

주요용어 : 간호사의 도덕적 고뇌

## 간호사의 도덕적 고뇌 개념분석

유 명 숙\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

“간호의 근본이념은 인간생명의 존엄성과 기본 권리를 존중하는 것이다.” 이것은 한국 간호사 윤리강령의 서두에 강조된 것으로서 간호직은 그 직업적 목적과 기능, 이념이 인간생명 중심으로 이루어지는 만큼 역사적으로 볼 때 어느 직업보다 직업윤리가 강조되어 왔다(한성숙 등, 1999).

그러나 20세기 중반 이후 생명공학과 의학기술의 눈부신 발전은 새로운 윤리적 문제를 야기하게 되었다. 간호사 또한 여러 가지 도덕적 쟁점에 개입하게 됨으로써 윤리적 행동을 하기 위한 합리적 의사결정 과정과 도덕적 성찰이 그 어느 때보다도 강력하게 요구되지만 간호사들의 도덕적 판단은 수준 높은 도덕적 감각으로 판단하기보다는 병원의 정책과 절차에 순종하는 것으로 보고되고 있다(지성에 등, 2000).

도덕적 고뇌는 Jameton(1984)에 의해 도덕적 딜레마로부터 구분되어 소개된 이후 20여 년 간 꾸준한 연구가 되어 왔는데, 도덕적 딜레마가 둘 혹은 더 많은 윤리적 기준을 적용해도 상호간에 행동의 모순을 보여주는 경우를 의미한다면 도덕적 고뇌(moral distress)란 많은 경우 간호사가 환자를 간호하는 상황에서 어떻게 하는 것이 환자의 최선의 이익을 위해 옳은 것인지 잘 알고 있지만 여러 가지 제약에 의해 그 옳은 길을 따르는 것이 불가능할 때 어려움을 겪게 되는 현상을 말한다. 간호사의 도덕적 고뇌는 질적 간호를 저해할 뿐만 아니라 간호사의 정서적인 고통, 직무 불만족, 도덕적 통합성 결여, 잦은 이직의 중요한 요인이 되고 있다(Millette, 1994; Nathaniel, 2002; Perkin et al, 1997; Wilkinson, 1987-88).

한편 국내 간호윤리 관련연구는 간호사의 윤리적 가치관 혹

은 윤리적 가치관과 갈등에 관한 조사연구(성미혜, 1999; 이경혜, 방희숙, 왕임순, 1995; 정희자와 문희자, 1995), 임상간호사의 윤리적 딜레마와 윤리적 딜레마에 대한 태도에 관한 연구(강익화, 1998; 김주희 등, 1995), 윤리교육이 간호사의 도덕적 판단에 미치는 영향(김용순, 1999)에 대한 연구 그리고 간호사를 대상으로 임상에서 경험한 딜레마의 실상과 의사결정에 관한 연구(한성숙, 1992) 등이 있고, 간호 전문직 경험의 중요한 요소인 도덕적 고뇌개념에 관한 연구는 전무하다.

따라서 본 연구에서는 간호영역에서 잘 알려지지 않은 개념을 확인, 분석, 세련화하는 과정에서 이론적 방법과 실증적 방법을 함께 사용하는 혼종모형(Hybrid model)을 통하여 지금까지 서구에서만 진행되어 온 간호사의 도덕적 고뇌 개념을 우리나라 간호 실무에서 재정립해 보고자 한다. 이는 간호의 학문적 특성이 실천에 있다는 점에 비추어 볼 때 이론적 설명에서 탈피하여 실무에서의 귀납적 방법을 병용함으로써 최근 간호 실무를 지식개발의 과정으로 인식하고자 하는 경향과 일치한다고 볼 수 있다(조갑출, 1996). 이러한 작업의 결과로 우리나라 간호 실무에서 간호사들이 경험하는 도덕적 고뇌 현상을 규명함으로써 보다 실증적인 도덕적 고뇌 개념의 속성과 정의를 도출하게 될 것이며, 나아가 임상실무에서 간호사의 도덕적 고뇌 경감을 위한 중재방안 모색과 간호사의 도덕적 행위 실천을 위한 보다 구체적인 실용적인 자료가 제시될 것이다.

#### 2. 연구의 목적

본 연구는 혼종모형(Hybrid Model)을 적용하여 ‘간호사의 도덕적 고뇌’ 현상에 대한 명확한 경험적 개념을 정립하기 위하여 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 간호사의 도덕적 고뇌 속성을 확인한다.
- 2) 간호사의 도덕적 고뇌 개념의 정의를 규명한다.

\*대구가톨릭대학교 의과대학 간호학과 연구 강사

3) 간호사의 도덕적 고뇌 개념의 지표를 제시한다.

## II. 본 론

혼종모형은 문헌고찰을 통하여 개념의 속성을 도출하는 이론적 단계와 속성 확인을 위한 현장작업 단계 그리고 이론적 분석과 현장연구 분석을 비교·통합하여 최종 속성 확인을 위한 최종분석 단계로 이루어진다.

### 1. 이론적 단계

인터넷 검색을 비롯한 사전과 단행본, 교과서, 연구 논문 등의 문헌고찰을 통하여 실시하였는데, 'moral distress'로 검색한 결과 국외의 경우 간호학 분야에서의 연구가 주를 이루고 국내의 경우 단 한 건도 없었다.

#### 1) 도덕적 고뇌

도덕적 고뇌(moral distress)는 moral과 distress가 합쳐진 개념으로서 'moral distress'로는 사전에서 그 의미를 찾을 수 없었기 때문에 우선 distress의 사전적 의미를 찾아 본 결과 고뇌, 비통, 심통, 비탄, 고민, 걱정거리, (육체적) 고통, 피로, 몸이나 마음이 피롭고 아픔, 고통(고민)거리, 골칫거리이며, 피부나 신체의 아픔을 느끼는 감각인 통각(痛覺)에 의한 불쾌감과 구별되는 생리학·철학적 용어로 행위주체의 감각(pathos) 또는 감정의 극단적인 불쾌감을 의미하고 있었다. 한편 'distress'라는 용어가 국내에서 번역하여 사용될 때 의학과 간호학 관련 연구에서는 고통, 고뇌, 곤란, 장애, 부진, 불편, 긴박중이란 용어로, 경제학에서는 부실, 곤경, 불안이란 용어로, 영문학에서는 '탈장세'라는 용어로, 혹은 번역하지 않고 디스트레스 그대로 표기되어 사용되고 있었다.

현재까지 국내에서의 도덕적 고뇌(moral distress) 개념 관련 연구는 단 한 건도 찾아볼 수 없었지만 간호윤리 문헌에서 도덕적 고민(김모임과 이원희, 1997), 도덕적 좌절(지성에 등, 2000)로 번역되어 소개되고 있었다. 본 연구에서는 '고뇌'로 번역하여 이하 moral distress에 대해서 '도덕적 고뇌'로 표기하기로 한다.

#### 2) 간호사의 도덕적 고뇌

Jameton(1984, 1993)은 간호윤리학 저서에서 도덕적 문제의 3가지 다른 유형, 즉 어떤 도덕적 가치나 원칙을 적용할지 명확하지 않은 것을 말하는 도덕적 불확실성과, 둘 혹은 더 많은

윤리적 기준을 적용해도 상호간에 행동의 모순을 보여주는 경우를 말하는 도덕적 딜레마, 그리고 어떻게 하는 것이 옳은 것인지 알고 있지만 제약에 의해 그 옳은 길을 따르는 것이 불가능할 때를 말하는 도덕적 고뇌를 각각 구분하면서 도덕적 고뇌라는 개념을 문헌에 처음으로 소개하였다.

Wilkinson(1987~1988, 1989)은 간호사들이 환자를 간호하는 상황에서 갖게 된 어떤 고통스러운 느낌을 도덕적 고뇌로 규명하면서 도덕적 고뇌는 그 이상이며, 특별한 종류의 고뇌로 상황적, 인지적, 행동적 측면을 포함한다고 하였다. 도덕적 고뇌가 발생하려면 반드시 환자를 간호하는 상황이 있어야 하고, 그 상황 속에서 간호사는 도덕적 문제를 인식하며, 자신의 행동에 대해 책임져야 한다고 믿을 때 생긴다고 하였다. 도덕적 고뇌의 결과로 고통스러운 느낌과 정신적인 불균형이 초래된다고 하였고, 분노, 좌절, 죄책감과 같은 강한 부정적 감정이 도덕적 고뇌의 지표라고 하였다. 또한 인식이 도덕적 고뇌를 만들어내는 기초적인 구성요소이며, 도덕적 문제는 하찮다기보다는 중요하게 여겨져야 하고, 옳고 그름의 질문에 봉착시키며, 간호사의 역할을 단순한 지시 이행자이나 아니면 자율성을 가진 역할로 생각하느냐와 같은 인식의 정도에 따라 감정의 깊이도 다르다고 하였다. 또한 24명의 간호사와의 면담(1987)에서 도덕적 고뇌에 내재하고 있는 제약을 대부분 병원 행정/정책, 의사들, 법(소송 위협), 간호부 행정과 관련된 외적 제약과, 용기부족, 자기의심, 의사 오더에 대한 관행적 수행, 실직의 두려움, 과거 행동의 무의함과 관련된 내적제약으로 구분하였다.

Rodney(1988)는 중환자실 간호사 대상의 연구에서 도덕적 고뇌는 무관심, 생명 연장 치료를 받는 환자를 간호하는 간호사들이 겪는 갈등으로 분노, 무력감, 좌절감과 연관되어 있다고 했다. 의사결정과정에서 대한 무관심은 치료 연장이나 중단을 결정하는 방식에 무관심을 표명하는 것이며, 환자와 환자 가족의 경험에 대한 무관심, 치료과정에 참여된 자신의 활동에 대한 무관심으로 나누고 있다.

Fenton(1988)은 도덕적 고뇌란 옳고 그름에 대한 개인의 신념과 가치에 위배되는 방식으로 행위를 요구 당할 때 일어나는 불안한 정서적 반응이라고 정의했다.

Fowler(1989)는 임상과 임상 외에서 실제 많은 윤리적인 문제들을 언급하였다. 의문의 여지가 없는 말기환자의 중환자실 입원이 과연 적절한지, 말기환자에게 집중적인 고도 기술의 침습적인 중재와 관련된 인본주의적 문제, 위기 치료팀의 협조적인 기능 실패, 국가의 부와 관련된 늘어나는 의료수가, 임상 간호사의 높은 도덕적 고뇌 정도가 중환자실 간호사 부족의 악

순환을 초래한다고 하였다.

Millette(1994)는 Wilkinson의 정의를 이용하여 간호사의 의사결정 수행능력에 관한 연구를 통하여 간호사는 조직의 힘 때문에 도덕적 행위를 수행하는데 자유롭지 못하다고 하였다.

Liaschenko(1995)는 도덕적 고뇌의 요인으로 간호사들의 도덕적 통합성의 결여를 꼽았으며 이로 인해 타인에 대한 말과 행동이 “기계적인 인간”이 될 때 도덕적 고뇌가 유발된다고 하였다.

Davies et al.(1996)은 임종 환자를 간호한 경험이 있는 간호사들의 연구에서 슬픔으로 인한 스트레스와 도덕적 고뇌의 개념을 구분하여 설명하면서, 도덕적 고뇌는 간호사들이 환자의 죽음을 받아들이는 의료 전문인으로서 의사의 지시에 따라야 하는 직업상의 책임과 편안한 죽음을 제공해야 하는 간호사들의 의무 사이에서 힘들게 싸우는 것이라고 표현했다.

Perkin et al.(1997)은 무너야를 간호하는 소아과 간호사들의 심층면담에서 위독하거나 임종 환자에게 간호를 제공하는 것이 많은 스트레스를 유발하며, 또 간호제공자간에 심각한 도덕적 갈등과 고통의 원인이 된다고 하였다. 중환자실 간호사들은 현저한 직업스트레스를 경험하는데, 이것은 소진과 관련이 있고, 사기 감소, 생산성 저하, 정신적인 위축을 가져오고, 직업 만족도를 낮게 하여 서비스의 질을 저하시키고, 이직률을 증가시킨다고 하였다.

Linda(2000)는 주산기 간호에서의 도덕적 고뇌에 관한 연구에서 Jameton(1984)의 개념을 재정의 하면서 어떻게 해야 옳은 지를 잘 알지 못하는 윤리적 딜레마와 달리, 도덕적 고뇌는 해야 할 옳은 일을 알지만, 기관이나 함께 하는 동료가 자신이 최선이라고 알고 있는 것을 못하게 하거나 어렵게 만들 때 나타난다고 하였다. 많은 간호사들이 지난 몇 십년간 논쟁이 되어온 산후입원기간 단축에서 도덕적 고뇌를 느꼈다고 하였는데 다산부가 제왕절개 후 조기 퇴원할 때 삶의 질, 산후 요구도, 건강에 대한 환자와 제공자간의 책임감에 대한 개인적인 신념의 차이에 따라 도덕적 고뇌로 고통 받는 간호사가 있는 반면, 전혀 고통 받지 않는 간호사도 있다고 했다. 또한 현상으로서의 도덕적 고뇌는 감정적, 인지적, 행동적 차원을 갖는다고 하였다.

Penticuff and Waldren(2000)은 간호사의 윤리적 실무는 기관행정의 영향력과 가치에 대한 인식에 영향을 받고, 간호의 질, 윤리 자원, 그리고 직무만족과 관련이 있다고 보았다.

Corley et al.(2001)은 Jameton의 정의와 Wilkinson의 연구를 기초로 7점 척도의 도덕적 고뇌 측정도구를 개발하였는데 요인분석 결과 간호사들이 인식한 도덕적 고뇌의 요인은 개인

적 책임감, 환자에게 최선의 이익이 아닌 것을 행한 것, 숙임수의 3개 요인으로 분류되었고, 성인 환자를 간호하는 간호사들을 대상으로 측정된 결과, 가장 높은 점수를 보인 ‘임상에서 간호인력 부족으로 적절한 간호를 제공하지 못한 것’을 포함하여 ‘말기임종환자에게 의사의 불필요한 검사와 치료 지시를 수행할 때’ 등 총 32문항으로 되어 있다.

Nathaniel(2002)은 도덕적 고뇌 개념의 초기정의를 종합하여 ‘인간이 도덕적인 문제를 인지하고 도덕적 책임감을 인식하게 되는 상황에 대한 반응으로서 정신, 신체 또는 인간관계에 영향을 미치는 고통 혹은 고뇌이며, 올바른 행동에 대한 도덕적 판단을 하게 한다’라는 새로운 정의를 내렸다.

이상에서 고찰한 바와 같이, 도덕적 고뇌 개념이 제시하는 바는 상황적, 인지적, 행동적, 정서적 영역에서 서술하고 있다고 볼 수 있다.

상황적 영역의 도덕적 고뇌는 실제로 많은 도덕적인 문제를 내포하고 있는 상황, 즉 말기환자와 관련된 중환자실 입원, 고도의 침습적인 중재, 생명연장 치료와 관련하여 임종이 임박한 위독 환자에게 불필요한 검사 및 과도한 치료중재, 위기 치료팀과의 협조체계 기능 실패, 의학적으로 회복이 불가능한 심한 기형아에 대하여 보호자의 요구로 고도의 의료기술을 동원하여 생명을 연장시키는 것, 임종 환자에게 편안한 죽음을 맞이할 수 있도록 도와주어야 한다는 간호사의 견해와는 달리 적극적 치료중재를 하는 의사의 지시에 따라야만 할 때, 중대된 의료수가와 관련된 경제적 문제, 질병군별 포괄수가제(DRGs)와 관련된 입원기간 단축, 전문직으로서의 개인의 책임감과 의무를 다하지 못했을 때, 환자에게 최선을 다하지 못한 경우, 환자를 기만하는 행위 등과 같이 도덕적 고뇌를 유발시키는 상황적 요인을 의미한다고 볼 수 있다(Corley et al., 2001; Davies et al., 1996; Fowler, 1989; Jameton, 1984; Perkin et al., 1997; Rodney, 1988; Solomon et al., 1993; Wilkinson, 1987/88, 1989).

이상에서 살펴본 바와 같이 상황적 영역의 간호사의 도덕적 고뇌 개념은 많은 도덕적인 문제를 포함하고 있는 것으로서 의사의 부적정 진료행위, 간호사의 부적정 진료행위, 불합리한 조직행정, 과중한 경제적 부담과 관련된 간호 상황을 의미한다고 볼 수 있다. 도덕적 상황이란 도덕적 가치 실현 내지 도덕적 행위의 필요에 직면한 상황이거나 도덕적 행위가 이루어지고 있는 또는 이루어진 상황을 말하는데(박상국, 2001) 여기에서는 도덕적 행위의 필요에 직면한 상황이라고 할 수 있다.

인지적 영역의 도덕적 고뇌는 주어진 도덕적 상황에 대해 숙고하는 과정에서 따라야 하는 행동의 윤리적 원칙 또는 도

덕적 책임을 인식하고, 옳고 그름의 질문에 봉착하여 무엇이 선인지, 어떻게 행동해야 하는지 알게 되지만 도덕적 행위로 옮기는 것이 불가능하게 하는 여러 제약들을 인지하게 되는 것을 말한다(김모임과 이원희, 1997; 박상국, 2001; Fenton, 1988; Jameton, 1984, 1993; Linda, 2000; Nathaniel, 2002; Wilkinson, 1989). 문헌에서 나타난 간호사가 인지한 내적 제약으로는 용기 부족, 자기의심, 의사 오더에 대한 관행적인 수행, 실직에의 두려움, 과거 자신이 취했던 행동의 무익함을 인식, 감정표현의 부자유스러움(Davies et al., 1996), 도덕적 통합성의 결여(Liaschenko, 1995)라고 밝히고 있다. 외적 제약으로는 대부분 기관의 행정, 의사, 의료소송 위협, 상위 간호조직이나 동료의 지지결여, 간호사의 힘의 부족이나 의사결정권의 부족(김모임과 이원희, 1997; Corley, 1995, 2001; Davies et al., 1996; Jameton, 1984, 1993; Linda, 2000; Millette, 1994; Wilkinson, 1989), 부적절한 인사관리, 과중한 업무부담(U.S. GAO, 2001) 등이 제시되었다.

이상의 인지적 영역에서의 도덕적 고뇌 개념은 간호사가 도덕적 상황에서 자신의 가치 신념에 의해 내려진 도덕적 판단이 도덕적 행동수행으로 이어질 수 없게 하는 내·외적 제약들을 인지하게 되는 것을 말한다.

행동적 영역의 도덕적 고뇌 개념은 도덕적 상황에 대한 부정적 행동 반응과 관련되는 것으로서 내외적 제약으로 인하여 자신의 가치신념에 따른 도덕적 행위를 실천에 옮기지 못하고 그 상황을 회피, 묵인, 마찰 혹은 사직, 혹은 완전히 간호직을 떠나게 되는 것을 말한다(Nathaniel, 2002; Linda, 2000).

정서적 영역의 도덕적 고뇌 개념을 살펴보면, Wilkinson(1987/88)은 24명의 간호사들과의 면담에서 분노, 좌절, 죄책감, 우울, 악몽, 고통, 무가치함, 심계항진, 설사, 두통, 정신적인 불균형을, Rodney(1988)는 중환자실 간호사들과의 면담에서 의사결정과정이나 환자와 가족, 그리고 치료과정에 참여한 자신의 활동에 대해서조차 무관심 표명, 분노, 무력감, 좌절감을, Perkin et al.(1997)은 무늬아를 간호하는 소아과 간호사들과의 면담에서 소진, 위축, 갈등, 무기력, 고통, 번민, 적개심, 분노, 심각한 도덕적 갈등과 고통을, Linda(2000)는 주산기 병동 간호사들과의 면담에서 분노, 죄책감, 좌절감을 경험한다고 제시하고 있다.

이상의 정서적 영역의 도덕적 고뇌 개념은 간호사가 도덕적 상황에서 도덕적 행동을 수행할 수 없을 때 겪게 되는 분노, 좌절, 죄책감과 같은 부정적 정서반응을 의미한다고 할 수 있다.

- 결론적으로 이론적 단계에서 간호사의 도덕적 고뇌의 속성은
- 상황적 영역 : 도덕적 문제를 내포한 간호 상황/부적정 진료행위, 부적정 간호행위, 불합리한 조직행정, 과중한 경제적 부담
  - 인지적 영역 : 도덕적 행동을 어렵게 하는 제약 인지/내적 제약, 외적 제약
  - 행동적 영역 : 상황에 대한 부정적 행동반응/ 회피, 묵인, 마찰, 이직
  - 정서적 영역 : 상황에 대한 부정적 정서반응/분노, 좌절, 죄책감으로 요약할 수 있다.

이상에서 규명된 속성을 토대로 하여 간호사의 도덕적 고뇌 개념에 대한 작업적 정의를 내리면 다음과 같다.

‘간호사의 도덕적 고뇌는 간호사가 도덕적 문제를 내포한 부적정 진료행위, 부적정 간호행위, 불합리한 조직행정, 과중한 경제적 부담의 간호 상황에서 내·외적 제약으로 인하여 도덕적 행동수행이 불가능하게 될 때 분노, 좌절, 죄책감과 같은 부정적인 정서를 경험하게 되는 것’을 의미한다.

## 2. 현장 작업 단계

이론적 단계에서 분석한 개념의 의미를 확장하고 통합함으로써 개념을 재정리할 목적으로 혼종모형의 현장작업에서는 주로 심층면담과 참여관찰을 주로 행하는데 본 연구의 개념 특성상 참여관찰은 대상자의 반응에 영향을 미칠 수 있다고 판단되어 실시하지 않기로 하였다. 본 연구에서는 근무부서, 직위, 경력이 다양한 간호사로부터 도덕적 고뇌 현상에 관한 풍부한 경험을 얻기 위하여 대구·경북 소재 1, 2, 3차 의료기관에 근무하는 6명의 간호사를 대상으로 2002년 5월 10일부터 2개월간 심층 면담을 통하여 자료를 수집하였다.

### 1) 대상자 선정

대상자 선정은 연구자 본인이 판단하여 간호사의 도덕적 고뇌 개념의 속성이 가장 잘 드러날 수 있는 중환자실, 중양내과 병동, 호스피스 병동, 산소아과 병동의 간호사 6명<표 1>을 대상으로 심층면담을 실시하여 자료포화상태가 될 때까지 실시하였다. 대상자 선정에 있어 유의표출을 시도한 이유는 도덕적 고뇌의 속성을 가장 잘 드러낼 수 있는 표본을 확보하여 이론적으로 제시되고 있는 속성은 물론 미처 확인되지 못한 내용을 찾아내기 위함이다.

&lt;표 1&gt; 대상자의 일반적 특성

대상자	직위	교육정도	임상경력(연)	종교	간호단위
A	수간호사	4년제 졸	18	가톨릭	중환자실
B	간호팀장	3년제 졸	25	가톨릭	산소아과계 간호팀
C	일반간호사	3년제 졸	3	없음	중환자실
D	일반간호사	4년제 졸	4	기독교	중앙내과 병동
E	일반간호사	3년제 졸	5	없음	중환자실
F	일반간호사	4년제 졸	13	가톨릭	호스피스 병동

## 2) 면담진행

각 간호단위 관리자로부터 추천된 대상자나 연구자 본인과 평소 친분이 있는 간호사를 대상으로 심층면담에 대한 동의를 연구자가 직접 얻고 전화나 방문을 통해 면담일시를 결정하였다. 면담은 1회 이상 실시하여 자료 포화상태가 될 때까지 면담을 실시하여 총 15회의 면담이 이루어졌다. 대부분의 면담시간은 최소 30분~90분 정도 소요되었고, 면담 장소는 연구자의 사무실을 이용하였으며, 면담 기록을 위해 연구대상자의 동의를 얻어 녹음과 현장노트를 병행하고, 면담은 연구자 본인이 직접 실시하였다. 면담은 간호사로서 임상 전반에 대한 과거 회상적 내용으로부터 시작하여 현재에 이르기까지 본인의 경험을 진술하도록 진행하였다.

질문으로 주요 내용은

“간호사로서 임상에서 맞닥뜨리는 도덕적인(윤리적인) 고뇌(어려움)는 무엇이라고 생각하니까?”

“본인이 도덕적인(윤리적인) 고뇌(어려움)로 힘들어하신 경험이 있습니까?”

“경험하셨다면 그 상황은 어떠했습니까?”

“실제로 어떻게 대처하셨습니까?”

“그때 느꼈던 감정, 느낌들은 어떠했습니까?” 등이었다.

그리고 대상자의 자료를 분석하면서 다음 면담시 필요한 질문내용을 그때그때 구성하고 또 연구 질문을 수정하는 과정을 거쳤다.

## 3) 사례제시

## A 간호사

## 상황1.

*Ventilator* 달고 있는 환자, 이게 계속 오래 가니까, 젊은 사람인데 *expire* 안 하니까 닥터들도 지치고 보호자도 지치고 빨

리 인제(이제)… 하느님이 주신 생명인데 …그걸 인위적으로 우리가 조정해 가지고 일찍 죽게 한다는 것은 윤리적으로 대개(아주) 안 맞는 것 같아요. 정말 한 사람을 내가 막 죽인 거 같은, 내가 살인자 같은 그런 느낌, 내가 안 된다고 끝까지 마 이렇게 방어를, 내가 책임자니까 내가 싸웠어야 했는데, 나도 거기 맞춰 가지고 좋은 게 좋다 싶어가지고, 내가 오히려 없었고… 그제 밤에 꿈에도 막 나타날 정도로 대개(아주) 힘들었거든요.

모든 걸 비밀하에 이렇게 하니깐, 그건 정말 죄책감이 많이 들어요. 보호자들은 모르니까 내가 보호자 보기에 민망하지

## 상황2

그때 손이 안 닿이니까(일손이 부족하니까) *ventilator* 종류 수통에 물이 넘치는 걸 놓쳐서 환자가 청색증이 온거라예…주치의가 와서 난리 칠 때도 딱 잡아뒀지예.

내가 마 그때 실수를 인정하고 마 그랬으면 그 상황이 어떻게 될지 모르지만, 내가 그제 감춘거 잡아야예? 보고도 안 하고…(말을 잊지 못함) 정말 죄책감이 너무 많이 들어가지고…그때 마 누구한테 그걸 얘길 했었어야 하는데 그걸 제 혼자 지 금까지 비밀로 가지고 있었거든요.

## 상황3

환자가 이뿔(변동)이 심해서 갑자기 환자수가 확 쏠다든가(줄어든다든가) 안 그러면 무조건 간호사수를 줄아래(줄여라) 할 때, 이렇게 막 많이 들어와서 바빠 죽을 때는(간호부에서) 간호사수를 더 보충시켜 주지는 못하다가 그런데 환자 한두 명 빠지고 마 이래되면 무조건(간호사수) 줄아래 카거든예, 전 화오고 마 이래케예… 행정하시는 분들은 일단 환자수하고 그것만 보니까 일단 거기에 대해서 막 카니까 얘들도 저한테 불만을 터뜨리는거라예…일단 상부에 맞서지를 못하는데서 오

는 갈등이 좀 있어예 ...애들한테 능력 없다고 인정받지는 않을까하는 느낌

#### 상황4

그 왜 검사 같은 거 있잖아요? 환자들은 모르고 선생님 연군지 뭔지 하는 목적으로 일률적으로 쪽 하는 거 있잖아요. 그거는 정말 처음엔 우리 몰랐죠 언제 한번은 와 그라노 해서 대판 싸운 적이 있거든요. 윤리, 그런데 의사들은 우리보다 더 심하잖아예? 그래도 우리는 조금은 더 나은데..(중단) 외래교수들하고 이래 또 걸려 있으니깐 거기에서 오는 갈등도 있고 점점하니까 내가 덮어둠으로써 더 속상할 때가, 그렇게 표면화 못 할 때가 더 속상하고 보호자나 환자 보면 더 미안한 감정도 들고 그렇지요. 그 사람들 아무 잘못도 없는데 부당하게 당한다 싶으니까 속상하고 답답하지요.

A 간호사의 면담을 통해 상황적 영역에서는 부적정 진료행위, 부적정 간호행위, 불합리한 조직행정이 인지적 영역에서는 내적 제약으로 개인의 종교적 신념의 차이, 의사의 지시를 따라야 함과 동시에 환자에게 최선을 다해야 하는 직업상 간호사로서의 책임과 의무간 갈등, 외적 제약으로 부적절한 인사관리가 관찰되었다. 행동적 영역에서는 묵인, 마찰이 관찰되었고 정서적 영역에서는 환자나 보호자에게 미안함, 죄책감, 속상함, 답답함이 관찰되었다.

#### B 간호사

##### 상황1

나는 정말 ○○ 전문간호사로서 정말 반듯하게 하고 싶은데..(중략) 상부조직에 정말 너무 실망해버렸어요. 정말 위에 행정하는 사람들은 눈에 안 보이면 잘 모르면서... 제대로 알아보지도 않고 무조건 한쪽 말만 듣고서는..(중략)(울음 때문에 중단) 유방 마사지 같은 것을 미리 교육시키고 실행에 옮겨야 되는데 보호자 들락거리는 거 너무 싫어해요. 간호사뿐만 아니라 레지던트들도 싫어해요. 간호사들의 사고는 내가 좀 힘들더라도 환자한테 유익하다면 그것을 해 줄 생각은 참 부족해요. 당연히 받을 교육받을 권리가 있는 거잖아요? 자기들도 좋은 것은 알지만 (목소리를 높이면서) 너무 바쁘고 일도 많고 그래서 일거리 더 만드는 것은 딱 싫은 거야. 그래서 자꾸만 마찰이 오는 거예요. 그때는 속으로 많이 삼켰어요. 이제 마체념이 딱 되어버리는 거예요.

B간호사의 면담을 통해 상황적 영역에서는 부적정 간호행

위가 인지적 영역에서는 외적제약으로 상위 간호조직의 지지결여가 내적제약으로 간호사와 의사의 자기편의적 사고가 관찰되었다. 행동적 영역에서는 마찰이 정서적 영역에서는 속으로 삼키거나 체념이 관찰되었다.

#### C 간호사

##### 상황1

음, 터미널(말기) 케이스 같은 경우는 선생님이 왜 아무 말도 하지 않고(ventilator) mode를 change 하잖아요? (아주 심각하고 작은 목소리로) 제가 학생 때 그런 얘기를 들었는데 의사들이 그런 식으로 한다는 거. 그런데 정말 그런 얘기를 들었을 때 아, 그때 들었던 얘기가 바로 이런 거구나 하는 생각이 드는 거예요. 그러면 이렇게 하는 것이 아무렇지도 않게 되는 건지, 또 Charting은 실제와 다르게 요구하고... 환자가 희망이 없다 할지라도 최선을 다해야 하는 거 아니예요? 그런데도 우리(간호사)들은 거기에 아무런 반응도 없이 그저 당연하다는 듯이 받아들인다면..(말을 중단) 이럴 땐 정말 기가 막혀 말이 안 나와요. 처음에는 그냥 어쩔 수 없이 받아들여야 하는가보다 하지요. 그리고 정신없이 또 일은 해야 하고 그런데 그러면서도 너무 화가 났었고, 사실 저도 보면 공범자잖아요? 그리고 (그런 상황에서) 아무 말도 못하는 내 자신한테 막 화가 나는 거예요. 그런데 보호자들은 아무 것도 모르고 환자 보면서 자꾸 눈물 흘리는 거 보면 나도 막 눈물이 날 것 같고, 그거 끝나고 얘기는 못하겠고, 그때는 어떻게 해야 할지 모르겠어요. 너무너무 안절부절 못하게 되고, 내가 보기에 이런 데 보호자들은 얼마나 그럴까 이런 생각도 들고 그런데 또 시간이 지나면 그게 또 무더지는 거. 그게 참 싫어요.

##### 상황2

CVP 우리 자주 재잖아요? 그런데 CVP 한 지 얼마 안 되는데 한번은 자꾸 그 ○○선생님(곧 개업할 의사)한테 CVP를 하게 하는 거예요. 처음에는 별 생각 없었는데, 과장 선생님들은 CVP 한 지 오래 되었잖아요? 그러니까 거기 나가면 잘못 해보니까 그렇게 한대요. 그런데 그것을 나중에 알게 되었어요. 그런데 그 환자 fever가 나중에 났거든요. 그때 카테터 remove 하자 그러대요. 제가 그래도 되는 거가 하고 주치의한테 따지니까 그냥 별 대수롭지 않게 그럴 수 있는 거 아니냐 이래요. 정말 기가 막혀서...

##### 상황3

환자가 아프다고 noti를 하면 그냥 observation하자고 전화

로 말만 하고 사실 그렇게 진통제는 안주고 그렇게 되다보니 환자가 한 번은 난리가 났는 거예요 솔직히 의사가 너무하다는 거, 기가 막히지요, 의사의 의무인데...(말을 중단하면서 한숨을 내쉬) 너무 아프다고 많이 그러니까 의사들은 당연하다고 받아들이는 거 같아요 정말 속상하지요 내가 의사가 아니라는게 참...(말을 중단). 속에서 이런게 주먹을 목에다 대고 올라오지요

상황4

아랫 연차가 환자상태에 대한 무슨 얘기를 하면 일단 무시하고 딱 그러는 거

내가 뭐 볼 줄 아는데 뭐 이런 식으로 대할 때 정말 속으로 화가 부글부글 끓지요. 말은 못하고, 그러다가 환자가 정말 나 빠졌는데 그럴 때 수간호사 선생님이나 주치의에게 사실을 얘기하고 싶은데 그렇게 하지 못하고 눈치만 보게 되고..제가 밖으로 표출하는 스타일이 아니다 보니 이런 경우에 아무 것도 못하겠고, 가슴이 뛰어서 아무 것도 못하게 되고, 그러다 보니 그 다음 행동에 또 실수를 하게 되고..

C 간호사의 면담을 통해 상황적 영역에서 부적정 진료행위, 부적정 간호행위가 관찰되었고 인지적 영역에서 외적 제약으로 의사의 비협조, 의사결정권의 부족, 내적 제약으로 자기주장의 어려움, 동료간호사간 가치관의 차이, 간호조직의 힘의 부족이 관찰되었다. 행동적 영역에서는 묵인, 마찰이, 정서적 영역에서는 화가 남, 불안, 속상함, 점차 무더짐이 관찰되었다.

D 간호사

상황1

솔직히 시간이나 있으면 말기 환자들한테 제가 이야기도 할 수 있고, 좀 더 emotional care 이런 거 해줄 수도 있고 그럴텐데, 옛날도 그랬지만 지금도 너무 바쁘니까 어쩔 수 없이 모른 채 할 수밖에 없는 마음, 특별히 저연차 때는 아프다고 해도 내가 너무 바쁘니까 다른 일에 신경이 쓰이니까 정말 이렇게 무시하고 지나갈 때도 많았거든요 솔직히 죄책감도 들지만 그냥 제 일이 너무 바쁘니까요 어쩔 수 없다는 생각을 했거든요 요즘은 닥터들이 협조를 안 해주어서 더 화가 나요 우리가 정말 시행할 수 있고 조정해 줄 수 있는 것도 협조 안 해주니까 그런 거 때문에 트러블이 많고 또 그렇게 안 해 줌으로써 우리가 들들 볶이잖아요?

솔직히 저도 저 사람이 complain을 하면 그냥 아프구나 생각하지, 얼마나 저 사람이 참고 있는냐는 생각은 별로 안 하잖

아요? 그런데 우리가 이론적으로 배웠을 때는 분명히 엄청 아플건데 라는 생각이 들고 지금 우리가 임상에서 통증관리 해주는 거는 정말 진통제 오더 나면 시행해 주는 거 그것밖에 없는데 학교에서 배울 때는 더 많은 것을 배웠는데 그것을 써먹으려고도 하지 않고 또 그것을 해 줄 수 없다는 게 좀 그래요 돌아서면 뭔가 짹짹하고 그래요

어차피 말기니까 솔직히 닥터들도 그렇고 저희들도 그렇고 (웃으면서) 이 사람이 CPR을 하느냐 안 하느냐에 중점을 두거든요, (중략) 그러니까 거의 한달 전 쯤에는 정말 000호에 컨디션 안 좋은 사람이 세분인가 있었거든요 그래서 거의 매 duty 나올 때마다 아직 안 가셨네(웃는다), 그러니까 정말 안 가셨다가 아니라 아직 해결 안 되었나 마 이런 식으로 얘기하게 되고, 그렇게 생각하다가도 내가 너무나 비인간적이다라는 그런 생각이 들고 그래요. Expire 환자들도 그저 expire 처리하는데 바빠서 얼마나 보호자들이 가슴이 아플까 하는 그런 생각이나 그런 거는 잘 없고, 빨리 치우고 빨리 (영안실로) 내려보내야 될텐데 그런 생각만 들고, 정말 한 물건을 치우듯이 그런 생각으로 일을 하게 되잖아요? 그 일이 끝나고 집에 가서 생각해 보면 간호사란 직업이 그리 좋은 직업은 아니구나 라는 생각도 들고, 사람이라는 존재를 너무나 물건처럼 생각한다는 거, 점점 더 그런 생각이 더 들어가요 간호사들은 정말 봉사직이라고 생각하는데 인제 점점 그냥 일하는 사람이라는 생각이 더 들어요 점점 더 차가워지고 작은 목소리로 점점 고개를 떨구면서...(말을 잊지 못함) 내가 과연 그분들을 위해 간호사로서 얼마나 진심으로 해주었던가 이런 것 말이에요 지금도 그분 생각하면 가슴이 아파요 때로는 부끄럽기도 하고

상황2

보호자들이나 환자들이 물론 끝까지 해보고 싶다는 생각은 들잖아요? 어떨 때 정말 돈이 없어서 포기하고 돌아가려고 할 때 정말 환자를 보면 다른 어떤 보조장치가 있어서 한번 해보고 갈 수 있었으면 좋겠다는 안타까운 생각이 들 때가 많아요 정말 꽤 그런 사람들이 많거든요 돈이 없어서 얘기 포기하고, 주사 같은 것도 넣지 말라 그러고 그럴 때 정말 맘 아파요 어떤 경우는 치매 할머니라고, 보호자분들이 너무나 모든 것을 거부하는 거예요 꼭 해야 하는 것도 말이에요 병원에 그러면 왜 왔는지 모를 정도로, 정말 그거 보면 미워요

D 간호사의 면담을 통해 부적정 진료행위, 부적정 간호행위, 불합리한 조직행정, 과중한 경제적 부담이 관찰되었고, 인지적 영역에서 외적 제약으로 의사의 비협조, 보호자의 비협

조, 간호인력 부족이 내적 제약으로 간호사의 관행적인 의사오더 수행, 타성에 젖게 됨이 관찰되었다. 행동적 영역에서는 회피, 목인이 정서적 영역에서는 죄책감, 환자에게 미안함, 안타까움, 미움, 간호직에 대한 회의를 관찰되었다.

### E 간호사

#### 상황1

Dressing 같은 거, 정말 어디서 배웠는지 자기들 바쁘다고 겹에 반창고만 싹싹 가는 거 봤거든요. 뉘새는 나고, 그런 거 계속 뭐라갈 수도 없고, 보호자는 모르고.. 정말 고릴 땀 화가 나고, 솔직히 심정으로는 막 뭐라카고 싶고 그러고 싶은데.. (힘없이 말을 중단함) 그것도 한두 번도 아니고... 거의 expire 하실 거라고 생각하는 그런 환자들 같으면 아예 손을 탁 놓잖아요? 그럴 때 정말 맘 많이 아파요

#### 상황2

보호자들 닥터하고 면담하기가 얼마나 힘들어요? 병원에 누구 안다거나 그러면 정말 신경 많이 쓰면서 일반 환자들이나 보호자들 얼마나 힘들어요? 그럴 때 간호사들은 완전히 썬드위치예요, 속상하지요, 우리가 어떻게 해주지도 못하고, 자꾸 그러면 신경질 내고, 밤에 전화해 봐요, 얼마나 귀찮아해요 그렇다고 안 할 수도 없잖아요? 그래놓고 일 나면 간호사한테 뒤집어씌웁니다 그리고 정말 일할 맛 안나요 정말 우리가 하는 말 좀 귀담아 듣고 해야 하는데 정말 근성으로 듣는 환자 고생시키고...(말을 중단) 정말 힘 빠지고 속상하지요 단지 의사라는 고런 거 하나 때문에 고집하고... 아, 이게 내가 할 수 있는 다구나, 내 한계를 느끼는 것도 같고...(중략)

#### 상황3

특히 나이트 때 정리정돈 같은 거 많이 하는데 솔직히 그런 거 보다 환자들한테 한 번 더 가주는 거가 더 중요하잖아요? 그런데 정리하고 이런 데 쫓겨서 그런다고 오히려 한번씩 (suction이나 중요한 순간들) 놓칠 때가 있거든요, 그럴 때 환자한테 정말 미안하다는 생각이 들고 정말 어떨 때는 가래가 너무너무 많아 가지고 suction하고 딱 돌아서면 또 기침하고, 혼자 괜히 너무 자주 해주어도 안 좋다고 합리화도 시키지 못하고 힘들고 너무 귀찮으니깐... 그렇지만 내심 정말 불편하지요

#### 상황4

좀 의식 없으시고, 또 설치는 환자 분들은 억제대 해놓고 바인더도 해 놓잖아요? 어떨 경우에는 내가 불안하니까 좀 무리

해서라도(묶어 두는)... 일손이 부족하다보니 내가 바빠서 *observation*을 못해서 떨어지면 어쩌나 이런 생각에 묶어 놓는 경우도 있지요 시간이 쫓기다 보면 살갓이 벗겨져도 그냥 지나치게 되거든요. 신규 때는 그런 거 보면 안쓰럽고 환자한테 미안하고 그랬는데 그렇게 무더지는 거 같아요

#### 상황5

pain killer 주는데 용량을 잘 몰라서 신규 때 doctor한테 오더를 받았는데 본래 그 약은 용량이 그렇게 들어가는 게 아니고 내가 너무 많이 줬던 경우였거든요. 다행히 환자한테 특별한 일이 없었지만, 그 당시에 정말 죄책감 많이 들고, 그리고 정확하게 물렸을 때는 물어봐야 하는데 그냥 해버렸잖아요? 환자 어떻게 될까봐 한 동안 굉장히 두렵고 그랬어요. 나만 또 이래 사고를 치는구나 하는 생각도 들고 잠도 못 자고 불안하고 그랬어요. 사실 이때는 책임자에게 보고를 해야 되잖아요? 그런데 안 했지요, 그래서 더 불안했지요

E 간호사의 면담을 통해 상황적 영역에서는 부적정 진료행위, 부적정 간호행위, 불합리한 조직행정이 관찰되었고, 인지적 영역에서는 내적 제약으로 자기주장의 어려움, 도덕적 통합성의 결여, 자기 합리화가 외적제약으로 인력부족, 의사의 비협조, 간호조직의 힘의 부족이 관찰되었다. 행동적 영역에서는 회피, 목인이 정서적 영역에서는 화가 남, 죄질, 간호사로서의 한계 절감, 환자에게 미안함, 속상함, 점차 무더짐, 죄책감, 불안이 관찰되었다.

### F 간호사

#### 상황1

전에 내가 응급실에서 너무 힘들어 가지고 눈물이 날 지경이었거든요, 환자 오면 받아야지, 바이탈 해야지, 뛰어 다녀야지, 그런데도 의사는 안 오지, 환자 안 봐주지, 사실은 우리가 noti를 하고 환자 얘기를 했는데도 자기가 안 와 가지고서는 나중에 보니까 환자도 안 좋고 그러니까 자기 책임인데 우리한테 카는 거라에, 내가 정말 그때 너무너무 화가 나가지고 차트를 한번 집어 던진 적 있었거든요. 그런 상황이 되었을 때 간호사들은 보통 표현한다기 보다는 억눌려져 버리는 게 있잖아요? 그때 이야기를 당당하게 할 수 있는 그런게 잘 안 되는 거라, 그게 지금 가만 생각해보면 힘의 그거였지? Paver에 있어서 일단 밀린다는 느낌 어쩔 수 없이 받아들일 수밖에 없는 게 참 그랬어. 의사들 언어폭력 같은 거 이럴 때 간호부에서 제대로 방패막이가 잘 못 되어주는 거 같애. 힘이 없으니



까 당하지 속에서 올라오는 데로 한다면야 얼마나 좋겠노만서도 그렇게 할 수도 없고 그럴 땐 정말 간호사하고 싶은 맘 똑 떨어지지 한마디로 힘 빠지지

### 상황2

말기환자들, 통증 정말 심하잖아, 그런데도 보호자나 선생님들도 말기 되면 두 손 탁 놓고 관심 안주잖아, 그러니 환자들은 가족한테도, 의료진한테도 관심 밖의 인물이잖아. 환자만 불쌍하지 정말 너무 안타깝지 내가 해 줄 수 있는 게 한계가 있잖아, 누구하나 두 손 걷고 나서는 사람도 없고 정말 속상하고 그래. 회진이라카는 거는 그저 획 왔다가 환자 눈도 한번 안 맞추고, 어디 환자 몸에 손이라도 한번 대거나 하나? 암환자는 줄줄이 피고 있으면서 말기환자 관리의 하나도 안 해주면서 그 준다가는게 기껏 데메를 때찌개 아주 극소량) 주면서 어디 그게 주사기에 묻고 말지 정말 환자만 불쌍하지, 불쌍해 그래 놓고는 사전 상의도 없이 respiration stop 되면 환자 바로 중환자실로 끌고 가서, 정작 가족이 함께 있어야 할 막판에 싸늘하게 중환자실 시트 위에서 홀로 외롭게 눈감게 하는 거. 정말 비인간적이야 그런 것을 지금 내 처지에서 어떻게 조정해 볼 수도 없는 것 같고, 일단 의사들이 관심이나 있어야지 이거 뭔가 제도적으로 잘못돼도 한참 잘못됐다고 생각해. (중략) 뭐냐하면 정말 환자들이 안 좋아하는데 정말 막판이 되기 전에 얘기를 미리 좀 얘기를 안 해주는 거야 이 환자는 의사선생 말만 듣는 거라. 그런데 의사 오니까 한마디도 못하는 거라에. 저녁에 의사가 안 된다고 딱 한마디 했는 거라에. 그때 가서야 딱 포기하는 거라. 정말 화나지(중략) 의사들은 호스피스라는 그 자체에 대한 마인드가 없는 거라에

### 상황3

상부에서 호스피스 활동에 적극 지원을 잘 안 해주는 경우가 많았지애 솔직히 관리자가 그런 마인드가 없으면 정말 어려운 거라에.

바로 (돈을) 못 받으니까 안 받는다 이걸 거라. 이번에 소아암 거기도 그 애를 위해 2억이 넘게 병원에 다녔는데도 뒤에 의료보호 되고 그러니까 응급실에서 입원을 안 시키준다캐에, (중략)나보고 가난한 사람만 편다 카는거라에, 처음에는 황당하고 속상했지

사실 그때 몇 년 된 사람들도 몇 명 있었거든에 이런 사람들 퇴원시켜야 된다고, 이런 사람들 두면 병원이 안 된다고 돈도 못 벌인다고 무조건 퇴원시키라고 그러고, 안 시킨다고 고함지르고 계속 그랬어애, 그 사람들 오래된 의료보호 환자

들이 지금 갈 때도 없고 여기 병원 아니면 생활이 안 되는 사람들이 어디로 퇴원시키겠냐고(중략)그래 내가 한참 지나고 생각해보니 내가 그때 정말 힘이 좀 들더라도 그거는 안 되고 이렇게 저렇게 정식으로 왜 이야기를 못 했을까 하는 후회도 되더라고애

행려환자는 다른 병원에 안 받아주니까 일단 우리 병원에 얼른 실어놓고 간다고 보호자 없으니까 입원수속도 잘 안 되고, 그러다 보니 우리는 바빠 죽을 지경이니 일일이 챙기지도 못하고 하여튼 보면 불쌍하긴 한데 바빠다 보니, 의사들이 제껴 놓으니 우리도 자연 관심밖에 두게 되고 그래도 늘 점점하지 양심이 좀 쪼리기도 하고 그러다 보니 그 환자를 자꾸만 피하게 되지

F 간호사의 면담을 통해 상황적 영역에서는 부적정 진료행위, 과중한 경제적 부담, 불합리한 조직행정이 관찰되었고 인지적 영역에서 내적 제약으로 자기주장의 어려움이, 외적제약으로 간호조직의 힘의 부족, 상위 간호조직의 지지결여, 의사의 비협조가 관찰되었다. 행동적 영역에서는 수용, 회피, 묵인이 정서적 영역에서는 화가 남, 간호사로서의 한계성 절감, 간호직에 대한 회의, 속상함, 양심의 가책, 환자를 보면 마음이 아픔이 관찰되었다.

각 사례에서 나타난 간호사의 도덕적 고뇌 속성은 다음과 같다<표 2>.

### 3. 최종 분석 단계

최종분석 단계에서는 간호사의 도덕적 고뇌 개념을 충분히 이해하고 흥미가 있으며, 주제관련 전공학자, 혼종모형 논문 발표 유경험자 및 임상 전문가로 구성된 전문가 집단의 자문을 구하여 최종적인 개념의 속성을 확인하였다.

이상의 현장 관찰내용에서 도출된 간호사의 도덕적 고뇌 개념의 속성은 이론적 단계에서 도출된 상황적 영역과 인지적 영역은 거의 일치하였으나 행동적 영역과 정서적 영역에서는 다소 차이를 보였다. 상황적 영역에서는 부적정 진료행위와 부적정 간호행위는 5명의 대상자에게서 관찰되었고, 불합리한 조직행정은 4명, 과중한 경제적 부담은 3명의 대상자에게서 관찰되었다. 인지적 영역에서는 내적제약, 외적제약이 모든 대상자에게서 관찰되었고, 행동적 영역에서는 회피가 3명, 묵인은 5명, 마찰은 2명에게서 관찰되었다. 그러나 문헌에서 도출된 이직은 현장관찰에서는 없었다.

<표 2> 간호사의 도덕적 고뇌 속성

이론적 단계		현장작업 단계					
		간호사A	간호사B	간호사C	간호사D	간호사E	간호사F
상위 영역	하위 영역						
	부적정 진료행위	*		*	*	*	*
상황적 영역:	부적정 간호행위	*	*	*	*	*	
도덕적 문제를 내포한 간호 상황	불합리한 조직 행정	*			*	*	*
	과중한 경제적 부담				*		*
인지적 영역 :	내적 제약	*	*	*	*	*	*
도덕적 행동을 어렵게 하는 제약인지	외적 제약	*	*	*	*	*	*
행동적 영역 :	회피				*	*	*
부정적 행동반응	묵인	*		*	*	*	*
	마찰		*	*			
	이직						
	분노(화가 남)			*		*	*
	좌절						
	죄책감	*			*	*	*
	속상함	*		*			*
	답답함	*					
정서적 영역 :	속으로 삼킴	*					
부정적 정서반응	불안					*	
	안타까움			*	*		
	미움				*		
	간호직에 대한 회의				*	*	*
	점차 무더짐			*		*	

정서적 영역에서는 죄책감 4명, 화가 남 4명이 관찰되었고, 문헌에서 도출되지 않았던, 속상함 3명, 간호직에 대한 회의 3명, 불안 2명, 점차 무더짐 2명, 답답함, 속으로 삼킴, 안타까움, 미움이

역에서는 내적제약, 외적제약이 모든 대상자에게서 관찰되었고, 행동적 영역에서는 회피가 3명, 묵인은 5명, 마찰은 2명에게서 관찰되었다. 그러나 문헌에서 도출된 이직은 현장관찰에서는 없었다.

정서적 영역에서는 죄책감 4명, 화가 남 4명이 관찰되었고, 문헌에서 도출되지 않았던, 속상함 3명, 간호직에 대한 회의 3명, 불안 2명, 점차 무더짐 2명, 답답함, 속으로 삼킴, 안타까움,

미움이 각 1명에게서 관찰되었다. 또한 문헌에서 도출된 좌절은 현장관찰에서는 없었고, 현장관찰에서의 환자나 보호자에게 미안함은 죄책감으로 묶어 분석하였다. 문헌에서의 분노는 현장관찰에서의 화가 남으로, 간호직에 대한 한계성 절감은 간호직에 대한 회의로 각각 묶어 분석하였다.

이를 통해 최종적으로 간호사의 도덕적 고뇌 개념 정의는 간호사의 도덕적 고뇌는 간호사가 부적정 진료행위, 부적정 간호행위, 불합리한 조직행정, 과중한 경제적 부담의 도덕적 문제를 내포한 간호 상황에서 내·외적 제약의 인지로 인하여 도덕적 행동이 불가능하게 될 때 죄책감, 화가 남, 간호직에 대

<표 3> 간호사의 도덕적 고뇌 지표

속성	간호사의 도덕적 고뇌 지표
상황적 영역 : 도덕적 문제를 내포한 간호상황	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 윤리적 절차 무시한 의사의 임의적 생명연장치료 중단</li> <li>• 사전 동의 절차 무시한 연구목적의 검사나 시술시행</li> <li>• 말기 환자들에 대한 의사들의 무관심과 소홀한 대응</li> <li>• 말기 암환자들에 대한 비효율적인 통증조절</li> <li>• 환자에 대한 의사의 불성실한 태도</li> <li>• 환자상태에 대한 간호사들의 조언을 무시하는 의사들의 태도</li> <li>• 간호들에게 언어적 폭력 휘두르는 의사들의 태도</li> <li>• 의사들이 실제 의료행위와 다른 간호기록 요구</li> <li>• 환자나 보호자의 의견이 배제된 일방적인 의사주도의 말기환자 임종</li> </ul>
인지적 영역 : 도덕적 행동을 어렵게 하는 내외적 제약인지	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 바빠서 환자상태 관찰 소홀하여 위급 상황 초래</li> <li>• 의사나 간호사의 비협조로 환자교육을 제대로 실시 못함</li> <li>• 상급간호사가 하급간호사를 무시하는 병동분위기</li> <li>• 바빠서 알면서도 환자의 요구 무시하게 됨</li> <li>• 간호사 편의를 위해 과도한 억제대 사용</li> <li>• 간호사의 투약 오류시 보고의무 기피</li> <li>• 간호인력 부족으로 과중한 업무부담</li> <li>• 경제적 부담으로 인한 보호자의 치료중단 결정</li> <li>• 치매노인이라는 이유로 보호자가 모든 치료 거부</li> <li>• 환자들에 대한 차별대우, 입원을 꺼리거나 강제퇴원 종용</li> </ul>
행동적 영역 : 부정적 행동반응	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 개인의 종교적 신념의 차이, 의사의 지시를 따라야 함과 동시에 환자에게 최선을 다해야 하는 직업상 간호사로서의 책임과 의무간 갈등, 간호사와 의사의 자기편의적 사고, 자기주장의 어려움, 동료간의 가치관의 차이, 간호사의 관행적인 의사오더 수행, 타성, 도덕적 통합성의 결여, 자기합리화</li> <li>• 부적절한 인사관리(간호인력 부족), 상위간호조직의 지지결여, 의사, 보호자의 비협조, 간호사의 의사결정권 부족, 간호조직의 힘의 부족</li> </ul>
정서적 영역 : 부정적 정서반응	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 상황을 회피, 묵인 혹은 마찰을 일으키거나 간호직을 완전히 떠나게 됨(이직)</li> <li>• 분노(화가 남), 좌절, 죄책감, 환자나 보호자에게 미안함, 속상함, 답답함, 속으로 삼킴, 불안, 안타까움, 미움, 간호직에 대한 회의, 점차 무더짐</li> </ul>

한 회의와 같은 부정적 정서를 경험하는 것이다.

이론적 단계와 현장 단계를 통해 개념의 속성이 도출되고 정의가 내려지면 개념의 측정을 위한 지표가 만들어져서 경험적 관찰을 가능하게 할 때 한 개념의 유용성이 생긴다. 따라서 지금까지 문헌과 본 연구 결과에서 제시된 속성 등을 통합, 분석하여 '간호사의 도덕적 고뇌'에 대한 최종적인 지표는 다음과 같다<표 3>.

### III. 결론 및 제언

#### 1. 결 론

본 개념 개발은 간호사의 도덕적 고뇌 개념에 대한 명확한 이해와 정립을 위해서 간호사의 도덕적 고뇌의 속성을 파악하기 위하여 이론적 단계와 현장연구 단계를 병행하여 작업을 시도하였다.

혼중모형에 의한 개념 개발의 결과는 다음과 같다.

간호사의 도덕적 고뇌개념의 속성은 상황적 영역, 인지적 영역, 행동적 영역, 정서적 영역으로 된 4개 상위영역과 그에 따른 부적정 진료행위, 부적정 간호행위, 과중한 경제적 부담, 불합리한 조직행정, 내적계약, 외적계약, 부정적 행동반응, 부정적 정서반응으로 된 8개 하위영역으로 분류되었다. 이를 토대로 최종적으로 고안된 간호사의 도덕적 고뇌의 정의는 다음과 같다.

간호사의 도덕적 고뇌는 간호사가 부적정 진료행위, 부적정 간호행위, 불합리한 조직행정, 과중한 경제적 부담의 도덕적 문제를 내포한 간호 상황에서 내·외적 제약의 인지로 인하여 도덕적 행동이 불가능하게 될 때 죄책감, 화가 남, 간호직에 대한 회의와 같은 부정적 정서를 경험하는 것이다.

종합해 보면, 간호사의 도덕적 고뇌는 많은 경우 의료진과 간호사의 도덕성이 결여된 행위와 관련된 것이 많았고, 경제적 부담으로 인해 취약계층의 치료포기로 인한 경우가 두드러지게 많았다. 또한 생명연장치료와 관련하여 이론적 연구단계에서는 많은 경우 말기환자에게 편안한 죽음을 제공하여야 한다는 간호사의 가치신념이 고도의 침습적인 치료중재가 이루어지는 상황에서 의사의 지시에 따라야 하는 가운데 힘들어하는 경우가 많았다면 현장연구에서는 의료진에 의한 생명연장 치료중단이라는 상황에서 환자에게 끝까지 최선을 다해야 한다는 간호사 개인의 가치신념과 상반됨으로 인해 힘들어하는 경우가 많았다. 현장연구에서의 보호자에 의한 치료포기는 우리의 의료현실이 환자 본인의 의사도 중요하지만 가족을 중시하는 우리의 독특한 문화를 반영하는 것이라고도 할 수 있다. 이는 곧 국내의 간호 상황이 사회적·문화적·경제적으로 차이가 있는 선진국의 경우와 상이함을 반영하고 우리나라 간호사를 대상으로 한 본 연구의 필요성을 지지하는 결과이기도 하다.

이러한 결과를 토대로

간호이론 측면에서 우리나라 간호사의 도덕적 고뇌 현상에 대한 속성과 정의, 지표를 제시함으로써 간호윤리 영역의 이론 확장에 기여할 수 있는 계기를 마련하였고, 특히 본 연구를 토대로 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구 개발에 용이하도록 간호사의 경험을 토대로 실증적인 도덕적 고뇌 지표를 제시하였다.

간호연구 측면에서 간호사의 도덕적 고뇌에 대한 연구를 수행할 때 연구자의 목표는 간호사의 도덕적 고뇌의 정도를 경감시켜 주고, 도덕적 민감성을 높이는 데 있다. 이를 위해서 대상자를 사정하고 중재를 계획하기 위해 간호사의 도덕적 고뇌를 증감시키는 요인을 체계적으로 규명하고, 간호사의 도덕적 고뇌를 경감시킬 수 있는 여러 중재 방안을 제시하는 연구에

기초가 되리라 판단된다.

간호실무 측면에서는 상당수의 간호사들이 도덕적 고뇌로 인해 근무의욕 저하, 양질의 간호제공을 어렵게 하고, 간호생산성 저하, 이직률 증가가 초래되고 있는 바 적합한 중재방안을 모색하여 제시함으로써 간호사의 직무 만족도와 간호의 생산성 증대를 꾀할 수 있으리라 판단된다.

간호교육 측면에서는 간호사의 도덕적 고뇌에 대한 이해증진을 통하여 바람직한 윤리의식 고취를 위한 간호윤리 교육프로그램의 기초자료가 될 수 있을 것이다.

## 2. 제 언

- 1) 본 연구에서 제시된 간호사의 도덕적 고뇌 개념 개발에 대한 연구가 후속되기를 제언한다.
- 2) 본 연구에서 제시된 간호사의 도덕적 고뇌 개념의 속성을 기반으로 한 측정도구 개발을 제언한다.
- 3) 간호사의 도덕적 고뇌를 경감시켜 줄 다양한 중재 프로그램의 개발을 제언한다.

## 참 고 문 헌

- 장익화(1998). 임상간호사의 윤리적 딜레마에 관한 태도 조사. *한국보건간호학회지*, 12(2), 48-65.
- 김모임, 이원희(1997). *간호윤리와 실무*. 서울 : 현문사.
- 김용순(1999). *윤리교육이 간호사의 도덕판단에 미치는 영향* 연세대학교 박사학위 논문.
- 김주희, 안수연, 김지윤, 정주연, 김지미, 최선하, 권영은, 전미영, 김명희(1995). 임상간호사의 윤리적 딜레마에 관한 태도조사. *대한간호학회지*, 25(3), 496-507.
- 박상국(2001). *도덕적 판단이 행동에 이르는 과정의 고찰* 한국교원대학교 석사학위 논문.
- 성미혜(1999). 임상간호사들의 윤리적 가치관에 관한 연구. *대한간호학회지*, 29(3), 561-562.
- 이경혜, 방희숙, 왕임순(1995). 임상간호사들의 가치관 및 가치성향에 대한 연구. *대한간호학회지*, 25(2), 279-294.
- 조갑출(1996). *간호영역에서의 대상자 옹호개념 개발* 연세대학교 박사학위 논문.
- 지성애, 문화자, 한성숙, 김문실, 권성복(2000). *간호관리학 I*. 서울 : 수문사.
- 정희자, 문화자(1995). 임상간호사의 윤리적 가치관과 윤리적

- 갈등에 관한 연구. *간호행정학회지*, 1(2), 349-371.
- 한성숙(1992). 간호사들이 임상에서 경험하는 윤리적 딜레마의 실상과 의사결정에 관한 연구. 서울대학교 박사학위 논문.
- 한성숙, 엄영란, 안성희, 김중호, 차성호, 권복규, 구인희, 임종식, 구영모(1999). *간호윤리학*. 서울 : 대한간호협회 출판부.
- Corley M.(1995). Moral distress of critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 4, 280-285.
- Corley M., R. K. Elswick, Martha Gorman & Theresa Clor (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 250-256.
- Davies, B., Cook, K., O'Loane, M., Clarke, D., MacKenzie, B., Stutzwe, C., Connaughty, S. & McCormick, J.(1996). Caring for Dying Children ; Nurses' Experiences. *Pediatric Nursing*, 22(6), 500-507.
- Fenton, M.(1988). Moral distress in clinical practice: Implications for the nurse administrator. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 1, 8-11.
- Fowler, M. D. M.(1989). Ethical Issues In Critical Care: Moral distress and shortage of critical care nurses. *Heart & Lung*, 18(3), 314-315.
- Jameton, A.(1984). *Nursing practice: the ethical issue*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Jameton, A.(1993). Dilemmas of Moral Distress: Moral Responsibility and Nursing and Nursing Practice. *AWHONN's Clinical Issues in Perinatal and Womes's Health Nursing*, 4, 542-551.
- Liaschenko, J.(1995). Artificial personhood: Nursing ethics in a medical world. *Nursing Ethics*, 2, 185-196.
- Linda Beth Tiedje(2000). Moral Distress in Perinatal Nursing. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 14(2), 36-43.
- Millette, B. E.(1994). Using Gilligan's framework to analyze nurse's stories of moral choices. *Western Journal of Nursing Research*, 16(6). 660-674.
- Nathaniel, A.(2002). Moral Distress Among Nurses. *Issues Update in ANA's Ethics & Human Rights*, 1(3), 3-9
- Penticuff, J. H. & Waldren, M.(2000). Influence of practice environment and nurse characteristics on perinatal nurses' responses to ethical dilemmas. *Nursing Research*, 49(2), 64-72.
- Perkin, R. M., Young, T., Freier, M. C., Allen J. & Orr R. D.(1997). Stress and Distress in Pediatric Nurses: Lesson From baby K. *American Journal of Critical Care*, 6(3), 225-232.
- Rodney, P.(1988). Moral distress in critical care nursing. *Canadian Critical Care Nursing Journal*, June, 9-11.
- Solomon, M., O'Donnell, L., Jennings, B., Guilfooy, V., Wolf, S. M., Nolan, K., Jackson, R., Koch-Weser, D. & Donnelley, S.(1993). Decisions near the end of life: Professional views on life sustaining treatments. *American Journal of Public Health*, 83, 14-25.
- U.S. General Accounting Office(2001), *Nursing workforce: Emerging nurse shortages due to multiple factors*. Report to the Chairman, Subcommittee on Health, Committee on Ways and Means, House of Representatives(Publication No. GAO-01-944), Washington, DC.
- Wilkinson, J. M.(1987/88). Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing Forum*, 23, 16-29.
- Wilkinson, J. M.(1989). Moral Distress: A Labor and Delivery Nurse's Experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 18(6), 513-9.

#### -Abstract-

Key words : moral distress in Nurses

Concept Analysis of Moral Distress in Nurses

Yoo, Myung Sook\*

purpose: The study was done to analyze the concept of moral distress in nurses. Method: The Hybrid Model was used in this study. For the theoretical phase, nursing and other literature were reviewed to analyze attributes and develop a working definition of the concept, moral distress in nurses. For the fieldwork phase, In-depth interviews were conducted with six nurses. Results: Four higher level concepts of moral distress in nurses were found; situational,

\*Research lecturer, Department of Nursing, Catholic University of Daegu

cognitive, behavioral, and emotional, and 8 subscales, negative medical behavior, negative nursing behavior, excessive economic load, irrational organization administration, internal restraints, external restraints, negative behavioral responses, and negative emotional responses. Conclusion: it is necessary to develop programs of arbitration that will lessen the moral distress in nurses working in clinical practice.