 사회적 문제에 대한 해결을 열망하는 지역사회를 위해 인간적 재능과 에너지를 공급할 수 있는 근원이 되며, 전문성을 구비한 사람들로 구성되어 자발적인 의지로 참여하는 봉사를 제공함으로써 지역사회의 발전에도 이바지할 수 있다. 따라서 간호는 개인, 집단 그리고 지역사회의 건강유지와 회복을 증진하는 데 그 목적을 두고 있으므로 전문직의 조건을 충족시키고 있다. 즉 대상자가 수용할 수 있는 가장 높은 수준의 건강상태에 도달하도록 하기 위해서 대상자를 돕는 것이 간호의 목표이다. 돌봄은 전문직 간호의 기본 구성 요소로서 타인을 양육하고 도움을 주는 것을 의미하며, 간호는 돌봄을 제공함으로써 인간이 최적의 건강상태에 도달하는데 기여한다.

5) 전문지식과 기술

전문직은 실무수행의 기초가 되는 전문지식이 있어야 하며, 이러한 전문지식은 연구를 통해 지속적으로 확장되어야 한다. 숙련 기능인과 전문가의 판별 기준이 바로 직무수행에 기초가 되는 확고한 이론적 전문지식의 유무이기 때문에 간호는 더 이상 시행착오에 의존하지 않고 간호의 고유한 전문지식을 바탕으로 하여 간호업무를 수행하고 있다. 과거 간호는 물리학, 사회과학, 그리고 다른 학문으로부터 빌려온 원리들을 기초로 실무를 수행하였기 때문에 간호가 전문직으로 발전하기 위해 간호수행의 이론적 기초가 되는 전문지식의 개발이 최우선 과제였다. 간호 전문지식의 구축, 정련 및 확대는 간호연구활동을 통해서 이루어지며 간호연구는 급속하게 발전해 왔으며 간호이론의 발달 또한 빠르게 진행되고 있다. 간호의 전문지식과 기술은 어떤 간호상황에서 어떤 간호를 해야 할 것인지를 결정하는 합리적인 판단 근거가 되고 있다.

또한 간호의 직업적 자율성을 확보하기 위해서는 간호 전문지식을 전문가와 대중으로부터 인정받아야 한다. 그러므로 간호가 완전한 전문직으로 발전하기 위해서는 간호수행의 기초가 되는 전문지식을 개발하기 위한 지속적인 노력이 필요하다.

6) 교육기간

전문직은 학문적이면서 실제적이어야 하며 새로운 사실을 위해 계속적으로 연구하고 배워야 한다. 또한 높은 교육과 훈련을 통하여 전달될 수 있어야 하고, 참여의식을 가져야 한다. 전문직에 대한 교육은 대학에서 이루어져야 한다. 우리나라의 간호교육은 3년제와 4년제로 이원화되어 있었는데 최근 간호계의 오랜 숙원인 4년제의 일원화가 드디어 결실을 맺었다. 따라서 현재 많은 3년제 간호과가 4년제 학사과정으로 거듭나고 있다.

이외에도 3년제 출신 간호사의 계속 교육을 통해 학사 학위를 취득할 수 있는 길이 다양하게 열린 상태이다. 1991년 한국방송통신대학 보건위생과 내에 간호학 전공과정이 신설되었고, 2003년부터 간호학과로 개칭되었다. 또한 간호사 면허증을 소지한 3년제 졸업자에 한해서 3학년에 편입하여 학사학위를 취득할 수 있는 RN-BSN과정이 초당대학교(1995)와 연세대학교(1996)를 필두로 해서 2006년 기준 총 24개교가 개설되어 있다. 그리고 정부에서도 독학사 제도와 학점은행제도를 도입하여 과거 3년제 졸업생들의 학사과정 및 다른 전문직과 학제간 협력체제를 구축하는데 동반자적 역할을 하는데 많은 도움을 주고 있다.

7) 전문단체

전문직은 높은 수준의 실무표준을 유지하고 발전시키는 전문단체가 있어야 한다. 우리나라의 대표적인 간호전문단체에는 대한간호협회가 대표적이다. 대한간호협회는 1923년 ‘조선간호부회’로 창립되었으며 설립목적은 국민의 보건 향상과 간호사업의 발전이며, 회원의 질적 향상과 직업의 권익 보장, 행정부를 위시한 각 보건의료 단체 및 여성단체와의 상호협조, 국제간호협회와의 교류 등의 업무를 수행하고 있다.

간호전문직의 발전과 권익보호, 그리고 능력신장을 위한 전문단체들이 다양하게 존재하지만, 전문단체는 특정 소수의 힘만으로 운영될 수 없고 간호사들이 전체적으로 힘을 내고, 운영해야 하는 특성을 갖고 있다.

8) 윤리강령

전문직은 실무자들의 결정과 행위의 지침이 되는 윤리강령이 있어야 한다. 윤리강령은 특정 상황에서 개인이 어떻게 행동해야 하는지를 규정하지는 않으나, 전문직 표준과 의사결정을 위한 기본 틀을 제공한다.

전문직 윤리강령은 사회가 그 전문직에 부여한 책임과 신뢰를 받아들인다는 것을 명백히 하는 것이며, 그 전문직에 속한 개인은 이 책임과 신뢰를 받아들인다는 것을 명백히 하는 것이다. 전문직에 속한 개인은 이 책임과 신뢰를 받아들인다는 것을 명백히 하는 것이며, 이에 따른 의무를 다할 것을 대사회적으로 천명하는 의미를 지닌다.

또한 윤리강령은 전문직의 자율성을 행사하기 위한 수단이지 방법은 아니다.

국제 간호협의회(ICN)와 대한간호협회는 간호사 윤리강령을 제정하여 이를 통해 간호실무 표준을 정립시켜 왔다. 그러므로 간호에서는 이미 오래전부터 간호사의 행동지침이 되는 윤리강령을 제정하여 활용해왔기 때문에 윤리강령이 있어야 한다는 전문직 기준을 잘 충족시키고 있다.

5. 전문간호사

1) 정 의

전문간호사란 전문 간호분야의 전문교육과정을 통하여 특수한 지식과 기술을 습득한 후 법적으로 인정받고 상급 실무를 수행하는 간호사를 말한다.

2) 전문간호사의 역할

(1) 역 할

① 임상전문가

자신의 전문분야에서 간호와 간호관련 학문에 대한 폭넓은 지식과 기술을 기초로 대상자에게 상급의 간호실무를 제공한다.

- 환자와 가족의 건강문제를 사정, 진단, 계획, 수행, 평가하고 그 결과를 기록한다.
- 일반 간호사의 간호과정 적용을 돕는다.
- 환자의 건강과 관련된 의사결정에 참여한다.
- 퇴원 계획을 세우고 지속적인 추후관리를 한다.
- 환자와 가족 또는 일반 간호사들이 당면한 윤리적, 법적 문제에 대한 해결방안을 제시한다.

② 교육자

환자, 가족, 일반 간호사, 간호학생, 타 보건의료 인력을 대상으로 교육하고 보수교육 또는 실무교육 프로그램 개발에 참여한다.

- 해당 분야의 간호에 대한 새로운 지식과 기술을 교육한다.
- 간호실무 발전을 위한 출판물을 게재한다.
- 간호대학 및 대학원의 실습 교육안의 개발에 참여하여 실습 강사로서 활동한다.
- 교육자료를 개발하며 수행 후 평가한다.

③ 지도자

대상자에게 제공하는 간호의 질 및 상급 간호실무의 수준을 향상시키기 위해 변화 촉진자, 역할모델 및 옹호자로서 활동하는 임상적 지도를 발휘한다.

④ 연구자

기존의 연구결과를 현상에 적용하고 실무 중에서 간호문제를 발견하여 연구 문제로 제시하며, 연구를 시도하거나 연구에 참여한다.

⑤ 협동자

대상자를 위해 간호의 효과를 최대화하기 위해 일반 간호사 및 관련 보건의료인력과 협동적 관계 형성 및 조장을 한다.

4장. 전문직관의 정립

1. 간호전문직의 사회화

사회화란 같은 역할을 수행하는 다른 사람들과 비슷한 방법으로 세계를 보고, 느끼고, 행동하는 것을 배우는 내용을 포함한다. 즉, 사회화는 사람들이 그룹과 사회의 일원이 되는 것을 배우는 과정과 사람과의 관계를 정의하는 사회적 역할(rule)을 배우는 과정이다. 그러므로 전문직의 사회화 과정은 전문직 역할을 수행하기 위해 구체화된 지식, 기술, 태도, 규범을 내면화하고 발달시키는 과정이다.

사회화 과정의 내적인 면은 사회적 통제로 그룹의 규범을 따르게 하고 그룹의 사회적 질서를 유지시킴으로써 자신을 규제시키는 사회집단의 능력이다.

전문직의 사회화는 공식적 사회화와 비공식적 사회화를 통해 습득된다. 간호직에서 공식적 사회화는 교수가 의도적으로 가르치는 내용이 포함되며 비공식적 사회화는 우발적으로 일어나는 일로부터 배운다. 예를 들면 간호사가 미숙아의 부모에게 미숙아를 돌보는 방법을 가르치는 것을 우연히 봄으로써 배우게 되는 것을 의미한다.

전문직의 사회화에 영향을 미치는 요인으로는 개인의 가치와 신념, 가족의 가치와 신념이 영향을 미친다.

개인의 신념이나 가치는 사회화 과정에 많은 영향을 미치기 때문에 간호전문직의 가치와도 상충될 수 있다. 자신과 가치나 신념이 다른 환자를 간호할 경우 심리적 불편감을 경험하게 되고 개인적 편견을 가질 수 있다. 예를 들면, 약물남용, 임신중절, 유전자 조작 등 이러한 것을 보게 되는 간호학생의 경우 그 학생의 가치와 사고가 간호의 전문직 사회화 과정에 영향을 미치게 된다.

가족의 가치 또한 간호전문직 사회화 과정에 많은 영향을 미치는데 사람은 성장할 때 가족과 주변의 의미 있는 어른의 행동, 신념과 가치에 의해 영향을 받지만, 후에는 또래 친구들의 영향을 더 많이 받게 된다. 이러한 과정을 통해 간호학생이나 간호사의 사고도 형성된다. 즉, 가족의 가치와 신념은 간호학생이나 간호사의 개인적 편견에 영향을 줄 수 있으므로 간호대상자에게 나쁜 영향을 끼치지 않도록 노력하고 주의해야 한다. 간호학생이 대학을 졸업하면 전문직 사회화 과정이 끝나는 것이 아니고 학습과 같이 평생 동안 이루어지는 활동이다. 신규 간호사는 직장에서 일하면서 또 다른 전문직 사회화 과정을 경험하게 된다.

2. 간호의 일차적 사회화 과정

1) 직업 사회화 과정(3단계)

(1) 개인은 자신이 관심 있는 직업을 선택하기 위해 광범위한 목표를 특수한 업무의 전문성에 대한 목표로 바꾼다.

(2) 직업의 영역에서 어떤 의미 있는 사람이 표준 집단이 된다.

(3) 직업 집단의 가치관을 내면화하고 행동을 채택한다.

2) 교육 사회화 과정

(1) 1단계

1단계는 학생들이 '어떻게 행동하고 무엇이 되느냐'에 이미지를 갖지만 기대한 것과는 다른 방향으로 행동하도록 기대한다.

(2) 2단계

2단계는 학생들이 갖는 일차적 이미지와 교육적 기대 사이의 불일치가 확인되고 표현을 하도록 분석하며 교육과정을 중단할 것인지 아니면 계속 할 것인지에 대해 고민하게 된다.

(3) 3단계

3단계는 교수들의 행동을 관찰함으로써 기대되는 행동을 모방하거나 동일시하는 동일시 단계이다.

(4) 4단계

4단계는 역할 훈련을 통해 기대되는 행위를 실습하면서 시작된다. 훈련을 통해 학습된 행위가 내면화되면 개인의 일부가 되지만 만약 내면화되지 않을 경우 그 자신과는 동떨어진 행위로 느끼게 되고 혼란과 죄의식을 가져온다.

(5) 5단계

5단계는 동요의 단계로 학생은 새로운 간호전문직 이미지와 기존의 이미지 사이에서 동요하는 행동을 보이게 된다. 이 단계에서 학생은 교수의 역할모델을 동일시하거나 전문적 인물로 사용할 수 있는 능력을 증가시켜 전문적 이미지를 강화하게 된다.

(6) 6단계

마지막 단계로 전문적으로 인정된 역할의 내면화가 안정되는 단계이다.

2. 간호의 이차적 사회화 과정(실무에서의 재사회화)

1) Benner의 모델

(1) 1단계 : 초보자(novice) - 간호학생

간호학생이 속하는 단계로 이시기는 업무 수행에 대한 기술은 한정되어 있다. 또한 배경 지식과 실무기술을 가지고 있으며 규칙과 다른 사람의 기대에 의존하고 있다.

(2) 2단계 : 신참자(advanced beginner) - 신규 간호사

이 단계는 임상 상황에 일정한 질서가 존재한다는 것을 인식하는 단계로 최소한의 숙달된 기술을 가지고 있으며 원리와 이론을 사용하고 있다. 하지만 우선순위를 결정하는 능력이 아직 부족하다.

(3) 3단계 : **적임자(competent practitioner) - 2~3년차**

이 단계는 2~3년간의 실무 경험이 있는 간호사 단계로 숙련되고 조직적으로 업무를 수행하며 계획을 수립하고 목적을 설정한다. 또한 분석적인 사고방식과 여러 가지 업무를 동시에 조정할 수 있다.

(4) 4단계 : **숙련가(proficient practitioner) - 3~5년차**

3~5년간의 임상 실무 경험이 있는 간호사가 해당되는 단계로 이 단계에 있는 간호사는 환자를 총체적 관점으로 보고 부분적 관점으로 보지 않는다. 또한 미묘한 변화를 인식하면서 우선순위를 쉽게 결정하고 장기적인 목표에 초점을 맞춘다.

(5) 5단계 : **전문가(expert practitioner)**

이 단계는 폭넓은 실무경험을 쌓은 후 도달할 수 있는 단계로 이 단계에 속한 간호사들은 자연스럽게 업무를 수행하면서 자동적, 반사적으로 환자의 욕구를 파악할 수 있다. 또한 통합적으로 반응하고 전문기술이 자연스럽게 발휘된다.

2) Dalton의 모델

이 모델은 지식과 경험에 기초를 두고 있으며 주요활동, 역할, 심리적 이슈가 각 단계에 따라 변화되는 종단적 모델이다.

(1) 1단계

주로 일상적인 업무를 수행하며 신규 간호사는 역할 모델인 숙련된 멘토(mentor)의 지휘하에 업무를 수행한다. 이 단계에서 신규 간호사는 업무를 능숙하게 수행하는 것과 일을 마치는 것, 공식적, 비공식적 의사소통 채널 등을 사용하는 것 등을 배워야 한다. 이 시기의 인간관계는 주로 종속적인 관계로 주요한 심리적 문제는 의존심이며 이러한 의존에 대한 적절한 조절이 필요하다.

(2) 2단계

의존적 관계에서 동료관계로 성공적으로 이행하기 위해서는 간호사가 독립적으로 업무를 수행하여 의미있는 결과를 산출할 수 있어야 한다. 이 시기에 능력 인정은 자신의 전문영역을 개발함으로써 가능하며 이로써 자존심을 높이고 조직내에서 자신의 위상을 높인다.

(3) 3단계

3단계는 다른 직원에게 영향을 주고 지도 지휘하며 능력 개발의 책임을 진다. 즉 다른 사람을 안내 지도하고 영향력을 행사하기 시작하며 관심과 역량이 넓어진다. 비공식적인 멘토, 아이디어맨, 관리자로서의 역할을 수행한다. 또한 목표를 수립하고 위임, 감독, 조정하는 인간관계 기술을 습득한다.

(4) 4단계

이 단계에 있는 간호사는 보통 관리자, 경영자, 사고 개혁자 등의 역할을 수행하고 있으며, 조직의 방향이나 중요한 사항을 결정하는 영향을 미친다. 조직에서 중요한 사람을 선발하고 능력을 개발시키는 일을 하며, 조직의 외부인과 중요한 관계를 형성하는 역할을 수행한다. 또한 저술과 출판은 전문적 활동의 중요한 수단이 된다. 이로써 자신의 존재 가치와 전문성을 성취하며 강력한 입장 표명을 하게 된다.

3) Kramer의 모델

Kramer는 업무환경과 교육환경 사이에서의 가치와 기대 행위 간 불일치를 설명하기 위해 현실충격(reality shock)이란 개념을 소개하였으며 신규 간호사가 교육환경에서 업무환경으로 전이(transition)를 위한 4단계의 졸업 후 재 사회화 과정을 제시하였다. 현실충격이란 신규 간호사가 업무 장소에서 업무를 효과적으로 수행하기에는 준비가 안되어 있을 때 일어나는 것으로, 신규 간호사가 경험하는 무력감(powerlessness)과 비효과성(ineffectiveness)에 대한 감정을 말한다. 이러한 심리적 스트레스로 인해 이 시점에서 간호사를 그만 두게 된다.

(1) 1단계 : 기술과 일상적인 것의 습득

대부분의 신규 간호사들은 첫 번째 업무를 바쁜 병동에서 하게 되는데 이 시기에 중요한 기술과 업무를 완수하는데 중점을 두게 된다. 따라서 환자의 감정적인 면을 간과할 수 있게 된다.

(2) 2단계 : 사회적 통합

동료간호사가 신규 간호사의 능력을 인정하고 그룹으로부터 받아들이는 단계이다. 대부분의 사람들은 동료의 인정과 승인을 바라고 기대하기 때문에 이 시기에 전문직의 가치를 유지하기 위해 간호사의 자존감을 다치게 하는 경우가 있게 된다.

(3) 3단계 : 도덕적 회의

간호사들은 모든 것을 다 할 수 없다는 것을 깨달을 때 분노와 절망감이 생긴다. 간호사들은 이 단계에서 관료적인 역할, 전문적인 역할 및 봉사적 역할 사이에서 불일치를 경험하게 된다.

관료적인 역할이란 조직에 대한 충성과 규율 및 규정과 관련되어 있으며 전문직 역할이란

지속적인 교육과 전문직에 대한 충실성과 관련되어 있다. 또한 봉사적 역할이란 환자에 대한 동정과 충실성과 연관되어 있다.

(4) 4단계 : 갈등해결

3단계에서 경험한 갈등을 해결하는 단계로 다음과 같은 해결책을 사용한다.

- 가치를 보존하면서 행동을 변화시키는데 예를 들면 본인의 믿음과 일치하는 새로운 직장을 찾는다. 간호직을 떠나게 되는 경우도 있다.
- 전문직 가치를 포기하고 관료주의적인 가치를 수용하며 시스템에 맞춘다.
- 가치를 포기하고 상황이 되어가는 대로 내버려두면서 생존이 목적이 된다.
- 두 문화를 모두 흡수하게 되는 간호사가 되는데 이는 시스템에 긍정적인 변화에 영향을 미치기 위해 전문직 가치와 관료적 가치를 동시에 사용하는 것을 배운다.

* 간호의 전문직관 정립의 필요성

간호전문직관이란 간호사가 가지고 있는 간호전문직에 대한 관점으로 필요성을 제시하면 다음과 같다.

- 전문직 간호사로서 지위의 확립을 위해 필요한 개인적 도덕적 힘을 가져야 한다.
- 현재 사회는 간호직에 대한 사회 정의 실현과 도덕적 활동의 요구가 크다. 그러므로 윤리철학을 기초로 한 전문직관 확립의 필요성이 요구된다.
- 간호사는 인류의 건강권의 옹호자로서 높은 전문성이 요구된다.

3. 전문직 사회화 과정의 근간 이론

1) 역할이론(역할유형)

(1) 이상적인 역할(ideal role)

이상적인 역할은 역할과 관련하여 사회적으로 규범이 되어 있는 동의된 권리와 책임을 의미한다.

또한 역할에 대한 비교적 고정적인 관점을 제공하는데 그 이유는 사회는 특정 역할을 수행해야 하는 사람의 행동에 대해 같거나 비슷한 기대(역할 기대)를 하게 되고, 역할 기대는 특정 역할을 수행하는 사람에게 기대하는 태도, 인식 및 행동이라고 할 수 있다. 이러한 이상적인 역할은 문화와 교육에 의해 결정되기도 한다.

(2) 지각된 역할(perceived role)

지각된 역할은 역할을 수행하는 사람이 그가 수행해야만 하는 역할을 어떻게 인식하느냐이며 모든 사람이 똑같은 방식으로 인식하지 않는다.

(3) 수행하는 역할(performed role)

수행하는 역할은 실제로 역할을 수행하는 사람이 그 지위에 관련하여 취한 행동이나 행위를

의미한다. 현실 충격은 지각된 역할과 수행하는 역할 사이에 갈등이 있을 때 생기는데 신규 간호사들은 현실 충격을 인지적 부조화(cognitive dissonance)로 경험한다. 즉 신규 간호사들은 그들이 무엇을 해야만 하고 어떻게 수행해야 하는지를 알지만 상황은 그들이 그와 같은 방식으로 하게끔 허락하지 않기 때문에 결과적으로 불안을 증폭시킨다. 만약 불안이 해결되지 않으면 소진을 가져온다.

(4) 역할 스트레스

역할 스트레스는 역할이 비현실적이고, 애매하고, 갈등이 있고, 짜증이 날 때 일어나는데 사회구조나 사회시스템에 의해서도 발생한다. 일반적으로 역할 모호성, 역할 갈등, 역할 불일치, 과도한 업무량은 역할 스트레스를 야기한다.

4) Bandura의 사회학습이론

Bandura는 사람들이 직접 경험과 관찰에 의해 대부분의 행동을 배우며 긍정적이거나 부정적인 보상에 기초하여 행동이 유지되거나 유지되지 않는다고 하였다. 사회학습 이론에는 다음과 같은 4개의 개별적인 과정이 포함된다.

첫째, 직접 경험을 통해 배운다.

둘째, 지식은 대리 경험을 통해 습득되며 다른 사람의 행동을 관찰하면서 지식이 습득된다.

셋째, 대리경험이 제한될 때 다른 사람에 의해 판단된 것에 의해 배운다.

넷째, 사람들은 연역적이고 귀납적인 방법을 통해 새로운 정보에 대한 근거를 평가한다.

(1) 역할 모델(role model)

역할 모델은 경험이 있고 유능한 간호사이고 신규 간호사와 역할 모델 간의 관계는 수동적이다. 예를 들어 신규 간호사는 역할 모델이 기술이 있어 그를 모방하려고 하나 역할 모델은 능동적으로 이에 대처하지 않는다.

신규 간호사는 모방하고 싶은 유능한 역할 모델이 많으면 많을수록 직무를 잘 수행할 확률이 높아진다.

(2) 프리셉터(preceptor)

프리셉터의 사전적 의미는 교훈자, 교사, 개인 지도 교사, 교장으로 미국에서는 병원에서의 학생을 지도하는 지도 의사를 뜻한다. 프리셉터십은 1975년에 International Nursing Index에서 등장하였다. 역사적으로는 15세기 영국으로까지 거슬러 올라간다. 이 당시에는 다양한 직업에서 프리셉터십이 행해지고 있었다. 일반적으로 프리셉터는 가정지도교수나 교육자로 사용되었으나 간호학에서는 원래 간호학생을 1:1의 방법을 통해 실제 임상 현장에 대해 교육하는 경력간호사에서 출발하였다. 이런 프리셉터를 이용한 신규 간호사 오리엔테이션은 1970년 초기에 제시되었고, 그 이전에는 실무경험이 많은 멘토가 이러한 역할을 오

래 전부터 시행하고 있었다. 프리셉터와 멘토는 프리셉터가 전문직업적인 관계를 프리셉터와 맺는다면 멘토는 개인적인 관계와 전문직업적인 관계를 다 갖는 점에서 차이가 있다. 그리고 멘토가 수행에 초점을 맞춘다면 프리셉터는 역량을 강화하는데 더 초점을 맞추고 있다. 따라서 Barnum(1997)은 프리셉터십이 멘토링과 teaching의 중간쯤에 위치한다고 하였다. 또한 멘토링은 일생동안이라도 지속될 수 있지만 프리셉터십은 정해진 기간 내에만 이루어진다.

프리셉터와 신규간호사는 일대일의 관계이며 프리셉터의 역할은 능동적이고 목적적이다. 프리셉터는 신규 간호사에게 정서적 지지를 해주고 임상에서의 강력한 역할 모델이 되고, 질문에 답변하고 역할 기대를 명확하게 해준다. 프리셉터 교육으로 숙련된 경력 간호사와 신입간호사의 1:1상호작용을 통하여, 신입간호사 개인의 요구에 맞는 교육경험의 기회를 가져 교육의 효과를 높이고, 이직과 현실충격의 최소화, 직업 만족도 증가, 의료사고 예방으로 양질의 간호를 제공하고 있다. 프리셉터는 역할모델이 되어 풍부한 임상경험과 교육적인 기술, 문제해결능력을 가지고 전문적인 간호실무를 교육하며 지원자와 평가자로서 신입간호사를 격려·지지하고 있다

(3) 멘토(mentor)

신뢰할 수 있는 상담 상대, 지도자, 스승, 선생의 의미로 쓰이는 말로 ‘멘토’라는 단어는 <오디세이아 Odyssey>에 나오는 오디세우스의 충실한 조언자의 이름에서 유래한다.

오딧세이가 트로이 전쟁에 출정하면서 집안일과 아들 텔레마코스의 교육을 그의 친구인 멘토에게 맡긴다. 오딧세이가 전쟁에서 돌아오기까지 무려 10여년 동안 멘토는 왕자의 친구, 선생, 상담자, 때로는 아버지가 되어 그를 잘 돌보아 주었다. 이후로 멘토라는 그의 이름은 지혜와 신뢰로 한 사람의 인생을 이끌어 주는 지도자의 동의어로 사용되었다.

멘토링(Mentoring)은 경험과 지식이 풍부한 사람이 구성원을 1대1로 전담해 지도, 조언하면서 실력과 잠재력을 개발시키는 것을 말한다. 조언자의 역할을 하는 사람을 멘토, 조언을 받는 사람을 멘티(Mentee)라고 한다.

멘토의 역할은 다음과 같다.

- 존경하며 닮고자 하는 사람
- 전문직 간호의 의미와 잠재력을 볼 수 있으며 의사소통할 수 있는 사람
- 역동적인 힘이 다른 사람을 자극시켜 행동을 취하게끔 하는 사람
- 우수한 표준에 미달되는 것을 수용하지 않는 사람
- 성장을 위해 긍정적이며 부정적인 피드백을 정직하게 주는 사람
- 당시의 관점을 넓혀주고 상황을 볼 수 있는 새로운 방법을 주는 사람
- 직위에 의해 다른 사람에게 새로운 기회나 경험을 제공하여 주는 사람
- 문제를 확인하고 가능한 해결책을 규명하도록 돕는 사람
- 정서적 지지와 자기 확신을 제공하여 주는 사람
- 장·단기 경력을 계획할 수 있도록 도와주는 사람

·비판적이고 폭넓게 이슈를 탐구하도록 도와주는 사람

4. 간호전문직의 사회적 인식

1) 간호사의 이미지

간호전문직의 가장 큰 발전 장애요소로 일반인의 간호에 대한 인식이라고 할 수 있다. 간호사에 대한 고정 관념은 어느 정도 없어졌지만 아직도 대중에서는 간호를 성과 관련하여 인식하고 있다. 예를 들면 간호사라고 하면 대부분이 여자이기 때문에 남자 간호사라면 나약한 동성연애자로 인식한다는 것이다.

간호의 이미지를 구축하는 데에는 대중매체와 같은 외적 요인과 간호사 자신이 스스로 어떻게 인지하는가 하는 내적요인이 영향을 준다. 내적요인으로는 간호사 자신이 전문직 간호에 대한 신념, 가치, 태도 및 느낌을 말하는 것인데 간호사 스스로 자신의 일에 대한 가치, 전문성, 의료 분야에의 기여 등에 대해서 부정적인 반응을 보인다는 것이다. 또한 스스로 위치가 낮고 무감각하게 반응하고 가치가 없다고 응답한 간호사도 있다는 것이다. 이에 반해 대중은 간호사의 직업을 매력적이며 사회적으로 인정받는 전문직종으로 인식하고 있다.

외적 요인으로는 아직도 일부에서는, 특히 대중매체에서 그려지는 간호의 이미지가 ‘백의의 천사’ 혹은 수동적, 의존적인 인물로 묘사되어 있다. 대중매체는 사회적 이미지에 대한 대중의 이미지를 반영하는 것 외에도 대중의 이미지 형성에 결정적인 영향을 미치므로 대중매체에서 선택한 내용이 시청자들의 머리에 이미지를 형성시켜 그대로 사회화하는 기능을 하기 때문에 간호전문직 발달에 매우 큰 영향을 미친다.

(1) 내적 요인 - 간호사 자신이 스스로 어떻게 인지하는가

- 간호사 스스로 자신의 일에 대한 가치, 전문성, 의료분야에의 기여 등에 대해서 부정적인 반응을 보이고 있다.
- 스스로의 위치가 낮고 가치가 없으며 무감각하게 반응한다.

(2) 외적 요인 - 대중매체에 비춰지는 이미지

- 의사에 비해 덜 중심적인 인물로 묘사되고 있다.
- 의사에 비해 지적이지 못하고 합리적이지 못한 것으로 표현하고 학구적인 것에 가치를 덜 주며 성취도, 임상적 판단력 등에도 뒤떨어지게 묘사되고 있다.
- ‘램프를 든 여인’으로서 나이팅게일의 이미지가 현대 간호의 대중적인 이미지로 존재한다.
- 수동적이며 의존적 인물로 묘사되고 있다.
- 전문직이라는 면이 덜 부각되었고 친절하다와 불친절하다가 공존하고 있다.
- 간호사가 부족한 병원에서 환자를 인격체로 존중하지 않고 기계적이고 사무적이며 불친절하고 냉정한 태도로 환자를 대하는 것으로 묘사되고 있다.

2) 간호전문직의 발전을 위한 전략

(1) 내적 요인

① 긍정적인 자아상을 확립

자신감을 증진시키고 불평을 줄인다. 자아개념을 긍정적으로 변화시켜 생산적이며 전문적인 자아개념을 확립한다.

② 건강한 삶의 유지

간호사가 건강하지 못하면 업무성과에도 영향을 줄 뿐만 아니라 질병에 걸릴 위험이 높아 다른 사람들을 위협하게 할 수 있다.

③ 전문적 능력의 향상

지속적인 교육으로 간호를 수행하는데 필요한 전문적인 지식, 기술 및 태도를 습득한다.

④ 환자, 가족 및 타 보건의료인과의 관계 개선

병원은 간호사의 이미지가 형성되는 처음이자 마지막 공간으로 대중은 간호사와의 일대일 접촉에서 더 많은 영향을 받기 때문에 전문 직업인으로서 의사소통 능력을 개발하여 관계 개선에 노력해야 한다.

⑤ 전문직 단체 활동에 적극적인 참여

정책과 정치에 대한 지식을 갖추고 적극적으로 활동한다.

⑥ 스트레스 관리

스트레스를 예방함으로써 소진을 예방할 수 있다. 효과적인 시간관리 기술로 개인 사생활과 직장 생활의 균형을 유지할 수 있고 자신을 돌보는 것 또한 스트레스 관리에 매우 중요하다. 간호사들은 다른 사람을 효과적으로 간호하기 전에 먼저 자신을 돌보아야 하며 즐겁고 원기를 회복시켜 줄 수 있는 시간을 갖도록 하여 긴장감을 줄이는 것도 스트레스를 줄일 수 있는 방법이다.

(2) 외적 요인

① 고유한 지식과 기술의 개발

철학자 미셸 푸코에 의하면 사회적 권력과 지식은 밀접한 권력을 갖는다고 하였다. 권력은 주어진 사회 안에서 나타나는 하나의 전략적 상황을 나타내는 것이며 권력관계는 개인이 일상생활을 통해 사회적 계층을 유지하는 특정 목적을 갖는다고 하였다. 권력은 자기 뜻을 상대방에게 관철시키고 다른 일을 하려는 사람들에게 자신이 원하는 일을 하도록 영향력을 행

사할 수 있다. 그렇다면 간호의 전문성을 신장시키기 위해 사용할 수 있는 권력은 지식이라고 할 수 있다. 간호사들은 끊임없이 지식을 습득하고 간호적 측면에서 인간을 이해하는 고유한 지식체를 개발하고 독점해야 한다.

② 간호교육의 변화

사회적 요구에 맞게 간호교육을 재 디자인하고 지속적인 계속 교육을 제공해야 한다.

③ 근무하는 환경을 개선

열악한 근무환경은 간호사를 소진하게 만들며 특히 환자 및 대상자의 안전을 위협한다. 따라서 끊임없는 환경개선을 시도해야 한다.

④ 간호가 이룩한 성과의 가시화

간호의 경제적 가치를 제공하기 위해 대상자 만족, 질 평가, 비용 효과성 등을 가시화한다.

⑤ 간호사 이미지 재창출

간호의 진정한 이미지 전달을 위해 진정한 브랜드는 무엇인지 심도 깊은 연구와 지속적인 노력이 필요하다.

⑥ 홍보의 활성화 및 체계적 관리

일반인이 접할 수 있는 잡지나 뉴스레터를 발행하고 의학상식을 제공할 수 있는 인터넷 사이트를 운영하는 것은 효과적일 수 있다.

※ 간호의 이미지 개선을 위한 방안

1) 간호사 스스로 독자적 이미지 창출해야 한다.

대한간호협회는 여성 전문직 단체로서 여성 단체 중 역사가 제일 깊고, 여성의 전문적 교육과 직업 활동은 간호사가 제일 먼저 시작했다고 해도 과언이 아니다. 일제 강점기에 해외기구에 대표단을 파견했을 만큼 국제적인 활동도 많이 하였으나 그러한 간호사들의 활동이 대외적으로 많이 알려지지 않고 있다. 현대의 모든 기업이나 단체는 자체 조직의 이미지가 매우 중요한 시대이므로 간호사의 이미지를 강화하는 수단으로 PR(Public Relations)을 어떻게 잘 활용하느냐가 중요한 관건이다.

현 이미지는 상상력을 통해서 쉽게 실체에 전달할 수 있게 한다. 현대는 이미지의 시대라고 할 정도로 이제는 실체가 없는 것조차 이미지 창출을 통해서 대중에게 호소하고 있는 것이 현실이다. 간호사들이 우리 사회에서 그 가치를 충분히 인정받기 위해서도 PR이 필요하다.

2) 병원 내에서의 이미지 개선을 노력해야 한다.

이미지는 실질적인 지위와도 연결이 되기 때문에 우선 병원 내에서의 이미지를 개선하는 것이 필요하다. 그리고 협회 내부적으로도 간호사의 권익을 신장시키기 위해 한층 노력함으로써 간호사의 역할에 걸맞는 대가를 받도록 해야 한다. 그랬을 때 간호사에 대한 이미지 역시 개선될 것이다. 또한 협회 내부적으로도 간호사의 권익을 신장시키기 위해 한층 노력함으로써 간호사의 역할에 걸맞는 대가를 받도록 해야 한다.

3) 정치적인 기능의 전문화와 국제적 연대를 통한 간호사들의 지위를 향상시킨다.

우리나라에서 간호사의 이미지는 간호사만의 문제라기 보다는 남성 중심의 불평등한 사회구조도 영향을 끼쳤다고 볼 수 있다. 그동안 의사는 주로 남성의 영역, 간호사는 주로 여성의 영역이었기 때문에 우리 사회의 약자인 여성 집단으로서 종속적이고 수동적인 이미지로 불이익을 본 것도 간과할 수 없다. 그러므로 더 이상의 불이익과 불평등이 없도록 간호사들의 이익을 대변할 수 있는 정치적 기능들을 보다 전문화시킬 필요가 있다. 또한 국제적 연대를 통해 간호사들의 지위를 향상시키는 것도 필요한 일이다.

4) 전문직의 당당함, 사랑과 봉사의 모습을 더욱 확대해야 한다.

새로 구축해야 할 간호사들의 이미지 전략 방향은 병원의 테두리를 넘어서서 가족과 지역, 사회, 더 나아가 세계적 차원으로 영역을 확대해야 한다. 이제 간호사의 역할은 병원에서의 질병 치료뿐만 아니라 일상생활에서 국민의 건강을 책임지는 수호자, 동반자로서 자리매김해야 할 것이다. 또한 독신 가족, 노인인구의 증가와 함께 이들의 건강을 책임지는 것은 다름 아닌 간호사들이 주축이 될 것이다. 그러므로 간호사들만의 독자적인 영역을 갈수록 확대시켜 전문직 직업인으로서의 당당함과 사랑과 봉사의 모습을 더욱 확대해야 한다.

4장. 단원문제

1. 간호전문직 사회화를 서술하시오.
2. 간호전문직관 정립의 필요성을 나열하시오.
3. 간호전문직 성장을 저해하는 요인을 나열하시오.
4. 간호의 이미지 개선을 위한 방안을 제시하시오..
5. 간호전문직 성장을 위한 방안을 나열하시오,
6. 변화하는 사회적 요구에 대한 간호사의 역할은 무엇인가?
7. 베너의 사회화 단계를 쓰시오.
8. 멘토의 의미를 서술하시오.
9. 프리셉터의 역할을 서술하시오.

5장. 간호과정과 비판적 사고

1. 간호과정개요

1) 간호과정은 무엇인가?

간호과정은 서로 관련된 5가지 단계- 사정, 진단, 계획, 중재 및 평가 - 로 구성되어 있고 간호사를 돕기 위해 고안되었다.

(1) 환자돌보기를 조직화하고 우선순위를 정한다.

(2) 환자의 건강상태와 삶의 질 등 중요한 것에 초점을 맞춘다.

(3) 임상에서 비판적으로 생각하는데 필요한 자신감과 기술을 얻도록 도와주는 생각하는 습관을 형성한다.

2) 비판적 사고를 증진하는 간호과정의 특성들

(1) 목적적 그리고 계획적

각 단계는 특별한 목적을 달성하기 위해 고안된 특정한 원칙과 규칙들을 가지고 있다. 예를 들면 사정은 건강상태를 결정하고 복잡한 계획을 세우기 위해 필요한 모든 사실들을 모으는 것을 목적으로 한다.

(2) 인본주의적

우리가 반드시 고려해야 할 고유한 관심, 가치, 소망, 그리고 문화와 같은 신념에 기반을 두고 간호과정은 신체와 마음, 영혼에 전인적으로 초점을 맞추도록 인도해준다.

(3) 체계적

문제해결 방법과 같이 다섯가지 단계는 무엇이 가장 중요한지, 조직적으로 생각하도록 하고 효과를 최대화하고 장기적으로 유용한 결과를 얻기 위한 계획적인 단계들을 갖도록 안내한다.

(4) 단계적 그러나 역동적

초보자들과 익숙치 않은 상황을 위해 간호과정은 중요한 것이 빠지지 않도록 확실히 하기 위한 단계적 접근을 제공한다. 예를 들면, 간호과정은 진단하기 전에 사정하도록 하고 수행하기 전에 계획을 세우도록 한다. 사정한 후에, 진단, 계획, 중재 그리고 평가가 습관이 되고, 역동적인 방법으로 간호과정을 사용한다.

예를 들어 중환자실 간호사가 한 환자를 한번 보고 “뭔가 잘못되었다.”고 결정한다. 그녀의 눈은 심장모니터 쪽으로 향하고, 심장 박동수와 리듬을 확인한다. 간호사는 이미 계획을 마음속에 시작했고, 침대 머리를 세워 호흡을 지지하고, 환자와 이야기하면서 손에는 혈압기를 쥐고 지속적인 사정을 한다.

(5) 결과중심적 그리고 비용효과적

검토과정은 가장 효과적인 방법으로 최상의 결과를 얻는데 중점을 두도록 돕기 위하여 고안되었다.

(6) 사전행동적

간호과정은 문제를 치료할 뿐 아니라, 위험요소를 관리하고 건강한 습관을 격려함으로써 건강을 최대화 할 필요성을 강조한다.

(7) 증거기반적

간호과정에서 판단, 결정 및 행동은 추측보다는 가장 최적의 증거에 기반을 둘 것을 요구한다.

(8) 직관적이고 논리적

간호과정의 원리는 양식과 직관적인 예감을 인정하도록 하고 당신의 직관을 지지하는 증거를 찾도록 한다.

(9) 반영적, 창조적 및 항상 지향적

간호과정은 지속적 평가, 환자반응(결과)과 실무(어떻게 돌보는가) 간의 지속적인 반영의 필요성을 강조해서 조기에 수정을 할 수 있게 해준다. 이것은 또한 간호 돌봄을 지속적으로 향상시키고 보다 쉽고 좀더 효과적이고 저 비용적인 보다 나은 결과를 얻는 방법에 대하여 창조적으로 생각하도록 격려한다.

2. 간호과정의 각 단계들 사이의 관계

1) 사정

건강문제를 일으키는 위험인자와 건강문제의 증후를 관찰하기 위해 건강상태에 대한 지속적인 자료를 수집한다. 문제해결방법으로 문제에 관한 자료를 수집한다.

2) 진단

실재적이고 잠재적인 건강문제, 위험인자 및 강점에 대해 명확하게 하기 위한 자료분석이다. 자료분석의 문제해결방법은 문제가 무엇인지를 정확하게 결정한다.

3) 계획

바람직한 결과(특별한 환자 목표)를 결정하고 결과를 달성하기 위한 중재를 검토한다. 문제해결방법으로는 행동하기 위하여 계획세우기를 한다.

4) 수행

계획에 따른 행동을 실천하고 초기 반응을 관찰한다. 문제해결방법으로는 계획을 행동으로 옮긴다.

5) 평가

결과가 어떤지를 결정하고 변화가 필요한지 판단한다. 더 좋게 할 수 있는 방법이 있는지 찾는다. 문제해결방법으로 결과를 평가한다.

사례

가정에 있는 노인을 돌보기 위하여 간호과정의 단계를 적용해보시오.

1) 사정

김씨는 80세이고 혼자 살고 있다. 그는 독립적이기를 원하며 집을 깨끗하게 유지하고 있다. 그러나 오늘 그는 감기에 걸렸고 매우 피곤하다고 느끼고 있다. 그것을 제외하면 그의 건강은 변함없다.

2) 진단

당신은 위의 자료를 분석하고 김씨의 피곤이 낙상의 위험을 가지고 있음을 깨닫는다. 당신은 그의 독립성에 대한 갈망이 강점임을 알지만 그가 도움을 요청하지 않을 수 있기 때문에 그의 약점도 될 수 있음을 알아야 한다. 당신은 그의 약점이 큰 손상을 일으킬 수 있는 단순 낙상의 위험이 있음을 걱정하기 때문에 추가의 도움이 필요함을 그와 이야기해야 한다.

3) 계획

김씨와 함께 당신은 다음의 결과에 동의한다. 김씨는 낙상의 위험 요인을 감소시켜 손상을 받지 않을 것이다. 그리고 당신은 낙상을 예방하기 위해 계획을 세운다.

(예: 가구를 배열하여 넘어지지 않게 하거나 균형을 유지하기 위해 잡기 쉽게 조정해 주고, 감기에 적당한 영양과 수액 요법에 대해 강조하고 몇일 동안 와서 도움을 줄 수 있는 사람을 요청한다)

간호사는 저혈압이 낙상의 위험 인자이므로 그의 혈압을 관찰할 것을 결정한다.

4) 수행

간호사는 그를 주의 깊게 관찰하고 활력 증후를 측정하고 음식과 수분 섭취를 관찰하며 매일 그가 도움을 받는지를 파악한다. 독립에 대한 그의 욕구를 알고 있으므로 다른 사람들의 도움을 받는 것의 중요성을 강조한다.

5) 평가

김씨를 평가하고 손상으로부터 자유로운 지와 약함의 위험 요인과 피곤이 있는지를 측정한다. 그가 다시 강함을 얻었다면 그의 일상적인 독립된 생활 방식을 계속하도록 격려한다. 그렇지 않다면 간호사는 그의 건강상태를 재사정하고 이 계획을 바꿔야 할지를 결정한다.

3. 간호과정을 사용하는 이점은 무엇인가?

간호과정은 의료적인 문제만이 아니라 인간반응(개인의 삶은 의료적 문제, 치료계획, 매일의 일상의 활동 변화에 의해서 어떻게 영향을 받는지)을 언급함으로써 다른 건강 돌봄 전문가들을 보완한다.

의사와 간호사가 같은 환자에 대한 자료를 분석할 때의 차이점을 다음의 예에서 보라.

<p>예</p> <p>1. 의사의 자료 “김씨 부인은 모든 관절에 부종과 통증을 호소하고 있다. 진단적 검사는 그녀가 류마티스성 관절염이 있음을 나타낸다. 류마티스성 관절염을 치료하기 위한 소염제를 처방할 것이다.” (<u>질병 중심으로 관절염의 치료가 계획이다.</u>)</p> <p>2. 간호사의 자료 “ 김씨 부인은 모든 관절에 통증과 부종이 있는데 이것은 그녀 스스로 식사와 옷입는 것을 어렵게 한다. 그녀는 스스로 식사를 할 수 없을 때 상당히 어려운 느낌을 표현했다. 그녀는 두 명의 어린 손자들을 보고 싶어서 우울한 상태이다. 우리는 그녀의 통증을 완화하고, 식사와 의복을 돕고, 낮아진 자아 존중감을 돕고, 손자들이 특별하게 방문을 하도록 하는 계획을 세울 필요가 있다(<u>전인적 관점, 질병과 독립적으로 기능하는 개인의 능력에 미치는 질병의 영향을 모두 고려하고 중심은 김씨 부인이다.</u>)</p>

4. 오늘날의 변화하는 세계 상황에서의 간호과정

간호과정을 적용하는 것은 오늘날의 변화하는 세계상황에서 그것의 사용에 대해 생각해 보도록 요구한다. 예를 들어 모든 수준에서 간호사의 역할에 책임감이 더 확장되고 있다. 우리는 일선상의 간호과정 모델 즉 모으는 것으로부터 계획을 세우는 매우 특별한 단계를 따르는 역동적인 간호 과정 모델로 이동하고 있는데 이것은 특별한 상태에 맞게 이미 만들어진 표준화된 계획에 적응하는 것이다.

5. 간호과정을 사용하는 것의 이점

- 1) 실재적이거나 잠재적인 건강문제의 진단과 치료를 빠르게 하고, 병원 입원 빈도와 재원 기간을 감소시킨다.
- 2) 인간의 고통과 경제적인 소비 양면 모두에서 비용 효과적인 계획을 세운다.
- 3) 삶의 질을 도모한다.
- 4) 정확한 기록을 유도한다.
- 5) 의사소통을 향상하고 실수와 탈락, 불필요한 반복을 예방한다.
- 6) 나중에 환자 돌봄을 평가하고 간호를 발전시키고 건강 돌봄의 효과와 질을 향상시키기 위한 연구를 수행할 목적으로 문서 기록을 남긴다.
- 7) 사고의 유연성과 독립성을 도모한다.
- 8) 개인에 맞는 중재를 만든다.

6. 오늘날의 간호사에게 요구되는 다양한 기술들

- 1) **유연한 적응**은 능숙하게 실무를 하기 위해 다양한 상황과 환경, 새로운 지식과 기술, 시각들을 파악하는데 필요하다.
- 2) **문제를 해결하고 비판적이고 창조적으로 사고하고**, 임상적인 복잡성에 대응할 수 있다.
- 3) 독립적이 되고 결정을 나눈다. 비용과 대상자 및 그 가족을 동반자로서 고려할 수 있다.
- 4) **기한을 지키고** 책임감, 자아존중감, 자기확신, 자기관리, 사교성, 통합성을 보일 수 있다.
- 5) **협력하기**, 즉 의사소통, 대인관계, 집단 사고 기술의 개발을 통하여 전문가, 동료, 환자, 가족 및 다른 건강 돌봄 요원과 협력할 수 있다.
- 6) **전인적으로 생각하기**, 전체로서 환자를 바라본 후 질병과정과 개인의 생활 양식과 관련된 문제와 질병의 밀접함을 고려할 수 있다.
- 7) 윤리적 원칙에 근거한 **윤리적 판단을 내릴 수 있다**.
- 8) 개성의 민감성을 통하여 가능한 한 다양한 개인에 맞는 **다양한 문화**와 인종 군의 **다양한 요구와 가치를 사정하고 반응**할 수 있다.
- 9) 비용을 지불할 능력을 개의치 말고, 모든 사람들이 건강 간호를 받을 수 있도록 도모하는 책임과 다른 사람들의 요구를 경청하고, 사례를 제시할 수 있는 능력으로 **대상자와 가족을 대변**할 수 있다.
- 10) 동료들의 요구를 **이끌고 감독하며 경청하고 이해** 할 수 있다.
- 11) 정보의 판독과 과정에서 도움을 줄 컴퓨터를 이용하여 파일의 **정보를 관리**하고, 조직화하고 유지 할 수 있다.
- 12) **기술사용**: 기구와 도구를 선택하고 기구의 유지와 고장 수리, 직무에 기술을 적용하고 복잡하고 비싼 기구의 유용성을 평가할 수 있다.
- 13) **자원 이용**: 돌봄의 프로그램과 분배를 개발하는데 있어서 시간, 비용, 물질, 공간, 인간 자원을 배분할 수 있다.

7. 간호과정과 비판적 사고간의 차이점은 무엇인가?

미국 간호사협회 표준에 따르면 간호과정은 간호에 있어서 비판적 사고의 도구로 활용된다. 그것은 단순한 도구일 뿐만 아니라, 비판적 사고를 위한 출발점으로써의 주요 도구가 된다. 사람이 가고자 하는 곳으로 실어다 주는 주요 도구인 자동차와 같이 간호과정은 환자 간호가 필요한 곳으로 안내할 수 있다. 하지만 자동차이건 간호과정이건 간에 두뇌를 사용하지 않으면 환자 간호가 필요한 곳으로 안내할 수 없다.

8. 간호에서의 비판적 사고

- 1) 목적이 있고, 정보에 근거하며, 성과 중심의 사고이며 주요 문제, 이슈 및 위험 요인들을 신중하게 확인할 것을 요구한다.
- 2) 환자, 가족 및 지역사회의 요구에 의해 촉구된다.
- 3) 간호과정의 원칙이나 과학적 방법(추측보다는 증거를 기반으로 판단하는 것)을 기초로 한다.

- 4) 특정지식, 기술 및 경험을 요구한다.
- 5) 전문적 표준과 윤리강령을 지침으로 한다.
- 6) 지속적인 재평가, 자기 수정 및 개선을 위한 노력이다.

5장. 단원문제

1. 간호과정을 사용하는 이점을 서술하시오.
2. 오늘날의 간호사에게 요구되는 다양한 기술들 중 5가지를 나열하시오.
3. 간호에서의 비판적 사고의 예를 서술하시오.

6장. 간호윤리

1. 윤리학의 정의와 종류

우리는 살아가면서 언제나 딜레마 속에서 살아가고 있다. 또한 도덕적인 딜레마에 빠질 때면 많은 고민에 빠지게 된다. 이처럼 도덕, 윤리는 일상생활 속에 항상 존재하고 있는 것이다. 윤리학이란 도덕의 본질과 근거에 대한 철학적 탐구라고 정의될 수 있다. 쉽게 설명하면 윤리란 1) 사회적 풍습인 전통으로부터의 제약 2) 옳은 마음가짐과 옳은 행실의 표준 그리고 그름 3) 살아가는 동안 각자가 자기의 입장에서 지켜야 할 의무 이행의 내용적 기준 4) 인도, 도의, 인의, 예의 등으로 구성 5) 사람이 이 세상을 사는데 마땅히 하여야 할 도리 등으로 설명할 수 있다.

즉, 윤리는 “내가 해야 할 일(should)은 무엇인가” 혹은 “내가 마땅히 해야 할(ought)일은 무엇인가”라는 질문에 답을 시도한다. 여기서 말하는 도덕이란 행위에 대한 판단, 표준, 규칙을 의미하며 이를 탐구하는 윤리학은 일반적으로 기술 윤리학, 규범 윤리학, 분석 윤리학으로 구분된다. 기술 윤리학은 도덕 현상에 대한 과학적 기술을 의미하고 규범 윤리학은 도덕적 표준과 규칙을 구축하고 정당화하는 것을 뜻하며, 분석 윤리학은 도덕적인 논의의 의미를 따지는 활동이라고 간략하게 정의 내릴 수 있다.

먼저 기술 윤리학은 기술(記述)이라는 낱말의 사전적 의미를 통해서 의미를 대략적으로 짐작해 볼 수 있다. 기술이라는 말은 그 자체에 경험적이고 객관적이며 그래서 과학적이라는 의미를 함축하고 있다. 따라서 기술 윤리학이란 일상생활에서 개인에게 구체적으로 작용하고 있는 현실의 도덕은 과학적인 절차를 통해서 기술되고 설명될 수 있다는 것을 의미한다는 사실을 우리는 알 수 있다.

기술 윤리학자들에 의하면, 개인의 행위에 직접적으로 영향을 미치는 도덕률은 그가 살아오면서 겪은 여러 가지 사회 문화적, 역사적, 심리적인 경험을 통해서 구성되었다. 따라서 이것은 경험적이고 귀납적인 방법을 통해서 연구될 수 있으며 그가 가진 도덕 판단은 정확히 기술될 수 있고 동시에 그 원인과 결과에 대한 과학적 탐구 또한 가능하다. 따라서 기술 윤리학은 한 개인의 생활, 사회의 구조와 기능 속에 존재하는 도덕 현상을 경험적이고 과학적으로 탐구하여 이에 대한 지식을 획득하는 것을 의미한다. 이러한 경험적 지식은 현실 도덕에 대한 과학적 기술이며 설명이라 할 수 있다.

도덕현상을 사실로서 연구하는 기술윤리학은 도덕규범은 역사적으로 크게 변천해 왔으며, 문화가 다르고 민족이 다르고 종교가 다르고 사회체계가 다름에 따라서 도덕도 다르며, 도덕에는 유일, 절대적, 보편적인 것이 있을 수 없다는 일종의 상대주의를 인정하게 한다. 기술윤리학은 도덕현상을 과학적으로 설명하여 주기는 하지만, 두 개의 도덕체계가 주어져 있을 때 우리가 어느 것을 선택해야 할 것인지에 대해서 아무것도 지시해 주지 못한다. 여기에 기술윤리학의 한계가 있다.

다음으로 규범윤리학은 보편적으로 인식되고 있는 윤리학 그 자체로 이해하는 것이 타당하

다. 이것은 도덕 현상의 실증적 연구가 아니라, 도덕의 본질과 규범 등에 대한 철학적 연구를 그 대상으로 한다.

규범윤리학자들은 모든 도덕행위자들에게 타당한 도덕규범의 일관된 체계를 구성하는 것이 어떻게 가능한가를 탐구한다. 여기서 도덕행위자란 도덕적 표준과 규칙에 따라 사고할 수 있고 결정할 수 있으며 행동할 수 있는 사람을 말한다. 도덕행위자라고 해서 항상 도덕적 표준 또는 규칙에 따라 살아갈 수는 없다. 즉 그는 도덕적으로 완벽할 수는 없는 것이다. 그러나 그는 그러한 기준을 근거로 해서 스스로 판단하고 또 그것을 자기의 선택과 행동에 대한 지침으로 사용할 수 있는 능력을 지녀야 한다. 하나의 도덕적 표준이나 규칙이 모든 도덕행위자들에게 타당하다는 말은 어떤 도덕행위자들의 성질과 행동을 판단함에 있어서 그것에 호소하는 것이 정당화될 수 있는 것을 말한다. 그러한 표준과 규칙들이 정연한 체계를 이룬 것을 “규범윤리적 체계”라고 부르며 그러한 체계를 구축하고 정당화하는 활동을 규범윤리학이라고 한다.

요컨대 규범윤리학은 철학적인 사고에 의해 삶의 지침으로서 정당하게 채택할 수 있는 표준과 규칙이 있는가의 물음에 답하려는 체계적인 시도라 하겠다. 규범윤리학은 목적론적 윤리설이나 의무론적 윤리설과 같은 순수 규범윤리학과 환경 윤리, 성 윤리 등과 같은 응용 규범윤리학으로 나누어진다.

과학의 발달, 특히 20세기 이래 과학의 눈부신 발전에 따라 사람들은 규범 윤리학에 대한 회의적인 시각을 가지게 되었다. 분석윤리학은 대체로 말해서 이와 같은 시대사조에 발맞추어 나타난 것이라고 할 수 있다. 분석윤리학은 윤리에 대한 분석철학자들의 이론이다.

분석철학의 기본적인 특징은 형이상학적 전제를 내세우는 것을 배제하며 분석을 통해서 문제의 명확화와 그 해결을 꾀하는 데 있다. 이 때 우리의 사상이나 사고는 주로 언어에 의해서 표현되고 전개되므로 언어분석을 주요 임무로 삼는다.

분석철학에 있어서 윤리 및 윤리학에 대한 고찰은 대체로 말해서 소극적인 고찰과 적극적인 고찰로 나눌 수 있다. 전자는 윤리적인 명제를 ‘언어의 논리적 분석’의 과제로부터 배제해 버리려고 하며, 후자는 그와는 반대로 ‘언어의 논리적 분석’ 속에 윤리적 명제를 포함시키려고 한다. ‘언어의 논리적 분석’을 윤리적 명제에 적용함으로써 과학으로서의 새로운 윤리학을 구상하는 것을 분석 윤리학이라고 한다. 분석 윤리학은 행위의 규범이라든가 도덕적 판단을 문제삼는 종래의 규범 윤리학과는 다른 각도에서 윤리의 문제에 접근하여 윤리적 언사(言辭)나 윤리적 명제의 의미와 진위 등을 분석한다. 구체적인 예를 들면 다음과 같다.

- 선악(good and bad), 정사(right and wrong)와 같은 윤리적 언사의 의미 또는 정의는 무엇인가?
- 윤리적 판단이나 가치판단은 어떻게 성립되며 그 판단에 관한 증명, 정당화는 가능한가?
- ‘책임’, ‘양심’, ‘의식’, ‘자유’ 등은 무엇을 의미하는가?

2. 간호윤리학의 정의

19세기 이후 간호가 비종교화 되면서 간호사들은 높은 수준의 교육과 훈련을 받게 되었고 그 결과 간호현장에서 관학적, 기술적, 전문적으로 합리적이고 효과적으로 판단하는 동시에 자신의 행위에 책임질 것을 요구 받았다. 지금의 현대 전문직 간호사들은 계속 발전하는 과학적, 기술적 진보와 함께 빠르게 변화하는 사회적 가치 속에서 대상자들의 요구와 이익을 위해 책임 있게 행동해야 한다.

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 윤리 원칙을 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.

만약 여러분이 아래와 같은 상황의 주인공이라면 어떤 의사결정을 할 것인가?

※ 의료진의 부당한 요구와 윤리의식의 필요성

1. 사건 개요

사립병원에 입원한 환자(50세, 여)가 폐수종, 만성심부전증, 호흡곤란 등을 호소하여 담당간호사 B는 담당의사 A에게 이를 보고하고 맥페란(Macperan, 진토제) 1앰플 정맥주사 구두처방을 받아 환자에게 투여하였다. 그 후 환자는 오심과 협심증의 증세를 동반하여 쇼크에 빠졌는데, 이때 환자의 혈중요소 질산은 204mg/dl(정상범위 : 5~25mg/dl)이었다.

B는 즉시 A에게 보고했으나 아무런 연락이 없었고 A의 무선호출기에 신호는 가나 통화가 되지 못했다. 할 수 없이 다른 과 의사를 불러 심폐소생술 등 응급처치를 하면서 중환자실로 옮겼으나 그날 사망하였다. 심폐소생술을 시작한 지 10분 정도가 지난 후에 담당의사 A가 왔고 담당간호사 B는 A에게 보고한 내용과 그때 상황을 간호기록지에 기록했다. 그러나 담당의사 A는 담당간호사 B에게, 의사와 계속 연락 중이었고 제때에 도착하여 함께 심폐소생술을 시행한 것으로 기록하여 주기를 요구하였다. B는 이를 거부했지만 A를 비롯한 전문의와 수간호사가 기록을 수정하라고 요구하는 바람에 어쩔 수 없이 수정하게 되었다.

이후 환자 측과 의료분쟁이 발생하자 담당의사 B는 다른 동료들과 함께 있었으나 무선호출기가 울리지 않았다고 주장했고 동료들도 이를 인정하는 진술을 하고 있다.

2. 윤리적 갈등

위와 같은 상황은 간호사들이 진료행위과정에서 종종 겪게 되는 상황이다. 이때 간호사는 의료기관의 책임을 덮어주도록 하는 요구와 사실을 있는 그대로 알리려는 양심과의 윤리적 갈등 속에서 애를 태우게 된다. 그러나 간호사는 환자를 보살피는 보호자로서 의료행위를 수행하여야 하는 임무를 가지고 있으므로 법적 책임과 경영상의 어려움을 근거로 의료진의 잘못된 행위를 숨기려고 하는 부당한 행위에 대항하여 맞설 수 있는 용기가 매우 필요하다.

3. 법적 고찰

위 사례에서는 제때 필요한 응급처치를 하지 못한 치료지연으로 의료과실소송이 제기될 것이다. 만약 의료소송이 제기된다면 진료기록부 및 간호기록부 등의 의무기록은 의료과실소송에 있어서 중요한 증거자료가 될 것이며, 사실대로 기재된 간호기록은 의사에게 책임을 지우는 매우 중요한 증거자료가 될 것이다.

이때 간호사가 의사 및 수간호사의 강요에 의하여 진료기록을 허위로 작성하고 증언하게 될 경우 어떠한 형사법적 책임을 지게 되는가?

• 허위사문서작성죄의 성립여부

문서위조는 작성권한 없는 자가 타인명의의 문서를 작성하는 것을 말하는 바, 문서의 작성권한이 있는 간호사가 허위의 문서를 작성한다 하더라도 문서위조죄는 성립되지 않는다.

문서는 공문서와 사문서로 나누어지는데, 공문서는 공무소 또는 공무원이 직무와 관련하여 작성한 문서를 말하고 사문서는 사인명의로 작성된 문서를 말한다. 공문서는 사문서에 비하여 내용의 진실성에 대하여 사회적으로 공신력이 높고 영향력이 크다. 따라서 형법에서는 작성명의인이 작성하더라도 내용이 허위인 경우 허위공문서작성죄로 처벌하고 있다. 국공립병원, 보건소 같은 공공의료기관에서 근무하는 공무원인 간호사가 간호기록을 허위로 작성하게 되면, 허위공문서작성죄에 해당된다.

우리 형법에서는 공문서의 허위작성은 처벌하나, 사문서의 허위작성에 대하여는 처벌하지 않음이 원칙이다. 다만 예외적으로 사문서를 허위로 작성하는 경우에 처벌하는 것은 허위진단서작성죄에 해당하는 경우뿐이다. 형법 제233조는 의사·한의사·치과의사·조산사가 진단서, 검안서 또는 생사에 관한 증명서를 허위로 작성한 때에 처벌하고 있다. 그러나 사립의료기관의 간호사 B가 간호기록을 허위로 작성한 경우에는 형법상의 허위사문서작성죄에 해당하지 않게 된다.

• 위증죄

간호사 B가 의사 및 수간호사의 강요에 의하여 허위의 증언을 하는 경우에 어떠한 법적 책임을 지게 되는가? 위증죄는 법률에 의하여 선서한 증인이 허위의 진술을 하는 것이다. 간호사가 법정에서 선서하고 허위의 진술을 하는 경우에는 위증죄가 성립한다.

그런데 간호사 B의 증언으로 다른 의사와 수간호사가 공모하여 만든 허위의 진술을 뒤집을 수 있을까. 이를 뒤집을 수 없다면 B가 사실대로 진술한다 하더라도 오히려 위증으로 억울하게 처벌받지는 않을까 걱정이 될 것이다. 그러나 ‘사필귀정(事必歸正)’이므로, 상황의 전후좌우를 살펴 사안을 파헤칠 때 무선호출기의 호출내역조회, 다른 과 의사의 소환, 기록변경요구상황 내지 기록의 수정된 흔적 등을 들어 사안의 진상을 밝힌다면, B에게 위증책임을 지우기는 어려울 것이다.

4. 맺음말

간호행위과정에서는 본의 아니게 사실과 다른 기재를 하거나 양심에 반하는 행위를 하게 되는 경우가 많을 것이다. 이때 정작 올바른 양심에 따라 사실대로 말할 수 있는 것은 단지 배움의 많고 적음이 아니라 간호사의 마음가짐에 있다고 할 수 있다. 우리는 남의 이야기를 들을 때는 객관적인 입장에서 양심의 지시가 무엇인지를 잘 판단하곤 한다. 그러나 자신이 처한 상황아래서는 판단력이 흔들리게 된다. 따라서 자신이 처한 상황을 남의 이야기를 듣는 자세로 객관적으로 판단하고 행동할 수 있는 시각과 함께 이를 극복할 수 있는 용기가 필요하다.

출처 : 대한간호 45권 3호(글 이경환 변호사)

3. 간호윤리의 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 내의

의 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 기술의 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 긍정적인 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.

※ 최근 간호윤리의 연구 주제

1. 생명공학의 정의

생명공학기술은 전통적 생명공학(Conventional Biotechnology)과 신생명공학(New Biotechnology)으로 나눌 수 있다. 전통적 생명공학기술은 발효식품제조기술(발효공학기술,

효소공학기술), 가축 및 식물의 육종(동식물 수정란 이식기술) 등을 포함하며 대표적 관련제품으로는 주류, 발효유제품, 발효조미료, 생물학적 제제 등이 있다. 신생명공학기술은 생물공정기술, 동식물세포배양 기술, 세포융합기술, 핵치환기술, 단백질공학기술, 유전자 재조합기술 등을 포함하며 대표적 관련제품으로는 간염백신, 인체성장호르몬, 무공해 생물농약 등이 있다.

생명공학기술의 일반적인 특징으로는 보건의료, 환경, 농축수산, 에너지, 자원 등 산업적 응용범위가 넓으며, 소량 다품종의 고부가가치 제품창출이 가능하므로 비교적 적은 투자로 많은 신물질, 공정, 소재 등을 창출시킬 수 있는 두뇌기술집약형이며, 공해유발적인 화학적 방법 대신 생물학적 방법의 이용을 통해 환경조화와 지속가능개발(ESD)에 적합한 미래형 첨단 대체 산업기술이며, 미생물이나 동식물 세포를 이용함으로써 대규모 장치가 필요 없고 자원 및 에너지 절약이 가능하다는 특징을 가지고 있어 우리나라에 적합한 기술로 인식되고 있다.

사실 1980년대 초에 우후죽순처럼 나왔던 생명공학기술에 관한 전망들은 10여년이 지나면서 퇴색되어 가고 있으며 이제는 사실상의 실제적 데이터에 근거하여 합리적으로 예측하고자 하는 시도가 자리를 대신하고 있다. 또 다른 한편으로는 경제에서의 기술의 역할을 중시하는 경제학자들을 중심으로 생명공학기술의 산업혁신성에 관하여 이론적인 체계 하에 학문적인 접근을 시도하고 있는 흐름이 있다. 이것은 생명공학 분야에 종사하고 있는 사람들에게는 매우 흥미 있고 자부심을 갖게 하는 측면도 있다. 생명공학기술이 과연 미래의 산업발전을 주도할 것인가에 관한 물음은 아직 결론이 나지 않고 있다는 반론이 있을 수도 있겠지만, 생명공학기술의 혁명이 곧 다가올 것은 필연적으로 받아들여야 할 것으로 보인다. 이러한 생명공학기술은 산업적으로 유용한 제품을 생산하거나 공정을 개선하기 위하여 생체나 생체 유래물질 또는 생물학적 시스템을 활용하는 기술을 총칭하는 것으로 정의될 수 있다. 따라서 생명공학기술은 생명체를 직접 또는 간접적으로 이용하여 생명공학산업(Bio-industry)을 위시하여 생체기능을 모방하거나 생체에 응용되는 모든 산업에 기술적 파급을 가져온다.

생명공학의 연구개발에 대한 산업계의 투자는 점점 커지고, 그 성과에 대해 기술의 발전 상황에 맞는 법적 보호가 요청되고 있다. 이는 신의 영역을 침범한다는 우려가 있기 때문이다. 유전자를 산업에 이용함에 따라 수많은 종교적, 윤리적, 사회적 논쟁이 발생하고 있다. 그러므로 생명공학에 대한 연구의욕이 저해되지 않으면서도 기술은 진보시켜 이로 인한 위험을 제거해 나가는 지혜가 필요하다.

2. 생명공학과 관련된 연구

1) DNA 복제

1953년 왓슨(James D. Watson)과 크릭(Francis Crick)은 DNA(deoxyribonucleic acid)의 이중나선 구조의 모델을 제시하면서 DNA의 복제에 관해서도 언급하였다. 그들에 의하면 DNA의 복제는 나선으로 꼬인 두 가닥이 풀리면서 염기 사이의 수소결합이 끊어지고, 각각

의 가닥이 주형(template)으로 작용하여 새로운 상보적인 가닥이 만들어진다는 것이다. 이는 1958년에 메셀슨(Meselson)과 스탈(Stahl)에 의해 DNA가 원래의 가닥은 보존되면서 새로운 가닥이 복제된다는 반보존적 복제로 밝혀졌다.

DNA복제는 이중나선으로 된 DNA의 상보적인 염기들 사이의 수소결합이 끊어져 분리되면서 시작된다. 이중나선이 분리되면 복제갈래가 형성되면서 단일가닥을 주형으로 하여 매우 짧은 지역에서 복제가 일어나고, DNA중합효소에 의해 새로운 사슬이 만들어진다. DNA 합성은 4종류의 데옥시리보뉴클레오타이드 3인산(deoxyribonucleic acid triphosphate)(dATP, dGTP, dCTP, dTTP)이 신장되는 DNA 사슬에 결합되면서 5'에서 3' 방향으로 일어난다.

복제갈래가 이동하는 방향과 같은 방향에서 복제되어 연속적으로 만들어지는 가닥을 선도사슬이라 하며 반대편에서 불연속으로 복제되는 가닥을 지연사슬이라 한다. 지연사슬에서의 DNA합성은 프라이머 RNA에서 시작되며 새로 합성된 짧은 DNA의 단편들을 오카자키 절편이라고 한다. 이 오카자키 절편들은 DNA 리가아제에 의하여 연결된다. 전자현미경으로 관찰할 경우 복제가 시작되면 세타(theta)와 같은 구조를 이루며 염색체상의 종결부위에서 복제의 종결이 이루어진다. DNA복제를 위한 단백질로서는 DNA중합효소, RNA프라이머아제(primase), 엑소뉴클리아제(exonuclease), DNA리가아제, 헬리카아제(helicase), 이성질화효소(topoisomerase), 단일사슬 결합단백질(SSB) 등의 작용이 필수적이다.

2) 인간 복제

1997년 2월 영국의 로스린 연구소의 이안 윌멧은 체세포 핵 이식기술을 통해 처음으로 복제된 양 ‘돌리’를 탄생시켰고 1999년 우리나라에서는 복제 송아지 ‘영롱이’가 태어났다. 이들은 암수 교배 없이 체세포를 복제해 탄생시킨 개체이다.

인간복제는 생물학적인 인간복제, 즉 한 개체와 유전적으로 동일한 또 다른 개체를 만드는 것을 의미한다. 여기서 개체라고 함은 한 개인, 혹은 배아가 될 수 있으며 그에 따라 각기 다른 의미를 가지고 있다.

복제(cloning)란 하나의 생물학적 개체와 유전적으로 동일한 개체를 만들어 내는 것을 의미하는데 이 개체를 원래 개체의 복제품(clone)이라고 한다. 바로 배아 발생 과정에서 배아가 분리되어 우연하게 만들어지는 일란성 쌍둥이가 그 예이다.

(1) 인간개체복제

인간개체복제는 한 인간과 유전적으로 동일한 다른 인간을 만드는 방법이다. 여기에는 크게 수정란분할과 체세포핵이식의 두 가지 기술이 있다. 수정란분할법은 수정란이 4~8개의 세포로 분열한 상태에서 각각의 할구(세포)들을 여러 물리, 화학, 생물학적인 수단을 사용하여 분리해 내는 기술이다. 이렇게 갈라진 세포들은 다시 완전한 개체로 분화할 수 있는 능력이 있으므로 각각을 자궁에 착상시킨다면 인공적인 일란성 다태아(쌍둥이)들이 나오게 되는 것이다. 체세포핵이식법은 복제양 돌리를 만드는 데 사용된 것과 마찬가지로 성체의 체세포를

이용하는 방법이다. 즉 성체의 체세포핵을 분리해 내어 수핵세포질(사람, 혹은 다른 동물의 난자)과 수정시켜 새로 분화하게 만드는 방법이다. 이 수정란을 자궁에 착상시킨다면 핵을 떼어낸 성체와 유전적으로 동일한 새로운 아기가 탄생하게 된다. 체세포 복제는 현존하는 생명체의 몸을 구성하는 세포(체세포)를 떼어내어 이를 착상시키는 기술이다. 즉 다른 몸에서 추출한 난자의 핵을 빼고 그 대신 체세포를 투입하면 자신과 똑같은 복제생물을 만들 수 있는 원리다. 따라서 체세포 복제는 난자와 정자가 결합하는 수정과정 없이도 생명체를 탄생시킬 수 있다. 난자만 있다면 손톱이나 귀, 머리카락 등 몸에서 떨어진 세포 하나로도 자신과 유전형질이 똑같은 복제인간을 만들 수 있다는 것이다.

(2) 인간배아복제

인간배아복제는 인간개체복제와 기술적으로는 동일하나 그 목적이 개체를 얻으려는 것이 아니라 완전히 분화되기 전의 배아기간세포를 얻거나 그에 이르기까지의 과정을 연구하려는 것이다. 인간의 수정란은 수정 후 대략 14일에 원시선이 나타나면서 배아단계로 들어간다. 이때부터 8주째까지는 각종 기관이 형성되는데 이 시기를 배아기라고 부르며 이후로는 이미 형성된 기관과 신체부위가 자라는 태아기로 넘어간다. 이 배아의 형성과정은 임상의학과 기초 생물학의 발전에 매우 커다란 의미가 있기 때문에 많은 학자들이 여기에 관심을 보이고 있으며 배아기간세포는 알츠하이머, 당뇨병 등 여러 질환을 치료하는 데 사용될 수 있다.

인간개체복제술의 이점은 무엇보다도 불임부부에게 새로운 희망을 줄 수 있다는 것이다. 즉 성세포(정자)에 문제가 있어서 정상적인 방법으로는 수정이 불가능한 부부가 체세포핵이식술을 이용하면 정자가 없이도 수정이 가능하므로 이 문제를 완전히 다른 차원에서 해결할 수 있는 길이 열린다. 수핵세포질로 어머니의 난자를 이용하고 세포핵으로 어머니, 혹은 아버지의 체세포를 이용한다면 어머니와 꼭 닮은 딸, 혹은 아버지와 꼭 닮은 아들을 낳을 수도 있는 것이다. 또 자궁에 이식하기 전에 수정란을 검사하여 결함이 있는 것을 걸러 내거나 혹은 그 유전자만을 교정하여 원하는 건강한 아기를 얻을 수 있다. 이는 현재의 산전진단기술이 착상 전까지 확장되는 것을 의미한다.

또 다른 이점으로는 줄기세포를 이용한 난치병 치료에 새로운 문을 열 수 있다는 것이다. 배아줄기세포는 신체의 어떤 기관으로도 전환할 수 있는 만능세포로, 구체적 장기를 형성하기 이전에 분화를 멈춘 배아 단계의 세포를 말한다. 배아줄기세포를 이용한다면 마치 도마뱀의 꼬리를 잘랐을 때 다시 새로운 꼬리가 자라나듯이, 질병이 발생한 조직과 기관을 재생 또는 대체할 수 있는 새로운 세포를 만들어 이용할 수 있다. 과학자들은 배아줄기세포가 질병 치료에 가장 유용하다고 보고, 이를 이용해 당뇨병·심장병·알츠하이머병·암·파킨슨병 등 각종 난치병을 치료하기 위한 연구를 해왔다. 우리나라 황우석 교수가 세계최초로 복제 배아 줄기세포 추출에 성공해 세계를 들썩이게 하고 있다.

3) 인간복제 기술의 문제점

(1) 종교적 문제

유일신이 인간을 창조하였으며 인간의 생명을 관장하고 있다고 믿는 기독교(개신교, 천주교)계에서는 생명이 창조주의 고유 영역이라는 교리에 의거하여 인간 생명을 인위적으로 조작하는 행위를 신에 대한 모욕이자 도전이라고 보고 있다. 불교의 입장에서는 생명복제가 우주의 섭리인 다르마(Dharma)를 파괴하는 행위로 생태계 파괴를 비롯한 엄청난 후유증을 낳을 것이라 생각한다.

(2) 윤리적 문제

윤리적으로는 인간복제가 개인의 가치를 떨어뜨리고 인간적인 삶의 존엄성을 훼손할 것이라는 우려가 있다. 인간복제는 인간을 공장에서 제작될 수 있는 것으로 여겨지게 함으로써 개인의 가치나 존엄성을 훼손하는 결과를 낳는다. 물론 복제인간이 원래의 개인과 똑같지 않다는 반론도 가능하지만 인간 복제는 개인을 대체 가능한 존재로 생각하게 함으로써 우리가 인간의 삶에 부여해온 가치와 존엄성을 훼손할 것이다.

예를 들어 부모는 아이들의 내재적 가치와, 그들의 특징에 바탕을 둔 도구적 가치를 잘 구별할 수 있다. 인간이 가진 도구적 능력은 만인이 지니고 있는 평등한 존엄성보다 우선할 수 없다. 즉 아인슈타인과 한 재능 없는 물리학과 대학원생은 과학자로서는 상당히 다른 가치를 지니지만 인간으로서의 평등한 존엄성을 공유하는 것이다. 도구적 가치로 인간의 가치의 유무를 평가하는 것은 잘못이다. 그러나 유전자 복제로 인해 사람을 기능을 가진 생물, 즉 수단으로 여길 가능성이 있다. 아울러 인간복제 연구 및 시술 과정에서 수많은 수정란이나 배아가 희생될 것이 분명하기 때문에 이것 또한 인간 생명의 존엄성에 반한다는 주장도 있다.

(3) 법률적 문제-복제된 인간의 법률적 지위

현행 법률상의 가장 큰 문제는 혈연과 가족 공동체에 기반을 둔 법리가 모두 혼란에 빠진다는 것이다. 우선 복제된 인간의 법률적 지위를 어떻게 볼 것인가의 문제가 있다. 아버지의 복제인간은 내계 형제인가 작은아버지인가, 혹은 아무 것도 아닌가? 이는 혼인과 가족제도에 기반을 둔 현행 법률로는 해결될 수 없는데 문제는 여기서 그치지 않고 유산 상속과 보험 등 친족제도와 관련된 모든 법률에까지 미친다. 또 헌법에 보장된 인간의 자유와 평등권이 복제된 인간의 등장으로 큰 혼란에 빠질 수도 있다. 아울러 모자보건법과 형법상의 낙태죄 등 임신 및 출산과 관련된 법규들도 적용이 어려워질 것이다.

(4) 사회적 문제

인간복제가 가능해 진다면 현재 인류 사회의 근간을 이루는 결혼과 가족 제도가 심각한 위기를 맞을 것이다. 친족관계가 혼란에 빠질 것은 물론이고 반드시 결혼을 하거나 남녀가 결합하지 않아도 아기를 가질 수 있기 때문에 다양한 형태의 가족이 등장하게 될 것이며 독신자나 동성애자 커플들도 부모가 될 수 있을 것이다. 또 복제기술을 통해 부모가 되려는 이들은 가급적 우수한 유전형질을 가진 아기를 낳으려 할 것이기 때문에 새로운 우생학적 차

별과 그에 따른 사회 계급이 생겨날 지도 모른다. 이런 상황은 심각한 사회불안의 요소가 될 것이다.

인간 복제는 정부나 다른 집단에 의해 비도덕적·착취적 목적으로 사용될 수 있다. 전쟁용 인조인간 같은 것들은 공상과학영화의 단골소재이다. 인간을 어떠한 용도로 사용하기 위해 복제한다는 것 자체가 오직 타인의 이익을 위한 수단으로 착취하는 것이고, 이것은 복제된 인간의 평등한 도덕적 가치와 존엄성을 침해하는 것이다.

3. 윤리의 주요 개념

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)는 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 도덕적으로 선하다는 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 직분이거나 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 나쁨(bad)이다. 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.

4. 간호윤리학의 주요 개념

1) 삶의 질 대 양

삶의 질이란 삶에 대한 객관적인 정도뿐만 아니라 주관적인 인식과 평가에 의한 만족의 정도이며 삶의 양이란 사람이 사는 기간에 의해 영향을 받는 것을 의미한다.

간호사는 때로 삶의 질과 양에 대해 질문을 한다.

· 누가 살고 죽으며 누가 이것을 결정하는가? 이것은 안락사와 살인의 경계로 이와 같은 결정이 오용될 수 있기 때문에 두려운 문제이다.

· 환자들은 죽음이 자신의 의사와 상관없이 연장될 수도 있다는 공포 없이 편안하게 죽음을 맞이할 수 있어야 한다.

삶의 질 대 양에서의 문제점은 환자가 죽을 수 있는 권리가 명확하지 않다는 것과 또한 안락사나 조력자살을 하려는 환자에게 이를 보조하거나 거부할 수 있는 간호사의 권리 또한 분명하지 않다는 점이다.

2) 선택 우선론 대 생명 우선론

끊임없는 논쟁거리가 되는 임신중절은 ‘태아는 사람인가?’, ‘언제부터 사람인가?’라는 물음을 제시한다. 즉 인격성에 관한 문제를 의미한다. 또한 나의 생명과 마찬가지로 타인의 생명도 존중되어야 한다는 생명 존중성에 대한 문제도 거론되고 있다.

즉, ‘원치 않은 임신으로 임신중절을 선택한 경우, 중절에 관한 일에 가치를 부여하느냐’ 아니면 ‘태아의 생명은 어떤 상황에서든 지켜야 한다.’는 두 질문에 관하여 답을 하라고 한다면 과연 어떤 것이 옳은 답인가?

3) 자유 대 통제

자유 대 통제는 해로움을 방지하기 위한 문제이다. ‘의식은 있으나 회복 불능의 사지 마비 환자가 먹기를 거부할 경우 ‘환자의 의사를 존중하는가?’, ‘강제로 먹여야 하는가?’ 또는 ‘간호사들이 자신의 근무환경을 개선하기 위한 과업에 동참해야 하는가?’ 등의 물음들이 여기에 속한다.

4) 진실을 말하기 대 기만하기

진실을 말하기 대 기만하기는 비판적 사고를 해야 하는 부분으로 기만하기에 거짓말하기도 포함된다. 환자에게 기만이나 거짓말을 하는 이유는 그것이 그 사람에게 유익하다고 생각하기 때문인데 간호사는 이러한 행위를 함으로써 예상되는 해로움을 피하거나 줄이려고 한다.

만약 말기 암환자에게 자신의 생이 얼마 남지 않았다고 말하는 대신 열심히 치료 받으면 희망적이라고 말한다면 결과적으로 환자를 기만하게 되는 것이다.

과연 이것이 윤리적으로 정당화 될 수 있는지가 의문점이 된다.

5) 제한된 자원의 분배

제한된 자원의 분배는 환자의 건강이나 생명을 유지하기 위해서 필수적이다. 하지만 만약 이것이 환자의 지불능력을 벗어나는 고가의 약품이나 의료장비라면 혹은 약품이나 장비 자체가 자원이 부족하다면 ‘어떻게 사용하고 분배하여야 하는가?’에 대한 의사결정은 윤리적 쟁점이 될 수 있다.

6) 경험적 지식 대 개인적 신념

경험적 지식 대 개인적 신념은 사회적으로 인정되는 경험적, 과학적 지식 대 관념적, 종교적, 문화적, 경제적 신념이 상충하는 문제이다. 흡연이나 음주는 연구에 의해 그 피해가 충분히 입증되고 있음에도 불구하고 기업 및 사회의 경제적 가치와는 같등하면서 술이나 담배 등의 광고가 여전히 이루어지고 있다. 또한 간호사와 환자의 개인적 신념이나 문화적 관습, 인생의 가치관, 경험 등에 의해 영향을 받아 서로 다르게 의사결정을 내리는 경우도 있다.

5. 윤리적 개념으로서의 돌봄

Benner와 Wrubel(1989)은 돌봄과 책임에 기반을 둔 간호윤리체계를 제시하였다. 환자와 ‘연결’된 느낌이 있고 관심을 가짐으로써 간호사는 그 상황이 어떤 국면인지를 파악할 수 있다. 간호사는 환자가 경험하는 것의 의미를 이해할 수 있고 환자는 간호사에 의해 돌봄을 받고 있다고 느낄 수 있으며 그래서 그는 간호사를 더욱 신뢰할 수 있게 된다. 이러한 통찰력이 간호사로 하여금 문제를 확인하고 가능한 해결책을 설명하며 조치를 취할 수 있게끔 해준다. 이 과정은 지적 활동이 아닐 수 있으며 오히려 상황에 대해 깊게 생각하지 않고도 빠르게 이해하는 것인데, Benner와 Wrubel은 이를 체계화된 지능(embodied intelligence)이라고 불렀다.

그들은 돌봄 윤리(ethic of care)는 해당 지역사회의 윤리적 실천에 관한 이해를 필요로 하기 때문에 경험을 통해서만 습득될 수 있다고 하였다. 지역사회와 가족에 대한 문화는 배경적 의미를 제공한다. 배경적 의미에 대한 이해 없이 선택된 행위는 문화적으로 둔감하거나 완전히 부적절할 수 있다.

Tschudin(2006)은 윤리적 의사결정은 합리성에 근거해야 하고 감정이 배제되어야 한다는 생각은 옳지 않다고 하였다. 이렇듯 간호사와 윤리학자들의 끝없는 관심에도 불구하고 돌봄 윤리를 수행하는 데는 몇 가지 문제점이 있다. 이것은 돌봄 윤리가 비성찰적이고 주관적인 과정이기 때문에 다른 의료제공자나 가족에게 간호사가 선택한 행위에 대해 이론적 근거를 제시하기가 어렵다는 것이다. 현재 의료계는 어떤 의료적 결정을 진행하기 전에 그 결정의

적절성을 다른 의료 제공자들에게 납득시키는 것이 필요하다.

또 다른 문제점으로는 동일한 상황에서도 개인들은 다양한 “체계화된 기능”과 행위에 의해 다르게 의사결정을 내릴 수 있다는 점이다.

마지막으로 모든 환자와 간호사들이 이렇듯 강렬하게 연결되어 있는 느낌을 가지고 돌봄 관계를 형성하는 것이 가능하지 않다는 것이다. 환자와 간호사 모두 그러한 밀접한 관계를 가질 수 없거나 어떤 사람은 이런 관계를 꺼리기도 한다. Olsen(1992)은 돌봄은 인간관계를 바탕으로 하기 때문에 환자를 위한 윤리적 의사결정이 간호사가 환자를 좋아하는지의 여부와 같은 비도덕적 요인에 의해 좌우될 수 있다고 하였다.

6. 윤리적 개념으로서의 옹호

옹호자란 ‘부축하여 보호하는 자’ 또는 ‘편역을 들어 지키는 자’라는 뜻을 갖고 있는데 1900년대 초 처음으로 미국의 간호 실무 현장에서 ‘옹호’라는 용어가 제기되었다. 전문직 간호사가 환자 옹호자로서의 일반적 역할은 다른 건강전문인에게 환자의 바람과 요구를 표현해 주고 대상자의 권리를 보호하는 것을 뜻한다.

특히 오늘날에 와서는 사전 동의의 필요성과 설명, 치료방법들 중의 선택, 복잡한 의료 환경에서의 선택문제, 장기의식, 뇌사 등의 의료 윤리문제가 대두되면서 나타나는 복잡한 상황 등으로 인해 환자와 가족들은 과거 어느 때보다도 정보에 대한 설명과 함께 이러한 것들 중에 한 가지를 선택하였을 경우 거기에 따르는 이익과 위험 등을 잘 설명해 주고 지지해 줄 옹호자가 절대적으로 필요하게 되었다. 그러므로 간호사의 옹호자 역할은 매우 중요하며 이 역할을 효과적으로 수행해야 하는 중요한 위치에 있다.

5장. 단원문제 풀이

1. 윤리학에서 간호윤리학의 위치를 서술하시오.
2. 간호윤리의 중요성을 서술하시오.
3. 최근 간호윤리 연구 주제를 2개 이상 열거하고 서술하시오.
4. 윤리적 개념으로서의 돌봄을 서술하시오.
5. 윤리적 개념으로서의 옹호를 서술하시오.

제 6장. 생명윤리

1. 생명의료윤리

생명의료 윤리학은 서구의 과학과 기술의 발달로 인해 성장한 생명공학과 의학에서 제기된 윤리적 문제를 해결하는 응용 윤리학의 한 분야로서 탄생되었다. 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.

생명윤리(Bioethics)는 생의 윤리학으로도 불리며 생명에 관련된 윤리와 도덕의 문제를 다루는 철학이라 할 수 있다. 따라서 생명윤리학은 생물학 및 의학의 분야에서 발생하는 모든 윤리적 문제를 다루고 현실적인 도덕문제를 해결할 수 있는 이론적 틀을 제공해 준다. Samuel Gorovitz는 생명윤리학을 “건강과 관련된 맥락 및 생물학과 관련된 맥락에서 일어나는 의사결정 과정의 도덕적 차원을 비판적으로 검토하는 학문”이라고 정의했다.

학문적인 의미에서 생명윤리는 대략 1970년대 이후 미국을 중심으로 시작된 새로운 흐름이다.

생명윤리라는 말이 처음 사용된 것은 1970년 미국 위스콘신 대학의 포터(Van Rensselaer Potter)에 의해서였다. 이 용어는 1971년 네덜란드 출신 산부인과 의사이며 생리학자였던 헬레거스(Andre Hellegers)와 그의 동료들이 조지타운 대학에 “케네디 인간생식과 생명윤리연구소”를 설립하면서 사용되었다. 포터는 생명윤리란 “생물학적 지식과 인간의 가치체계에 관한 지식을 융합하는 새로운 학문”이라고 정의하였고, 나아가 문명세계를 개선하고 인간의 생존을 돕는 학문이라고까지 정의하게 되었다.

생명의료 윤리학은 생명공학과 의학에 관한 사실 과학적 탐구 뿐 아니라, 이에 대한 철학적 연구와 윤리적 논증에는 어떠한 종교적 전제를 지니지 않는 순수한 도덕 철학적 접근과 신앙의 틀 안에서의 도덕 신학적 접근도 가능하다. 따라서 생명의료 윤리학은 생명공학, 의학, 철학, 윤리학, 신학 등의 학제적 연구가 요청되는 분야이다.

생명 의료 문제에 대한 철학적 접근을 위해서는 무엇보다 개념의 분류와 의미의 명료화 작업이 우선되어야 한다. 생명공학과 의학에서 사용되는 여러 가지 개념들을 철학적으로 분류하고 그 의미를 명료화하고 생명윤리학적 추론의 논리적 타당성과 도덕적 이론의 체계화 역시 철학의 역할인 것이다. 예를 들어 임상에서 발생하는 윤리 문제에 관한 논쟁에서 ‘생명에 대한 권리’, ‘죽을 권리’, ‘환자의 권리’, 그리고 수많은 다른 ‘권리’들에 관한 주장이 포함되어 있다. 여기에서 우리는 ‘권리’란 정확하게 무엇인가? 사람이 ‘생명에 대한 권리’를 가진다고 하는 의미가 무엇인가? 를 알아야 한다. 우리가 ‘권리’라는 윤리학적 용어를 가지고 어

면 도덕 문제를 해결하려고 할 때, 이 말이 의미하는 바를 정확하게 알지 못한다면 문제를 해결하는데 어려움이 있기 때문이다.

2. 생명의료윤리와 간호

생명의료의 윤리적인 문제가 발생하는 간호상황에서 간호사는 어떻게 간호를 해야 하는가? 기존의 도덕이론이나 생명의료 윤리의 원칙에 따른 의사결정이 과연 간호사가 어떻게 간호를 해야만 하는가의 대한 당위성을 설명해 줄 수 있는가? 생명의료 윤리학적인 문제가 발생하는 상황에서 의사와 간호사가 같은 도덕적 관점을 가지고 그 문제를 바라보다 할지라도 간호사가 이 상황에서 어떻게 간호를 해야만 하는가의 문제는 의사가 어떠한 도덕적 의사결정을 하여 의료행위를 해야만 하는가와 분명히 구분되는 것이다. 이유는 어떤 생명윤리학적 문제가 발생하는 상황에서도 간호의 행위는 다른 의료행위와 구분되는 간호의 본질과 목적에 부합되는 행위여야 하기 때문이다.

생명의료의 문제가 발생하는 상황에서 오늘날의 간호는 인간 개개인을 대상으로 하는 전인격적 간호이므로 생명윤리에 대한 확립이 무엇보다 중요하며, 간호사 개인이 윤리적 가치체계를 확립하고 전문적이고 도덕적인 의사결정을 실행해야 한다. 또한 도덕적 딜레마와 윤리적 갈등을 어떤 철학적 기반을 가지고 해결할 수 있을지에 대한 기준까지도 마련해야 한다. 따라서 전문인으로서 환자를 위해 마땅히 행해야 할 바가 무엇인지를 알고 어떻게 하면 환자를 옹호할 수 있는지에 초점을 맞추어야 한다.

많은 간호학자들이 간호의 본질을 돌봄이라고 한다. 이것은 환자를 어떻게 돌보아야만 하는가에 대한 물음이고 이 물음은 곧 돌봄의 윤리에 대한 물음이고, 따라서 돌봄이 추구하는 궁극적 목적에 합당한 윤리적 입장이 돌봄의 윤리의 기초가 될 수 있는 것이다.

2. 생명윤리가 대두된 배경

생명의료윤리 영역에 속하는 도덕적 논쟁거리들 가운데 많은 것들이 오랜 역사를 가지고 있지만, 생명의료윤리가 철학의 한 분야로 성장한 것은 비교적 최근의 일이다. 미국에서는 1970년 이후 지금까지 수많은 생명의료윤리 연구소가 설립되었다. 그 가운데 가장 유명한 두 곳이 뉴욕 주에 있는 헤이스팅스 센터 Hastings center와 워싱턴 D. C.에 있는 조지타운 대학 부설 케네디 윤리 연구소 Kennedy Institute of Ethics이다. 오늘날 미국에서는 수십 종에 이르는 생명의료윤리 학술지가 발간되고 있으며 생명의료윤리를 주제로 한 학술회의가 미국 전역에서 끊이지 않는다. 국제적으로는 1993년 국제생명윤리학회(International Association of Bioethics; IAB)가 설립되었고, 1995년에는 아시아 생명윤리학회(Asian Bioethics Association; ABA)가 설립되었다. 국내에서는 1997년 11월 한국의료윤리교육학회(2009년 3월 한국의료윤리학회로 개명함)를 시작으로 1998년 2월 한국생명윤리학회, 2002년 3월 한국임상연구심의회기구협의회(현 대한임상연구심의회기구) 등이 창립하여 이 분야

에서 활동하고 있다.

이처럼 최근에 이르러서야 생명윤리가 활발해진 이유는 다음과 같다고 할 수 있다.

첫째, 현대 생명의료기술의 눈부신 발달에 힘입어 생명의료연구가 급속히 진전되었다. 둘째, 의료기술 환경이 예전에 비해 훨씬 까다로워졌으며 날이 갈수록 더욱 복잡해지고 있다.

과거의 의료기술이란 대개 의사와 환자 개인 간의 관계를 넘지 않았다. 하지만 오늘날의 의료기술에는 병원, 의사 그리고 다양한 보건의료 종사자들이 긴밀한 협조 속에 공동으로 참여한다. 또한 환자의 소비자권리가 신장됨으로써 보건의료 종사자들은 의료분쟁이 발생했을 때 어쩌면 자신들이 지게 될지도 모르는 법률적 책임의 한계에 큰 관심을 기울이게 되었다. 그 결과 병원과 보건의료 종사자들은 자신들이 의학적, 법률적, 윤리적 문제 사이의 상호작용에 더욱 관심을 가질 필요가 있다는 점을 깨달았다. 여기에 더하여 사회정의에 관한 자각이 더욱 뚜렷해짐에 따라 미국 등 선진국에서는 생명의료 문제들을 분배적 사회정의를 실현하는데 중요한 부분으로 파악하게 되었다. 오늘날 선진국에서는 보건권이나 부족한 의료자원의 할당 문제에 대한 논의가 활발히 진행되고 있다.

아래는 생명의료윤리학에서 전형적으로 제기되는 물음들을 나열한 것이다.

- 의사는 불치병에 걸린 환자에게 ‘당신은 곧 죽을 겁니다.’라고 말해주어야 할 도덕적 의무를 지니는가?
- 환자의 개인의료기밀을 유출하는 것이 도덕적으로 정당화될 수 있는가?
- 안락사가 도덕적으로 정당화되는가?
- 대리모가 도덕적으로 정당화되는가?
- 의사조력자살을 금지하는 법률을 제정해야 하는가?
- 한 개인이 자기 의지와는 상관없이 타인에 의해 정신병원에 수용될 수 있다는 것을 법률로 정해야 하는가?
- 한 사회가 낙태를 제한하는 법률을 제정할 때 그 사회는 정당화될 수 있는가?

3. 병원 윤리위원회의 기능

임상에서 발생하는 매우 다양한 윤리문제들을 해결하기 위해 보다 체계적인 접근이 이루어진 것 중의 하나가 병원 윤리위원회의 결성이다. 병원 윤리위원회는 미국 시애틀에 있는 워싱턴 대학병원의 의사인 벨딩 스크리너가 1960년대 초에 만성 신부전증 환자의 장기 혈액투석에 대한 문제를 해결하기 위해 만든 단체이다. 이후 카렌 킨란 사건이 여론화되면서 병원윤리위원회가 대중에게 알려졌고 주 정부들이 그 설치를 법제화하면서 오늘날에는 미국의 모든 병원에 병원윤리위원회가 설치되어 있다.

국내에서는 1986년 한국 소비자 단체가 10개 향의 환자 권리장전을 발표하였다. 이후 1990년에는 의료사고 가족협회가, 1993년에는 세브란스 병원이 환자의 권리선언을 선포하였다. 또한 1980년대부터 국내에 장기이식이 본격화됨에 따라 장기이식을 하는 병원을 중심으로 병원윤리위원회가 만들어지기 시작했다.

1997년 12월 회복하기 어려운 환자를 보호자(부인)가 자의 퇴원하여 사망한 뒤 남편의 형제들이 소송한 일명 ‘보라매 병원 사건’ 이후에는 병원윤리위원회의 필요성이 더욱 크게 부각되면서 많은 병원에 윤리위원회가 설치되어 있다. 이 사건은 그 당시 관행으로 여겼던 주치의와 가족의 합의만으로도 가능한 ‘hopless discharge’라는 이름의 ‘임의 퇴원’에 제동이 생긴 것이다. 드디어 환자의 생명에 중요한 영향을 미친 주요 결정에 대하여 담당의사 단독의 판단보다는 다양한 전문가의 도움이 필요함을 깨닫게 된 계기가 된 것이다. 따라서 병원윤리위원회는 의사, 간호사를 비롯하여 윤리학자, 변호사, 성직자, 사회사업자와 같은 전문가로 구성되지만, 실제 문제를 논의하기 위해서는 가족이나 관심을 가지는 지역주민과 다른 환자의 보호자들도 참석할 수 있다. 병원윤리위원회의 주요 활동은 교육, 사례 의뢰, 병원정책 검토 등이다.

병원윤리위원회의 주요 기능은 치료 내용을 결정하는 것이 아니라 치료 결정에 관해 환자, 가족, 치료 팀 등의 각기 다른 사람들의 다양한 관점, 인식, 정보 등을 토론하고 살펴봄으로써 문제해결을 모색하는 것이다.

미국의 생명윤리와 의료인문학자들이 모인 ASBH(American Society for Bioethics and Humanities)의 보고서에 따르면 병원윤리위원회의 일반적인 목적은 “임상사례에서 나타나는 문제를 파악하고 분석하고 해결하는 과정을 통해 건강관리 서비스와 그 결과를 향상시키는 것이다”라고 제시했으며 기능은 아래와 같이 기술하였다.

- 상담에 내재해 있는 가치들의 충돌과 불확실성의 특성을 파악하고 분석하는 것
- 관련된 사람들의 이해관심, 권리, 책임에 대한 각각의 충돌에 대한 해결의 촉진
- 윤리문제의 원인을 파악하고 윤리규범 및 표준과 일치되는 실무추진을 통하여 정책개발, 질 향상, 자원의 적절한 활용을 위한 기관의 노력을 알리는 것
- 환자 간호와 관련된 윤리에 대한 교육을 제공하여 현재의 문제나 미래의 윤리 문제를 잘 다룰 수 있도록 직원들을 지지하는 것 등이다. 즉, 체계적인 의사결정 절차를 확보하는 기전을 제공하는 것이다.

6장. 단원문제

1. 간호윤리와 생명윤리의 관계를 서술하시오.
2. 생명윤리가 대두되게 된 배경을 설명하시오.
3. 병원 윤리위원회의 기능을 열거하시오.

7장. 윤리적 사고

공리주의란 데이비드 흄(David Hume)의 생각을 영국의 철학자이자 법학자인 제레미 벤담(Jeremy Bentham)과 제임스 밀(James Mill)이 함께 발전시킨 도덕이론으로, 자연주의 철학에 그 기반을 둔 이론이다. 스코틀랜드 태생인 흄은 윤리란 사람들의 욕구나 욕망에 의해서 영향을 받는다고 생각했으며 이성은 욕망의 노예이므로 욕망이 좋은 것과 나쁜 것을 결정하며 우리가 행동할 때 이성이 하는 일이란 오직 두 가지 역할밖에 없다고 주장했다. 하나는 진실, 거짓 혹은 사실인지의 여부만을 알려주고 또 다른 하나는 우리의 목적을 달성할 수 있는 방법에 대해서 알려주며 목적은 우리의 욕망에 의해 영향을 받기 때문에 우리는 욕망에 의해서 행동하며, 욕망은 즐거움을 선호하고, 우리는 유용성과 행위의 결과에 의해 판단하는 것을 배우게 된다는 것이다.

흄은 영국의 경험론적 생각을 완성한 철학자로 특히 그는 로크와 버클리 의 생각을 논리적으로 완전하게 결론을 내렸다. 흄은 신과 같은 것도 경험을 통해서 알 수 있다고 주장했다. 즉, 다른 철학자가 미처 생각하지 못한 부분을 논리적으로 잘 보완하여 영국 경험론을 완전한 철학체계로 완성하고 있다. 흄의 영향을 받은 벤담과 그의 제자들은 공리주의가 유일하게 추구하는 보편적 원리는 오직 ‘최대 다수의 최대 행복’으로 이러한 효용의 원리만이 상황과 무관하게 모든 사람에게 구속력을 가지며 이 이론가들은 경우에 따라서는 수단이 목적을 정당화할 수 있다고 생각했다.

결론적으로 공리주의란 결과 이전의 원인이나 의도보다는 결과적으로 나타난 선의 의무가 윤리적 행동의 척도가 되므로 그 어떠한 행동도 그 자체로 옳거나 그른 것은 없다고 주장하고 있다.

1. 공리주의의 시대적 배경

18세기 영국 철학자들은 세계의 본성에 대한 탐구를 더 이상 철학의 임무라고 생각하지 않았다. 따라서 이 시기의 철학자들은 전통적인 철학의 관심영역이었던 세계의 본성에 대한 탐구에서 돌아서 인간의 일상적인 삶에 관심을 기울이기 시작했다. 18세기 후반 벤담(Jeremy Bentham, 1748~1832)과 밀(James Mill, 1773~1836)에 의해 공리주의가 주창된 근대 영국은 17세기 시민혁명에 이은 산업혁명을 통해 빠르게 산업사회로 진입하고 있었다. 자본의 축적으로 인해 생긴 시민 중산층은 새로운 권력의 주체 세력이 되었고 이들은 정치적 자유, 평등, 종교적 관용을 보장하는 시민사회를 세우기 원했다. 하지만 그들은 프랑스에서와 같이 현존하는 정치체제를 전복하고 새로운 정치체제를 세우고자 하는 혁명적인 변혁을 시도한 것이 아니라 기존의 정치체제를 개선하기 위한 제도의 개혁을 요구하고 나섰다. 그로 인해 대륙에서와 같은 정치적 혼란을 겪지 않았으며 19세기에 이르러서는 ‘영국은 유럽의 공장이라고 불릴 만큼 눈부신 산업화를 이루어낼 수 있었다. 이처럼 17세기에서 19세기로 이어지는 영국사회는 시민사회의 개혁과 산업혁명으로 인해 무절제한 개인의 이윤추

구 현상과 자유 경쟁이 극단으로 치닫던 시기로 개인간의 이해관계의 갈등을 넘어 사회와 개인 간 이해관계의 갈등과 자유와 평등에 대한 요구가 상충되면서 이들 갈등과 충돌을 조정하고 해결할 수 있는 도덕과 법에 대한 재정립이 요구되는 시기였다. 또한 이시기는 초기 산업자본주의가 태동하던 시기로서 자본주의 사회가 오늘날까지도 해결하지 못하고 있는 문제인 양극화 즉 부의 분배 문제가 심각한 사회문제화 되고 있었으며, 자본가와 결탁한 관료의 부패 또한 시급히 해결해야 할 사회문제로 인식되고 있었다.

이런 시대적 상황 속에서 영국의 철학자들은 이와 같은 사회적 문제들을 해결하기 위한 방안으로 인간의 동기에 관한 과학적 이론에 기초해 윤리적 이론을 세운 다음 이를 사회적인 정책으로 실행에 옮겨야 한다고 생각했다. 벤담과 밀(James Mill)은 당시 휘그당에 속해 있던 일부 지성인들 중 하나로 조직을 결성해 사회적 개혁을 위한 일반적 원리를 세우는 일에 착수했다.

2. 공리주의의 기원과 개혁

새로운 기계와 기술로 산업혁명의 씨앗을 마련한 영국도 전쟁에는 어쩔 수 없었다. 프랑스의 나폴레옹은 러시아를 점령하기 위해서 유럽의 모든 나라에 러시아와 무역을 못하게 하였다. 하지만 영국은 끝까지 러시아와 무역을 계속하였고 결국 나폴레옹은 영국과 전쟁을 할 수 밖에 없었다. 마침내 워털루에서 영국군은 나폴레옹의 프랑스군과 싸워 크게 이겼다. 그러나 영국은 전쟁 이후 경제가 급속도로 어려워졌다.

산업의 발달로 상품은 많이 생산되었지만, 팔리지는 않고 실업자는 늘어났으며 노동자들은 거리로 뛰어나와 자신들의 정당함을 알리려고 노력하였다. 영국정부에서는 시민들의 요구에 많은 정책을 개혁하기 시작했으며 이런 영국의 정치적 개혁에 가장 많은 영향을 발휘한 사람은 철학자였다. 이들 철학자의 수는 적었지만 그들은 힘을 갖고 있었으며, 아주 빠른 개혁을 요구하였다. 이 사람들의 집단을 철학의 역사에서는 “철학의 급진파” 혹은 “공리주의자”라고 하며 철학의 역사에서는 공리주의(utilitarianism)라고 한다.

공리주의를 대표하는 사람들이 벤담(Jeremy Bentham), 밀(James Mill)이다. 벤담이 중요하다고 생각한 것은 독일의 피히테나 헤겔과 같은 교육론이었다. 어떤 사람이든 한 번 교육 받으면 합리성과 이기심을 갖고 행동하기 때문에 자동적으로 자신과 자신의 동포들을 위해서 가장 좋은 일을 한다고 믿었다. 벤담과 공리주의자의 영향을 받은 영국의 정부와 지방자치단체에서는 모든 업무와 법률체계를 보다 단순하고 명확하게 바꾸었다.

공리주의자들은 최고 좋은 정부란 가장 적게 다스리는 것이라고 믿었고 정부에서는 최소한의 일만 하고 나머지 일은 시민들의 몫으로 돌려주는 것인데 그 최소한의 일을 교육이라고 주장했다. 즉, 공리주의자들은 영국정부에서 할 일이란 시민들의 교육문제만 책임지고 해결하면 된다고 생각했다.

공리주의자들이 말하는 교육이란 강제성을 띤 공공교육을 말하는 것이 아니라 창의성과 상상력을 발휘할 수 있는 교육을 뜻한다. 이로 인해 영국에서는 1870년에 공공교육에 대한

정부의 개혁이 시작되었고 이 개혁에 따라 공리주의자들이 주창한 개인의 창의성 교육은 기술학교에서 하며, 성인을 위한 실업교육기관을 따로 두었다.

공리주의자들이 개혁한 것 중에서 또 하나의 유명한 것은 사회보장 제도이다. 1834년 영국에서는 새로운 사회보장 제도가 만들어졌는데 그 전까지는 1601년에 엘리자베스 여왕이 만든 제도에 따랐으며 물론 이 보장제도는 세월이 흐르면서 약간의 보완이 이루어졌지만 사회보장제도라기보다는 실업자를 도와주는 제도에 불과했다. 공리주의자들은 이 법을 바꾸어 진정한 사회보장제도를 만들 것을 정부에 요구하였다.

신체적으로 건강한 사람은 사회에 나가서 어떤 일이라고 하게 해야 한다. 그렇지 않으면 개인과 나라 모두의 손해이므로 일을 하고 싶어도 할 수 없는 노약자나 불구자에게만 사회보장제도가 적용되어야 한다는 것이 공리주의자들이 요구하는 사회보장제도의 핵심 요인이었다. 이런 점에서 공리주의자들은 진정한 사회보장제도를 요구한 것이다.

이처럼 공리주의자들은 사회, 정치, 교육 등 여러 분야에서 정부의 개혁을 요구하면서 이 요구가 영국을 새로운 나라로 만드는데 매우 큰 원동력이 되었다.

1) 제레미 벤담(Jeremy Bentham, 1748. 2. 15~1832. 6. 6)

런던에서 태어난 벤담은 처음에는 변호사 생활을 하면서 허치슨 교수의 영향을 많이 받았다. 허치슨은 선이란 쾌락이며, 악은 고통이라고 주장하였으며 모든 사람은 어떻게 하면 고통을 없애고 쾌락을 즐길 수 있을 까 생각했고, 벤담은 허치슨의 이 말을 자신의 공리주의적인 생각에 적용시켰다.

벤담은 철학적 급진파의 지도자 역할을 하면서 허치슨의 윤리와 도덕적인 생각을 법과 같이 사회에 적용해야 한다고 믿었다. 그리고 다른 공리주의자들과 마찬가지로 벤담도 교육의 중요성을 강조하였다. 그가 살아 있을 당시 스코틀랜드와 북아일랜드를 제외한 잉글랜드 지방에는 옥스퍼드와 케임브리지 대학교 둘 밖에 없었기 때문에 벤담은 많은 대학교가 생겨 학생들에게 의무적으로 윤리학을 가르쳐야 된다고 주장하였다. 또한 그는 윤리학이 사회에 정착되고, 교육의 개선이 이루어질 때, 사회의 빠른 변화가 생긴다고 믿었다.

벤담은 인생의 목적을 “최대 다수의 최대 행복(The greatest happiness of the greatest number)”의 실현이라고 했으며 이것을 도덕과 법을 정하는 기본원리로 삼자고 했다. 벤담은 이것이 바로 공공의 이익이 되는 공리주의의 기본원리라고 믿었다.

프랑스 혁명이 일어난 1789년 벤담은 “도덕 및 입법의 모든 원리(Introduction to the principles of morals and legislation)”라는 책을 발표하면서 최대다수의 최대 행복이라는 것을 철학의 근본원리로 삼았다. 또한 벤담은 사람의 목표는 행복이기 때문에 한 사람 한 사람이 모여 사는 사회의 행복은 최대한 많은 사람이 최대한의 행복을 느낄 때 곧 사회의 행복이며, 잘 사는 나라라고 생각했다. 이것을 철학의 역사에서는 벤담의 공리주의적 쾌락설이라고 한다.

벤담은 쾌락과 행복은 많으나 적어도 삶의 질과는 상관없다고 보았다. 돈이 만들어준 행복은 돈이 많으면 많을수록 행복해지는 것이 아니라 경제적으로 자유로워야 한다. 즉 돈이란

나라에서 평등하게 사람들에게 나누어주어야 행복하다. 즉, 벤담은 행복과 쾌락을 위해서 분배의 평등이 가장 중요하다고 생각했다.

벤담의 최대다수의 최대행복에 관한 생각은 영국의 다른 공리주의자들에게 많은 영향을 주었으며 평등한 분배에 대한 생각은 영국정치와 사회에 큰 영향을 미쳤다. 하지만 벤담의 생각에 한 가지 부족한 것이 있다면, 행복의 질에 대한 문제였다. 이런 생각을 가장 먼저 한 사람은 같은 공리주의자 밀이었다. 밀은 최대다수의 최대 행복이라는 벤담의 생각에 질적 차이가 무시되었다고 비판하였으며 사람들은 때에 따라서는 많은 양의 쾌락보다는 조금이지만 질 좋은 쾌락을 원한다고 주장하였다.

2) 제임스 밀(James Mill, 1773~1836)

19세기 영국의 사회개혁은 벤담의 지도력과 제임스 밀의 추진력으로 완성되었다. 제임스 밀도 벤담의 영향으로 공리주의자들의 윤리에 대해서 찬성하였으며 낭만주의를 싫어하였다. 밀은 벤담처럼 교육의 필요성을 믿고 자신의 아들인 존 스튜어트 밀을 교육대상으로 삼고 조기교육을 실시하였다. 아들이 존 스튜어트는 3살에 라틴어를 배웠으며 8살에는 고대 그리스어를 읽고 12살에는 논리학을 배웠다. 그 외에도 아주 많은 책을 읽었고 아버지로부터 체계적인 교육을 받았다. 이때 존 스튜어트 밀이 가장 많은 영향을 받은 책은 벤담의 책이었고 이 후 공리주의를 연구하고 널리 알리는데 앞장서게 되었다.

제임스 밀은 벤담의 사상을 이해하고 추종하는 한편, 잉글랜드에서 경제적 사회적으로 입지를 확보하는 데에 그로부터 전폭적인 후원을 받았다. 벤담의 사상을 중심으로 근본적인 사회개혁을 추구했던 인물들을 가리켜 이른바 철학적 급진주의자(philosophical radicals)라고 하는데, 밀은 거기에 참여한 젊은이들을 실질적으로 이끄는 지도자로 활약했다.

밀은 공리주의의 원리를 유용성의 원칙(principle of utility)으로 명명했으며 ‘행위가 행복을 증진하는 경향이 있을 때 옳은 것이며, 불행을 초래하는 경향이 있는 경우는 그릇된 것이다’라고 설명했다. 이 원칙에서 보면 어떤 행동이든 행복을 증진시킬수록 옳은 것이 되고 행복과 반대되는 것을 낳을수록 옳지 못한 것이다. 행복은 쾌락이며 고통이 없는 것이지만 쾌락이 결핍되고 고통이 있는 것은 행복과 반대되는 것으로 옳지 못한 것이 된다.

행위의 유용성은 행위 그 자체보다는 행위의 결과에 초점을 맞추므로 행위자의 의도나 희망, 과거의 행위와 같은 것에 의해 옳거나 그르다고 평가되는 것이 아니라 결과만 중요하다. 또한 유용성의 원칙은 옳은 행위는 최대 다수에게 최대 행복을 산출하는 행위를 말하기 때문에 최대 행복이라고 부르기도 한다.

이것은 행위를 어떻게 할 것인가를 결정하는 데 있어 개인이나 특정인 또는 특정 단체만의 행복을 추구하는 것이 정당하지 않다는 사실을 보여주는 것을 알 수 있다.

밀과 벤담은 모두 행복을 본래적인 선, 본질적으로 선한 것인 동시에 그 목적에 있어서도 선한 것이라고 생각했으며 행위는 그것이 행복을 증대시킬 수 있는 것일 때만 선하다고 보았다.

공리주의의 종류

1. 선호공리주의(Preference utilitarianism)

선호공리주의는 사람들이 무엇을 더 원하는가와 같은 개인적 선호도 혹은 사회적 선호도를 행위의 옳고 그름을 판단하는 기준으로 제시한다. 이러한 선호도는 어떤 사람들이 무엇을 원하고 어떤 욕구를 가졌는지, 무엇을 더 선호하는지는 개별적인 면담을 통해서만 객관적으로 알 수 있다.

선호도를 고려하는 공리주의는 고전적 공리주의에 비해 더 명확한 분석방법과 결정을 위한 규칙들을 지닌 장점이 있는 반면 만약 일반적으로 받아들일 수 없는 것을 선호하는 경우 주관적인 선호도를 동등하게 다루지 못한다는 단점이 있다.

2. 행위 공리주의(Act utilitarianism)

행위 공리주의는 유용성의 원칙이 특정 상황 아래에서 개별 행위에 각각 적용되어야 한다고 주장하는 것으로 어떤 행위가 다른 행위보다 최고의 유용성을 생산할 수 있는 경우에 옳다고 하는 이론이다. 행위 공리주의의 장점은 각각의 경우를 독특한 경우로 상정하고 있으며 각 상황이 서로 다를 경우 각각의 경우에 해당하는 다른 선택을 할 수도 있다. 하지만 행위 공리주의가 각각의 특수한 경우에 민감하게 대응할 수 있지만 그 선택이 쉬운 것만은 아니다. 왜냐하면 그 선택이 옳은 것이라는 확신을 줄 수 있는 길은 없으며 또한 행위의 결과가 정말 그대로 나타날 것인 것 확인할 방법도 없기 때문이다.

• 행위공리주의의 예

기껏해야 앞으로 몇 주 밖에 살 수 없다고 믿어지는 선천성 질환의 신생아가 폐렴에 걸렸다. 주치의는 아이의 부모와 함께 항생제를 써서 생명을 연장할 것인지 여부를 결정해야 한다. 항생제를 사용하는 것 말고 택할 수 있는 유일한 대안은 신생아를 죽게 내버려 두는 것이다. 이때 행위 공리주의자들은 폐렴을 치료하지 않기로 결정하는 것이 이 일에 직접 관련된 당사자들의 이익을 극대화하는 방법이라고 볼 것이다. 고통스러운 삶을 조금 더 연장해 보아야 신생아에게 이로울 것이 하나도 없고 오로지 옳을 것만 있을 뿐이기 때문이다. 아이의 부모는 치료하기로 결정하든 안하기로 결정하든 괴로울 테지만, 그래도 자식의 고통이 끝났다는 걸 알게 되면 어느 정도 위안을 얻을 것이다. 이러한 행동이 옳은 일이라고 추론하는 것이 행위 공리주의자들의 예이다.

3. 규칙 공리주의(Rule utilitarianism)

규칙 공리주의란 유용성의 원칙이 특정 행위의 정당성을 결정하기 위한 규칙을 판단하는 데 적용되어야 한다고 주장하는 것이다. 규칙 공리주의는 개별적 행위의 옳고 그름은 그 행위가 규칙에 따른 것인지, 그렇지 않은 것인지에 따라서 판단된다. 즉, 옳은 행위란 어떤 상황에 처했을 때 더 많은 유용성을 산출할 수 있고 이미 인정된 타당한 규칙들에 따라 행위 하는 것이라고 주장한다. 규칙 공리주의자들은 약속을 지키는 것을 중요시하며 행위 공리주의와 달리 이들은 약속이나 사회적 상식들이 지켜져야 하며 유용성을 증가시킨다는 명분으로 약속을 지키라는 규칙에 대한 의무를 무시해서는 안 된다고 생각한다. 규칙공리주의는 어떤 규칙들이 동일한 경우에 적용이 되어서 서로 충돌하는 경우 이러한 갈등 해결책이 존재하지 않는다는 것이 가장 큰 단점이다. 또한 수많은 다른 상황을 모두 포함시키기 위해서는 엄청난 규칙들이 만들어져야 하는데 이 많은 규칙들 중에서 실제적으로 도덕적인 결정으로 인도하는 규칙을 제대로 찾아서 적용한다는 것이 불가능하다는 것이다.

• 규칙 공리주의의 예

불치병에 걸려 고통을 받고 있는 환자가 의사에게 안락사를 요청하는 상황이 있을 경우 이를 우리는 ‘자발적 적극적 안락사’라고 부른다. 규칙 공리주의자들은 안락사를 비롯한 자살, 낙태 등의 문제를 ‘살인하지 말라’는 규칙의 하나의 정당화된 예외로 인정할 수 있는가의 문제로 파악한다. 우리는 ‘살인하지 말라’는 규칙에 적어도 한 가지 예외가 있을 수 있다는 점에 주의할 필요가 있다. 규칙 공리주의자들에 따르면 정당방위 살인은 정당화 된다. ‘네가 하고 싶으면 아무 때나 살인하라’는 규칙을 받아들이는 것보다 ‘살인하지 말라’는 규칙을 받아들이는 것이 훨씬 나은 결과를 낳고 ‘살인하지 말라’는 규칙을 받아들이는 것보다 ‘정당방위 이외에는 살인하지 말라’는 규칙을 채택하는 것이 더 좋은 결과를 가져오기 때문이다. 우선 자발적이고 적극적인 안락사를 찬성하는 규칙 공리주의자들은 이런 관행을 받아들임으로써 고통 속에서 그저 죽음만을 기다리는 많은 불치병 환자들이 안락사를 통해 괴로움을 종식시킬 수 있다는 이득을 강조할 것이다. 그러나 이를 반대하는 규칙 공리주의자들은 만약 의사가 환자를 안락사 시키는 것을 허용한다면 노인들이 두려움에 떨 것이라고 주장할 것이다.

공리주의자들은 행위의 옳음을 최대 다수의 최대 행복을 도모할 수 있는가 여부에 따라 평가하기 때문에 목적론적 윤리론(teleological theory)이라고 불리며 또한 행위가 도덕적으로 옳은지 여부를 결정하는 데 있어 행위가 산출하는 결과만을 고려하기 때문에 결과론적 윤리론(Consequentialistic theory)이라고도 한다.

3. 의무론

의무에 기반을 둔 윤리 이론 혹은 보편적 도덕원칙이라고 불리는 의무주의(deontology)는 비결과주의(nonconsequentialism) 혹은 형식주의(formalism)라고 불리운다. 의무주의에서의 행위의 옳고 그름은 결과와는 상관없이 단지 의무에 근거한 법칙과 규칙에 의해 그 행동의 옳고 그름이 판단된다. 의무주의에서 가장 전형적이고 전통적인 것은 칸트의 윤리이론인 칸트주의(Kantism)로 흔히 의무주의와 구별 없이 사용된다. 또한 칸트주의가 갖는 문제점을 현실적으로 해결하려고 노력한 로스(Ross)의 의무주의도 보편적으로 사용된다.

1) 칸트(Immanuel Kant)

칸트적 의무론에 따르면 의사가 환자에게 거짓말 하는 것이 과연 정당화될 수 있는가 하는 문제와 관련된다. 그에 따르면 모든 사람은 타인에게 거짓말해서는 안 된다는 의무를 지고 있기 때문에 의사도 환자에게 결코 거짓말해서는 안 된다는 것이다. 불치병 진단을 받은 환자가 의사에게 자신의 병세가 어떠냐고 물어볼 때 의사는 환자가 받을 충격을 염려해서 거짓말 하고 싶은 충동을 강하게 느낄 수도 있다. 하지만 칸트의 의무론에 따르면 아무리 좋은 의도에서 나온 행동도 거짓말하지 말라는 의무보다 앞설 수는 없다.

칸트가 주장한 의무론은 두 가지의 형태로 나뉜다. 첫째는 정언명법으로 어떤 가정적인 조건에 좌우되지 않는 반드시 지켜야 하는 절대적이고 무조건적인 도덕적 명령이고 의무를 뜻하고 둘째는 가언명법으로 어떤 목적을 위해서 지키는 명령을 뜻한다. 즉 “존경받으려면 약속을 지켜야 한다”. 혹은 “노후가 편안하려면 열심히 일해야 한다”가 대표적인 가언명법의 예이다.

의사가 플라세보(placebo, 위약)를 사용할 때도 똑 같은 설명이 적용되는데 만약 환자가 특정한 약에 심리적으로 의존하는 경우, 의사가 의학적 판단에 따라 투약을 중지하면 환자는 증세가 재발했다고 호소할 수도 있다. 이러한 경우 플라세보를 다시 주면 환자의 상태가 좋아질 수도 있다. 하지만 칸트의 의무론에 따르면 플라세보가 환자의 복지를 증진시킬 수도 있다는 사실에도 불구하고, 그것을 사용하는 것은 도덕적으로 허용하지 않는다.

2) 로스(Ross)

환자를 치료할 때 의사의 처방을 따라야 하는 것은 간호사의 명백한 의무이다. 간호사는 병원에 고용됨으로써 의사의 처방을 수행하는 조건부 의무를 지게 되는데 간호사가 만약의 의사의 지시를 따르면 환자에게 해가 될 것이 명백하다고 판단한 경우, 간호사는 심각한 도덕적 딜레마에 빠지게 된다. 이를 로스의 용어로 표현한다면 의사의 처방에 따라야 한다는 한 가지 조건부 의무는 다른 두 가지 조건부 의무와 상충되고 있다. 첫째, 악행의 금지의무이다. 간호사는 타인에게 결과적으로 해가 될 행동을 해서는 안 된다. 둘째, 간호사에게는 또 다른 신의의 의무, 즉 환자의 의료적 이익에 최선이 되도록 행동한다는 암묵적 계약 또는 동의로부터 도출된다.

로스의 이론에 의하면 도덕적 직관상 악행 금지의 의무가 조건부 의무보다 엄격하기 때문에 환자에게 가해질 잠재적인 해가 중대할 경우 간호사는 의사의 지시를 따르는 것이 도덕적으로 옳다고 결론 내려야 한다.

4. 간호의 윤리적 원칙(규칙)

1) 생명의료윤리의 기본 원칙

생명의료윤리의 네가지 원칙은 미국의 생명의료윤리학자 보참(T. L. Beauchamp)과 칠드레스(J. F. Childress)가 그들의 저서 생명의료윤리학의 원리(principles of Biomedical Ethics)에서 제안한 생명의료윤리학 방법론이다. 이를 원칙주의(principlism)라고 부르는데 이는 전통적인 하향적 접근법에 속하면서도 그것을 좀 더 구체화시킨 방법이다. 전통적인 하향적 접근법은 대체로 하나의 궁극적인 도덕이론을 내세우고 그 이론으로 모든 생명의료

윤리 문제를 해결하려고 하는데 반면 원칙주의는 네 가지 원칙을 구체적인 의료윤리 문제에 적용시켜 도덕적인 답을 찾아가는 방법이다. 네 가지 원칙 중에는 자율성 존중의 원칙, 악행 금지의 원칙, 선행의 원칙, 정의의 원칙이 있다.

(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 배양하고 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.

자율성 원칙에는 적극적 의무(positive obligation)와 소극적 의무(negative obligation)가 있다. 적극적 의무는 정보를 제공하거나 상대방이 자율적으로 의사결정을 하도록 하는 것을 의미하고 때로는 사람들로 하여금 이용 가능한 선택을 최대한으로 증가시킬 의무를 지칭하기도 한다. 반면 소극적 의무는 자율적인 행위가 타인에 의해 억압되어서는 안 된다는 절대적인 의무로 보통은 '사람이 타인을 해롭게 하지 않는 한 그의 생각과 행동은 존중되어야 한다.'라는 조항을 강조하고 있다.

또한 자율성을 존중하려면 우선 개인의 자율적 의사가 무엇인지 알아야 하는데 예를 들면 의사는 진료행위를 하기 전 환자의 동의를 얻어야 한다. 그런데 여기서 문제가 발생할 수 있다. 의료행위는 고도의 전문성이 요구되는데, 의사는 전문지식을 갖고 있지만 환자는 정보의 비대칭성으로 모르는 경우가 일반적이다. 이러한 이유 때문에 환자의 동의가 진정한 동의인가 하는 문제가 제기된다. **생명의료윤리에서는 이를 '충분한 설명에 근거한 동의(informed consent)' 문제라고 한다.** 즉 정보를 제공하고 내용을 확실하게 이해할 수 있도록 하며 그 뒤 적절한 의사결정을 촉진시키는 전문가로서의 의무를 의미한다. 자율적 기능을 존중하는 적극적 소극적 방법들은 다양하게 있으나 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

반면 자율성 존중의 원칙이 제한을 받은 경우도 있다. 환자의 자율성의 능력이 내외적인 제약에 따라 다양하다는 것이다. 예를 들면 환자의 자율성이 갖는 내적 제한에는 정신능력,

의식수준, 연령, 질병 상태 등에 따라 다르고 외적 제한 역시 병원환경, 자원의 이용가능성, 의사결정을 위해 제공되는 정보의 양, 금전적 자원 등에 따라 제한을 받을 수가 있다는 것이다. 또한 도덕적인 고려에 의해 제한을 받기도 하는데 개인의 자율적인 결정이 공공의 건강을 해치거나 타인에게 위해를 가할 가능성이 있을 경우, 부족한 자원을 요구할 경우에는 자율성을 제한하는 것이 정당화되며 미성년자, 무능력자, 무지한 자, 강요된 자, 착취당한 자, 약물중독자, 비합리적으로 자살하려는자, 신생아와 같이 자율성을 발휘할 수 없는 자에게는 자율성 존중의 원칙이 적용되지 않는다.

자율성 원칙은 때로 선의의 간섭주의(partenalism)와 상충하게 되는 경우가 있다. 선의의 간섭주의란 개인에게 이득을 주기 위해 개인의 선택이나 의도된 행동을 무시하는 것으로 현대사회에서 선의의 간섭주의가 정당화되는 경우는 현실적으로 이득이 크고 피해야 할 위험이 심각할 경우에는 정당화된다.

(2) 악행금지의 원칙(The principle of nonmaleficience)

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.

일부 윤리학자들은 악행금지를 선행의 일부로 간주하고 다른 윤리학자들은 이 둘을 분리된 원리로 간주한다. 어떤 경우이든 해를 피하거나 방지하는 원리인 악행금지의 원리가 다른 사람들에게 좋을 일을 하고자 하는 선행의 원리보다는 우선하는 것으로 간주한다.

예를 들어 간호사가 digoxin의 1회 복용량을 환자에게 투여하려고 준비하면서 환자의 심침 맥박이 분당 52회이고 환자가 오심을 호소하는 것을 알게 되었다면 디기탈리스 중독증세를 인식하고 의사와 상의하여 디곡신 투약을 보류해야 한다. 디기탈리스 독성으로부터 환자가 입을 수 있는 신체적 위해가 제거되기까지는 디곡신 투여로 인해 발생할 수 있는 잠재적 효

과를 피해야 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 포함하며 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.

한편 선행이란 개념은 너무 막연하고 또 추상적이기 때문에 좀 더 명료화할 필요성이 있다. 이를 명료화하는 방법 중에는 선행이 의무가 되는 상황과 그렇지 않은 상황으로 구분해 볼 수 있는데 로스(Ross)는 상황에 따라 의무가 되기도 하고 의무가 되지 않기도 하는 선행에 대해 이를 조건적 의무라고 규정하고 이러한 조건적 의무가 상황에 따라 실제적 의무가 되기도 하고 그렇지 않는 경우도 있다고 했다.

로스가 제시한 실제적 의무는 다음과 같다.

- 타인에게 피해를 불러일으키는 상황들을 제거하기
- 타인의 권리를 보호하고 옹호하기
- 타인에게 발생하는 피해를 예방하기
- 위협에 처한 사람을 구하기
- 무능력한 사람을 돕기

칸트나 로스는 선행 자체가 일반적인 도덕이기 때문에 수행하여야 한다고 하였고 혹은 내가 사회로부터 혜택을 받았기 때문에 나도 사회의 이익을 향상시켜야 할 의무가 있다고 함으로써 호혜성의 개념을 선행의 원칙의 조건적 의무가 되는 근거로 제시하였다. 또한 밀(Mill)은 '일부 선행의 원칙들이 도덕적 의무가 되는 근거는 무엇인가?'라는 이유에 대해서 선행의

의무가 효용의 원칙에서 나왔기 때문이라고 보았다.

(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 의료자원이 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 얼마만 큼이라고 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

모든 사회는 사람들에게 의료서비스를 평등하게 접근할 수 있는 이상적인 방법을 권장하지만 다른 한편으로는 자유시장 경쟁을 유지하려고 하기 때문에 이 둘 사이에 균형을 이루려는 시도가 계속 시도되고 있다.

분배적 정의에 대한 예를 들어보자.

어느 의료기관에 소속된 가정방문 간호사가 반드시 매일 여섯 명의 환자를 돌보아야 하고 하루 종일 175km를 이동해야 한다면 환자와 가족에게 기울이는 시간 뿐 아니라 이동시간도 고려되어야 한다. 여섯 명의 환자들도 각각 주의를 요하는 환자들이긴 하지만 그 중에서 세 명은 간호에 대한 높은 요구도를 가지고 있다. 뇌종양으로 죽어가는 환자는 심한 통증이 있어 약에 대한 재 처방이 필요하다. 또 다른 환자는 최근 근위축성 측삭 경화증으로 진단을 받아 매우 놀란 상태이며 그의 아내는 그의 분비물을 흡인해 내는 것을 배워야 한다. 세 번째 환자는 당뇨병인데 혈당을 통제할 수 없고 발에는 심한 상처가 감염되어 있다. 각각의 환자들은 간호사에게 자신을 간호해 달라는 정당한 요구가 있을 때 간호사는 어떻게 자신의 시간을 공정하게 분배할 수 있을까?

이용 가능한 자원보다 더 많은 양의 요구가 정당화 될 수 있을 경우, 자원 배정을 할 수 있는 추가적인 기준을 확인하는 것이 필요하다. 어떤 간호사는 의료적 개입으로 누가 최대의 혜택을 받는지를 검토하기 위해 분배의 원칙 및 공리주의적 전략을 사용하기도 한다. 또 다른 간호사는 그 자원이나 시간을 환자들 사이에 고르게 분배하기 위해(각자에게 동등하게) 또는 어느 사람이 가장 돌봄을 받을 만한 자격이 있는가를 결정하기 위해 자료를 수집하기도 한다.

간호사는 개인에게 의료자원을 배정할 때 다음과 같은 질문을 스스로에게 제기해야 한다.

- 이 사람에게 당연히 제공해야 하는 의무는 무엇인가?
- 이것이 이 사람을 다른 사람과 동등하게 대하는 것으로 그를 편애하거나 차별하는 것은 아닌가?
- 이것은 공정한 행위인가?

5. 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 함축성을 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.

Comeau(1994)는 법적 관점에서 사전 동의서는 “침습적이거나 심각한 부작용, 위험 혹은 합병증 가능성이 있는 치료에 필요하다”고 지적하면서 의료기관의 대부분은 어느 절차가 사전 동의를 요구하는 필요로 하는지 확인하는 정책을 가지고 있다고 설명하고 있다. 일반적으로 특정 사전 동의를 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.

이것은 대상자가 정보의 내용을 실질적으로 이해하면서 또한 타인의 강요 없이 스스로 무엇을 하거나 하지 않겠다고 하는 경우를 뜻한다.

여기에는 세 가지 의문을 제시할 수 있는데 다음과 같다.

- ‘모든 환자의 동의는 인정될 수 있는가?’
- ‘어느 정도의 정보에 근거해야 충분하다고 할 수 있는가?’
- ‘동의라는 말속에 함축된 의미는 무엇인가?’

첫 번째 물음은 자율성 존중 원칙의 선별조건에 관한 것으로 다른 말로 문지방(threshold element) 요소라고 부르며 동의를 표명하는데 필요한 능력의 정도와 자발성 여부에 관한 물음이다. 두 번째 물음은 동의에 필요한 정보요소에 관한 것으로, 정보의 양과 환자가 제대로 이해하였는지에 관한 문제이다. 세 번째 물음은 환자가 의료진이 제시한 치료계획에 찬성하고 그 계획의 추진을 의료진에게 위임하겠다는 결정이 함축되어 있다고 답할 수 있다.

(1) 문지방 요소

① 동의자의 능력

동의자의 능력이란 동의자의 동의 능력과 관련된 것으로 동의자가 아래의 사항 중 한 가지 혹은 모든 사항에 해당될 경우 동의 능력이 없는 것으로 간주된다.

- 신호나 선택을 할 때 표현 하거나 의사소통 할 수 없다.
- 관련 정보를 이해할 수 없다.
- 선택의 이유를 표현할 수 없다.
- 선택에 대한 합리적 이유를 표현할 수 없다.
- 합당한 결정을 내릴 수 없다.
- 손해나 이익과 관련되어 그 이유를 표현할 수 없다.
- 자신의 상황과 그 결과를 이해할 수 없다.

② 자발성(voluntariness)

자발성이란 정확한 지식, 심리적 강요의 부재, 외적 강제의 부재 등으로 분석된다. 자발성의 행위에는 대상에 대한 작용에 적극성이 있고, 그 행위에 대한 자기 관여가 있어서 책임을 느끼게 되며, 자기실현의 가치가 포함된다. 자율성과 자발성은 동의어가 되어 자발성 조건이 곧 자율성 행위의 필요충분조건이 된다. 또한 자발성에는 특히 '타인에 의한 통제가 없다'라는 것이 강조된다. 통제란 위협, 교육, 거짓말, 조직적 제안, 감정적 호소 등을 이용하여 일정한 방침이나 목적에 따라 행위를 제한하는 것으로 크게 강요, 설득, 조작으로 분류된다.

강요는 사람이 타인을 통제하기 위해 물리적인 힘이나 해악의 위협을 의도적으로 사용하는 경우이고, 설득은 강요와는 달리 어떤 행위의 필요성을 제시함으로써 상대방의 동의를 얻어내는 방법이다. 또한 조작은 강요나 설득 외의 방법으로 타인의 행동에 영향력을 행사하는 것으로 일반적으로 정보를 조작하거나 정보를 제공할 때 다양한 방법을 통하여 환자의 인식과 반응에 직접 간접적으로 영향을 미친다.

(2) 정보요소

환자가 동의를 하는 데는 흔히 세 가지의 본질적 요소들을 필요로 하는데 이것을 정보요소라고 한다. 환자가 의료인과의 관계에서는 동의내용에 속하는 정보의 내용과 양, 이해 등이 특히 중요한 요소이다.

① 정보의 내용

환자나 실험 대상자는 적절한 정보의 내용이 있어야 올바른 결정을 할 수 있다. 그러므로 전문인인 의료인은 반드시 핵심정보를 알려주어야 한다. 또한 의문사항에 대해서도 질문할 기회가 있다는 것을 알려주고 또한 언제라도 결정을 철회할 수 있음을 알려주어야 한다.

정보의 내용은 다음과 같다.

- 전문인의 충고
- 전문인(의료인) 자신이 중요하다고 생각하는 정보
- 환자나 연구 대상자에게 중요하다고 생각되는 사실과 해석

· 동의를 구하는 이유 및 동의가 갖는 권한위임의 의미

② 정보의 양

환자나 대상자에게는 실질적인 정보를 제공해야 하며 이때 실질적 정보는 세 가지 기준에 의해 분류된다. 정보의 양에 대한 실질적인 분류기준은 다음과 같다.

가. 전문적인실무기준(professional practice standard)

전문적인 실무기준에 따른 정보는 전문학회나 전문가 단체가 정한 것으로 전문인들 사이에 합의가 이루어진 정보를 기준으로 한다. 하지만 전문인들 사이에 합의가 이루어졌다는 의미가 있기는 하나 그 합의가 환자의 알 권리에 부합하는지에 대해서는 의문이 있다.

나. 합리적인개인기준(reasonable person standard)

합리적인 개인기준에 따른 정보는 환자가 요구하거나 담당의사가 필요하다고 생각하는 정보가 아닌 합리적인 사람이라면 누구라도 중요하게 생각하는 정보를 제공해야 한다는 의미이다. 그러나 ‘합리적인 사람’이 구체적으로 어떤 사람이며, 또한 ‘중요한 정보’가 무엇인지에 대한 구체적인 기준이 없다는 점에 문제가 있다.

다. 주관적인 기준(subject standard)

주관적 기준에 따른 정보란 정보의 정확성 측면에서는 가상적인 개인이 아닌 구체적으로 관련된 대상자들이 판단하는데 필요한 정보로 관련당사자들에게 필요한 정보를 제공해야 한다는 것이다. 그러나 개인의 신념이나 건강상태가 서로 다르기 때문에 개인이 필요로 하는 정보 역시 모두 다를 수밖에 없다. 그러므로 실제로 개인마다 다른 정도의 범위와 깊이의 정보를 제공한다는 것이 현실적으로 쉽지 않은 문제가 있다.

③ 정보의 이해

의료인이 환자에게 정보를 제공하였다고 해서 문제가 모두 해결되는 것은 아니다. 정보를 제공하였다고 하더라도 대상자가 그 정보를 제대로 이해하지 못하였다면 아무 의미가 없다. 그러므로 충분한 정보에 근거한 동의에서는 정보에 대한 이해가 매우 중요하다. 이를 위해서는 우선 원만한 의사소통 체계뿐만 아니라 의료인과 환자가 동등한 대화자로 관심 있는 정보에 대해 충분히 이야기 할 수 있는 여건이 마련되어야 한다.

(3) 대리결정

만약 환자에게 동의 능력이 없다면 그럴 경우에는 어떻게 그들의 자율성을 존중할 수 있을까? 이런 경우 대부분 대리결정으로 문제를 해결하는데 대리결정에서는 누가, 무엇에 근거하여 결정을 내리는지의 문제가 중요한 쟁점으로 떠오르게 된다. 이때는 ‘어떤 기준에 의해서 결정이 내려지는가’하는 문제가 좀 더 본질적인 문제가 된다.

자기 의사를 표현할 수 없는 환자의 의사를 확보하는 문제가 있다면 의사들과 법원의 견해

차이가 숨어 있다. 대리결정의 기준을 세우기란 참으로 어려운 문제이지만 일반적으로 세 가지 견해가 있다. 대리판단 표준, 순수 자율성 표준, 환자의 최선이익 표준이 그 예이다.

① 대리 판단 표준(substituted judgement standard)

대리판단 표준이란 가장 약한 자율성의 표준으로 다른 의사결정자가 환자를 대신하여 필요한 결정을 내리는 것이다. 이때 중요한 것은 ‘환자를 위해 대리인 자신이 무엇을 원하는가’가 아니라, ‘이 환자가 의사를 표현할 수 있다면 이 상황에서 무엇을 원했겠는가?’라는 물음에 초점을 맞추어야 한다. 이는 환자를 가장 잘 아는 대리인을 선정해서 그 환자가 자율적 능력을 지녔다면 어떤 결정을 내렸을지를 찾는 방법과, 그 환자와 같은 질병에 걸린 합리적인 사람들이 대부분 어떤 결정을 내리는지를 찾는 방법으로 나눌 수 있다.

② 순수 자율성 표준(the pure autonomy standard)

순수 자율성 표준은 자율적으로 결정을 하였거나 의사를 표명한 적이 있는 사람에게 적용되는 것이다. 즉 환자가 이전에 내렸던 자율적 결정을 받아들이는 것을 뜻한다. 예를 들어 환자가 ‘내가 만약 혼수상태에 빠지면 심폐소생술을 실시하지 말라’는 의사를 표명하였다고 한다면, 후에 그가 그러한 상황에 처했을 때 그의 결정을 그대로 시행하는 것이다.

이것은 환자가 의사표현능력을 상실하기 전에 표명한 견해를 대리인이 그대로 전달하는 방법을 말하는데 예를 들면 사전의사결정의 하나인 생전 유언(living will)이 대표적인 방법이다.

③ 환자 최선 이익 표준(patient's best interest standard)

환자의 최선 이익 표준은 이용 가능한 모든 대안들이 환자에게 미치는 영향과 이해득실을 따져 보고 환자에게 최선이 된다고 판단되는 점을 대리자가 결정하는 것이다. 환자의 최선 이익 표준은 그 상황에서 무엇이 환자에게 최선의 이익이 되는가를 찾아내는 삶의 질 표준을 말한다. 이때 중요한 것은 단순히 주관적인 의사나 개인의 가치관에 의해 판단하지 않고 당사자를 대신하여 최선의 이익이 되는 결정을 내려야 하는 것이 중요하다. 하지만 이 경우에도 최선의 이익을 무엇으로 보고 어디까지로 볼 것인가에 대해서 의문이 생길 수 있다.

2) 이중 효과의 원칙(The principle of double effect)

의료행위 중에는 신체 일부의 절단 혹은 절제와 같이 긍정적인 결과와 부정적인 결과를 동시에 야기하는 기술이 있다. 전자는 의도된 결과이지만 후자는 의도되지 않은 결과이다. 이 경우, 그 기술은 환자를 치료한다는 점에서는 선행이지만, 환자의 신체를 침해한다는 점에서는 악행이라고 할 수 있다. 이런 경우 ‘우리가 추구하는 선을 얻기 위해서 해를 용납하여야 하는가? 하는 문제가 제기된다. 이러한 문제를 해결하기 위해 필요한 것이 바로 이중효과 원칙이다. 예를 들면 백혈병 환자가 항암치료를 위해 태아를 유산시켜 죽게 되는 것이 라든지 통증이 심한 환자에게 많은 양의 진통제를 투여함으로써 호흡기능을 저하시키는 결과를 낳을 때의 문제를 해결하는 데 적용한다.

이중효과의 원칙에는 아래와 같은 조건이 충족되는 경우에 비록 그 행위가 나쁜 결과를 초래한다 하더라도 용납한다는 원칙이다.

· 행위 자체가 선해야 하고 적어도 도덕적으로 문제가 없어야 한다.

· 예측되는 유익한 영향은 예측되는 해로운 영향보다 크거나 혹은 같아야 한다.

· 행위자의 의도가 유익한 효과를 거두는 것이고, 같이 나타나는 손상의 효과는 가능한 한 피하려는 것이다. 이것은 단지 허용되거나 용납되는 것이지 의도되는 것은 아니다.

· 손상의 효과와 유익한 효과 간에는 균형이 있어야 하며 선과 악을 계산할 경우 선이 악을 능가해야 한다.

맥코르믹(McCormick)에 의하면 이중효과의 원칙을 적용하는데 있어 균형에는 세 가지 요소가 포함되어야 한다고 했다.

· 중요성에 있어서 적어도 희생된 가치와 동등한 가치가 관련되어 있어야 한다.

· 우리가 지지하는 가치를 보호하는 데 덜 해로운 다른 방법이 존재하지 않아야 한다.

· 지금 어떤 가치를 보호하는 방식이 미래에 그 가치를 해쳐서는 안 된다는 것이다.

맥코르믹은 균형성을 얻는 것이 단순히 선과 악을 더하거나 빼는 계산이 아니라 다양한 선택들의 우선순위 결정을 시도할 것을 주장했다. 이것은 우리가 어떤 일을 결정할 때 항상 행동하기에 앞서 우리의 양심을 검토해야 하는 것이 의무라는 것을 강조하고 있다.

3) 선의의 간섭주의(paternalism)

선의의 간섭주의(은정적 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 성립되려면 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 원칙은 말기 암 환자에게 무엇을 요구하는가? 적극적 안락사를 시키는 것은 선행의 원칙에 어긋나는가? 자살하도록 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(갑)의 집도와 주치의 乙(을)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(을)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(갑) 등은 A씨의 상태에 비추어 인공호흡장치가 없는 집으로 퇴원하게 되면 호흡을 제대로 하지 못하여 사망하게 될 것이라고 설명하였다.

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

1997. 12. 6. 10:00경, 보라매병원 신경외과 전담의사 甲(갑)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(갑)은 이를 받아들여 乙(을)에게 A씨의 퇴원을 지시하였다.

1997. 12. 6. 14:00경, B씨는 甲(갑), 乙(을)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(을)은 보라매병원 1년 차 수련의 丙(병)에게 A씨를 집까지 호송하도록 지시하였고, 丙(병)과 B 등이 A를 중환자실에서 구급차로 옮겨 싣고 A의 집까지 데리고 간 다음, 丙(병)이 B의 동의를 받아 A에게 부착하여 수동 작동 중이던 인공호흡보조장치와 기관에 삽입된 관을 제거하였다.

A는 丙(병)이 떠난 후 5분도 안되어 목 부위에서 꺾꺾거리는 등의 소리를 내며 불완전하게 숨을 쉬다가 뇌간 압박에 의한 호흡곤란으로 사망하였다. 그 후 남편의 시댁 식구들이 남편의 부인과 병원 주치의의 상대로 소송을 진행하여 승소하였다. 대법원 판례에서는 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.

선의의 간섭주의에 근거를 둔 선행의 원칙은 무엇보다 자율성 존중의 원칙과 상충된다는 문제점이 있다. 자율성과 관련하여 선의의 간섭주의는 약한 형태와 강한 형태로 구분되는 데 전자는 환자가 반대의사를 표명하지 않는 한 환자의 이익을 위해 간섭해야 한다는 주장이

고, 후자는 환자가 반대해도 환자의 이익을 위해 간섭할 수 있다는 주장이다. 보라매 병원 사건에서 의사에게 책임을 물은 밀바탕에는 바로 강한 온정적 간섭주의가 자리 잡고 있다. 그래서 이 둘의 조화가 중요한 물음으로 부각된다. 선행의 원칙을 강조하면 개인의 자율성이 말살되기 때문이다. 이 둘을 조화시킬 기하학적인 규칙이나 기준은 아직 마련되어 있지 않다. 일반적으로 하나의 의료행위가 이루어지는 구체적인 맥락에 따라 온정적 간섭의 정당화가 달라진다는 견해가 지배적이다.

선의의 간섭주의는 부모의 예를 들었을 경우 두 가지의 행동이 나올 수 있는데 하나는 부모는 자식을 위해 선하게 행동한다는 것이고, 다른 하나는 자식과 관계되는 결정을 부모가 대신한다는 것이다. 선의의 간섭주의에는 결정에 대한 피 간섭자의 선호나 동의를 무시하거나 기피하는 것으로 강요, 기만, 거짓말, 정보조작, 정보의 비공개 등이 포함된다. 그러므로 선의의 간섭주의는 여러 가지 도덕적 문제를 일으키기는 하지만, 매우 포괄적인 개념이므로 일괄적으로 옳다 그르다 판단하기에는 어려움이 많다. 일반적으로 약한 의미의 선의의 간섭주의와 강한 의미의 선의의 간섭주의가 포함된다.

(1) 약한 의미의 선의의 간섭주의

약한 의미의 선의의 간섭주의는 개인의 자율적 행동을 간섭해서는 안 된다는 주장으로 단지 비자율적인 행동으로 인해 발생할 수 있는 악한 결과를 예방하는 차원에서만 간섭이 정당화된다. 약한 의미의 선의의 간섭주의는 충분히 자율적인 사람의 행동에는 개입하지 않고, 매우 비자율적인 사람이 입을 수 있는 해악을 방지하기 위해서만 개입을 한다. 비자율적인 행동이란 충분한 정보 없이 내려진 동의, 심리적으로 불안정한 상태에서 내려진 비합리적인 결정, 약물중독 상태에서 내려진 결정 등이 포함된다. 이러한 이유로 선의의 간섭주의를 반대하는 사람들이 신봉하는 자율성 존중의 원칙을 침해하지 않는다고 생각하면서 오히려 이러한 행동이 선행의 원칙에 의해 정당화 될 수 있다고 생각한다.

약한 의미의 선의의 간섭주의가 정당화되려면 반드시 다음의 조건을 충족시켜야 한다.

- 간섭 받는 자는 자율적인 선택이 상당히 제한되는 상태여야 한다.
- 간섭으로 인한 자율성 침해나 그로 인한 독립성 손실을 능가해야 한다.
- 간섭 받은 자가 후에 합리적으로 생각할 수 있을 때, 그 결정에 동의할 것이 명백하여야 한다.

(2) 강한 의미의 선의의 간섭주의

강한 의미의 선의의 간섭주의란 비록 어떤 사람이 충분한 정보에 근거하여 자율적으로 결정을 내린 것이라 하더라도 그것이 결국 본인에게 피해가 되거나 선이 되지 않는다면 선행을 베풀기 위해 간섭할 수 있다는 것을 의미한다. 강한 의미의 선의의 간섭주의는 개인의 자율성을 인정하지 않는다는 것이다.

강한 의미의 선의의 간섭주의가 정당화되는 것은 거의 없지만 다른 합리적 대안이 없을 경우 다음의 조건이 충족된다면 정당화되기도 한다.

- 선의의 간섭주의 행동이 그 해약을 예방할 수 있다.
- 간섭의 결과가 그에게 미칠 것으로 예상되는 위험을 능가한다.
- 심각하지만 예방 가능한 피해의 위험이 있다.
- 이 정도로 이득을 보장하고 위험을 줄이면서 자율성을 덜 제안하는 다른 대안이 없다.

6. 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 사람을 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 보건 의료인의 성실의 규칙은 특히 중요하다.

7. 윤리적 의사결정

1) 정의

샤벨슨(Shavelson)은 윤리적 의사결정을 ‘주어진 정보의 복합적인 인지과정을 거친 후 양심과 사회의 도덕적 가치에 의거하여 하나의 안을 선택하는 것’이라고 정의하였다. 이러한 의미에서 윤리적 의사결정은 윤리원칙과 이론, 방법 등을 고려하는 과정으로 현실에서 나타나는 윤리적 문제 등에 의해 영향을 받는다. 윤리적 의사결정의 기준 틀은 개인이나 인구집단

이 건강관리와 관련된 윤리적 의사결정을 내리는 방법이나 과정으로 이들은 의사결정자가 관련된 가치들, 의사결정에 포함된 전후 배경, 그 상황에 대한 개인의 책임에 대한 본질들을 파악하고 평가하는 데 도움을 준다.

2) 윤리적 의사결정의 내용

윤리적 의사결정을 하기 위해 필수적 내용으로는 다음과 같은 것들이 있다.

- 개인의 신념과 가치
- 간호실무를 위한 윤리적 개념
- 윤리적 접근방법
- 윤리적 행위의 기준

간호학에서 제시하고 있는 윤리적 의사결정의 틀은 대부분 윤리적 갈등과 연관되어 가치의 여러 차원을 분석하는 방법과 환자 간호 시 윤리적 의사결정을 체계적으로 내리는 방법이 있다. 이들 중 어떤 틀을 선택할 것인가는 틀에 함축된 가치와 이 가치가 의사결정자의 가치와 일치하는지의 여부에 따라서 달라진다는 것이다. 그러므로 윤리적 의사결정을 하는 데 오직 한 가지 틀만이 모든 상황에 최선의 틀이라고 생각해서는 안 된다. 왜냐하면 의료와 간호를 제공하는 상황이 매번 다르고 그 상황에 관계된 사람들의 도덕적 가치와 신념이 매번 다양하기 때문에 윤리적 문제를 접근하는 방식도 달라지기 때문이다.

3) 윤리적 의사결정을 내릴 때 고려해야 할 사항

간호사들은 임상에서 다양한 상황의 윤리적 문제에 직면한다. 간호사들이 간호현장에서 직면하는 윤리적 상황들은 결국 일상적인 환경에서 가치에 대해 갈등을 느끼는 상황이라고 할 수 있다. 또한 이들이 느끼는 가치는 문화적 종교적인 신념들과 강하게 연관되어 있기 때문에 윤리적 의사결정의 틀을 선택하기가 힘들어진다.

그래서 간호사들이 자신들이 사용할 윤리적 의사결정의 틀을 선택하기 전에 다음의 내용을 고려해야 할 것이다.

(1) 가치 갈등의 구체적인 전후 내용이 무엇인가?

발생하는 윤리적 문제의 전후 관계를 이해하게 됨으로써 문제의 본질이 무엇인지를 파악하게 해주며 당사자들이 문제를 어떻게 규정하는지를 알게 된다. 이때 중요한 것은 개입된 당사자들의 눈을 통해 문제를 파악하고 모든 측면에서 이 문제를 이야기 할 수 있도록 해야 한다. 결과적으로 문제의 전모가 밝혀지고 문제에 대한 다양한 해석과 각자의 가치가 명백해짐으로써 가치 갈등이 명료하게 된다.

(2) 관련된 가치의 의미는 무엇인가?

문제의 중심이 되는 가치의 중요성을 탐구하게 해준다. 개입된 당사자들이 가지고 있는 가치의 의미를 파악하게 함으로써 가치의 도덕적, 비도덕적 특성과 종교적, 문화적, 의료적, 정치적 근원이 무엇인지에 대해 인식하게 한다. 어떠한 구체적인 상황에서 개인이 가지고 있는 가치의 의미를 밝혀내는 것은 매우 중요하다. 개입된 당사자들의 갈등하는 가치 간에 그 상황에서 가장 보존되고 보호되어야 하는 가치가 무엇이고 비교적 덜 보호되어도 되는 가치는 무엇인지를 결정할 필요가 있다.

(3) 개입된 당사자들 간의 갈등의 의미는 무엇인가?

대상자들이 갖고 있는 가치는 그들이 살아 온 삶의 흔적 즉 역사를 갖고 있으므로 나름대로 사회적, 경제적인 의미를 가지면서 자신의 삶에 영향을 미치는 의사결정을 한다. 이때 의료인들은 그들의 정서적, 정신적 스트레스에 많은 영향을 미치는 갈등의 의미를 면밀히 파악하고 이를 통하여 개입된 당사자들 간의 윤리적 문제의 의미를 모든 측면에서 평가할 수 있어야 한다.

(4) 그래서 무엇을 하여야 하는가?

의료인들은 가치갈등을 해결할 수 있는 모든 방법들을 찾아낼 수 있어서 대상자들이 무엇을 해야 할 지를 결정하게 해준다. 이때 그 시기에 따라 또 이용 가능한 정보의 양과 가치의 중요도에 따라, 집단의 윤리적 태도나 의사결정자의 판단에 근거하여 당사자들이 선택을 하게 된다.

4) 윤리적 사고단계

윤리적 판단과 행동을 하기까지 인간의 사고는 여러 단계를 거치는데 이러한 과정을 가리켜 윤리적 사고 또는 윤리적 추론이라고 한다. 보참(T. L. Beauchamp)과 칠드레스(J. F. Childress)는 우리가 실제 상황에서 윤리적 의사결정을 하거나 행동하는데 이용할 수 있는 윤리적 사고단계를 4단계로 제시하였다.

(1) 윤리적 판단과 행동(ethical judgement and action)

특정한 상황에 처해서 내려야 할 의사결정과 선택해야 할 행동들을 의미하며 구체적이고 특수한 상황에서 윤리적 판단과 행동이 내려진다. 윤리적 판단과 행동에 영향을 미치는 규칙은 실제 규칙, 권한 규칙, 과정 규칙이 있다.

이러한 윤리규칙들은 행동을 위한 판단을 내리는데 옳고 그른 것을 구별하게 해주는 것으로 크고 보편적인 윤리원칙들로부터 나온다.

① 실제 규칙(substantive rules)

실제 규칙은 진실을 말하기, 충분한 정보에 동의하기, 프라이버시를 보호하기 등 추상적인 원칙들보다 좀 더 구체적으로 윤리적 의사결정을 하는 데 지침이 된다.

② 권한 규칙(authority rules)

권한 규칙은 누가 무엇을 수행하여야 하는 것과 관련된 규칙으로 무능력한 사람을 위해 의사결정을 대신하여야 하는 대리인의 권한에 관한 규칙이나 의학적 손상과 관련하여 환자의 의사결정을 무시하거나 받아들여야 하는 의료 전문직의 권한에 관한 규칙 또는 분배규칙 등이 있다. 실제규칙과 권한 규칙은 서로 상호작용하여 윤리적 의사결정을 하도록 한다.

③ 과정 규칙(procedural rules)

과정 규칙은 부족한 의학적 자원을 적절하게 분배하는 과정이나 좀 더 큰 권한에 대해 불평하는 과정이 과정 규칙의 예이다. 이것은 ‘누가 부족한 의료자원을 수혜 받아야 하는가? 하는 문제를 결정하는 데 있어 실제 규칙이나 권한 규칙을 사용하는 것이 부적절할 경우 이때 보통은 도착 순서대로, 혹은 줄서기, 제비뽑기와 같은 과정 규칙을 사용하여 의사결정을 한다.

(2) 윤리규칙(ethical rules)

윤리규칙은 우리들의 삶을 구성하며 행동을 위한 판단을 내리는데 옳고 그른 것을 분별케 하는 것으로 좀더 크고 보편적인 윤리원칙들로부터 나온다. 현실세계에서는 한 가지 윤리 원칙에서 여러 가지 윤리 규칙들이 도출될 수 있다.

(3) 윤리 원칙(ethical principles)

윤리규칙에 비해 좀 더 일반적이고 기본적인 윤리원칙들로 이러한 윤리원칙들은 윤리 이론에서 유도된다. 이 원칙은 진리와 법칙이라는 공식으로 만들어 질 수 있으며 보편적이어서 누구나 다 알고 있으면서 공공연하게 표현되는 것이다. 윤리원칙은 매우 포괄적인 규범으로 많은 사례에서 우리가 판단할 때 고려해야 할 기준이 되지만 각 상황마다 우리로 하여금 어떻게 결정하고 행동해야 할 것인지에 대한 정확한 지침을 제공하지는 못한다.

(4) 윤리 이론(ethical theory)

가장 이론적이고 보편적인 윤리적 판단과 사고의 틀 단계이다. 이 단계는 규칙과 원칙의 모체가 되며 개인이나 집단의 도덕규범과 규범 이론을 일깨워주는 것이다. 사람들이 윤리적 의사결정을 할 때는 매우 구체적이고 특정적인 상황에서 자신의 행동이나 결정을 정당화시킬 수 있는 좀 더 추상적이고 보편적인 것에 기준하여 결정을 하거나 선택을 한다.

5) 윤리적 의사결정시 간호과정 적용

간호사가 내리는 윤리적 의사결정은 간호사들이 실무에서 익숙하게 사용하는 간호과정과 매우 비슷한 문제해결과정이다. 환자의 신체적, 정신적, 사회적, 영적인 문제를 해결하기 위해 사용하는 문제해결 과정이 간호과정이라면 간호사가 직면하는 윤리적 갈등이나 딜레마를 해결하기 위해 사용하는 문제해결 과정이 윤리적 의사결정이다.

다양한 윤리이론과 원칙들에 입각하여 적절히 내리는 윤리적 의사결정은 간호사의 전문직 특성 중 가장 중요한 것이고 전문직 간호사의 발전과 양질의 간호를 위해 매우 중요하다.

윤리적 의사결정을 간호과정에 비교하여 적용하였을 경우 확인해야 할 사항은 아래와 같다.

(1) 사정 단계 : 윤리적 문제의 규명과 자료수집

- 이 상황에서 특별한 이슈는 무엇이며 주어진 상황에서 윤리적 문제는 무엇인가?
- 윤리적 문제와 관련된 신념, 가치, 권리, 의무 등은 무엇이며 가장 중요한 사실은 무엇인가?

(2) 분석 단계 : 핵심 참여자 확인 및 선택사항 확인

- 이 딜레마에 누가 가장 영향을 받으며 어떻게 받는가?
- 이 결정에 대한 합법적 권한은 누구에게 있으며 가장 크게 영향을 받는 사람은 누구인가?
- 시정 과정에서 어떤 선택 사항들이 제시되는가?
- 의사결정 참여자의 권리, 의무, 권위, 능력은 무엇인가?
- 당사자나 모든 사람에게 수용될 수 있는 대안은 무엇인가?

(3) 계획 단계 : 기대되는 결과 확인

- 기대되는 결과는 무엇이며 결과에 대한 각 분야의 의견은 어떠한가?

(4) 수행 단계 : 행동

- 힘든 결정을 수용할 수 있도록 격려한다.

(5) 평가 단계 : 평가

더 좋은 결과를 얻기 위해 다른 선택을 할 수 있는 여지는 없는 지에 대해 알아보는 것과 함께 그 행위가 목적을 달성하였다면 윤리적 딜레마는 해결된 것으로 평가하고 만약 딜레마가 해결되지 않고 계속 남아 있다면 추가적인 과정이 요구된다.

7장. 단원문제

1. 공리주의의 정의를 서술하시오.
2. 의무론의 정의를 서술하시오.
3. 자율성 존중의 원칙이란 무엇인가?
4. 악행금지의 원칙이란 무엇인가?
5. 선행의 원칙이란 무엇인가?
6. 정의의 원칙이란 무엇인가?
7. 사전동의의 원칙이란 무엇인가?
8. 선의의 간섭주의를 서술하시오.
9. 분배적 정의의 유형을 나열하시오.

8장. 윤리적 쟁점(생명의 시작과 관련된 윤리 문제)

1. 인공임신중절과 간호윤리

인구증가의 문제를 오늘날 이 지구상 인류가 안고 있는 가장 심각한 문제 중의 하나로 꼽는 일에 대해서는 별로 이의를 제기하는 사람이 없다. 그것은 그동안 세계 여러 나라의 출생률이 계속 높았던 탓도 있고 특히 20세기 이후 환경위생과 의학기술의 발달에 의한 사망률의 급격한 감소가 인구의 자연 증가율을 가져왔기 때문이다. 이러한 인구의 증가는 경제력이 낮은 후진국일수록 심한 편이어서 이 나라들의 경우 식량이나 주택 그리고 자원이 더욱 부족한 형편에 놓이게 됨으로써 인구 억제를 국가 개발 정책에서 하나의 중요한 일로 생각하게 되었다.

가난한 나라에 인구가 많아지고 생활이 어려운 부분들이 불필요하게 자녀를 많이 낳는 일이 인간의 행복을 위해서 결코 바람직하지 않다는 사실과 적절한 이유가 있을 경우 부부가 출산을 조절하는 것은 조금도 이상할 것이 없다고 볼 수 있다. 문제는 인공임신중절을 바라보는 다양한 시각이 역사적으로 많은 윤리적 도덕적 문제를 야기 시켰고 아직까지도 종교적, 사회적 관점에서 상당한 차이를 낳고 있다는 것이다.

인공임신중절(abortion, artificial abortion, induced abortion, 낙태, 인공유산)이란 태아를 자연적 분만 이전에 인위적으로 모체 밖으로 배출하거나 모체 안에서 살해하는 것을 의미한다. 인공임신중절술은 자궁 밖에서는 단독으로 절대 생존 할 수 없는 태아를 인공적인 수단으로 추출하여 임신을 종결시키는 방법으로 현대 사회의 가장 뜨거운 논쟁 중의 하나이다. 전통적인 윤리철학이나 윤리신학에서는 낙태는 엄연한 살인행위이며 생명체에 대한 부당한 간섭이라고 규정짓고 있다.

인공임신중절을 어느 정도 범위까지 사회적으로 용인을 할 것인가에 대해서는 수많은 국가에서 오랜 기간 논란이 되어 왔고 지금도 끊이지 않고 있다.

우리나라에서는 특별한 이유가 있는 범위 안에서 인공임신중절을 법적으로 허용한다.

- 본인 또는 배우자가 유전적인 정신장애가 있는 경우
- 전염성 질환이 있는 경우
- 강간의 결과로 임신한 경우
- 모체건강이 임신을 지속시킬 수 없는 경우

인공임신중절은 치료적 임신중절(therapeutic abortion)과 임의적 임신중절(criminal abortion)로 나뉘는데 치료적 임신중절은 임신의 지속이 산모의 생명과 건강에 심각한 위험이 된다거나 혹은 태아에게 중대한 결함이 있을 경우 의학적인 판단에 의해 행해지는 것을 말하고 임의적 임신중절은 아무런 의학적 유전적 이유 없이 인위적으로 행해지는 임신중절을 말한다.

또한 치료적 임신중절은 직접 치료 임신중절(directive therapeutic abortion)과 간접 치료 임신중절(indirective therapeutic abortion)로 나뉜다. 직접 치료 임신중절은 산모의 생명을

구하기 위해 태아에게 의도적 또는 직접적 시술을 행하여 태아를 죽게 하는 시술이고 간접 치료 임신중절은 태아의 죽음을 의도하지 않고 산모의 몸에 시술을 행하지만 그 결과에 의해 태아가 죽게 되는 시술이다.

1) 인공 임신중절과 관련된 견해

사람의 생명이 언제 시작되는 것이냐 하는 것은 임신이나 태아가 어떻게 발달되고 어떻게 발달해 가느냐에 대한 생물학적 지식의 발달과 관련이 있다. 실제로 태아나 임신에 대한 지식이 전혀 없던 아주 오랜 옛날에는 사람이 태어나기 전에는 인간이 아니라고 한 일도 있다. 이렇게 볼 때 정자와 난자가 결합된 수정란에 이미 생체의 특성을 결정짓는 유전정보가 주어진다는 최근의 유전학적, 분자 생물학적 지식은 인간 생명의 시작이 수태되는 순간부터라는 사실을 확인해 준 셈이다. 물론 생명의 시작에 관한 이런 논쟁은 태아가 과연 언제부터 모체 밖에서 생존할 능력이 있는지 여부로도 이어지며 실제로 임신중절이 가능한 시기를 임신 6개월까지 정도로 보는 여러 나라 인공임신중절법의 근거도 여기에 있다.

그러나 가령 인공적인 보육을 완벽하게 하는 경우 태아는 자궁 밖에서도 얼마든지 생존이 가능하다. 실제로 지금 많은 경우 임신 5개월 정도의 태아까지도 미숙아 보육기 속에서 생명을 유지하여 정상아로 성장하고 있으며 가령 후에 과학 기술이 계속 발전하여 인공자궁이라도 개발된다면 이 일은 더욱 가능해지리라 여겨진다. 그러므로 수정 이후 초기 생명체에 대해서 시기를 정해 언제부터가 인간이고 언제까지는 인간이 아니라고 구분하는 것은 많은 논란이 될 수 있다.

(1) 생명 우선론자(pro-lifer)

인공임신중절을 반대하는 사람들을 ‘생명 우선론자’ 혹은 ‘생명 옹호론자’라고 한다. 이들은 생명권은 우리 사회에서 기본적인 것이며 태아처럼 자신들을 스스로 도울 수 없는 이들을 돕는 것이 모든 정직한 사람들의 의무라고 생각한다. 또한 의사의 역할은 인간의 생명을 구하고 보호하며 절대로 그것을 빼앗을 수 없는 것이라고 주장한다.

인공 임신중절을 가장 강력하게 반대하는 사람들은 임신이 산모의 생명에 직접적인 위협이 되는 경우를 제외하고는 결코 용납할 수 없으며 태아는 임신되는 순간부터 이미 태어난 사람이 소유하는 것과 동일한 생명에의 권리를 갖는다고 생각한다.

임태되는 순간부터 인간의 생명을 보호해야 한다는 생각이 언제나 전통적인 윤리의 일부였던 것은 아니다. 유대교의 가르침에 따르면 낙태는 결코 살인과 동일시되지 않으며 성경에서도 예수는 낙태에 대해 언급하지 않았다. 카톨릭 자유주의자들은 중세 시대에 토마스 아퀴나스 같은 기독교 철학자들이 임신부가 태동을 느끼기 전까지는 인간 배아나 태아를 미정형 상태로 간주했음을 종종 지적한다. 아퀴나스는 산모가 처음으로 태동을 느끼는 순간부터 태아는 영혼을 얻게 되고 남자아이는 임신 후 40일, 여자아이는 임신 후 80일이 지나면 영혼이 들어온다고 믿었다. 따라서 태동이 있기 전에 낙태하는 것은 살인이 아니라 인구조절

의 수단으로 여겨졌다. 로마 가톨릭교회가 잉태된 순간부터 행해지는 모든 낙태를 살인으로 간주하는 것은 19세기 이후의 일이다.

이처럼 잉태된 순간 이후의 모든 낙태는 죄라는 가톨릭의 교리는 그리 오래된 것은 아니다. 그러다가 현대 생물학에 의해 초기 인간 발달의 실체가 밝혀지자 교회로서는 토마스 아퀴나스의 비과학적인 이론을 단념할 수밖에 없었고 인간 생명의 시작이 태동 때부터라는 견해를 포기하기 시작했다. 또한 인간 생명의 시작이 언제부터인가라는 곤란한 질문이 제기되었고, 교회의 입장에서는 그 질문에 제대로 답하기 어려워 임신이 된 순간부터 모든 낙태를 금지한다는 교리를 정한 것이다.

19세기 후반에 새로 출범한 미 이사협회는 낙태 반대 운동의 문을 열었다. 1859년 미국 루이스빌에서 개최된 전국 대회에서 대의원들은 만장일치로 당시의 낙태 관행을 비판했다. 미 의사협회는 더 엄격한 낙태 금지 법안을 만들어 줄 것을 주 의회 의원들에게 요청했고 이에 대한 반대는 거의 없었다. 19세기의 페미니스트들 또한 낙태가 금지되어야 한다는 점을 인정했으며 그들의 관심사는 오직 여성들이 지고 있던 낙태의 책임을 남자들에게 떠넘기는 것뿐이었다. 그들의 주장은 남성들이 성욕을 좀 더 자제하고 아내들이 육아에 너무 매이지 않게 해 주어야 한다는 것이었다. 당시 페미니스트들의 해법은 합법적인 낙태가 아니라 성적 금욕이었다.

20세기 초에 이르자 미국의 모든 주에는 임신 전 기간에 걸쳐 낙태를 금지하는 법안이 생겨났고 그 후 50년 동안 낙태 금지는 당연한 것으로 받아들여졌다. 그러나 그 기간 동안 미국 전역에서 낙태가 행해지지 않았던 것은 아니다. 1950년 이전에는 미국의 여론이 낙태를 추악한 것으로 여겼기 때문에 어느 누구도 감히 낙태를 합법화하자는 의견을 공개적으로 꺼내지 못했다. 이러한 태도가 19세기 때 지배했던 태동 이전의 낙태를 허용한다는 것에 비하면 많은 변화가 있는 것은 사실이지만 무고한 인간의 생명을 결코 죽여서는 안 된다는 견해는 근본적으로 변함이 없었다.

우리나라의 경우를 살펴보면 우리나라의 유일한 공식통계인 2005년도 보건복지부 통계자료에 의하면 하루 1000명 이상의 태아가 낙태 수술로 사라지고 있다. 이 수치를 보면 낙태 공화국이라는 오명을 뒤집어쓰고 있는 것은 너무도 당연한 일이라고 볼 수 있다. 우리나라는 아기가 태어난 순간부터 한 살로 간주한다. 아기가 정상이든 장애아든 상관없이 모든 아기는 태어나면서부터 공평하게 한 살을 먹게 되는데 이것이 시사하는 바도 적지 않다. 즉 어떤 아기이든 엄마 뱃속에 있는 기간 동안에도 한 인간으로서 당당하게 한 살이 나이를 부여 받았고 이것은 우리의 오랜 문화적 전통으로 내려왔다는 것이다.

우리 조상들은 산모의 뱃속에서 자연스럽게 사망한 것이 아니라면 모든 아기는 태어나는 순간부터 차등 없이 한 살로 간주했으며 적어도 가난이나 장애 때문에 아기를 죽이는 문화는 없었다.

반면 선진국이라 일컫는 서구에서는 모든 아기가 태어나는 순간부터 0살이다. 이런 차이로 우리나라에서는 지금도 외국의 기준을 따르는 '만 나이'와 관습적으로 적용되는 실제 나이는 한 살씩 차이가 난다. 이런 점에서 비추어 보면 우리나라는 전통적으로 임신 10개월 동

안의 태아를 엄연한 한 생명으로 인정하는 매우 높은 윤리의식을 지닌 나라였다.

(2) 선택 우선론자(pro-choicer)

선택 우선론자 혹은 자유주의자들은 인공임신중절에 대해 가장 관대한 입장을 보이는 사람들로 임신중절은 언제나 도덕적으로 허용이 가능하다는 입장을 취하는 자들이다. 이들은 태어난 사람들에게 보장된 생명권이나 신체상 온전에 대한 권리가 태아에게는 아직 없기 때문에 여성이 자신이 어머니가 될 것인지 말 것인지에 대해서는 자유가 있다고 생각한다. 이들은 또한 태아의 생명권보다 여성의 프라이버시와 선택의 자유에 대한 권리가 우선한다고 생각한다.

선택의 자유를 주장하는 사람들은 태아가 무고한 인간이라는 전제를 직접적으로 부정하지는 않지만 이들은 여성이 자신의 신체에서 일어나는 일에 대해 자유롭게 선택할 권리를 갖는다는 견해에 좀 더 동조를 한다. 다시 말해 태아가 생명에의 권리를 가지고 있음을 부정하지는 않지만 이 권리가 다른 사람의 신체를 사용할 권리까지 포함하지는 않는다고 생각한다.

산모가 태아에게 자신의 신체를 사용할 것을 허락하지 않는다면 그녀의 의지에 반하여 태아로 하여금 산모의 신체를 사용하게 강요할 권리는 이 세상 어느 누구도 가지지 않고 사람이 자신의 신체를 타인이 사용하도록 허락할 권리는 오직 당사자에게만 있다고 주장한다.

서양의 여러 나라에서 낙태 옹호 운동은 임신부들에게 널리 이용되던 탈리도마이드라는 진정제 때문에 촉발되었다. 탈리도마이드를 복용한 임신부들이 두 팔이 몸에 붙은 기형아를 출산하는 사건이 잇달아 일어났다. 탈리도마이드가 원인이었음이 밝혀지자 당시 탈리도마이드를 복용했던 많은 임신부들이 낙태하기를 원했고 급기야 벨기에의 한 여인이 탈리도마이드 때문에 기형으로 출산한 자기 아이를 죽였다가 무죄로 풀려난 사건이 발생하자 낙태 금지법을 개혁해야 한다는 물결이 유럽 전역으로 확산되었다. 미국에서는 탈리도마이드가 광범위하게 쓰이지 않았지만 한 사건이 널리 알려지면서 낙태 금지법에 대한 개혁 운동이 시작되었다.

탈리도마이드의 부작용이 알려지기 전에 이 약을 복용했던 미국의 세리 핑크베인이라는 여인은 애리조나 주의 한 병원에서 낙태하고 싶어 했으나 현행 법률을 이유로 그 지역의 어느 병원에서도 낙태를 해주지 않았다. 전국의 언론이 그녀의 이야기를 동정적으로 기사화했지만 결국은 성공하지 못했고 스웨덴으로 가서 낙태를 했다. 태아는 기형아로 판명되었다. 이 사건 후 낙태는 더 이상 생명과 비생명 사이의 극단적인 선택이 아닌 정도의 문제, 즉 어떤 조건에서 어떤 종류의 생명을 선택하느냐의 문제가 되어 버렸다.

탈리도마이드 외에도 서구 사회 전체가 낙태를 허용하는 쪽으로 생각을 바꾼 이유 중의 하나가 불법적인 낙태 수술 때문에 상처를 입거나 죽는 임신부의 숫자가 상당히 많기 때문이었다. 페미니스트 운동이 정치적인 영향력을 얻기 시작하면서 낙태 합법화가 운동의 주요 목표가 되었다. 1967년 영국 의회는 낙태를 허용하는 법안을 통과시켰다. 낙태로 인한 아픔보다 더 큰 산모의 신체적, 정신적 고통과 그 가족들의 아픔을 방지한다는 것이 이유였다.

1973년 로 대 웨이드 사건(Roe 대 Wade, 로는 강간을 당해 낙태를 원했다. 그러나 경찰에

강간 기록이 없어 낙태를 하지 못하였다. 아이러니하게도 로는 아이를 낳았고 낙태 반대운동에 앞장섰고 태아가 체외에서 생존 가능한 시기 이전까지는 낙태가 헌법상의 권리 가운데 하나로 인정하는 판결을 얻어낸 사건)으로 캘리포니아와 뉴욕을 포함한 미국 내 18개 주에서는 산모의 건강, 태아의 기형, 강간이나 근친상간으로 인한 임신의 경우 낙태를 허용하는 방향으로 법안 개정이 이루어졌다. 낙태에 대한 헌법상의 권리를 인정한 그 기념비적인 판결로 인해 낙태 반대론자들은 참담한 패배를 맛보아야 했고 이 판결은 앞으로 낙태 찬반 싸움이 주 의회가 아니라 법정에서 결판나게 될 것임을 확실히 하는 계기가 되었다.

당시 미국인 전체의 3분의 2가 이 두 개 주에 살거나 인근 100마일 이내에 살고 있었다. 이 시기부터 나라마다 조금씩 차이는 있었지만 대부분의 선진국에서는 임신부의 요청에 따라 안전하고 합법적인 낙태 수술이 가능해졌고 낙태는 곧 일상화되었다. 미국의 예를 들면 연간 약 150만 여건의 낙태가 행해진다. 낙태를 하는 여성의 대부분은 절망에 빠진 10대들이 아니라 20대, 30대 여성들이다. 러시아와 같은 나라에서는 낙태가 피임방법의 하나로 널리 사용되므로 행해지는 낙태 건수도 훨씬 많다고 한다. 특히 고령의 임신부들에 의해 태아 기형이 자주 발견되기 때문에 이런 이유들로 인해서 이제 낙태는 흔한 시술이 되었다. 이제 낙태는 서유럽 국가들 전체 오스트레일리아, 인도 이스라엘, 일본, 미국 등에서도 태아가 체외에서 생존할 수 있기 전까지 혹은 아무런 제한 없이 시술되고 있다. 이렇게 태아의 산전진단과 이에 따른 낙태를 인정한다는 것은 특정한 장애를 겪는 삶이 정상적인 삶보다 덜 바람직하다고 판단하는 데 주저하지 않으며, 적어도 태아에 관한 삶이 질을 생명의 신성정보다 더 우선시 한다는 점을 보여준다.

한편 우리나라는 경제 개발 논리가 휩쓸던 1960년대와 1970년대에 들어오면서 인공임신중절에 대한 견해가 바뀌기 시작했다.

1970년도에 우리나라의 합계 출산율은 4.5명이었다. 지금 사회의 중추를 담당하는 40대와 50대 연령층이 태어나던 무렵에는 보통 형제자매가 서너 명 정도는 되는 시절이었다. 그러던 중 경제 개발 계획이 본격적인 박차를 가하던 1971년부터 국가의 핵심사업으로 ‘자녀들 낳기’ 운동이 전개 되었다. 지금도 논란이 일고 있는 모자보건법 역시 1973년에 제정되었는데 이 법은 쉽게 말하자면 형법에 엄격히 금지되어 있는 낙태를 일부 허용하여 무분별한 낙태가 범람하게 만드는 법적 토대를 마련해 주었다. 이로 인해 1971년 합계 출산율 4.54명이 1978년에는 세 명 이하인 2.64명으로 획기적으로 떨어지게 되었다.

인구 감소라는 측면에서 보면 이 정책은 대단히 효과적이라 하지 않을 수 없다. 그러나 이 정책으로 합계 출산율 1.55명이라는 상당히 위험한 수준에 이르게 되었고 1999년에 국가인구계획의 선두 역할을 하는 가족계획협회가 가족계획 보건복지협회로 명칭을 바꾸면서 출산억제정책의 다른 정책인 가족계획의 비중을 줄이기 시작했고 2004년부터 인구보건복지협회와 복지부를 통해 저출산 대책 홍보사업을 대대적으로 벌이게 되었다. 그러나 이미 우리나라는 세계 최저 출산율과 낙태 공화국이라는 오명의 수렁에 깊숙이 빠진 후였다.

2) 인공임신중절을 구성하는 주요 개념

(1) 인간생명 시작에 관한 개념

인간의 생명은 언제부터 시작되는가?의 질문은 끊임없이 많은 논란을 야기하면서 여러 가지 의견을 제시하게 된다. 임신중절을 반대하는 사람들은 태아가 무고한 인간 존재이며 반대로 찬성하는 사람들은 태아가 무고한 인간이라는 전제를 부정하고 있다. 이들은 인간생명의 시작 시점을 기준으로 그 시점 이전에 행하는 임신중절 행위는 살인 외의 다른 항목에 속하는 범죄 행위고 그 시점 이후에 행하는 임신중절 행위는 하나의 살아있는 인간의 존재를 죽이는 살인 행위로 분류한다. 그렇다면 인간 생명의 시작 시점이 되는 기준 요소를 몇 가지 알아보도록 하자.

① 수정

수정되는 순간부터 온전한 인간의 생명권을 가진다는 개념으로 난자와 정자가 결합하는 수정의 순간에 유일하고 반복될 수 없는 새로운 인간생명이 시작된다는 이론이다. 이 주장은 어떤 형태의 새로운 생명이 모체 내에서 정상적으로 인간의 생식체(human gameter)를 만듦으로써 발생되고 이 유전자는 다른 모든 인간과는 구분되는 유전정보를 갖고 있어 이미 예정된 존재로 되어 가는 과정이라는 것을 제시해주고 있다.

인간의 생명은 수정되는 순간부터 시작된다는 견해에 동조하는 사람들은 자신들의 견해가 전혀 문제가 없다고 생각할 수 있지만 수정되는 '순간'이란 것은 없다. 인간의 수정은 약 24시간에 걸 일어나는 하나의 과정이다. 수정은 정자가 난자의 바깥층을 통과하면서 시작된다. 이 바깥층은 폐쇄되고 다른 정자는 들어갈 수 없을 때에도 난자와 정자의 유전적인 물질은 아직 분리된 채로 되어 있다.

하지만 이 주장에 반대하는 사람들은 수정된 난자의 2/3가 착상되지 못하고 자연 소실되며 또 일관성 쌍생아의 경우는 수정 2주 후에나 확인이 가능하기 때문에 만약 수정의 순간을 인간 생명의 시작점으로 인정할 경우 흔히 피임 수단으로 이용되고 있는 자궁 내 장치와 같은 것들의 도덕적인 문제나 시험관 아기의 경우에 의문을 제기하고 있다.

② 뇌의 발달

뇌가 발달하면서 인간의 생명이 시작된다는 이론으로 인간생명의 시작점은 인간 생명이 끝나는 점과 일관성이 있어야 한다는 주장에 근거하고 있다. 이 주장은 뇌사를 받아들일 경우 뇌의 활동이 불가역적으로 정지하면 더 이상 인간이 아니라고 판단을 내리고 뇌 기능이 인간의 본질적 속성이기 때문에 생명의 시작점을 인간의 본질적 속성인 태아의 뇌 활동으로 보는 것이 타당하다는 이론이다. 태아의 뇌는 수정 후 약 15~25일 사이에 발달하기 시작하여 약 8주째에는 뇌파가 감지되어 수정 후 12주 까지 뇌 구조가 거의 완성이 된다.

독일의 생명 윤리학자 한스 마르틴 시스(Hans Martin Sass)는 한 논문에서 뇌사에 대비해서 뇌의 활동이 시작되는 시점을 생명의 시작으로 지적했다. 그의 주장은 만약 뇌사를 생명

의 종료로 받아들인다면 뇌의 활동이 시작되는 신호를 생명이 시작되는 시점으로 받아들여야 한다는 것이다. 사스에 따르면 잉태 후 10주 말에 뇌 외피의 얇은 부분에서 신경과 신경 단위 세포들이 통합되기 때문에 그때부터를 인간의 생명으로 간주해야 한다. 인간의 생명이 뇌가 기능하기 시작할 때 시작되고 뇌의 기능이 불가역적으로 소실될 때 끝난다는 생각은 여러 의미에서 의미 있는 발상이지만 이것은 뇌사가 정말로 인간 생명의 종착점이라는 것을 전제하고 있다.

이 이론을 주장하는 사람들은 뇌사를 죽음으로 인정하지 않고 만일 심장 박동을 살아있는 표시로 본다면 같은 논리에 따라 태아의 심장 박동이 시작되는 순간이 태아가 인간존재가 되는 시점으로 보아야 한다고 생각한다.

③ 태 동

태동설은 태아가 모체 내에서 산모의 의지와는 관계없이 독자적으로 움직이기 시작하는 시기를 인간생명의 시작점으로 보는 입장이다.

하지만 이 이론도 태아가 자궁 밖에서 생존 가능한 임신기간은 의료기술의 발달에 따라 시기가 변하고 같은 시대라도 지역에 따라 의료 수준에 차이가 있기 때문에 동일한 발달 단계에 있는 태아가 어떤 지역에서는 법적으로 허용되고 어떤 지역에서는 허용되지 않는 모순을 지니고 있다.

④ 실제 분만

육안으로 구분할 수 있는 가장 명확한 구분선이 바로 분만 시점이다. 영미법에 의하면 출생의 순간을 독립된 인간의 시점으로 잡고 있는데 이것은 법률적으로 출생 이전에는 살인이라는 개념이 적용될 수 없다는 것을 의미하는데 그럼에도 법적으로 임신중절을 금지하는 것은 인간이 태아로부터 시작되기 때문에 출생 이전 단계에도 책임이 있다는 사회적 통념이 지배하고 있기 때문이다.

하지만 임신 25주에 조산되어 인큐베이터에 있는 조산아의 경우 이 조산아를 죽여서는 안 되고 임신 말기에 있는 태아는 죽여도 된다는 모순이 있다.

(2) 인격성에 관한 개념

임신중절 논의에 있어 가장 중요한 요소 중에 하나가 바로 인격성에 관한 문제이다. 첫 번째 질문은 ‘태아는 사람인가’, 두 번째 질문은 ‘언제부터 사람인가’ 이다. 이 두 가지 질문에 답하는 것에 따라 임신중절을 보는 시각과 태도가 달라진다. 다시 말해 지금 자신의 생명과 권리를 지닌 인간에 대해 이야기 하고 있는가? 아니면 직접 임신중절과 관련된 당사자들의 의지나 편의에 따라 좌지우지되는 단순한 세포 집합체에 대해 이야기 하고 있는가?이다.

다니엘 칼라한(Daniel Callahan)은 임신중절에 대한 연구에서 태아의 위치 설정에 대한 주장을 다음의 세 가지로 나누어 설명하였다.

① 유전 학파(genetic school)

유전학파는 인간의 유전 인자를 지닌 모든 존재를 사람으로 규정하여 수정되는 순간, 개체의 유전자형이 결정되기 때문에 태아는 임신 바로 그 순간부터 인간이라고 생각한다. 또한 이후에 나타나는 발달과 성장은 단지 개별적인 태아의 유전인자에 쓰여진 것을 명확히 드러내는 것에 지나지 않는다고 생각한다.

② 발달학파(developmental school)

발달학파는 수정이란 인간에 대해 단지 유전적인 기초를 설정해 주는 것이므로 어떤 대상이 하나의 인간으로 간주되려면 어느 정도의 발달이 필수적이라고 생각하고 유전자형과 환경의 상호작용이 필요하다고 주장한다. 발달주의자들은 유전주의자들보다 더 나아가서 어떤 태아가 지니 유전적 잠재력은 그 자신의 독특한 방식으로 주변 환경과 상호작용함으로써 비로소 인간의 존재가 충분히 실현된다는 것이다. 여기서는 인간의 속성 전체에 보다 더 심층적인 이해를 갖게 한다.

③ 사회결과 학파(school of social consequences)

사회결과 학파는 ‘생명은 언제 시작되는가?’라는 문제보다 ‘인간적인 생명이 언제 시작하는가?’라는 질문에 더 많은 비중을 두고 관심을 기울인다. 태아가 인간인지 아닌지의 여부는 사회의 미치는 결과에 따라 달라진다는 것이다. 단순히 태아를 인간으로 규정한다면 ‘어떤 종류의 태아를 인간으로 정의하는가?’하는 물음이 나오고 이럴 경우 많은 사회적 문제를 발생시키게 된다. 그러므로 단순히 태아를 인간으로 규정하거나 규정하지 않는다고 보다는 ‘어떤 종류의 사람을 우리사회가 원하는가?’라는 질문을 제기하면서 그 대답에 따라 개인을 정의하고 사회의 정책을 수립해야 한다고 생각한다. 이 관점은 생물학적 차원이나 발달주의적 차원이 아닌 사회도덕 정책에 대한 사회적 욕구가 중요하다고 주장한다.

(3) 생명의 존엄성에 관한 개념

이 개념은 인간의 생명이 보호되어야 하는 이유를 몇 가지 제시하고 있다.

- 인간이라는 종족이 보존되어야 한다.
- 모든 가계는 보존되어야 할 필요가 있다.
- 인간이 신체적 생명은 보호되고 존중되어야 한다.
- 인간이 자기 몸에 대한 결정권 역시 보호되고 존중되어야 한다.
- 인간의 신체가 온전하게 보존되어야 할 권리가 있다.

위에 제시된 이유 중 개인적으로 자기 결정권에 대한 존중과 신체적 온전성에 대한 욕구의 존중은 신체적 생명의 존중과 인간종족 보존과 함께 판단되어야 하는 문제이다. 여기에서 본다면 자신의 운명에 대한 결정과 신체적 온전성에 대한 결정권을 지닌 산모보다 인간종족의 보존과 생명 존중권을 가진 태아의 관점에서 더 높이 존중되어야 하는가? 의 문제가 나

온다. 이 질문에 명확한 답을 제시하기는 어렵고 생명의 존엄성을 인정하는 사람과 그렇지 않은 사람 간에 정확하고 분명한 경계선을 긋기도 힘들다. 이유는 생명존중이 갖는 여러 가지 다양한 측면들은 상황마다 다르게 발생되고 출동하기 때문에 그때마다 같은 논리를 적용하기 매우 힘들기 때문이다.

2. 인공수정(artificial insemination)

1) 인공수정의 정의와 배경

인공수정이란 자녀가 없는 부부, 특히 남편에게 생식능력이 없어서 아기를 못 갖게 되는 경우에 사용하는 인공수정은 기술적으로만 보면 비교적 쉽게 선택할 수 있는 간단하면서도 의학적 부작용이 적은 방법으로 알려져 있다. 그러나 실제 이 방법을 사용하여 임신을 시도하는 경우 그 결과로 나타나는 윤리적, 법적 그리고 사회적인 문제들은 그리 간단하지 않다. 역사적으로 보면 인공수정은 일찍부터 가축의 우량종을 얻기 위한 교배의 방법으로 사용해 왔다. 인공수정 방법은 암자의 정자를 주사기를 사용하여 여자의 질과 경관에 주입함으로써 임신을 가능하게 하는 것이다. 인공수정에는 남편의 정자를 부인에게 수정하는 배우자 간 인공수정과 남의 정자를 받는 비배우자 간 인공수정의 두 가지 형태가 있다. 이와 같은 인공수정이 적용되는 경우는 주로 남편의 생식기능에 결함이 있어서 임신이 가능할 때이다. 즉 남편이 발기불능이나 요도하열, 역행성 사정, 무정자증 등과 같은 증상을 갖는 경우이다. 인간에게 처음 인공수정을 실시한 것은 1785년 영국 외과의사인 존 헌터(John hunter)가 요도 하열증으로 생식 불가능한 남자의 부인에게 한 인공수정 방법으로 임신을 성공시킨 사례이다. 그 후 1세기 가까이 별 진전이 없다가 1909년 독일의 부인과 의사 프랑켈(Frankel)과 도더라인(Doederlein) 그리고 미국의 의사 디킨슨(Dickinson)과 캐리(Cary)에 의해 배우자 간 인공수정이 실시되기 시작했다. 남편이 기증자인 경우는 동종 인공수정(homologous artificial insemination)이고 남편이 기증자가 아닌 경우를 이종 인공수정(heterologous artificial insemination)이라고 한다. 최초의 비배우자간 인공수정에 대해서는 1884년 필라델피아의 한 의과대학에서 성병으로 정자생산이 불가능한 남편이 부인에게 비밀리에 의과대학생의 정자를 얻어 임신에 성공했다는 보고가 있다. 인공수정에 의한 임신은 1950년 이후 세계 여러 나라에서 보편화 되었으며 미국에서만 연간 수십만 명의 아이가 인공수정으로 태어나고 있고 그 중에 적어도 30%는 비배우자간 인공수정에 의한 것으로 추정된다. 한국에서도 1960년대 이후 인공수정이 자주 실시되었으며 특히 2000년대에 들어와 불임환자 진단이 크게 증가하면서 지금은 연간 최소 2만 명 정도의 아이가 인공수정에 의해 태어나는 것으로 보고되고 있다.

배우자 간의 인공수정은 임신이 불가능하였던 부부에게 아이를 갖도록 하는 기쁨과 보람을 주었지만 비배우자간의 인공수정의 경우에는 많은 의학적, 사회적, 윤리적인 문제, 법적인 문제를 발생시키고 있다.

2) 인공수정과 관련된 윤리적 문제

인간생식체계의 조작은 1980년대 이래 불임클리닉의 확산으로 증가되어 왔으며 이러한 새로운 테크놀로지는 새로운 윤리문제를 발생시켰다.

(1) 의학적인 문제

의학적으로 유전병과 관련된 문제가 있다. 현대 의학에서 많은 부분이 해결되고 있으나 정자 제공자에 대한 유전병 혹은 유전적 소질에 대한 확인이 사전에 충분하게 이루어지지 않은 경우 유전적 결함이 있거나 문제가 있는 자녀가 태어날 수 있다.

(2) 사회적·윤리적인 문제

첫째, 비배우자 간 인공수정으로 인한 **감정적, 정서적인 문제가 야기될 수 있다.** 남편의 입장에서 볼 때, 비록 비배우자간 인공수정에 합의를 하고 시도하였지만 의식 속 깊은 곳에서는 ‘이 아이는 내 아이가 아니다.’라는 생각이 계속 있을 수 있고 결과적으로 가정불화의 원인이 되고 태어난 자녀의 정서에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 엄마의 아이를 갖고자 하는 소망은 충족되었으나 **부성(paternity)에 대한 아버지의 바람**은 채워지지 못했기 때문에 부부간의 갈등의 소지가 되어 이혼으로 연결되는 경우도 현실적으로 생길 가능성이 많다.

둘째, **우생학적으로 보다 건강하고 지적 수준이 높은 후세를 얻고자 하는 바람으로 비배우자 간의 인공수정을 선택하는 것이 보편화된다면 가족과 가정, 부모와 자녀간의 관계에서 혼란이 올 수 있다.**

셋째, 만약 한 정자 제공자가 수십 또는 수백 건의 인공수정을 한다면 이것 또한 인간의 존엄성 문제와 함께 생물학적으로 유전적 한계의 문제를 발생시키게 된다. 특히 미혼 여성들이 결혼을 피하고 자녀만을 갖기 원할 경우에는 가정과 가족의 정체성에 대해 의문이 제기된다.

(3) 법적인 문제

태어나는 아이의 권리와 관련된 문제이다. 비배우자 간 인공수정으로 태어난 자녀에 대한 법적 지위의 문제가 발생할 수 있게 된다. 인공수정으로 출산된 자녀에게 **적출자(legitimare)** 지위를 줄 것인지의 여부가 많은 법적인 번복이 있었다. 초기 미국에서는 이들이 **적자가 아니라고 선언하여 많은 자녀들이 적출자로서의 법적 지위를 얻기 위해 소송을 제기하여 여러 주에서 패소하였다.** 이후 1948년 뉴욕 최고 재판소에서 이들을 적출자로 인정하는 최초의 판결이 내려졌고 1967년 캘리포니아 주에서 적출자로 인정함으로써 이들을 적출자로 인정하는 경우가 보편화되었다.

다른 서구 나라의 경우를 살펴보면 덴마크의 경우 인공수정법안 제6조 제1항에 의해서 ‘아버지가 동의해서 출생한 인공수정아는 적출자로서의 법적 지위를 갖는다.’라고 명시되어 있

다.

우리나라의 경우를 살펴보면 법으로 정해지지 않았지만 1983년 서울가정법원 제1부에 박모 씨가 이혼한 아내 이모 부인이 낳은 인공수정의 친자여부 소송에서 민법 제844조에 의거 ‘인공수정아도 친생자로 보아야 한다.’로 판결됨으로써 적출자로 인정하고 있다.

3. 체외수정(in vitro fertilization)

1) 체외수정의 정의와 배경

체외수정은 남편의 생식능력은 완전한데 부인에게 다음과 같은 생식능력 결함이 있어 임신이 불가능할 때 적용된다. 즉 선천적으로 난관이 없거나 발육부전인 경우 혹은 감염병 등의 질병으로 난관에 염증이 생겨 난관이 막히거나 협착 되었을 경우 그리고 난소와 난관기능은 정상이나 수정란이 자궁벽에 착상이 되지 않는 경우에도 체외수정을 실시하는데 이 경우에는 배우자의 체외수정란을 다른 여인의 자궁 안에 착상시킨다.

이런 체외수정이 드디어 성공하게 되는데 1978년 영국의 리즈시에서 세계 최초의 시험관 아기(test-tube baby)인 루이스 브라운(Louis Brown)이 태어났다. 그 방법은 남성의 정자와 여성의 난자를 실험실 접시에서 결합시켜 새로운 배아를 여성의 자궁에 착상시키는 것이었다.

체외수정의 과정을 살펴보면 우선 남편의 정자를 채취하고 성숙된 부인의 복강경 검사방법으로 난자를 채취한다. 채취된 난자를 5~12시간 인공배양기에서 배양한 다음 현미경 관찰하에 유리접시에서 난자와 정자의 수정이 이루어지도록 하는데 이때 대략 12~23시간이 걸린다. 수정된 수정란의 배포기가 시작되면 수정란을 튜브에 넣어 여성의 질을 통해 자궁벽에 도달하게 된다. 여기서 착상이 이루어지면 정상임신과 같이 태아가 발육하는데 보통은 몇 개의 수정란을 동시에 주입하여 착상이 이루어지도록 한다. 몇 개의 수정란을 동시에 주입하는 이유는 성공률이 20~25% 정도이기 때문이다. 또한 이러한 체외수정의 성공여부는 개발 중인 약물에 달려 있다. 이 약물은 여성의 면역체계를 억압시켜 배아를 이식할 수 있도록 했다.

남성의 정자를 냉동시킬 수 있는 것처럼 배아의 냉동이 가능하게 되자 더욱 발전이 이뤄졌다. 지난 20년 동안에 불임클리닉은 전 세계적으로 확산되었고 미국의 일부 의료 보험회사에서 혜택을 주기에 이르렀다.

2) 사회 윤리적 문제

체외수정은 현실적으로 아기를 갖고 싶어 하는 불임부부들에게 자신들의 자녀를 임신하게 하는 기회를 제공했다는 점에서는 커다란 공헌을 하였으나 반면에 비싼 경비, 모성의 위험, 성공률(최상의 시설에서 30%의 성공률) 등의 문제점을 갖고 있다. 세계에서 최초로 시험관

아기를 탄생시킨 영국 의학협회에서는 시험관 아기의 모체 밖에서의 배양, 관찰, 냉동보존에 대해 수정란의 배양 관찰은 수정한 때로부터 최장 14일까지이며 수정란의 냉동보존은 12개월 까지만 해야 한다는 내용문을 발표하였다. 이것은 체외수정으로 인한 수정란의 오·남용을 막기 위한 노력의 일환이다.

체외수정으로 인한 사회 윤리적인 문제는 다음과 같다.

(1) 체외에서 수정된 수정란의 생명 여부에 대한 문제

법의학과 윤리학에서는 일단 수정된 수정란을 이미 생명으로 보고 있기 때문에 이것을 법적으로 보호해야 한다고 주장하며 ‘생명보호운동협회’에서도 체외수정된 태아의 인권을 주장하기 때문에 수정란이 모체로 되돌려지지 않고 파기된다며 생명과괴 행위로 간주해버린다.

(2) 수정란을 제공하는 은행문제

우생학적으로 우세한 인물들의 수정란을 제공하는 수정란 은행이 생기고, 실제로 비밀리에 이런 시도가 일어나고 있다. 이렇게 될 경우 인공수정과 같이 한 쌍의 부부가 수십, 수백건의 수정란을 제공할 수도 있다.

(3) 잉여 수정란의 처리 문제

체외에서 수정되고 남은 잉여 수정란의 처리 문제이다. 많은 학자들이 실제로 이 수정란을 사용하여 의료지식을 연구하거나 다른 정보를 얻기 위해 관찰 및 실험을 한 후에 파기할 가능성이 높기 때문에 윤리와 도덕과 관련된 문제를 야기 시킨다.

(4) 대리모의 문제

체외수정이 가능해지면서 전문적으로 다른 사람의 수정란을 제공받아 아기를 낳아주는 대리모(surrogate mother)의 문제가 부상하였고 이제는 하나의 직업으로 등장하게 되었다.

4. 태아진단 기술

1) 정의와 배경

태아 진단이란 임신 중 태어나지 않은 자궁 내 태아에 대한 이상 유무를 알기 위해 양수천자로 얻은 양수를 가지고 하는 세포학적, 생화학적 분석 등을 말한다. 즉 양수 내 태아 세포의 배양에 의한 염색체 분석, 초음파 단층상 촬영, 태아경 검사, 모체 혈액 검사 등을 시행하여 주산기에 태아의 상태를 파악하여 선천성 유전성 질환이나 기형을 찾아내자는 것이 그 목적이다.

태아의 진단을 통해 임신 중 미연에 선천성 유전성 질환이나 기형을 갖고 태어나는 것을 예방하자는 데 목적을 두고 있으며 그렇게 함으로써 본인은 물론 가족과 사회에 여러 가지 부

답을 안겨 주는 일이 없도록 태아를 임신 중에 진단, 치료, 처치하여 줌으로써 가정의 불행을 막고 나아가 사회적 측면에서도 복지 사회 구현에 이바지하는 것이 이러한 연구의 동기라고 할 수 있다.

역사적으로 거슬러 올라가면 1882년 프레밍이 세포내에서 염색체의 존재를 처음으로 보고하고 1907년 해리슨이 조직배양법으로 신경세포의 배양에 성공한 것이 태아진단이 시초이다. 그 후 종전과는 달리 염색체 연구에 조직배양법이 이용되기 시작했으며 1947년 바들은 고양이 신경세포액 연구에서 인간의 성을 구별할 수 있는 의학적 근거를 제시했다.

한편 1956년 정상적인 염색체 수가 46개로 22쌍의 체 염색체와 1쌍의 성염색체로 되었다는 것이 밝혀진 이후 각종 선천성 질환, 중앙 등이 염색체의 수적 형태적 변화와 깊은 관련이 있음을 알게 되었으며 1959년에는 다운씨 증후군이라는 선천성 기형이 염색체 이상 때문이라는 것이 처음 발표되었다. 1955년부터 양수 내 세포를 이용하여 임신 중 태아의 성별을 예측할 수 있으리라는 가능성이 제시되었으나 실제로는 다음해인 1966년 양수 내 태아세포 배양에 성공함으로써 이를 실용화하게 되었다. 이처럼 조직배양법의 개발, 염색체 염색법의 다양화, 초음파 단층 촬영법의 도입, 생화학적 분석의 개발 등으로 산과학적 영역에서 자궁 내 태아에 대한 주산기 유정성질환 진단의 축이 넓어져 유전의학의 포괄적인 진보를 가져왔다.

하지만 이런 기술적 조작은 사용자의 숙련 정도에 따라 모체와 태아의 건강에 해를 끼칠 수도 있으며 또한 이러한 조작이 그 본래의 목적대로 쓰이기보다는 단지 남아선호사상이나 산아조절 목적의 인공임신중절로 이어지는 경우 중대한 반생명적 기술이 될 소자가 많다.

5. 대리모(surrogacy)

1) 정의와 배경

대리모란 한 여성이 다른 사람에 의해 양육될 아이를 임신하기 위해 수태를 하는 것이다. 친구나 가족들이 상대방을 위해 아이를 대신 분만해 줄 수도 있고 보수를 지불하는 상업적 개입이 있을 수도 있다. 새로운 불임 치료술이 개발되면서 대리 출산 경제학에도 변화가 생겼고 윤리학적으로는 더욱 더 복잡하고 골치 아픈 문제들이 생겨났다. 소위 임신 대리모가 출현하게 됨으로써 대리 출산 시장은 증가하였고 이제는 시장이 활성화되었다. 또한 대리 출산 중개자들이 등장하여 ‘난자는 특정한 유전적 특성을 가진 사람에게서, 자궁은 특정한 성격을 가진 사람에게서’ 라는 식으로 ‘더욱 차별화된’ 선택을 할 수 있게 만들었다.

2002년 인도는 외국인 고객을 유치할 목적으로 상업적 대리 출산을 합법화하였으며 인도서부의 도시 아난드는 이제 유급 임신으로 유명한 도시가 되었다. 2008년 이 도시 여성 50여 명이 미국, 타이완, 영국 등에 사는 부부들을 위해 대리 임신을 해주었고 아난드의 어느 병원은 가정부, 요리사, 의사까지 갖추고 단체 주거 시설을 마련해 놓고 있다. 이곳은 전 세계에서 고객을 맞고 있다.

이 여성들이 벌어들이는 외화는 14,500~7,500달러로 보통 이들이 15년 이상 일해야 받을 수 있는 금액으로 이 돈으로 대리모들은 집도 사고 자녀 학비까지 벌어들일 수 있다. 이와 관련된 세기적인 사건 하나를 제시한다.

*** 메리베스 대 스텐 사건**

메리 베스 화이트 헤드(Mary Bath White) 대 Stern 사건은 뉴저지주 해켄색(Hackensack)시 법원에서 벌어졌다. 뉴욕 교외 출신의 부자인 스텐은 한 가난한 여성 화이트 헤드부인을 고용하여 그의 정자와 인공수정을 하도록 해서 아기를 얻은 다음 그 아기를 그와 그의 아내에 넘기도록 하였다. 관련된 금액은 2만 불이었는데 그 중 1만 불은 생물학적 친모에게 나머지는 의료 및 법률 서비스 비용으로 사용하도록 했다. 아기가 태어날 때까지 모든 일은 순조롭게 진행되고 있었다. 메리베스는 몇 차례의 인공수정 끝에 임신을 하였고 1986년 3월에 여자아이를 낳았다. 스텐 부부는 딸아이의 이름을 멜리사라고 정해주고 곧 입양 절차를 밟았다. 그러나 생물학적 엄마인 메리 베스는 그녀의 딸을 낳고 보니 모성애로 인해 도저히 떨어질 수가 없었다. 그래서 거래의 이행을 거절하고 돈을 돌려보냈으며 아이를 데리고 플로리다 주의 친정어머니에게 달아났다. 스텐씨는 해켄색 시의 슬로쿰(slokum) 판사 앞으로 양육권 소송을 제기했다.

관심이 있는 여러 국가에서 대중 매체에 의해 그 사건이 대대적으로 다루어졌으며 결국 판사는 스텐 부인이 아이를 입양하도록 하는 것으로 판결했다. 사실, 영국과 독일에서도 이와 비슷한 사례가 있었는데 그곳에서는 법원과 대중이 생물학적 친모의 손을 들어줬다. 항소에서 메리 베스는 그녀의 딸을 방문할 권리를 부여 받았고 딸에게 나이가 들면 그 상황을 알리게 되어 있었다.

그 후 많은 사람들이 그 사건에 만족하지 않고 뉴저지 주를 비롯한 몇몇 주에서는 유럽에서 발생했던 것처럼 비상업적인 대리모를 금지했다.

2) 사회 윤리적 문제점

(1) 아이에 대한 모성애

대리모가 난자가 아닌 자궁과 임신이라는 노동만 제공하기 때문에 문제가 적다고 생각하는 사람도 있을 수 있으나 10개월 동안 아이를 임신하면서 한 여성으로서 겪게 되는 생리학적 정서적 변화는 내 아이라는 모성애를 자연적으로 형성시켜 주기 때문에 나중에 사회적인 논란거리로 생길 가능성이 매우 높다. 따라서 이렇게 태어난 아이를 너무 많은 사람들이 기르고 싶어 하거나 정 반대로 어느 누구도 기르고 싶어 하지 않을 수도 있다는 점이다. 또한 아이가 기형이거나 아픈 경우 어느 누구도 그 아이를 책임지려 하고 싶어 하지 않을 수도 있다는 것이다.

(2) 태어나는 아이들의 행복과 대리모 가정의 다른 아이들에 대한 영향

대리모 역할을 하는 계약임신 가정에서 이미 태어난 기존의 아이들에게 영향을 미칠 수 있다는 점이다. 이것은 가족의 온전성과 조화에 대한 의문을 제기하는 것으로 자신의 형제자매가 될 아이가 다른 사람에게 넘겨지는 상황을 지켜보면서 과연 자신의 어머니가 남을 위해 할 수 없는 일을 하고 싶어 할 만큼 임신하기를 기뻐한다는 점도 이해할 수 없을 것이다.

특히 이렇게 특별한 방식으로 태어난 아이가 나중에 이 사실을 알았을 때 자신에 대한 정체

성과 가족에 대한 혼란이 가중될 수 있다.

(3) 여성의 착취 문제

여성의 입장에서 계약 임신은 여성을 착취한다는 주장이 있을 수 있다. 착취란 강제라는 개념과 관련성이 있어 누구는 이러한 행위가 자발적이라는 점을 들어 강제가 아니라고 주장할 수 있지만 보통 계약을 하는 대리모들의 사회 경제적인 수준이 대리모를 원하는 상대 부부보다 더 가난하다는 점을 들어 강제라는 주장에 무게를 두고 있다. 조사 결과 그러한 임신을 맡는 여성들 대부분이 중산층 이하의 기혼 여성이거나 임금 노동자인 것으로 드러났기 때문에 그들이 그 정도의 돈을 가질 기회가 사회적으로 충분하지 않거나 거의 없기 때문에 계약 임신은 순수하게 자발적이라고 할 수 없다는 것이다. 또한 소수 인종의 여성을 고용하거나 가난한 여성을 고용하게 되면 후에 발생할 보상의 대가에 대해 이의를 제기할 가능성이 낮기 때문에 착취가 좀 더 쉬울 수 있다는 것이다.

(4) 대리모 대한 통제권 주장

임신한 여성에게 특별한 시술을 요구하거나 아니면 계약자의 부탁으로 태아를 유산시키라고 요구할 수 있다. 한 여성의 신체에 대한 통제권을 외부인에게 부여하는 계약은 도덕적 윤리적으로 문제가 있을 수 있으며 이것은 신체와 생명에 대해 억압적으로 사회통제를 가할 수 있는 길로 들어 설 수도 있다는 의미이기도 하다.

(5) 가정 파탄

남편이 아이를 원하지 않는 자신의 아내의 동의 없이 계약 임신을 할 가능성이 있으며 또 가정이 와해되었을 경우 여성들은 자신이 키우고 싶어 하는 아이와의 관계에서 어떤 법적 보호도 받을 수 없다는 것이다. 이것은 임신을 계약하는 여성이나 계약 임신을 한 여성 모두에게 해당될 수 있다.

8장. 단원문제

1. 생명공학이 관련된 간호상황에서 제기되는 윤리문제를 서술하시오.
2. 인공임신중절, 인공수정, 체외수정, 대리모와 관련된 간호상황에서 제기되는 윤리문제를 한가지 정하여 서술하시오.

9장. 윤리적 쟁점 (생명의 끝과 관련된 윤리 문제)

1. 안락사(euthanasia)

1) 정의와 배경

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.

안락사는 인류의 역사 초기부터 시행되어 왔으며 개인의 자율성을 존중하는 실존주의 철학에 힘입어 현대사회에서는 비교적 긍정적으로 받아들여졌다. 그러다가 독일의 나치스에 의해 사회적으로 무가치하다고 판단되는 생명을 말살하는 행위가 ‘안락 살해(mercy killing)’라는 용어로 통용되면서 안락사에 대해 많은 불신을 갖게 되었다. 또한 현대에서 인간의 수명 연장에 큰 성과를 거둔 과학의 발전으로 식물인간 상태의 삶의 늘어남에 따라 이것이 오늘날 또 다른 사회 문제가 됨에 따라 무의미한 생명 연장에 대한 거부와 함께 인간답게 죽겠다는 요구가 나오게 되었다.

한편, 어떤 학자들은 그 죽음이 비록 당사자들의 소망과 대립되는 것은 아니지만 특별히 그 인격체의 최선의 이익을 위해서 야기되는 것이 아닌 경우들도 안락사에 포함되자고 제안한다. 심한 장애를 안고 태어난 신생아의 경우가 여기에 해당된다. 이런 경우 많은 윤리적 도덕적인 문제점을 야기 시킬 수 있다.

2) 안락사와 관련된 개념

안락사와 관련되어 생각해 보아야 할 개념으로 다음과 같은 것들이 있다.

(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.

무의미한 치료를 항상 생물학적이고 증거 중심적인 관점에서만 볼 수는 없을 것이다. 왜냐하면 무의미한 치료에는 다음과 같은 요인이 고려되기 때문이다.

첫째, 의학적으로 무의미한 것으로 그 치료 행위가 환자의 회복에 도움이 되지 않는다고 판단하는 것으로 “표준 진료 지침”과 관련이 있으며 우리나라에서는 종종 보험공단이 의학적 무의미함의 여부를 판단하기도 한다.

둘째, 심리적인 요인으로 어떤 치료 행위가 의학적으로는 무의미하지만 환자 본인이나 보호자들에게 특정한 심리적 효과를 일으키는 경우이다. 암이 온 몸으로 전이 되어 기대 여명이 얼마 남지 않은 환자에게 ‘최선을 다한다.’는 느낌을 주기 위해 불필요한 고가의 MRI 검사 등을 시행하는 것이 여기에 해당한다.

셋째, 예후 요인으로 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 것을 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. 우리나라

라에서는 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) 생명주체 의사에 따른 분류

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.

* 자발적 안락사의 예

죽기를 원하는 사람이 스스로를 죽일 능력이 없는 경우도 있다. 1973년 조지 지그메니악(George Zygmanski)은 뉴저지의 자기 집 근처에서 오토바이 사고로 다쳐 병원으로 옮겨졌으나 목 아래의 전신이 마비되었고 고통도 심했다. 그는 의사와 형인 레스터(Lester)에게 이런 상태로 살기를 원하지 않는다고 말하며 자신을 죽여주기를 청했다. 레스터는 의사와 의료진에게 동생이 회복될 전망이 있느냐고 물었고 의료진은 그럴 가능성이 없다고 했다. 그는 병원에 충을 몰래 들고 들어가 동생에게 물기를 “네 고통을 끝내주려고 왔어 조지. 그래도 좋아?” 숨쉬기를 편하게 하기 위해 수술을 한 터라 말을 할 수 없었던 조지는 동의한다는 뜻으로 머리를 끄덕였고 레스터는 그의 환자놀이를 쏘았다.

위의 사례인 조지의 경우는 비록 자발적 안락사의 법제화를 주장하는 사람들이 제안하는 절차상의 안전장치를 결여했지만 그럼에도 자발적 안락사의 명백한 예라고 볼 수 있다. 절차상의 안전장치가 결여됐다는 문제는 환자가 회복될 전망에 대한 의료적 견해를 공식적으로 얻지 않았고 조지의 안락사 요구가 자신의 상황에 대한 최선의 정보에 기초한 합리적이고 확고한 것임을 확증하고자 하는 신중한 시도가 없었으며 의사가 안락사를 행하지도 않았다는 것이다. 주사를 놓는 것이 충을 쏘는 것보다 남겨진 사람들에게 덜 고통스러울 수 있었겠지만 레스터는 이러한 절차를 밟을 수 없었다. 뉴저지 주의 법은 다른 대부분 법들과 마찬가지로 안락사를 살인으로 간주하므로 그 계획을 공개할 수 없었던 것이다.

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 찬반양론이 있을 수 있다.

* 임의적 안락사의 예

86세의 테비스 Davis 여사는 유방암 말기 환자로 수술시기를 놓치고 그녀의 가족 및 의사들의 합의에 따라 항암제 치료를 포기하고 수액공급과 영양공급관과 호르몬 치료를 받고 있었다. 그러던 중 죽음이 임박해졌을 때 영양공급도 중단하고 진통제로만 통증 조절만을 하다가 심장이 멈추어졌다. 이에 의료진은 심폐소생술을 원치 않았던 그녀의 뜻에 따라 심폐소생술을 실시하지 않았다.

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.

(2) 행위자의 행동에 따라

적극적 안락사와 소극적 안락사는 안락사를 행하는 사람의 행위에 따른 구분으로 어떤 적극적인 행위로 생명을 끝내느냐, 생명을 유지하는 데 필요한 치료를 제공하지 않아 생명이 끝나는 것을 방치하느냐에 있다. 이 문제는 안락사의 찬반논쟁에서 오랫동안 논의되어 왔다. 오늘날에는 많은 사람들의 적극적으로 안락사를 거부하는 반면 소극적 안락사는 법적, 윤리적으로 받아들이고 있다.

① 소극적 안락사(passive euthanasia)

소극적 안락사는 당사자의 질병 등이 원인이 되어 죽음의 과정에 들어섰을 때 그 진행을 일

시적으로나마 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.

② 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.

③ 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.

(3) 생존의 윤리성에 따른 분류

① 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.

② 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 시기가 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 나온 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.

③ 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.

4) 안락사의 고전적 사례

(1) 사례 1

1975년 미국 뉴저지에서 일어난 퀸란 사건으로 이른바 존엄사 또는 환자의 죽을 권리와 관련된 논란이 일반인에게 널리 알려지게 된 계기가 되었다. 이 사건은 자기결정권을 존중하여 개인의 권리를 인정한 새로운 판결로 전 세계적인 큰 반향을 불러 일으켰다.

※ 카렌 퀴란(Karen Quinlan) 사건

1975년 4월 15일, 21세의 카렌은 친구의 생일을 축하하기 위해 진토닉을 몇 잔 마신 상태로 갑자기 현기증을 느꼈고 친구들의 도움을 받아 집으로 돌아왔다. 친구들은 그녀를 침대에 눕혔는데 15분 정도 지난 뒤 숨을 쉬지 않은 것을 발견했다. 응급심폐소생술을 시행한 뒤 병원으로 옮겨졌으나 카렌의 의식은 돌아오지 않았고 혈액 검사에서 성분 미상의 약물이 발견되었다. 먹은 약물이 무엇인가에 대해서는 바륨 혹은 진정제 등을 먹은 것으로 추정되며 이 약물이 알코올과 함께 상승작용을 일으켜 호흡 정지의 원인이 된 것으로 판단되었다. 카렌은 병원의 응급실과 중환자실에서 치료를 받았고 입원한 지 5달 정도가 지나면서 카렌의 근육은 위축되었고 체중도 현격히 줄어들었다. 당시 카렌은 기관절개술을 하였고 그곳으로 인공호흡기를 사용하고 있었다. 또한 비위관을 통하여 유동식이 공급되고 있었다. 카렌은 때로 눈을 뜨고 갑자기 웃거나 우는 시늉을 했다. 그러나 그녀의 두 눈은 동시에 다른 방향으로 움직이는 등 서로 조응하지는 않았고 시각적 반응에 대해 반응이 없는 상태였다.

당시 카렌을 치료하였던 성 클레어 병원은 회복될 가능성을 100만 분의 일로 매우 희박한 것으로 판단하였고 그 해 말 카렌의 가족들은 그녀의 인공호흡기를 제거해 줄 것을 의사에게 요구했으나 거절당하였다. 이에 가족들은 뉴저지 법원에 인공호흡기의 제거를 청구했다. 뉴저지 고등법원은 신청을 기각했고 뉴저지 최고 법원은 인공호흡기의 제거를 명령했다.

뉴저지 주 최고법원의 판단은 다음과 같다.

증언을 하였던 신경과 전문의들에 의하면 카렌은 근육이 수축되어 굳어진 상태(flexion structure)로서 지속적 식물상태의 환자 중에서도 상태가 나쁜 측에 속한다는 것이었다. 회복 가능성에 대해서는 비관적으로 보았다.

1979년 1월 뉴저지 최고 법원은 헌법이 보장한 프라이버시권은 죽어가는 무능력한 환자의 가족이 환자에게서 생명유지장치를 제거함으로써 환자를 죽게 하는 것을 허용할 정도로 넓다고 판시하였다. 판결이 내려지자 가톨릭계 병원들은 1973년 낙태 합법화 판결 이후, 시작된 미끄러운 비탈길(Slippery slope)의 다른 단계가 시작된 것이라는 비판을 하였다. 담당 의사인 모스와 야베드는 카렌의 인공호흡기를 여러 주일에 걸쳐 서서히 떼어내는 방식으로 1976년 5월 후반에 완전히 제거하였다. 그녀는 인공호흡기 제거 후 인공급식을 받으면서 10년 동안 간호를 받으며 살아 있었다. 10년이 지난 1989년 6월 13일 카렌은 폐렴으로 사망하였다.

(2) 사례 2

낸시 크루잔 사건은 미 연방대법원이 죽어가는 환자의 권리를 명시적으로 인정한 최초의 판결이었다.

※ 낸시 크루잔(Nancy Cruzan) 사건

1983년 1월 11일 한밤중, 당시 24세였던 백인 여성 낸시 크루잔이 미국 미주리 주의 시골길을 운전하던 중 빙판길에 미끄러지는 사고가 발생했다. 그녀는 차에서 무려 10미터나 튕겨 나가 물구덩이에 얼굴을 처박았다.

구조대가 도착했을 때 그녀의 심장은 이미 멎어 있었고 뇌에 산소 공급이 끊긴지 15분가량이 지난 후였다. 구조대가 인공심폐소생술을 시행하여 다시 심장의 박동이 돌아 왔지만 15분가량 멎은 심장으로 지속적 식물 상태가 되었다. 이후 7년간 이러한 상태로 있었는데 점점 몸은 굳어졌고 손도 비틀어졌다. 인공호흡기는 사용하지 않았으나 음식을 삼키기 못하였기 때문에 비위관을 통해 음식을 투여하고 있었다. 당시 미주리주는 그녀를 치료하는데 연간 11만 2천 달러를 사용하였다. 1987년 낸시의 부모는 급식관을 제거하여 줄 것을 미주리 주 법원에 청구하였다.

연방 최고법원은 낸시 부모의 청구를 기각하였다. 주 정부는 삶의 질과 무관하게 생명을 유지하는데 이익을 가지며 판단능력이 없는 환자로부터 생명유지장치를 제거하기 위해서는 환자가 이를 원하였다는 ‘명백하고 확실할 만한 증거’가 있어야 한다고 판시하였다. 이에 대해 미주리 주법의 위헌을 이유로 낸시 부모는 연방최고법원에 상소하였다. 연방최고법원은 낸시의 급식관을 제거하는 것이 다른 종류의 생명유지장치를 제거하는 것과 다르지 않다고 하였고 이런 점에서 인공호흡기의 제거는 인정하되 급식관의 제거는 인정하지 않았던 주 법률은 위헌이 되었다. 연방 최고 법원은 판단 능력이 있는 환자의 경우 비록 치료를 거부하면 죽을 수 있더라도 치료를 거부할 권리가 있다고 하였다. 미주리 주법에 의하면 영구적으로 혼수 상태인 사람이 판단능력이 있었을 당시에 원하였을 것에 관하여 ‘명백하고 확실할 만한 증거 기준’을 가지고 있음이 인정되므로 미주리 주법은 합헌이다. 그러므로 기준을 충족하지 못한 낸시 부모의 청구를 기각한 미주리주 최고 법원의 판결은 정당한 것이었다고 판결하였다.

대법원의 판결이 나오고 얼마 후 그녀의 친구가 ‘과거에 이런 상황에 처한다면 죽는 게 낫다고 말을 했던 적이 있다’고 증언했다. 미주리 주 법원은 이를 증거로 받아들여 음식물 튜브를 제거하도록 하였고 낸시는 13일째 되던 날 굶어서 사망했다.

구조대가 도착했을 때 그녀의 심장은 이미 멎어 있었고 뇌에 산소 공급이 끊긴지 15분가량이 지난 후였다. 구조대가 인공심폐소생술을 시행하여 다시 심장의 박동이 돌아 왔지만 15분가량 멎은 심장으로 지속적 식물 상태가 되었다. 이후 7년간 이러한 상태로 있었는데 점점 몸은 굳어졌고 손도 비틀어졌다. 인공호흡기는 사용하지 않았으나 음식을 삼키기 못하였기 때문에 비위관을 통해 음식을 투여하고 있었다. 당시 미주리주는 그녀를 치료하는데 연간 11만 2천 달러를 사용하였다. 1987년 낸시의 부모는 급식관을 제거하여 줄 것을 미주리 주 법원에 청구하였다.

연방 최고법원은 낸시 부모의 청구를 기각하였다. 주 정부는 삶의 질과 무관하게 생명을 유지하는데 이익을 가지며 판단능력이 없는 환자로부터 생명유지장치를 제거하기 위해서는 환자가 이를 원하였다는 ‘명백하고 확실할 만한 증거’가 있어야 한다고 판시하였다. 이에 대해 미주리 주법의 위헌을 이유로 낸시 부모는 연방최고법원에 상소하였다. 연방최고법원은 낸시의 급식관을 제거하는 것이 다른 종류의 생명유지장치를 제거하는 것과 다르지 않다고 하였고 이런 점에서 인공호흡기의 제거는 인정하되 급식관의 제거는 인정하지 않았던 주 법률은 위헌이 되었다. 연방 최고 법원은 판단 능력이 있는 환자의 경우 비록 치료를 거부하면 죽을 수 있더라도 치료를 거부할 권리가 있다고 하였다. 미주리 주법에 의하면 영구적으로 혼수 상태인 사람이 판단능력이 있었을 당시에 원하였을 것에 관하여 ‘명백하고 확실할 만한 증거 기준’을 가지고 있음이 인정되므로 미주리 주법은 합헌이다. 그러므로 기준을 충족하지 못한 낸시 부모의 청구를 기각한 미주리주 최고 법원의 판결은 정당한 것이었다고 판결하였다.

대법원의 판결이 나오고 얼마 후 그녀의 친구가 ‘과거에 이런 상황에 처한다면 죽는 게 낫다고 말을 했던 적이 있다’고 증언했다. 미주리 주 법원은 이를 증거로 받아들여 음식물 튜브를 제거하도록 하였고 낸시는 13일째 되던 날 굶어서 사망했다.

5) 그 외 안락사의 사례

(1) 사례 1

케보키언 의사는 고통에 신음하는 환자들의 자살을 돕거나 직접 독극물을 주입하여 죽음에 이르게 함으로써 수없이 체포되고 풀려나는 상황을 반복하였다. 그는 1999년까지 약 130여 명의 환자를 사망케 하였다.

* 잭 케보키언(Jack Kebokian) 사건

1990년 잭 케보키언이라는 미국 미시건 주 출신의 은퇴 병리 의사가 자살기계를 고안했다. 첫 번째 모델은 하나의 쇠막대에 세 개의 병의 연결되어 있어 링거바늘을 통해 환자의 정맥으로 생리식염수를 주입한다. 그리고 나서 환자가 스위치를 돌리면 강력한 진정제인 티오펜탈(theopental)이 주사되고 환자는 의식을 잃게 된다. 60초 후에 염화칼륨(potassium chloride)이 주입되면 몇 분 내에 심장이 멎어 환자는 사망에 이른다. 그 뒤에 고안된 모델에는 일산화탄소가 사용되었다. 환자가 스위치를 누르면 일산화탄소가 관을 타고 환자의 머리 위에 씌워진 주머니 안으로 흘러든다.

케보키언의 기계를 사용해서 죽은 사람들 중에는 불치병 환자가 아닌 경우도 있었다. 한 사람은 노인성 치매인 알츠하이머의 초기 단계였고 다른 한 사람은 복합경화증이었으며 또 한 사람은 골반이상이었다. 이렇게 수십 건에 이르는 의사조력자살이 미시건 주에서 행해졌다.

케보키언은 병세로 보아 회복될 가능성이 전혀 없고 고통이 계속 될 때 환자 본인이 원한다면 안락사를 돕는 것이 의사의 임무라며 이 때문에 감옥에 간다 해도 조금도 두렵지 않다고 말하며 환자들의 자살을 돕기를 멈추지 않았다. 1998년이 되자 그는 100명의 자살을 돕는 역사적 경력을 갖기에 이르렀다. 하지만 다섯 건의 사망사건에 연루되어 세 번의 재판을 받고도 모두 무죄 판결을 받았다. 1998년 말 CBS-TV의 60분이라는 프로그램은 한 비디오테이프를 방송했다. 이 비디오테이프는 케보키언에게 자신의 죽음과 자신의 사망 과정을 텔레비전에 방송하는 데 동의한 52세의 루게릭병 남성 환자 토마스 유크의 죽음을 담고 있었다. 이로 인해 케보키언은 유크를 살해한 일급살인죄 혐의로 기소되었으며, 이급 살인죄를 선고받았다. 1999년 판사는 케보키언에게 10년에서 25년 형을 선고했다. 케보키언은 미시간 주의 한 교도소에서 복역하다가 2007년 6월 질병을 이유로 가석방되었다.

1994년 11월 오레곤주에서는 의사조력 자살을 허용하는 법안인 ‘품위 있게 죽을 권리에 관한 법’이 주민투표를 통해 통과되었다. 또한 1996년 봄에는 두 개의 연방 항소법원이 이 같은 권리는 합법이라고 인정하였다.

(2) 사례 2

네덜란드 또한 처음부터 안락사를 허용하는 분위기는 아니었으나 1971년 포스타마 사건으로 1973년에 자발적 안락사 협회가 발족된다.

* 네덜란드의 포스트마(postma) 사건

네덜란드는 1971년부터 안락사를 처벌하지 않았다. 당시 의사였던 포스트마는 어머니로부터 자신을 죽게 해달라는 요청을 끊임없이 받았고 결국 거기에 동의했다. 그녀의 어머니는 뇌일혈을 앓아 신체가 부분적으로 마비되었고 귀가 멀었으며 심한 언어장애에 시달렸다. 그녀는 양로원에서 살았는데 바닥에 떨어지지 않도록 의자에 묶인 채 지냈다. 포스트마는 ‘의자에 매달린 채 인간 이하의 모습으로 살아가는 어머니를 지켜보는 것을 견딜 수 없어서 어머니에게 모르핀을 주사에 의식불명이 되게 유도한 뒤 큐라레(curarae)를 주사하여 사망케 했다. 그리고 나서 양로원 원장에게 이 사실을 알렸고 원장은 경찰을 불렀다. 포스트마는 유죄로 판명되었으나 일주일의 형 집행정지와 1년의 집행유예를 받았다.

네덜란드 의학은 ‘안락사는 치료 포기와 도덕적으로는 다르다’는 의료윤리의 전통적 견해를 거부해왔다. 1984년 왕립네덜란드 의사협회는 네덜란드 검사들과 더불어 의사가 다음의 네 가지 지침을 따르는 한 살인죄로 기소되지 않는다는 점을 합의하기에 이르렀다.

- 의사결정 능력이 있는 환자만이 안락사를 요구할 수 있다.
- 환자의 요구는 반드시 반복적이고 명확하며 강요되지 않아야 하고 문서로 남겨야 한다.
- 의사는 반드시 다른 의사에게 제2의 의견을 구해야 한다.
- 환자는 반드시 호전 가능성이 전혀 없거나 참을 수 없는 통증이나 고통을 겪고 있어야 한다.

(3) 사례 3

테리 시아보 사건은 의식이 있는 환자가 고통을 덜고 인간의 존엄성을 지키며 죽음을 맞게 하려는 안락사와는 달리 뇌사판정을 받아 식물인간 상태에 빠진 한 부인의 생명 연장에 관한 문제로 흔히 하나의 가정사로 그칠 사건이었으나 미국 내 보수 단체와 부시 형제, 플로리다 주 의회, 연방의회가 개입되어 결국 교황청까지 가세하면서 세계적으로 이슈가 된 사건이 되었다.

※ 테리 시아보 사건

테리 시아보는 1963. 12. 3. 필라델피아 교외에서 3명의 자녀 중 큰 딸로 태어나 어려서부터 소극적이고 부끄러움을 많이 타는데다가 뚱뚱해서 남자친구 하나 없이 애원동물들을 벗 삼아 자랐다. 테리가 동물들을 사육하는 것을 배우려고 대학에 등록했을 때 남편인 마이클 시아보를 만나게 되고 마이클 시아보는 처음으로 테리에게 관심을 보이면서 아름답다고 말한 남자였고 둘은 1년간의 연애를 거쳐 1984년에 결혼에 골인하게 된다. 1986년 테리 부부는 플로리다로 이사해서 마이클은 식당을 운영하고 테리는 보험회사의 사무원으로 일하게 된다. 테리의 부모들 쪽의 증언에 의하면 남편 마이클이 부인 테리가 외출하는 것을 싫어하고 둘 사이가 극도로 나빠져서 테리가 평소에 이혼하고 싶어 했다고 하지만 마이클 쪽의 증언에 의하면 둘 사이에는 아무런 문제가 없었다고 하였다. 1990년 테리는 몸 안의 화학적 불균형의 일종인 칼륨 부족 (potassium imbalance)으로 갑자기 심장마비가 왔고 그 이후 현재까지 식물인간 상태가 되어 튜브로 투여하는 음식물로 연명하게 된다. 테리가 식물인간이 된 이후 8년이 지나서 테리에게 음식공급을 중단하여 죽음을 맞이하게 하려는 테리의 남편 마이클과 이를 막으려고 하는 테리의 부모 사이에 6년간에 걸친 극단적인 법률적인 분쟁이 발생하게 되었다.

테리가 심장마비가 된지 8년이 지난 1998년 5월 테리의 남편으로서 후견인 자격을 가진 마이클은 테리에게 튜브로 음식을 공급하는 것을 정지하여 테리가 죽을 수 있도록 하여 달라는 소를 제기하였다. 마이클은 비록 테리가 의식불명이지만 평소에 식물인간으로는 살고 싶지 않다고 말해왔고 그녀의 소원에 따라 명예롭게 죽음을 맞이할 수 있도록 하여 달라고 주장하였다. 마이클의 형제인 스코트도 테리가 심장마비가 오기 전에 마이클 할머니의 장례식에 참석하여 할머니처럼 산소호흡기에 의지해서 살고 싶지는 않다고 말하였다고 증언한다.

한편 테리의 부모는 이에 반대하면서 마이클을 감정적으로 비난하고 테리의 부모들은 테리가 그런 주장을 한 적이 없으며 마이클 쪽에서 거짓말을 하고 있다고 주장하고는 테리가 현재 식물인간이긴 하지만 눈을 깜박일 수 있고 부모들에게도 웃음을 짓는 등 의식이 있어서 언제든지 회복될 가능성이 있다고 주장하였다. 마이클은 테리가 식물인간이 된 후 병원 측을 상대로 하여 의료과오에 대한 소송을 제기하여 테리가 51세까지 식물인간으로 산다는 것을 전제로 한 보상금으로 1백만불을 받았는데 테리의 부모들은 마이클이 보상금 거의 대부분을 테리의 음식공급을 중단시키려는 소송의 변호사 비용으로 모두 날리는 등(그 사실은 마이클도 인정하고 있으며 현재는 5만불 정도 밖에 안 남았고 그 돈도 테리의 의료비를 대기에 부족하다고 함) 불성실하고 테리에게 음식공급을 중단하여 테리가 죽고 나면 마이클이 현재의 애인(그 사이에 딸이 하나 있으며 그녀와 결혼하려고 한다고 주장하였다. 플로리다주는 1990년 브라운닝(Browning) 판결이래로 확고하게 플로리다 주민들에게 생명을 연장하기 위한 음식공급이나 산소호흡기를 포함하여 의학적인 치료를 거부할 헌법적 권리가 있음을 인정하였다. 또한 환자 본인이 의식불명일 경우 가족들에게 대리 권한을 인정하면서 그 순서로는 배우자, 성인인 자녀, 부모를 들었다.

1심 법원은 증거조사를 통해서 테리가 의학적으로 생명을 연장하는 것을 거부하는 의사를 표시하였다고 인정하였고 2001. 4. 23. 플로리다 대법원의 최종적인 판결이 나오에 따라 2001. 4. 24. 테리에게 음식을 공급하는 튜브가 제거되었다. 테리에게 음식공급이 중단된 지 3일째인 2001. 4. 26. 테리의 부모들은 테리가 의학적으로 생명 연장하는 것을 거부한 사실이 없고 테리의 현재 상태가 자신의 의사를 표현할 수 있는 정도라는 증거가 있다며 튜브를 연결할 것을 주장하는 소를 제기하였고 법원의 잠정적인 결정에 따라 튜브가 연결되어 테리에게 3일 만에 음식공급이 재개되었다. 테리의 부모들의 주장 중 테리가 의학적인 생명연장을 거부한 사실이 없다는 부분은 플로리다주 대법원까지 모두 기각되었으나 테리의 상태가 식물인간인 상태에서 회복되어 자신의 의사를 표시할 수 있는지에 대하여는 심리가 부족했다는 판단이 내려졌다.

2002. 10. 다시 1심에서부터 테리의 상태에 대한 증거조사가 행해졌으나 여전히 테리는 식물인간상태이고 현재의 의학수준으로는 회복 불가능하다는 결론이 내려졌고 2003. 8. 플로리다주 대법원에서도 이를 확인하였다. 테리의 부모는 마지막 수단으로 2003. 9. 연방법원에 플로리다주의 죽을 권리를 인정하는 판결은 위헌적이라는 소송을 제기하였고 2003. 10. 10. 연방법원은 이를 기각하였다.

1998년 처음으로 소송이 제기된 이래 장장 6년간의 법적인 논란이 모두 정리되고 연방법원의 최종적인 결정에 따라 2003. 10. 15. 테리에게 음식을 공급하던 튜브가 제거되자 이에 대하여 플로리다 주민들로부터 윤리적인 비난이 제기되고 피켓시위가 시작되었다. 식물인간인 상태에서 음식공급을 중단하여 굶어 죽게 만드는 것은 비윤리적이고 비인간적인 처사라는 것이며 특히 종교단체에서는 개인에게 죽을 권리는 인정될 수 없으며 가능한 치료방법을 모두 시행한 이후에도 회복이 되지 않으면 그 후에는 신에게 의지할 수밖에 없다고 주장하고 방송에서도 테리의 결혼 직후의 사진과 가족들과 만나는 동안 웃는 표정과 눈을 깜박거리는 장면을 계속 방영하여 테리에게 음식공급을 중단하는 것은 상당히 비난 받을 일이라는 여론을 조성하였다. 테리의 죽음이 가까워질수록 시위는 늘어났고 음식공급이 중단된 지 6일 만인 10. 21. 플로리다 주의회는 주지사인 잭 부시(Jeb Bush)에게 테리의 음식을 공급하는 튜브를 연결하도록 명령할 권한을 부여하는 법안을 전격적으로 통과시켰고 부시의 명령에 따라 테리에게 다시 음식이 공급되기 시작하였다. 2003. 10. 21. 마이클은 위 법안이 위헌이므로 잠정적으로 테리의 튜브를 제거해 줄 것을 법원에 요청하였으나 기각되었고 그 후 정식으로 부시의 위 법안에 따른 결정을 취소하여 줄 것을 구하는 소를 제기하였다. 결국 남편은 아내가 이제는 그만 쉬고 싶어 할 것이라며 영양공급 튜브를 제거해달라는 소송을 제기해 법원의 허가를 받아냈다.

시아보의 부모는 그동안 딸의 생명을 연장시키기 위해 영양공급 튜브를 다시 연결해 줄 것을 청원했지만 연방 대법원은 이들의 청원을 재차 기각했다.

시아보의 사망 소식이 전해지자 그녀가 입원해 있는 플로리다 파이널러스 파크의 요양원 주변에는 그녀의 생명 연장을 호소해왔던 지지자들이 ‘어메이징 그레이스’ 등 찬송가를 부르며 가톨릭 교도인 그녀가 천국에서 평안히 휴식하기를 염원했다고 한다.

부시 대통령을 비롯한 보수세력들은 법원의 영양공급 중단 결정을 사법제도의 생명경시로 규정했으며 부시 미국 대통령은 이렇게 말했다. “시아보의 죽음을 애도하는 모든 이들에게 미국인들의 삶이 인정받고 보호받는 생명의 문화를 만드는데 노력할 것을 촉구합니다.” 마티노 교황청 추기경은 “이것은 선량한 생명에 대해 가장 비인간적이고 잔인한 방법으로 부당한 사형선고를 내린 것입니다.”라고 비판했으며 반면 다수의 미국인들은 의회와 행정부가 시아보의 안락사를 막으려 했던 것이 개인 자유의 침해라는 의견을 밝히는 등 생명과 자유를 둘러싼 논란이 번지게 되었다.

시아보 사건은 의식이 살아있는 환자가 고통을 덜고 인간의 존엄성을 지키며 죽음을 맞게 하려는 안락사와는 달리 뇌사 판정을 받은 식물인간의 생명 연장 문제로 흔히 가정사로 그칠 사안이었으나 미국 내 보수단체와 부시 형제, 플로리다 주의회, 연방의회가 개입하고 교황청까지 가세하면서 세계적인 이슈가 되었다.

6) 우리나라의 안락사 예

김할머니 사건을 계기로 우리나라에도 존엄사와 관련된 이슈에 관심을 갖기 시작했으며 병원 윤리위원회의 활성화의 중요한 계기가 되었다.

* 세브란스 병원 김할머니 사건

환자는 76세 여자 환자로서 2008년 2월 16일 연세대학교 세브란스 병원에서 폐암 진단을 위한 기관지 내시경 검사 중 다량의 출혈로 인한 심폐 정지 상태에 빠졌다. 의료진은 기관 삽관 및 심폐소생술을 시행하고 중환자실로 옮겨 치료하였으나 환자는 의식을 회복하지 못하고 인공호흡기에 의존한 채 삶을 이어갔다.

같은 해 3월 5일, 환자의 가족은 손해배상청구소송을 제기하였으며 같은 달 28일 의료진을 경찰에 고소하였다. 5월 9일에는 무의미한 연명치료행위 중지 등 가처분 신청을 제기하였다. 신청 취지는 환자에게 인공호흡기 적용, 약물 투여 및 영양과 수분 공급 등 일체의 연명치료를 해서는 안 되고 환자가 심폐정지에 이른 경우 응급심폐소생술을 시행하여서는 아니 된다는 내용 등이다. 6월 2일 환자의 가족은 무의미한 연명치료장치 제거 등 청구 분안 소송을 제기하였고 가처분 소송은 기각되었다. 같은 해 11월 28일 서울서부지방법원은 환자에 대한 인공호흡기를 제거하라는 1심 판결을 선고하였다. 이에 대해 연세대학교 세브란스 병원 측은 신속한 판결을 위해 항소를 포기하고 바로 대법원의 판결을 구하는 비약상고를 하기로 결정하였다. 하지만 원고 측이 이를 거부하여 세브란스 병원은 같은 해 12월 18일 항소를 제기하였다. 2009년 2월 10일 서울고등법원은 환자가 회생가능성이 없는 비가역적인 사망 과정에 진입하였으며 환자의 치료 중단 의사가 추정된다면서 항소를 기각하였다.

세브란스 병원 측은 2009년 2월 25일 상고를 제기하였다. 상고이유서와 준비서면에서 위 병원은 연명치료 중단의 일반적 요건 혹은 절차의 중요성을 계속 언급하는 동시에 ‘수많은 다른 환자들은 어떻게 해야 하나, 늘 법원의 판단을 받아야 하는가?’라는 의문을 제기하면서 이 문제를 소송으로만 해결할 수 없다는 점을 강조하였다. 그리고 비가역적인 사망과정에 진입하였는지 판단은 원칙적으로 담당 의사의 견해를 존중하고 이를 병원윤리위원회에서 검증하면 될 것이며 법제화 전이라도 대법원이 사전의료지시서의 중요성을 언급한다면 활성화의 계기가 될 수 있다고 언급하였다. 또한 이 사건에서 환자는 회생 가능성이 없는 비가역적인 사망과정에 진입하였다고 볼 수 없으므로 원심은 환자의 생명권을 침해한 헌법위반으로 판결에 영향을 미쳤다고 주장하였다.

대법원은 사안의 중요성을 감안하여 같은 해 4월 30일 공개변론을 열었으며 같은 해 5월 21일 상고를 기각하였다. 이후 연세대학교 세브란스 병원은 병원윤리위원회를 개최한 후 환자 가족과 협의하여 같은 해 6월 23일 환자의 인공호흡기를 제거하였다. 그러나 그 후 환자는 특별한 투약 없이 혈압, 체온, 맥박, 자발호흡을 유지하다가 2010년 1월 10일 인공호흡기를 뗀지 201일 만에 가족이 지켜보는 가운데 사망했다.

김할머니 사건에 대한 대법원 판결의 의의

1. 대법원이 처음으로 연명치료 중단의 일반적 요건 혹은 절차를 제시했다는 점이다. 서울고등법원은 항소심에서 연명치료 중단의 일반적 요건을 제시했고 언론은 처음으로 ‘존엄사 가이드라인’이 나왔다고 보도하였다. 즉 사회적 의제가 연명치료 중단 ‘인정’여부에서 연명치료 중단의 ‘일반적 요건 혹은 절차’로 재설정된 것이다. 더 나아가 대법원은 ‘회복 불가능한 사망단계’라는 요건을 구체적으로 제시하고 있다. 보라매 병원 판결 이후 사법적으로 인정받을 수 있는 연명치료 중단 기준을 알지 못한 채 불안하게 의사결정이 이루어져왔던 의료현장에서는 중요한 의의를 갖는다.

2. 대법원이 처음으로 구속력을 인정할 수 있는 사전의료지시서의 요건을 구체적으로 제시하였다는 점이다. 세브란스 병원은 법제화 이전이라도 대법원이 사전의료지시서의 중요성을 언급한다면 활성화의 계기가 될 수 있다고 주장했으나 대법원은 단순한 언급을 넘어서 구속력을 인정할 수 있는 사전의료지시서의 요건을 구체적으로 제시한 것이다. 따라서 의료현장에서 이러한 기준에 맞추어 사전의료지시서가 작성된다면 환자의 자기결정권 보장이 더 확고해 질 수 있을 것이다.
3. 대법원은 연명치료 중단이 반드시 소송을 통해 해결해야 할 문제는 아니며 신중한 판단을 위한 절차적 방법으로서 병원윤리위원회를 제시했다는 점이다. 대법원이 회복 불가능한 사망단계인지 여부에 관해 위원회의 판단을 ‘거쳐야 한다’고 판시하지 않고 ‘바람직하다’고 판시한 것은 입법부가 아닌 사법부로서의 내재적 한계 때문이었다. 하지만 캐런 킴란 판결에서 병원 윤리위원회의 중요성이 언급된 뒤 미국에서 병원 윤리위원회가 활성화된 것처럼 우리나라에서도 대법원의 판시는 병원윤리위원회 활성화의 중요한 계기가 되었다고 할 수 있다.

7) 여러 나라의 안락사에 대한 인식과 추이

국내외적으로 안락사를 합법화시키는 것에 대해서는 국가별로 입장이 다르다. 이유는 안락사에 대한 인식이 사회적 문화적 관습과 매우 밀접한 관련이 있기 때문이다.

(1) 미 국

미국은 주 별로 약간의 차이가 있지만 소극적 안락사는 일반적으로 인정을 하는 편이고 극약 처방에 의해 불치의 병을 갖고 있는 환자의 죽음을 앞당기는 적극적 안락사 혹은 조력자살의 경우에는 현재 오레건 주에서만 허용이 되고 다른 주에서는 금지되어 있다.

1994년 오레건 주에서는 의사 조력자살을 허용하는 법안인 ‘품위 있게 죽을 권리에 관한 법’이 주민투표를 통해 통과되었다. 1995년 6월 오레건 주 의회는 주민들의 통과시킨 이 법을 폐지하였으나 1997년 11월 선거에서 주민들은 60대 40으로 다시 승인했다. 이 법은 조건을 만족시키는 사람이 극소수에 불과할 만큼 엄격한 제한을 두고 있다. 그 조건은 첫째, 환자는 명백하게 의사결정 능력이 있어야 하고 둘째, 질병 말기 상태여야 하며 셋째, 환자가 마음을 바꿀 경우와 충동적인 결정을 내릴 경우를 대비하여 보름간의 유예기간이 경과하여야 한다는 것이다. 의사는 치명적인 약물을 처방할 수 있을 뿐 이를 주입할 수는 없다. 1997년 10월 14일 미 연방대법원은 이 법에 대해 부분적인 합헌 판결을 내렸다. 이에 앞서 1997년 6월 대법원은 ‘각 주 당국이 안락사를 금지시킬 수 있다’며 ‘헌법은 개인이 의학의 도움으로 죽을 권리를 인정하지 않는다.’고 판결했으나, 의사조력자살 자체는 반대하지 않고 이 문제는 각 주 당국과 유권자들에게 맡겨야 한다는 입장을 밝혔다. 2006년 1월 미 연방대법원은 6대 3으로 이 법이 유효함을 재확인했다.

2008년 죽음을 요구한 약물의 처방은 88명이었고 60명이 사망하였으며 2009년에는 95명 처방에 59명이 사망하였다.

한편 오레건 주와 이웃한 워싱턴 주에서도 2008년 11월 ‘품위 있게 죽을 권리에 관한 법’이 주민투표로 통과되어 시행되고 있다.

(2) 네덜란드

유럽의 네덜란드는 세계적으로 안락사에 대해 가장 진보적인 입장을 취하는 나라로 부분적, 제한적으로 안락사가 허용되고 있다. 안락사 자체는 불법이지만 의학적으로 소행이 불가능한 환자가 자신의 자유의사로 반복적이고 명시적으로 요구를 할 경우 의사는 안락사를 실시하고 나중에 실시과정 전체를 당국에 보고하도록 하고 있다.

네덜란드에서는 안락사와 관련된 모든 행위를 사망증명서에 기록한다. 담당의사는 전문적인 기준을 지켜 안락사를 시행했는지 여부를 지방 검사와 경찰에게 상세히 조사받는다. 만약 의사가 기준대로 시행하지 않았다면 불법행위로 고소당해 법정에서 심판을 받는다.

네덜란드는 자발적 적극적 안락사에 대한 공식적인 법 해석을 내리지 않았다. 하지만 검사들은 1985년 이래로 안락사를 행한 의사들을 기소하지 않기로 결정했다. 대법원은 위의 지

침에 따라 안락사를 행한 의사는 기소되지 않은 것이라는 결정을 발표했다. 또한 성문법으로 안락사를 규정하려는 노력은 2000년 11월 성공을 거두어 2001년 4월부터 네덜란드는 안락사를 합법화했다. 비공식적 집계에 따르면 네덜란드에서 1996년 한 해 동안 3600여 명이 안락사한 것으로 보인다.

(3) 호 주

호주는 1996년 9월 세계 최초로 적극적 안락사를 합법화했다. 호주의 노던 테리토리 주는 정신과 의사를 포함한 의사 세 명의 찬성을 얻으면 말기 환자의 안락사를 허용하는 법안을 채택해, 네 명이 안락사 했다. 하지만 하원은 그 해 12월에 이 법안을 무효화하는 안락사 반대 법안을 통과시켰고, 1997년 3월 25일 상원에 이어 27일에는 총독이 이 폐지 법안에 서명함으로써 안락사 허용법은 1년이 채 되지 않아 폐기되었다.

(4) 일 본

일본에서는 적극적 안락사를 인정하여 피고에게 무죄를 선고한 판례는 아직 없다. 그러나 1962년 나고야 판결에서는 적극적 안락사를 인정할 수 있는 여섯 가지 요건을 표현한 바 있다. 이 판결에 따르면 안락사는 ① 현대 의학의 견지에서 환자가 불치의 질병에 걸려 있고 시기가 임박해 있을 것, ② 환자의 육체적 고통이 격심할 것, ③ 안락사가 오로지 환자의 육체적 고통을 완화할 목적으로 행해질 것, ④ 환자의 의사표명이 가능한 경우에는 환자의 진지하고도 명시적인 촉탁 또는 승낙이 있을 것, ⑤ 안락사를 시행하는 자는 원칙적으로 의사일 것, ⑥ 안락사 시행의 방법이 윤리적으로 타당할 것이라는 요건을 갖추면 적법하다는 것이다. 나고야 판결에서 안락사를 시행한 사람은 의사가 아닌 가족이었는데 1995년 가족의 부탁을 받아 의사가 안락사를 시행한 사건을 다룬 요코하마 판결이 나왔다. 이 사건에서 환자 본인의 의사가 확인되지 않아 의사에게 살인죄를 적용했으나 나고야 판결과 마찬가지로 적극적인 안락사를 허용할 수 있는 요건을 제시했는데 대체로 나고야 판결의 요건과 유사하다.

(5) 우리나라

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.

8) 안락사에 대한 논쟁과 윤리적 쟁점

(1) 찬성입장

안락사를 찬성하는 사람들은 자살이 말기 환자에게 자신의 사망 시기와 상황을 조절할 수 있도록 해준다고 설명한다. 이들은 독립적인 판단능력이 있는 사람은 자신의 삶이 짐스럽고 더 이상 살려는 욕구가 없음을 선언할 수 있어야 한다고 생각한다. 이들은 또한 약의 과다 복용으로 죽는 것이 자연사보다 훨씬 더 인도적인 방법이라고 주장한다.

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 상관없이 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 살인행위라고 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 살인행위라고 규정하고 있다.

* 미국 간호사 협회의 안락사에 대한 반대의견

- “간호전문직은 해를 입혀서는 안 된다는 전통과 다른 사람을 죽게 하는데 대한 도덕적 반대 윤리에 기초하고 있다.”
- “간호는 사회와 신뢰에 바탕을 둔 사회적 계약 관계를 맺고 있으며 따라서 환자는 간호사가 인간의 생명을 적극적으로 빼앗지 않으리라는 것을 신뢰할 수 있어야 한다.”
- “불가피한 개인적 사례가 있을 수 있지만 특히 노인, 빈자 및 장애자 등의 취약 인구에 대한 조력 자살이 남용될 가능성이 높다.”

(3) 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 청산가리 등을 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.

9) 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 찾아 보아야 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 , 뇌사와 장기이식

1) 뇌사(brain death)

인간의 뇌는 크게 나누어 대뇌, 소뇌 및 뇌간의 세 부분으로 구성되어 있는데 뇌가 어떤 질

환이나 외상 때문에 그 기능이 장애를 받기 시작하여 점차 그 기능이 상실되면 의식을 잃어 혼수상태에 빠지게 되고 자발 운동이 불가능하게 되며 자발 호흡도 정지가 된다. 이때 인공 호흡기 등을 활용하면 생체 징후인 맥박, 호흡, 혈압, 체온은 일시적으로 유지될 수 있다. 이와 같이 뇌의 모든 기능이 상실되고 또 그 상태가 어떤 치료 노력을 하더라도 심장의 기능은 점점 떨어지게 되고 수일 내지 길어야 2주 안에 신장, 간장, 췌장 등의 여러 장기가 끝이어서 기능을 못하게 되면서 심장정지가 초래된다. 즉 뇌사(brain death)는 뇌의 기능이 완전히 파괴되어 호흡과 심장박동 등 생명 현상을 주관하는 뇌간의 기능이 정지되고 기타 모든 기능이 중지될 수밖에 없는 ‘뇌 기능의 불가역적 상태’를 말한다. 또한 ‘뇌사자’란 자발적인 호흡이 없고 인공호흡기로 생명을 유지하는 상태로 대개는 인공호흡기를 계속 유지하더라도 2주 안에 자연스럽게 사망하는 회생 가능성이 전혀 없는 상태에 처한 사람을 의미한다. 뇌사자는 식물인간과는 다르다. 식물인간은 호흡과 심장박동 등 생명현상을 주관하는 뇌간이 기능이 살아 있어 본인 스스로 호흡이 가능하고 때로는 회생 가능성도 있는 상태의 환자를 말한다. 하지만 뇌사자는 뇌간의 기능이 완전히 정지되어 있어 호흡, 순환, 대사 체온 등의 생명유지에 필요한 필수 기능 등이 자발적으로 이루어지지 않는 상태를 의미한다.

뇌사상태와 식물인간의 구분

구 분	뇌사상태	식물인간
손상부위	뇌간을 포함한 뇌 전체	대뇌의 일부
정신상태	심한 혼수상태(comatose)	무의식 상태(unconscious)
기능장애	심장박동 외 모든 기능이 정지됨	기능, 사고 등 대뇌 장애
운동능력	움직임 전혀 없음	목적 없는 약간의 움직임 가능함
호흡상태	자발적 호흡이 불가함	자발적 호흡이 가능함
경과내용	필연적으로 심정지하여 사망	수개월~수년 후 회복 가능성이 있음
기 타	장기기증 대상이 됨	장기기증 대상이 될 수 없음

출처 : 질병관리본부 장기이식센터

뇌사의 개념은 지난 몇 십 년간 장기이식과 관련된 의료행위에서 본질적인 요소가 되었다. 대부분의 나라에서는 뇌사 개념과 더불어 생명에 필수적인 이식용 장기 획득에 필요한 윤리적 법적 기준이 제정되었다. 그럼에도 불구하고 이 개념이 이론적으로 일관되고 논리적으로 모순이 없는지에 대해서는 지금도 끊임없이 논의되고 있다.

뇌사라는 용어가 처음 등장한 것은 남아프리카 공화국의 외과 의사인 크리스틴 버나드 박사가 교통사고로 뇌사 상태에 빠진 사람의 심장을 이식하면서부터 사용되었고 1968년 제22차 세계의학협회총회에서 뇌사를 공식적으로 인정하는 ‘시드니 선언문’이 채택된 이래 전 세계적으로 55개국 이상에서 뇌사가 인정되고 있다. 우리나라는 1988년 서울대학교 병원에서 뇌사자의 간을 이식한 수술을 시작으로 그동안 종교계, 법조계, 시민단체 등 각계의 의견을 수렴하는 토론회를 거쳐 1999년 국회에서 ‘뇌사 판정을 허용하는 장기이식에 관한 법률안’이 통과됨에 따라 뇌사는 2000년 초부터 법적으로 인정되었다.

(1) 뇌사의 판정 기준

뇌사의 판정에는 한 가지 이상의 기준이 있다. 1968년 발표된 하버드 기준은 ‘회복 불가능한 혼수상태(irreversible coma)’라고 하여 첫째, 깊은 혼수상태에서 몸 안팎의 어떤 감각자극도 수용하지 않을 것. 둘째, 1시간 동안 관찰해도 신체의 움직임이 없을 것. 셋째, 3분간 인공호흡기를 제거하여도 자발적 호흡의 징조가 나타나지 않을 것. 넷째, 척수 반사를 비롯하여 모든 반사의 소실. 다섯째, 증폭률 5Vmm로 하여 24시간 사이로 두 번 검사를 행한 뇌파 검사에서 평탄 뇌파일 것이라는 다섯 가지 기준을 제시하였다.

한편 법·종교·윤리학적 입장에서 볼 때 뇌사를 죽음의 정의로 받아들이기는 어렵다고 한다. 일반적으로 환자가 무반응성 혼수, 자가호흡의 손실, 뇌간의 신경학적 반사소실 등으로 임상적으로 뇌사 상태에 빠졌다면 의학적인 죽음으로 볼 수 있다. 이럴 경우 의료윤리학에서는 뇌사판정법에 따라 무호흡 검사, 뇌파 검사와 같은 뇌사 검사 절차를 밟아 뇌사 판정을 내린다. 하지만 이것이 법적인 의미에서의 죽음이라고 보기는 힘들다. 법적으로 뇌사판정을 받은 개체의 모든 장기 기능이 모두 멈춘 심폐사 단계에 이르렀을 경우에만 법적인 죽음이 인정되기 때문이다.

그러므로 뇌사에 대한 판정 및 그로 인한 장기이식 절차에서의 뇌사 판정은 의학적 죽음과 사회적 죽음의 상태에 있는 한 개체를 다룬다는 자세로 신중하게 접근해야 한다.

이러한 이유 때문에 뇌사는 장기이식이라는 명분하에서만 인정될 수 있다.

우리나라는 대한의사협회를 중심으로 1993년 3월 ‘뇌사판정기준 및 뇌사자 장기이식 의료기관 요건’을 제정했으며 1998년 10월에는 개정안을 마련, 1999년 2월 8일 제정된 <장기 등 이식에 관한 법률>에 반영하게 된 것이다.

이 법률은 그 후 1999년 9월, 2002년 8월 2회에 걸쳐 개정됐다. 각국의 뇌사판정기준은 개별 국가의 사정에 따라 약간씩 다르지만 크게 기본원칙은 같으며 우리나라의 경우는 다음(뇌사판정기준)과 같다.

뇌사를 판정하는 공통적인 기준으로 무반응성 혼수, 자가 호흡의 소실, 뇌간의 신경학적 반

사소실이다. 이런 조건들이 인정되기 위해서는 무호흡 검사, 뇌파 검사와 같은 의학적 검사 절차가 요구된다. 그러나 뇌사를 판정한다는 것은 이론과는 달리 쉽지 않은 일이다. 특히 뇌사는 한 인간의 생명을 다루는 문제이기 때문에 판정 자체가 엄격성을 요구하는 일이다. 세계 각국 여러 나라가 뇌사자의 판정을 엄격하게 요구하는 이유는 뇌사의 인정이 수요 공급상 심각한 불균형이 있는 장기이식 문제와 곧바로 연결되기 때문이다.

(2) 뇌사자의 장기이식과 관련된 윤리 도덕적인 문제

뇌사를 죽음으로 인정하는 경우 뇌사 진단이 나오면 심폐소생장치를 제거한 후 장례를 치르거나 장기기증을 원하는 경우에는 이식하기 까지 장기의 생명을 유지시키기 위해 치료 장치를 뇌 사체에 그대로 부착시켜 놓아야 한다. 반면 뇌사를 죽음으로 인정하지 않은 경우에는 심폐소생장치를 부착한 채 심장이 자연히 멈출 때까지 치료 행위를 지속해야 한다.

뇌사자를 살아있는 사람으로 간주한다면 먼저 다음과 같은 물음에 답변해야 할 것이다. “소위 생명 유지에 중요한 역할을 담당하는 장기들을 적출하는 것은 살인 행위인가?” 인공호흡기를 제거하면 뇌사자의 심장은 2~3분 후에 멈춘다. 인간의 존엄성에는 죽어가는 사람의 존엄성도 포함된다. 모든 수단을 다해 생명을 억지로 지속시키는 것은 죽어가는 사람의 존엄성을 해치는 일이다. 우리나라의 현행법인 ‘장기 등 이식에 관한 법률’에 의하면 장기기증을 원치 않는 경우, 뇌사자는 죽은 것이 아니므로 스스로 심장이 멈출 때까지 심폐소생장치를 제거할 수 없는 현실이다.

각 나라의 공식 의학 협회와 정부가 뇌사 및 장기 기증에 관해 엄격한 판정기준을 두고 법률로 관리하는 것은 뇌사자의 장기이식이 윤리적 차원의 문제를 심각하게 일으키기 때문이다. 뇌사자의 장기이식과 관련된 윤리적 쟁점을 살펴보면 다음과 같다.

① 장기기증자의 의사결정 과정에 대한 기준

기증자가 생전에 스스로 동의서를 작성했을 경우는 문제가 되지 않지만 사망자의 의견을 확인할 수 없거나 미성년자의 경우에는 대리인의 결정이 중요한데 이때 대리인이 될 수 있는 자격에 대해 문제가 제시될 수 있다는 것이다. 만약 경제적인 이유만으로 사례금을 받고 장기가 매매되는 경우에는 기증자의 건강을 악화시키는 결과를 유발하고 동시에 인간의 존엄성과 삶의 질을 격하시키는 윤리적인 문제가 초래된다. 근래에는 장기 기증을 조건으로 하는 전문적인 사기 브로커들의 개입으로 건강만 잃고 돈을 받지 못하는 사례까지도 발생하고 있다.

② 뇌사판정의 엄정성과 정확성에 대한 기준

뇌사자의 장기이식절차가 진행되는 경우 시행되는 뇌사 판정의 엄정성과 정확성에 대한 기준이 필요하다. 보건복지부는 생명윤리위원회를 설치하여 뇌사판정에 따를 장기이식과 관련하여 중요한 사항들을 심의 자문하고 있으나 뇌사 판정을 받은 사람이 타인에게 인식될 경우 가족들이 대상자의 뇌사를 인정하지 않을 경우에는 예측할 수 없는 부정적 사태가 발생

될 수 있다.

③ 장기기증된 후의 사후 처리 문제

기증자의 장기가 기증된 후 시신에 대한 처리과정에서 법적인 보호가 마련되지 않아 뇌사자의 신체가 심한 손상을 당한 것 같은 모습이 될 수 있다는 점이다. 이러한 사후처리에 대한 법적 보호가 우선되어서 장기 기증을 하고 떠난 자의 예우를 충분히 해야 한다고 생각한다. 만약 기증자의 가족이나 보호자가 이러한 사실을 안다면 어느 누구도 장기 기증을 원하지 않을 것이다.

④ 이식을 기다리는 환자들의 비인간화 문제

고귀한 사랑과 희생을 통해 사람의 생명을 구하는 일은 분명 도덕적으로 가치를 지닌다. 그러나 장기기증을 기다리는 환자와 그 가족의 고통이나 절박함은 결국 타인의 장기를 어떤 대가를 치르고서라도 얻어야 하는 상품으로 볼 수 있다. 더 나아가 주변의 어떤 건강한 사람이 불의의 사고로 목숨이 위태로워지거나 사망에 임박했을 경우 자신이나 가족을 위해 그 사람의 장기기증을 기다리는 스스로를 발견하게 되었을 때 경악과 더불어 자기혐오에 빠질 수도 있다. 이와 같이 이식수술은 이식을 기다리는 환자들을 비인간화하고 정신적으로 병들게 하는 비극적 현상을 초래하는 비도덕적 기술이 될 소지가 다분하다.

⑤ 뇌사와 장기기증과의 관계

장기이식을 받는 수혜자에 대한 기준이 공정하고 합법적인가 하는 문제는 나이, 국가의 기여도, 재력이라는 변수가 작용할 경우에 매우 심각해진다. 장기기증을 기다리는 사람은 너무 많고 공급은 한정되어 있다. 특히 장기이식의 대부분을 장기 제공자에게 의존하는 우리나라와 같은 경우에는 더 심각한 문제를 일으킬 수 있다. 이에 정부는 2000년부터 장기이식법을 제정하여 3개의 권역으로 전국을 나누고 현실적으로 공평하게 분배하기 위해 통합 관리하고 있다. 과거에는 대도시 병원별로 대기자 순으로 시행되었던 분배가 현재는 지방을 포함한 모든 지역에 있는 장기이식 대기자들이 순번제로 동등한 기회를 가질 수 있게 배분하였다.

그러나 만약 국가의 국익을 좌우하는 중요한 정책자가 대기 순번제의 원칙에 의해 대기하던 중 생명을 잃어 국가의 권익에 엄청난 손해를 미친다면 이것이 과연 누구를 위한 결정이었는지에 윤리적 문제가 발생될 수 있다. 그렇다고 해서 순번제로 차례를 기다리며 숨죽이고 있는 대기자들의 명단을 무시할 수도 없는 노릇이다. 이상과 같은 윤리적 쟁점 때문에 각종 사회단체와 종교단체에서는 뇌사 및 장기이식에 관해 신중하게 윤리적 기준을 제공하려고 노력하고 있다.

2) 장기이식(Organ transplantation)

(1) 정 의

장기이식(organ transplantation)은 “환자의 장기가 망가져 더 이상 제 기능을 하지 못해 기존의 치료법으로 회복이 어려워 생명을 잃을 수도 있는 상황에 놓인 각종 말기질환자의 장기를 건강한 다른 사람의 장기로 대체·이식하여 그 기능을 회복시키는 의료행위로서 새 생명을 얻게 하는 치료법”이다. 이는 불치의 병으로 장기가 훼손되어 죽음에 이를 수밖에 없는 환자들에게는 거의 유일하게 희망을 주는 최첨단의 의학적 치료법이다.

2011년도 질병관리본부 장기이식관리센터 보고에 의하면 현재 우리나라의 장기이식 업무는 전국적으로 장기이식 등록기관 112곳, 장기이식 의료기관 66곳, 뇌사판정 의료기관 66곳에서 운영하고 있다. 이처럼 정부에서는 장기기증 및 장기수혜과정이 신속하고 공정하게 선정될 수 있도록 이들 기관들을 직접 관리하고 있다.

또한 2002년 ‘장기 등 이식에 관한 법’이 제정되어 장기이식에 대한 사회적 활동이 활발하게 진행되고 있다. 그러나 신체는 부모에게서 물려받은 소중한 것이기 때문에 신체를 잘 보존하는 것이 조상에 대한 예우라고 생각하는 한국인의 정서에는 아직 장기 이식이 부정적인 관점으로 남아있어 아직까지 현실적으로 원활하지 않은 실정이다.

특히 만성 신장질환 환자들과 같이 장기 이식을 기다리고 원하는 자들은 상당히 많은 반면, 장기 기증자들은 상대적으로 적어 국내에서의 이식수술을 포기하고 의료비가 싼 중국에서 수술을 받아 검증 받지 못한 장기 이식으로 인한 부작용도 심한 골칫거리로 작용하고 있다. 또한 정부가 제정한 장기이식법이 뇌사자의 장기기증 절차를 너무 엄격하게 제한하고 있어 이로 인해 장기기증이 줄어들다는 비판도 제기되고 있지만 뇌사에 대한 판단기준과 장기기증에 따른 사회 윤리적인 논쟁이 심각하기 때문에 엄격한 기준을 제시할 수밖에 없는 측면도 있다.

3. 말기환자와 간호 윤리

1) 말기환자의 욕구

(1) 자율성과 자유를 존중 받고 싶어 하는 욕구

환자는 자신이 스스로 할 수 있는 것은 할 수 있도록 도와주기를 바라며 의료인이나 간호사가 시간을 절약하기 위해 환자가 할 수 있는 활동을 대신해 주기를 바라지는 않는다. 또한 의사결정시에는 본인의 의견을 충분히 듣고 결정을 해야 한다. 이는 대상자의 자율성 존중의 원리와 깊은 연관성이 있다.

(2) 죽음의 무대에서 주연이 되고 싶은 욕구

환자는 죽음에 대해 생각하는 것이 곧 삶을 생각하는 계기가 될 수 있다. 그들은 죽음을 맞이 전에 사회에 기여할 수 있는 방법을 생각하면서 자신의 개인적 가치에 대해 생각할 수도 있으며 이 때 의료진은 환자의 생명이 다하기 전에 자신의 신체 일부를 기증하여 다른 아픈

사람들을 도울 수 있는 가능성도 열어 놓아야 한다. 그래서 말기 환자들의 욕구가 선의로 잘 활용될 수 있도록 도와주어야 한다. 여기에서는 간호사의 설명 및 동의의 의무와 대상자의 자율성 존중의 원칙과 관련이 있다.

(3) 진실을 알고 싶어 하는 욕구

한 연구에 의하면 말기 환자의 61%는 자신의 병명을 알기 원하는 것으로 나타났다. 그 이유는 다음과 같다.

① 대다수의 환자들은 의사들의 우려와는 반대로 자신의 병명을 알고 싶어 한다. 진실을 아는 것은 위엄과 내적인 가치와 밀접하게 관련되는 인간의 기본적인 권리이기 때문이다. ② 진실을 말한다는 것은 의료인과 환자 사이의 신뢰관계를 구축하는 데 있어 필수적인 요소이다. 의료인들은 말기 환자가 자신의 상태를 알면 더 악화될 것이라고 생각하지만 실제로는 많은 환자들이 그와 반대인 것으로 나타났다. ③ 의료인이 계속적으로 환자에게 진실을 말하지 않는다면 환자는 의료인에게 불신을 갖고 정신적인 공황상태에 빠질 수도 있다. ④ 말기 환자가 자신의 상황에 대해 자세히 알게 되면 지나간 생애를 회고하면서 삶을 정리하고 싶어 한다고 보고되고 있다.

(2) 말기환자와 관련되어 간호사가 겪는 윤리적 딜레마

① 윤리적 책임과 도덕적 의무간의 딜레마

간호사는 말기 환자가 고통에 직면하였을 때 환자의 고통을 경감시켜야 한다는 윤리적 책임과 환자가 인간으로서의 존엄을 갖고 죽을 수 있도록 임종을 준비시켜야 한다는 도덕적 의무 이 두 가지 사이에서 윤리적 딜레마가 발생한다.

② 말기 환자의 알 권리와 예후간의 딜레마

환자가 만약 본인의 병명이나 예후에 대해 모르고 있는 동안 병세가 악화되었을 때 보호자나 가족이 환자에게 비밀로 해 줄 것을 부탁할 때 간호사는 윤리적 갈등을 경험하게 된다. 환자의 입장에서는 당연히 자신이 말기 환자임을 알 권리가 있고, 본인의 임종과 관련하여 주위 환경이나 신변을 정리할 시간이 필요한데 보호자나 가족의 입장에서는 환자의 예후가 나빠질 것을 염려해 비밀로 할 것을 요구한다면 간호사 입장에서는 환자를 위한 일이 과연 어느 것인지 확신을 할 수 없을 것이다.

간호사의 윤리적 결정에 영향을 주는 중심적 가치는 환자의 알 권리, 생을 정리할 기회, 환자의 자기결정권 존중, 환자와 보호자의 입장 존중을 중심으로 생각해야 한다.

9장. 단원문제

1. 존엄사와 안락사가 관련된 간호상황에서 제기되는 윤리문제를 서술하시오.
2. 장기이식과 뇌사가 관련된 간호상황에서 제기되는 윤리문제를 서술하시오.
3. 말기환자가 관련된 간호상황에서 제기되는 윤리문제를 서술하시오.

10장. 임상연구

1) 정의

임상연구(clinical study)는 인간을 대상으로 의약품과 이상검사의 임상시험, 기기의 임상적용 또는 임상시술연구를 시행하는 것을 말한다. 즉, 병원에서 의료진이 상업적 또는 순수학술연구를 위해 인간 피험자(human subject)를 대상으로 새로운 의약품, 시술법, 의료기기 등을 시험하는 일체의 행위를 지칭한다. 임상연구를 다른 말로 인체실험이라고 한다. 이러한 임상시험은 새로운 의약품, 시술법, 의료기기 등을 식품의약품 안전청의 승인을 받아 일반 환자에게 널리 사용할 수 있으려면 해당 의약품이나 시술법, 의료용구 등의 유효성과 안전성을 확인하는 절차를 거쳐야 하는데 이를 위해 여러 환자들에게 임상시험을 한 후 그 유효성과 안전성을 자세하게 조사한다. 이러한 임상시험을 ‘시험’이라 하고 시험에 사용하는 개발 중인 약을 ‘시험약’이라고 한다.

2) 임상연구의 종류

임상시험의 종류를 정리하면 다음과 같다.

- 건강한 사람을 대상으로 생리적 기능을 측정하고 관찰하는 실험
 - 약품 투여를 통해 약품의 효과를 확인하는 실험
 - 환자를 대상으로 하는 실험에서 실험 참가자의 치료를 목적으로 하는 치료실험
- 이 외에도 실험을 분류하는 다른 방법은 아래에 제시되어 있다.

(1) 순수 과학 연구

순수 과학적 탐구는 실험 참가자나 대상자에게는 전혀 이익이 없고 오직 그 결과만을 중요시하는 실험이다.

(2) 환자의 치료 목적 연구

치료과정에서 관찰하고 경험한 것을 평가함으로써 귀납적으로 중요한 결과를 알아내지만 1차적 목적은 오직 환자의 치료만을 목적으로 하는 실험이다.

(3) 환자와 다른 환자의 치료 도움연구

환자 뿐 아니라 추후 다른 환자치료에도 도움이 되는 것을 목적으로 하는 것을 말한다.

(4) 자신을 대상으로 하는 연구

연구자가 자신을 대상으로 하는 인체실험으로 윤리적으로는 타당성이 인정되고 있으나 실험의 안정성 문제에서는 의문이 제기되는 연구이다.

3) 임상연구의 역사

인간을 대상으로 하는 실험에서 처음부터 인간에 대한 윤리적 문제가 제기되지는 않았다. 초기 연구들은 비록 연구 대상자가 인간이지만 연구 대상자 소수의 희생으로 인류에 기여하는 귀중한 지식이나 정보를 얻을 수 있다고 생각 하였다. 그 결과 연구자들은 연구 과정이나 결과에는 많은 주의를 기울이면서도, 연구 대상자인 피험자의 복지나 권리에 대해서는 관심을 기울이지 않았다.

(1) 2차 대전과 인체 실험

제2차 세계 대전 중 나치와 일본군은 전쟁포로군, 불구자, 정신이상자, 노인 등을 상대로 비극적인 생체실험을 자행하였다. 이들이 실시한 생체실험은 너무나 잔인하고 비인간적이어서 실험에 참여한 사람들은 비참하게 죽음을 맞이하거나 영구적인 손상을 입었다. 여기에 참가한 피험자들은 아무런 보호 장구 없이 극도의 환경에 노출되거나 세균이나 독극물 등이 주입되기도 하였으며 마취제 없이 신체의 일부를 절단하거나 수술을 받는 경우도 있었다. 그러나 실험을 하는 연구자들은 인류를 위해 매우 중요한 실험이라고 자신들의 행동을 정당화하였다.

(2) 터스키기 매독 연구

1932년부터 미국 공중 보건국은 터스키기 연구소의 본거지인 엘라배마 주에서 메이콘 군의 아프리카 계 미국인 남자들을 매독의 발생 경로에 대한 연구에 참여시켰다. 그 장소를 선택한 이유는 메이콘 군이 전국에서 가장 높은 매독 발생률을 가졌기 때문이었다. 대략 623명의 남자들이 무료 건강진단 및 혈액검사를 제공한다는 빌미로 모집되었다. 그들 중 절반은 연구시작부터 매독에 걸려 있었으나 누구도 그러한 사실을 듣지 못했다. 군의 빈곤과 부족한 의료시설로 인하여 이 남자들이 어떻게든 치료를 받을 수 있을 가능성은 없었다. 연구가 진행되는 동안 대조군에 있던 남자들 중 일부도 매독에 걸렸다.

당시에는 아프리카계 미국인에 대한 매독의 영향이 의학적으로 불확실했으며 다른 집단들에 대해서는 연구되었지만 그 질병이 인종에 따라 다르게 진행하는지에 대한 관심이 생겨났다. 아프리카계 미국인에게는 매독이 중추신경계통보다는 심장 혈관계통에 더 많은 영향을 준다고 생각되었기 때문이다. 연구자들은 그 남자들이 죽을 때 까지 눈여겨보다가 결정적인 자료를 마련하기 위해 부검을 행하고 싶었다. 이후 수십 년 동안 그 남자들은 여러 시점에서 연구되었고 그 질병의 신경학적 양상들을 평가하기 위해 건강진단, 혈액검사, 요추천자를 받았다. 그들은 이러한 중재시술들을 무료로 제공받았고, 건강진단 장소에 오는 무료 교통수단을 제공받았고, 가벼운 병에 대해서는 치료를 받았다. 그리고 그들 가족은 소정의 매장비용을 받았다. 연구자들은 다양한 조사결과들을 출판했으며 1940년대 후반에서 1950년대 초반까지 매독에 대한 효과적인 치료법인 페니실린이 널리 가용되었다. 그러나 어느 치료법도 연구에 참여한 남자들에게는 제공되지 않았다.

1969년 비판이 제기되기 시작했고 공중보건국 위원회가 연구의 계속 여부를 결정하기 위해 모였다. 일부 피험자들이 개별적으로 치료를 받을 수 있도록 지시하기도 했지만 이 위원회는 연구를 계속할 것을 권했다. 1972년 이 결과에 만족하지 못한 한 비판가가 연합통신 기자인 진 헬러로 하여금 그 연구에 주목하게 했고 그 연구는 결국 1972년 11월에 공식적으로 종결되었다.

(3) 그 외 인체실험

뉴질랜드 오클랜드 국립 여성 병원의 허버트 그린(Herbert Green)박사는 전이되지 않은 자궁경부암 환자들을 치료하지 않고 질병의 자연 경과를 알기 위해 연구하였으며 1960년대 브루클린의 유대인 만성질환 병원에서 노인환자들에게 간암세포를 주입한 사례도 있었다. 또한 잘 크러그먼(Saul Krugman)은 정신 지체아 시설의 어린이들에게 간염 바이러스를 고의적으로 주사하기도 하였고 펜실바니아 주립 정신병원에서는 수용된 환자들에게 독감, 뇌막염, 폐렴 등을 연구하기 위해 인체 실험을 하였다. 이 외에도 다른 인체실험이 자행되었는데 대부분 피험자들은 가난하고 무지하거나 지능이 낮거나 교도소에 수감된 자들 혹은 노인이나 고아 등을 대상으로 연구하였다.

4) 임상연구와 관련된 국제 규약

이러한 연구들에 대한 반성과 함께 연구 참여자에 대한 이익과 권리를 보호하기 위해 많은 국제 규약이 만들어졌다.

(1) 뉘른베르크 강령

제2차 세계대전 직후인 1946년 12월 9일 독일 뉘른베르크 전범 재판소는 스물 세 명의 독일군 지휘관, 의사, 보건행정 공무원들이 과학 연구라는 미명하에 전쟁 중 자행한 살인, 고문 등의 범죄 행위가 유죄임을 인정하고 이들에게 유죄판결인 선고해서 일곱 명을 사형시키고 아홉명에게 무기징역을 선고했다. 이들이 한 연구에는 세균전, 화학전에 관련된 실험과 압력, 추위 등 물리적 요인에 관련된 실험들이 있었다.

인체 실험에는 대상자들이 사망할 때까지 산소 공급을 중단하는 고도비행 연구, 서서히 동사시키는 실험, 수백 명을 말라리아에 감염시킨 약물 실험, 전쟁 부상자를 대상으로 한 모의 감염 실험, 효과적인 불임방법 등 수없이 많았다. 특히 악명 높았던 멩겔레(Josef Mengele)는 다음과 같은 실험들을 자행하였다. 멩겔레가 행한 세균학 실험은 쌍둥이 가운데 한 명에게 세균을 주입하여 죽으면 나머지도 같이 죽여 두 시체의 장기들을 비교하는 것이었다. 어떤 쌍둥이들은 죽을 때까지 얼마만큼 혈액을 뽑을 수 있는지를 확인하는 실험에 사용하기도 했다. 피험자들은 거세되기도 했고 수혈 반응을 보기 위한 실험에 쓰이기도 했다. 멩겔레는 쌍둥이의 혈관과 장기들을 붙여 삼쌍둥이를 만들려는 실험도 했다. 이런 예는 끝이 없을 정도이다. 재판부는 나치 의사들과 과학자들에 의해 행해진 인체실험을 판단하기

위한 의학적·윤리적 기준을 역사적인 고찰을 통해 찾으려고 노력하였다. 그들은 고대 그리스의 히포크라테스 선서, 1803년 영국 의사 토마스 퍼시벌이 만든 윤리강령, 미국의사협회의 1847년 윤리강령, 1865년 베르나르가 제안한 인체실험 원칙 등을 참조하였다. 독일은 불완전하긴 하지만 1931년에 인체실험에 관한 윤리지침을 제정한 바 있는데, 나치 의사들은 이 지침을 아예 무시하였다.

재판부는 오랜 숙고와 논의 끝에 판결문 외에 강령 10개 조항도 함께 발표하기로 결정하였다. 나치 전범들의 단죄뿐만 아니라 앞으로 비슷한 일이 재발되지 않도록 하기 위해서였다. <허용 가능한 의학실험>이라는 제목의 이 10개 조항이 뉘른베르크 강령으로 불리게 되었다. 재판부는 강령의 서문에서 “인체실험을 옹호하는 사람들은 그것이 사회에 이익과 선을 가져다주며, 다른 방법으로는 마찬가지로 결과를 얻을 수 없기 때문이라고 주장하지만, 재판부는 도덕적, 윤리적, 법적 개념을 충족시키기 위해서는 특정한 원칙이 지켜져야 한다는 점에 동의하였다”라고 적시하였다. 즉, 이 강령은 인체실험에 대한 견고한 기준을 확립하기 위해 만들어진 것이다. 10개 조항 중에서도 핵심은 다음과 같은 제1항이다.

“인체실험대상자의 ‘충분한 정보에 근거한 자발적인 동의’는 절대적인 것이다. 이것은 실험대상자가 동의를 할 수 있는 법적 능력이 있어야 한다는 의미이며 어떠한 폭력, 기만, 협박, 술책, 강요가 없는 가운데 스스로 자유롭게 선택할 수 있는 권한이 주어져야 한다는 것이며, 분명한 이해와 지식에 근거하여 결정할 수 있도록 충분한 정보를 제공하여야 한다는 의미이다. 이를 위해서는 실험대상자에게 실험의 성격, 기간, 목적, 방법, 예상되는 불편과 위험, 건강상의 영향 등에 대해 알려 주어야 한다. 이러한 책임은 실험을 지도하고 참여하는 연구자 개개인에게 있다.”

(2) 헬싱키 선언

세계의사회 윤리위원회는 활동을 계속하여 1954년의 5개 조항을 수정하고 발전시켜서 <헬싱키 선언>을 발표하였다. 인간을 대상으로 하는 연구와 관련하여 의료인에게 지침이 되는 권고 사항을 담은 헬싱키 선언은 1964년 핀란드 헬싱키에서 열린 세계의사회 제18차 총회에서 채택되었다. 헬싱키 선언의 주요한 개정은 1983년부터 1989년 사이에 이루어졌는데 이를 통해 윤리성 심사를 위한 위원회(IRB)에 관한 규정이 추가되었다. 또한 동의 여부를 판단하기 어려운 피험자의 경우 법적 대리인의 동의만을 인정하도록 했다. 2004년 도쿄에서 개최된 세계의사회 제56차 총회에 이르기까지 7차례에 걸쳐 보완된 헬싱키 선언(총 32개 조항)의 주요 원칙은 다음과 같다.

(3) 벨몬트 보고서(The Belmont Report)

1974년 7월 12일 미국에서는 국가연구법이 국회를 통과한다. 이 법은 1972년 미 공중보건원의 한 직원이 1932년 이후 약 40년간 미국 정부가 강행한 이른바 터스키기 매독연구를 폭로하면서 촉발된 연구윤리 강화를 위한 국가적 노력의 산물이었다. 1979년 ‘국가위원회’는 벨몬트 보고서를 발간하였다. 벨몬트 보고서는 피험자를 대상으로 하는 연구를 수행하는

사람이라면 모두 읽어야 하는 필수지침서이다. 벨몬트 보고서는 모든 임상연구의 기초가 되는 세 가지 기본 윤리 원칙들을 제시하고 있다. 이 원칙들은 보통 벨몬트 원칙이라고 불리는 데 “인간존중, 선행, 그리고 정의”를 포함하고 있다.

(4) 우리나라 임상시험 법령의 현 주소

우리나라에서 의약품, 시술법, 의료기기 등의 임상시험을 실시하려면 해당 의료기관이 식품의약품 안전처로부터 임상시험실시기관을 지정을 받아야 한다. 2010년 7월 현재 우리나라에는 총 132개의 임상시험실시기관이 있고 그중 절반이 수도권에 위치하고 있다. 이들 시험기관의 숫자는 점차 증가하는 추세이다. 임상 시험의 근거 법령으로는 약사법 제34조, 약사법 시행규칙 제31조, 32조, 33조, 34조 등이 있다. 그러나 임상시험과 관련해서는 법령보다는 식품의약품 안전처의 고시인 의료기기 임상시험관리기준이 더 자주 언급된다.

* 임상시험실시의 기본원칙

- 임상시험은 헬싱키 선언에 근거한 윤리규정 및 관련규정에 따라 수행되어야 한다.
- 임상시험으로부터 예측되는 위험과 불편 사항에 대한 충분한 고려를 통해 피험자 개인과 사회가 얻을 수 있는 이익이 그 위험성을 상회 또는 정당화할 수 있다고 판단되는 경우에 한하여 임상시험을 실시하여야 한다.
- 피험자의 권리·안전·복지는 우선 검토의 대상으로 과학과 사회의 이익보다 중요하다.
- 해당 임상시험용의료기기에 대한 임상 및 비임상 관련 정보는 실시하고자 하는 임상시험에 적합한 것 이어야 한다.
- 임상시험은 과학적으로 타당하여야 하며 임상시험계획서는 명확하고 상세히 기술되어야 한다.
- 임상시험은 식품의약품안전청장이 승인한 임상시험계획서에 따라 실시하여야 한다.
- 피험자에게 제공되는 의학적 처치나 결정은 의사 등의 책임 하에 이루어져야 한다.
- 임상시험 수행에 참여하는 모든 사람들은 각자의 업무 수행을 위한 적절한 교육·훈련을 받고 경험을 갖고 있어야 한다.
- 임상시험 참여 전에 모든 피험자로부터 자발적인 임상시험 참가 동의를 받아야 한다.
- 모든 임상시험 관련 정보는 정확한 보고, 해석, 확인이 가능하도록 기록·처리·보존되어야 한다.
- 피험자의 신원에 관한 모든 기록은 비밀보장이 되도록 관련규정에 따라 취급하여야 한다.
- 임상시험용 의료기기는 「의료기기법 시행규칙」(이하 “시행규칙”이라 한다) 별표 3에 의한 의료기기 제조 및 품질관리기준에 따라 관리되어야 하며, 식품의약품안전청장이 승인한 임상시험계획서에 따라 사용되어야 한다.
- 임상시험은 신뢰성을 보증할 수 있는 체계하에서 실시되어야 한다.

출처 : 식품의약품 안전처

5) 임상연구 시 윤리적 쟁점

(1) 임상연구 시 간호사의 윤리적 딜레마

간호사는 나날이 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.

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 문제로 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 손상받지 않을 권리

연구자는 연구 참여자의 안전과 안녕을 최대한 보장해야 하며 피해나 위험을 최소화하도록 최대한의 조치를 취해야 한다. 벨몬트 보고서에 따르면 연구 대상자가 받을 수 있는 손상으로 심리적 손상, 사회적 손상, 신체적 손상, 경제적 손상, 법적 손상 등이 포함된다고 하였다.

③ 익명성과 비밀보장

익명성이란 연구자에게도 연구대상자의 신원이 응답과 연결될 수 없도록 하는 보호 장치이며 비밀보장이란 연구자가 연구 참여자의 응답을 밝히지 않겠다고 공개적으로 약속하는 것을 뜻한다.

6) 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.

*** 임상시험심사 위원회의 구성, 기능, 운영방법**

- 심사위원회는 임상시험의 윤리적·과학적·의학적 측면을 검토·평가할 수 있는 경험과 자격을 갖춘 5인 이상의 위원으로 구성하되, 의학·치의학·한의학·약학·간호학 또는 의공학을 전공하지 않은 자 1인 이상과 해당 시험기관과 관련이 없는 자 1인 이상을 포함하여야 한다.
- 심사위원회의 위원장은 위원 중에서 호선하며 시험자 및 의뢰자와 관련이 있는 자는 해당 임상시험에 대한 결정 과정에 참여하거나 의견을 제시하여서는 아니 된다.
- 심사위원회는 위원의 명단과 이들의 자격을 기재한 문서를 비치하고 관리하여야 한다.
- 심사위원회는 문서화된 표준작업지침서에 따라 모든 업무를 수행하여야 하며, 제반 활동과 회의에 관한 내용을 기록, 보관하고, 이 기준 및 관련규정을 준수하여야 한다.
- 심사위원회의 모든 결정은 표준작업지침서에서 규정한 의결정족수를 충족하는 사전 고지된 회의에서 이루어져야 한다.
- 임상시험에 대한 결정과정에 참여하거나 의견을 제시하는 것은 심사위원회의 심의에 참여한 위원에 한한다.
- 시험책임자는 해당 임상시험의 제반 사항에 대하여 정보를 제공할 수는 있으나 심사위원회의 위원에게 영향을 미치거나 해당 임상시험과 관련된 사항의 결정 과정에 참여하여서는 아니 된다.
- 심사위원회는 원활한 심의를 위해 심사위원회의 위원이 아니면서 해당 분야의 전문성을 가진 자로부터 조언을 구할 수 있다.

출처 : 식품의약품 안전처

10장. 단원문제

1. 연구와 관련되어 제기되는 윤리문제를 설명한다.
2. 연구윤리심의위원회의 기능을 열거한다.