

정신보건간호사가 지역사회 정신간호 현장에서 경험하는 윤리적 문제

김 희 정

가천대학교 간호학과

Ethical Problems Experienced by Community Mental Health Nurses in Korea

Kim, Hee Jung

Department of Nursing, Gachon University, Seongnam, Korea

Purpose: The purpose of this study was to explore ethical problems that cause moral distress in nurses and affects the quality of care provided by community mental health nurses working in community mental health settings. **Methods:** Three focus group interviews were held with 14 nurses working in 3 community mental health centers in Korea. Qualitative descriptive methods and qualitative content analysis were used. **Results:** Data analysis found 5 domains (decision making, communication, resources, safety, advocacy), 9 categories (personal information sharing issues, ethical insensibility, collisions between principles and practice, institutions unprepared in ethical problems, ethical dilemma in interactions with clients, problems with the evaluation system, problems with the budget structure, problems with the lack of safety measure, and problems with role limitation as a professional) and 11 subcategories. **Conclusion:** Results of this study suggest a) a need for further research on identifying ethical conflicts arising in community mental health fields, and b) on what nurses actually do when they deal with ethical conflicts, c) efforts to develop ethics support programs such as ethics education, training and reflection meetings to enhance nurses' ethical sensitivity, d) consideration of a supportive environment and culture that prioritizes ethical concerns in practitioners as well as administrators.

Key Words: Ethics, Nursing, Community, Mental health services, Qualitative research

서 론

1. 연구의 필요성

간호사는 간호 현장에서 수시로 의사결정을 해야 하는 상황에 직면하지만 많은 경우 윤리적 기준 및 가치기준에 근거해서 실무를 수행하지 못하는 경우가 있다. 간호사들은 이러한 도덕

적 판단을 행동으로 옮기지 못함으로 인한 윤리적 갈등으로 도덕적 고뇌(moral distress)를 경험한다[1]. Jameton [2]은 간호사들의 도덕적 고뇌에 대해 '도덕적으로 옳은 행동 방향을 알고 있지만 기관의 제약, 예를 들어, 시간 부족, 지휘와 감독 결여, 의료 파트의 권력, 기관의 정책, 법적 제약 등으로 인해 옳다고 생각한 방향으로 행동을 할 수 없을 때 일어나는 고통스러운 감정 혹은 심리적 불안정'이라고 정의한 바 있다. 문제는 이러

주요어: 윤리적 문제, 지역사회정신보건, 질적 연구

Corresponding author: Kim, Hee Jung

Department of Nursing, Gachon University, 1342 Seongnamdaero, Sujeong-gu, Seongnam 13120, Korea.
Tel: +82-31-750-5978, Fax: +82-31-750-8859, E-mail: illine@paran.com

Received: Oct 17, 2016 | Revised: Nov 3, 2016 | Accepted: Dec 1, 2016

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

한 도덕적 고뇌가 간호사들의 업무 만족과 소진은 물론 간호의 질과 환자에게 직접적인 부정적 영향을 미칠 뿐 아니라 간호사 이직 의도에도 부정적 영향을 미치는 매우 중요한 이슈로 의료 환경 전반에 걸쳐 부정적 결과를 초래할 수 있다[3]는 점이다. 따라서 간호의 성과는 물론 간호사 자신의 안녕을 위해 간호사들의 도덕적 고뇌를 줄이기 위한 노력이 필요한데, 도덕적 고뇌는 실무 현장의 유형과 윤리적 이슈의 내용, 그리고 개인의 가치체계에 의해 영향을 받으므로[2], 실무 현장 유형에 따른 윤리적 문제의 규명이 우선 필요하다.

정신질환자를 간호하는 실무현장은 병원과 지역사회 내에 다양한 현상이 존재하며, 지금까지 윤리적 문제에 대해서는 주로 병원 환경에서의 강제 처치와 관련된 윤리적 이슈에 대한 연구가 이루어져 왔다[4]. 정신질환은 질병의 특성상 정상과 문제 상황 간의 구분이 모호한 경우가 많아 대상자를 판단함에 있어 윤리적으로 갈등을 일으키는 상황이 많으며[5], 특히 입원 환자의 경우는 중증 증상 관리를 위해 격리나 강박, 강제입원과 퇴원, 그리고 강제 투약과 같은 강제 처치를 수행해야 하는 경우가 많아 종종 윤리적 문제 상황에 접하게 된다. 한편 지역사회 현장에서의 정신보건서비스의 목표는 정신질환자들이 병원이 아닌 지역사회 망 안에서 적절한 지지를 받는 가운데 사회의 한 구성원으로서 자신의 삶을 충분히 살아갈 수 있도록 하는 것[6]이다. 그러나 이러한 목표를 실천하는데 있어서 지역사회는 병원과 달리 다양한 이해 당사자들 즉, 환자, 봉사자, 전문가, 지역사회 이웃들, 정책 결정자 등이 존재하며 상호 이해관계에 따른 보다 복잡하고 다양한 윤리적 갈등을 내포하게 된다[6]. 또한 정신보건 전문가들은 이러한 다양한 이해관계를 포괄하는 가운데 서비스를 제공해야 하는 위치에 있으므로 병원 환경과는 달리 새롭고 복잡한 윤리적 문제 상황에 직면할 확률이 높다[7]. 따라서 지역사회에 거주하는 정신 장애인을 돌보는 현장에서의 윤리적 문제들은 병원 환경과는 달리 이해해야 할 필요가 있다고 하겠다.

최근 보고되고 있는 지역사회 정신보건현장에서의 윤리적 갈등에 대한 선행연구를 살펴보면, 대상자 스스로의 책임성을 강조하는 방향으로 접근할 것인가? 혹은 책임으로부터 보호하는 것이 더 타당한가의 이슈[6], 서비스를 거부하는 지역사회 환자들의 의견을 무시하고 전문가 판단만으로 서비스를 제공하는 것이 타당한가의 이슈[8], 정신보건 기반이 약한 취약 지역에서의 정신장애인 관리에서의 딜레마[9], 그리고 지역사회 현장이긴 하지만 여전히 의존적인 환자와 전문가와의 비대칭적인 관계 상황에서의 환자 개인의 자율성 보장의 이슈[7] 등이 논의되어 왔다. 한편, UN과 WHO를 비롯하여 여러 나라는 윤

리적 문제 해결을 위한 실천 방안으로 인권 보호 및 서비스의 질 향상을 강조하면서 당면한 이슈들을 중심으로 정신질환자 인권 증진에 초점을 둔 기준과 원칙들을 마련, 권고하고 있다. 우리나라도 1995년 정신보건법 제정 이후 몇 차례 개정에는 2016년 전부 개정을 통해 강제 입원과 퇴원, 응급입원, 보호의 무자, 정보 접근 권리, 비밀 보장, 정책 마련, 시설과 인력, 복지 서비스 제공 등에 관한 법적 조항들을 명시하고 있다. 그러나 현실적으로 정신보건법만으로 정신장애인 인권보호와 옹호가 담보되지 못한 것이 사실이며, 이러한 다양한 변수들이 상호 연관되어 있는 지역사회 내에서 정신보건간호사들이 실무를 수행하는 가운데 어떤 윤리적인 문제들이 존재하는지에 대해서는 구체적으로 연구된 바 없다.

이에 본 연구는 지역사회 정신보건간호사들이 지역사회 정신간호 실무를 수행하는데 있어 어떤 윤리적 문제들을 경험하는지 알아보고자 하며, 이러한 결과는 현재 우리나라가 위치한 법적, 제도적, 문화적 상황 하에서 지역사회 정신보건간호사들이 구체적으로 어떤 윤리적 문제들에 직면하고 있는지에 대한 이해를 제공할 것이다. 이를 토대로 그동안 간과되어 온 윤리적 문제들을 어떻게 다룰 것인가에 대한 제고 및 이로 인한 전문가들의 윤리적 갈등을 해결하기 위한 대안 마련에 필요한 근거를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 지역사회 정신간호사들이 지역사회 정신보건 실무를 수행하는 가운데 어떤 윤리적 문제들을 경험하는지에 대해 탐색하고 서술하는 것이다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 지역사회 정신간호사들이 지역사회 정신보건 실무를 수행하는 가운데 어떤 윤리적 문제들을 경험하는지 이해하고자 포커스 그룹(focus group)을 이용해 시도한 질적 서술적 연구(qualitative descriptive study)이다.

2. 연구참여자 선정 및 윤리적 고려

본 연구의 대상자는 경기도와 서울 소재 정신건강증진센터 3곳에서 근무하는 정신보건 간호사 14명이다. 참여자 모집은

연구자가 직접 센터 책임자와 통화하여 연구의 목적을 설명한 뒤 동의를 구하였으며, 센터 책임자를 통해 일차 동의를 한 정신보건간호사들에게 연구자가 개별적으로 전화하여 참여에 대한 동의를 구한 뒤 면담 당일 서면 동의를 받았다. 센터의 선정은 정신보건 사업 수행 10년 이상인 센터를 중심으로 하였으며, 근무 연수가 너무 적을 경우 윤리적 문제에 대한 경험과 인식에 한계가 있을 수 있음을 고려하여 최소 2년 이상의 지역사회 정신보건 실무 경험자들을 참여하도록 하였다.

포커스 그룹 연구방법에서 그룹의 수는 면담의 내용이 포화되는 것에 따르는데 보통 3~5회의 면담으로 이루어진다고 보며[10], 그룹의 크기는 질문의 내용과 참여자가 충분히 생각을 표현 할 수 있고 동시에 부담이 되지 않는 최대 면담 시간을 고려하여 그룹 당 4~5명으로 진행하였다. 내용이 포화되는 것을 고려하면서 면담을 진행한 결과 총 3개 그룹, 14명이 참여하게 되었다. 참여자의 일반적 특성은 Table 1과 같다.

본 연구를 시행하기 전에 연구자가 속한 대학의 '연구윤리심의위원회(Institutional Review Board)'의 심의를 통과하였으며(IRB No.: 1044396-201510-HR-052-01), 개별 연구대상자에게 개인 정보와 연구자료의 익명성 보장, 연구자료는 연구목적 이외에는 사용하지 않을 것 등을 설명하였다. 특히 자

료수집 시 면담 내용의 녹음과정에 대한 설명과 함께 이에 대한 개별동의를 받았으며, 녹음 파일은 필사와 연구 종료 후에 파기 할 것임을 설명하였다. 또한 면담진행 중 녹음을 포함한 연구참여 동의는 언제든지 철회할 수 있음을 설명하였고, 면담 시작 전에 연구참여 동의서에 서명을 받았다. 면담이 끝난 후에는 소정의 사례금을 제공하였다.

질적 연구를 위한 도구로서 연구자는 질적 연구 관련 문헌과 출판된 연구들을 통해 동료들과 함께 지속적으로 공부해왔으며, 성찰적 글쓰기와 꾸준한 면담훈련 연구모임을 통해 연구수행의 편향을 방지하기 위한 훈련을 해왔다.

3. 자료수집

자료수집은 2015년 11월 15일부터 12월 11일까지 진행하였으며, 면담은 질문 내용을 연구자가 미리 작성하여 반 구조화된 면담 형식으로 진행하였다. 면담 장소는 참여자의 편리에 따라 근무기관의 면담실에서 이루어졌으며 면담 시작에 앞서 개인적 사항에 대한 설문 작성과, 면담 시 규칙을 설명하였고 연구주제와 목적, 용어를 설명하였다. 면담 질문은 관련 문헌 고찰을 통해 크게 2가지 질문을 중심으로 작성하였는데, 첫째는 참

Table 1. General Characteristics of Participants

(N=14)

Participant	Gender	Age (year)	CMHE (year & month)	Position
P1	F	63	8y	Staff
P2	F	42	8y	Team leader
P3	F	33	7y 5m	Staff
P4	F	32	2y 11m	Staff
P5	M	32	2y 4m	Staff
P6	F	42	13y	Executive Team leader
P7	F	34	6y 6m	Team Leader
P8	F	44	15y	Executive Team leader
P9	F	27	2y	Staff
P10	F	32	2y	Staff
P11	F	33	7y 6m	Team leader
P12	F	37	3y 6m	Staff
P13	F	43	12y 9m	Executive Team leader
P14	F	33	2y 6m	Staff

CMHE=Community mental health practice experience.

여자들이 맡은 업무를 수행하는 가운데 경험하는 윤리적 문제에 대한 질문과 둘째는 최적의 서비스를 제공하기 위해 필요한 제반 환경과 관련된 부분 즉, 동료나 상사, 기관의 방침이나 운영 등에서 경험하는 윤리적 갈등에 초점을 두었다. 질문은 도입, 전환, 주요 질문과 마무리 질문으로 진행되었으며 구체적인 질문의 내용은 다음과 같다. 도입 질문은 ‘평소에 윤리적인 부분에 대해 생각하는 편이십니까?’, 전환 질문은 ‘정신보건 업무를 수행하는 현장의 윤리적 수준은 어떻다고 생각하십니까?’, 주요 질문은 ‘업무를 수행하면서 윤리적 갈등(어려움, 문제, 딜레마)을 겪었던 상황이 있으셨나요?’, ‘업무를 수행하면서 상관이나 동료, 기관의 방침 등에 대한 갈등을 경험한 적이 있으셨나요?’, 마무리 질문은 ‘그러한 윤리적 갈등 상황에서의 생각이나 느낌은 어떠했나요?’였다. 연구 질문에 대한 타당성 확인을 위해 구두로 연구참여에 동의한 참여자 2인으로부터 연구 질문에 대한 내용, 어휘, 이해 정도에 대한 피드백을 받아 반영하였다. 참여자들은 순서대로 자신의 생각을 진술하였으며, 면담 중에 연구자는 연구자의 편견이나 선입견에 주의하면서 참여자들이 최대한 자신의 생각을 이끌어 내도록 경청하고 촉진하였다. 3번째 그룹 면담을 진행하면서 더 이상 새로운 범주는 물론 개별 범주 내에 새로운 내용이 나타나지 않아 포화 상태에 이르렀다고 판단하였으며, 녹음한 면담내용들을 참여자 진술을 그대로 필사하였다. 그룹 당 면담 소요시간은 100~120 분이었다.

4. 자료분석

자료분석은 Downe-Wamboldt [11]의 내용 분석 8단계에 따라 자료수집과 동시에 진행하였다. 면담 과정 동안 연구자는 참여자들의 진술을 경청하면서 주제와 요점, 참여자들의 비언어적 내용과 토론 분위기 등을 메모하였다. 면담 동안 질적 연구 보조경험이 있는 연구 보조자가 면담 자료수집 전반에 대한 보조 역할(포괄적 기록과 녹음, 세부 사항 준비, 면담 내용 메모)을 하였으며[10], 면담 직후 연구자와 보조자는 메모한 내용을 요약, 요약한 내용을 서로 비교하면서 면담에서 드러난 큰 주제와 주요 내용들에 대해 상호 검토하였다. 녹음한 면담 내용은 곧바로 필사하였으며, 연구자는 자료의 정확한 의미 파악을 위하여 참여자가 사용한 어휘와 그 안에 담긴 감정의 강도 등을 함께 고려하면서 읽기와 듣기를 반복하였다.

Downe-Wamboldt [11]의 내용 분석 8단계에 따른 구체적인 분석 과정은 다음과 같다. 우선 1단계로 필사 자료를 기반으로 자료의 문장과 절을 분석 단위로 보면서 정독하였다. 정독

하는 과정에서 크게 7개의 초기 범주(개인정보 공유, 민원, 법, 위기대응, 갈등, 안전, 평가)를 도출(2단계) 하였고, 분석과 코딩을 위해서 Atlas. ti 6.0 program [12]을 사용하였다. 코딩에 있어 신뢰도 있는 분석을 위해 자료의 전후 맥락과 저변의 의미 및 감정 등을 놓치지 않도록 노력하였으며, 이를 위해 자료의 정독은 물론 필요시 녹음 파일을 수차례 반복 청취하면서 참여자들의 말에 담긴 잠재적 내용과 표면적 내용을 모두 파악하도록 노력하였다[11]. 전체 자료의 정독 및 Atlas. ti 6.0 program을 사용한 분석과 코딩은 총 3차례 반복하였으며, 이 과정에서 초기 범주와 코딩 자료와의 적합성을 검토하였다(3단계). 다음 단계로 이상의 분석 과정에서 얻은 초기 범주와 코딩 자료분석의 타당성 확보를 위해 질적 연구 경험이 있는 간호 학자 1인에게 의뢰하여 검토 과정을 거쳤으며(4단계), 피드백을 바탕으로 범주의 추가 혹은 통합, 그리고 각각의 코딩에 대한 세세한 의견들을 바탕으로 범주와 코딩을 수정하였다(5단계). 이상의 타당성 검토 결과를 바탕으로 연구자는 다시 자료를 심도 있게 읽으면서 코딩을 정련하였고(6단계), 최종적으로 5개의 상위 범주(영역)와 9개의 범주, 그리고 11개의 하위범주로 모든 자료의 분석과 코딩을 마쳤다(7단계). 마지막 단계로 분석에 대한 2차 타당성 확인을 위해 2인의 연구참여자와 1인의 간호 학자로부터 다시 분석 결과를 확인하는 과정을 거쳤으며, 어휘의 적절성과 의미 등을 확인하는 피드백과정을 거친 후 분석의 타당성에 대한 더 이상의 의견이 없음을 확인하고 분석을 마무리하였다.

이상의 분석 과정에서 본 연구는 연구의 진정성(trustworthiness)을 확보하기 위하여 Guba [13]가 제시한 4가지 측면을 다음과 같이 고려하였다. 즉, 타당도 확보를 위해 연구 보조자와의 디브리핑 과정, 간호 학자 1인과 참여자 2인으로부터의 피드백과정을 거쳤다(credibility). 또한 신뢰도(dependability) 있는 분석을 위하여 Atlas. ti 6.0 program [12]을 이용하여 3차례에 걸쳐 분석을 시행하였으며, 연구자의 역할, 표본 모집 방법, 자료수집방법, 자료분석방법을 명확하게 제시하였다(transferability). 마지막으로 분석 결과의 확증성을 위해 간호 학자 1인과 참여자 1인에게 회의적 검토를 의뢰하였고 분석 결과의 타당성을 최종 확인하였다(confirmability). 또한 자료분석과 분석 결과를 제시함에 있어서 어휘와 문장 표현에 대한 적절성 확인을 위해 국문학자 1인으로부터 자문을 받았다.

연구 결과

지역사회 정신간호실무 현장에서 정신보건간호사들이 경험하는 윤리적 문제들을 분석한 결과 5개 영역 9개 범주와 11

개의 하위 범주가 도출되었다(Table 2). 5개 영역은 ‘의사결정’, ‘소통’, ‘자원’, ‘안전’, ‘옹호’로 ‘의사결정’ 영역에는 ‘개인 정보 공유 문제’, ‘윤리적 둔감’, ‘원칙과 수행 사이의 충돌’의 3개의 범주가 확인되었으며, ‘소통’ 영역에는 ‘기관의 윤리의식 미비’, ‘대상자와의 상호작용에서의 윤리적 딜레마’의 2개의 범주가 도출되었다. ‘자원’ 영역에는 ‘평가 체계의 문제’와 ‘예산 구조의 문제’가 도출되었으며, ‘안전’과 ‘옹호’ 영역에는 각각 ‘안전 대책 미비 문제’와 ‘전문가 역할 한계의 문제’가 도출되었다(Table 2).

1. 의사결정

의사결정 영역에는 ‘개인정보 공유 문제’, ‘윤리적 둔감’, ‘원칙과 수행 사이의 충돌’이 포함되었다. 참여자들은 대상자들로부터 취득한 정보를 어느 정도의 범위까지 공유해야 하는지, 그리고 대상자로부터 개인 정보 활용에 대한 동의를 받지만 과연 그 동의가 충분한 동의라고 할 수 있는지에 대한 윤리적 고민이 있음을 보고하였다. 또한 사실상 매일 윤리적 의사결정을 내려야 하는 위치지만 윤리적 이슈에 대해서 거의 무관심하게 일해 왔고, 심지어 안주하는 상태를 보고하였으며, 전문직 책임을 위해 법과 규정을 준수하지만 수행의 결과가 윤리 원칙

과 상호 충돌하게 됨으로 인해 수행상의 의사결정에 있어 윤리적 갈등이 있음을 보고하였다.

1) 범주 1. 개인정보 공유 문제

하위범주 1. 개인정보 공개 범위에 대한 판단의 어려움

2. 회원의 개인정보 활용 동의 불충분성으로 인한 갈등

다양한 곳으로부터 개인정보에 대한 공유 요구가 점점 많아지면서 어디까지 공개해야 할지, 의뢰서나 상담 결과를 보낼 때 어디까지 보내야 할지 참 고민이에요... 전화로 얘기를 할 때는 나도 모르게 여러 얘기를 하게 되거든요. 정보 공개에 대한 지침이나 문서상의 가이드가 있어야 한다고 생각해요.(참여자 4, 6)

기본 정보 동의랑 세부정보에 대한 동의가 사실 다른데, 실제로 세부적인 부분에 대한 동의를 받는 게 아니고 좀 전체적인 동의를 받거든요.. 어떨 때는 이렇게 세부적인 것까지 공유해도 되나? 하는 생각을 하게 돼요.(참여자 4)

사실 회원에게 개인정보 활용 동의서를 받을 때 간략하게 설명하고 받기 때문에 충분히 동의된 거라고 보기 어렵죠.(참여자 13)

Table 2. Categories and Subcategories of Ethical Problems Experienced by Korean Community Mental Health Nurses

Domain	Categories	Subcategories
Decision making	Personal information sharing issues	Difficulty in determining the scope of the disclosure of personal information Conflict due to insufficiency of the client's personal information utilization agreement
	Ethical insensibility	Ethical indifference and complacency
	Collisions between principles and practice	Conflicts caused by collisions between principles and actual practice
Communication	Institution's ethical unpreparedness	Conflict due to moral disagreement with ethically unprepared institutions
	Ethical dilemma in the interaction with the client	Ethical dilemma related with public grievance raised by clients Ethical dilemma related with negative feelings toward client
Resources	Problems with evaluation system	Moral delinquency related with performance evaluation system
	Problems with budget structure	Moral distress related with budget structure which includes personnel costs
Safety	Problems with lack of safety measure	Moral delinquency related with lack of safety measure
Advocacy	Problems with role limitation as a professional	Moral distress related with limits of intervention to the inadequate service

2) 범주 2. 윤리적 둔감

하위범주 1. 윤리적 무관심과 안주

윤리 문제들을 고민해본 적이 거의 없고, 둔감하게 있었던 것 같아요... 정말 윤리라는 것에 대해서는 생각할 겨를 없이 일해 온 것 같아요.(참여자 3, 5, 7)

연차가 올라가면서 점점 기계적으로 숫자 채우는 거에만 익숙해지고 나 자신이 무감각해지는 것 같아요.(참여자 10)

내소 상담이든 방문이든 대상자를 성의 없이 만났다고 느낄 때가 있거든요. 근데 그냥 '현재로서는 이게 최선이야'라고 생각하게 돼요... 사실 사업의 목표가 있지만 지금은 그냥 대충 빨리 실적 채우고 가야지 하는 마음이 큰 게 사실이에요.(참여자 5, 9)

3) 범주 3. 원칙과 수행 사이의 충돌

하위범주 1. 원칙과 실제 수행사이의 충돌로 인한 갈등

시군구청장에 의한 입원을 했던 환자가 퇴원을 해서 자기를 입원시킨 직원을 고소, 고발을 하다가 자살한 경우가 있었어요. 그럴 때 우리는 법 테두리에서 일을 한 건데 결과적으로 환자가 그렇게 되고 나니 과연 대상자에게 옳은 결정을 한 거였는지 굉장히 혼란스러웠어요.(참여자 8)

사실은 회원이 부정 수급 상황인 경우가 있어요. 근데 알아도 그걸 얘기할 수 없어요. 회원이 얼마나 경제적으로 어려운지를 잘 알기 때문에 모르는 척 해야 하니 저로서 갈등이 있죠.(참여자 6)

처음 사례를 맡으면 방문 전에 당연히 회원에 대한 파악을 먼저 해야 하는데 실적 부담 때문에 준비 없이 그냥 무조건 방문을 나가게 돼요. 아무것도 모르고 나가는 저 자신을 보면서 참 갈등이 일죠.(참여자 12)

법적 책임과 주어진 권한 안에서 일을 해야 한다는 게 오히려 실무자 입장에서 보면 우리한테 쉬울 수 있어요. 근데 그게 과연 대상자에게 좋은 서비스인가 하는 건 정말 한번 생각해 볼 문제예요.(참여자 1)

2. 소통

소통 영역에는 '기관의 윤리의식 미비', '대상자와의 상호작용에서의 윤리적 딜레마'가 포함되었다. 참여자들은 기관들과 상호작용하는 가운데 기관의 비합리적인 요구와 판단에서 나

타나는 느슨한 윤리적 의식, 즉 윤리적으로 문제가 되는 상황을 적절하게 다루지 못하는 윤리적 미비상태의 기관과 소통하면서 윤리적 불일치(ethical disagreement)로 인한 갈등을 경험하고 있었으며, 또한 대상자와의 상호작용에서도 민원 제기 및 대상자에 대한 부정적인 전이 감정들로 인한 윤리적 딜레마를 경험하고 있었다.

1) 범주 1. 기관의 윤리의식 미비

하위범주 1. 윤리 의식이 미비한 기관과의 윤리적 불일치로 인한 갈등

어떤 기관장은 자기 기관에 이상한 사람이 있다면서 당사자 동의도 없는 상태로 정신 건강검사를 해달라고 마구 요청해오는 경우가 있어요. 그리고 자기들 요구대로 일처리가 안 되면 센터가 하는 일이 도대체 뭐냐며 비난하는 시선이 굉장히 많아요.(참여자 7)

회원이 신체 질환 때문에 지역 병원에 스스로 입원을 했는데 그 환자가 우리 센터 회원이라는 거 알고는 센터 회원이니가 센터 너희가 와서 해결하라고 연락이 온 거예요. 너무 어이가 없는 거죠.(참여자 6)

경찰과 민간병원이 잘못 처리한 응급입원 문제가 있었는데요. 이미 일이 벌어진 후라 센터가 개입할 수 있는 상황이 아닌데도 회원이라는 이유로, 게다가 그 회원의 상태는 고려하지도 않고, 센터가 개입해서 처리해주시길 바라면서 연락이 오고.... 지역이 회원의 일은 무조건 센터가 해결한다는 인식이 있는 거 같아 어려움이 정말 많아요.(참여자 8)

2) 범주 2. 대상자와의 상호작용에서의 윤리적 딜레마

하위범주 1. 대상자의 민원제기 상황에서의 윤리적 딜레마

2. 대상자에 대한 부정적 감정과 관련된 윤리적 딜레마

위기 상황에서 경찰 불렀다고 대상자가 나중에 우리한테 민원을 넣어요. 시군구청장에 의한 입원을 한 경우도 대상자가 퇴원해서 민원이나 고소를 하는데요. 그렇게 되면 대상자는 저랑 이미 라포가 깨져버린 상태가 되니 다시 환자가 정말 도움이 필요한 상황일 때 그냥 두고 볼 수밖에 없는 상황에서 참 문제라고 느껴졌어요.(참여자 13, 14)

환자가 퇴원 심판 위 결정으로 퇴원을 했는데 보호자들이 보건소로 달려와서 다시 입원시키라며 누가 책임질 거

나며 난리를 치는 거예요. 그 후로 제 입장에서는 제대로 심판 위원회에 의견을 내기가 어려운 거죠.(참여자 2)

자살 사례들 상담하다 보면 너무 지치고 힘들어 좀 성의 없이 대하게 되는 면이 있어요... 이런 표현하면 안 되지만... 블랙리스트들 때문에 직원들이 막 힘들어하는 걸 보면 하면 안 될 소리까지 하게 되면서 직업윤리가 흔들리는구나 하는 생각을 하게 돼요.(참여자 9, 11)

남자 회원들에 대해 사실 두려움이 있어요. 이들을 어디까지 관리해내야 하는지 참 딜레마고, 증상이 안 좋은 분들한테는 방문하기가 솔직히 두려워요.(참여자 3, 12)

3. 자원

자원 영역에는 ‘평가 체계의 문제’와 ‘예산 구조의 문제’가 포함되었다. 참여자들은 실적 중심의 성과평가체계 및 불합리한 예산 구조로 인한 불안정한 고용과 관련된 윤리적 문제들을 경험하고 있었다.

1) 범주 1. 평가 체계의 문제

하위범주 1. 성과 평가 체계와 관련된 윤리적 불이행

평가를 잘 받기 위해 사례관리를 포함해서 사실 많은 ‘가 실적’이 있어요. 한 일을 최대한 실적화하기 위해 행정적으로도 업무가 많이 늘어나 있는 상황이에요.(참여자 13)

계획된 숫자를 채우기 위해 사실 압박을 많이 받아요. 그리고 말도 안 되는 숫자 늘리기를 하면서 꼭 이래야 하나? 하는 생각이 들어요.(참여자 10)

처음에는 교육 나가기 전에 정말 고민도 많이 하고 준비를 많이 했었는데 점점 실적 채우기식이 많아 지다보니까 어느 순간 그냥 대충 하게 되고...(참여자 5)

2) 범주 2. 예산 구조의 문제

하위범주 1. 인건비가 포함된 불합리한 사업 예산 구조 안에
서의 윤리적 고뇌

직원들 인건비가 포함되어 있는 사업 예산 구조 때문에 매년 계약을 하는 입장에서 다음 예산이 어떻게 될지 상황을 일일이 파악해야 하고, 연말만 되면 보건소와 타협하기 위해 노력을 해야 하는 부분에서 왜 매년 우리가 이래야 하나 하는 생각을 하게 되죠.(참여자 10, 13)

센터 환경이 여러 이해관계가 맞물려 있는데 사실 예산

과도 직결 되어있어서 잘못해서 예산이 줄기라도 하면 조직에도 영향을 미칠 수 있다 보니 직원으로서 뭔가 대응해야 할 때 조심스러워 지는 게 사실이에요.(참여자 11)

4. 안전

안전 영역에는 ‘안전 대책 미비 문제’가 포함되었으며, 참여자들은 다양한 위기 현장에서 맡은 책임과 의무를 안심하고 수행하기 위한 안전대책 미비로 인해 윤리적 불이행의 문제를 경험하고 있었다.

1) 범주 1. 안전 대책 미비 문제

하위범주 1. 안전대책 미비 상황에서 나타나는 윤리적 불이행

제대로 사례관리를 하려면 방문을 해서 실제 거주 상황을 봐야 해요. 근데 위험을 느낄 때는 회원한테 밖으로 나오라고 하고, 내 안전부터 우선 강구하게 돼요.(참여자 1, 13)

대상자를 많이 도와주고는 싶죠. 그런데 혼자 방문을 해야 하는 상황이니 내가 먼저 소진되고 두렵고 안전에 위협을 느껴서 적극적으로 개입을 안 하게 되는 부분이 사실 있어요.(참여자 3)

5. 옹호

옹호 영역에는 ‘전문가 역할 한계의 문제’가 포함되었는데 참여자들은 대상자에게 부적합한 서비스가 주어지고 있고 중재가 꼭 필요한 상황이지만 이를 최대한 옹호할 수 없는 역할 한계로 인해 갈등을 경험하고 있었다.

1) 범주 1. 전문가 역할 한계의 문제

하위범주 1. 부적합한 서비스에 대한 개입의 한계와 관련된
윤리적 고뇌

회원이 증상 조절도 안 되고 약 부작용만 나타나 주치의에게 보고하지만 반영되지 않는 경우가 있어요. 얘기를 해도 반영은 안 되고... 그 상황에서 내가 더 어떻게 할 수는 없다보니 답답한 거죠.(참여자 8)

대상자가 폭력에 노출될 위험을 예상했지만 아무리 찾아봐도 달리 보호할 시설이 없어 그냥 그 시설에 둘 수밖에 없었는데, 결국 그 환자가 폭행을 당해서 중환자실까지 가게 된 거예요. 그때 그 대상자한테 너무나 미안했어

요.(참여자 6)

사례관리 형태와 관점이 직역 간에 틀리다 보니 중재에 대한 이견도 서로 있을 수 있고, 놓치는 부분이 분명 있거든요. 그런데 그런 부분이 있어도 얘기하기가 쉽지 않아 맘이 편치 않아요.(참여자 11)

는 의

지역사회 정신간호 실무 현장에서 정신보건간호사가 경험하는 윤리적 문제에 대한 내용을 분석한 결과 ‘의사결정’, ‘소통’, ‘자원’, ‘안전’, ‘옹호’의 5가지 영역이 도출되었다.

의사결정과 관련하여 참여자들이 가장 많은 윤리적 갈등을 경험하는 내용은 ‘개인정보 공유의 문제’, 간호사 자신의 ‘윤리적 둔감’ 및 다양한 현장에서의 ‘원칙과 수행 사이의 충돌’로 인한 문제들이었다.

개인정보 공유 공유문제와 관련하여 간호사들은 업무 현장에서 의뢰나 연계를 포함한 다양한 이유로 대상자의 개인정보를 공유해야 하는데 과연 개인정보 공유 범위를 어디까지 해야 할 지에 대한 판단에 어려움이 있었으며, 대상자로부터의 동의에 있어서도 개인정보 활용에 대한 회원의 동의를 받지만 동의의 불충분성으로 인해 의사결정에 갈등이 있음을 보고하였다. 최근 우리 사회는 개인에 관한 정보가 증가하면서 개인정보가 누출되거나 오·남용되는 문제로 인한 피해가 증가하고 있다[14]. 2010년 조사된 개인정보 피해 유형을 살펴보면 사용자 동의 없는 과도한 개인 정보의 수집, 목적 외 이용 또는 제삼자 제공 관련, 개인 정보 취급자에 의한 훼손, 침해 등의 유형들이 보고되고 있는데[14], 정신보건간호사의 경우 회원의 정보를 다루는 과정에서 이와 같은 피해가 발생했을 때 정신 병력에 대한 정보들을 다룬다는 측면에서 그 부담은 매우 클 것임을 예측할 수 있다. 또한 개인정보 활용에 대한 회원의 사전 동의 부분에 있어서 참여자들은 대상자의 특성상(증상 및 인지 손상 정도) 과연 사전 동의의 필수 요건인 대상자 자신의 충분한 이해에 의한 자발적 동의인가에 대한[15] 검토가 충분치 않다고 인식하고 있어, 이런 불확실감이 간호사들의 의사결정과정에서 갈등을 야기하고 있음을 알 수 있다.

따라서 일반적인 개인정보 보호와 관련한 법과 제도적 방안이 마련되어 있지만 정신보건의료 현장이라는 특수한 상황이 고려될 필요가 있다고 보는데, 참여자 진술에서도 볼 수 있듯이 정보 공유범위에 대한 의사결정을 돕기 위해 ‘정보 공개 지침이나 문서화된 가이드라인’ 등 수시로 자신의 정보관리상태의 타당성을 자가 점검할 수 있는 기술적 방안 등이 논의될 필

요가 있다고 본다. 또한 사전 동의와 관련해서도 정신장애인의 인지능력과 관련된 동의 능력의 문제를 재고할 필요가 있다고 본다. 조현병 환자의 연구참여 동의 능력에 대한 선행연구[16]는 환자의 증상보다는 인지손상 정도가 동의 능력과 관련성이 있어, 일회성의 간단한 설명은 충분하지 않고, 충분한 교육과 반복 훈련이 이루어질 때 일반적 수준으로 자발적 동의 능력이 향상했음을 보고한 바 있다. 또한 Usher와 Arthur [15]는 정신분열병 환자들의 충분한 알 권리와 자발적 동의 문제와 관련하여 과정 동의 모델(process consent model)을 제시한 바 있는데, 이는 환자들의 인지와 판단 능력을 고려하여 정기적으로 변화상황에 대한 정보를 주고 그에 상응한 동의를 받도록 해야 한다는 내용이다. 이는 정신질환자의 자율성 존중, 동의 능력에 대한 역량 강화는 물론 전문가와의 상호 존중을 실현할 수 있는 모델로서 이상의 근거들은 지역 현장에서 개인정보 공유 및 사전 동의 문제와 관련한 대안을 모색하는데 유용한 근거가 될 수 있다고 본다.

한편 간호사들은 매일의 업무 현장에서 윤리적 의사결정에 따른 전문가로서의 역할을 수행해야 하지만 윤리적 무관심과 윤리적 안주의 문제들이 있음을 알 수 있었다. 윤리적 무관심(indifference)이란 윤리적 요구에 대해 생각하지 않고 관심이 없는 상태를 말하며[17], 도덕적 안주(complacency)란 윤리적으로 잘못됐을 수 있는 의견이나 상황을 본의 아니게, 무비판적으로 수용하는 태도, 마음 상태를 말한다[18]. 선행연구는 정신간호사들의 윤리적 문제들로 환자에 대한 무시, 무례함과 부주의, 방관자적이고 무감동한 태도[19], 환자에게 증상 조절 및 투약과 관련된 문제가 있고 환자의 요구들이 무시되고 있지만 이런 문제들에 대해 간호사들은 아무런 문제도 느끼지 못한다[20]는 윤리적 무관심과 안주의 예들을 보고한 바 있다. 본 연구의 경우도 간호사들이 윤리 그 자체 혹은 윤리 문제 자체를 인식하지 못하고 있으며, 분명 윤리적 행위가 아닌데도 ‘숫자 채우기 식의 업무처리에 대한 익숙함’, ‘대상자 면담이 성의 없음을 알지만 현재로선 최선이야’라는 윤리적 무감각과 무비판적 수용의 마음 상태로 일하고 있으면서 윤리 표준이 무시되고 있음을 알 수 있었다. 이처럼 윤리적 무관심과 안주는 정신과에서 볼 수 있는 특징적인 문제 유형으로[20], 병원의 경우 장기 입원[20,21], 업무량 과다, 인력 부족, 의사소통 문제, 간호 윤리에 대한 부적합한 교육[21] 등이 원인으로 제시된 바 있다. 본 연구의 경우는 ‘실적 채우기에 익숙해졌다’는 진술 등에서 많은 업무량과 소속 기관의 성과를 중시하는 문화가 영향을 미쳤음을 짐작해 볼 수 있다.

이상을 살펴볼 때, 윤리적 무관심과 안주의 문제들에는 대상

자 변수와 업무 환경과 같은 다양한 원인들이 관여하고 있음을 예측해 볼 수 있는데, 무엇보다도 중요한 점은 이러한 문제들이 간호의 질 저하로 이어지고 있다는 점이었다. 따라서 윤리적 문제를 다룰 준비가 되어 있지 않은 간호사는 윤리적 문제를 인식할 수 없는 상태가 된다는 점[20]을 주지하면서, 간호사들의 윤리에 대한 민감성을 함양이 필요하다고 보며 이를 위해 지역 현장에 적합한 윤리 교육 및 훈련이 도입되어야 한다고 본다.

또한 참여자들은 실무 수행에 있어서 윤리 원칙과 실제 수행 사이의 충돌로 인한 갈등을 경험하고 있었다. 참여자들은 법을 준수(시군구청장에 의한 입원 수행, 법이 정한 테두리에서 일 함) 하며 일을 하지만 동시에 자율성 존중(강제입원)과 윤리적 간호를 제공하지 못하게 되는(좋은 서비스를 주지 못함, 자살) 충돌을 경험하며, 정의를 지키는 의사결정(부당한 수급권 자격의 문제 제기)을 해야 하지만 동시에 환자의 비밀 유지와 신의 원칙이 충돌하고, 기관의 의무(업무량 및 성과 이행)를 준수 하지만 동시에 윤리적 간호(질적 간호)를 제공하지는 못하게 되는 충돌로 인해 의사결정과정에서의 갈등이 있음을 알 수 있었다.

의료인으로서 간호사는 대상자의 자율성 존중과, 선행, 악행 금지와 정의의 4가지 생명의료 윤리 원칙[22]은 물론, 간호사의 윤리적 사고와 의사결정의 지침이 되는 한국 간호사 윤리 강령을 준수해야 한다. 뿐만 아니라 법과 소속된 기관의 규정은 물론 간호사 개인의 윤리적 가치도 중요한 의사결정의 지침이 된다. 그러나 종종 이러한 원칙들 간의 충돌로 인한 갈등이 초래되는데[23], 정신간호사들에게 가장 어려운 윤리적 갈등을 야기하는 문제들로 대상자에 대한 ‘강제’[1,20,24]와 ‘사생활 침해’[25]의 문제가 보고되어 왔다. 이는 ‘자율성 보장’, ‘자기 결정권 존중’, ‘사생활 보호와 비밀유지’의 원칙과 관련된 문제들로 자타 해의 위협으로부터 환자를 보호한다는 간호 의무 이행 사이에서 끊임없이 충돌하고 있는 문제들이다. 본 연구에서도 간호사들이 법과 규정에 따른 간호 의무를 이행해야 하지만 동시에 대상자의 자율성과 비밀유지, 그리고 윤리적 간호 제공과 충돌이 있음을 알 수 있었는데, 특히 법과 규정 준수차원의 영향이 커 보인다. 한편, 선행연구는 원칙과 법, 규정, 나아가 개인 신념 간에 일어나는 충돌로 인한 윤리적 문제가 해결되지 않을 때 간호사들은 이직을 택하거나 잘못을 축소하면서 부정하고, 결국 두려움과 자기 보호라는 이유로 원칙을 버리게 되는 결과를 가져올 수 있다[1]고 하였다. 이에 최근 연구들은 이러한 윤리적 갈등 해결을 돕기 위한 대안으로 기존 윤리 위원회 외에 윤리 자문, 반영 그룹, 윤리 사례 심의 등 다양한 형태의 윤리 지원 서비스를 제안하고 있으며, 이러한 지지 장치들이 질

적 간호를 위한 중요한 한 축이 되어야 함을 강조하고 있다[24]. 따라서 우리나라의 경우도 전문요원들이 법과 규정을 준수하는 가운데 발생하는 강제와 관련한 이슈들이 아직 산적해 있는 상황에서 윤리 원칙과 실제 수행사이의 충돌로 인한 갈등을 해결하기 위한 윤리지원방안을 모색해야 한다고 본다.

소통과 관련하여 참여자들이 경험하는 윤리적 문제는 윤리 의식이 미비한 기관과의 윤리적 불일치 문제와 대상자의 민원 제기 및 대상자에 대한 부정적 전이 감정과 관련한 딜레마였다.

최근 정신건강의 중요성에 대한 인식이 증가하면서 서비스 요구 또한 증가하는 추세인데 참여자들은 많은 기관들이 윤리적으로 수용하기 어려운 무리한 요구를 하거나 요구가 해결되지 않을 경우 비난의 시선을 보내는 등 지역 기관들의 느슨한 윤리 의식으로 인해 소통상의 갈등이 있음을 알 수 있었다. 또한 지역 민간병원들의 경우는 회원에게 동등한 서비스를 주지 않고 센터에게 서비스 의무를 넘기는 등 정신장애는 무조건 센터의 몫이라는 시각이 지역 전반에 있어 이러한 기관과 전문요원들 간의 윤리적 표준에 대한 해석과 선택의 불일치(ethical disagreement)[17]로 인해 기관들과의 소통상에 갈등이 있음을 알 수 있었다. 대상자와의 상호작용에서도 참여자들은 책임과 의무에 준한 업무를 수행하지만 고소나 민원 제기와 같은 대상자와의 개인적인 문제로 비화되고, 자살 상담사례나 혼자 사는 남자 회원들을 관리하고 소통하는 가운데 생기는 지침, 힘듦, 두려움 등의 부정적인 감정들로 인해 질적 간호 제공의 원칙 앞에서 딜레마를 경험하고 있었다.

간호사는 윤리적으로 수용하기 어려운 일을 요청받을 때 윤리적 갈등을 경험하고 이를 적절히 대처하지 못할 경우 무력감, 분노, 좌절과 같은 불편한 감정 즉, 윤리적 고뇌로 이어진다[2]. 또한 정신장애인과의 관계에서 상호작용의 질은 가장 중요한 부분으로 존중, 선행과 정의는 기본이 되는 윤리 원칙[26]이다. 그러나 참여자들은 지역 내 기관들의 윤리 의식미비로 인한 윤리적 불일치로 인해 갈등을 경험하고 있었으며, 대상에게 전이된 부정적 감정은 질적 간호수행이라는 원칙 앞에서 딜레마를 초래하여 결국 질적 수행에 걸림돌이 되고 있음을 알 수 있었다. 따라서 대상과 소통하는 가운데 발생하는 지역 현장이라는 특수한 상황에서의 윤리적 갈등에 대한 보다 구체적인 관심이 필요하다고 보며, 이에 대한 대처를 돕기 위해 앞에서 논의한 윤리 자문, 반영 그룹과 같은 지지 방안 마련이 필요할 것이다.

자원과 관련하여 참여자들이 경험하는 윤리적 문제는 실적 중심의 성과평가체제로 인한 윤리적 불이행과 인건비가 포함된 예산 구조로 인한 불안정한 고용과 관련된 윤리적 고뇌였다.

성과평가체계와 관련해서 참여자들은 실적에 대한 압박으

로 인해 실제 수행을 최대한 실적화한 소위 ‘가 실적’이 있으며, ‘숫자 늘리기’와 ‘숫자 채우기 식’으로 업무를 수행 한다는 이른바 윤리적 전문적 행위의 표준을 어기는 윤리적 불이행(moral delinquency)[17]의 문제가 있음을 알 수 있었다. 그동안 우리나라 정신보건사업 평가체계는 지표가 성과를 제대로 대표하지 못한다는 지적과 함께, 성과 관리 방식의 평가체계가 윤리적 문제를 야기할 가능성이 높다[27]는 우려가 있음에도 불구하고 지속되어 온 바 이와 같은 전문요원들의 윤리적 불이행 상황을 초래하였다고 본다. 따라서 전문요원의 윤리적 균형을 위협하는 성과중심의 평가 방식은 수정되어야 한다고 보며 이를 위해 평가체계에 대한 전향적인 연구와 대책 마련이 시급하다 하겠다. 또한 참여자들은 인건비와 사업비가 통합된 예산 구조로 인해 매년 다음연도 예산의 증, 감에 촉각을 세워야 하고, 인건비 확보를 위해 예산 결정 주체와 타협적인 태도를 견지해야 하며, 합리적으로 대응을 해야 할 때에는 혹시라도 예산에 부정적 영향을 주게 될까봐 조심스러운 태도로 눈치를 보면서 위축될 수밖에 없음을 알 수 있었다. 문제는 사업비에 인건비가 포함되어 있는 예산 구조가 결국 고용의 압박요인으로 작용할 수 있는 정책적 불구임에도 불구하고 예산 구조에 대한 전향적 변화가 제시되기 보다는 요원들만 매년 불필요한 눈치 보기와 타협과 수동적 대응을 하도록 방치되고 있어 이로 인해 전문요원들의 심리저변에는 무력감과 화(anger) 등의 부정적 감정이 쌓여 있다는 점이다. 이는 Jametone [2]이 말한 도덕적 고뇌, 즉 ‘기관의 제약과 정책 등으로 인해 옳은 방향으로 행동 할 수 없을 때 일어나는 부정적 감정’을 그대로 나타내고 있는 것으로서, 소진과 업무의 질 저하로 이어질 수 있다[3]는 점이 우려된다. 따라서 더 이상 불합리한 평가 및 예산 정책으로 인해 전문가로서의 윤리적 행동과 태도를 위반하게 하고 부정적 감정에 놓이지 않도록 평가체계에 대한 정책적 수정논의가 필요하다고 보며, 인건비와 사업비가 분리되어 고용이 안정될 수 있도록 예산 구조의 합리적 개선 방안이 모색되어야 할 것이다.

안전과 관련하여 참여자들이 경험하는 윤리적 문제는 안전 대책 미비로 인한 윤리적 불이행이었다. 참여자들은 위기의 현장에서 전문가로서 최선의 대응을 하려 하지만 이를 지원해야 할 조직의 안전에 대한 개념은 물론 요원의 안전 확보를 위한 기본적인 대응책을 전혀 마련하지 못함으로 인해 ‘적극적 개입을 안 하게’ 되거나, ‘대상자보다는 나의 안전을 먼저 생각하는 쪽으로 수행하게 되는’ 등 결국 최선의 서비스 이행이라는 전문직 윤리 표준을 지키지 않게 되는 윤리적 불이행의 문제가 있음을 알 수 있었다.

전문가의 안전에 대한 위협은 전문가 자신의 정서적 소진은

물론 결국 높은 이직률과 서비스의 질 저하로 이어진다[28]는 측면에서 대상자 안전 못지않게 중요한 이슈다. 따라서 최근 정신간호사의 안전과 관련한 선행연구 동향을 보면 안전을 위협하는 폭력 발생의 원인과 이에 대한 간호사의 반응에 대한 연구는 물론 폭력 발생을 예방하고 관리하기 위한 교육과 훈련 및 이에 대한 효과 연구[29]등 매우 실제적이고 단계적으로 연구가 이루어지고 있으며, 무엇보다도 행정 파트의 지원의 중요성 및 폭력에 노출된 스텝들에 대한 철저한 사후 지지가 따라야 한다는 점[29] 등을 강조하고 있다. 이러한 선행연구결과들은 본 연구에서 드러난 안전 대책 미비로 인한 윤리적 문제들을 해결하기 위해 유용한 근거들을 제공하고 있는데, 특히 행정 파트의 지원과, 스텝들에 대한 철저한 사후 지지에 대한 제언은 우리에게 시사 하는바가 매우 크다 하겠다. 따라서 지역 현장에서의 안전 위협 현황과 그 내용들을 구체적으로 확인할 필요가 있으며, 이를 토대로 안전 관련 교육 및 훈련 프로그램 마련, 그리고 위협에 노출된 전문 요원들에 대한 행정적 지지를 위한 정책적, 기술적 지원 방안을 마련해야 할 것이다.

옹호와 관련하여 참여자들이 경험하는 윤리적 문제는 전문가로서 부적합한 서비스에 대한 개입의 한계와 관련된 윤리적 고뇌였다.

참여자들은 자신의 전문적 소견을 동료나 주치의에게 전달하여 대상자에게 최선의 서비스를 주어야 한다고 생각하나, ‘사례관리 시 사례에 대해 전공 배경이 다른 동료와 이견이 있지만 자신의 소견을 피력하기 어렵다’고 느끼고 있었으며, 의사에게는 자신의 임상 의견이 잘 받아들여지지 않지만 ‘더 이상 어떻게 할 수 없다’는 일종의 무력감을 경험하고 있었다. 또한 설사 정확한 임상 판단을 하더라도 시설 부족 등 외적 요인으로 인해 중재에 한계가 발생하여 대상자를 끝까지 옹호하지 못하고 결국 ‘대상자에 대한 미안한 감정’을 갖게 되는 등 정서적 어려움이 있음을 알 수 있었다. 선행연구는 환자들과 24시간 병동에서 함께 지내는 간호사의 의견을 의사들이 비중 있게 다루지 않고, 의사결정시 간호사의 전문적 소견이 배제될 때 간호사들은 윤리적 고뇌를 경험한다[1]고 보고하였다. 여기에는 또한 동료가 인정하지 않는 경우도 포함하였는데, 우리나라의 경우 위계적 관리 체계가 지배적인 현 의료체계에서 간호사의 임상적 통찰이 의사로부터 인정받지 못하고 있음을 짐작할 수 있으며, 동료 간의 문제의 경우는 현재 우리나라 사례관리 체계가 각 지역별 전공 특성을 살린 진정한 의미의 팀 접근을 실현하지 못하고 있음으로 인해 초래되는 문제라고 생각한다. 간호사들에게서 가장 많이 드러난 윤리적 갈등 속성이 ‘중재의 질에 대한 전문가들 사이의 이견’과 ‘환자에 대해 옹호 역할을

하기 어려움'이라는 보고[30]는 본 연구참여자들의 옹호 역할 한계로 인한 윤리적 고뇌의 원인적 속성과 일치한다. 따라서 특히 지역은 정신간호사에 있어 전문가로서의 옹호 역할이 더욱 강조되는 현장이니 만큼 간호사의 의견들이 전문가 통찰로서 인정되고 반영되어야 할 것이며, 이를 위해 전문가 간의 역할을 인정하고 특성을 존중하는 조직 문화가 마련되어야 할 것이다.

이상의 통해 볼 때 지역사회 정신보건업무 수행하는 간호사들이 경험하는 윤리적 문제들은 크게 대상자와 간호사 자신, 그리고 체계와 관련된 문제들에 걸쳐있었는데 구체적으로는 대상자의 비밀유지, 알 권리와 자기 결정권 존중의 자율성 보장 이슈들, 정신보건간호사들의 윤리적 무관심과 안주, 딜레마, 불일치와 불이행 및 윤리적 고뇌의 문제들이 조명되었다. 이러한 결과들을 바탕으로 본 연구를 진행하면서 얻은 통찰은 지역 현장은 복잡한 변수들이 관여하고 있는 만큼 윤리적 문제들에도 다양한 상황과 배경이 관여하고 있다는 점이었으며, 무엇보다도 중요한 점은 이러한 윤리적 문제들이 질적 수행의 걸림돌이 되고 있다는 점이었다. 따라서 지속적 연구를 통해 윤리적 문제들의 실체를 좀 더 구체적으로 규명해야 할 것이며, 보편적인 윤리 원칙과 전문직 간호 윤리를 최대한 실천할 수 있도록 법과 제도, 문화를 아우르는 실무적 토대가 마련되어야 할 것이다.

이상의 논의를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 첫째, 지역사회 정신보건전문요원의 윤리에 대한 역량을 강화하기 위해 체계적이고 단계적인 윤리 교육이 필요하다. 둘째, 지역 현장에서의 윤리 문제 및 대처를 확인하기 위한 연구가 필요하다. 셋째, 윤리 문제에 대한 대처를 돕기 위한 실무 윤리 지침 및 윤리지원 서비스와 같은 실무 지지체계 마련이 필요하며, 아울러 이를 위한 윤리 자문 전문가 양성이 필요하다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 서울과 경기 지역의 10년 이상 된 정신건강증진센터를 중심으로 실무 경험 2년 이상의 전문요원만을 대상으로 하였으므로, 본 연구결과를 바탕으로 실무현장여건과 연혁이 매우 다른 지방 정신보건 현장 간호사들이 경험하는 윤리적 문제를 이해하는 데 제한이 있을 것이다. 둘째, 본 연구참여자들의 경우 대부분이 윤리적 이슈에 대해 거의 고민을 해보지 않은 첫 연구참여자라는 점은 참여자들이 자신의 생각을 충분히 정리해 내는데 있어 제한점으로 작용하였을 것이라 생각한다. 따라서 간호사들에 대한 윤리에 대한 역량 강화를 위한 꾸준한 관심과 노력이 필요하다고 생각한다.

결론

너무나 바쁜 지역 현장에서 일하는 정신보건간호사들은 무엇이 옳고 그르며, 무엇이 윤리적으로 옳은지 생각할 시간이 거의 없으며, 어떤 사안에 대한 윤리적 측면을 깊이 있게 생각할 여유는 더더욱 많지 않다. 그러나 간호사들이 어떤 문제, 혹은 질문이나 생각이 윤리적 갈등을 초래할지, 혹은 초래하고 있는지에 대해 생각할 수 있는 능력을 갖추는 것은 매우 중요하다. 그러기 위해서 간호사를 포함한 지역사회 정신보건 전문가들은 실무 현장에서 직면하는 윤리적 문제들이 뭔지 규명해야 하며, 그에 대한 논의의 장을 만들기 위해 진지하고 체계적인 노력을 할 필요성은 충분하다. 우리나라는 올해 20년의 지역사회 정신보건 역사를 지나고 있으며, 그동안 토대를 쌓고 뼈대를 갖추어왔다면, 이제는 그 안에 양질의 서비스가 채워질 수 있도록 실무 현장의 윤리적 수준을 돌아보아야 할 때다. 윤리 원칙이 무시된 상황에서 제공되는 서비스의 최대 피해자는 대상자일 뿐만 아니라 전문가들 자신이라는 점을 인식하고 질적 점진을 위한 노력을 시작해야 할 것이다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

REFERENCES

1. Deady R, McCarthy J. A Study of the situations, features, and coping mechanisms experienced by Irish psychiatric nurses experiencing moral distress. *Perspect Psychiatr Care*. 2010;46(3):209-20. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00260.x>
2. Jameton A. *Nursing practice, the ethical issues*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1984. 343 p.
3. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics*. 2002;9(6):636-50. <https://doi.org/10.1191/0969733002ne557oa>
4. Bigwood S, Crowe M. It's part of the job, but it spoils the job': a phenomenological study of physical restraint. *Int J Ment Health Nurs*. 2008;17(3):215-22. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00526.x>
5. Molewijk B, Hem MH, Pedersen R. Dealing with ethical challenges: a focus group study with professionals in mental health care. *BMC Med Ethics*. 2015;16(4):1-12. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-16-4>
6. Liegeois A, Van Audenhove C. Ethical dilemmas in community mental health care. *J Med Ethics*. 2005;31(8):452-6. <https://doi.org/10.1136/jme.2003.006999>
7. Magnusson A, Lützén K. Intrusion into patient privacy: a moral

- concern in the home care of persons with chronic mental illness. *Nurs Ethics*. 1999;6(5):399-410.
<https://doi.org/10.1177/096973309900600506>
8. Williamson T. Ethics of assertive outreach (assertive community treatment teams). *Curr Opin Psychiatry*. 2002;15(5):543-7.
 9. Roberts LW, Battaqlia J, Epstein RS. Frontier ethics: mental health care needs and ethical dilemmas in rural communities. *Psychiatric Services*. 1999;50(4):497-503.
<https://doi.org/10.1176/ps.50.4.497>
 10. Morgan DL, Krueger RA. Focus group kit 2 (six book set). Thousand Oaks, California: Sage; 1998. 139 p.
 11. Downe-Wamboldt B. Content analysis: method, application, and issues. *Health Care Women Int*. 1992;13(3):313-21.
<https://doi.org/10.1080/07399339209516006>
 12. Atlas.ti 6.0 program (2011). Atlas.ti 6.0 scientific software (Version 6) (The qualitative data analysis software) [CD]. Berlin: ATLAS.ti.
 13. Guba EG. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *ECTJ*. 1981;29(2):75-91.
<https://doi.org/10.1007/BF02766777>
 14. Shin WB, Kim TH, Kim JU. Research on protection statement and improvement of personal information. *Crisisonomy*. 2013; 9(6):111-40.
 15. Usher KJ, Arthur D. Process consent: a model for enhancing informed consent in mental health nursing. *J Adv Nurs*. 1998;27(4):692-7. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00589.x>
 16. Carpenter WT, Gold JM, Lahti AC, Queern CA, Conley RR, Bartko JJ, et al. Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(6):533-8.
 17. Johnstone M. Bioethics: a nursing perspective 5th ed. Chatswood, NSW: Churchill Livingstone; 2009. 472 p.
 18. Unwin N. Relativism and moral complacency. *Philosophy*. 1985;60(232):205-14.
<https://doi.org/10.1017/s0031819100051093>
 19. Eren N. Nurses' attitudes toward ethical issues in psychiatric inpatient settings. *Nurs Ethics*. 2014;21(3):359-73.
<https://doi.org/10.1177/0969733013500161>
 20. Choe K, Song E, Jung C. Ethical problems experienced by psychiatric nurses in Korea. *Arch Psychiatr Nurs* 2012;26(6):495-502.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.04.002>
 21. Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, Fujii H, Tanaka H, Kitaoka K, et al. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nurs Ethics*. 2010;17(6):726-40.
<https://doi.org/10.1177/0969733010379178>
 22. Lawrence DJ. The four principles of biomedical ethics: a foundation for current bioethical debate. *J Chiropr Humanit*. 2007; 14:34-40. [https://doi.org/10.1016/s1556-3499\(13\)60161-8](https://doi.org/10.1016/s1556-3499(13)60161-8)
 23. Preshaw DH, Brazil K, McLaughlin D, Frolic A. Ethical issues experienced by healthcare workers in nursing homes: Literature review. *Nurs Ethics*. 2016;23(5):490-506.
<https://doi.org/10.1177/0969733015576357>
 24. Hem MH, Pedersen R, Norvoll R, Molewijk B. Evaluating clinical ethics support in mental healthcare: a systematic literature review. *Nurs Ethics*. 2015;22(4):452-66.
<https://doi.org/10.1177/0969733014539783>
 25. Magnusson A, Lützn K. Intrusion into patient privacy: a moral concern in the home care of persons with chronic mental illness. *Nurs Ethics*. 1999;6(5):399-410.
<https://doi.org/10.1177/096973309900600506>
 26. Barker PJ. Ethical issues in mental health. London: Chapman & Hall; 1991. 87 p.
 27. Hong SM, Kim HJ, Lee GY, Lee JG, Choi YK. Development for the mental health performance indicators in Gyeonggi-do. Suwon, Gyeonggi Welfare Foundation. 2009. December. Report No.2009-15.
 28. Kim MH, Kim HN, Shin YM, Oh HM, Lee JS. Violence experiences of community mental health nurse. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. 2015;16(12):8626-36.
<https://doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.12.8626>
 29. Yang CI, Hsieh WP, Lee LH, Chen SL. Assault experiences: Lessons learned from mental health nurses in Taiwan. *Int J Ment Health Nurs*. 2016;25(3):225-33.
<https://doi.org/10.1111/inm.12203>
 30. Redman BK, Fry ST. Nurses' ethical conflicts: what is really known about them? *Nurs Ethics*. 2000;7(4):360-6.
<https://doi.org/10.1177/096973300000700409>