중환자간호학회지 2018년 10월 제11권 제3호
Journal of Korean Critical Care Nursing Vol.11, No.3, 1-11, October, 2018

의료처치 및 환자 비밀유지에 대한 중환자실 간호사와 일반병동 간호사의 윤리적 갈등 경험 비교연구

고정미[1] · 고진강[2]

[1] 성신여자대학교 간호학과 교수, [2] 서울대학교 간호대학, 간호과학연구소 부교수

Comparison of Experiences of Ethical Dilemma between Intensive Care Unit and General Unit Nurses regarding Treatment Decisions and Confidentiality

Chungmee Ko[1] · Chin-Kang Koh[2]

[1] Professor, Department of Nursing Science, Sungshin Women's University, Seoul
[2] Associate Professor, College of Nursing, The Research Institute of Nursing Science, Seoul National University, Seoul

Purpose : This study compares experiences of ethical dilemma between nurses working in intensive care units and those in general units under specific situations of treatment decisions and confidentiality. **Method :** This cross-sectional descriptive study utilizes the self-report survey method. The survey questionnaires were completed by 50 and 52 nurses working in intensive care units and general units, respectively. The instrument, which consisted of 16 items of ethical dilemma situations about treatment decision and confidentiality, was used. The mean scores for each item were compared between the two groups. **Results :** The study found no differences in terms of age, gender, education level, clinical experience in years, and being educated on healthcare ethics. For 9 out of 16 items, the mean scores of nurses in intensive care units were significantly higher than those of nurses in general units. **Conclusions :** Nurses in intensive care units experienced ethical dilemmas regarding treatment decisions and confidentiality more often than those in general units. This study emphasizes the need to establish strategies for improving the ethical competence of critical care nurses.

Key words : Ethical dilemma, Intensive care unit nurse, Treatment, Confidentiality

I. 서 론

보건의료서비스에 있어서 의료처치의 적절성은 의료비의 절감이라는 측면뿐만 아니라 윤리적 측면에서도 중요시되고 있다. 의료 처치는 환자에게 해를 미치지 않으며, 환자에게 유익하고, 환자의 의사에 따른 것이어야 한다. 그러나 이때 어떤 처치가 윤리적인지를 명확히 판단하기 어려운 경우가 많다(Kon et al., 2016). 환자에 대한 처치과정에서의 다양한 윤리적 문제들은 점점 더 복잡성이 증가되고 있어 의료인이 경험하는 윤

투고일 : 2018. 9. 17 1차 수정일 : 2018. 10. 2 게재확정일 : 2018. 10. 2
주요어 : 윤리적 갈등, 중환자실 간호사, 처치, 비밀유지
* 이 논문은 2018년도 성신여자대학교 교내연구비지원에 의해 이루어졌음
Address reprint requests to : Koh, Chin-Kang
College of Nursing, Seoul National University, 103 Daehak-ro, Jongro-gu, Seoul, 03080, Korea
Tel : 82-2-740-8813, Fax : 82-2-765-4103, E-mail : ckoh@snu.ac.kr

리적 갈등에 대한 윤리위원회의 개입이나 윤리 자문 서비스 제공이 증가하고 있다(Gorka, Craig, & Spielman, 2017; Vig, 2018).

중환자실에는 고도의 의료기술이 집약되어 있다. 또한 중환자실은 환자에 대한 집중적인 의료처치가 시행되는 곳이며, 동시에 생애 말 의사결정이 빈번히 이루어지는 곳이다. 따라서 환자에게 시행되는 의료처치에 문제가 없는지, 과연 환자의 의사에 근거한 것인지에 대한 윤리적 갈등이 많이 발생하는 곳이기도 하다(Kon et al., 2016; McAndrew, Leske, & Schroeter, 2018; Rigaud et al., 2017). 또한 환자의 의사를 확인할 수 없는 경우가 많아 과연 환자가 원하는 의료처치인지를 확인할 수 없는 경우가 많다(Kinoshita, 2007).

한편 환자의 의사결정 참여가 환자의 권리확대에 따라 더욱 중요시되는 것처럼, 환자의 사생활 보호와 비밀유지도 최근 더욱 관심의 대상이 되고 있다(Latour & Albarran, 2012). 미국에서는 2003년 의료정보 보호를 위한 법률인 '건강 보험 정보의 양도 및 그 책임에 관한 법률(Health Insurance Portability and Accountability Act)'이 의료현장에 적용됨으로써 환자 정보는 강력한 법적 보호를 받게 되었다. 그러나 세계적으로 환자 정보 보호에 대한 법적 제도화는 윤리적으로 바람직한 일이지만, 동시에 의료인들은 이로 인한 윤리적 갈등을 겪기도 한다(McCullough & Schell-Chaple, 2013). 중환자실 간호사는 가족이나 친지들이 질문할 때 환자 정보를 얼마만큼 공유해야 하는지, 가족들은 어떤 조건하에서 환자 정보를 공유하고 의사결정에 참여할 수 있는지 등에 대해 혼란스러운 상황들에 직면하게 되었다(McGowan, 2012).

중환자실에서는 환자의 생명이 위협받는 상황에서 환자의 사생활이 침해되기 쉽다(Baggio, Pomatti, Bettinelli, & Erdmann, 2011). 또한 환자에 대한 정보를 환자의 대리인과 공유하여 의사결정을 내려야 하는 경우도 많다(Lautrett, Peigne, Watts, Souweine, & Azoulay, 2008). 중환자실은 환자에 대한 심폐소생술이 가장 많이 시행되는 곳이며, 가족들이 지켜보는 가운데 이루어지는 경우가 많아 이때 환자 개인의 사생활 보호와 비밀유지 침해도 중요한 윤리적 문제로 대두되고 있다(Latour & Albarran, 2012).

중환자실에서 시행되는 의료처치들에 대해 중환자실 간호사들은 윤리적 갈등을 경험한다. 억제대 사용, 진통제 사용, 생애 말 케어 등의 처치에 있어서, 환자에게 유익한지, 환자의 존엄성을 손상시키는 방식으로 제공되고 있지는 않은지, 환자의 의사는 존중되고 있는지와 같은 윤리적 의문을 가진다(Bull & Sorilie, 2016; Falco-Pegueroles, Lluch-Canut, Roldan-Merino, Goberna-Tricas, & Guardia-Olmos, 2015; Yont, Korhan, Dizer, Gumus, & Koyuncu, 2014). 또한 중환자실 간호사들의 환자 비밀유지 및 사생활 보장과 관련된 윤리적 문제에 대한 우려도 보고되고 있다(Latour & Albarran, 2012; Fernandes & Moreira, 2013).

이와 같이 중환자실에서의 환자의 권리 보장에 대한 제도적 장치의 강화 및 사회적 관심의 증가에 따라 중환자실에서의 의료처치와 환자의 비밀유지에 대한 중요성이 강조되고 있다. 그러나 중환자실 간호사가 이러한 윤리적 문제들에 대한 갈등을 어느 정도 경험하고 있으며, 중환자실이 아닌 다른 근무지의 간호사와 어떤 경험의 차이가 있는지에 대한 연구는 매우 부족한 실정이다.

근무지별로 간호사가 경험하는 윤리적 갈등을 비교한 연구의 수는 매우 제한적이다. 먼저 Wagner와 Ronen (1996)이 병원에 근무하는 간호사와 지역사회에서 활동하는 간호사가 경험하는 윤리적 갈등을 비교하였는데, 그 결과 병원에 근무하는 간호사가 더 많은 윤리적 갈등을 경험한다고 보고하였다. 이 연구는 병원에 근무하는 간호사를 근무지별로 분류하지 않아 중환자실 간호사의 경험을 별도로 설명하지 못하고 있다.

한편 중환자실 간호사와 다른 근무지 간호사의 윤리적 갈등 경험을 비교한 연구로 Park, Jeon, Hong과 Cho (2014)의 연구가 있다. 이 연구는 병동에 따라 간호사들이 직면하고 있는 윤리적 문제들의 종류와 빈도에 차이가 있음을 보고하였고, 중환자실 간호사들이 다른 간호사들보다 더 자주 윤리적 문제들을 경험한다고 하였다. 그러나 이 연구는 윤리적 문제 중 일반적 의료처치의 적절성 문제는 다루고 있지 않으며, 환자의 비밀유지에 대해서도 단순히 비밀보장 여부에만 초점을 맞출 뿐 현재 중환자실에서 발생하는 복합적인 정보보호 문제를 다루고 있지 않다.

중환자실은 가장 발전된 의료기술들이 활용된 처치들이 이루어지는 곳이다. 또한 중환자실은 과학기술을 활용한 진단검사가 가장 많이 이루어지는 곳이며, 검사의 남용도 빈번히 일어나는 곳이다(Kotecha, Shapiro, Cardasis, & Narayanswami, 2017). 한편 의료처치

를 선택함에 있어 높은 수준의 근거가 요구되는 동시에, 각 선택에는 혜택과 위해가 따르므로 환자와 가족의 의사결정 참여가 매우 중요시 된다(Azoulay, Chaize, & Kentish-Barnes, 2014; Vincent, 2013). 또한 정보기술의 발전으로 환자의 질병과정과 상태에 대한 모든 정보는 기술에 의해 통제될 수도 있고 유포될 수도 있다(Vincent, 2013). 그러나 의료처치 및 비밀유지와 관련된 복합적인 상황들에 대한 중환자실 간호사의 윤리적 갈등을 다룬 연구는 전무하다.

따라서 본 연구의 목적은 환자에 대한 의료처치 및 환자의 비밀유지와 관련된 상황들을 중심으로 중환자실 간호사와 일반병동 간호사의 윤리적 갈등 경험을 비교하는 것이다.

II. 연구방법

1. 연구 대상자

본 연구의 대상자는 102명의 임상간호사로, 이 중 50명은 중환자실 간호사이었고, 52명은 일반병동 간호사이었다. 두 그룹 비교에 검정력 0.8을 확보하기 위해 필요한 표본 크기는 각 그룹 51명(t-test 평균 비교, 중간 크기의 효과 크기 0.5, alpha error 0.05)이다.

연구 대상자 포함 기준은 1년 이상 상급 종합병원 또는 종합병원의 중환자실이나 일반병동에서 근무하고 있으며 연구에 동의한 자로 하였다. 대상자 모집은 중환자실 간호사의 비율을 고려하여, 중환자실 간호사들이 많이 참여하는 학술세미나 현장과 중환자실 간호사가 많이 재학하는 1개 대학원에서 실시하였다. 배포된 150부의 설문지 중 121부가 수거되었으며, 이 가운데 부분적으로만 응답한 설문 3부와 포함 기준에 해당되지 않는 16부를 제외한 102부가 연구에 포함되었다.

2. 연구도구

본 연구에서는 간호사의 윤리적 갈등 경험을 측정하기 위해 16개 문항의 도구를 사용하였다. 이 도구는 Wagner와 Ronen (1996)이 개발한 간호사의 윤리적 갈등 유발 상황 리스트 가운데 임상-전문직 영역(clinical-professional subscale)에 해당되는 문항들이다.

의료처치에 대한 간호사의 윤리적 갈등 정도는 Wagner와 Ronen (1996)의 도구 중 '의문스러운 처치' 하위영역 6문항과 '환자가 원치 않는 처치' 하위영역 4문항으로 측정하였다. 또한 환자의 비밀유지에 대한 간호사의 윤리적 갈등 정도는 '비밀유지 문제' 하위영역 6문항이 사용되었다. 윤리적 갈등 유발 상황 리스트는 총점, 하위영역 점수, 개별문항 점수 모두 분석단위로 사용될 수 있다(Ganz & Berkovitz, 2012; Wagner & Ronen, 1996). 개발 당시에는 각 문항에 대해 최근 12개월 동안 '경험한적 있다' 또는 '경험한적 없다'로 응답하도록 하여 각 문항을 이분 변수로 처리하였다. 따라서 각 문항별 윤리적 갈등을 경험한 적 있는 대상자의 빈도를 비교 분석하였다. 이후 Ganz와 Berkovitz (2012)는 4점 라이커트 척도로 응답하도록 하였는데 1점은 '경험한적 없다'이었고 4점은 '자주 경험하였다'이었다. 하위영역 별 점수의 평균을 사용하였고, 하위영역 별 가능한 점수의 범위는 1점~4점 이었다. 점수가 높을수록 윤리적 갈등을 더 자주 경험함을 의미한다. Ganz와 Berkovitz의 연구(2012)에서 '의문스러운 처치', '환자가 원치 않는 처치', '비밀유지 문제' 영역 각각의 Cronbach α는 .78, .67, .82이었다.

도구는 두 연구자가 번역-역번역 과정을 거쳐 우리말로 번안하였다. 본 연구에서는 Ganz와 Berkovitz (2012)가 사용한 4점 척도를 사용하였다. 본 연구에서의 '의문스러운 처치', '환자가 원치 않는 처치', '비밀유지 문제' 영역 각각의 Cronbach α 는 .89, .68, .86 이었다.

질문은 각 윤리적 갈등 유발 상황을 "최근 12개월 동안 경험한 적이 있는가"이었다. 이에 대한 답은 1'경험한 적이 없다', 2'드물지만 갈등을 경험한 적이 있다', 3'종종 갈등을 경험한다', 4'자주 갈등을 경험한다'로 구성되었다.

3. 자료분석 방법

중환자실 간호사와 일반병동 간호사 간의 윤리적 갈등 경험의 차이를 분석하기 전에 두 그룹의 동질성을 파악하기 위하여, 두 그룹의 연령, 성별, 학력, 임상경력, 직위, 윤리 교육 수강 여부(학부, 보수교육)의 차이를 χ^2 또는 t-test로 검증하였다. 특성에서 차이가 있는 변수는 두 그룹 간의 윤리적 갈등 경험 정도 비교 시 혼란변수로 통제하려고 하였으나, 차이가 있는 항목이

없었다. 따라서 두 그룹 간의 윤리적 갈등 경험 정도 비교에서는 혼란변수 통제 없이 두 그룹의 각 점수의 평균을 t-test로 비교하였다.

한편 근무지(중환자실 또는 일반병동)라는 요인이 각 갈등 경험 정도에 얼마만큼의 영향을 주는지 알아보기 위하여 교차비(odds ratio: OR)를 구하였다. 분포와 의미를 고려하여 각 항목의 답에 1'경험한 적 없다'와 2'드물지만 경험한 적이 있다'의 응답은 0으로 코딩하고, 3'종종 갈등을 느낀다'와 4'자주 갈등을 느낀다'는 1로 코딩하여 이분형 척도로 변형하였다. 또한 두 그룹의 연령, 성별, 학력, 임상경력, 직위, 윤리 교육 수강 여부(학부, 보수교육)에 차이가 없어 혼란변수 통제 없이 crude OR만 제시하였다. 근무지는 중환자실을 1, 일반병동을 0으로 코딩하였다.

III. 연구결과

1) 대상자의 특성

전체 대상자의 평균 연령은 33.76세이었고, 성별은 전원 여성이었다(Table 1). 학력은 최종학력이 학사 또는 전문학사인 경우가 전체의 92.2%이었다. 임상경력은 평균 10.43년이었으며, 일반 간호사가 전체의 85.3%를 차지하였고, 관리직이 14.7%이었다. 한편 학부교육 과정에서 윤리에 대한 교육을 받은 적이 있는 대상자의 비율은 91.2%이었고, 보수교육에서 윤리에 대한 교육을 받은 적이 있는 대상자의 비율은 61.8%이었다.

2) 두 그룹의 동질성 검증

두 그룹 사이에 연령, 성별, 학력, 임상경험, 직위, 학부 윤리교육 여부, 보수교육 윤리교육 여부의 차이를 분석하였다. 두 그룹 간 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 변수는 없었다(Table 1).

3) 대상자의 윤리적 갈등 경험 정도

윤리적 갈등 문항의 전체 평균은 2.21(SD=.55)이었다(Table 2). '의문스러운 처치' 하위영역의 평균은 2.40(SD=.69)이었고, '환자가 원치 않는 처치' 하위영역 평균은 2.32(SD=.55)이었으며, '비밀유지 문제' 하위영역 평균은 1.94(SD=.65)이었다.

Table 1. Characteristics of the Study Participants (*N*=102)

Variables	Categories	Total	Nurses at ICUs (n=50)	Nurses at general units (n=52)	X^2 or t	*p*
		Mean(SD) or N(%)	Mean(SD) or N(%)	Mean(SD) or N(%)		
Age		33.76(6.59)	34.12(6.81)	33.42(6.42)	−0.53	.596
Gender	Female	102(100)	50(100)	52(100)		
Education	Associate or bachelor's degree	94(92.2)	45(90.0)	49(94.2)	0.63	.427
	Master's or doctoral degree	8(7.8)	5(10.0)	3(5.8)		
Clinical experience (year)		10.43(6.56)	10.94(7.02)	9.94(6.13)	−0.77	.444
Position	Staff nurse	87(85.3)	41(82.0)	46(88.5)	0.85	.357
	Nurse administrators	15(14.7)	9(18.0)	6(11.5)		
Ethics education as undergraduate education	Yes	93(91.2)	45(90.0)	48(92.3)	0.17	.681
	No	9(8.8)	5(10.0)	4(7.7)		
Ethics education as continuing education	Yes	63(61.8)	29(58.0)	34(65.4)	0.59	.443
	No	39(38.2)	21(42.0)	18(34.6)		

4) 두 그룹의 윤리적 갈등 경험 정도 비교

중환자실 간호사는 윤리적 갈등 상황 가운데 '말기 환자에게 불필요한 검사를 실시하는 상황'(Mean=3.00, SD=.80) 항목에서 가장 높은 점수를 나타냈고, 그 다음으로는 '말기 환자에게 연명의료를 제공하는 상황'(Mean=2.92, SD=.77), '환자에게 가치가 있는지 의심스러운 처치를 하는 상황'(Mean=2.84, SD=.76) 순이었다(Table 2). 한편 중환자실 간호사 그룹에서 가장 낮은 점수를 나타낸 항목은 '환자가 낙인찍힐 것에 대한 두려움 때문에 특정 데이터를 기록하지 않는 상황'(Mean=1.78, SD=.91)이었고, 그 다음으로는 '환자의 동의 없이 연구를 목적으로 한 검사를 시행하는 상황'(Mean=1.86, SD=1.06), '부모는 원치 않는데, 기형인 신생아의 생명을 연장하는 상황'(Mean=1.92) 순이었다.

일반병동 간호사는 윤리적 갈등 상황 가운데 '말기 환

Table 2. Mean Differences of Experiences on Ethical Dilemma between Nurses at ICU and Nurses at General Units

(N=102)

Item	Total	Nurses at ICUs (n=50)	Nursea at general units (n=52)	t	p
	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)		
Questioning of treatment	2.40(.69)	2.61(.67)	2.19(.64)	−3.25	.002
Treatment as mistaken or wrong	2.20(.89)	2.44(.88)	1.96(.83)	−2.80	.006
Treatment of questionable value	2.54(.84)	2.84(.76)	2.25(.81)	−3.77	<.001
Treatment against one's belief	2.34(.92)	2.50(.99)	2.19(.84)	−1.68	.094
Discharging when the family is not prepared	2.33(.78)	2.34(.96)	2.33(.58)	−0.08	.934
Unnecessary tests on terminally ill patients	2.66(.87)	3.00(.80)	2.33(.57)	−4.20	<.001
Early termination of treatment	2.31(.86)	2.57(.82)	2.08(.83)	−2.97	.004
Procedures against the patient's wishes	2.32(.55)	2.52(.57)	2.13(.46)	−3.78	<.001
Pressurizing a patient refusing treatments	2.41(.72)	2.58(.78)	2.25(.62)	−2.35	.021
Treatment against a patient's will	2.49(.65)	2.66(.74)	2.33(.51)	−2.62	.010
Life sustaining treatment of a terminally ill patient	2.64(.83)	2.92(.77)	2.37(.79)	−3.56	.001
Prolonging the life of a deformed newborn against parents' wishes	1.75(.88)	1.92(1.0)	1.58(.66)	−1.97	.053
Confidentiality issues	1.94(.65)	2.07(.73)	1.82(.53)	−1.93	.057
Incomplete information on the risk of surgery	2.25(.78)	2.32(.84)	2.19(.71)	−0.82	.413
Providing information to outsiders	2.05(.83)	2.24(.93)	1.87(.68)	−2.29	.024
Withholding information due to physician's insistence	2.01(.83)	2.08(.96)	1.94(.69)	−0.82	.413
Tests for research without the patient's consent	1.70(.91)	1.86(1.06)	1.54(.69)	−1.79	.077
Omitting the recording for fear of stigmatization	1.72(.82)	1.78(.91)	1.65(.73)	−0.77	.445
Providing inadequate information about diagnosis	1.94(.86)	2.14(1.01)	1.75(.65)	−2.31	.024
Total	2.21(.55)	2.39(.59)	2.04(.46)	−3.32	.001

자에게 연명의료를 제공하는 상황'(Mean=2.37, SD=.79) 항목에서 가장 높은 점수를 나타냈고, '가족이 가정에서 환자를 적절히 돌볼 수 없는데도 퇴원을 시키는 상황'(Mean=2.33, SD=.51), '말기 환자에게 불필요한 검사를 실시하는 상황'(Mean=2.33, SD=.58), '환자의 의지에 반하여 환자에게 처치를 하는 상황'(Mean=2.33, SD=.58)이 그 다음으로 높은 점수를 나타냈다. 한편 일반병동 간호사 그룹에서 가장 낮은 점수를 나타낸 항목은 '환자의 동의 없이 연구를 목적으로 한 검사를 시행하는 상황'(Mean= 1.54, SD=.69)이었고, 그 다음으로는 '환자가 낙인찍힐 것에 대한 두려움 때문에 특정 데이터를 기록하지 않는 상황'(Mean=1.65, SD=.73), '진단명에 대해 환자에게 부적절한 정보를 주는 상황'(Mean=1.75, SD=.65) 순이었다.

두 그룹 간 평균 비교 결과를 보면 윤리적 갈등 문항의 전체 평균은 중환자실 간호사 그룹이 2.39(SD=.59)로 일반병동 간호사 그룹의 2.04(SD=.46)보다 통계적으로 유의하게 높았다(t=-3.32, p=.001). 하위영역을 보면 '의문스러운 처치'(t=-3.25, p=.002)와 '환자가 원치 않는 처치'(t=-3.78, p<.001)에서는 중환자실 간호사 그룹의 평균이 일반병동 간호사 그룹의 평균보다 통계적으로 유의하게 높았으나, '비밀유지 문제'(t=-1.93, p=.057)에서는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

항목별 평균 비교 결과를 보면, 9개 항목에서 중환자실 간호사들의 점수가 일반병동 간호사들의 점수보다 통계적으로 유의한 수준에서 높게 나타났다. 9개 항목은 '의문스러운 처치' 영역에서 '환자에게 잘못된 처치 또는 실수를 했다고 생각되는 상황'(t=-2.80, p=.006), '환자에게 가치가 있는지 의심스러운 처치를 하는 상황'(t=-3.77, p<.001), '말기 환자에게 불필요한 검사를 실시하는 상황'(t=-4.20, p<.001), '매우 아픈 환자에게 처치를 일찍 중단하는 상황'(t=-2.97, p=.004)의 4개 항목이었고, '환자가 원치 않는 처치' 영역에서 '처치를 거부하는 환자에게 처치를 받도록 압력을 가하는 상황'(t=-2.35, p=.021), '환자의 의지에 반하여 환자에게 처치를 하는 상황'(t=-2.62, p=.010), '말기 환자에게 연명의료를 제공하는 상황'(t=-3.56, p=.001)의 3개 항목이었으며, '비밀유지 문제' 영역에서 '환자에 대한 정보를 외부인에게 제공하는 상황'(t=-2.29, p=.024), '진단명에 대해 환자에게 부적절한 정보를 주는 상황'(t=-2.31, p=.024)의 2개 항목이었다.

5) 근무지에 따른 윤리적 갈등 경험 교차비

중환자실에서 근무하는 경우가 일반병동에서 근무하는 경우와 비교하여 '종종 또는 자주' 윤리적 갈등을 경험할 확률을 구한 교차비(odds ratio: OR)를 살펴보면, OR이 유의하게 나타난 항목은 7개이었다(Table 3). 먼저 '환자에게 잘못된 처치 또는 실수를 했다고 생각되는 상황'에 대하여 중환자실 간호사 중 21명(42.0%)이 종종 또는 자주 윤리적 갈등을 경험한다고 하였고, 29명(48%)이 윤리적 갈등을 경험한 적이 없거나 드물지만 경험한 적이 있다고 응답하였다. 반면 일반병동 간호사는 11명(21.2%)이 자주 또는 거의 매일 윤리적 갈등을 느낀다고 하였고, 41명(78.7%)은 느낀 적이 없거나 드물지만 경험한 적이 있다고 하였다. 이에 대한 OR은 2.70(95% CI=1.13, 6.448)이었다.

이 문항 이외에 OR이 유의한 다른 6개 항목은 다음과 같다. '환자에게 가치가 있는지 의심스러운 처치를 하는 상황'(OR=4.79, 95% CI=2.07, 11.069), '나의 양심이나 신념에 반하는 처치를 하는 상황'(OR=2.31, 95% CI=1.01, 5.289), '말기 환자에게 불필요한 검사를 실시하는 상황'(OR=7.56, 95% CI=3.08, 18.548), '매우 아픈 환자에게 처치를 일찍 중단하는 상황'(OR=4.50, 95% CI=1.89, 10.702), '말기 환자에게 연명의료를 제공하는 상황'(OR=4.20, 95% CI=1.81, 9.735), '부모는 원치 않는데, 기형인 신생아의 생명을 연장하는 상황'(OR=4.84, 95% CI=1.63, 14.431)이었다.

IV. 논 의

본 연구는 환자에 대한 의료처치 및 환자의 비밀유지와 관련된 상황들을 중심으로 중환자실 간호사와 일반병동 간호사의 윤리적 갈등 경험을 비교하고자 실시되었다. '의문스러운 처치' 영역과 '환자가 원치 않는 처치' 영역의 각 평균 점수는 중환자실 간호사 그룹이 일반병동 간호사 그룹보다 높게 나타났다. 또한 16개 갈등 유발 상황 가운데 9개 상황에서 중환자실 간호사는 일반병동 간호사보다 높은 점수를 나타냈다. 한편 일반

Table 3. Prevalence and Odds Ratio (OR) with 95% Confidence Interval (CI) of Experiences on Ethical Dilemma Situations by ICU Nurses or Non-ICU Nurses

Item		Prevalence of being experienced (%)		Odds ratio	95% CI	*p*
		Nurses at ICUs (n=50)	Nurses at general units (n=52)			
Questioning of treatment						
Treatment as mistaken or wrong	Sometimes or frequently	21(42.0)	11(21.2)	2.70	1.13-6.44	.025
	None or rarely	29(8.0)	41(78.8)			
Treatment of questionable value	Sometimes or frequently	33(66.0)	15(28.8)	4.79	2.07-11.07	<.001
	None or rarely	17(34.0)	37(71.2)			
Treatment against one's belief	Sometimes or frequently	23(46.0)	14(26.9)	2.31	1.01-5.29	.047
	None or rarely	27(54.0)	38(73.1)			
Discharging when the family is not prepared	Sometimes or frequently	22(44.0)	18(34.6)	1.48	0.67-3.30	.333
	None or rarely	28(56.0)	34(65.4)			
Unnecessary tests on terminally ill patients	Sometimes or frequently	40(80.0)	18(34.6)	7.56	3.08-18.55	<.001
	None or rarely	10(20.0)	34(65.4)			
Early termination of treatment	Sometimes or frequently	27(54.0)	12(23.1)	4.50	1.89-10.70	.001
	None or rarely	23(46.0)	40(76.9)			
Procedures contrary to the patient's wishes						
Pressurizing a patient refusing treatments	Sometimes or frequently	26(52.0)	18(34.6)	2.04	0.92-4.54	.078
	None or rarely	24(48.0)	34(65.4)			
Treatment against a patient's will	Sometimes or frequently	27(54.0)	18(34.6)	2.22	0.10-4.92	.050
	None or rarely	23(46.0)	34(65.4)			
Life sustaining treatment of a terminally ill patient	Sometimes or frequently	37(74.0)	21(40.4)	4.20	1.81-9.74	.001
	None or rarely	13(26.0)	32(59.6)			
Prolonging the life of a deformed newborn against parents' wishes	Sometimes or frequently	17(34.0)	5(9.6)	4.84	1.62-14.43	.005
	None or rarely	33(66.0)	47(90.4)			
Confidentiality issues						
Incomplete information on the risk of surgery	Sometimes or frequently	40(80.0)	44(84.6)	0.73	0.26-2.02	.542
	None or rarely	10(20.0)	8(15.4)			
Providing information to outsiders	Sometimes or frequently	37(74.0)	36(69.2)	1.27	0.53-3.00	.594
	None or rarely	13(26.0)	16(30.8)			
Withholding information due to physician's insistence	Sometimes or frequently	32(64.0)	38(73.1)	0.66	0.28-1.52	.325
	None or rarely	18(36.0)	14(26.9)			
Tests for research without the patient's consent	Sometimes or frequently	24(48.0)	22(42.3)	1.26	0.58-2.75	.564
	None or rarely	26(52.0)	30(57.7)			
Omitting the recording for fear of stigmatization	Sometimes or frequently	26(52.0)	26(50.0)	1.08	0.50-2.36	.840
	None or rarely	24(48.0)	26(50.0)			
Providing inadequate information about diagnosis	Sometimes or frequently	35(70.0)	33(63.5)	1.34	0.59-3.07	.484
	None or rarely	15(30.0)	19(36.5)			

*crude odds ratio

병동 간호사 그룹이 더 높은 점수를 나타낸 항목은 없었다. 이는 중환자 간호사들이 의료처치에 의문을 가지거나 환자의 의사와 반대되는 처치로 인해 윤리적 갈등을 경험하는 빈도가 일반병동 간호사보다 더 높다는 것이다. 중환자실 간호사가 일반병동 간호사보다 윤리적 갈등 경험 빈도가 높다는 것은 Park 등(2014)의 연구와 유사한 결과이다. Park 등(2014)의 연구에서는 윤리적 문제를 생애 말 의료, 환자 케어, 인간 권리의 세 영역으로 나누었고, 세 영역 모두에서 중환자실 간호사들이 다른 간호사들보다 높은 점수를 나타냈고 이는 윤리적 문제에 직면하는 빈도가 다른 간호사들보다 많음을 의미한다. 본 연구에서는 환자에 대한 처치 및 환자 비밀유지를 중심으로 한 구체적인 상황들에 대해 조사하였는데, 이러한 영역에서도 중환자실 간호사는 더 자주 윤리적 문제에 직면하는 것으로 나타났다.

항목별로 살펴보면 가장 높은 평균을 나타냈으며, 일반병동 간호사들의 평균보다 통계적으로 유의한 차이가 있었던 항목은 '말기 환자에게 불필요한 검사를 실시하는 상황'이었다. 답을 이분형 척도로 변형한 후 구한 OR 값은 7.56(95% CI=3.08, 18.55)이었는데, 이는 일반병동 간호사에 비해 중환자실 간호사가 '말기 환자에게 불필요한 검사를 실시하는 상황'에 대해 윤리적 갈등을 '종종 또는 자주' 경험할 확률이 7.56배임을 의미한다. 또한 중환자실 간호사 그룹에서 두 번째로 높은 평균을 나타낸 항목은 '말기 환자에게 연명의료를 제공하는 상황'이었으며, 이 항목의 OR은 4.20(95% CI=1.81, 9.74)이었다. 즉 일반병동 간호사에 비해 중환자실 간호사가 '말기 환자에게 연명의료를 제공하는 상황'에 대해 윤리적 갈등을 '종종 또는 자주' 경험할 확률이 4.20배 이었다.

여러 연구들에서 말기 환자에게 불필요한 처치가 이루어지고 있음이 보고되어왔다. Cardona-Morrell 등(2016)은 체계적 고찰을 통해 생애 말에 이루어지는 처치 가운데 33~38%는 불필요한 처치라고 하였다. 또한 33~50%의 생애 말 환자에게 불필요한 검사가 시행되고 있다고 보고하였다. 환자는 중환자실에서 생애 말을 보내는 경우가 많고, 중환자실은 혈액검사나 방사선 진단 검사의 남용이 흔히 발생하는 곳이기도 하다(Kotecha et al., 2017). 중환자실에서 매일 또는 일정기간 간격으로 실시되는 진단 검사의 감소를 위한 노력이 필요하고, 말기 환자에 대해서는 환자에게 혜택을 주지는 않으면서 불편감이나 고통을 유발하는 불필요한 검사와 처치가 지속되어서는 안 된다(Kleinpell, Farmer, & Pastores, 2018).

윤리적 관점에서 생애 말의 환자에게 불필요한 검사와 처치가 시행되어서는 안 된다(Kleinpell et al., 2018). 의료진은 환자에게 검사와 처치에 대한 충분한 정보를 제공하고 이를 바탕으로 한 환자의 결정을 존중해야 하며, 검사와 처치가 환자에게 입히는 신체적 정신적 피해에 대해 파악하고, 동시에 의료비용의 낭비라는 것을 인식해야 한다(Karnik & Kanekar, 2016).

본 연구에서는 의료처치와 관련된 항목 가운데 '환자에게 잘못된 처치 또는 실수를 했다고 생각되는 상황'과 '환자에게 가치가 있는지 의심스러운 처치를 하는 상황'에 대해서도 중환자실 간호사가 더 자주 윤리적 갈등을 경험하는 것으로 나타났다. 이 역시도 중환자실이 가장 많은 진단검사가 이루어지는 곳이며, 검사의 남용도 가장 많은 곳이기 때문일 것이다(Kotecha et al., 2017).

한편, 2012년 미국 의사 연맹은 ABIM 재단과 함께 불필요한 검사와 처치를 줄이는 것을 목적으로, '현명한 선택(Choosing Wisely)'캠페인을 시작하였다. 이 캠페인은 적정의료를 위한 구체적인 임상 영역에 따라 500개 이상의 권고사항을 출판하였고, 환자들도 편리하게 이용할 수 있는 자료들을 개발하여 제공하고 있다(Kleinpell et al., 2018). 또한 이 캠페인은 우리나라를 포함한 세계 여러 나라로 확산되고 있다.

또한 환자의 의사결정 참여와 관련하여 '처치를 거부하는 환자에게 처치를 받도록 압력을 가하는 상황'과 '환자의 의지에 반하여 환자에게 처치를 하는 상황'에 대한 윤리적 갈등 경험 빈도가 중환자실 간호사 그룹에서 높게 나타났다. Bull과 Sorlie (2016)의 연구에 따르면 환자가 처치를 거부하는 경우, 중환자실 간호사들은 환자 대신 처치가 필요하다고 결정하여 시행할 것인지, 환자를 설득할 것인지, 아니면 환자가 혼자 결정하도록 내버려 둘 것인지 사이에서 갈등한다. 일반병동에 비해 침습적 처치와 검사가 많은 반면, 환자와의 의사소통에는 상황적, 시간적 제약이 있으므로 중환자실 간호사들은 더 빈번히 환자에게 처치를 받도록 압력을 가하는 것 같은 상황에 놓일 수 있다. 한편 중환자실 간호사들은 환자의 의사대로 처치에 대한 의사결정이 이루어지지 못하는 이유로 환자의 의사를 명확히 알 수 없

거나, 환자의 의사를 알더라도 갑작스럽게 사망이 임박한 경우 환자 자신이 아닌 가족과 같은 대리인의 의사를 따라야 하는 경우가 있으며, 환자의 의사를 충분히 파악할 수 있는 시간적 여유가 없다고 하였다(Kinoshita, 2007).

환자의 비밀유지 영역의 평균점수는 중환자실 간호사 그룹과 일반병동 간호사 그룹 모두에서 다른 영역보다 낮았다. 또한 일부 항목에서는 그룹 간 차이가 있었으나, 비밀유지 영역의 평균 점수는 그룹간의 차이가 통계적으로 유의하지 않았다. 이는 비밀유지가 체계적으로 원활히 이루어져 윤리적 갈등이 없다기보다는 비밀유지에 대한 인식이 부족하기 때문이라고 생각된다. 최근 환자의 비밀유지에 대한 국내의 관심은 높아졌으나, 제도가 미비하고 구체적인 실천 방법에 대한 의료인 및 일반인의 인식은 부족하다. 미국의 경우 환자 정보보호만을 위한 법률을 제정하여 시행하고 있으며, 의료인들은 환자 정보보호에 대한 교육을 의무적으로 받도록 하고 있고, 환자 정보보호를 위반할 경우 법적 제제를 가함으로써 경각심을 불러일으키고 있다(Harman, 2005). 하지만 국내에는 의료법 제19조(정보 누설 금지)에서 의료인의 비밀유지 의무에 대한 원칙적인 내용은 담고 있으나, 구체적인 방법을 제시하고 있지 않다(National Law Information Center, n.d.). 그러나 중환자실은 생명을 위협하는 상황에 놓인 환자들이 많고, 긴박한 순간들이 자주 발생하며, 일반병실보다는 공개된 공간이라는 점에서 비밀유지를 위한 특별한 노력이 필요한 곳이다(Baggio et al., 2011; Latour & Albarran, 2012; Fernandes & Moreira, 2013).

본 연구 결과의 간호 실무적 의의는 다음과 같다. 첫째 중환자실 간호사가 일반 병동 간호사에 비해 많은 윤리적 갈등 항목에서 더 높은 점수를 나타냈다. 즉 의료처치 및 환자 비밀 유지와 관련된 여러 상황에서 중환자실 간호사가 일반 병동 간호사보다 더 자주 윤리적 갈등을 경험한다는 것이다. 간호사의 윤리적 갈등은 스트레스를 유발하고, 간호사는 감정적 피로, 소진, 좌절 등의 감정을 느끼게 된다. 또한 조직에 대해 부정적 관점을 가지게 되고 이직을 고민하거나 간호 전문직 자체에 대한 회의를 느끼게 한다(Shoorideh, Ashktorab, Yaghmaei, & Alavi Majd, 2015; Burston & Tuckett, 2013). 윤리적 갈등을 더 빈번히 경험하는 중환자실 간호사는 일반병동 간호사보다 이러한 부정적 결과에 놓일 가능성에 더욱 취약하다. 따라서 중환자실 간호사들이 갈등 상황을 공유하고 감정을 공유할 수 있도록 지지적 환경을 조성하는 한편, 윤리적 갈등을 관리할 수 있는 방안에 대한 교육이 제공되어야 할 것이다(Burston & Tuckett, 2013).

둘째 의료처치와 관련된 다양한 상황 가운데서 중환자실 간호사들이 가장 자주 윤리적 갈등을 경험하는 상황은 말기 환자에 대한 의료처치와 관련되어 있었다. 말기 환자에 대한 불필요한 검사가 이루어지거나 무의미한 연명의료가 제공되는 상황에서 윤리적 갈등을 빈번히 경험하는 것으로 나타났다. 2016년 '호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률'이 제정되었고 2018년 2월부터 무의미한 연명의료의 중단이 법적으로 가능해졌다. 또한 중환자실 환자에 대한 완화의료도 더욱 활성화될 것이다. 이는 중환자실에서 생애 말에 연명의료를 지속할 것인지 아니면 중단할 것인지에 대한 수많은 의사결정들이 이루어질 것임을 의미한다. 이 과정에서 중환자실 간호사들은 말기 환자의 의료처치에 관한 윤리적 갈등을 지금보다도 더 많이 경험하게 될 것이다(Mobley, Rady, Verheijde, Patel, & Larson, 2007; Wiegand, MacMillan, dos Santos, & Bousso, 2015). Wiegand 등(2015)은 중환자실 간호사들이 이러한 갈등을 해소하는데 도움이 되는 방법으로 중환자실의 동료들에게 도움 청하기, 윤리적 갈등에 대해 논의하기 위한 다학제 회의 구성하기, 윤리적 갈등에 대해 논의하기 위한 환자, 가족, 의료진 회의 구성하기, 완화의료팀에게 자문 구하기, 윤리 전문가에게 자문 구하기를 제시하였다. 우리나라에서도 자문역할을 할 수 있는 완화의료팀의 활성화 등과 같이 중환자실 간호사들이 생애 말 간호에서 경험하는 윤리적 갈등을 해소하는데 도움이 될 수 있는 체계를 마련하는 일이 필요할 것이다.

한편, 본 연구의 제한점으로는 먼저 대상자를 임의표본추출 방식으로 표집하였으므로 결과를 일반화할 수 없다. 또한 대상자는 학술대회에 참여하였거나 대학원 학생이므로 지식이나 정보에 대해 관심이 있다고 볼 수 있으며, 연령도 상대적으로 높다. 연구의 결과 해석 시 이러한 대상자의 특성을 고려해야 할 것이다.

V. 결 론

중환자실 간호사들은 일반병동 간호사들보다 의료처치 및 환자의 비밀유지와 관련된 상황들에 대해 더 빈번하게 윤리적 갈등을 경험한다. 중환자실은 가장 최첨단의 과학기술이 집약된 처치들이 각 환자에게 집중되어 있는 곳이며, 환자의 정보는 치료를 위해 실시간으로 많은 의료인들에게 공유되며 의사결정을 위해 환자가 아닌 대리인에게 정보를 제공해야 하는 경우가 빈번한 곳이다. 또한 일반 병동보다 환자 중심의 의사결정을 하고 환자의 정보를 보호하는데 있어 더 큰 상황적 시간적 제약이 존재하는 곳이기도 하다. 중환자실 간호사들이 의료처치 및 환자정보 보호와 관련된 윤리적 갈등 상황 속에서 실제 활용할 수 있는 윤리적 의사결정 과정에 대한 교육이 개발되고 시행될 필요가 있다.

REFERENCES

Azoulay, E., Chaize, M., & Kentish-Barnes, N. (2014). Involvement of ICU families in decisions: Fine-tuning the partnership. *Annals of Intensive Care*, *4*(37), 1-10.

Baggio, M. A., Pomatti, D. M., Bettinelli, L. A., & Erdmann, A. L. (2011). Privacy in critical care units: The patient's rights and implications for nursing professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *64*(1), 25-30.

Bull, E. M., & Sorlie, V. (2016). Ethical challenges when intensive care unit patients refuse nursing care: A narrative approach. *Nursing Ethics*, *23*(2), 214-222.

Burston, A. S., & Tuckett, A. G. (2013). Moral distress in nursing: Contributing factors, outcomes and interventions. *Nursing Ethics*, *20*(3), 312-324.

Cardona-Morrell, M., Kim, J. C. H., Turner, R. M., Anstey, M., Mitchell, I. A., & Hillman, K. (2016). Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: A systematic review on extent of the problem. *International Journal for Quality in Health Care*, *28*(4), 456-469.

Falco-Pegueroles, A., Lluch-Canut, T., Roldan-Merino, J., Goberna-Tricas, J., & Guardia-Olmos, J. (2015). Ethical conflict in critical care nursing: Correlation between exposure and types. *Nursing Ethics*, *22*(5), 594-607.

Fernandes, M. I., & Moreira, I. M. (2013). Ethical issues experienced by intensive care unit nurses in everyday practice. *Nursing Ethics*, *20*(1), 72-82.

Ganz, F. D., & Berkovitz, K. (2012). Surgical nurses' perceptions of ethical dilemmas, moral distress and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, *68*(7), 1516-1525.

Gorka, C., Craig, J. M., & Spielman, B. J. (2017). Growing an ethics consultation service: A longitudinal study examining two decades of practice. *AJOB Empirical Bioethics*, *8*(2), 116-127.

Harman, L. (2005). HIPAA: A few years later. *The Online Journal of Issues in Nursing*, *10*(2), 95-110.

Karnik, S., & Kanekar, A. (2016). Ethical issues surrounding end-of-life care: A narrative review. *Healthcare*, *4*(2), 1-6.

Kinoshita, S. (2007). Respecting the wishes of patients in intensive care units. *Nursing Ethics*, *14*(5), 651-664.

Kleinpell, R., Farmer, J. C., & Pastores, S. M. (2018). Reducing unnecessary testing in the intensive care unit by choosing wisely. *Acute and Critical Care*, *33*(1), 1-6.

Kon, A. A., Shepard, E. K., Sederstrom, N. O., Swoboda, S. M., Marshall, M. F., Birriel, B., & Rincon, F. (2016). Defining futile and potentially inappropriate interventions: A policy statement from the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *Critical Care Medicine*, *44*(9), 1769-1774.

Kotecha, N., Shapiro, J. M., Cardasis, J., & Narayanswami, G. (2017). Reducing unnecessary laboratory testing in the medical ICU. *The American Journal of Medicine*, *130*(6), 648-651.

Latour, J. M., & Albarran, J. W. (2012). Privacy, dignity and confidentiality: A time to reflect on practice. *Nursing in Critical Care*, *17*(3), 109-111.

Lautrette, A., Peigne, V., Watts, J., Souweine, B., & Azoulay, E. (2008). Surrogate decision makers for incompetent ICU patients: A European perspective. *Current Opinion in Critical Care*, *14*(6), 714-719.

McAndrew, N. S., Leske, J., & Schroeter, K. (2018). Moral distress in critical care nursing: The state of the science. *Nursing Ethics*, *25*(5), 552-570.

McCullough, J., & Schell-Chaple, H. (2013). Maintaining patients' privacy and confidentiality with family communications in the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, *33*(5), 77-79.

McGowan, C. (2012). Patients' confidentiality. *Critical Care Nurse*, *32*(5), 61-64.

Mobley, M. J., Rady, M. Y., Verheijde, J. L., Patel, B., & Larson, J. S. (2007). The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, *23*(5), 256-263.

National Law Information Center. (n.d.). Medical Law. Retrieved October 1, 2018, from http://law.go.kr/LSW/main.html

Park, M., Jeon, S. H., Hong, H. J., & Cho, S. H. (2014). A comparison of ethical issues in nursing practice across nursing units. *Nursing Ethics*, *21*(5), 594-607.

Rigaud, J., Large, A., Meunier-Beillard, N., Gelinotte, S., Declercq, P. L., Ecarnot, F., . . . Quenot, J. (2017). What are the ethical aspects surrounding intensive care unit admission in patients with cancer?. *Annals of Translational Medicine*, *5*(Suppl 4), S42.

Shoorideh, F. A., Ashktorab, T., Yaghmaei, F., & Alavi Majd, H. (2015). Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing Ethics*, *22*(1), 64-76.

Vig, E. K. (2018). Weekly rounding with the MICU team: Description of clinical ethics project. *American Journal of Hospital Palliative Care*, Advance online publication. doi:10.1177/1049909118795478

Vincent, J. (2013). Critical care-where have we been and where are we going?. *Critical Care*, *17*(Suppl 1), S2.

Wagner, N., & Ronen, I. (1996). Ethical dilemmas experienced by hospital and community nurses: An Israeli survey. *Nursing Ethics*, *3*(4), 294-304.

Wiegand, D. L., MacMillan, J., dos Santos, M. R., & Bousso, R. S. (2015). Palliative and end-of-life ethical dilemmas in the intensive care unit. *AACN Advanced Critical Care*, *26*(2), 142-150.

Yont, G. H., Korhan, E. A., Dizer, B., Gumus, F., & Koyuncu, R. (2014). Examination of ethical dilemmas experienced by adult intensive care unit nurses in physical restraint practices. *Holistic Nursing Practice*, *28*(2), 85-90.