

27

한국 의료윤리 학회지

KOREAN JOURNAL OF
MEDICAL ETHICS



VOL.27 | NO.1 | March 2024

pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598



한국 의료윤리 학회

DPP4i
슈가논

Met+DPP4i
슈가메트

SGLT2i
다파프로

Dong-A ST T2DM LINE-UP

End of Diabetes Mellitus

DPP4i+SGLT2i
슈가다파

Met+SGLT2i
다파프로메트

Met+DPP4i+SGLT2i
슈가트리

한국 의료윤리 학회지



KOREAN JOURNAL OF
MEDICAL ETHICS



한국 의료윤리 학회
THE KOREAN SOCIETY FOR MEDICAL ETHICS



한국의료윤리학회

THE KOREAN SOCIETY FOR MEDICAL ETHICS

고문	이정구(단국대학교 의과대학, 이비인후과학) 장기현(서울대학교 의과대학, 영상의학) 손명세(연세대학교 의과대학, 예방의학) 고운석(울산대학교 의과대학, 호흡기내과학) 최보문(가톨릭대학교 의과대학, 정신건강의학) 허대석(서울대학교 의과대학, 종양내과학) 정지태(고려대학교 의과대학, 소아청소년과학) 임채만(울산대학교 의과대학, 호흡기내과학)	대외협력이사 정보이사 홍보이사 국제협력이사 인재개발이사 무임소이사	문재영(세종충남대학교병원, 중환자의학/의료윤리학) 양광모(삼성서울병원, 비뇨기과학) 박재영(청년 의사, 의학/의료언론) 김형진(성균관대학교 의과대학, 의료인문학) 조백현(평택굿모닝병원, 외과학) 김대영(고려대학교안암병원, 가정의학/의료윤리학) 김민선(서울대학교병원, 소아청소년과학/소아청소년완화의료) 김준혁(연세대학교 치과대학, 의료윤리학/치의학교육학) 김찬웅(중앙대학교 의과대학, 응급의학/의학교육학) 박혜윤(서울대학교병원, 정신건강의학) 백수진(국가생명윤리정책원, 생명윤리학) 송인규(연세대학교 의과대학, 소아청소년과학) 심지원(동국대학교 문과대학, 윤리학/생명윤리학) 안은미(국립재활원, 의료윤리학/가정의학) 어은경(순천향대학교 부천병원, 응급의학) 이명아(가톨릭대학교 의과대학, 종양내과학/생명윤리학) 임대원(의료윤리연구회, 성형외과학) 정용훈(전남대학교 의과대학, 응급의학) 최규진(인하대학교 의과대학, 의료인문학) 황임경(제주대학교 의과대학, 의료인문학/영상의학)
회장	권복규(이화여자대학교 의과대학, 의학교육학)		
부회장	유상호(한양대학교 의과대학, 의료윤리학/의료인문학) 강명신(강릉원주대학교 치과대학, 치의학/생명윤리학) 박숙현(삼성서울병원, 중환자간호학/간호윤리학)		
감사	문지호(의료윤리연구회, 이비인후과학) 김세라(서울아산병원, 중환자간호학/간호윤리학) 윤리위원장 조성준(강원대학교 의과대학, 흉부외과학)		
교육위원장	이일학(연세대학교 의과대학, 의료법윤리학)		
재무위원장	홍영선(이화여자대학교 의과대학, 내분비내과학)		
총무이사	배현아(이화여자대학교 법학전문대학원, 의료법학)		
총무이사보	김정아(동아대학교 의과대학, 의료윤리학)		
학술이사	박소연(경희대학교 의과대학, 내과학/의학교육학)		
학술이사보	김한나(연세대학교 의과대학, 의료윤리학)		
교육이사	최은경(경북대학교 의과대학, 의료윤리학/의료인문학)		
교육이사보	유신혜(서울대학교병원, 종양내과학/완화의료)	편집위원회	
기획이사	장윤정(국립암센터, 가정의학/의료윤리학)	편집위원장	유상호(한양대학교 의과대학, 의료윤리학/의료인문학)
기획이사보	이경도(울산대학교 의과대학, 의료인문학)	편집위원	강명신, 고봉진, 김나경, 김도경, 김상희, 김정아, 김준혁, 남승민, 목광수, 박석진, 이일학, 최경석, 최은경, John McGuire
간행이사	김도경(동아대학교 의과대학, 의료인문학)		
간행이사보	남승민(이화여자대학교 의과대학, 의료윤리학/의료인문학)	산하위원회	임상윤리상담연구회
재무이사	신성준(동국대학교 의과대학, 신장내과학) 한정호(충북대학교 의과대학, 소화기내과학)	행정사무	조규범
		편집간사	문수경

한국의료윤리학회지

제27권 제1호(통권 제78호) 2024년 3월

KOREAN JOURNAL OF MEDICAL ETHICS

pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

Vol. 27 No.1 March 2024

인쇄 2024년 3월 31일
발행 2024년 3월 31일
발행인 권복규
편집인 유상호
발행처 한국의료윤리학회
06132 서울특별시 강남구 테헤란로 25길 20
역삼현대벤처텔 1317호
Tel: 02-2192-4022
ksmeeducation@gmail.com
편집/제작 Guhmok Publishing Co./ Guhmok Info
guhmok@guhmok.com

Publisher: KWON Ivo
Editor: YOO Sang-Ho
Published by:
The Korean Society for Medical Ethics
Website: <https://medicaethics.jams.or.kr/>
Office: Room 1317, 20, Teheran-ro 25-gil, Gangnam-gu,
Seoul 06132, KOREA
Tel: 82-2-2192-4022
E-mail: ksmeeducation@gmail.com

목차

[연구 논문]

- 의료 서사로 본 소록도: 의료적 망탈리테 역사의 관점에서
조안영 | 1
- COVID-19 발생 시기 한국 간호사가 경험한 어려움과 대응 전략:
질적 연구에 대한 통합적 문헌고찰
유자영, 조단비 | 27

[추모사]

- 맹광호 교수님 영전에
정유석 | 47
- 고 맹광호 교수님을 추모하며
권복규 | 49

CONTENTS

- The Sorokdo as a Medical Narrative
CHO Anyoung | 1
 - An Integrated Review of Difficulties and Response Strategies Experienced by Korean Nurses during the COVID-19 Outbreak: Based on Qualitative Research
YOU Jayoung, CHO Dan Bi | 27
 - Memorial of Prof. Kwang Ho MENG written by Yoo-Seock CHEONG
CHEONG Yoo-Seock | 47
 - Memorial of Prof. Kwang Ho MENG written by Ivo KWON
KWON Ivo | 49
-

의료 서사로 본 소록도: 의료적 망탈리테 역사의 관점에서

조안영¹

요약

출간된 소록도 환자들의 내러티브 탐구를 통해 그들의 망탈리테를 들여다보았다. 심전환의 『소록도 반세기』, 국립 소록도병원에서 발간한 소록도 구술자료집, 환자들의 수필과 소설, 외부 관찰자들이 소록도를 소재로 쓴 문학작품들을 통해 의료영역에서 현재까지 유효한 정서와 그 배경, 역사적 맥락을 살펴보고, 이에 관한 의미와 제언을 첨언하는 방식으로 분석하였다. 정부에서 초청한 다미안 재단의 대표로 소록도에서 1967년부터 5년간 근무한 벨기에 성형외과 의사, 반드루겐 부록의 진술을 비롯해, 1979년 소록도의 역사를 처음 집대성한 심전환 환자의 글을 통해 당시의 의료와 관련된 내러티브들을 살펴볼 수 있었고, ‘의료조무원제도’와 ‘의학강습소’라는 제도가 소록도에 끼친 영향 등을 탐구하였다. 이를 토대로 ‘소록도’라는 한 단어 속에는 수많은 깊고, 높은 삶이 들어있다는 것을 이번 연구를 통해 다시 확인하는 계기가 되었다.

색인어

한센병; 의료서사; 소록도; 망탈리테의 역사

투고일: 2023년 11월 6일, 심사일: 2023년 11월 13일, 게재확정일: 2024년 1월 2일

1 국립 소록도병원, 외과장. e-mail: choan02@naver.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2242-7154>

I. 시작하며

국립 소록도병원은 개원 후 107년이 지났다. 입원환자들은 일생의 대부분을 한센병이란 질병을 관통하며, 이로 인한 후유증으로 아픔을 겪고 있다. 평균 연령이 78.2세(2023.1.1.), 평균 유병기간은 60.3년(2023.2.1.)이란 숫자를 열거하지 않더라도 이들의 오랜 고통과 소외는 이미 널리 알려져 있다. 이중 상당수는 만성상처(궤양)를 갖고 있는데, 수족부 장애와 긴 수병기간으로 인해 호전과 악화를 반복하는 상태다. 대부분의 만성상처는 짧게는 수년에서 길게는 40~50년간 지속되고 있으며, 주변에 만성골수염으로 인한 골 변형을 동반한다. 수지나 족지에 골이 노출된 채 상처 위에 딱지나 굳은살이 덮이면 그것으로 상처가 다 나았다고 생각하는 환자도 흔히 볼 수 있다. 그들이 보기엔 상처가 나았다가 다시 생기는 일의 반복일 테지만, 의사의 눈에는 호전과 악화를 보이는 하나의 연속되는 만성상처일 뿐이다. 그들의 삶에 녹아 있는 이런 류의 인식의 차이를 진료과정에서 종종 발견할 수 있다. 그들의 눈높이에서 겪는 경험들로 인해 확고해진 신념들은, 이를테면 이런 것이다.

잘 낫지 않는 상처를 보며, 40여 년 전의 경험을 떠올려 당시에 어렵게 구한 또는 누군가로부터 받은 연고 또는 약을 먹고 나았으니, 그 약을 달라고 요구하는 환자가 있다. 70~80대의 환자가 30~40대에 먹었던 약은 생산이 중단되었고, 개선된 새로운 약으로 대체되었으나, 그 약은 효과가 없다는 것이다. 단종되어 버린 옛날의 그 약은 당시에는 귀한 약이었을 것이고, 젊은 그들의 신체는 약이 아니어도 나올 정도로 면역력이 좋았을 것이라는 사실은 쉽게 간과된다. 그들의 사고로는 40년 전의 젊은 자신과 지금의 자신은 같은 사람이기 때문이다. 그때 그 귀한 약을 먹고 나았으니, 지금도 그 약을 먹으면 나올 것이란 신

념은 40년간의 의학 발전을 무력화시킬 정도로 강력하다. 40년의 노화를 망각한 채, ‘나는 변하지 않았으니, 그때의 약을 먹으면 그때의 경험처럼 나올 것’이라는 신념으로 21세기 의사에게 20세기의 치료와 약을 요구한다.

이들에게 올바른 치료는 어떤 의미이며, 의미 있는 치료란 또 어떤 것일까에 대한 고민을 하지 않을 수 없었고, 그 해답은 의학 교과서나 논문에서 찾을 수 없었다. 해답에 다가가기 위해서는 결국, 그런 신념이 형성된 환경과 그들의 경험을 들여다봐야 하는 것은 분명해 보였다.

그들의 관점에서, 본인의 몸은 본인이 가장 잘 알고, 과거의 병력과 치료의 경험 또한 본인이 가장 잘 알기에 현재의 유사한 증상만으로도 진단의 과정을 건너뛰어 그때의 그 약이 필요한데, 현실의 의사들은 권위에 사로잡혀 자신의 병을 자신만큼 잘 알지도 못하면서 박해한다고 생각하고, 더 나아가 돌팔이나 말이 안 통하는 무도한 사람이라 생각할 수도 있을 것이다.

그들의 편에서 주장을 계속하자면, 한센병을 비롯한 많은 질병은 현대의 자연과학으로도 모든 것을 밝히고 증명할 수 없다. 잘못된 신념을 잘못이라고 말할 수 있는 것은 현대의 자연과학에 기반한 것이며, 40여 년 전의 자연과학보다 지금의 과학이 더 발전되고 더 완성된 것임을 전제로 하더라도 자연과학으로 설명되지 않는 부분이 여전히 있음을 부정할 수 없다. 특히 질병과 치료의 분야에서는 그렇다. 그런데도 불확실한 질병을 확신하고 판단하는 모순 속에 있는 것이 의학의 본질이다. 그리고 의학과 임상에서의 치료는 각기 다른 목표와 가치가 있다. 의학은 자연과학에 기반하지만, 치료는 이를 포괄하여 환자에게 다가가는 것이며, 치료의 대상은 질병이 아니고 사람이라는 점에서 그들이 그릇된 신념을 갖고 있다고 판단하기 전에 그들에게 올바른 치료, 즉 현재의 소록도 환자에게 의미 있는 치료가 무엇인

가에 대한 해답을 구하는 일과 이를 위해 그들의 경험을 이해하는 노력은 타당하다.

한센병 또는 한센인과 관련된 선행연구들은 대부분 한센인의 격리제도와 한센인 정착촌에 집중되었다. 한센병에 대한 정부 정책을 열거하고 이들의 폐해와 시대 상황을 기술하거나, 한센병 환자로서 경험을 문학적인 관점에서 고찰한 연구들이 주를 이룬다.

사회학 분야에서 김재형의 「한센인의 격리제도와 낙인, 차별에 관한 연구」[1]는 한센인의 격리제도에 초점을 맞춰 인격에 대한 낙인과 차별적인 제도의 근거와 정부 정책의 변천사, 정착촌과 음성환자에 대한 의료제도의 변화 과정을 거시적으로 기술했다. 일본 식민지 시절부터 이뤄진 격리제도에 의한 인권침해 문제에 대해 다루며, 강제 격리제도를 모든 국가가 받아들인 것은 아니었고, 낙인과 차별은 어떤 주체가 아니라, 사회 전체에 의해 행해진 폭력이라는 관점에서 의료복지적 성격으로서의 한센병 환자 관리의 필요성을 도출하는 방식으로 한센인 수난의 역사에 대한 식견을 제공한다.

노인 복지 분야에서 노상근의 「한센인 정착촌에 대한 현상학적 연구」[2]는 강제 격리제도가 사라졌지만, 또다시 정착촌이라는 이름으로 바뀌어 지속되는 한센인의 ‘모여 삶’이란 의료문화의 본질에 관한 연구로서 이들의 과거로부터 이어지는 고통을 미래에 대한 고민까지 연장시켰다. 한센병 문학의 선구자인 한하운의 시 세계를 통해 이런 논의를 발전시켜 그들이 겪는 인간적인 문제까지 조화롭게 아울렀다.

문화연구 분야에서 안지나의 「한일 한센병문학 비교연구」[3]는 근대의 제국 일본과 식민지 조선

에서 실시된 강제격리 제도와 ‘단종’이라 불린 국민우생법(1940년 제정)의 의료정책, 이와 더불어 차별에 관한 이야기를 쓰카하라 도시오의 『애증』(1956)과 이청준의 『당신들의 천국』(1976)을 비교·분석하며 진행했다.

미술 치료 분야에서 유양지, 김갑숙은 「한센병 환자의 배우자로 살아온 고령 노인의 삶에 관한 미술 기반 내러티브 탐구」[4]에서 80대 여성 2인에 대한 미술 치료와 인터뷰를 통해 이들의 고난한 삶을 잘 드러내며 치료 효과를 증명했다.

김재형의 연구는 거시적 관점으로 식민 시대부터 근대를 관통하는 격리제도와 나병 관리 정책에 대해 많은 자료를 수집했다. 이는 정부나 관련 기관에 의해 정리되고 발표된 포괄적인 데이터와 정책의 연혁을 피상적으로 관료적 관점에서 기술한 것으로 실제 의료현장의 실상을 알기엔 한계가 있다. 노상근, 안지나 등의 연구는 환자의 처지에서 그들이 겪는 한센병의 투병기와 격리 정책을 비롯한 정부 정책의 폐해와 피해자에 대한 치료적 관점으로 접근하였으며, 논점은 의료의 실제 현장보다는 그 주변에서 일어나는 삶의 고난사에 주로 집중되었다.

의료현장에서 일어나는 진료의 과정이나, 현장 의료의 내부구조와 환경, 치료라는 의료의 작용과 환자의 투병 생활에 관한 사례나 이에 대한 질적 연구는 찾을 수 없었다.

II. 연구 방법으로서 내러티브¹⁾ 탐구

본 연구는 관계적 탐구, 내러티브 탐구로도 지칭되는 질적 연구방법을 사용한다. 일반적으로

1) 본 연구에서 내러티브(narrative)와 서사(敍事)라는 단어가 같이 사용되었다. 두 용어는 흔히 동의어로 취급된다. 사건들을 펼친다는 의미로 차려 서(敍)와 일 사(事)를 사용하는 ‘서사’라는 용어에 비해 나레이터(Narrator), 나레이션(Narration)과 같은 용어의 활용을 고려하면, ‘Narrate’이라 동사의 명사형인 Narrative라는 단어가 대상자의 서정(敍情) 묘사를 포괄하는 필자의 의도를 더 잘 반영한다는 취지다. 본 연구에서 서사는 일반적이고 포괄적인 의미에서 어떤 사실들을 일련의 줄거리로 재현한다는 의미로 사용했고, 내러티브는 대상자의 서정을 담아 구술로 풀어내거나, 풀어낼 수 있는 서사를 주로 지칭한다.

의학 분야의 논문은 근거 중심(evidence-based)으로 접근하며, 양적 연구방법을 통해 의미 있는 결과를 도출한다. 이에 더해 공공의료 분야를 포함하여 의료정책을 수립하고 시행하는 정부 부처에서는 자료 중심(data-based)으로 문제에 접근한다. 질병관리청에서 매년 한센병 사업 관리지침이 출간되며, 한센복지협회에서도 매년 다양한 통계를 생산하고 있고, 이에 따라 공공의료기관과 산하기관에서 관리되고 있는 환자들을 숫자로만 바라보며 관리하면서 생길 수 있는 관료주의적 관점과 계량화된 통계 만능주의의 맹점에서 벗어나고자 하였다.

일반적이지 않은 삶을 살아온 한센인들의 일반화를 추구하는 양적 연구로 한정하여 계량화하는 연구보다 개별 인간의 삶을 탐구하는 것이 임상 연구로써, 과학적이나 인문학적이나를 넘어 더 진리에 가깝게 다가가는 일이고, 지금 여기 우리²⁾의 의료현장에 더욱 가치 있는 일이 될 것이다.

한센병과 같은 만성질환자의 경우, 개인의 질병 체험과 치료 경험은 개인의 역사다. 이는 개인의 서사이자 질병의 서사, 치료의 서사일 수밖에 없고, 진료의 기록이자 환자의 증상이나 치료반응, 치료 순응도와 같은 연구 자료이며 증거이기도 하다. 특히 세상과 단절된 소록도라는 섬에서 겪은 만성질환자의 서사는 질병과 치료의 경험에 더해, 의료라는 시스템에 대해 더 많은 정보와 자료를 제공하여 근본적인 상황과 환경을 이해하고, 이를 토대로 현재의 의료 문제에 대한 실마리를 찾을 수 있을 것이라 기대한다.

연구의 재료로 소록도 박물관에서 시행했던 구술화 사업의 결과물과 국립 소록도병원에서 발간한 출판물과 환자들의 출판물들을 참조했다. 2011년 발간된 국립 소록도 100년 구술 사료집

[5,6]은 소록도 재원 환자들의 서사를 본격적으로 수집하기 시작한 작업으로, 사라져가는 소록도의 체험과 질병 경험 등의 다양한 주제에 대해 다수 환자의 서사를 여러 연구자의 인터뷰로 다채롭게 수집하여 기록했다. 환자들의 언어를 그대로 사용하였고, 이에 대한 연구참여자의 당시 상황과 소감을 따로 정리하여 환자들의 서사를 그대로 옮기는데 충실했다 평가받는다. 구술사업은 이후에도 계속되어 2019~2020년에 걸쳐 5권으로 구성된 『소록도의 구술 기억』이 발간되었다. 이런 작업의 결과물을 통해 그들에게 의료가 무엇이었고, 어떤 역할을 했는지에 대한 실마리를 얻을 수 있었다.

참고한 자료들은 국립 소록도 100년 구술 사료집은 I권, 『또 하나의 고향』[5], II권, 『자유를 향한 여정, 세상에 내딛는 발걸음』[6]으로 총 26인의 구술 사료를 정리했고, 『소록도의 구술 기억』은 I~III권[7-9]는 2019.12.27., IV~V권[10,11]은 2020.10.28.에 출간되었고, 총 12인의 구술 서사가 기록되어 있다.

이와 더불어 환자의 창작물도 참고했다. 수필집과 소설, 수필, 시집 등을 통해 이들의 직접적인 서사를 들을 수 있었다. 강창석 『내가 사는 소록도』[12], 『엄니의 희생』[13], 강선봉 『천국으로 가는 길』[14], 『곡산 인동초 사랑』[15]은 환자가 직접 쓴 수필과 소설로 그들의 삶이 빚진하게 녹아 있다. 소록도에 복무했던 인물의 서사도 참조했다. 조창원 원장의 수필 『허허, 나이롱 의사 외길도 제 길인걸요』[16], 김두영 목사의 회고록 『몰래 익은 포도송이』[17], 2021년 소록도 생애사 기록화 사업의 결과물인 윤석선, 김오수, 윤봉자 『작은 서울' 소록도』[18] 등이 있다. 중요한 기초 자료로 1979년에 쓰인 심전환의 『소록도 반

2) '지금'은 시간성, '여기'는 장소성을 '우리'는 사회성을 대표한다.

세기』[19]와 이를 개정, 보완하여 1993년에 재출간된 『아오 70년』[20]을 활용했다. 이런 연구 자료들은 대체로 “내러티브 탐구”라는 용어로 수렴된다.

내러티브 탐구를 정착시켰다는 평가를 받는 클란딘(Clandinin)과 코넬리(Connelly)[21]는 “내러티브 탐구는 경험을 이해하는 방법이다. 이는 한 곳이나 여러 곳에서, 그리고 환경과의 사회적 상호작용 속에서 시간에 걸쳐 일어나는 연구자와 연구참여자가 함께 하는 협동작업이다. 연구자는 사람들의 개인적, 사회적 삶을 구성하는 경험 이야기의 중심으로 들어가서 그들이 경험을 살고, 말하고, 다시 말하고, 다시 사는 현장을 함께 하게 된다.”라고 정의한다. 결국 내러티브 탐구의 본질은 개별 인간(individual)의 경험을 이해하는 것이며, 이에 대해 이들은 경험을 ‘이야기화된 현상(storied phenomenon)’으로 개념화한다는 것이다. 인간은 개인적으로, 사회적으로 경험 속에서 이야기화된 삶을 살아가는데, 사람들은 그들 자신과 주변의 다른 사람들이 누구인지에 관한 이야기들로 매일 일상의 삶을 구성하고, 이러한 이야기들로 과거를 해석한다. “이야기란 사람이 세상으로 들어가는 관문이며, 세상에 대한 그들의 경험이 해석되고, 개인적으로 의미를 갖게 만드는 관문이다. 내러티브 탐구는 이야기로서의 경험에 대한 탐구이며, 경험에 대하여 생각할 수 있는 최상의, 그리고 최고의 방법이다. 내러티브 방법론을 사용한다는 것은 연구에 있어서 ‘현상으로서의 경험’이라는 특별한 관점을 차용하는 것”이라는 클란딘과 코넬리의 주장은 본 연구에 정당성을 부여하는 바 크다.

서사는 환자의 개인 경험과 그와 관련된 심리, 그리고 당시의 주변 환경에 대해 이해하고 해석하는 과정을 통해 질적 연구로 거듭 날 수 있다. 환자들의 구술(서사) 내용에서 잘못된 행위 사실, 즉 현재의 잣대로 위법하거나 비윤리적인 행위를

비난하려 든다면, 이 논고의 취지를 오독하는 것이다.

III. 소록도, 반세기

소록도의 역사는 오랜 기간 방치되었다. 해방 전후, 한국전쟁의 어수선한 상황과 그 후 굶주린 한국 근현대사의 과정에서 소실되었거나, 드러내고 싶지 않은 역사이기에 암묵적으로 지워졌거나, 또는 자연스레 잊혀진 것인지 모른다는 생각으로 접근했지만, 연구를 거듭할수록 과거의 수많은 불합리한 역사를 일부러 기록하지 않은 것인지 모른다는 생각이 들었다. 일부 남아 있는 자료로 일제의 관료들에 의해, 해방 후의 관료들에 의해 기록된 조각난 자료와 자료마다 제각각인 숫자, 원내 행사와 유명 인사의 방문 기록 등이 있지만, 이를 통해 소록도 환자의 투병 생활을 파악하기 어려웠다. 소록도 역사에 대한 제대로 된 기록은 소록도를 관리하고 운영했던 관료들이 아니라, 1979년에 이르러 심전환이라는 환자의 책 『소록도 반세기』[19]가 시작이었다. 이는 상당히 의미 있는 사건이라고 보는데, 그건 권력자인 관료에 의해 쓰인 역사가 아니라, 피지배자라고 간주되는 환자들에 의해 기록된 최초의 망탈리테의 역사였기 때문이다.

망탈리테(mentalité)란 특정한 시대를 살아가는 이들이 공유하는 집단적 사고, 심성, 생활 양식을 뜻한다. 주도적인 지식인들에 의해 만들어진 계몽사상의 ‘고급’ 문화가 밑으로 전달한 영향력과 상반되게 밑으로부터 만들어진 영향력이 프랑스 혁명 이전의 사회에서 작용하는 방식도 이와 유사하다. 근대 대한민국처럼 급격한 사회변화가 일어나는 곳에서 이런 망탈리테는 뚜렷해진다. 소록도처럼 고립되어 하나의 독립된 사회를 이루고, 한센병이라 알려진 신체의 변형을 초래

하는 감염병을 겪는 집단으로 일본 제국 시대와 해방, 한국전쟁과 군사혁명 시기를 겪어내며, 수많은 통치자(원장)의 지배를 받은 사회라면, 역사를 단지 이력과 연보, 신문 보도기사로 정리할 수만은 없다는 것이다.

내러티브란 개인의 관점에서 일련의 사건들을 맥락에 따라 연결하여 구성한 이야기다. 개인의 삶은 자기만의 고유한 내러티브이며, 우리는 이를 읽어냄으로써 그들의 생각과 행동의 의미를 유추할 수 있다. 진실은 누구에게나 다를 수 있다는 전제하에, 가장 진실한 소록도의 역사는 연보가 아니라, 그들의 내러티브에 의해 쓰인 망탈리테의 역사임을 부정할 수 없다. 그런 관점으로 심전황의 『소록도 반세기』를 주목할 필요가 있다. 이 글의 서문은 다음과 같이 시작한다.

“소록도는 과거 일제의 철저한 격리주의 밑에서 군림하던 관료주의가 환자들의 생활 주변을 맴돌았기 때문에 환자들은 마치 탁류를 거슬러 노를 젓는 것과 같은 역경 속에서 투병 생활을 해온 것이 사실입니다. 이에 따라 환자 스스로가 열등의식에 사로잡혀서 될 대로 되라는 자학적인 생활이 고질화하여 이 가운데에는 작은 이익을 참하여 갖은 사회악을 조장하는 환자들도 없지 않았다고 봅니다[19].”

심전황의 첫 문장은 ‘환자들의 생활 주변을 맴돌며 군림하는 관료주의의 폐해’를 지적한다. 1979년 작가의 통찰은 현재의 공공의료와 맞닿은 부분이 있다. ‘병원 당국’이라는 용어로 미루어 그의 위치는 병원 당국의 피지배자였으며, 환자들의 지도자 또는 계몽자에 속해 있음을 추측할 수 있다. 그의 서술이 다소 권력 지향적인 문장이나 어휘로 역대 원장이나 사건을 평가하는 태도를 보이는 것도 사실이나, 환자들을 대변할 수 있는 가장 가까운 위치에 있었으므로 그의 책

은 환자들의 망탈리테를 반영한 역사서로 충분하다. 당시 환자의 문맹률이 높아 글을 읽고 쓸 수 있는 사람이 드물었고, 손가락이나 손의 변형으로 글을 쓸 수 없는 환자들이 많았다는 점도 참고해야 한다.

그의 책에서 가장 먼저 발견할 수 있었던 점은 치료자나 의사로서 원장이 아니라, 통치자 또는 권력자로서의 원장이라는 존재였다. “배고파서 못 살겠다, 원장 물러가라!” 등의 구호나 “원장님은 아버지 같았다”라는 문장들은 그의 책에서 쉽게 관찰된다.

그의 책에는 1967년, 병원 신축 장소에 대한 이견으로 인한 차윤근 원장과 환자들 간의 마찰에 관해 아래와 같은 기술이 있는데, 이를 통해 원장이란 위치가 치료자보다는 통치자에 가까웠다는 사실을 유추할 수 있다. 그 당시의 분위기에 대해 그는 “소록도의 저 긴 역사는 체념의 연속과 그 체념을 운명으로 삼는 좌절과 실의 그 자체인지도 모른다”라며, 그래서 언제부터인가 직원과 환자 간에 불신 사조가 싹틔고, 때로는 이러한 불신감은 많은 사건을 유발했다고 지적한다. 또, “박순암 산업부장은 ‘납아 빠진 19세기 관준민비의 관료 정신이 살아있는 한 소록도의 평화는 있을 수 없습니다. 사람은 감정의 동물이기 때문에 한마디로 슬픈 사람이 즐겁게도 실망한 사람에게 희망을 줄 수가 있는데, 자기주장만 앞세워 자존한다면 그 눈은 불원목식, 이 시의 큰 과오를 범하므로 사람은 안명수쾌하고 안고수비하는 생활 윤리를 배워야 합니다.’라고 지도자론을 펴기도 했다[20].”라며 관료 사회와 관치 의료를 싸잡아 비난한다.

그의 책에서 의료가 순수성을 잃고 관치 의료가 되어버린 모습 즉, 의사가 아니라 통치자로서의 원장이 이끄는 병원은 치료가 아닌 통제와 감시의 주체가 되어버렸고, 환자는 결국 피지배자로 이에 순응하거나 대항하는 선택을 해야 했던

세월을 읽을 수 있었다.

IV. 모여 삶

정착촌으로 대표되는 ‘모여 삶’의 문화는 역사적으로 여러 가지 요소에 기인한다. 원인과 치료법, 감염 경로를 알지 못하는 감염병이라는 사실에서 시작된 강제격리와 수용, 감염병의 경과와 후유증으로 인한 신체 변형과 장애 그리고 그로 인한 차별과 박해, 원인과 치료법이 알려진 후에도 지속된 편견과 변하지 않은 차별 등이 모여 사는 주거문화를 형성했다.

초기 강제수용과 격리는 일제 식민 시절이 지나고 해방 이후에도 지속되었으며, 70~80년대의 재활, 탈시설화 정책의 하나로 시행된 정착촌 정책은 축산정책과 결합하여 성공 사례로 간주되기도 했다. 이후에도 여전히 사회로의 복귀가 아닌 또 다른 집단 거주 형태로 변화했으며, 정착촌의 임대업 전환 등도 이루어졌다. 1969년 10월 발족한 한센총연합회는 이런 과정들을 이끌었고, 전국에 흩어진 정착촌을 아우르며 한센인의 인권 회복과 복지증진을 위하여 한센병력자들에 대한 건강증진 및 자립 기반 확충을 위한 정착 농원 공공사업, 평균 70세 이상 고령의 한센인들과 한센인 2세들의 복지향상을 위한 지원사업, 축산 기술 등에 대한 교육 홍보 사업, 한센병에 대한 계몽 활동을 펼치고 있다.³⁾

국립 소록도병원은 초기 격리 정책이 본격적으로 시작된 장소 중 하나로 모여 삶의 문화가 여전히 지속되고 있다. 과거 8개의 마을로 중앙리, 남생리, 신생리, 장안리, 서생리, 동생리, 구북리,

새마을이 있었으나, 현재는 장안리, 서생리 마을이 사라져 6개 마을이 존재한다. 이 마을들은 나름대로 별칭이 존재하는데, 이남철 님의 말을 인용하자면 “말 많은 중앙리, 경치 좋은 서생리, 연애 잘하는 남생리, 바람 많은 구북리, 감투쟁이 많은 장안리, 있으나 마나 동생리, 오기 많은 신생리”⁴⁾라고 한다. 이는 소록도뿐 아니라, 소록도안의 각 마을도 역시 나름의 망탈리테를 갖고 있다는 방증일 것이다.

이 모든 마을을 아우르는 자치회가 존재하고, 여기에 부속되는 산업반, 선도반, 총무반 등이 존재한다. 산업반은 자활조직으로 병원의 도로 청소 등, 선도반은 과거 보안대원 등으로 질서와 치안 유지, 총무반은 부식 업무나 환자 관리업무를 병원과 협조하여 수행하였고, 각 마을의 이장이 대표가 되어 정착촌으로서 소록도를 관리하였고, 현재도 일정 부분 그 명맥을 유지하고 있다.

소록도병원은 과거 수천 명의 입원환자가 있었고, 이들을 관리하기 위해 환자 자치단체가 영향력을 발휘하였다. 수천 명의 환자 중에는 비교적 건강한 환자와 아프거나 장애가 있는 환자가 뒤섞여 전국적으로 다양한 환경과 연령의 사람이 모여 있었다. 이들 중 비교적 건강한 환자들이 자활이란 명목 아래 환자 관리에 동원되었다. ‘환자에 의한 환자의 감시’라는 장치는 또 하나의 갈등을 만들었다. 강제수용이란 울타리 안의 직원에 의한, 그리고 이들과 협력하는 환자들에 의한 감시는 식민지 시대의 모습과 닮은 구석이 있다. 윤정모의 장편소설, 『그리고 함성이 들렸다』[22]는 일제강점기의 소록도의 생활사를 묘사한 작품으로 감시와 통제를 위한 일제의 정책이 만들어낸 모여 삶의 실상이 잘 드러나 있는데, 일본인 원

3) 한국한센총연합회 홈페이지 내용을 요약했다.

4) 소록도에 지금까지 구전으로 전해 내려오는 내용으로 이남철 님이 확인했다.

장과 일본인 간부들, 거기에 부역하는 조선인 직원, 그에 부역하는 환자들과 힘없고 아픈 장애가 있는 환자들 사이의 이야기를 제국주의와 식민사회를 대비하여 잘 풀어내고 있다. 작품 속에 등장하는 관료주의 의료문화의 모습은 이후 의료조무원 제도를 비롯한 환자가 환자를 치료하는 병원 정책 등에 많은 영향을 끼친 것으로 보인다.

현재 자치단체는 직선제로 대표를 뽑는 민주적인 모습으로 발전해 왔고, 환자들의 권익을 위한 건강한 목소리를 내고 있다. 다만, 우려되는 부분도 있다. 환자들로 이루어진 공동체는 (환자 개인과 병원 간의 위탁계약에 의해 입원과 치료라는 프로세스로 진행되는 일반적인 병원에 비해) 그 특성에 따른 한계가 있는데, 환자의 위치에서 치료라는 과정은 민주주의나 공리주의, 공정한 분배와 같은 가치에 부합하지 않는 측면이 있다는 점이다.

예를 들어, 경증 질환이 있는 다수의 환자와 심각한 장애를 갖고 집중 치료가 필요한 소수의 환자가 공존하는 경우, 의학적으로는 (수술 등의 처치가 필요한) 위중한 환자에 먼저 인력과 장비를 투입하는 게 옳지만, 공리를 지향하는 사회는 다수의 사람이 혜택을 받는 (당뇨, 고혈압 등과 같은) 경증 만성질환에 예산과 인력이 투입되도록 요구되어진다는 점이다. 투표로 결정되는 선거라는 민주 절차에서는 경증의 다수가 위중한 소수보다 많은 표를 갖고 있기 때문이다. 그런 점에서 의료상의 공정은 사회적인 공평과 공리와는 반대에서 있다. 그런 이유로 의료에 정치가 관여하면 목소리 내지 못하는 소수의 약자가 피해를 보는 일이 발생할 수 있다. 이런 피해가 치명적인 이유는 소리조차 낼 능력이 없는 약자이기에 그들

의 피해조차 없는 것으로 취급된다는 것이다. 이는 현재 의료체계에서도 관찰되는 데, 공공의료를 포퓰리즘의 도구로 이용하는 정치인들의 공약과 정책들이 이를 대변한다.

‘생활병동’이라는 이름으로 지속되고 있는 소록도의 ‘모여 삶’은, 의료적인 관점에서도 여러 가지 영향을 미치고 있다. 흔히 볼 수 있는 입원실을 갖춘 병원 개념의 치료병동과 대비되는 개념으로 국립 소록도병원 내의 정착촌과 유사한 마을 형태의 주거 단위를 생활병동이라고 부르는데, 기숙사 원룸 같은 개인 호사에서 거주하며, 배급되는 의복, 주식과 부식 등으로 의식주를 해결하는 형태로 대한민국에서는 이례적인 입원 형태다. 마을이라고도 불리는 생활병동마다 치료실이 있는데, 과거에는 많은 환자가 거의 매일 상처 치료를 해야 하기에 소수에 불과했던 의사에게 병원의 진료실에서 진료받기가 어려웠고, 그래서 마을마다 치료실을 만들어 그곳에 마을 환자들이 모아 아침마다 약과 주사를 주고, 상처 치료를 해왔으며, 이런 문화는 현재까지 지속되고 있다.

이런 진료방식을 현재의 의료제도 속에서 찾는다면, 지역보건법상의 보건진료소를 참고할 만하다. 무의촌 지역의 보건진료소는 의사가 아닌 보건 진료 간호사가 간단한 진료를 할 수 있도록 하고 있고, 여기에 보충적으로 의사들의 처방을 받아 투약과 처치가 이뤄지는 형태인데, 소록도의 생활병동에서 이루어지는 진료의 방식과 유사하다. 병원 내에서 무의촌 지역에만 허락되는 보건진료소의 진료방식이 병행되는 의료 프로세스는 독특한 입원 공간⁵⁾과 더불어 지금까지 국립 소록도병원에서 지속되고 있는데, 이는 관점에 따라 현재의 의료제도 또는 법률과 상충하는 부분이

5) 일반 병원의 병실(일인실, 이인실, 다인실 등)이 설치되어 있는 치료 병동과 정착촌의 가정집과 유사하게 원룸 형태의 주거 형태로 ‘호사’라 불리는 개인 또는 보호자와 주거할 수 있는 병실로 이루어진 마을 병동으로 입원 공간이 나뉘어 구성되었다.

있다. 이런 관행의 유래는 과거 소록도의 의료문화와 관련이 있다.

과거 소록도에서는 환자의 상처 치료를 환자에게 맡겨왔다. 그 시작에 대한 공식 기록은 찾을 수 없지만, 일제강점기였던 병원의 개원 무렵부터 시작되었다고 알려졌으며, 해방 후에도 의료조무원 제도라는 이름으로 지속되었다. 한국전쟁 이후에는 병원 당국에서 의학 강습소를 만들어 환자에게 2년 내외의 의학 과정을 교육했고, 교육을 이수한 환자에게 외과수술과 상처 치료 등의 의료업무를 맡겼다. 1967년 다미안 재단이 소록도 의료를 담당한 이후, 제도는 어느 정도 개선되었으나, 이런 행태는 1980년대 초반까지 지속되었다. 의사를 비롯한 의료인력이 여전히 부족했고, 일제 식민지 시절부터 한 세기 넘도록 이어진 치료의 행태라는 점에서 일종의 문화처럼 받아들여지는 부분이었다. 그간 소록도병원에서 무면허 의료행위가 성행했고, 오히려 병원 측에서 이에 주도적으로 개입한 정황들도 많다. 이 또한 하나의 망탈리테의 역사인 것이다. 물론 환자가 의사, 간호사 대비 너무 많았고, 섬이라는 지리적 측면과 한센병이라는 특수한 상황 때문에 대안이 별로 없었다는 측면도 고려될 수 있다. 그렇지만, 그런 관행이 많은 부작용을 낳았고, 수십 년이 지난 지금도 드러나지 않은 여러 문제점을 내포하고 있음은 분명하다. 김○상 님의 구술을 2011년 발간한 국립소록도병원 100년 구술 사료집에서 발췌했다. 그는 의료조무원 생활에 대해 다음과 같이 구술한다.

"여기서 고등학교를 완전히 졸업 안 하고 중퇴를 했습니다. 그때 졸업은 할 수 있었지만은 의료부 계통에 들어가 간호원 생활을 조금 했어요. 난

가지 못했는데 의학강습소를 나오게 되면은 그 여러 가지 약 처방고⁶⁾ 만든 의사도 있고 그랬어. 또 내과면 내과, 외과면 외과, 자기의 기술 기능에 따라서 관리를 할 수 있었는데, 나는 그때 안 다녔지. 그냥 간호원 그런 명칭을 가지고 다니고 했어. 의사들 보조역할이지. 당시에는 우리 한센 가족들이 간호원을 다했어. 그때는 마을에 의사도 없어. 의사도 본관의 내과 의사, 외과 의사, 피부과 의사, 안과의사 그런 데만 의사 하나씩만 있고, 그다음부터 마을에 치료실부터 전부 다 우리 한센인들이 했다고. 치료실, 주임, 수간호, 차수 전부 다 우리여서 치료도 우리가 다 하고, 우리가 주사 다 놓고 약 처방도 전부 해주고 그랬어.

나는 그때 외과에서 조금 근무를 했는데, 어떻게 해야만 상처가 나을 수 있는지, 또 수술하는 과정 그런 것도 조금씩 배우고 그랬지. 그 일을 한다고 임금이라 줄 것이지, 그냥 봉사하는 일이며. 그래도 조금은 줬지. 솔직히 말해서 음료수대 정도랄까? 한 번 몇십 원인데, 몇십 원 주고 말지.

병원 당국에서는 원장 밑에 각 과에 과장, 계장 이런 사람도 행정적으로만 움직이고 그랬지. 실속은 우리가 거의 다 하다시피 했어. 각 마을에 치료실 다 있었는데, 치료실 주임, 치료실 수간호, 수간호 밑에 간호원. 한 치료실에 한 열 명 이상 있었어. 초등학교를 졸업해 나오면 거의 다 간호원이예요. 졸업해 나오면은 남자고 여자고 거의 다 치료실로 가지고 실습 배우게 만든다고. 치료하는 거 기술 배우고, 주사 놓는 기술 배우고.

그런게 나도 (불편한 손가락 보이며) 손이 이래도 주사 참말로 잘 났어. 지금도 혈관주사고 어디 간호 못지 않아요. 손, 발에 상처가 오랫동안 안 낫고 있는 사람들 딱 봐서 "아 이거는 어떻게 하면 낫겠다" 하거든. 상처에도 나쁜 살이 있는데,

6) 원내의 약국에서 여러 가지 원료를 배합하여 외용연고 등을 제조한 것으로 추정된다.

그것 때문에 새살이 차고 올라오지를 못해. 그거 보고 ‘무살’이라 그러는데, 그 ‘무살’이 상처에 차고 있으면 절대 상처가 안 나아. 그 나쁜 살을 다 도려내고 치료하면은 치료가 잘 되고 나을 수가 있어. 상처 보면 다 알아요. “아, 이거는 상했다. 어디가 잘못됐다. 신경 어디에서 어디 혈관 타고 간다” 이런 식으로. 그라몬 예를 들어서, (자신의 손가락을 가리키며) 요 엄지손가락 여기에 지금 신경이 타고 지금 들어가는데 빨리 조치를 해줘야지, 안 하면 까다하면 손을 절단해야 된다고. 신경 그 성한 데까지 잘라야 되는데, 여기에서 바로 자른 것이 아니라 요 중간쯤 와가지고 찾아가지고 살을 켜가지고 딱 잘라 버려야 돼. 그라몬 더 이상 썩어들어가질 못해. 뼈도 마찬가지라. 상해있으면 상한 데까지 잘라 내야 돼. 그렇게 하면은 거의 한 달 정도만 치료하면 거의 다 나을 수가 있고.

외과 거기서 상처에 치료하는 방법, 수술하는 모든 과정을 눈으로 보고, 귀로 듣고, 실습도 해보기도 하고, 그래서 하나하나 배운 덕이지, 정식으로 공부를 계속한 것이 아니고, 의대생들은 학술적으로 배우지마는 우리는 그때 학술 그런 건 배우진 않았지만 직접 실습해서 배웠거든. 근데 그때도 여기 의학강습소는 학술로 배우고, 또 바로 각 과로 배치돼 가지고 실습도 하거든. 그래서 의학강습소가 2년제인데, 졸업해 가지고 나오면, 급수로 말하자면 주임급 바로 판다고. 의학강습소 졸업해 가지고 바깥으로 나가가지고 돌팔이 의사 노릇 한 사람이 얼마나 많다고. 그 돈 잘 벌었어. 면허증 없어도 정식 의대생보다 훨씬 병을 더 잘 고치거든. 또 돈을 쥐가지고 남의 의사 면허증을 임시 차용해 가지고 사용하기도 하고 그랬어. 지금도 그런 사람 있어. 경상북도 김천 거

기 내 친구가 하나 있어. 그 사람은 의학강습소도 안 망겼어. 여기서 의료 생활을 오랫동안 했기 때문에 경험은 있지만, 그래도 의사 면허증이 없어. 그 친구는 대신 정식으로 의사를 하나를 자기 밑에 쓰고 있어. 월급 줘 가면서 하다본게 법적으로 걸릴 것이 없어. 그 사람도 참 잘 살아. 그 사람은 한센병이라도 지금 성한 사람 한 가지라. 그 사람 아주 참말로 팔자 고쳐부렸어[5].”

그의 진술에서 어떠한 환자가 의료조무원 또는 의학강습생이 되고, 어떤 교육을 받았으며, 이후 어떤 의료행위를 해왔는지 당시 상황을 추측할 수 있으며, 이외 다수의 구술자료[6-9]에서 위의 내용을 교차 확인할 수 있었다.

과거의 의료문화가 현재에 이르기까지 영향을 미치는 일면은 다시 정립될 필요가 있다. 일제와 해방, 한국전쟁과 근대 격변기를 거치면서도 현재까지 이어지는 의료문화를 전통으로 보는 사람도 있다. 그럼에도 의료현장만큼은 전문적이고 과학적인 근거에 기반하여 환자에 양질의 의료를 제공해야 한다는 점은 모두가 공감한다. 현재에도 호사(개인 병실) 내에서 신문지를 깔고 상처를 치료하는 과정, 마을 치료실에서 동시에 여러 환자의 상처를 치료하는 과정 등은 과거의 관습에 기인한 것으로 보인다. 1917년 개원한 자혜의원 처럼 지금도 마을 치료실의 대기실은 ‘ㄷ’자 모양의 구조⁷⁾다. 환자들은 오는 순서와 상관없이 각자 자신들이 원하는 자리에 모여 앉아 치료실 간호조무사를 기다린다. 치료실 간호조무사들은 나무로 만든 다리 받침대를 환자 앞에 옮겨놓았고, 환자들은 상처가 있는 다리를 그 받침대 위에 올려놓는다. 서너 명의 환자가 그런 상태로 간호조무사의 치료가 끝나기를 기다린다. ‘ㄷ’자의 가운

7) 1917년 문을 연 자혜의원은 소록도병원의 시작이다. 지금까지 잘 보존되고 있는 이곳의 치료실 또한 ‘ㄷ’자 구조이다.

데에 2~3명의 간호조무사가 맨손⁸⁾으로 일회용 드레싱 세트에서 플라스틱 핀셋으로 포타딘이 적셔진 코튼을 집어 상처에 문지른 후, 포타딘이 적셔진 거즈를 상처 부위에 올려 덮고 그 위에 깨끗한 거즈를 올려 반창고를 붙이는 방식으로 드레싱을 마무리한다. 모든 환자의 상처가 똑같은 방식으로 이뤄지고, 간혹 폴리비닐 장갑을 끼고, 10번 또는 20번 메스 날을 들고 환자 상처 주변의 굳은살(callus)을 깎는 경우도 있다. 이런 과정들은 감염, 특히 다제내성균의 기회감염을 높일 가능성이 있다. 이와 관련한 폐해를 막기 위해 창상 치료센터를 만들고, 분리된 공간에서 한 명씩 치료하고, 간호사와 간호조무사들로 구성된 창상 전문인력이 전체의 창상을 치료하도록 하고, 이들에게 최신 지견의 창상 치료법을 주기적으로 교육하여 높은 역량의 창상 지식을 갖추도록 하는 일이 대안이 될 수 있다. 전문적이며 체계적으로 관리되는 창상 치료센터 내에서는 전문 의사의 지도 감독이 수시로 이뤄질 수 있어, 의료법의 취지에도 부합한 치료 프로세스가 될 것이므로 앞서 제기한 의료제도 또는 법률과 상충하는 문제도 해결할 수 있을 것이다. 이런 과정에서 의료의 질의 높인다면, 환자가 환자를 치료하던 경험을 지닌, 그래서 의료불신이 쌓인 환자들을 전문적인 의료체계로 이끌 수 있을 것이다. 이런 방향으로 소록도 의료문화의 변화가 필요하다.

과거의 부정적인 치료 경험이 있는 환자들이 있고, 당시의 선택적 경험과 단편적인 지식을 현

재까지 적용하려는 환자와 환자 보호자들이 있다. 그리고 여기엔 의사들도 일정 부분 이바지한다. 2~3년 단기간 근무하는 공중보건의사 위주의 공공의료와 임기제 의사 공무원, 임상경험이 부족한 공무원 의사들의 서툰 접근과 잦은 전직이 불신을 키워왔음을 부인할 수 없다. 이제는 무언가 해야 할 때인 것이다.

V. 봉사과 헌신

소록도의 일면이 소외와 차별, 멸시와 혐오로 표현된다면, 다른 면을 선교와 봉사, 헌신으로 표현할 수 있다. 소록도에 수많은 의사와 간호사들이 다녀갔다. 외국에서 온 이들은 선교의 일환으로 의료를 펼쳤고, 종교재단에서 파견한 의료진도 있었다. 그리고 이들과 함께 소록도를 지킨 우리나라 의사들도 존재한다. 온 국민이 알고 있는 마리안느와 마가렛 간호사, 기독교 선교사로 여수 애양병원의 의사로 있으면서 소록도를 자주 찾았던 토플[23], 그리고 다미안 재단의 일원으로 반드르겐 부록과 함께 이곳에서 일했던 샤를 나베⁹⁾뿐만 아니라, 한국인 의사로 김인권, 하용마 등 수많은 사람이 이곳을 지켰다. 그중 의료분야에서 소록도 변화의 초석을 놓는다면 67년부터 5년간 파견된 다미안 재단의 의료진이었음을 부정할 수 없다. 다수의 외국인 의사가 젊은 선교사들이었던 반면, 49세의 나이로 소록도에 온 성

8) 소록도에서 ‘맨손’에는 여러 가지 의미가 담겨있다. 과거 전염의 위험 때문에 의료진은 환자와 접촉할 때 모두 여러 가지 형태의 ‘장갑’을 착용했다. 이는 나균에 대해 환자로부터 의료진을 보호하기 위한 수단이었다. 이후 마리안느, 마가렛 간호사 등이 맨손으로 환자를 접촉하였던 일은 환자들의 마음에, 자신들의 전염력이 없음을 입증한 의미에 더해 진정으로 받아들이는 성스러운 마음의 상징이 되었다. 하지만 지금의 상황에서는 환자에게로의 다제내성균 등의 상처 감염이 문제가 되고 있으며, 이의 차단을 위해 필요한 게 사실이다. ‘장갑’이란 일종의 장벽은 병원처럼 환자를 보호하기도 고집시키기도 하는 이중의 의미를 지닌 것이다.

9) 벨기에 의사, 샤를 나베는 2023년 국민훈장 모란장을 받아 마스크에 등장하기도 했다. 소록도 주민 이남철 등은 그를 반드르겐 부록과 함께 ‘나비’란 이름의 서양인 보조 의사로 기억한다.

형외과 의사, 반드루겐 브룩은 다미안 재단의 지원을 받아 의료진을 이끌고 이곳에 왔으며, 벨기에 정부가 공식적으로 파견한 의사이기도 했다. 선교목적의 다른 의사들과 달리 그는 현대 의료의 정착을 위해 대한민국 정부가 공식적으로 초빙한 의료진이었다.

1840년 벨기에에서 태어나 하와이에서 한센인들과 함께 1873년부터 16년간 생활하며 그들을 위해 봉사하다 한센병에 걸려 1889년 4월 15일 선종한 성 다미앵 신부의 뜻을 기려 설립된 다미안 재단은 생전의 그의 봉사를 이어 한센인들을 위한 사업들을 펼쳤는데, 이 사업의 일환으로 1965년 4월 15일 벨기에 정부를 통해 한국 정부와 협약을 체결하고, 소록도에 의료인력을 파견했다. 그 대표가 소록도 최초의 성형외과 의사, 반드루겐 브룩이다. 그가 적지 않은 나이에 고향인 벨기에를 떠나 소록도에서 무엇을 하고자 했는지는 이곳에 도착한 직후 발표한 1967년 신년사에 남아 있다.

“다미안 재단의 직원은 나병 치료에 대해서 특별한 훈련을 받은 네 사람의 간호사로 더 보강되었습니다. 저는 지난 4월에 잠시 이 소록도에 왔었습니다만 지금은 나병 치료를 위해 다미안 재단이 한국에 제공하는 모든 원조를 관리하기 위하여 벨지움 정부에서 파견된 의사로 다시 왔습니다. 또 다른 의사 한 분도 금년에 도착할 것이고, 제1차 계약기간은 5년입니다. 개인적인 말씀을 드리자면, 저는 나병 치료에 20년의 경험이 있습니다. 이 경험은 아프리카와 인도에서 얻은 것입니다. 한국의 나병 문제는 이런 나라들의 경우와 비교하면 그렇게 심각한 것은 아닙니다. 인도에는 나병 환자가 200만 명이나 되고, 인구가 한국의 반밖에 되지 않은 아프리카의 콩고에도 30만 명이나 됩니다. 우리는 힘이 미치는 한, 소록도 환자들의 치료에 공헌할 수 있는 장비와 약

품을 제공하겠습니다. 우리는 벌써 병원을 개설했고, 장비도 다음 주에는 도착할 것입니다. 한편, 우리는 한국 직원들과 함께 장안리 부락 환자들의 조사를 계획하고 있습니다. 환자들 가운데에는 마치 소록도의 옮겨 심을 수 없는 늙은 소나무들처럼 20년 혹은 30년 전부터 나병에 걸린 노인들이 있습니다. 하지만 이분들도 치료받아야 하는 것입니다. 물론 어떤 사람에게 있어 나병은 이미 없어졌지만, 치료받아야 하는 이유는 단지 이 병 때문이 아니고, 이 병에 의한 기형이나 다른 질병들 때문에 치료받아야 하는 것입니다. 그와 반대로 적당한 시기에 치료의 혜택을 받을 수 있어서 몇 년 동안에 나병이 치유된 젊은 분들도 있습니다. 이들 가운데 어떤 분들은 기형이나 불구가 되지 않았지만, 다른 분들은 기형이나 불구가 되었다고 해도 물리 요법과 수술로써, 어떤 기업에 종사하여 사회에서 재생활 수 있는 건강한 사람으로 다시 만들 수 있을 것입니다.

우리가 여러분께 제공하는 것 중에서 약품과 장비가 가장 중요한 것도 아니며, 수술도 단지 환자 치료의 작은 한 부분에 지나지 않는 것입니다. 가장 중요한 것은 환자를 치료하는데 협조하는 것입니다. 저는 모든 한국 직원과 모든 환자의 협조를 기대합니다. 이 협조는 여러분들이 주시는 새해 선물이 될 것이고 우리가 드리는 그 보상일 것입니다.

1967년 1월 1일

다미안 재단 한국 주재 대표 의학박사 반드루겐 브룩[20]”

그는 근무를 시작한 첫해인 1967년 새해부터 줄곧 원생들의 일제 검진에 나서 3개월 동안 장안리, 신생리, 중앙리를 조사한 후 당시 시행되고 있는 의료의 문제점을 발견하고 보사부 당국에 문제를 제기하고, 이에 대한 대책을 요구하였다. 그간 환자가 환자를 치료하는 것이 고작이었

던 소록도의 의료정책, 더 나아가 한국의 공공 의료정책을 서양 정통의학의 시각으로 평가한 것으로 그의 시각과 평가는 현재의 의료와 유사한 잣대였으며, 세부적인 그의 평가는 꽤 구체적이며 정확한 것이었다. 그가 지적한 문제점은 다음과 같다.

① 의사 부족으로 인해 의학적인 적절한 치료로써 능히 치료할 수 있는 궤양을 의사가 아닌 환자가 함부로 집도해 많은 불구자를 만들고, ② DDS의 부족으로 단시일 내로 치료, 완쾌될 수 있는 환자까지도 최고 13~18년까지 수용되어 있고, ③ 환자가 격리되어야 할 병원에 환자 아닌 일반인(음성자)이 환자들과 함께 수용되어 있다 [20,24]는 것이다.

이와 같은 지적에 보사부 당국은 의사가 부족한 것은 지원자가 적기 때문이며, 음성자가 양성 환자와 함께 있는 것은 4·19 이후 갑자기 병원 체제로 바뀌어 각 마을이 병원으로 흡수된 연유이고, 환자가 같은 환자를 수술하는 것은 의사의 지시 아래 조수로 일하는 것이라고 해명했다. 그의 전문가적인 지적에 대해 수궁하거나 원인을 분석하여 대책을 수립하는 것보다 어쩔 수 없었다거나, 소록도에 부임한 지 몇 달밖에 되지 않아 아직도 한국의 실정을 잘 몰라 그런 평가를 했다는 식의 변명이 전부였다는 점은 놀라운 일이 아니다. 그나마 병원측은 나병에 대한 정형, 성형 수술이 한국에 도입된 것이 불과 5년 내외로 짧아서 생긴 무지 때문이라고 수궁하는 태도를 보이긴 했으나, 이를 비난으로 받아들여 병원을 깎아내리는 일이라는 반응은 병원 당국이나, 환자들까지 매한가지였다.

어떤 환자는 반드루겐 브룩의 건의에 대해, “매스컴의 여신이라고 불리는 미국의 ‘넬리 블라이’라는 여기자가 1887년 정신병자들을 수용하고 있는 고도 ‘부락웰’ 병원에 정신병자로 가장 투신하여, 그 병원에 수용된 수많은 환자의 목불인

견의 참상을 밝혀내 미국 전 조야의 여론을 발각 뒤집었다”는 사실을 상기시키며 비꼬기도 했다 [20].

지금의 관점에서 보면, 당시 소록도의 문제점을 지적하고, 이를 개선하기 위한 대책을 마련하여 의료의 영역을 발전시키려 했던 반드루겐 브룩의 노력은 심전황의 『아으, 70년』에서 볼 수 있듯이 병원의 위신을 추락시키는 일로 받아들여졌다. 심전황은 환자들의 말을 빌려, “아직도 성형과 정형외과의 경험이 없는 병원 측의 의술진은 우선 의술면에서 위촉받아야 했으며, 아무리 긴급을 요하는 절단 수술도 다미안 재단의 그 협약에 따라 재단 의술진의 합의 없이는 시술도 금해져 있어 이에 따른 피해는 환자들이 입게 마련이었다. 의술뿐만 아니라, 모든 약품은 물론, 의사와 간호사들의 처우까지 다미안 재단이 보조해 줌으로 주객이 전도된 감이 없지 않아 마치 소록도병원이 다미안 재단에 예속된 듯 주체성을 잃어갔다[20].”고 주장했다.

현재의 시선으로 그때를 돌아보면, 당시 반드루겐 브룩의 통찰은 상당히 정확했으며 타당했다. 그런 그의 주장은 자신이 도와줄 환자와 자신을 지원해줄 정부와 병원당국 등 모두로부터 ‘잘 알지 못해 생긴 해프닝’으로 경시되었다. 당시의 관료주의 의료가 환자에게 환자의 치료를 맡길 만큼 무능했고, 이를 드러내지 않기 위해 수동적이며 폐쇄적으로 병원을 운영하여 의료 관련된 기록을 생산하지 않거나 숨기며 임기응변으로 상황에 대응하거나 전문적인 의학지식, 과학지식이 결여된 채 환자의 눈짐작으로 배운 ‘기술’이라 불리는 ‘의료’를 임상 현장에 보급하는 일들은 벨기에에서 온 전문가에겐 모두 불합리할 수밖에 없었다. 당시를 객관적으로 관찰하고 평가할 수 있는 유일한 인물이었던 반드루겐 브룩이라는 주장은 충분히 근거가 있다. 그런 이유로 내부자의 관점으로 기술된 (심전황을 비롯한 환자들의 구술)

서사의 반대편에서 관찰자로서 겪은 당시 의료에 대한 그의 경험과 평가는 가치가 크다.

낙후된 아시아의 작은 나라 속 작은 섬에 현대 의술을 뿌리내리려 왔던 중년의 벨기에 의사 반드루겐 브룩이 그가 도우려 했던 모든 이들, 즉 병원과 환자, 보사부 당국의 그런 반응을 보고 얼마나 허탈했을지 가늠하기 어렵다. 그런데도 그는 5년의 약속된 기간을 채웠고, 고국으로 돌아갔다.

VI. 환자가 환자를 치료하는 의료정책

조무원 제도는 병원 당국이 제공해야 할 노동의 일부를 환자에게 할당하는 제도이다. 그 과정에 일정 부분 급여가 제공된다. 사무, 청소나 환경정화, 건설뿐만 아니라, 의료영역에서도 이런 조무원 제도는 소록도에서 널리 활용되었는데, 환자는 많고 직원은 적다는 이유와 환자의 재활이라는 구실이 근거가 되었다.

의료부문에서의 의료조무원 제도는 참여하는 의료의 수준에 따라 의학강습소 출신 의료요원, 의료조무원, 부침인 등으로 분류될 수 있으며, 구술 서사와 각종 자료에 언급되는 의료조무원은 시기와 맥락에 따라 의학 강습생, 부침인, 의료 보조원 등과 혼용되어 사용되고 있다. 특히 간호조무원 양성소가 생긴 이후, 양성소에서 교육받고 정규 자격을 취득한, 현재 의료제도에서 간호조무사에 해당하는 직원들도 경우에 따라 의료조무원이라 혼용되는 예도 있었지만, 본문에 사용되는 의료조무원은 환자로서 의료에 동원되어 소정의 급여를 받거나 받지 않고 행한 노동자를 칭한다.

조무원 중에는 1년의 이론 학습과 1년의 실습

과정을 수료한 의학 강습생이 있는데, 이들은 조제와 투약, 수술과 처방 등 의사 또는 약사에 해당하는 업무를 행하며, 사무장, 주임, 수간호 등의 직책으로 복무했다. 그보다 짧은 2주 정도의 실습 교육을 받고 간호, 또는 간호 보조 업무를 행하며 간호조무원, 의료조무원이 있는데, 이들은 의학 강습소 출신의 의료요원의 지시를 받고 복무하였다. 그리고 부침인이 있는데, 이들은 비교적 건강한 환자로 6명의 환자 단위¹⁰⁾의 일원으로 거동이 불편한 환자의 간병인 역할을 했으며, 이들에게는 따로 급여가 지급되진 않았다.

다음은 의학강습소를 수료한 의료요원과 그렇지 않은 의료조무원의 구술 서사 중 일부를 발췌해 재구성했다. 이들은 모두 환자이며 환자를 치료한 의료인이었다.

1. 의학강습소 출신 의료요원 A

1) 의학강습소 입소

“녹산중학교 9회 졸업생이 되었다. 하지만 졸업식을 하고 나니 앞이 캄캄했다. 그해에는 의학강습소 입학생을 뽑지 않는다는 말을 들었기 때문이었다. 원래대로 하면 의학강습소 6기생을 모집하는 해였다. 그런데 현재 강습소수료생들이 많아서 실습이 부실하고 인력이 남아돌아 신입생모집을 1년 연기한 것이다. 시험은 녹산중학교 1, 2, 3학년 교실 전부를 사용해서 치렀다. 총 응시자가 70여 명이었으나, 한 명씩 한 책상에 앉아야 해서 학교 전체의 책상이 필요했던 것이다. 내 앞에는 간호과장 딸이 앉아 있었다. 1958년 3월 소록도갱생원 부설 의학강습소 6기생에 내가 합격했다.”

10) 당시에 보통 한 병사의 구성원이다. 현재는 1인이 한 병사를 쓰고, 이를 호사로 부르고, 2인 이상의 가족이 생활하는 병사를 가정사로 부르기도 한다.

2) 의학강습소 교육

“개강식과 함께 6기생 총대를 선출하고 25명이 학과 공부를 시작했다. 학과는 해부학, 내과 진단학, 외과, 안과, 이비인후과, 피부과, 치과, 약리학 과목으로 정해졌다. 선배들이 보았던 의학서적을 포함하여, 우리는 일본 자료를 우리말로 번역하면서 공부했다. 일본어 자료이니 암기하기도 했고, 선생님들이 영어로 가르치면 또 영어로도 암기해야 했다. 의대생들이 4년간 배운 내용을 중요한 부분만 추려서 1년에 끝내야 하니 가르치는 쪽이나 배우는 쪽이나 정신없이 바쁜 것은 마찬가지였다. 그중 가장 힘든 과목이 해부학이었다. 내과 진단학은 너무 어려워 이해가 되지 않는 분야가 너무 많았다.”

“제일 먼저 외과에 배정되었다. 외과에서 다시 신생리 치료실 수간호원으로 발령이 났다. 신생리는 중앙리와 붙어 있는 마을이었으나, 만령당(납골당)이 소재해 있으며, 정미소와 목재 제재소가 있어서 중앙리 다음으로 큰 마을이었다. 치료소 주임은 5기생으로 내 1년 선배였고, 나는 6기생으로 수간호원이 되었다. 여기에는 서기 1명과 간호보조 5명이 근무했는데, 오전 9시부터 오후 5시까지가 근무시간이었다. 주임은 치료실의 모든 일을 대표하며, 마을민의 진찰과 간단한 약품 투여 및 야간 응급환자까지 맡아보고 있었다. 수간호사인 나는 주임 유고 시 업무를 대신하고, 의약품 관리와 환자 처치를 총괄했고, DDS, 다이아송 등 본병약을 관리하고, 간호부들의 일을 관리했다. 마을 치료소에서는 오전에는 찾아오는 환자들의 상처를 치료해주고, 오후에는 중환자들을 찾아가서 순회하면서 상처를 치료해 주었다. 그렇게 하다 보면 각 호실 앞뒤에 과일나무들이 있어서 각자의 몫으로 받은 과일과 혹은 육지에서 면회를 오면서 가져온 음식도 주면서 고맙다는 인사가 많은 정다운 곳이었다.”

3) 치과근무

“다시 인사이동이 있었다. 의료부는 정기적으로 한 번씩 인사이동이 있는데, 그것은 인기 많은 과를 서로 선호해서 순환근무케 하는 정기적인 것이었다. <중략> 내가 치과 수간호로 발령이 났다. 사무국장에게 감사의 인사를 하고, 다음 날 치과로 출근했다. 치과는 주임과 수간호원인 나, 그리고 여자 간호부 3명이 근무하였다. 처음에 나는 충치만 치료했다. 그러나 유니트가 오래되어 고장이 나서 수동엔진을 발로 밟으면서 돌려가며 충치를 치료해야 했다. 그래서 처음에는 박자도 맞지 않고, 엔진 줄이 잘 벗어져 매우 어려웠다. 충치를 보면서 바로 갈려고 하면 발이 맞지 않아 엔진이 돌지 않았던 것이다. 그래서 근무시간에 외래환자 충치치료, 염증환자 주사 투약 등의 일을 마치면, 의치는 늦은 시간까지 작업해야 했다. 나는 배우는 처지였으므로 주임과 같이 늦게까지 의치를 만들고, 환자들에게 의치를 끼워주는 것을 보면서 배웠다.”[14]

2. 의료조무원 B의 구술서사

1) 의료조무원 채용

“내가 1971년 2월에 중학교를 졸업해요. 졸업하고 고등학교를 좀 몇 개월 다니다가 그때 그게 좀 싫증이 나더라고요. 그래서 71년도 여름, 초여름인가에 의료조무원을 시작했어요. 그렇게 가게 된 계기가 당시에는 젊은 사람들을 여기 안에서 조금 쓸만하다 싶으면 여기 와서 일 좀 해달라고 책임자가 불러요. 그때 의료부에 사무장을 하시는 분이 있었어요. 그 사무장이란 분이 도와달라고 해서 우리 마을에 같이 있었거든요. 처음에는 중앙리 치료실로 들어가서 조금 하다가 신생리 치료실에서 하다가 나중에는 피부과, 안과, 그

리고 내과에 오래 있었어요. 그때 우리 명칭이 의료조무원인데, 자치회 간부들도 조무원이라고 불렀어요. 다 조무원이지. 1977년에 간호보조원 양성소가 생겨서 보조원이라고 불리는 사람이 생겼는데, 이거랑은 다른 거지요. 그거는 학원이고 우리가 한 것은 우리는 정식 공부도 안 하고 무조건 채용이 된 거예요. 그래서 들어와서 나중에 앞에 선배들에게 하는 것 배우는 거고.”

2) 의료조무원 업무

“의료조무원들은 총 30명 정도 됐어요. 치료실에도 있었고, 외래 각 과마다 다 있었고, 내과, 외과, 피부과, 안과, 치과, 이비인후과 거기 들어가서 남이 하는 걸 보고 그냥 배우는 거예요. 의사는 그때 거의 없었어요. 한 분 있었던가? 우리는 간호 역할을 했었죠. 주사도 놓고, 의료조무원 내에서 직급은 총책임자가 사무장이고, 직원 관리하에 인사계 소속이었어요. 그 분이 우리 환자 중에는 총책임자죠. 그리고 마을에는 각 과에는 주임이 있었고, 그리고 그 밑에 간호가 있고, 남자고 여자고 다 간호예요. 여자도 간호 한 몇 사람 있었어요. 의료조무원들은 공무원 직원들이랑 같이 오전 9시에 출근했는데, 치료실에서 야간에 자는 사람도 있고 그랬죠. 우리는 조금 더 빨리 출근해서 치료 드레싱 준비하고 치료 준비했어요. 저녁에 퇴근하고, 뭐, 월급이라고 할 만한 건 없었고, 우리가 술, 담배를 안 해서 그랬지, 술값, 담배값도 안 댔을 정도로 작은 액수였어요. 한 이천 원도 안 댔을 것 같아. 우리는 별로 힘든 일은 안 했고, 상처 치료도 하고 주사도 놓고 의사선생님들이 거의 없었는데, 우리가 진찰해 주라고 차트를 병원으로 보내면 처방이 내려와요. 그러면 우리가 달아놓고 맞는 주사, 궁뎅이 주사, 혈관주사 다 놓고 그랬어요. 우리 일할 때는 간호사도 없었어요. 그 전에 의학강습소라는

게 있었는데, 거기 출신도 있었는데, 치료실에서 몇 사람 같이 있었어요. 그런 사람들이 기술도 가르쳐주고 치질, 치질도 약을 조절해가는 거 하는 거 가르쳐주고, 의사가 수가 적으니까 이게 치료해야 할 대상이 너무 많다 보니까 우리를 쓴 거지. 대형수술은 아니지만 조그만 상처에 매스를 대는 간단한 수술 정도는 했어요. 그런 거는 잘해. 상처를 오랫동안 치료해 왔으니까 노하우가 있지. 외과에서는 봉합수술도 했고, 나는 내과여서 안 했지만. 나는 84년까지 10년 이상 했지. 나는 내과에서만 9년 있었어요.”

3) 의료보조원의 퇴장

“1977년에 간호보조원양성소가 생기면서 그만 두게 됐어요. 정식으로 병원 부설로 생기더라고요. 그러면서 자동으로 없어졌죠. 쓸 필요가 없어져서. 그 사람들이 이제 우리 할 일을 대신 해버리니까. 우리가 하던 내과에 있으면서 뭐를 하냐면 맥박 체크, 혈압 체크 이런 거 다하고 또 체온 재고, 진찰 온 사람들 하루에 30~40명 많게는 한 50명 다 하니까. 더 할 때도 있고, 그때는 사람들이 많이 살았으니까. 나는 84년까지 했으니까, 간호보조원이랑 같이 일했어요. 나중에 같이 하다 보니까 내가 있어서는 안 되겠기에 나온 거예요. 처음에 그 사람들은 주로 손이 떨리는 지역 어디 입원실 같은데 배치를 하니까. 처음에 간호조무사들이 많이 들어오는 게 아니고 1기에 뭐 30명 이렇게 들어오니깐. 그래서 나중에는 맨 청소만 시키더라고요. 청소만 해야 되나 그러고 자존심 상하고 그러다가 자동으로 없어졌어요”[7].

광복 이후 국립 소록도병원의 전신인 소록도 갱생원은 의료진 부족에 시달렸다. 의료인은 아니었지만 일제강점기하에 일본인 의료진에게 배운 의료기술 등으로 환자들의 수술 등을 담당하

였던 일반직원들이 치료의 일정 부분을 담당했다. 환자들의 증언에 따르면 이들은 간단한 절단 수술, 정관, 낙태 수술, 그리고 간단한 치과 치료까지 담당했다고 한다. 의료진들은 진단 및 처방 그리고 연구에 집중하고 실제로 환자들과 접촉하는 것은 이들 ‘일반직원’이었다는 것이다. 의료인력이 부족하자, 의학강습소를 만들어 당시 소록도 갱생원에 수용되어 있던 환자들에게 의학지식과 임상 기술을 단기간에 교육해, 이들에게 나병¹¹⁾ 치료 및 일반 치료까지 담당하도록 하였다. 이들은 소록도 갱생원뿐 아니라, 일반 정착촌에서도 차별로 인하여 일반 병원에 가지 못하는 나병 환자들에 대한 치료를 담당하는 의료인력으로 활약하였다[25].

소록도병원 역사에서 의학강습소는 반드시 언급해야 하는 독특한 제도이다. 광복 이후 전문적인 훈련을 요하는 의사, 간호사 등 의료전문가의 부족으로 6,000여 명에 달하는 환자들을 적절히 치료하는 데 많은 어려움이 있었고, 소록도 갱생원은 의무와 주관하에 환자들을 의료조수로 활용코자 의학강습소를 개설하게 되었다. 이들은 단순히 의료조수의 역할에 머무르지 않고, 이후 소록도 내에서 의료행위의 주요 주체로 활동했다.

소록도 연보에는 1949년부터 의학강습소를 운영하기 시작했다고 기록되어 있으나, 여수 애양병원에 있는 자료에 의하면, 소록도에 의학강습소가 처음 만들어진 시기는 그보다 몇 년 더 앞선 것으로 보인다. 일제강점기 여수 애양원의 원장이었던 월슨 박사는 미 군정기에 나고문관으로 임명돼 남한으로 돌아와 소록도 갱생원에 머물면서 여수 애양병원의 제도를 소록도에 이식하려 시도했다. 그중 하나가 환자에게 간단한 의

료교육을 시켜 실제 나병 치료에 투입하는 제도였다. 식민지 시기 소록도에서 모범적인 환자들을 ‘간호수’ 등으로 활용했는데, 이 경우는 치료를 돕는 역할보다는 환자들을 지도하는 역할이었다. 월슨 박사는 1946년과 1947년 사이의 소록도에서 대학 교육을 받은 일부 환자들을 대상으로 의료교육을 한 것으로 보인다. 그러나 소록도의 공식 기록에 따르면 1949년 김상태 원장에 의해 의학강습소라는 이름으로 공식적으로 제도화되었다. 1949년에 설립된 의학강습소는 한국전쟁으로 인해 일시 중단되었다가 1952년 8월 14일에 이르러서야 제1기생 16명이 졸업하게 되었다. 의학강습소 졸업생들은 소록도 갱생원뿐 아니라, 각 요양소 및 집단부락에 배치되어 나병 환자들의 치료를 담당하는 역할을 하였다. 1950년대 소록도를 방문한 코크레인 박사는 이를 두고 2년간의 훈련을 받은 ‘나병 의사’라 불리는 사람들이 병원을 정상적으로 되돌리고 의료행위를 하고 있으며, 공무원인 의사들은 상황을 바꿀 수 없어 한쪽으로 비켜서 있다고 지적했다[26].

의학강습소에서 이들은 2년간의 의학 교육을 받고 곧바로 현장에 투입되어 임상경험을 쌓게 되는데, 6,000명에 달하는 환자를 매일 돌보아 했기 때문에 곧 숙련된 의료인력이 될 수 있었다. 실제로 의학강습소를 졸업한 환자들은 피부과, 치과, 내과, 외과 등 임상 각 과에서 주임, 수간호원, 간호보 등의 직책을 맡았다. 이들은 나병 치료뿐만 아니라, 사지 절단, 낙태, 맹장 수술과 같은 비교적 간단한 수술까지 맡는 등 실제로 보조 의사의 역할을 담당했다. 이런 평가에도 당시 소록도에 근무했던 한 의사의 증언에 의하면, 이들의 의료지식과 기술 수준은 상당히 낮은 것이

11) ‘나병’이란 용어는 차별을 조장한다고 하여 ‘한센병’이란 용어로 바뀌게 되었으나, 인용한 문헌이 시대에 따라 ‘나병’이란 용어를 사용하였고, 문장의 맥락에 따라 이를 혼용하여 사용하였다.

었고, 이로 인하여 의료사고가 빈번했다고 한다. 60년대 나 학회지의 여러 논문은 의학강습소 출신 의료진들의 비전문성을 나병 치료에 있어 큰 장애물이라고 지적한다[25].

의학강습소는 보건복지부의 지도하에 전국 각 요양소와 소록도 갱생원에 있는 유능한 환자들을 널리 선발하였다. 환자들의 관점에서 의학강습소에서 의학 교육과 의료기술을 습득하는 것은 미래를 위한 좋은 기회였기 때문에 많은 환자가 의학강습소에 지원했다고 한다. 이에 따라 의학강습소는 입학 시험제도를 두었는데, 지원율이 매우 높았다[26].

이들의 교육은 소록도 갱생원 소속 의사들에 의해 이루어졌으며, 외과 의사였던 정양원 원장은 기구장의 수술기구들을 모두 꺼내어 그 사용법을 의료조무원들에게 자세히 설명하고, 기구의 이름들을 외우도록 하는 한편, 수술환자가 있을 때면 학생들에게 수술 과정을 견학시켜 지도하였다. 그러나 증언에 의하면 이후 의학강습소 출신들이 배출되고, 실력이 발전함에 따라 실습의 많은 부분은 의학강습소 선배들에게 지도받았다고 한다. 이들은 소록도 갱생원, 나병 환자 정착촌뿐만 아니라, 농촌지역 주변 마을 환자들까지 치료하는 경우가 많았고, 이러한 과정에서 자신의 의료기술을 사용하여 큰 재산을 모은 경우도 적지 않았다고 한다[25]. 이렇듯 의학강습소는 여러 가지 문제점들을 내포하고 있었는데, 정규 의학 교육 과정을 통해 습득되지 않은 의료지식과 기술에는 한계가 있을 수밖에 없었다.

환자들의 증언에 따르면 의학강습소 출신들이 수술하는 와중에 의료사고가 발생하는 경우가 적지 않았다고 한다. 낙태 등의 수술 중에 죽는 환자들도 발생하였으나, 문제 삼지 않았다. 또, 6기

(1956년 5월부터 1957년 4월까지 수련) 강습생들은 인체 골격 표본을 확보하고자 부검이 끝난 여성 환자의 시체 1구를 표본처리 작업을 하던 중, 중앙리 병사 환자들이 이를 목격하고 항의하자, 작업을 중단하고 사과한 일도 있다[26].

이들은 국가 의료제도가 정비되면서 무면허 의사로 지목되어 사회문제가 되기도 했는데, 이를 보도한 신문 기사는 다음과 같다.

“(진주) 부정 의료업자의 단속을 그 어느 때보다도 강화하고 있는 당국의 시책에도 불구하고, 계속 돌팔이 등 부정 업자가 난무하고 있는 요즘 음성 나환자마저 이곳저곳을 전전하며 돌팔이 행각을 해 오고 있어 뜻있는 주민들의 빈축을 사고 있다. 진양군 대평면 내촌에 사는 음성 나환자인 정모 씨는 이곳 각 부락을 전전하면서 피부병을 치료해 준다고 선전, 돌팔이 행각을 벌여오고 있다. 진양군 보건관리에 위협을 주고 있는 돌팔이 행각을 외면한 채 단속치 않고 있어 많은 주민으로부터 감시 업무가 허술하다는 빈축을 사고 있다”¹²⁾

1961년 최재위 원장이 부임하면서, 의학강습소의 명칭을 ‘의료조무원 양성소’로 바꾸면서, 7기를 마지막으로 의학강습소는 사라지게 된다. 이후, 일부 의학강습소 출신들은 임상병리사 등의 국가 자격시험을 통과하여 제도화된 의료인력으로 편입되기도 했다. 이와 별개로 의료조무원 제도는 1980년대 초반까지 지속되었고, 일부 의학강습소 출신 의료요원들은 소록도에 남아 계속 의료업무를 담당했다. 앞서 언급된 의학강습소에 대한 자료는, 소록도에 대한 많은 자료처럼 잘 보존되지 않았다. 1949년 시작되었다가 한국전쟁 이후로 중단되었고, 1952년 다시 시작되었다

12) 후생일보 1970.7.10. 나환자가 의료행위; 진양군내 당국에선 외면.

는 것이 중론이다. 1952년부터 1961년까지 의학 강습생을 배출했고 문을 닫았지만, 이후에도 의료조무원 양성은 계속되었고, 1980년대 초반까지 의료조무원 제도가 지속되었다. 이때까지 일부 의학강습소 출신의 의료요원은 환자의 신분으로 20~30여 년간 소록도 의료의 한 축을 담당했다. 1976년 소록도에 간호조무사 양성소를 만들어 1978년부터 일반인 간호조무사를 배출하기 시작했고, 1979년 농어촌등 보건의료를 위한 특별조치법이 제정되고, 공중보건의사가 파견되면서 1980년대 초반에 이르러서야 의료조무원 제도는 소록도에서 완전히 사라지게 되었다. 이 또한 대부분의 의료 관련 정책처럼 공식 기록으로는 존재하지 않는다.

VII. 소록도의 높이

소록도의 미래에 대한 고민은 현재 국립 소록도병원 직원과 가족, 그리고 환자와 그 보호자들의 가장 큰 관심사다. 이런 고민은 근래에 대두된 문제가 아니다. 60년대 초반, 재원 환자 수가 6,000명에 육박하였고, 과밀화와 의료진 부족 등의 문제가 대두되어, 자립할 수 있지만 생활 기반이 없는 원생들의 탈시설을 위한다는 명분으로 오마도 간척공사를 병원에서 추진하기도 했으며, 이 과정은 소설가 이청준의 『당신들의 천국』 [27]이란 책에 담겨있다. 이후 70~80년대를 거치며 치료제의 보급과 더불어 수용 환자 수가 감소하였고, 이 시기 이후 부임한 모든 원장의 관심사 역시 향후 지속할 수 있는 소록도의 역할과 모델이었다. 그러니 미래에 대한 고민은 이미 60여 년 전부터 시작되었다. 이 고민은 구성원의 다양한 의견, 정부 기관 간의 이해관계, 고흥군의 정책, 노동 주민의 이해관계, 경제성, 역사성 등의 다양한 요소로 인해 뚜렷한 방향이 정립되지 않

은 채 반복되고, 역사 유적지, 국립 요양병원 또는 치매 전문 병원 등의 가능성만을 열거하는 정도에 그치고 있다. 최근 들어서는 ‘외부 전문가’ 집단에 용역사업을 맡겨 소록도 미래에 대한 답안지를 받고자 하는 노력이 있다. 객관적인 외부 전문가의 시선이 정확할 때도 있다. 하지만 소록도의 역사를 되돌아봤을 때 다양한 구성원에 대한 배려와 동의가 없이 추진된 많은 일들은 이들에게 아픔을 줬던 사건이 되기도 했다.

또, 하나는 소록도에 관하여 ‘전문가’라는 존재가 어떤 의미인가에 대한 것이다. 독특한 방식으로 우리나라 근대 역사의 굴곡진 흐름에 따라 적응하며, 변화된 보건 환경에 맞춰 변화해 온 지역적, 사회적, 의료적 공동체를 소위 ‘외부 전문가’들이 얼마나 이해할 수 있을지 확신이 필요한 지점이다.

국립 소록도병원은 국가기관으로서 근대를 거치며 여러 문서와 통계를 생산했다. 전문가들이 참고할 이런 텍스트가 소록도와 소록도를 이루는 공동체를 잘 설명할 수 있을지도 의문이다.

미래에 대한 해답을 줄 순 없지만, 소록도를 이해하기 위해 주목해야 할 것은 과거 소록도의 삶에 대한 콘텍스트다. 위(역사가, 병원 당국)에서 만들어진 텍스트에 비해, 밑(민중, 환자)에서부터 만들어진 수많은 콘텍스트는 본질에 근접하는 실마리가 되는데, 그중 가장 눈여겨봐야 할 점은 ‘환자가 환자를 치료하는 병원’이었다는 점이다. 이는 병원의 존재와 가치에 대해 많은 시사점을 준다. 병원이란 “의사(또는 의료진)가 환자를 치료하는 공간”이라는 상식을 다시 생각하게 하는 지점이기 때문이다.

‘환자를 치료하는 공간’만으로도 충분한 곳이 병원이라면 그 속에 주어가 되어야 할 의사와 의료진, 그리고 관료라 불리는 병원의 운영진은 이곳에 어떤 존재이며, 어떤 역할로 정당성을 획득하려 했는지도 살펴볼 부분이다.

이런 관점을 벗어나 전문 자격없이 환자를 치료했던 환자를 문제시하려는 의도가 없음을 다시 밝힌다. 병원 당국이라 불리는 존재¹³⁾가 당시 전국적으로 만연한 의료진의 부족을 해결하기 위한 교육지책이었다는 점도 충분히 이해할 수 있다. 하지만 이런 정책의 실행자였던 환자들의 콘텍스트를 살펴보고, 문제점을 솔직히 드러냄으로써 지금의 우리가 과거의 (공공)의료정책에서 무엇을 간과했고 무엇에 더 가치를 두어야 했는지 화두를 던지는 일은 충분히 의미 있다. 앞서 말했듯이 이런 내용들을 공식적으로 수집하고 기록하기 시작한 사람이 (심전황이라는) 환자라는 것 또한, 환자가 환자를 치료하는 정책만큼이나 우리나라의 공공보건의료의 본격적인 태동의 과정에 있었던 관료주의 의료의 폐해를 잘 시사하는 지점이다. 이런 고민은 지금의 공공의료로 지향할 지점에 충분한 밑거름이 될 수 있을 것이다. 그리고 이런 맥락 속에서 소록도의 미래, 즉 병원으로서 국립 소록도병원의 정체성을 생각해 봤으면 한다.

VIII. 소록도의 깊이

소록도의 삶에 다가가기 위해 인류학적인 관점, 더 구체적으로는 인종지학(ethnography)적 관점이 필요하다. 인종지학이란 개별적인 문화를 체계적으로 연구하는 인류학의 한 분야로서 어떤 사회적 현상에 참여한 사람들의 관점에서 그들의 해석을 바탕으로 그 문화를 이해하려고 하는 것으로 ‘망탈리테의 역사’로 대표할 수 있다.

‘망탈리테의 역사’란 오랜 기간에 걸쳐 형성된 생활의 태도나 습관이나 사고방식을 가리키는 것

으로 무의식의 영역까지 포함한다는 점에서 종래의 지성사와는 다른 개념이다. 기존 문화사의 편견 중 하나는 문화란 긍정이나 사상가의 서재와 같이 ‘높은’ 곳에서 만들어져 ‘낮은’ 곳으로 하달되거나 전달된다는 것이다. 그러나 로버트 단턴은 “밑바닥 수준에서 일하는 사람도 철학자만큼이나 지성적일 수 있다”라는 견지에서 문화가 반드시 ‘높은’ 곳에서만 생산되는 것이 아님을 논증했다.

관념 자체만을 다루는 역사학의 분야는 사상사나 지성사라는 이름으로 불리고, 주로 책이라는 매개체로 여론 형성에 영향을 미친다. 단턴은 주도적인 지식인들에 의해 만들어진 계몽사상의 ‘고급’ 문화가 밑으로 전달한 영향력보다는 밑으로부터 만들어진 영향력이 프랑스 혁명 이전의 사회에서 작용하던 방식을 주로 연구하는데, 이런 흐름을 관념의 사회사라고 한다[28].

본 연구는 오랜 기간 고립된 공간에 생존하고 있는 환자들의 내러티브를 발굴하고 정리하여 분석하는 과정을 통해 그간 피상적인 통계와 업적에 매몰된 역사를 벗어나 소록도 고유의 망탈리테를 드러내고자 하는 과정의 산물이다.

앞서 언급한 심전황의 『소록도 반세기』[19]와 『아으, 70년』[20]이란 책에서 시작된 망탈리테 역사로의 여정은 이후 소록도 박물관의 여러 사업으로 이어졌다. 『소록도의 구술 기억』[7-11]이라는 5권 분량의 자료집과 2권의 『100년 구술 자료집』[5,6], 『소록도 80년사』[25], 『작은 서울’ 소록도』[18]라는 제목의 2021년도 소록도 생애사 기록화 사업 자료 덕분에 더 많은 환자의 풍부한 서사를 접할 수 있었다. 이 과정에서 『소록도의 구술 기억』의 서론에서 집필자인 김영희 등이 우려한 바 있듯이, 전해 들은 이야기를 단정적으로

13) 그들이 의사 또는 의료진인지, 행정관료인지에 대한 의문이 있다.

구술하는 과정에서 잘못 알고 있는 부분을 사실처럼 오해하고, 거기에 추측과 과장이 더해진 부분도 다수 발견할 수 있었다. 이런 내용에는 단종 수술(정관수술), 낙태 수술, 검시(해부) 등에 관한 심리적 외상을 유발할만한 이야기가 다수였고, 단정적으로 진술하고 있으나, 대부분은 ‘내가 잘 아는 사람이 봤다더라’ 등의 전해 들은 이야기였다는 점을 강조하는 회피의 방어기제를 보이기도 했다. 환자의 기억에 의존하여 진술한 자료의 사실성 등에 대해 독자는, 구술자들이 살아온 환경을 고려하여 해당 내용에 대한 잠재적인 공포와 불안이 반영되고 왜곡될 수 있음을 받아들이는 관용의 태도가 필요하다.

소록도의 역사에서 특이점은 진료기록지나 수술 대장, 검시 보고서 등 다수의 진료기록이 보존되지 않았다는 점인데, 병원이라는 의료기관에서는 보기 힘든 지점이다. 이에 대해서 가능한 추론은 의사나 간호사가 아닌 환자들, 즉 간호주임, 수간호, 담당간호, 간호보조원 등으로 불린 무자격자들에 의해 대부분의 의료가 행해진 탓에 기인한 것이 아닐지 추측한다.

같은 이유로 폐쇄적으로 운영된 의료와 제한된 (의료)정보는 환자들 사이에 권력관계를 만들고, 누군가는 몰래 눈감아주는 방식으로 특혜를 주거나 제한된 인원만 공유하는 정보나 자원을 이용하는 행태와 부조리가 있었음을 다수의 내러티브에서 확인할 수 있었다. 그 과정에서 특혜를 받은 사람은 특혜를 준 사람을 좋은 사람, 또는 좋은 직원으로 기억하고 있었다.

구술 자료집에서 확인한 다수의 구술에서 수술과 주사, 검시 등의 업무를 환자 신분의 의료인력들이 행하였고, 환자들이 말하는 ‘간호’, ‘의사’란 표현이 이들과 명백히 구분되지 않는 경우를 확인할 수 있었다. 의학강습소 출신 환자들은 주로 외과에서 수술과 상처 치료 등의 업무를 담당했고, 일부는 치과에서 기공 등의 업무를 담당했

을 대부분의 구술 서사에서 확인할 수 있다. 내과에서 진찰과 처방을 할 수 있었음에도 의학강습생들이 외과나 치과를 선호하여 수술이나 상처치료 또는 치과치료를 주로 담당했다는 점을 주목할 필요가 있다. 단기 교육을 받은 그들에게 내과는 무리였을 것이라고 가정한다면, 외과 치료는 그들에게 어떻게 쉬운 것으로 받아들여졌을까 하는 의문이 남는다. 의학 교육에서 내과, 외과 두 가지만을 가지고 뭐가 쉽고 어렵다고 말하는 것과 별개로, 외과적인 수술과 상처 처치를 눈으로 보고 따라 하는 것만으로 의학 교육을 받았고 생각할 수 있다. 다수의 의학강습소 출신 환자들의 내러티브에서 ‘(의료)기술’을 배웠다는 말을 자주 발견할 수 있는데, ‘실습했다’, ‘이렇게 보여줬다’ 등의 문장과 함께 ‘그럴 때 끊어(amputation)내야만 돼’라는 단정적인 문장을 종종 사용[8,9]했는데, 의학적으로 전문적인 고려 없이 흉내 내는 것을 치료라 확신한 건 아닌가 하는 의문이 들었다. 얕은 의학지식으로 수술에 대한 학문적 근거 없이 누군가의 행위를 따라 하면서 이를 일반화시켜 의료를 행하고 있다고 믿었을 것이고, 그 행위의 피해자들은 동료 환자였다는 추측은 큰 아쉬움을 불러일으킨다. 이런 믿음들이 만들어낸 수술 후 부작용과 문제점들은 수십 년이 지난 지금까지도 임상 현장에서 쉽게 관찰되고, 더 나아가 그 과정에서 생존한 환자들의 그릇된 신념을 강화시켜 현재까지 지속하게 하는 데 일조했으리라 추측한다.

의사 인력이 부족했고, 공무원 신분인 의사들의 역량이 부족했으며, 잦은 인사이동으로 오래 근무하지 못하여 환자들의 사정을 제대로 파악하지 못했고, 그런 이유와 나병에 대한 그릇된 인식으로 환자의 치료에 적극적이지 못하였음도 확인하였다. 의사면허를 가진 원장들은 의료보다는 건설이나 부식, 환경 관리, 사회사업, 환자 주거에 관한 일 등 관리자로서의 업무에 치중했으며,

주 업무여야 할 의료분야에 대해서는 수혜자여야 할 환자에게 실행자의 역할을 맡긴 바 크다. 병원으로부터 일정 급료를 받으며 의료업무를 하였던 환자이자 직원이면서 의료인이었던 조무원들에 대해 그들의 공과(功過)를 양지로 끌어내어 냉철히 들여다보는 일은 현재까지도 영향을 끼치고 있는 소록도의 독특한 의료문화를 이해할 수 있는 계기가 될 것이다.

여기에 더해, 환자의 서사는 주관적일 수밖에 없고, 자기방어적일 수밖에 없다는 것을 직접 체험하였기에 구술자의 진술에 거리를 두어 존중하되, 전적으로 의존하지 말고 그들이 말하고자 하는바(기의¹⁴⁾)를 그들의 이야기(기표¹⁵⁾)에서 헤아려 이해해야 할 것이다. 피해자였기에 피해에 민감하고 물질적으로, 예외적 혜택을 제공하는 사람을 의도와 상관없이 좋은 사람이라 쉽게 판단하는 경향을 소록도의 여러 구술 자료집을 통해 관찰할 수 있었으며, 이런 경향 또한 지금까지도 많은 영향을 끼치고 있다.

IX. 또 다른 감염병의 도래와 소통

또 다른 감염병 코로나19가 유행했고, 소록도는 다시 한번 격리를 겪었다. 2020년부터 시작한 코로나19 감염병의 유행은 2023년 말인 현재까지도 소록도에 많은 영향을 미치고 있다. 21년부터 22년을 거치며 불거진 위기의 원인이 감염병이라는 사실만으로도 소록도 사람들의 공포는 다른 사람들과 결을 달리한다. 기본적으로 감염병의 일차적 방역은 마스크 착용과 철저한 격리가

바탕이므로, 얼굴을 가리고 격리라는 통제를 다시 경험하는 것이 소록도 환자들에게는 과거 한센병 발병 시 겪은 정신적 외상을 재현할 수 있으리라 추측한다. 이는 코로나19 유행 초기의 진료과정에서도 충분히 목격되었다.

감염과 전염은 소록도 사람들에게 실제보다 과장된 공포를 심어줬다. 많은 수의 환자와 직원들이 코로나19 감염과 이로 인한 합병증으로 힘든 시간을 보냈고, 면역력이 저하된 일부 환자가 직접 또는 간접적인 합병증으로 사망한 일도 있었다. 격리와 통제, 백신접종 등에 과할 정도로 매우 협조적인 모습에서 이들의 공포를 엿볼 수 있었다. 이들의 과한 반응을 보며, 과거의 의료와 마찬가지로 오늘날의 공공의료 역시 감염병이란 질병만이 대상일 뿐, 질병을 겪는 환자(의 심리)에 대한 고려는 여전히 소홀한 것 같았다.

초기의 한센병처럼 미지의 감염병에 직면했을 때 느끼는 공포는 가공할 힘을 지닌다. 질병에 대한 정보의 공유와 과거보다 발전된 현대의학이 있었기에, 일정 부분 혼란이 있었음에도 이번 감염병 사태는 비교적 원만하게 이겨냈다고 생각한다.

2021년 겨울, 소록도병원 원내에 코로나19 환자가 발생하기 시작하였고, 감염의 전파를 막기 위해 외래 진료를 일주일간 중단하고 환자의 이동을 제한하였다. 격리와 통제는 감염의 전파를 막는 가장 효과적인 방법이지만, 이는 질병에 대한 대응이지 사람에 대한 대응으로 볼 수 없다.

외래 진료를 중단했던 그 일주일 동안 필자와 외래 간호사가 방호복을 입고 매일 다른 마을 치료실을 찾아 진료와 상처 치료를 했던 바 있는데, 그 이유는 진료와 치료가 절박했다기보다 마을

14) 시그니피에를 말한다. 기의는 개념이다. 기표를 듣거나 보았을 때 떠오르는 이미지 또는 생각을 시그니피에 또는 기의라 부른다.

15) 시그니피앙을 말한다. 기표는 기호이다. 전달하고자 하는 이미지나 생각을 드러내는 도구로서의 문자, 또는 기호를 기표 또는 시그니피앙이라 부른다.

환자들이 격리당함(소외)을 느끼지 않도록, ‘의사가 당신들 가까이 있다’는 것을 보여주고 싶었기 때문이었다. (치료병동) 입원실의 면역력이 저하된 환자는 완벽한 격리가 필요하다고 하더라도, 그에 비해 비교적 건강한 (생활병동) 마을의 환자들이 감염병 때문에 의사와 진료에 접근할 수 없다면 의료가 사람을 포기하고 질병과 싸우겠다는 의미가 될 수 있다고 생각했다. 건물 밖에 아무도 돌아다니지 않는 적막한 마을들을 지나면서, 이곳이 예전과 다른 소록도병원이었으면 하는 마음이었다.

그 일을 계기로 진료를 신뢰하지 않고 마을 치료실에서만 상처 치료를 받던 일부 환자들이 외과 외래를 정기적으로 방문하여 치료받기 시작했고, 질병과 상처뿐만 아니라, 사람과 그 마음도 살펴야 한다는 신념을 다시 확인하는 계기가 되었다. 상처 치료 과정 중에는 항상 묻고 답하고, 설명하는 수다쟁이가 되는 일이 상처 치료보다 더욱 중요한 일이 될 수밖에 없었고, 그게 이번 내러티브 탐구로 이어졌다.

소록도가 빛날 수 있었던 것은 이곳을 다녀간 수많은 자원봉사자의 역할이 크다. 이제 대한민국의 누구나 아는 마리안느, 마가렛 간호사와 반드루젠 브룩, 그리고 얼마 전 국민훈장을 받은 샤를 나베뿐 아니라 다양한 분야의 많은 사람이 다녀갔다. 그들뿐 아니라, 여러 종교 단체와 사회단체, 그리고 수많은 개인이 지금까지 조용히 자원봉사 활동을 이어오고 있다.

소록도가 세상과 소통하는 방법은 환자들이 밖으로 나가거나, 자원봉사자들이 소록도 안으로 들어오는 방법일 것이다. 환자라는 처지를 고려한다면 밖에서 자신의 존재를 알리며 활동하기란 쉽지 않을 것이고, 현실적으로 세상과 소통하는 유일한 길은 자원봉사자들과의 유대뿐이다. 이들은 한센인에 가장 우호적이며, 적극적으로 다가온 사람들이기에 소록도 환자들의 우군이 되어

고립과 차별에서 세상 밖으로, 사회와의 유대로 이끌어 줄 것이다.

이들에게 자원봉사의 경험은 한센인이라는 이름의 약자 삶을 공유하며 공감하고 자신을 성찰하는 계기가 될 수 있다. 씩씩하게 살아가는 소록도 환자의 삶을 보며 깨닫고 얻게 되는 감사의 마음은 행복의 의미를 일깨울 수 있고, 그런 점에서 자원봉사를 통한 세상과의 소통은 환자와 자원봉사자 모두에게 어느 하나 이롭지 않은 면이 없다.

X. 마치며

지금까지 소록도 환자들의 줄거리 탐구를 통해 그들의 망탈리테를 들여다보았다. 신전황의 『소록도 반세기』에서, 국립 소록도병원에서 발간한 소록도 구술 자료집, 환자들의 수필과 문학작품을 통해 환자가 환자를 치료하는 의료문화와 당시 상황, 그리고 현재까지 유효한 정서와 그 배경, 역사적 맥락을 살펴보고, 이에 관한 의미와 제언을 첨언하는 방식으로 분석하였다.

민간 의료의 영역에서 일해온 필자가 공무원 의사로서 소록도에 들어와 내부에서 접하게 된 소록도의 삶은 분명 외부에서 들여다본 것과 다른 면이 많았다. 외부인으로 아름다운 자연의 풍광과 환자와의 가벼운 인사, 직원들 간의 친절한 안부를 넘어서자, 소록도는 조금씩 낯선 모습으로 다가왔다. 이곳의 많은 내러티브를 듣고 그 속의 사건을 경험하면서 소록도는 그만큼 친근해지고, 또 그만큼 낯선 모습이다. ‘낯설다’는 평범한 표현 안에는 생경한 서사와 납득할 수 없는, 그러므로 노력해야만 공감할 수 있는 감정, 애트한 안타까움이 섞여 있다. 친근하다는 의미 안에는 연약한 존재로서의 인간과 그러면서도 버터내는 숭고한 인간다움이 공존하여 필자에게 전해지는 공명(共鳴)이 들어있다. 그런 취지에서 필자는 소록

도의 경계에서, 너무 가깝거나, 너무 멀지 않은 태도로 소록도를 말하고자 하였고, 소소한 제언을 주제님께 덧붙였다.

‘소록도’라는 한 단어 속에는 수많은 깊고, 높은 삶이 들어있다는 것을 이번 연구를 통해 다시 확인하는 계기가 되었다. 

Conflict of Interest

There are no potential conflicts of interest relevant to this article.

REFERENCES

- [1] Kim JH. A study on the isolation system, stigma, and discrimination of Hansen's [Doctorate]. [Seoul (Korea)]: Seoul National University; 2019.
- [2] Noh S. Phenomenological study on Hansen settlements [Doctorate]. [Seosan (Korea)]: Hanseo University; 2017.
- [3] Ahn J. A comparative study on the Korean and Japanese Hansen's disease novels. *Asian Cult Res* 2021;55:163-190. <https://doi.org/10.34252/acri.2021.55.007>
- [4] Yu Y, Kim G. Art-based narrative exploration of the life of the elderly who have lived as spouses of leprosy patients. *Korean J Art Ther* 2021;28(6):1389-1412.
- [5] Jeong G. Another hometown, our landscape. Goheun: Sorokdo National Hospital; 2011.
- [6] Jeong G. A journey to freedom, a step into the world. Goheun: Sorokdo National Hospital; 2011.
- [7] Kim Y. Oral history of Sorokdo I. Goheun: Sorokdo National Hospital; 2019.
- [8] Kim Y, Hwang E. Oral history of Sorokdo II. Goheun: Sorokdo National Hospital; 2019.
- [9] Kim Y. Oral history of Sorokdo III. Goheun: Sorokdo National Hospital; 2019.
- [10] Kim Y, Hwang E, Seo K, et al. Oral history of Sorokdo IV. Goheun: Sorokdo National Hospital; 2020.
- [11] Kim Y, Hwang E, Kim S, et al. Oral history of Sorokdo V. Goheun: Sorokdo National Hospital; 2020.
- [12] Kang C. Sorok-do where I live. Seoul: Book Publishing Seorabyeol Literature; 2009.
- [13] Kang C. The sacrifice of mom. Seoul: Book Publishing Seorabeol Literature; 2016.
- [14] Kang S. Sorokdo, A trip to humble heaven. Seoul: Korea Institute for Advanced Theological Studies [KIATS]; 2012.
- [15] Kang S. Love of Goksan Indongcho. Seoul: Korea Institute for Advanced Theological Studies [KIATS]; 2016.
- [16] Cho C. 'Nairong' is my way. Seoul: Myungkyung; 1998.
- [17] Kim DY. The ripen grape. Seoul: Korean Church Foundation for Roots; 1992.
- [18] Park C, Jung M, Choi Y. Sorokdo, the "Little Seoul." Goheun: Sorokdo National Hospital; 2021.
- [19] Shim J. Half a century of Sorokdo. Gwangju: Chonnam Ilbo Press Office; 1979.
- [20] Shim J. Oh, 70 years. Seoul: East; 1993.
- [21] Clandinin DJ, Connelly FM. Exploring narratives. Translated by So K, Kang H, Cho D. et al. Paju: History of Educational Science; 2007.
- [22] Yoon J. And I heard a shout. Seoul: History of Practical Literature; 1986.
- [23] Lee K. Dr. Toffle, The happiness giver. Seoul: Good Seeds; 2023.
- [24] Sorokdo, 80 years of history. Goheun: Sorokdo National Hospital; 1996.
- [25] Sorokdo 100 years, leprosy and human, 100 years of reflection. Medical ed. Goheun: Sorokdo National Hospital; 2017.
- [26] Cochrane RG. Leprosy in Korea. *Lepr Rev* 1956;27:19-28.
- [27] Lee C. Your heaven. Seoul: History of Literature and Intelligence; 2012.

- [28] Danton R. The Great cat massacre: And other episodes in french cultural history. Second ed. Translated Cho H. Seoul: History of Literature and Intelligence; 2023.

The Sorokdo as a Medical Narrative

CHO Anyoung¹

Abstract

Sorokdo ('Sorokdo' is used as a proper noun instead of the Sorok Island) was explored by means of mentalité through the patients' narrative inquiry. Shim Jeon-hwang's "Sorokdo, Half-century", "Oral History series of Sorokdo" published by the Sorokdo National Hospital, Essays and Novels which were written by patients, and literature from external observers were used as materials to evaluate. The unique sentiment, background, and historical context that have been valid to these days in the clinical field were studied and the value, the consideration and the suggestion were added in this paper. The narratives related to medical care at the time through statements by a Belgian plastic surgeon, Van Droogenbroeck and Patient-historian, Shim Jeon-hwang were explored. As a representative of the Damian Foundation, Van Droogenbroeck was invited by the government. He had worked in clinical field as a official plastic surgeon for 5 years from 1967. As a patient of Sorokdo, Shim Jeon-whang wrote the compiling history of Sorokdo in 1979. The role and impact of the "Medical Assistance System" and "Medical Training Center" was considered.

Keywords

Hansen's disease; narrative medicine; Sorokdo; history of Mentalite

¹ The Chief of Surgery, Sorokdo National Hospital.

COVID-19 발생 시기 한국 간호사가 경험한 어려움과 대응 전략: 질적 연구에 대한 통합적 문헌고찰

유자영¹, 조단비²

요약

현재 COVID-19는 풍토병 단계(endemic)로 전환되었으나, 신종 감염병의 발생가능성은 여전히 남아있다. 향후 유사한 재난상황이 발생할 경우, 의료진들은 다양한 심리사회적 문제에 직면할 것으로 예상되며, 특히 환자에게 직접 돌봄을 제공하는 간호사 경험에 대한 분석이 이루어질 필요가 있다. 이에, 본 연구에서는 COVID-19 발생 기간 동안 국내 간호사가 환자를 돌보면서 경험한 어려움과 대응 및 경험의 변화에 대해 종합적으로 분석하고 평가하였다. 이를 위해 COVID-19 발생 기간 동안 국내 간호사의 환자 돌봄 경험에 관한 질적연구 9편을 Whitemore와 Knafl이 제시한 지침에 따라 통합적 문헌고찰 방법으로 분석하였다. 문헌고찰 결과, 간호사들은 COVID-19 발생 기간 동안 신체적, 정신적, 사회적 측면에서 다양한 어려움을 경험하였고, 이에 대해 개인방역이나 경각심을 갖는 등 개인 차원의 대응을 통해 극복하고자 하였다. 또, 대부분의 참여자들이 시간이 경과함에 따라 전문직 가치 추구 및 적응을 통해 새로운 의료환경으로 인한 어려움을 극복했다고 응답한 반면, 일부에서는 변하지 않는 현실에 대한 좌절과 소진을 경험한 것으로 나타났다. 따라서, 향후 재난상황에서 간호사에 대한 효과적인 지지 및 대응 역량 강화를 위해서는 간호사 소진에 대한 모니터링이 이루어질 필요가 있으며, 적정 간호인력 확보, 일관된 지침 제공 등 정부와 기관 차원에서의 적절한 대응이 필요할 것으로 보인다.

색인어

코비드-19; 간호사; 돌봄; 질적연구; 통합적 문헌고찰

투고일: 2023년 11월 30일, 심사일: 2024년 1월 4일, 게재확정일: 2024년 3월 5일

조단비, 연세대학교 일반대학원 의료법윤리학협동과정. e-mail: chodbi102@gmail.com

1 연세대학교 일반대학원 의료법윤리학협동과정, 박사과정생. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5493-3178>

2 연세대학교 일반대학원 의료법윤리학협동과정, 박사과정생. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6817-5745>

I. 서론

1. 연구의 필요성

2019년 12월 COVID-19가 처음 보고된 이후 전 세계적으로 많은 변화가 있었다[1]. 2023년 4월 기준으로 COVID-19로 인한 전 세계 사망자 수는 6백만 명에 달했고, 보건의료 종사자 또한 수천 명이 목숨을 잃었다[2,3]. 우리나라도 2020년 1월부터 2023년 8월까지 3천 4백만 명이 감염되었고, 3만 5천 명이 사망한 것으로 보고되었다[4]. 이외에도 우리나라는 COVID-19 대응 초기에 의료 인력과 음압 격리병상 등의 자원 부족 문제를 겪었다[5]. 의료진에게 제공되는 마스크와 방호복 수급조차 원활하지 않았으며, 의료 인력 부족으로 인해 병원의 업무강도가 급증하였다[6]. 의료진들이 경험하는 문제를 파악하고, 적절한 근무 환경이 마련되어야 함에도 불구하고[7,8], 정부와 의료진 모두 COVID-19 대응 경험 및 자원 부족, 그리고 교육 및 훈련의 부재로 인해, 질병관리청(Korea Disease Control and Prevention Agency, KDCA)에서 제공한 지침과 정보를 임상 현장에 적절히 활용하기가 쉽지 않았다[9].

2023년 5월, 세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 COVID-19의 공중보건 비상사태(Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) 종식을 선언하고, 이를 풍토병 단계(endemic)로 전환하였다[10]. 그러나, COVID-19 이후에도 신종감염병은 언제든지 발생할 수 있으며, 향후 유사한 재난 상황이 발생할 경우 의료진이 겪는 다양한 심리·사회적 문제에 대비할 필요가 있다. 특히 간호사는 환자에게 직접 돌봄을 제공하는 주요 인력으로, 감염예방 조치에 따라 환자와 보호자를 직접 돌보고 교육시키는 등 핵심적인 역할을 수행한다

[11]. 한편, 이들은 개인보호구 착탈의와 격리실 담당, 오염원 관리 등으로 인해 간호 업무량이 증가하면서[12] 간호사들은 소진과 재감염에 대한 불안과 두려움, 자원 부족으로 인한 갈등, 정신적 스트레스를 경험하였다[7]. 따라서, COVID-19 기간 동안 간호사의 경험은 향후 재난상황을 대비하기 위한 방안을 모색하는 데 있어 면밀하게 검토되어야 할 필요성이 있다.

선행연구에서 이루어진 COVID-19 팬데믹 동안 간호사 경험에 대한 질적 체계적 검토는 주로 간호사들이 경험한 어려움과 그에 따른 심리적, 사회적 영향을 중점적으로 다루었으며, 간호사의 COVID-19 대응에 관한 고찰은 거의 이루어지지 않았다[13-15]. 또한, Joo & Liu(2021)는 국가별 문화적 관점이나 신념의 차이로 연구결과를 전 세계 모든 간호사에게 일반화할 수 없으며[14], Stjernsw & Liu(2021)은 간호사의 태도와 경험이 각국의 팬데믹에 대한 대응에 영향을 받을 수 있음을 언급하였다[15]. 즉, COVID-19 기간 동안 간호사 경험에 대한 이해를 위해 우리나라 간호 환경 및 문화적 특성에 대한 고려가 필요한데, 선행연구에서 검토된 한국 간호사 대상 연구는 1건에 불과하여, 한국 간호사 대상 연구에 대한 종합적인 고찰이 필요할 것으로 보인다. 이에, 본 연구에서는 COVID-19 시기 동안 국내 간호사의 경험을 다룬 질적 연구를 대상으로 Whittemore & Knafl[16]이 제시한 통합적 문헌고찰을 수행하였다. 통합적 문헌고찰은 다양한 연구설계 및 방법론에 걸쳐 관심 현상 및 주제를 포괄적으로 검토하는데 용이하므로[16], COVID-19 기간 동안 다양한 의료환경에서의 간호사 경험을 종합적으로 분석할 수 있다. 또한, 질적 연구는 COVID-19 기간동안 간호사의 풍부한 경험을 바탕으로 간호사의 인식을 더 잘 파악할 수 있다. 간호사의 심리사회적 경험을 이해하는 것은 간호사가 적절한 지원을 받도록 할

수 있으며, 환자에게 고품질의 치료 제공을 유지하는 데 필수적이다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 COVID-19 발생 기간 동안 국내 간호사가 환자를 돌보면서 경험한 어려움과 대응 및 경험의 변화에 대해 종합적으로 분석함으로써, 향후 재난상황에서 간호사의 효과적인 지지 및 대응 역량 강화를 위한 방안을 제시하기 위함이다.

II. 본론

1. 연구 방법

이 연구는 COVID-19 상황에서 한국 간호사의 환자 돌봄 경험을 탐구한 질적 연구논문들을 통합적 문헌고찰 방법으로 분석한 문헌분석 연구이다. Whittemore & Knafl[16]이 제시한 통합적 문헌고찰 방법론을 사용하였으며, 연구문제 규정(problem identification), 문헌 검색(literature search), 문헌 평가(data evaluation), 문헌 분석(data analysis), 문헌 제시(data presentation)의 5단계를 따랐다.

1) 연구문제 규정(problem identification)

Whittemore & Knafl[16]이 제시한 통합적 문헌고찰의 첫 번째 단계는 연구자가 문헌을 통해 고찰하고자 하는 연구문제와 목적을 분명히 하는 것이다. 본 연구의 연구문제는 “COVID-19 상황에서 한국 간호사의 환자 돌봄 경험은 어떠한가?”이다. 이와 관련한 구체적인 문제는 다음과 같다.

- COVID-19 발생 기간 동안 간호사가 환자를 돌보면서 경험한 어려움은 무엇인가?
- COVID-19 발생 시기별 간호사가 환자를 돌보면서 경험한 어려움은 어떻게 대응되었는가?
- COVID-19 발생 기간 동안 간호사는 환자를 돌보면서 어떻게 변화되었는가?

2) 문헌 검색(literature search)

두 번째 단계는 연구 주제에 적합한 모든 문헌을 단계적으로 선별하여 결정하는 문헌검색 단계로, 연구의 신뢰성과 문헌 검색의 정확성을 높이기 위해 그 과정을 상세히 기록하여야 한다[16]. 본 연구를 위해 2023년 3월 20일부터 4월 9일까지 국내 데이터베이스 4곳과 해외 데이터베이스 4곳에서 문헌검색을 수행하였다. 연구 목적에 적합한 논문을 찾고자 국내 데이터베이스는 ‘코로나 19’, ‘간호사’, ‘경험’, ‘질적 연구’, ‘한국’의 검색어를 사용하였으며, 해외 데이터베이스의 경우 ‘COVID-19’, ‘nurse’, ‘experience’, ‘qualitative research’, ‘South Korea’의 검색어를 조합하여 사용하였다. 문헌검색 범위는 우리나라에서 코로나 환자가 처음 발생한 2020년 이후 출판된 문헌으로 설정하였으며, 영어 또는 한국어로 기술된 논문을 검색하였다. 문헌의 선정기준은 1) COVID-19 기간 동안 간호사의 돌봄 경험과 관련된 논문, 2) 간호사 지지 및 대응 경험에 관한 내용을 포함한 논문, 3) 심사(peer-review)된 논문, 4) 질적 연구 방법의 논문이다. 제외기준은 1) 출판되지 않은 학위논문, 학회관련자료, 종설, 문헌고찰 논문, 2) 연구대상이 간호사가 아닌 연구, 3) 원문이 확인되지 않는 논문으로 선정하였다.

검색결과, 국내 데이터베이스에서는 국가과학기술정보센터(NDL) 21건, 누리미디어(DBPIA) 28건, 한국교육학술정보원(RISS) 27건, 한국학술정보(KISS) 51건이 검색되었으며, 해외 데이

터베이스에서는 PubMed 8건, CINAHL 6건, Cochrane 0건, EMBASE 17건으로, 총 158건이 확인되었다. 이 중 중복논문을 제외한 109편에 대해 연구자 2인이 독립적으로 검토하였으며, 불일치 논문에 대해서는 추가 합의과정을 거쳤다. 1차 선별과정은 문헌의 제목과 초록을 검토하였으며, 선정 및 제외 기준에 따라 한국 간호사를 대상으로 하지 않은 문헌 17편, COVID-19 기간과 무관한 문헌 3편, 질적 연구가 아닌 문헌 56편, 원저가 아닌 문헌 5편을 제외하였다. 2차 선별과정에서는 문헌의 전문을 상세히 읽으며 연구 목적에 부합하는지 여부를 확인하였고, 9편의 문헌을 최종 선정하였다. 문헌검색 및 선정과정은 체계적 문헌고찰과 메타분석의 보고형식(preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis, PRISMA)으로 <Figure 1>에 제시하였다.

3) 자료 평가(data evaluation)

본 연구에서 선정된 문헌의 질 평가는 연구의 신뢰성, 진실성, 엄격성을 평가하기 위한 10개의 항목으로 구성된 CASP(critical appraisal skills programme) 체크리스트를 활용하여 검토하였다[17]. CASP 체크리스트 항목은 연구의 목적과 방법, 연구설계, 참여자 모집 전략, 자료수집 방법, 연구자와 참여자 관계의 적절성, 윤리적 고려, 분석의 엄격성, 결과진술의 명확성, 연구 가치에 대한 평가가 적절한지 체계적으로 평가하기 위해 활용되며, CASP 점수가 높을수록 연구가 체계적으로 수행되었음을 의미한다[17]. 두 명의 연구자가 독립적으로 문헌을 평가하였고, 평가에 불일치가 있을 경우 논의를 거쳐 합의를 이루었다. 그 결과, 9편의 문헌은 모두 7점 이상(10점 중 10점 2편, 9점 4편, 8점 2편, 7점 1편)으로 평가되었으며(Table 1, Appendix 1 참조)에

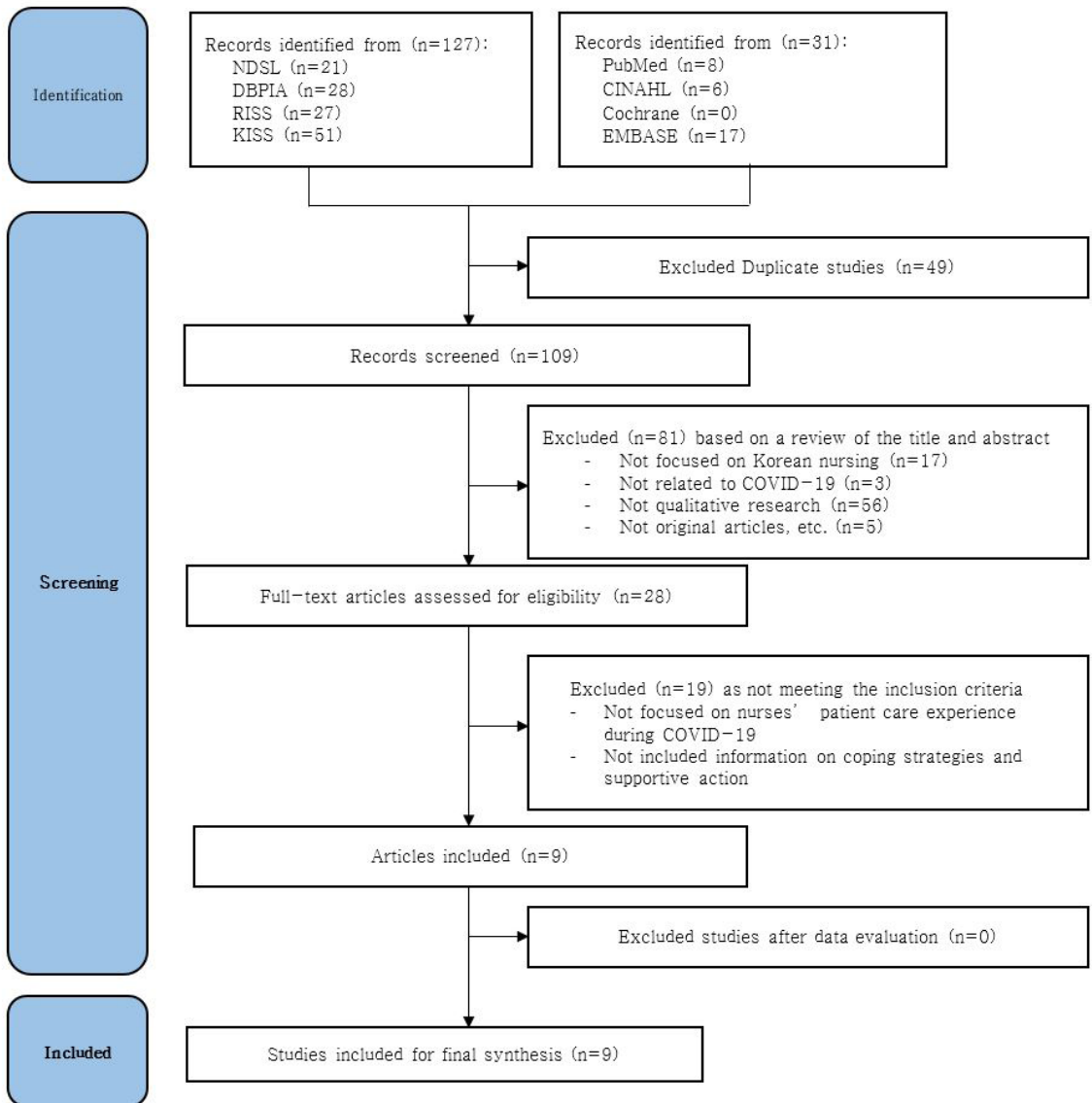
제시하였다. 질적 문헌의 합성에서 문헌의 질 평가는 문헌선정의 절대 기준으로 삼지 않아야 하며, 해당 문헌을 이해하는 데 참고사항으로 활용할 것으로 권고되고 있어 이를 준수하였다[18].

4) 자료 분석(data analysis)

본 연구의 연구자는 최종 선정된 9편의 논문을 반복적으로 읽으면서 COVID-19 발생 기간 동안 국내 간호사가 환자를 돌보면서 경험한 어려움과 대응전략이 도출된 원문의 결과를 표시하였다. 데이터 합성을 위해 Thomas & Harden(2008)이 고안한 주제별 분석 및 종합을 사용하여 선택한 연구에서 반복되는 주제를 찾았다[19]. 두 저자는 명확한 질적 데이터를 추출하기 위해 1) 선택된 연구에서 초기 코드 생성, 2) 유사성을 기반으로 코드에서 서술적 주제 검색, 3) 주제 초록 및 검토 등 세 단계의 주제 종합을 수행하였다. 자료를 축약하고자 표시한 결과 중 의미 있는 부분을 추출한 후 표로 정리하여 비교 분석하였다. 이를 바탕으로, 주제(category)와 하위 범주(sub-category)로 그룹화하였으며, 하위 범주의 속성을 내부/외부요인으로 구분하여 분류하였다.

5) 자료 제시(data presentation)

통합적 문헌고찰의 결론을 표나 그림의 형태로 제시하여 연구결과의 논리적 흐름을 보여주고, 비교와 대조과정을 쉽게 할 수 있다[16]. 이 연구에서는 COVID-19 발생 기간 동안 국내 간호사가 경험한 어려움과 대응, 그리고 경험의 변화의 3가지 주제에 대해 15개의 하위 범주를 제시하였으며, 각 하위 범주별 속성을 내부/외부요인으로 구분하여 제시하였다. 구체적인 내용은 다음 Table 1과 같다.



〈Figure 1〉 PRISMA flow diagram. PRISMA, preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis

2. 결과

1) 연구 자료의 일반적 특성

본 연구에서 선정된 연구 9편의 일반적인

특성은 다음 Table 2와 같다. 국내 간호사의 COVID-19 기간 동안 환자 간호 경험을 탐구한 질적 연구는 2020년 1편(11.1%/A1), 2021년 5편(55.6%/A2, A3, A4, A7, A8), 2022년 2편(22.2%/A5, A6), 2023년 1편(11.1%/A9)

〈Table 1〉 Nurse experience during COVID-19

Category	Sub-category	Internal and external factors	Literature								
			A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9
1. Difficulties faced by nurses during the COVID-19 period	1.1 Physical and mental stress	Internal	o	o	o	o	o	o	o	o	o
	1.2 Social stigma and isolation	Internal	o	o	o	o	o	o	-	o	-
	1.3 Ethical dilemma in patient care	Internal	-	o	-	o	-	o	-	-	o
	1.4 Lack of manpower and equipment	External	o	o	-	-	o	o	-	o	-
	1.5 Increased workload	External	o	o	o	-	o	o	o	o	o
	1.6 Insufficient anti-epidemic system	External	o	o	o	o	o	o	-	o	-
	1.7 Improper treatment and compensation	External	-	o	o	o	o	o	o	o	o
2. Responding to the challenges nurses experienced during the COVID-19 period	2.1 Thorough self-quarantine	Internal	-	o	-	-	o	-	-	-	-
	2.2 Mindfulness	Internal	-	o	o	o	-	-	o	o	o
	2.3 Positive feedback and encouragement from outside	External	-	o	-	o	-	-	o	o	o
	2.4 Effort to improve work	Internal	o	-	-	o	o	o	-	o	-
3. Changes in nurses during the COVID-19 outbreak	3.1 Building professional value	Internal	-	o	o	o	o	-	o	o	o
	3.2 Adaptation	Internal	-	-	o	o	-	-	-	-	-
	3.3 Frustration with the unchanging reality	External	-	-	-	o	-	-	-	o	-
	3.4 Change in social perception and the environment	External	-	o	-	-	-	o	o	-	o
Quality assessment (CASP)			10/10	9/10	8/10	10/10	9/10	9/10	8/10	9/10	7/10

이 발표되었다. 자료 수집기간은 2020년이 4편(44.4%/A1, A2, A7, A8), 2020~2021년이 2편(22.2%/A4, A9), 2021년이 3편(33.3%/A3, A5, A6)이었다. 연구 참여자의 근무장소는 COVID-19 병동이 2편(22.2%/A5, A7)이 있었으며, 나머지 연구(77.8%)에서는 음압병동, 격리병동, 중환자실, 응급실, 선별 진료소 등에서 근무하는 간호사들이 연구에 참여하였다. 연구설계는 현상학적 연구방법이 5편(55.6%/A1, A2, A5, A6, A7), 근거이론방법이 2편(22.2%/A4, A8), 질적 서술적 연구방법이 1편(11.1%/A9)이었으며, 질적 연구 설계를 명확하게 밝히지 않은 문헌도 1편(11.1%/A3)이 있었다. 자료의 분석방법의 근거로 Colaizzi(1978)[20]의 방법이 5편(55.6%/A1, A2, A5, A6, A7)으로 가장 많았으며, Strauss & Corbin(1998)[21]의 방법(A4), Corbin & Strauss(2014)[22]의 방법(A8), Elo & Kyngäs(2008)[23]의 내용분석 방법(A3), Braun & Clark(2006)[24]의 주제분석 방법(A9)이 각 1편(11.1%)씩 있었다. 인터뷰 방법은 포커스 그룹 인터뷰와 개별 면담을 함께 진행한 논문이 1편(11.1%/A3)이 있었으며, 나머지 8편(88.9%)은 개별 심층면담으로 진행되었다. 자료수집 환경은 대면 인터뷰를 진행한 연구가 5편(55.6%/A1, A3, A4, A5, A8)이었고, 대면과 비대면 인터뷰를 동시에 진행한 연구가 3편(33.3%/A2, A6, A7), 비대면 인터뷰만 진행한 연구가 1편(11.1%/A9)이었다. 연구 참여자 모집 방법은 3편이 편의 표본추출을 통해 이루어졌으며(33.3%/A3, A6, A9), 눈덩이 표집방법을 통해 참여자를 모집한 연구가 2편(22.2%/A1, A7), 편의 표본추출과 눈덩이 표집방법을 모두 사용한 연구가 3편(33.3%/A2, A4, A5)가 있었고, 그 밖에 이론적 표집방법을 활용한 연구가 1편(11.1%/A8)이 있었다. 연구의 참여자 수는 최소 9명에서 최대 23명이었다.

2) COVID-19 발생 시기 간호사의 경험

a. COVID-19 발생 시기 간호사가 경험한 어려움

i) 신체적 · 정신적 스트레스

간호사들은 COVID-19 감염 전파에 대한 불안과 두려움이 있었으며(A1, A2, A3, A4, A5, A7), 준비되지 않은 상황에서 COVID-19 현장에 갑작스럽게 투입되어 혼란을 경험하였다(A3, A4, A8, A9). 방호복 착용으로 인한 신체적 고통(A1, A5)과 급작스러운 환자상태 변화로 인한 불안과 스트레스(A3, A5, A8)를 호소하였다. 반복되는 집단감염의 확산으로 팬데믹이 언제 끝날지 모른다는 절망감과 좌절감을 경험하였으며(A2, A4), 신체적 · 정신적 스트레스를 해소하지 못하고 혼자 감내해야 하는 상황 속에서 지쳐가는 간호사의 모습이 드러났다(A2, A4, A5, A6). COVID-19 바이러스에 대한 정확한 정보가 없는 상황에서(A4), 간호사들은 충분한 사전교육과 훈련을 받지 못하고 업무에 투입되었으며, 전문성이 떨어지는 상황에 대해 두려움과 좌절감을 겪었다(A5, A7, A8, A9). 적극적으로 협조하지 않는 환자에 대한 불신과 원망, 선입견 등 부정적인 감정을 경험하였고(A2, A3, A9), 이로 인해 죄책감과 부끄러움을 경험하였다(A9). 일방적인 인력배치와 내 편이 되어주지 못하는 간호관리자 등 병원 조직에 대한 원망(A4)과 방역 당국의 초기 대처에 대해 불신감(A2)에 대해서도 언급하였다.

ii) 사회적 낙인과 고립

간호사들은 본인이 감염원이 되어 지인과 가족들에게 피해를 미칠 것을 걱정하였다(A1, A2, A3, A5, A6). 감염병원으로 낙인 찍히거나(A1,

〈Table 2〉 General characteristics of the research material

No	Author (year)	Purpose	Working place	Methodology/ data analysis	Data collection	Sampling/ participants	Data collection period
A1	Oh et al. (2020) [25]	To investigate the experiences of nurses in a general hospital with an 800-bed size, temporarily closed after a confirmed case of COVID-19	Isolation/ neurology/ neurosurgery/ nursing care integration/ orthopedic/ surgical ward, outpatient safety clinic center, screening clinic center, surgical ICU	Phenomenological method/ Colaizzi (1978)	Individual in-depth interviews (face-to-face)	Snowball sampling / 10 nurses	'20.5.– '20.6.
A2	Kim & Cho (2021) [26]	To examine the emotions experienced by Korean clinical nurses during the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and to understand their essential meaning in depth	Infection control department, medical-surgical/ neurological/ psychiatric closed ward, administrative department, ER, hemodialysis room, nursing department, ICU	Phenomenological method/ Colaizzi (1978)	Individual in-depth interviews (face-to-face & video interviews)	Purposive and snowball sampling/ 12 nurses	'20.6.– '20.12.
A3	Oh et al. (2021) [27]	To explore nurses' working experiences during the pandemic at a Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) dedicated hospital in Korea	General ward, ICU	Qualitative content analysis/ Elo and Kyngäs (2008)	Focus groups & Individual in-depth interviews (face-to-face)	Purposive sampling/ 20 nurses	'21.3.– '21.6.
A4	Lee & Song (2021) [28]	To develop a situation-specific theory to explain nurses' experiences of the COVID-19 crisis	Emergency isolation ward, isolation ward, ICU	Grounded Theory method/ Strauss & Corbin (1998)	Individual in-depth interviews (face-to-face)	Purposive and snowball sampling/ 16 nurses	'20.9.– '21.1.

〈Table 2〉 Continued

No	Author (year)	Purpose	Working place	Methodology/ data analysis	Data collection	Sampling/ participants	Data collection period
A5	Kim et al. (2022) [29]	To explore the experiences of ward nurses participating in COVID-19 patient care	COVID-19 ward	Phenomenological method/ Colaizzi (1978)	Individual in-depth interviews (face-to-face)	Purposive and snowball sampling/ 12 nurses	'21.5.–'21.6.
A6	Suh & Kim (2022) [30]	To describe and understand the meaning and essence of care experienced by long-term-care-hospital nurses during the COVID-19 pandemic	Long-term care hospitals	Phenomenological method/ Colaizzi (1978)	Individual in-depth interviews (face-to-face & telephone interviews)	Purposive sampling/ 10 nurses	'21.4.–'21.6.
A7	Ji & Lee (2021) [31]	To explore the experiences of new nurses who took care of COVID-19 patients	COVID-19 designated hospitals & designated wards	Phenomenological method/ Colaizzi (1978)	Individual in-depth interviews (face-to-face & online interviews)	Snowball sampling/ 9 nurses	'20.9.–'20.11.
A8	Kim & Kim (2021) [32]	To develop a substantive theory and provide basic data with which to develop intervention programs that can support nurses caring for COVID-19 patients	Nationally designated COVID-19 hospital in the negative pressure ward	Grounded theory/ Corbin & Strauss (2014)	Individual in-depth interviews (face-to-face)	theoretical sampling/ 23 nurses	'20.8.–'20.10.
A9	Lee et al. (2023) [33]	To gain a comprehensive understanding of the experiences of frontline nurses who provided direct care for COVID-19 patients	General ward, infectious ward, ER, ICU	Descriptive qualitative study/ Braun & Clark' Thematic analysis (2006)	Individual in-depth interviews (Online interviews)	Purposive sampling/ 14 nurses	'20.12.–'21.4.

ICU: intensive care unit, ER: emergency room.

A6), 전문직인 간호사가 전파자가 되었을 때 받을 수 있는 일반 대중들의 부정적 반응에 대해 우려하였다(A2, A5). 본인뿐만 아니라, 가족들까지도 타인으로부터 불편한 시선을 받거나 거부당하면서 사회적 고립감을 호소하였다(A1, A4, A5, A6, A8).

iii) 환자 치료과정에서 윤리적 딜레마

간호사들은 COVID-19로 인해 즉각적인 치료가 불가능하거나, 직접 간호 제공이 어려운 상황에서 불가피하게 제한된 돌봄을 제공하는 상황이 발생하였으며(A4, A9), 악화되는 환자를 지켜만 봐야 하는 상황을 비롯해 인간의 존엄성을 지켜주지 못함에 도덕적 고뇌를 경험하였다(A2). 한편, 의료인으로서 책무와 이로 인해 가족들의安危 사이에 갈등을 겪기도 하였다(A6).

iv) 인력 및 장비 부족

의료용품 부족으로 인해 원활한 업무 수행에 어려움이 있었고, 의료진들이 감염의 위험을 받았다(A1, A2, A5, A6, A8).

v) 업무량 증가

COVID-19 환자 선별, 접촉자 및 방문객 관리, 발열체크, 청소 및 소독 등 감염관리와 방역 업무가 증가한 반면(A2, A5, A6), 보호자, 간병인, 행정직원의 출입이 제한되면서 택배 관리, 이송 등 비 간호 업무까지 간호사들이 도맡아 하게 되었다(A1, A5, A6, A7, A9). 하지만 반복되는 미숙련자의 충원과 파견근무로 인해 오히려 업무 피로가 누적되었다(A5). 더구나 쉬지 못하는 근무 환경 속에서 번거롭고 힘든 방호복 착용은 간호사들을 극도의 혼란과 피로감을 호소하게 했다(A2, A3, A5).

vi) 미흡한 방역 체계

간호사들은 감염병 대응지침의 잦은 변경으로 업무에 큰 혼란이 발생하였으며(A1, A2, A3, A4, A5, A8), 방역 당국의 지침과 현장 간의 차이로 인해 어려움을 겪었다(A2). 갑작스러운 병원 폐쇄 결정으로 환자 치료에 차질이 발생하기도 하였다(A1).

vii) 부적절한 대우 및 보상

간호사들은 업무에 대한 경제적 보상이 미흡하고, 부적절하고 부당한 보상으로 인해 회의감을 느꼈다고 하였다(A2, A4, A7, A8, A9). 파견근무자의 차별적 경제적 보상에 대해 불만을 호소하였으며, 부적절한 대우와 무례한 동료들의 행동으로 상처를 받기도 하였다(A4). 심리적·신체적 피로를 해소할 수 있는 휴가가 부족하였고(A5), 보육시설이 문을 닫음에 따라 일과 육아를 병행하는 데 어려움을 호소하기도 하였다(A8).

b. COVID-19 발생 시기 간호사가 경험한 어려움에 대한 대응

i) 철저한 개인 방역

간호사들은 감염관리에 대한 경각심을 늦추지 않고, 사적모임을 제한하였다. 또한, 수시로 COVID-19 검사를 받고, 백신 접종에 적극적으로 참여하기도 하였다(A2, A5).

ii) 마음 다잡기

간호사들은 나만의 스트레스 해소법을 찾는 등의 전략과 함께 생각을 긍정적으로 바꾸고, 마음

을 다잡기 위한 노력 또한 지속하였다(A3, A4, A8, A9). 특히 감염병 대유행 시기 동안 간호사에게 주어진 책임과 사명감을 가지고(A2, A3, A5), 간호사의 사회적 역할에 대해 인식하였다고 하였다(A7).

iii) 외부로부터의 긍정적인 피드백과 격려

간호사들은 환자의 회복과 긍정적인 피드백으로부터 위로를 받았으며(A2, A4), 간호 관리자의 적극적인 지원과 동료애(A4, A8, A9), 주변사람들의 격려와 간호사에 대한 대중의 긍정적인 인식 변화는 어려움을 대응하는 힘의 원천이 되었다고 하였다(A7, A9).

iv) 업무개선을 위한 노력

간호사들은 환자의 개인위생 및 요구를 세심하게 살피고(A5), 고립된 환자의 마음을 위로하기 위해 다양한 노력을 기울였다(A1, A5). 감염관리에 경각심을 갖고(A5), 업무 체계를 정립하고자 하였으며, 불합리한 처우를 개선하기 위한 노력을 기울이는 등 돌파구를 찾기 위한 노력을 지속하였다(A4). 효율적인 업무 수행을 위해 체계화된 지침을 만들고, COVID-19 환자 간호를 위한 시설과 물품을 효율적으로 배치하는 등 감염관리체계의 안정화 과정에 참여하였다(A5, A6). 또한, 전문간호 지식을 습득하고 병원교육에 참여하는 등 외부자원 또한 적극적으로 활용하였다(A8).

c. COVID-19 발생 시기 간호사의 변화

i) 전문직 가치 추구

간호사들은 감염병 대처 경험이 쌓여감에 따라

더욱더 감염병 대응 역량을 키우고자 노력했으며, 감염병 대처에 대한 자신감과 보람을 느꼈다(A2, A5, A7, A9). 간호의 참된 의미를 알아가고(A3), 간호 전문성에 대한 관점을 확립하게 되었다고 하였다(A8).

ii) 적응

간호사들은 COVID-19와 관련된 업무들에 익숙해져 갔으며, 일상적인 업무로 인식하게 되면서 주어진 일들을 온전히 감당할 수 있게 되었다(A3, A4).

iii) 변하지 않는 현실에 대한 좌절

간호사들은 변하지 않는 현실에 대해 좌절하고 후회하며, 이직을 결정하는 등 진로 변경에 대해 고민하기도 하였다(A4, A8).

iv) 사회 및 환경 변화 인식

대중의 방역에 대한 인식과 방문 면회 문화가 변화하였으며, 간호사에 대한 대중의 인식 또한 긍정적으로 변화하였다(A2, A7). 감염관리 대책과 간호사 인력 및 처우 등 제도 개선 및 대책 마련의 필요성이 대두되기도 하였다(A2, A6, A9). 또한, 방역수칙이 생활화되고, 근무환경이 개선되는 등 간호사의 근무환경에 변화가 나타나기도 하였다(A2, A3).

d. COVID-19 발생 시기 환자간호 경험의 내외부요인

15개의 하위 범주의 속성을 내부 요인 및 외부 요인으로 분류하였다. 그 결과, 간호사가 경험한 어려움 중 내부 요인은 '신체적·정신적 스트

레스', '사회적 낙인과 고립', '윤리적 딜레마'였으며, 외부 요인의 경우 '인력 및 장비 부족', '업무량 증가', '미흡한 방역 체계', '부적절한 대우 및 보상'이었다. 간호사가 경험한 어려움에 대한 대응과 관련하여 내부 요인은 '철저한 개인 방역', '마음 다잡기', '업무개선을 위한 노력'이었고, 외부요인은 '외부로부터의 긍정적인 피드백과 격려'였다. 마지막으로, 간호사의 변화와 관련하여 내부 요인은 '전문직 가치 추구', '적응', '변하지 않는 현실에 대한 좌절'이었으며, 외부요인은 '사회 및 환경 변화 인식'이었다.

3. 고찰

이 연구는 우리나라에 COVID-19 환자가 처음 발생한 2020년 1월 이후 발행된 질적 연구를 통합적 문헌고찰 방법으로 검토함으로써, COVID-19 팬데믹 동안 국내 간호사가 환자를 돌보면서 경험한 어려움과 대응, 그리고 경험 변화에 대해 분석하였다. 통합적 문헌고찰 결과, 현상학적 연구 방법이 9편, 근거이론방법이 2편, 질적 서술적 연구방법이 1편이었으며, 자료 분석 방법으로는 Colaizzi(1978)의 방법이 최종 분석 대상 논문 9편 중 5편으로 가장 많았다. 연구는 병동뿐만 아니라, 중환자실, 응급실, 선별 진료소 등 다양한 장소에서 근무하는 간호사를 대상으로 이루어졌으며, 주로 개별 심층면담을 통해 자료를 수집하였다(8편). 비대면 인터뷰가 활용된 연구가 4편이 있었으며, 연구 참여자 수는 9명부터 23명까지 다양하였다.

코로나 19 팬데믹 동안 간호사가 경험한 어려움은 신체적, 정신적, 그리고 사회적 측면에서 다양하게 나타났다. 이 연구에서는 간호사들이 신체적·정신적 스트레스, 사회적 낙인과 고립, 윤리적 딜레마 경험, 의료장비 부족, 업무량 증가, 미흡한 방역체계, 부적절한 대우 및 보상 등을 경

험한 것으로 확인되었다. 이는 선행연구에서 보고된 코로나 시기 간호사의 경험과 유사한 결과이다[34,35]. 특히, 높은 업무량, 심리사회적 스트레스, 인력과 의료물품 등 지원부족, 사회적 낙인과 고립과 같은 요인들은 의료 전문가의 소진(burn out)과 심리사회적 건강에 영향을 미치는 주요 원인 중 하나이며[36,37], 실제로 코로나 19 유행 시기 의료전문가의 상당 수가 소진을 경험한 것으로 보고되었다[38].

구체적으로, 간호사들은 본인이 감염원이 될 것에 대한 걱정과 감염원이 되었을 때 받게 될 대중의 부정적인 반응 등 사회적 낙인과 고립감을 경험하는 것으로 나타났다. 재난간호로 인한 스트레스는 퇴근 후 가정에서도 지속되었으며, 신체적, 정신적 회복 측면에서도 부정적인 영향을 미쳤을 것으로 해석할 수 있다. Zheng et al.(2021)에 따르면 COVID-19 의료현장에서 의사, 치과의사, 간호사, 약사 등의 의료진 중 간호사는 환자접촉이 많은 만큼 다른 의료 종사자보다 정신건강 문제가 더 심각한 것으로 보고하였으며, 재난 의료 현장에서 간호사에 대한 특별한 주의와 심리적 개입의 필요성을 강조하였다[39]. 또, 간호사들은 감염병으로 인해 돌봄이 제한되는 상황과 환자의 존엄성을 지켜주지 못하는 상황에서 윤리적 딜레마를 경험하였다. 이는 재난간호에서 직업윤리와 비상/응급상황 사이에서 오는 갈등으로 Ruth-Sahd(2022)의 연구 결과와 일맥상통한다[40]. 마찬가지로 ICN에서는 재난간호에서 윤리적 관행에 대한 이해의 필요성을 강조하고 있다[41]. 간호사가 겪는 윤리적 고통의 정도는 COVID-19 대유행 이후 간호사들의 높은 이직률을 설명하는 Gab Allah(2021)의 연구에서 짐작할 수 있다[42]. 또, 간호사들은 파견 근무자에 대한 차별적 보상에 대해 불만을 토로하는 등 보상 및 지원이 적절하게 이루어지지 못했다고 느꼈다. 이는 COVID-19 대응 인력에게

만 지급된 감염관리 지원금이 일반 환자를 간호하는 간호사들에게 상대적 박탈감을 야기하였으며, 간호사의 소진과 연결될 수 있다는 선행연구와 일맥상통하다[43]. 또, COVID-19 감염병의 관리지침이 빈번하게 변경되었는데, 2020년 1월 20일 국내 첫 환자가 발생한 이후 현재까지 의료기관용 COVID-19 감염관리 지침은 3판[44], 지자체용 COVID-19 감염관리 지침은 14판까지 발표되었다[45]. COVID-19 대응 지침의 잦은 변경은 의료현장의 혼란을 가중시키며, 간호사 소진의 원인이 되기도 하였다. 간호사의 높은 소진은 의료의 질 저하와 환자사망과 관련되어 간호 성과를 측정하는 중요한 지표로 여겨지므로[46], 이에 대한 적절한 대처가 필요할 것으로 보인다. 따라서, 향후 COVID-19와 같은 재난상황에서 의료의 질과 환자안전을 높이기 위해서는 간호사에 대한 정서적 지원뿐만 아니라, 적정 간호인력 확보, 개인보호장비제공, 정부의 일관된 지침 마련 등 개인과 조직 전반적인 차원에서 지원체계를 마련하는 것이 필요하겠다[47].

국내 간호사가 COVID-19 환자를 간호하며 겪은 어려움에 대한 대응에 대해 살펴본 결과, 철저한 개인방역이나 마음 다잡기 그리고 업무개선을 위한 노력 등 대부분 개인 차원의 대응이 이루어졌으며, 외부자원 활용은 많지 않았다. 부서차원에서 감염관리지침을 다시 마련하거나, 교육을 받은 사례도 있었지만 환자의 개인위생을 세심히 점검하고, 감염관리에 경각심을 갖는 등 개인이 부담해야 하는 책무를 넓히면서 업무의 효과를 높이는 대응이 주로 확인되었고, 정부 및 기관 차원의 지지나 교육 시스템 활용에 관한 경험은 언급되지 않았다. 본 연구에서 명확한 원인을 파악할 수는 없었으나, 이러한 현상의 배경을 선행연구를 통해 일부 짐작할 수 있었다. Boussarsar et al.(2023)의 연구에서는 COVID-19 기간 동안 튀니지의 병원이 중환자실 병상을 2배 이상

늘리고, 간호사를 4배 이상 채용하며, 의료자원을 크게 증가시켰음에도 불구하고, 필요한 자원을 충족시키지 못하였다[48]. 우리나라 역시 중증환자와 방역대책으로 정부에서 막대한 자원을 동원하였지만, 충족되지 못한 자원에 대해 간호사들이 내부적으로 대응했을 것으로 추측할 수 있다. 본 연구의 참여자들 또한 감염병 방역을 위해 장비나 물품을 지원받거나 요청하는 것이 아닌 ‘개인방역’이나, ‘경각심’을 갖는 것과 같은 방법으로 어려움에 대응하였다. 본 연구의 결과와 유사한 내용을 다룬 Khanjarian & Sadat-Hoseini(2021)의 연구에서는 간호사가 COVID-19 환자를 돌보는 과정에서 내부적인 대응으로 ‘마음 다잡기’와 같은 방법을 사용한다고 보고하였다. 이 연구에서 COVID-19 환자를 돌보는 간호사는 COVID-19 시기에 두려움과 어려움이 있었으나, 직업과 조직에 대한 감사, 간호사로서의 가치 향상을 통해 이타적 간호로 나아가게 되었고, 이는 업무 만족감과 성과를 경험하게 하였다[49]. 다만 외부자원의 적절한 지원 없이 개인차원의 책무와 노력의 증가는 소진으로 이어질 우려가 있으므로 이에 대한 관리가 필요할 것으로 사료된다. 따라서 추후 재난의료현장에서 간호사의 내·외부자원의 활용을 모니터링하고 관리하여 필요시 이들을 지지할 수 있는 체계를 마련할 필요가 있다.

COVID-19 발생 시기 간호경험의 변화를 살펴보면, 대부분의 참여자는 새로운 의료현장에서 불안과 두려움을 경험했고, 시간이 지남에 따라 ‘전문직 가치를 추구’하거나 ‘적응’을 경험하였다. 다만, 일부 문헌에서 참여자들은 ‘좌절’을 경험하고 이직의도를 언급하였는데, 의료인력 확보를 위해 이직의도 및 소진에 관하여 좀 더 살펴볼 필요가 있다. 본 연구의 COVID-19 시기 간호사가 경험한 어려움에는 신체적, 정신적 스트레스, 업무량 증가, 사회적 낙인과 고립 등이 있었

다. 해당 요인은 Dall'Ora et al.(2020)의 연구결과에 따르면, 야간 근무, 12시간 이상의 교대 근무, 일정 조정의 어려움, 관리자 지원 부족, 직원 부족 등과 함께 간호사 소진의 예측요인으로 확인되었다[37]. Yildirim et al.(2024)의 연구에서는 터키의 COVID-19 시기 동안 간호사의 회복탄력성(brief resilience scale, BMS)과 소진수준(burnout measure short version, BMSV)을 확인하였다. 그 결과에서 COVID-19 위기 동안 간호사의 약 78%가 이직 의도가 있었으며, 이직 의도는 심리적 회복탄력성(BMS) 및 심리적 소진수준(BMSV)과의 관련성에서 모두 통계적으로 유의한 차이($p < .001$)가 발견되었다. 이직을 고려하는 간호사들은 그렇지 않은 간호사보다 심리적 회복탄력성(BMS)의 평균 점수가 더 낮았고, 심리적 소진 수준(BMSV)의 평균점수가 더 높았다[50]. 이외에도 Fronda & Labrague(2022)의 연구에서 COVID-19를 경험한 간호사들은 직장과 간호직을 그만둘 가능성이 더 높다고 확인되었다[51]. 또한, Jamebozorgi et al.(2022)은 이란의 COVID-19 팬데믹 기간 동안 간호사들이 높은 수준의 소진을 경험했다고 보고했고[52], Khatatbeh et al.(2022)은 예루살렘에서 COVID-19 팬데믹 기간 동안 간호사들이 높은 수준의 소진과 낮은 삶의 질을 경험했다고 보고한 바 있다[53].

그러나, 간호사의 소진은 동료와의 긍정적인 관계, 관리자의 지원, 팀워크를 포함한 긍정적인 환경과 업무관계를 통해 예방될 수 있다[36]. 본 연구에서 참여자의 소진 정도를 정확히 확인할 수는 없으나, 이직을 언급한 본 연구의 참여자와 여러 선행연구들을 통해 COVID-19 시기 동안 간호사들이 높은 수준의 소진을 경험했을 것으로 짐작할 수 있다. 따라서 의료기관은 간호사를 보호하기 위한 정책을 수립하고, 간호사의 소진 징후 및 증상을 모니터링하고, 간호사가 자신의 건

강한 생활 보호하기 위한 전략을 구현하도록 지원함으로써 간호사를 지지하도록 노력해야 하겠다[54].

본 연구는 국내 간호사의 COVID-19 환자 간호 경험에 한정하여 연구를 진행하였기 때문에, 의료기관 차원의 대응전략이 충분히 드러나지 못했을 수 있다는 제한점이 있다. 또한, 간호사들이 COVID-19 기간 동안 경험했던 어려움을 극복하는 데 효과적인 전략을 주로 응답하였기 때문에 도움이 되지 않은 대응전략에 대해서는 확인이 어려웠다. 이러한 제한점에도 불구하고 국내 간호사의 COVID-19 환자 간호 경험에 대한 질적 연구를 통합적으로 살펴봄으로써 우리나라 의료환경에서 간호사가 경험한 어려움의 유형과 대응 및 변화의 특성을 포괄적으로 이해할 수 있었다. 또한, 이후에 발생할 수 있는 신종감염병 유행 등의 재난간호 상황에서 간호사들의 어려움을 해결하기 위한 대응체계 마련의 필요성을 제기하고, 재난간호에 필요한 정책 및 지침을 수립하는데 기초자료를 제공하였다는 점에 연구의 의의가 있다.

III. 결론

이 연구는 COVID-19 발생 기간 동안 국내 간호사가 경험한 어려움과 대응, 그리고 경험의 변화에 대해 Whittemore & Knafl의 통합적 문헌고찰 방법론을 활용하여 분석하였다. 그 결과, 간호사들이 COVID-19 시기 동안 신체적, 정신적, 사회적 측면에서 다양한 어려움을 겪었으며, 이는 간호사의 소진과 밀접한 관련이 있음을 확인하였다. 반면, 간호사의 대응은 개인 차원의 노력에 의존하였으며, 외부 자원 활용이 부족한 것으로 나타났다. 또한, COVID-19 기간 동안 간호사들은 초기 불안과 두려움을 전문성 확보와 적응을 통해 극복하였으나, 일부 간호사는 좌절과

이직 의도에 대해 언급하며 대처에 어려움을 겪은 것으로 나타났다. 향후 재난상황에서는 간호사의 소진에 대해 모니터링하고, 적정 간호인력 확보, 일관된 지침 제공 등 정부와 기관 차원에서의 대응과 전략이 필요할 것으로 보인다. 

Conflict of Interest

There are no potential conflicts of interest relevant to this article.

REFERENCES

- [1] World Health Organization [WHO]. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2023 May 25]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
- [2] World Health Organization [WHO]. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2023 May 25]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- [3] Erdem H, Lucey DR. Healthcare worker infections and deaths due to COVID-19: a survey from 37 nations and a call for WHO to post national data on their website. *Int J Infect Dis* 2021;102:239-241. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.10.064>
- [4] Korea Disease Control and Prevention Agency. Domestic outbreak status [Internet]. Cheongju: Korea Disease Control and Prevention Agency; 2023 [cited 2023 May 25]. Available from: https://ncov.kdca.go.kr/bdBoardList_Real.do?brdId=1&brdGubun=11&ncvContSeq=&contSeq=&board_id=&gubun=
- [5] Kim NS. Coronavirus infection-19 status and challenges. *Health Welfare Issue Focus* 2020;373:1-13.
- [6] Yoon GJ. Changes and tasks in Korea's healthcare system in times of the Covid-19 Pandemic. *Health Welfare Pol Forum* 2020;290:34-49. <https://doi.org/10.23062/2020.12.4>
- [7] Firouzkouhi M, Alimohammadi N, Kako M, et al. Ethical challenges of nurses related COVID-19 pandemic in inpatient wards: an integrative review. *Ethics Med Public Health* 2021;18:100669. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2021.100669>
- [8] Kang MM, Park YN, Park SY, et al. Nurses' experiences of caring for severe COVID-19 patients. *J Korean Crit Care Nurs* 2022;15(2):14-26. <https://doi.org/10.34250/jkccn.2022.15.2.14>
- [9] Kim EJ, Kim JK. Response tasks to block COVID-19 transmission and spread. Issues and arguments. Seoul: National Assembly Research Service; 2020.
- [10] Hunter P. The spread of the COVID-19 coronavirus: health agencies worldwide prepare for the seemingly inevitability of the COVID-19 coronavirus becoming endemic. *EMBO Rep* 2020;21(4):e50334. <https://doi.org/10.15252/embr.202050334>
- [11] Turale S, Meechamnan C, Kunaviktikul W. Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. *Int Nurs Rev* 2020;67(2):164-167. <https://doi.org/10.1111/inr.12598>
- [12] Giuliani E, Lionte G, Ferri P, Barbieri A. The burden of not-weighted factors—nursing workload in a medical intensive care unit. *Int Crit Care Nurs* 2018;47:98-101. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.02.009>
- [13] Huerta-González S, Selva-Medrano D, López-Espuela F, et al. The psychological impact of COVID-19 on front line nurses: a synthesis of qualitative evidence. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(24):12975. <https://doi.org/10.3390/ijerph182412975>
- [14] Joo JY, Liu MF. Nurses' barriers to caring for patients with COVID-19: a qualitative systematic review. *Int Nurs Rev* 2021;68(2):202-213. <https://doi.org/10.1111/inr.12648>

- [15] Xu H, Stjernswärd S, Glasdam S. Psychosocial experiences of frontline nurses working in hospital-based settings during the COVID-19 pandemic: a qualitative systematic review. *Int J Nurs Stud Adv*. 2021;3:100037. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100037>
- [16] Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* 2005;52(5):546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- [17] Critical Appraisal Skills Programme. CASP qualitative studies checklist [Internet]. 2018 [cited 2023 May 25]. Available from: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- [18] Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer Publishing Company; 2007.
- [19] Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2008;8:45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- [20] Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle RS, King M, eds. *Existential-phenomenological alternatives for psychology*. New York: Oxford University Press; 1978.
- [21] Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks: Sage; 1998.
- [22] Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks: Sage; 2014.
- [23] Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008;62(1):107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- [24] Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- [25] Jin D, Lee G. Experiences of nurses at a general hospital in Seoul which is temporarily closed due to COVID-19. *J Korean Acad Soc Nurs Educ*. 2020;26(4):412-422. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2020.26.4.412>
- [26] Kim DJ, Cho MY. Korean Clinical Nurses' Emotional Experiences during the COVID-19 pandemic. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs* 2021;30(4):379-389. <https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2021.30.4.379>
- [27] Oh IO, Yoon SJ, Nam KA. Working experience of nurses at a COVID-19 dedicated hospital. *Korean J Adult Nurs* 2021;33(6):657-669. <https://doi.org/10.7475/kjan.2021.33.6.657>
- [28] Lee JH, Song YS. Nurses' experiences of the COVID-19 crisis. *J Korean Acad Nurs* 2021;51(6):689-702. <https://doi.org/10.4040/jkan.21160>
- [29] Kim H, Kim M, Jeong S, et al. The experience of ward nurses participating in COVID-19 patient care. *J Korean Wellness Soc* 2022;17(1):311-321. <https://doi.org/10.21097/ksw.2022.2.17.1.311>
- [30] Suh EK, Kim HR. Patient care experiences of long-term care hospitals nurses during the COVID-19 pandemic: a phenomenological study. *J Korean Gerontol Nurs* 2022;24(4):441-453. <https://doi.org/10.17079/jkgn.2022.24.4.441>
- [31] Ji EJ, Lee YH. New nurses' experience of caring for COVID-19 patients in South Korea. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(18):9471. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189471>
- [32] Kim J, Kim S. Nurses' adaptations in caring for COVID-19 patients: a grounded theory study. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(19):10141. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910141>
- [33] Lee JY, Lee S, Choi H, et al. Exploring the experiences of frontline nurses caring for COVID-19 patients. *Int Nurs Rev* 2023;70(1):50-58. <https://doi.org/10.1111/inr.12801>
- [34] Toscano F, Tommasi F, Giusino D. Burnout in intensive care nurses during the COVID-19 pandemic: a scoping review on its prevalence and risk and protective factors. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(19):12914. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912914>
- [35] Danesh MK, Garosi E, Golmohamadpour H. The

- COVID-19 Pandemic and nursing challenges: a review of the early literature. *Work* 2021;69(1):23-36. <https://doi.org/10.3233/WOR-213458>
- [36] Sultana A, Sharma R, Hossain MM, et al. Burnout among healthcare providers during COVID-19 pandemic: challenges and evidence-based interventions. *Indian J Med Ethics* 2020;5(4):1-6. <https://doi.org/10.31235/osf.io/4hxga>
- [37] Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, et al. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health* 2020;18(1):41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- [38] Morgantini LA, Naha U, Wang H, et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: a rapid turnaround global survey. *PLOS ONE* 2020;15(9):e0238217. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217>
- [39] Zheng Y, Tang PK, Lin G, et al. Burnout among healthcare providers: its prevalence and association with anxiety and depression during the COVID-19 pandemic in Macao, China. *PLOS ONE* 2023;18(3):e0283239. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283239>
- [40] Ruth-Sahd L. Experiences and perceptions gained by student nurse externs working during a pandemic. *Nurs Educ Perspect* 2022;43(4):238-240. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000939>
- [41] Loke AY, Li S, Guo C. Mapping a postgraduate curriculum in disaster nursing with the International Council of Nursing's Core Competencies in Disaster Nursing V2.0: the extent of the program in addressing the core competencies. *Nurse Educ Today* 2021;106: 105063. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105063>
- [42] Gab Allah AR. Challenges facing nurse managers during and beyond COVID-19 pandemic in relation to perceived organizational support. *Nurs Forum* 2021;56(3):539-549. <https://doi.org/10.1111/nuf.12578>
- [43] Yun S, Ahn SV. Correlation between COVID-19 and nurses' job stress and burnout. *HIRA Res* 2022;2(2):202-218. <https://doi.org/10.52937/hira.22.2.2.e5>
- [44] The Korean Society of Nuclear Medicine. COVID-19 prevention and management of infection in medical institutions [Internet]. Seoul; 2023 [cited 2020 Apr 9]. Available from: https://www.ksnm.or.kr/bbs/index.html?code=covid&category=&gubun=&page=1&number=3161&mode=view&order=%20sid&sort=%20desc&keyfield=&key=&page_type=
- [45] Center for Infectious Diseases Control and Prevention. Infectious diseases resources COVID-19 response guidelines I [Internet]. Sejong; 2023 [cited 2023 Nov 17]. Available from: http://www.sjcidc.or.kr/sub04/sub04_01.php?code=corona_bbs&page=1&bbsData=bm89MjU1||&search=&searchstring=14%ED%8C%90&gubunx=&mode=view&m2=46
- [46] Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002;288(16):1987-1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
- [47] Morgantini LA, Naha U, Wang H, et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: a rapid turnaround global survey. *PLOS ONE* 2020;15(9):e0238217. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217>
- [48] Boussarsar M, Meddeb K, Toumi R, et al. Resource utilization and preparedness within the COVID-19 pandemic in Tunisian medical intensive care units: a nationwide retrospective multicentre observational study. *J Infect Public Health* 2023;16(5):727-735. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2023.02.022>
- [49] Khanjarian F, Sadat-Hoseini AS. Lived experiences of nurses providing altruistic care to patients with COVID-19. *Nurs Outlook* 2021;69(5):767-779. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.03.021>
- [50] Yildirim D, Şenyuva E, Kaya E. Turkish nurses'

- psychological resilience and burnout levels during the COVID-19 pandemic: a correlational study. *Int J Nurs Pract* 2024:e13239. <https://doi.org/10.1111/ijn.13239>
- [51] Fronda DC, Labrague LJ. Turnover intention and coronaphobia among frontline nurses during the second surge of COVID-19: the mediating role of social support and coping skills. *J Nurs Manag* 2022;30(3):612-621. <https://doi.org/10.1111/jonm.13542>
- [52] Jamebozorgi MH, Karamoozian A, Bardsiri TI, et al. Nurses burnout, resilience, and its association with socio-demographic factors during COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry* 2022;12:803506. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.803506>
- [53] Khatatbeh H, Al-Dwaikat T, Rababah J, et al. Paediatric nurses' burnout, quality of life and perceived patient adverse events during the COVID-19 pandemic: testing an integrated model using structural equation modelling. *J Clin Nurs* 2021;33(1):255-264. <https://doi.org/10.1111/jocn.16114>
- [54] Anderson M, Beach M. Nursing during a disaster starts with education. *AACN Adv Crit Care* 2022;33(4):360-367. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2022966>

Appendix

〈Appendix 1〉 Quality assessment results of the Critical Appraisal Skills Programme (CASP) using studied included

Item	A1 Jin et al. (2020)	A2 Kim et al. (2021)	A3 Oh et al. (2021)	A4 Lee et al. (2021)	A5 Kim et al. (2022)	A6 Suh et al. (2022)	A7 Ji et al. (2021)	A8 Kim et al. (2021)	A9 Lee et al. (2023)
1. Was there a clear statement of the aims of the research?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
2. Is a qualitative methodology appropriate?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?	Y	N	N	Y	N	N	N	Y	N
4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N
5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?	Y	Y	N	Y	Y	Y	N	N	N
7. Have ethical issues been taken into consideration?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
8. Was the data analysis sufficiently rigorous?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
9. Is there a clear statement of findings?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
10. How valuable is the research?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y

Y: Yes, N: No.

An Integrated Review of Difficulties and Response Strategies Experienced by Korean Nurses during the COVID-19 Outbreak: Based on Qualitative Research

YOU Jayoung¹, CHO Dan Bi²

Abstract

Since the end of 2019, thousands of healthcare professionals worldwide have lost their lives due to COVID-19 infections. In South Korea too, healthcare professionals have experienced various physical and psychological difficulties stemming from COVID-19 infections. The purpose of this study was to comprehensively analyze the difficulties, responses, and changes in experience of Korean nurses during the recent COVID-19 pandemic. Using the integrated literature review method suggested by Whittemore and Knafl, qualitative research papers on the experiences of Korean nurses during the COVID-19 pandemic were analyzed. A total of nine documents were selected, and the experiences of nurses during the COVID-19 pandemic were classified in terms of the difficulties they encountered, their responses, and other relevant changes. The main finding of this study is that Korean nurses underwent severe physical and mental stress during the COVID-19 pandemic. This finding suggests that plans should be developed now, both by governments and medical institutions, to provide better support and protection to nurses in the event of future pandemics.

Keywords

COVID-19; nurses; patient care; qualitative research; integrated review

1 Ph.D. Student, Division of Medical Law and Ethics, Yonsei University College of Medicine.

2 Ph.D. Student, Division of Medical Law and Ethics, Yonsei University College of Medicine: *Corresponding Author*

맹광호 교수님 영전에 Memorial of Prof. Kwang Ho MENG written by Yoo-Seock CHEONG

정유석¹
CHEONG Yoo-Seock

이리도 황망히 가시다니요. 여전히 방향을 잡지 못하고 있는 인생 여정에, 맑고 밝은 이정표가 사라진 기분입니다. “잘 지내지요? 늘 보고 싶소, 정 교수~” 따뜻하고 정갈한 교수님의 목소리가 지금도 귓가를 울리는데, 교수님이 부재한 지구별이라니요.

30여 년 전, 당시만 해도 생소했던 대학병원 내 금연클리닉을 시작하면서 금연운동협의회 부회장인 교수님을 처음 뵈었습니다. 담배는 남자라면 당연히 피울 줄 알아야 하는 일종의 기호품이었고, 열차나 버스는 물론 비행기 안에서의 흡연도 당연히 되던 시절이었습니다. 그러니 금연을 모토로 하는 시민운동단체인 한국금연운동협의회의 시작은 험난했습니다. 예방의학을 전공하고 보건학자이자 역학자로 일찍이 흡연의 해로움을 간파하신 교수님은 상아탑 안의 지식을 꺼내어 시민들의 삶 속으로 풀어내신 선각자셨습니다. 이후 한국금연운동협의회의 발자취는 곧 우리나라 금연 운동의 역사가 되었습니다. 2008년에는 대한금연학회를 창립하시고, 초대 학회장으로 활동하시며 금연 운동을 학문의 반열로 격상시키셨지요.

문학청년의 품모가 더 잘 어울리는 교수님은 해부, 생리, 생화학, 기생충학 등의 기초의학 교육과 내외산소정 임상의학 교육에만 매몰된 의과대학생들에게 윤리를 가르쳐야 한다고 목소리를 내셨습니다. 이 역시 ‘소금사막에 물대기’처럼 당시로써는 무모해 보이는 일이었지요. 1997년 의료윤리교육연구회를 조직하시고, 같은 해 한국의료윤리교육학회의 탄생에 산파 역할을 하셨습니다. 이후 학회는 전국의 의과대학에 의료윤리교육을 정착시키고, 전공의 윤리와 졸업 후 윤리교육, 그리고 우리 사회의 생명의료윤리 제반 사항을 다루는 한국의료윤리학회로 성장하였습니다.

2000년 의약분업을 계기로 시작된 의사파업을 겪고 난 저는 의사파업의 윤리를 주제로 박사학위 논문을 준비하고 있었습니다. 어렵게 작성한 논문의 초고를 보신 교수님은 기꺼이 외부 심사위원으로 참여해 주셨습니다. 당시 몇몇 완고한 심사위원들은 명색이 의과대학 박사 논문인데, 실험도 통계도 없는 논문을 통과시켜 줄 수 없다고 강하게 반대했었습니다. 하지만 교수님은 “실험과 통계 같은 숫자놀음이 중요한 것이 아니다. 학위 취득을 위한 연구가 아니라, 아직 의료계에

¹ 단국대학교 의과대학 가정의학교실, 교수. e-mail: drloved@hanmail.net

Professor, Department of Family Medicine, Dankook University College of Medicine
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7119-5429>

없는 지식과 통찰을 더하는 연구가 더욱 귀하다”며 다른 심사위원들을 설득해 주셨습니다. 심사를 마치고 “값비싼 식사대접은 윤리적이지 않다”시며 국밥 한 그릇을 맛나게 드시던 교수님의 담백한 자태가 지금도 생생합니다.

지금은 당연한 금연 운동이나 의료윤리 교육이 30년 전만 해도 대다수 사람들에게 무관심한 주제였습니다. 교수님은 현실에 안주하지 않으시고, 미래 사회에 더 중요한 것이 무엇일지 간파하는 혜안을 가진 분이셨습니다. 한국, 그리고 한국 의료는 여전히 혼란스럽고 미래는 여전히 불투명합니다. 교수님이라면 무어라 하실지 여쭙고 싶은데... 그래서 더 아쉽고 그립습니다.

삶을 여행으로 비유한다면 수없이 많은 갈림길에서의 선택들이 그 사람의 여정, 곧 인생이겠지

요. 그 여정을 누군가와 함께 ‘동행’한다는 것은 참으로 행복한 일입니다. 특히 인적 없는 사막이나 깊은 산속과 같이 외롭고 힘든 길을 가는 경우에는 더욱 그렇겠지요. 교수님은 제 인생에서 큰 걸음으로 길을 내시고 함께 해주신 ‘동행’이셨습니다. 마음을 다하여 교수님의 명복을 빕니다. 평생 추구하셨던 신앙대로 하느님 품 안에서 평안 하시옵소서. 

Conflict of Interest

There are no potential conflicts of interest relevant to this article.

고 맹광호 교수님을 추모하며 Memorial of Prof. Kwang Ho MENG written by Ivo KWON

권복규¹
KWON Ivo

부족한 제게 회원들께서 한국의료윤리학회의 중책을 맡겨주신 작년 11월 말, 제가 가장 먼저 한 일은 맹광호 교수님께 전화를 드린 것이었습니다. 평소 같으면 “아, 권 교수, 오랜만이에요~” 하는 따뜻한 음성을 들려주시리라 기대했는데, 돌아온 것은 아무도 받지 않는 신호음뿐이었습니다. 몇 차례 더 전화를 드렸지만 받지 않으셔서 혹시 번호가 바뀌셨나? 편찮으시다 들었는데 혹시 많이 안 좋으신가? 온갖 생각이 들었지만 차츰 알려드리면 되겠지 하고 전화를 내려놓았습니다. 그런데 일주일이 지나 맹 교수님이 선종하셨다는 청천벽력과 같은 소식을 듣게 되었습니다.

저와 맹광호 교수님과의 인연은 한국의료윤리학회를 폐놓고는 이야기할 수 없습니다. 의료윤리가 전혀 불모지였던 시절, 맹 교수님은 누구보다도 먼저 이 분야의 필요성을 절감하시고, 뜻을 같이 하시는 여러 학장님들과 교수님들을 규합하여 한국의료윤리학회(당시 한국의료윤리교육학회)를 창설하시었습니다. 물론 초대 회장님으로 홍창기 교수님을 모셨지만, 그 뒤에서 학회 창설과 운영에 필요한 온갖 꾀은 일은 대부분 맹 교수님의 몫이었습니다. 당시 아무 것도 제대로 할 줄

아는 게 없는 철부지 대학원생의 신분으로 맹 교수님을 따라다니며 이런저런 행정과 제반 사무를 도와드리는 것이 저의 일이었습니다. 의료계에서 하늘 같은 스승님이시자 선배셨지만, 맹 교수님은 늘 그러하시듯 일개 대학원생에 불과했던 저를 존중해 주시고 항상 따뜻하게 배려해 주셨습니다.

오늘날 한국의료윤리학회가 이만큼 성장한 것은 초기에 토대를 잘 닦아 주시고, 항상 학회를 위해 지원과 염려를 아끼지 않았던 맹광호 교수님 덕분이라 하지 않을 수 없습니다. 교수님께서 예방의학을 전공하셨지만, 의학교육과 의료윤리 분야에서도 그 못지않게 열정적으로 헌신을 다하셨습니다. 교수님께서 넘치는 리더십과 카리스마, 그리고 열정과 성실의 구현이셨지만, 독실한 신앙에서 우러나오는 부드러운 인격의 힘은 항상 인자한 배려의 모습으로 나타났습니다. 힘들고 어려운 일이 있을 때도, 혹은 저와 같이 모자란 후배가 이런저런 이유로 투덜거릴 때도 맹 교수님은 언제나 따뜻한 말솜으로 위로해 주시고 희망을 주시는 분이셨습니다.

1 이화여자대학교 의과대학 의학교육학교실, 교수. e-mail: kivo@ewha.ac.kr

Professor, Department of Medical Education, College of Medicine, Ewha Womans University
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2690-1849>

맹교수님의 학술적 업적에 대해서는 많은 이들에게 잘 알려져 있으니, 여기서 되풀이할 필요는 없을 것입니다. 저는 다만 스승님이자 멘토, 그리고 의료계의 선배로서 맹 교수님의 발자취를 언급하고 기릴 뿐입니다. 이제 저도 중견의 나이가 되다 보니 인생을 올바르게 살기란 참으로 어려운 일이구나, 특히 후배와 제자들에게 감화를 주고 존경을 받기란 그보다 더욱 어렵구나! 하는 탄식이 나올 뿐입니다. 특히 지금 우리나라의 의료계는 심각한 위기의 상황에 처해 있습니다. 이럴 때일수록 진정한 어른과 스승의 모습이 그리워집니다. 맹 교수님께서 지금 우리와 함께 계셨더라면, 찢어지고 상처받은 의료계에 얼마나 큰 위로와 힘이 되었을까 새삼 아쉽기 짝이 없습니다.

맹 교수님은 선친을 매우 일찍 여의시고, 어려운 가정에서 홀어머니를 모시고 힘들게 공부하셨습니다. 하지만 온갖 인생의 고뇌를 독실한 신앙으로 이겨 내시면서 사셨습니다. 아무리 바쁜 중에서도 매주일마다 노모를 모시고 성당에 가는

것이 교수님의 일과였습니다. 탁월한 학자이자 지도자 이전에 진정한 효자이며 돈독한 신앙인, 참된 인격의 소유자였습니다.

아, 이제 교수님은 그렇게 사랑하시던 천주님의 품에 안기셨습니다. 아무쪼록 이 세상의 괴로움과 노고를 모두 잊으시고, 저 천국에서 영원한 복락을 누리실 것을 기원합니다. 남은 저희들도 교수님의 뜻과 기대에 어긋나지 않도록 열심히 노력하겠습니다. 부디 천국에서 굽어보시고 저희들의 앞날을 지켜주시고 축복해 주십시오.

2024년 3월, 한국의료윤리학회 회장 권복규 

Conflict of Interest

There are no potential conflicts of interest relevant to this article.

Korean Journal of Medical Ethics

● 한국의료윤리학회 회칙	52
● 『한국의료윤리학회지』 투고규정	57
● Instructions to Authors on Preparing Manuscripts	63
● 『한국의료윤리학회지』 심사규정	69
● Regulations on Reviewing Manuscripts	72
● 한국의료윤리학회 연구윤리 규정	75
● 한국의료윤리학회 편집위원회 규정	79
● The Korean Journal of Medical Ethics Editorial Board Regulations	81
● 한국의료윤리학회 2024년 1월~3월 회무보고	83



한국의료윤리학회
THE KOREAN SOCIETY FOR MEDICAL ETHICS

<https://medicalethics.jams.or.kr>
06132 서울특별시 강남구 테헤란로 25길 20, 역삼현대벤처텔 1317호
e-mail: ksmeeducation@gmail.com

한국의료윤리학회 회칙

2020년 11월 28일 개정

제1조 (명칭) 본회는 한국의료윤리학회(영문 표기는 The Korean Society for Medical Ethics)라 칭한다.

제2조 (목적) 본회는 의료윤리학과 의료윤리교육 발전에 기여하고 회원들 사이의 학술, 교육, 연구 및 정책 등의 공동관심사 논의와 친목도모를 목적으로 한다.

제3조 (사업) 본회는 제2조의 목적을 이루기 위하여 다음 각 호의 사업을 수행한다.

1. 의료윤리학과 의료윤리교육에 관한 연구활동과 발표 및 정책개발
2. 의료윤리교육 활동
3. 학술지와 학술도서 간행
4. 국내외 관련 학술단체와 교류
5. 상기 목적사업을 위한 수익활동
6. 기타 학회발전에 관한 사항

제4조 (회원의 종류) 본회 회원의 종류는 일반회원, 준회원, 명예회원 및 기관회원으로 한다.

제5조 (입회) ① 일반회원은 의료윤리학과 의료윤리교육에 관심을 가진 인사로 한다.

- ② 준회원은 의료윤리학과 의료윤리교육에 관심을 가진 학생으로 한다.
- ③ 명예회원은 본회 또는 의료윤리학과 의료윤리교육계에 공헌이 많은 인사로서 이사회의 결의를 거쳐 추대한다.
- ④ 기관회원은 본회 목적에 찬동하는 의료교육기관 및 관련 단체로 한다.

제6조 (회원의 권리) ① 모든 회원은 본회의 학술대회 등에 참석할 수 있다.

- ② 모든 회원은 학회지와 간행물을 배포 받을 권리가 있다.

제7조 (회원의 의무) 회원은 회비를 납부할 의무를 진다. 단, 기관회원은 별도의 기관 찬조금을 납부하며, 명예회원은 회비를 면제한다.

제8조 (회원의 자격 상실) 다음 각 호의 1에 해당하는 회원은 그 자격을 상실한다.

1. 본인의 탈퇴 신고
2. 회원의 사망
3. 회원의 제명
4. 회원의 회비 납부 의무를 연속하여 3회 이행하지 않은 경우

제9조 (회원의 제명)

- ① 회원이 본 학회의 명예를 심각하게 훼손한 때 또는 본 학회의 목적에 위배되는 중대한 행위를 한 때에는 총회의 의결로 제명할 수 있다.
- ② 제명에 관한 총회의 의결은 출석 회원의 과반수의 찬성으로 한다.
- ③ 회원이 그 자격을 상실하거나 제명을 당하였을 때에는 기존에 납입한 일체의 회비에 대하여 반환을 청구할 수 없다.

제10조 (임원) ① 본 회에는 다음과 같은 임원을 둔다.

1. 회장 1명
2. 부회장 5명 내외
3. 이사 40명 내외
4. 상임이사 10명 내외
5. 감사 2명
- ② 회장은 학회를 대표하고 학회의 운영을 관장하며 총회와 이사회 의장이 된다.
- ③ 부회장은 회장 유고시 회장의 직무를 대행한다.
- ④ 이사 중에 총무이사, 기획이사, 교육이사, 학술이사, 간행이사, 교재출판이사, 대외협력이사, 무임소이사 등 상임이사를 둘 수 있다.
- ⑤ 감사는 정기총회에서 선출한다.
- ⑥ 부회장, 이사 및 상임이사는 회장이 임명한다.
- ⑦ 임원은 정기총회일로부터 정기총회 날까지 2년의 임기로 하되 연임할 수 있다. 단, 개정 회칙에 의한 임원의 임기는 잔여임기로 한다.

제11조 (회장 선출)

- ① 차기 회장은 현 회장 임기 마지막 정기이사회에서 선출한다.
- ② 정기이사회에 참석한 이사들만 투표권을 갖는다.
- ③ 선출된 회장은 정기총회의 인준을 받는다.
- ④ 회장후보자는 직전 2년 이상의 자격을 유지한 학회 회원으로서 본회 임원의 경력이 있는 자이어야 한다.
- ⑤ 회장 후보자가 되기를 희망하는 자는 자필 소명을 한 자신의 소개서를 학회에 제출하여야 하며, 학회는 자격을 심사하여 이를 이사회에 보고한다.

제12조 (상임이사의 업무)

- ① 총무이사 - 학회 업무를 총괄, 학술이사와 함께 정기학술대회 준비
- ② 기획이사 - 학회 발전 방향 계획, 학회에서 주관하는 연구사업 기안
- ③ 학술이사 - 정기학술대회 및 학회 학술활동 프로그램 및 연자 섭외
- ④ 간행이사 - 학회지 발간 업무

- ⑤ 교재출판이사 - 학회에서 수행하는 연구사업 결과물과 학회관련 간행물 발간 업무
- ⑥ 교육이사 - 의료윤리교육 업무
- ⑦ 재무이사 - 예산, 결산 및 학회 재정확보와 경비지출 관련 업무
- ⑧ 국제협력이사 - 해외 유관학회 및 기관과의 협력 업무
- ⑨ 대외협력이사 - 국내 유관단체와의 협력 업무
- ⑩ 법제이사 - 학회 활동의 법률지원과 법조계와의 유관업무
- ⑪ 정보이사 - 학회 홈페이지 운영 업무
- ⑫ 홍보이사 - 학회 홍보 업무
- ⑬ 무임소이사 - 학회 업무의 자문 및 이사회 활동 보조업무

제13조 (명예회장) 전임 회장 중에서 학회와 의료윤리학계의 발전에 크게 공헌한 인사를 이사회의 결의와 총회의 인준을 거쳐 명예회장으로 추대한다.

제14조 (고문) 의료윤리학회에 공이 많은 원로 회원 중에 약간 명을 이사회의 결의와 총회의 인준을 거쳐 고문으로 추대한다.

제15조 (회의) 본 회에는 다음 각 호와 같은 회의와 위원회를 둔다.

1. 총회
2. 이사회
3. 상임이사회
4. 편집위원회: 『한국의료윤리학회지』의 간행과 관련한 사안을 논의하기 위하여 편집위원장이 운영하는 편집위원회를 둔다.
5. 의료윤리교실 운영위원회: 의료윤리교실의 운영에 관한 사안 논의하기 위하여 운영위원회 위원장이 운영하는 의료윤리교실 운영위원회를 둔다.

제16조 (총회) ① 정기총회는 매해 학술대회 때 회장이 소집하며 임원선출, 회칙개정, 사업계획, 예산결산 등의 제반 사항을 심의·의결한다.

- ② 임시총회는 회장이 필요하다고 인정하거나 일반회원의 1/3 이상이 요청할 때 회장이 소집한다.
- ③ 회장은 회의 안건을 명기하여 7일 전에 각 회원에 통지하여야 한다. 이 통지는 본 학회에 등록된 회원의 전자우편주소로 발송할 수 있다.

제17조 (이사회) ① 정기이사회는 정기학술대회 때 회장이 소집하며 본 회의 사업과 예산결산 등을 심의한다.

- ② 임시이사회는 회장이 필요하다고 인정하거나 이사의 1/3 이상이 요청할 때 회장이 소집한다.
- ③ 상임이사회는 연 2회 이상 개최함을 원칙으로 한다. 명예회장과 고문은 회장의 요청에 의해 상임이사회에 참석할 수 있다.

제18조 (위원회)

- ① 본 회의 제반 회무의 원활한 수행을 위해 회장은 위원회를 상설할 수 있다.
- ② 필요에 따라 특정 임무를 한시적으로 수행하기 위해 회장은 전문위원회를 설치할 수 있다.
- ③ 각 위원회의 위원 수는 위원장 포함 7명 내외로 하며 위원장은 임원 및 해당 상임이사로 한다. 총무이사는 위원회 대신 1인의 총무간사를 둘 수 있다. 단, 편집위원회의 구성은 별도의 규정에 따른다.
- ④ 위원은 해당 위원장의 추천에 의하여 회장의 인준을 받아 선임된다.
- ⑤ 편집위원회는 회장이 임명하는 임기 2년의 편집위원장을 두며, 간행이사가 겸임할 수 있다.

제19조 (산하위원회) 본 회의는 그 산하에 의료윤리와 관련된 연구회 또는 분과를 둘 수 있고 연구회는 다음 사항을 준수하여야 한다.

- ① 연구회는 의료윤리와 관련된 주제를 연구하여야 한다.
- ② 연구회의 모든 회원은 반드시 학회의 회원이어야 한다.
- ③ 연구회는 연구회 회칙을 제정하여 상임이사회의 승인을 받아야 한다.
- ④ 연구회는 매년 정기이사회에 수행한 활동과 향후 활동 계획을 보고하여야 한다.
- ⑤ 연구회의 실적에는 “한국의료윤리학회 산하 연구회명”이라고 명기하여야 한다.
- ⑥ 연구회가 수익 사업을 운영하는 경우 학회는 간접비를 요구할 수 있다.
- ⑦ 연구회는 누적된 간접비의 범위 내에서 활동 지원비를 학회에 요청할 수 있다.
- ⑧ 연구회는 학회 연구비 관리규정을 준수하여 활동 지원비를 집행하여야 한다.
- ⑨ 연구회가 상기 사항을 위반하였을 때에는 상임이사회에서 재적 상임이사 과반수 출석과 출석 상임이사 2/3 이상의 찬성으로 해산을 의결할 수 있다.
- ⑩ 연구회가 해산하였을 때에는 지원된 활동 지원비의 잔여금 전액을 학회에 반납하여야 한다.

제20조 (의결정족수) ① 총회의 의결은 출석회원 과반수의 찬성으로 한다.

- ② 이사회 기타 의결은 출석인원 과반수의 찬성으로 한다.
- ③ 회원 등은 피위임자와 위임범위 등을 명시한 소정 양식의 위임장에 의하여 의결에 참여할 수 있다.

제21조 (재정) 본 회의 재정은 이사회비, 회비, 찬조금, 기타수입으로 충당한다. 본회의 회계연도는 당해 연도 12월 1일부터 차기 연도 11월 30일까지로 한다.

제22조 (회칙 개정의 발의) 본 정관의 개정안은 회원 7인 이상의 명의 또는 이사회의 결의로서 발의할 수 있다.

제23조 (회칙 개정의 확정) 본 정관의 개정은 총회에서 출석회원의 3분의 2 이상의 찬성으로 확정된다.

부칙 제1조 (관장) 본 회칙에 명시되어 있지 않은 사항에 관해서는 관례에 따라 회장이 처리한다.

제2조 (시행일) 본 회칙은 1997년 11월 24일부터 시행한다.

제3조 (회칙개정) 본 회칙은 1999년 11월 25일부터 시행한다.

제4조 (회칙개정) 본 회칙은 2008년 12월 1일부터 시행한다.

제5조 (대한의학회 의결) 부칙 제4조에도 불구하고 본 회칙은 대한의학회의 인준을 받은 날로부터 시행한다.

제6조 (회칙개정) 본 회칙은 2009년 12월 5일부터 시행한다.

제7조 (회칙개정) 본 회칙은 2010년 2월 22일부터 시행한다.

제8조 (회칙개정) 본 회칙은 2011년 4월 3일부터 시행한다.

제9조 (회칙개정) 본 회칙은 2014년 12월 1일부터 시행한다.

제10조 (회칙개정) 본 회칙은 2016년 11월 26일부터 시행한다.

제11조 (회칙개정) 본 회칙은 총회 통과 후 대한의학회의 인준을 받은 날로부터 시행한다.

『한국의료윤리학회지』 투고규정

2024년 3월 29일 9차 개정

■ 원고에 관한 일반적 지침 ■

본지는 한국의료윤리학회의 공식 학술지로서, 본지의 투고규정은 국제 의학학술지편집인위원회(International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE)에서 마련한 「의학학술지에 게재되는 학술 저작물의 생산, 보고, 편집 및 출판에 대한 권고안(Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals)」 및 대한 의학학술지편집인 협의회(The Korea Association of Medical Journal Editors, KAMJE)에서 마련한 「의학논문출판윤리 가이드라인」을 근간으로 이루어졌으며, 다음 사항에 명시되지 않은 사항은 상기 양식의 일반적인 원칙에 따른다.

1. 원고의 종류

『한국의료윤리학회지』는 ‘의료윤리’, ‘의료윤리를 포함한 의료인문학 교육’, ‘생의학의 윤리적, 법적, 사회적 측면을 다루는 학제적 연구’ 내용을 게재한다. 투고자는 원칙적으로 본 학회의 회원으로 제한하고, 편집위원회에서 인정하는 경우 예외를 인정할 수 있다. 게재원고는 원저, 논평, 답변, 편집인 사설 등과 편집위원회에서 청탁한 원고에 국한한다. 청탁 원고 형식으로는 기존 게재원고의 형식 외에도 단신, 보고 등이 가능하다. 원저는 독창적인 이론이나 새로운 지견을 제시하는 논문으로 임상윤리사례분석을 포함한 다양한 형식의 글을 허용한다.

2. 중복게재

이미 다른 학술지 및 기타 정기간행물에 게재된 같은 언어, 같은 내용의 원고는 투고할 수 없으며, 본지에 게재된 원고를 도서, 보고서 등 타지에 게재하고자 할 때는 편집위원회의 허락을 구한 후, 논문의 제목, 한국의료윤리학회지 권 호 등 서지사항을 정확히 기록하여 게재한다. 중복 출간은 다른 언어로 독자층이 상이하며, 「의학학술지에 게재되는 학술 저작물의 생산, 보고, 편집 및 출판에 대한 권고안」에서 규정한 요건을 갖춘 경우에만 가능하다.

3. IRB 심의

인간대상연구 논문은 IRB 승인서 또는 심의면제확인서를 제출해야 한다.

4. 저자됨(Authorship)

저자는 다음의 네 가지 기준을 모두 충족하여야 한다. 1) 연구의 구상이나 설계에 실질적인 기여; 또는 자료의 획득, 분석, 해석 2) 연구 결과에 대한 논문 작성 또는 중요한 학술적 부분에 대한 비평적 수

정 3) 출판되기 전 최종본에 대한 승인 4) 연구의 정확성 또는 진실성에 관련된 문제를 적절히 조사하고 해결하는 것을 보증하고, 연구의 모든 부분에 책임을 진다는 점에 동의 저자에 대한 이러한 정의는 ICMJE(<https://www.icmje.org/>)의 정의를 기반으로 한다.

5. 연구출판위반

학술적 부정행위가 의심되거나, 제출된 원고에 기술된 내용의 진실성에 우려가 제기되면 편집위원장은 편집위원회를 소집하며 연구윤리규정에 따라 사안을 평가한다. 연구부정행위로 판정될 경우 회장은 연구윤리규정에 따라 투고자를 징계할 수 있다.

6. 이해상충(Conflict of interest)

저자는 자료를 연구하고 해석하는 데 이해상충 가능성이 있는 경우 이를 편집위원회에 알려야 한다. 이해상충의 공개는 ICMJE에서 제공하는 양식(http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf)을 이용한다.

7. 원고제출

원고제출 시에는 형식에 맞추어 작성한 논문의 파일을 온라인 논문투고시스템(<https://submission.e-kjme.org>)에 표지와 원문 파일로 나누어 업로드한다. 제출된 원고의 내용은 저자가 임의로 변경할 수 없다.

8. 학회지 발간 및 원고접수

본지는 연 4회(3월 31일, 6월 30일, 9월 30일, 12월 31일) 발간하며, 원고는 학회 홈페이지 온라인 논문투고시스템에서 수시로 접수한다. 교신저자는 본 학회의 정회원이어야 한다. 투고자는 원고 투고 시에는 투고규정 준수 여부를 다시 확인하고, 저자 체크리스트 및 저작권이양동의서를 온라인 논문투고시스템에서 작성한다. 논문 투고에 필요한 서류가 확인되면 접수 확인 메일이 발송된다.

9. 원고심사

투고된 원고는 편집위원회에서 선정한 심사위원 2인 이상의 심사를 거친 후 게재 여부가 결정된다. 각 투고 논문은 투고자에 관한 인적사항과 연구비 지원여부가 삭제된 채로 심사된다.

10. 게재료

논문 게재료는 일금 이십만 원(W 200,000)이며, 저자가 부담함을 원칙으로 한다. 단, 연구비의 지원을 받은 논문은 사십만 원(W 400,000)으로 한다. 편집위원회에서 청탁 의뢰한 논문의 경우, 연구비 지원을 받지 않는 한에서 게재료를 부과하지 않는다.

〈논문게재료입금〉

계좌번호: 신한은행 100-021-780130 예금주: 한국의료윤리학회

11. 편집위원회의 역할

원고 송부 및 편집에 관한 제반 사항은 편집위원회에 문의하며, 편집위원회는 필요한 경우 원문에 영향을 미치지 않는 범위 내에서 자구와 체제 등을 수정할 수 있다. 제출된 원고는 반환하지 않는다.

〈『한국의료윤리학회지』 편집위원회〉

49201 부산광역시 서구 대신공원로 32 동아대학교 의과대학 의료인문학교실

E-mail: kjmedicalethics@gmail.com

12. 저작권

저작권과 관련해 논문의 내용, 도표 및 그림에 관한 모든 출판 소유권은 한국의료윤리학회가 가진다.

■ 원고작성에 관한 세부 지침 ■

1. 원고의 형태

원고는 A4 용지에 상, 하, 좌, 우 모두 25mm 여분을 두고 2열 간격으로 아래아 한글, MS Word를 이용하여 한글이나 영어로 작성한다. 원문 파일에는 페이지 번호와 줄번호를 표기한다.

2. 용어의 표기

의학용어는 가장 최근에 대한의학협회에서 발간된 의학용어집을 준용한다.

3. 표지

논문의 제목, 모든 저자의 이름(Full Name: 홍길동, HONG Kil-Dong), 소속, 지위를 국문과 영문으로 기록하고 ORCID iDs를 적는다. 저자가 2인 이상인 경우에는 연구와 논문 작성에 참여한 기여도에 따라 순서대로 나열하고, 교신저자는 마지막에 적는다. 하단에는 교신저자의 성명, 주소, 전화번호, E-mail 주소를 기술한다. 연구비 수혜, 학회 발표, 감사문구 등 공지사항을 기술하고, 없는 경우 없음을 분명히 명시한다. 표지는 원문파일과 별도로 첨부파일에 업로드한다.

4. 투고 원고의 구성과 순서

논문의 원고 순서는 1) 제목, 2) 한글 요약, 3) 국문 색인어(6개 이내), 4) 본문, 5) 참고문헌, 6) 영문 초록, 7) 영문 색인어(6개 이내)로 구성한다. 논평과 답신은 1500단어 이내로 작성한다. 색인어는 인덱스 메디커스(Index Medicus)에 나열된 의학주제용어(MeSH: Medical Subject Heading)를 사용해

야 하며 <https://meshb.nlm.nih.gov/search>에서 확인한다. 단, 인덱스 메디커스에서 검색되지 않는 용어를 색인어로 사용할 경우 학계에서 통용되는 용어를 사용한다. 영문색인어의 첫 자는 소문자로 쓴다.

5. 논문 제목 및 초록

논문 제목은 가운데 배열로 표기한다. 논문의 제목은 간결하면서도 논문의 내용을 충분히 나타낼 수 있도록 하고 약자의 사용이나 “...에 대한 연구나 고찰” 등과 같은 표현은 피하도록 한다. 초록은 줄을 바꾸지 말고 한 단락의 서술형으로 기술한다. 한글 요약과 영문 초록의 분량은 100~200단어 이내로 한다.

6. 본문

- (1) 본문은 서론, 본론, 결론으로 작성하며 형식에 따라 서론, 연구방법, 연구결과, 고찰, 결론으로 작성할 수 있다. 본문은 다음의 목차 번호를 따른다.

I., II., III., IV., ……

1., 2., 3., 4., ……

1), 2), 3), 4), ……

a., b., c., d., ……

i), ii), iii), iv), ……

- (2) 연구 대상에 대한 기술이 필요한 논문의 경우, 성(sex)과 젠더(gender)가 올바른 용어로 사용되었는지 확인한다. 가능하다면 연구 참가자나 동물, 세포 등의 성별을 그 감별 방법과 함께 기술한다. 연구가 명백한 이유(전립선 암 등) 없이 한쪽 성만을 포함하는 등 특정 집단을 배제하였다면 그 이유를 기술한다. 또한 인종, 민족을 어떤 기준으로 정의했는지 규명하고 그 관련성을 정당화할 수 있어야 한다.
- (3) 본문에 참고문헌은 벤쿠버 스타일(Vancouver style)에 따르되 저자가 2인인 경우에는 두 사람의 성을 모두 쓰고, 3인 이상인 경우 첫번째 저자의 성과 “et al.”을 쓴다. 참고문헌 번호는 대괄호 [] 안에 기재한다.

[저자 1인] Kamm[19]은 “동일한 것에 의한 대체”라는 개념을 사용해서 다수 구조의 원칙이 공정함을 설명한다.

[저자 2인] Beauchamp & Childress[16]는 “비록 환자가 누군가에게 그 권리를 위임하더라도, 선택은 그 자체로 자율적인 것이다”고 하여 <가족에게 결정 권한을 위임한 것>으로 해석하고 있다.

[3인 이상] 또한, Emanuel et al.은 연구대상자 개인뿐 아니라 연구대상자 집단 일반에게 주어질 이익도 함께 고려해야 한다고 지적하고 있다[14].

- (4) 참고문헌 외의 인명, 지명, 기관, 단체, 기타의 고유명사는 가능한 한 한글로 사용해야 하며, 원자(原字)는 처음 1회에 한해 괄호 안에 밝힌다. 고유명사를 원자(原字)로 표기할 수 있으며, 만약 약어로 표기하고자 한다면 처음 1회에 한해 전체 고유명사와 약어를 괄호 안에 밝힌다.

- (5) 생물연대를 밝힐 때는 괄호 안에 기록한다. 숫자는 Arabia 숫자를, 모든 단위는 국제표준단위(SI단위)를 사용한다.

7. 참고문헌

- (1) 참고문헌은 밴쿠버 스타일에 따라 영문으로 본문에 인용된 순으로 나열한다. 학술지명은 학술지에서 정한 고유 약어, 미국국립의학도서관의 학술지 약어(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>), KoreaMed 학술지 약어(<http://www.koreamed.org/JournalBrowser.php>)를 사용한다. 학술지 약어가 없는 경우 전체 학술지명을 적는다.
 - (2) 저자가 3인 이하이면 전원을, 4인 이상이면 3인만을 기록하고 “et al.”을 붙인다.
 - (3) 참고문헌의 기술은 정기학술지의 경우 저자명, 논문 제목, 학술지명, 발행년도, 권(호), 페이지의 순으로 기술한다. 단행본을 인용할 경우 저자명, 저서명, 판수, 발행지, 출판사명, 발행년도의 순으로 기재한다.
- 참고문헌 기술의 구체적 예는 다음과 같다.

[정기학술지]

Teno J, Lynn J, Phillips RS, et al. Do formal advance directives affect resuscitation decisions and the use of resources for seriously ill patients? *J Clin Ethics* 1994;5(1):23–61.

[정기학술지 doi가 있는 경우]

Choi EK, Shin SJ, Yoo SH. Covid-19 and research ethics. *Korean J Med Ethics* 2021;24(1):1–16. <http://dx.doi.org/10.35301/ksme.2021.24.1.1>

[단행본]

Pellegrino ED, Thomasma DC. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press; 1993.

[단행본 속의 문헌]

Stufflebeam DL. Foundational models for 21st century programme evaluation. In: Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, eds. *Evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation*. 2nd ed. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2000. pp.33–84.

[학위논문]

Won JS. *An ethnographic study of caring for dying patient with cancer* [Doctorate]. [Seoul(Korea)]: Ewha Womans University; 1993. p.33.

[인터넷 자료]

World Health Organization [WHO]. *Mortality country fact sheet 2006* [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [cited 2007 Feb 22]. Available from: http://www.who.int/whosis/mort_emro_

pak_pakistan.pdf

[신문기사]

Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 2005 Jun 24:Sect. A:12(col.1.).

8. 그림 및 표

- (1) 표와 그림은 영문으로 작성하고, 한글로 작성할 필요가 있는 경우에는 부록으로 처리한다. 이때, 부록은 반드시 본문 중에 인용되어야 한다.
- (2) 그림(사진 포함)과 표는 선명하고 간결하게 만들고 반드시 본문 중에 인용되어야 한다. 사용한 모든 약자는 그림이나 표 밑에 풀어 써주며 이외 필요한 설명을 추가하여 본문을 보지 않고도 이해할 수 있도록 작성한다. 같은 단어 또는 숫자가 다음 줄에 나오더라도 반복하여 써야 하며 ‘위와 같음’으로 쓸 수 없다.
- (3) 그림과 표의 제목은 절 혹은 구의 형태로 기술한다. 표에는 수직선을 사용하지 않는다. 기호 사용 시 *, †, ‡, §, ||, ¶, **의 순으로 하며 이를 하단 각주에 설명한다.
- (4) 저작권이 있는 표와 그림을 사용할 때는 허가를 취득한다.

9. 첨부파일

온라인투고시스템에 논문을 투고할 때에는 본문에 제시한 그림과 표를 별도의 파일로 만들어 업로드한다. 표지와 저작권이양동의서, ICMJE의 이해상충에 대한 서식(http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf), 논문유사도검사를 각각의 제출란에 올린다..

10. 기타

본 규정에 명시되지 않은 사항은 편집위원회의 결정에 따른다.

부칙 제1조 (시행일) 본 투고규정은 1998년 9월 1일부터 시행한다.

제2조 (개정) 본 투고규정은 2014년 3월 30일부터 시행한다.

제3조 (개정) 본 투고규정은 2015년 1월 1일부터 시행한다.

제4조 (개정) 본 투고규정은 2017년 3월 8일부터 시행한다.

제5조 (개정) 본 투고규정은 2018년 9월 12일부터 시행한다.

제6조 (개정) 본 투고규정은 2019년 3월 1일부터 시행한다.

제7조 (개정) 본 투고규정은 2019년 9월 1일부터 시행한다.

제8조 (개정) 본 투고규정은 2021년 9월 1일부터 시행한다.

제9조 (개정) 본 투고규정은 2022년 5월 11일부터 시행한다.

제10조 (개정) 본 투고규정은 2024년 3월 29일부터 시행한다.

Instructions to Authors on Preparing Manuscripts

Revised on September 1, 2021

■ General Guidelines ■

The *Korean Journal of Medical Ethics* is the official journal of The Korean Society for Medical Ethics. The journal follows the *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals* issued by the International Committee of Medical Journal Editors, except as otherwise indicated in the instructions below.

1. Types of articles

The *Korean Journal of Medical Ethics* publishes articles in the areas of medical ethics and medical ethics education, as well as articles that involve interdisciplinary research on the ethical, legal, or social aspects of biomedicine. In general, the journal accepts articles only from members of The Korean Society for Medical Ethics; however, exceptions can be made in certain cases with the approval of the editorial board. The types of manuscripts acceptable for publication are limited to original articles, commentaries, replies, editorials, and solicited manuscripts. In addition to the existing manuscript format, brief communications and reports are also possible in the case of solicited manuscripts.

2. Overlapping publications

Manuscripts submitted for publication must not duplicate previously published work, including published work of the submitting author(s), and may not be submitted to at any other journal while under review at the *Korean Journal of Medical Ethics*. Duplicate publications may be approved in the case of articles translated from one language to another, but such articles must conform to the *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*.

3. IRB deliberation

Authors must submit IRB certification or confirmation of exemption from deliberation when submitting manuscripts that present experimental research.

4. Conflicts of interest

Authors must inform the editor of any potential conflicts of interest associated with the research presented in their submissions.

5. Submission procedure

Authors should upload their manuscripts at the homepage of the Korean Society for Medical Ethics (<https://submission.e-kjme.org>). Manuscripts cannot be further modified once they have been uploaded.

6. Publication

While the journal is published quarterly (at the end of March, June, September, and December), manuscripts may be submitted at any time of the year through the journal's online manuscript submission system. Manuscripts should conform to the journal's requirements, and corresponding authors should complete the author's checklist and copyright transfer forms. Points will be deducted from manuscripts that fail to conform to the journal's requirements or publication standards. Once all required documents have been received, an email message will be sent to the corresponding author confirming that their submission is complete.

7. Manuscript review process

Submitted manuscripts will undergo a peer review process involving three reviewers chosen by the editorial board. Reviewers will not be informed of the authors' identities, their affiliations, or whether their research was supported by research funding.

8. Article-processing charges

The journal charges an article-processing fee of 200,000 KRW for each manuscript that is accepted for publication or 400,000 KRW for work that was supported by research funding. Solicited manuscripts will not be subject to a publication fee unless they are supported by research funding.

Account number: 100-021-780130; Shinhan Bank

9. The role of the editors

Authors may contact the editorial board for further information concerning the submission and editing of manuscripts. The editorial board may request that manuscripts be revised in light of reviewers' comments, and submitted manuscripts will not be returned to the author.

Editorial board of the *Korean Journal of Medical Ethics*

Dong-A University Medical School, 32, Daesingongwon-ro, Seo-gu, Busan 49201, KOREA

E-mail: kjmedicalethics@gmail.com

10. Copyright

The Korean Society for Medical Ethics maintains all copyrights on the articles (including all text, tables, and figures) that are published in its journal.

■ Detailed Instructions ■

1. Manuscript Formatting

Manuscripts should be double-spaced using either Hangul or MS-Word, with 25 mm margins on all sides of A4 paper. Manuscripts should be written either in Korean or English and should contain both page numbers and line numbers.

2. Nomenclature

With respect to medical terminology, the journal follows the latest edition of the medical terminology guidelines published by the Korean Medical Association.

3. Title Page

Title pages should include the title of the article, the full names of all authors, their institutional affiliations (written in both Korean and English), and the authors' ORCID IDs. If there are more than two authors, the names of the authors, except for the corresponding author, should be arranged according to their contributions to the relevant research and writing of the article. The corresponding author's name should be listed last. The lower part of the page should contain the name, mailing address, telephone number, and e-mail address of the corresponding author. Authors should also clearly indicate on the title page whether the work was supported by research funding and include any acknowledgements and/or information concerning presentations related to the manuscript. The title page should be uploaded as an attached file, separate from the manuscript.

4. Manuscript Organization

Research articles written in Korean should be arranged in the following order; 1) title, 2) summary (in Korean), 3) keywords (in Korean: no more than six words), 4) text, 5) references, 6) abstract in English, and 7) keywords (in English; no more than six words). Commentaries and replies should be arranged as follows; 1) title, 2) text, and 3) references. Keywords should be selected from among the terms in the Medical Subject Headings (MeSH) list of Index Medicus (available at, <https://meshb.nlm.nih.gov/search>), and their first letters should be capitalized.

5. Title and Abstract

The title of the article should be centered on the first page and should be as informative and brief as possible, avoiding the use of abbreviations or redundant phrases such as 'study' or 'observation.' Each

abstract (Korean and English) should be structured in a single paragraph of 100-200 words.

6. Text

- (1) The text should contain an introduction, body, and conclusion and adhere to the following system for numbering sections.

I., II., III., IV.,
 1., 2., 3., 4.,
 1), 2), 3), 4),
 a., b., c., d.,
 i), ii), iii), iv),

- (2) Authors should ensure that the terms ‘sex’ and ‘gender’ are used correctly when they are used to classify research subjects. The methods used to determine the sex or gender of subjects should also be explained. Studies that exclude members of one sex within a population should contain a justification for the exclusion. Authors should also explain how they determined the ‘race’ or ‘ethnicity’ of research subjects and justify their use of those categories.
- (3) The text shall be prepared in accordance with the Vancouver style. For works written by two authors, both last names should be cited; for works by three or more authors, the citation should include only the first author’s last name, followed by ‘et al.’ Reference numbers are given in square brackets[].
 e.g.)

One author:

Kamm [19] uses the concept of ‘replacement by the same thing’ to explain the fairness of the principle of rescuing more people.

Two authors:

Beauchamp & Childress [16] interpreted it as ‘delegating the decision to the family’ by saying, ‘Even if a patient delegates that right to someone, the choice to delegate it is autonomous in itself.’

More than three authors:

In addition, Emanuel et al. points out that the benefits to be given not only to the individual under study but also to the general population of the subject [14].

- (4) For articles written in Korean, any person, name, institution, organization, or other proper noun shall be used in Korean as much as possible, with the original name in the Latin alphabet stated in parentheses only once. In the case of an abbreviation, the entire proper noun and abbreviation shall be indicated in parentheses only for the first occurrence of the proper noun.
- (5) When indicating the date of birth and death of an individual, do so in parentheses. All number should be Arabic, and for units use International Standard Units (SI units).

7. References

- (1) References shall be listed in English in the order cited in the text according to the Vancouver style, which uses a unique acronym set by the journal, and a journal abbreviation of the National Library of Medicine ([http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals)), KoreaMed. For journals with no standard abbreviations, write the full journal name.
- (2) For works by three or fewer authors, include the names of all authors. For works by four or more authors include the names of only three authors, followed by 'et al.'
- (3) References to journal articles should be arranged as follows: author's name, title of the article, title of the journal, date of publication, volume number, and page numbers. References to books should be arranged as follows: author's name, title of the book, edition used, place of publication, name of the publisher, and date of publication.

Examples:

[Journal article without doi]

Teno J, Lynn J, Phillips RS, et al. Do formal advance directives affect resuscitation decisions and the use of resources for seriously ill patients? *J Clin Ethics* 1994;5(1):23-61.

[Journal article with doi]

Choi EK, Shin SJ, Yoo SH. Covid-19 and research ethics. *Korean J Med Ethics* 2021;24(1):1-16. <http://dx.doi.org/10.35301/ksme.2021.24.1.1>

[Book]

Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. New York: Oxford University Press; 1993.

[Article in a book]

Stufflebeam DL. Foundational models for 21st century programme evaluation. In: Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, editors. *Evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation*. 2nd ed. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2000. pp.33-84.

[Dissertation]

Won JS. An ethnographic study of caring for dying patient with cancer [Doctorate]. [Seoul (Korea)] : Ewha Womans University; 1993. p.33.

[Material on the Internet]

World Health Organization [WHO]. Mortality country fact sheet 2006 [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [cited 2007 Feb 22]. Available from: http://www.who.int/whosis/mort_emro_pak_pakistan.pdf

[Newspaper article]

Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maeryland Ed.). 2005 Jun 24:Sect. A:12(col.1.).

8. Figures and Tables

- (1) Figures and tables must be written in English. When Korean text is necessary, it should be placed in the Appendix.
- (2) Figures must be clear and concise and inserted in the text of the article. All abbreviations should be explained at the bottom of the figures or tables, and explanatory statements should be included to enable readers to understand them without referring to the text. Phrases such as ‘the same as above’ should be avoided.
- (3) A brief title in a phrase or clause should be provided for each figure and table. Vertical lines should not be used in tables. Symbols such as *, †, ‡, §, ||, ¶, ** may be used in sequence and explained in foot notes.

9. Attached Files

When submitting a manuscript using the online submission system, any images or tables presented in the text should be included in separate files and uploaded using the ‘image file’ and ‘table file’ options. The title page and ICMJE’s conflict of interest form (http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf) should also be uploaded as separate ‘attachment file.’ A copyright transfer agreement and manuscript similarity test, which are available on online the submission system, should also be completed.

10. Others

Details not stated in these instructions will be decided by the editorial board.

『한국의료윤리학회지』 심사규정

2024년 3월 29일 5차 개정

1. 심사대상 논문

학회지 원고마감일은 1호의 경우 1월 31일, 2호의 경우 4월 30일, 3호의 경우 7월 31일, 4호의 경우 10월 31일까지로 하여, 해당 기간에 투고된 논문을 대상으로 심사를 진행한다. 그 이후에 투고된 논문은 다음 호로 순연한다. 필요시 편집위원장은 투고 기한을 조정할 수 있다.

2. 심사원칙

제출된 논문은 한국의료윤리학회 편집위원회에서 위촉한 2명 이상으로 심사위원들의 심사를 거친 후 게재여부가 결정된다. 각 투고 논문은 투고자에 관한 인적사항과 연구비 지원 여부가 삭제된 채로 심사된다. 한국의료윤리학회에서 주관한 학술발표회에서 발표된 논문이나 편집위원회가 청탁한 논문도 2인 이상의 심사를 거쳐 게재된다.

3. 심사위원의 구성

- ① 원고마감일이 경과하면 편집위원장은 편집위원회의 심의를 거쳐 각 투고 논문에 대해 2인 이상의 심사위원을 선정한다.
- ② 심사위원의 자격은 다음과 같다.
 - 심사위원은 각 논문 분야에 대한 전공지식을 지닌 대학 전임교원 또는 박사학위 소지자로 하며, 필요한 경우 학회원이 아닌 이에게도 심사를 의뢰할 수 있다.
 - 심사위원은 투고자와 동일 기관에 속해 있지 않아야 한다.
 - 투고자는 해당 호의 심사위원이 될 수 없다.
 - 다만, 6인 이상 저자가 공동 저작물을 투고한 경우 주저자를 제외한 투고자들은 해당 호 다른 논문의 심사가 가능하며, 동일 기관의 심사위원이 해당 논문을 심사할 수 있다.

4. 심사기준

- ① 편집위원회는 투고된 논문의 주제가 본 학회지에 적절한지 평가하고 그렇지 못한 경우 심사 반려 혹은 논문 철회를 요청할 수 있다.
- ② 심사위원은 ‘논문 체제와 형식’, ‘기존 연구 성과에 대한 이해와 반영 정도’, ‘논문 내용의 일관성 및 충실성 여부’, ‘논문의 독창성’, ‘논문의 학문적 기여도’, ‘초록의 정확성’ 등을 고려하여 투고 논문을 평가한다.

5. 심사결과 및 결과의 통보

- ① 투고된 논문은 심사 결과에 따라 ‘게재가능’, ‘재심사’, ‘게재불가’ 3등급으로 나뉜다. 심사자는 ‘게재가능’과 ‘재심사’의 경우, 수정되어야 할 부분을 명확히 지적해야 하고, ‘게재불가’의 경우 불가 사유를 구체적으로 기재해 주어야 한다.
- ② 심사위원이 3인일 때에는 논문 심사결과가 <2인 이상 ‘게재불가’>, <2인 ‘재심사’과 1인 ‘게재불가’>의 경우 재심없이 최종 ‘게재불가’로 판정한다. 심사위원이 2인일 때에는 논문 심사결과가 <2인 ‘게재불가’>, <1인 ‘게재불가’와 1인 ‘재심사’>의 경우 ‘게재불가’로 판정한다.
- ③ 편집위원장은 모든 투고자에게 각 심사위원이 작성한 “투고논문 심사서”를 익명으로 처리하여, 게재 여부 및 수정 지시와 함께 통보한다.
- ④ 수정지시를 받은 논문의 투고자는 심사서를 반영하여 투고 논문을 수정·보완하여 결과 통보일로부터 2주 이내에 수정된 논문을 다시 제출하여야 한다. 이때, 수정 내용이 포함된 심사의견서에 대한 답변을 함께 첨부하여 제출한다. 만약 논문 수정에 2주 이상의 시간이 필요한 경우, 투고자는 이에 대해 편집위원회에 허락을 구한다.
- ⑤ 재심을 시행하는 심사위원은 수정된 투고 논문에 대해 게재가, 게재불가 중 최종심사결과를 선택하여 7일 이내에 편집위원회에 통보한다.
- ⑥ 3인 심사에서 재심 결과 ‘게재불가’가 나온 경우, 1차 심사결과가 2인 ‘게재가능’인 경우를 제외하고 최종 ‘게재불가’로 판정한다.
- ⑦ 편집위원회는 심사위원이 내린 판정 결과를 고려하여 게재 여부의 최종 판단을 내린다. 모든 경우에 편집위원회는 심사위원이 제시한 조건의 타당성과 충족 여부를 확인하여 저자에게 재수정을 요청할 수 있다.
- ⑧ 투고자가 수정지시에 불응하여 기한 내에 수정원고를 제출 하지 않거나 7일 이내에 이의 제기를 하지 아니하는 때에는 편집위원회의 결정으로 논문의 게재를 거부할 수 있다.
- ⑨ 게재가능 논문이 많은 경우 편집위원장은 게재 논문의 수를 조정하고 게재 순서를 결정한다.

6. 심사결과에 대한 재심 요청

- ① 심사 평가에 대해 재심이 요청된 경우, 편집위원회는 이를 인지한 즉시 투고자에게 재심 요청이 접수되었다는 메일을 발송하고 7일 이내 편집위원회 회의를 소집하며, 투고자의 재심 요청이 타당한지 여부를 의결한다. 단, 이 때의 회의는 서면으로 갈음할 수 있다.
- ② 편집위원회가 투고자의 재심 요청이 타당하다고 결정하였을 경우, 기존의 심사위원이 아닌 제3의 심사위원을 선정하고 재심을 의뢰한다. 제3의 심사위원 선정 및 재심 진행, 심사결과 종합 및 최종 통보는 4주 이내에 진행한다.
- ③ 편집위원회가 투고자의 재심 요청이 타당하지 않다고 결정하였을 경우, 결정 직후 해당 결정을 투고자에게 통보한다.

7. 게재예정증명서 발급

최종 심사결과에서 ‘게재 가능’ 판정을 받은 논문에 대해, 투고자의 요청이 있는 경우, “논문 게재예정 증명서”를 발급할 수 있다.

부칙 제1조 (개정) 본 심사규정은 2009년 5월 1일부터 시행한다.

제2조 (개정) 본 심사규정은 2015년 1월 1일부터 시행한다.

제3조 (개정) 본 심사규정은 2018년 9월 30일부터 시행한다.

제4조 (개정) 본 심사규정은 2020년 1월 1일부터 시행한다.

제5조 (개정) 본 심사규정은 2021년 9월 1일부터 시행한다.

제6조 (개정) 본 심사규정은 2024년 3월 29일부터 시행한다.

Regulations on Reviewing Manuscripts

Revised on September 1, 2021

1. Submission Deadlines

Deadlines for the submission of manuscripts are as follows: Issue 1 (February 10); Issue 2 (May 10); Issue 3 (August 10); Issue 4 (November 10). Manuscripts submitted after a deadline will be considered for publication in the following issue. The editor-in-chief reserves the right to adjust deadlines when necessary.

2. Principles of Review

Submitted manuscripts will be reviewed anonymously by three reviewers commissioned by the editorial board. Solicited manuscripts as well as those based on presentations given at conferences organized by the Korean Society for Medical Ethics will also undergo peer review.

3. Composition of Reviewers

The editor-in-chief, in consultation with the editorial board, will select three reviewers for each submitted manuscript.

- The examiner shall be a full-time teacher or Ph.D. holder with relevant expertise.
- The reviewer should not belong to the same institution as the contributor.
- No one should be a contributing author as well as a reviewer for the same issue of the journal.

4. Criteria for Review

- (1) The editorial board may evaluate whether the subject matter of a submitted manuscript falls within the scope of this journal; those that do not will be withdrawn without peer review.
- (2) The reviewer shall evaluate the submitted manuscript in terms of the following criteria: structure and format, understanding and reflection of existing research, consistency and fidelity of the thesis, originality of the thesis, academic contribution of the thesis, and accuracy of the abstract.
- (3) The reviewer shall then complete the assigned evaluation form to specify scores, indicate parts that need to be modified, and provide reasons for the reviewer's decision either to reject the manuscript or invite the author to revise and resubmit.

5. Results and Final Decision

- (1) Each manuscript, after it is reviewed, will receive one of the following three decisions.

Suitable for publication: This means that there is nothing to be modified in the content of the manuscript, or that the required modification is insignificant and no further review is required. The contributor shall revise the manuscript in light of the review comments or submit a written explanation of why that cannot be done.

Revise and resubmit: This means that the contributor shall revise the manuscript according to the reviewer's comments and then submit the revised manuscript for another review.

Not suitable for publication: This means that manuscript will not be published.

- (2) Manuscripts will not be published when two or more reviewers judge that the manuscript is not suitable for publication or when two reviewers recommend that it be revised for resubmission and the third judges that it is not suitable for publication.
- (3) Authors who receive an offer to revise and resubmit shall submit their revised manuscripts within two weeks. Those who review a revised manuscript shall decide whether it suitable for publication and notify the editorial board within five days.
- (4) Revised manuscripts that are judged to be not suitable for publication shall be rejected, unless two reviewers judged that the manuscript was suitable for publication in the first review.
- (5) The final judgment on whether to publish the manuscript shall be determined after considering the results and scores of the three reviewers. If there are many manuscripts available for publication, the editor-in-chief may adjust the number of articles to be published in an issue and determine the order of publication.

6. Notification of the Results of the Review

- (1) The editor-in-chief shall anonymously process a written review of the submitted paper prepared by each reviewer and notify all contributors of the review along with the final decision on whether to publish it.
- (2) Contributing authors who have been instructed to revise their manuscripts should prepare a separate document, explaining the modifications that were made to the manuscript in light of the reviewers' comments, and submit that document, along with the revised manuscript, within two weeks from the date of notification of the results.
- (3) Contributing authors who object to requests for revision shall file an objection within seven days from the date of notification of the results, and the editorial board shall determine whether to

proceed with publication of the manuscript after assessing the objection.

- (4) Contributing authors who fail to submit a revised manuscript within two weeks (or an objection within seven days) may have their manuscripts withdrawn.
- (5) In all cases, the editorial board may examine whether the conditions suggested by the reviewer(s) are valid and whether the manuscript meets those conditions. The editorial board may approve the manuscript for publication, invite the author to revise and resubmit, or reject the manuscript.
- (6) If there is an objection to the review, the editor-in-chief may examine the specified details and request another review if the validity of the objection is recognized.

7. Issuance of e-Certificate for Manuscripts Scheduled to be Published

A document certifying that a submitted manuscript is scheduled to be published may be issued at the request of those authors whose manuscripts have been accepted for publication.

한국의료윤리학회 연구윤리 규정

2009년 12월 31일 제정

제1장 총칙

제1조 목적

본 규정은 한국의료윤리학회(이하 “학회”)의 회원이 연구와 교육활동을 수행하는 과정에서 지켜야 할 연구윤리의 원칙과 기준을 규정하고, 연구부정행위의 처리 절차 및 기준을 규정함을 목적으로 한다.

제2조 정의

1. “위조”라 함은 존재하지 않는 데이터 또는 연구결과 등을 허위로 만들어 내는 행위를 말한다.
2. “변조”라 함은 연구 재료, 장비, 과정 등을 인위적으로 조작하거나 데이터를 임의로 변형 삭제함으로써 연구 내용 또는 결과를 왜곡하는 행위를 말한다.
3. “표절”이라 함은 타인의 논문, 특허 및 아이디어 등 지적 결과물 또는 연구내용, 결과 등을 정당한 승인 또는 인용 없이 도용하는 행위를 말한다.
4. “연구부정행위”라 함은 위조, 변조, 표절이 개입된 연구행위를 말한다.
5. “부당한 논문저자 표시”라 함은 연구내용 또는 결과에 대하여 학문적 공헌 또는 기여를 한 사람에게 정당한 이유 없이 논문저자 자격을 부여하지 않거나, 상기한 기여를 하지 않은 자에게 감사의 표시 또는 예우 등을 이유로 논문저자 자격을 부여하는 행위를 말한다.

제3조 적용범위

이 규정은 학회가 수행하는 연구에 참여하는 자와 학회 출판물에 논문을 투고한 자에게 적용된다.

제2장 연구윤리

제4조 저자가 지켜야 할 사항

- ① 저자는 연구수행에 있어 위조, 변조, 표절의 연구부정행위가 없어야 하며, 부당한 논문저자 표시행위가 없어야 한다.
- ② 저자는 동일한 내용이 이미 발표되지 않았는가를 최선을 다하여 확인하여야 한다.
- ③ 저자는 학술적으로 충분한 가치가 있는 결론과 그것을 뒷받침할 수 있는 종합적인 논거가 포괄적으로 포함되어 있는 논문을 투고하여야 한다. 이미 발표한 논문과 동일한 결론을 주장하는 연구 논문을 투고하는 경우는 새로운 논거에 중대한 학술적인 가치가 있어야 한다.
- ④ 저자는 공개된 학술 자료를 인용하는 경우, 출처를 정확하게 기술하여야 하고, 상식에 속하는 자료

가 아닌 한 반드시 그 출처를 명확히 밝혀야 한다. 개인적인 접촉을 통해 얻은 자료의 경우에는 그 정보를 제공한 연구자의 명백한 동의를 받은 후에만 인용할 수 있다.

- ⑤ 저자는 다른 학술지에 발표되었거나 투고하여 심사 중인 논문을 이중으로 투고하지 않아야 한다. 단, 본 학술지에 게재된 논문을 다른 언어로 투고하는 경우에는 본 학술지에 게재되었던 것임을 그 논문에 명백히 밝히는 경우에만 허용된다.
- ⑥ 저자는 논문의 심사 의견으로 제시된 편집위원과 심사자의 의견을 논문에 반영되도록 최선의 노력을 하여야 하고, 이들의 의견에 동의하지 않을 경우에는 그 근거와 이유를 편집위원회에 알려야 한다.
- ⑦ 저자자격과 관련된 지침은 다음과 같다.
 1. 연구에 학술적으로 중요한 기여를 하였고, 연구결과에 대한 책임과 공적을 함께 공유할 모든 연구자는 공저자가 되어야 한다.
 2. 학위 논문의 전부 또는 일부를 근거로 작성한 논문의 경우에는 종설(review)의 경우가 아니면 학위 논문을 제출하는 학생과 지도교수가 함께 저자가 되는 것이 바람직하다.
 3. 연구 결과에 대해 학술적 기여를 하지 않은 사람은 공저자로 포함되지 않아야 하며, 연구에 대하여 행정적인 지원과 같이 학술외적인 지원을 해주었던 사람은 각주나 감사의 글에 그 내용을 표시한다.
 4. 논문의 책임저자는 공저자로 참여하는 사실에 대하여 모든 공저자에게 명백한 동의를 받아야 한다.
 5. 공저자의 나열 순서는 원칙적으로 공저자들의 협의에 의하여 결정하는 것이 좋으며, 연구에 기여를 많이 한 연구자를 앞세우는 것이 바람직하다.
 6. 저자의 소속은 연구를 수행할 당시의 소속이어야 하고, 투고 당시의 소속이 변경되었을 경우에는 각주에 그 사실을 적절하게 표시하여야 한다.

제5조 편집위원이 지켜야 할 사항

- ① 편집위원은 학술지에 게재할 목적으로 투고된 논문을 저자의 성별, 나이, 소속 기관 또는 저자와의 개인적인 친분에 관계없이 논문의 질적 수준에 근거하여 심사규정에 따라 공정하게 취급하여야 한다.
- ② 편집위원은 투고된 논문의 게재가 결정될 때까지 심사자 이외의 사람에게 투고된 논문의 내용을 공개하지 않아야 한다.
- ③ 편집위원은 저자의 인격과 학자적 독립성을 존중해야 한다.
- ④ 편집위원회는 투고된 논문의 저자와 심사자를 익명으로 처리하여 심사의 공정성을 확보하도록 한다.

제6조 심사자가 지켜야 할 사항

- ① 학회의 회원은 학술지의 편집위원회가 심사를 의뢰하는 논문을 심사규정에 따라 성실하게 평가하여 학술 발전에 기여할 의무가 있다.
- ② 심사자는 전문 지식인으로서의 저자의 인격과 독립성을 존중하여야 한다.
- ③ 심사자는 높은 수준의 학술적 기준을 적절하게 유지하면서 논문에 포함된 내용을 객관적으로 공정하게 평가하여야 한다. 완벽하게 검증되지 않은 개인의 학술적 신념이나 가정에 근거한 평가는 옳지 않다.

- ④ 심사자는 심사결과서 작성시 심사의견을 그 이유와 함께 상세하게 설명하여야 한다. 심사자의 개인적인 목적을 위하여 저자에게 추가 자료나 해명을 요구하는 것은 바람직하지 않다.
- ⑤ 심사자는 심사한 논문이 출판되기 전까지는 저자의 동의 없이 논문의 내용을 인용해서는 안 된다.
- ⑥ 심사자는 심사하는 논문의 내용이 이미 학술지에 공개된 다른 논문과 매우 유사할 경우 편집위원회에 그 사실을 상세하게 알려주어야 한다.
- ⑦ 심사자는 가능하면 빠른 시일 안에 평가를 마치고 심사결과서를 편집위원회에 보내야 한다. 만약 자신이 논문을 평가하기에 책임자가 아니라고 판단되는 경우에는 편집위원회에 지체 없이 그 사실을 통보하여야 한다.

제3장 연구부정행위 처리 절차 및 기준

제7조 진실성 검증 책임주체

- ① 부정행위에 대한 검증 책임은 해당 연구가 수행될 당시 연구자의 소속 연구기관에 있으며, 학회가 부정행위의 발생을 인지하거나 부정행위에 대한 제보를 접수한 경우에는 해당 연구기관의 조사가 신속히 진행되도록 관련 내용을 이관하여야 한다.
- ② 연구자의 소속 연구기관이 자체조사를 수행하기 어려워 학회에 조사를 요청하는 경우에 한하여 학회는 조사위원회를 구성하고 진실성 검증의 책임을 진다.

제8조 조사위원회 구성 원칙

- ① 조사위원회는 비상설위원회로 운영하며, 학회 회장은 부정행위 제보가 신고 접수되는 일로부터 15일 내에 조사위원회를 구성하여야 한다.
- ② 조사위원회는 위원장 1인을 포함하여 5인 이상의 위원으로 구성하며, 상임이사회의 추천을 받아 회장이 임명한다.
- ③ 조사위원회는 해당 분야의 전문적인 지식 및 경험이 풍부한 자를 50% 이상 포함하며, 공정성과 객관성 확보를 위해 본 학회 소속이 아닌 외부인사를 20% 이상 포함한다.
- ④ 학회는 본 조사 착수 이전에 제보자에게 조사위원 명단을 알려야 하며, 제보자가 조사위원 기피에 관한 정당한 이의를 제기할 경우 이를 수용하여야 한다.

제9조 조사위원회의 권한

- ① 조사위원회는 조사과정에서 제보자·피조사자·증인 및 참고인에 대하여 진술을 위한 출석을 요구할 수 있으며, 이 경우 피조사자는 이에 응하여야 한다.
- ② 조사위원회는 피조사자에게 자료의 제출을 요구할 수 있으며, 증거자료의 보전을 위하여 해당 연구기관장의 승인을 얻어 부정행위 관련자에 대한 실험실 출입제한, 해당 연구 자료의 압수·보관 등의 조치를 취할 수 있다.
- ③ 조사위원회는 사실로 판정된 부정행위 관련자에 대하여 회장과 해당 연구기관장에게 적절한 제재

조치를 건의할 수 있다.

제10조 진실성 검증 원칙

- ① 부정행위의 사실 여부를 입증할 책임은 조사위원회에 있다. 단, 피조사자가 조사위원회에서 요구하는 자료를 고의로 훼손하였거나 제출을 거부하는 경우에 요구 자료에 포함되어 있다고 인정되는 내용의 진실성을 입증할 책임은 피조사자에게 있다.
- ② 조사위원회는 제보자와 피조사자에게 의견진술, 이의제기 및 변론의 권리와 기회를 동등하게 보장하여야 하며 관련 절차를 사전에 알려주어야 한다.
- ③ 연구부정행위의 판정이 내려질 때까지 조사위원은 피조사자의 신원을 외부에 공개해서는 안 된다.

제11조 진실성 검증 절차

- ① 부정행위에 대한 검증 절차는 예비조사, 본조사, 판정의 단계로 진행하여야 한다.
- ② 예비조사, 본조사, 판정 등의 진실성 검증 절차는 교육과학기술부훈령 제236호 “연구윤리 확보를 위한 지침”을 준용한다.

제12조 조사결과와 보고

- ① 조사위원회는 조사결과와 판정을 상임이사회에 보고하여야 한다.
- ② 조사결과보고서에는 다음 각호의 사항이 반드시 포함되어야 한다.
 1. 제보의 내용
 2. 조사의 대상이 된 부정행위
 3. 조사위원회의 조사위원 명단
 4. 본조사 실시 여부 및 판단의 근거(예비조사의 경우에 한한다)
 5. 해당 연구에서의 피조사자의 역할과 혐의의 사실 여부(본조사의 경우에 한한다)
 6. 관련 증거 및 증인(본조사의 경우에 한한다)
 7. 제보자와 피조사자의 이의제기 또는 변론 내용과 그에 대한 처리결과(본조사의 경우에 한한다)

제13조 징계의 절차 및 내용

- ① 조사위원회의 징계 건의가 있는 경우, 회장은 상임이사회를 소집하여 징계 여부 및 징계 내용을 최종적으로 결정한다.
- ② 회장은 연구윤리규정을 위반한 회원에 대해 경고, 투고 제한, 논문 게재 철회, 논문 게재 불가, 회원 자격 정지 또는 박탈 등의 징계를 할 수 있으며, 이를 피조사자와 해당 연구기관에 통보하여야 한다.

부칙

이 연구윤리 규정은 2009년 12월 31일부터 시행한다.

한국의료윤리학회 편집위원회 규정

2021년 5월 1일 개정

제1조 목적

이 규정은 한국의료윤리학회의 학회지인 『한국의료윤리학회지』의 편집 및 발행에 관한 제반 업무를 원활히 수행하기 위한 목적으로 한다.

제2조 편집위원회 구성과 임기

1. 편집위원회는 1인의 위원장과 15인 내외의 위원, 간사 1인으로 구성한다.
2. 편집위원장은 회장이 임명하며 임기는 2년으로 하되 연임할 수 있다.
3. 편집위원은 편집위원장의 추천으로 회장이 임명한다.

제3조 편집위원회 업무

한국의료윤리학회 심사규정에 따라 논문 심사에서 발행까지의 업무 일체를 수행한다.

1. 학회지 투고논문 심사
 - (1) 심사위원 선정
 - (2) 투고된 논문의 투고규정에 따른 심사
2. 게재논문 선정
 - (1) 심사결과에 따라 논문의 최종 게재여부 결정
 - (2) 각 호의 게재논문 수 조정
3. 학회지 편집 및 발간
 - (1) 게재 순서 결정
 - (2) 인쇄의뢰 및 최종 교정작업
 - (3) 투고된 논문의 심사 및 편집상의 수정, 발간에 관한 사항
4. 이의제기에 대한 처리
위원회는 이의 내용과 심사결과를 비교·평가하여, 이의의 적합성을 판정한다. 편집위원회에서 판정이 어렵거나 위원회와의 이해상충 우려가 있는 경우 제3의 심사자에게 심사를 의뢰한다.
5. 연구부정행위에 대한 조치
위조, 변조, 표절, 부당한 저자 표기, 이해상충 문제 등을 포함한 연구 및 출판 윤리의 위반사항이

제기되면 편집위원장은 편집위원회를 소집하며 연구윤리규정에 따라 사안을 평가한다. 사안이 위중하거나 조사위원회가 필요한 경우 이를 학회 회장과 윤리위원장에게 통보하며 연구윤리규정에 따라 사안을 처리한다.

제4조 운영

- (1) 위원회는 위원장이 필요하다고 판단하거나 편집위원 과반수의 요구가 있는 경우에 위원장이 소집한다.
- (2) 위원회는 편집위원 과반수의 출석과 출석위원 과반수의 찬성으로 결정한다.
- (3) 투고 논문 심사나 게재 여부 결정에 관한 세부 사항은 한국의료윤리학회 심사규정에 따른다.

부칙

제1조 (규칙 제정) 본 편집위원회 규정은 2016년 12월 1일부터 시행한다.

제2조 (개정) 본 편집위원회 규정은 2018년 9월 30일부터 시행한다.

제3조 (개정) 본 편집위원회 규정은 2021년 5월 1일부터 시행한다.

The Korean Journal of Medical Ethics Editorial Board Regulations

Revised on May 1, 2021

Article 1: Purpose

The purpose of these regulations is to clarify and specify all duties concerning the editing and publication of the Korean journal of Medical Ethics, the academic journal of the Korean Society for Medical Ethics.

Article 2: Formation and Term of Office of Editorial Board

1. The editorial board shall consist of one chairperson, approximately 15 members, and one executive secretary.
2. The editor-in-chief of the editorial board shall be appointed by the president, and the term of office shall be two years, although he/she may be reappointed.
3. The editorial board members shall be appointed by the president on the recommendation of the editor-in-chief.

Article 3: Affairs of the Editorial Board

In accordance with the journal's review regulations, all tasks related to the review and publication of manuscripts shall be carried out by the editorial board.

1. Review of submitted manuscripts
 - (1) Selection of reviewers
 - (2) Review in accordance with the Instructions to Authors on Preparing Manuscripts
2. Selection of manuscripts for publication
 - (1) Determining whether to publish a manuscript according to the results of the review
 - (2) Adjusting the number of published articles in each issue
3. Editing and publishing the journal
 - (1) Determining the order of publication
 - (2) Printing requests and final editing
 - (3) Matters concerning the review, editorial modification, and publication of a submitted manuscript

4. Handling of Objections

The board shall compare and evaluate the contents of any objection to the review of a manuscript with the results of the review and determine the validity of the objection. If the editorial board is unable to make a judgment, or if there is a concern about conflicts of interest with the board, another reviewer shall be asked to assess the validity of the objection.

5. Measures for Research Misconduct

When issues arise concerning violations of research and publishing ethics, including data fabrication and falsification, plagiarism, improper author contributions, and conflicts of interest, the editor-in-chief will convene the editorial board to evaluate the issue in accordance with research ethics regulations. If an issue is critical, or if an investigation committee is needed, the president of the society and the ethics committee chairperson will be notified. Decisions on how to proceed will be made in accordance with research ethics regulations.

Article 4: Operation

- (1) The board shall be convened by the chairperson when it is deemed necessary or at the request of a majority of members of the editorial board.
- (2) The board shall make decisions with the attendance of a majority of the members and the approval of a majority of the members present.
- (3) Detailed matters concerning the review or publication of submitted manuscripts shall follow the Korea Medical Ethics Society's Review Regulations.

한국의료윤리학회 2024년 1월~3월 회무보고

〈보고내용〉

1. 『한국의료윤리학회지』 제27권 1호 발간 - 20부(2024년 3월 31일)
2. 『한국의료윤리학회지』의 새로운 투고 홈페이지(<https://www.e-kjme.org/>)를 개설하였습니다.
새로운 홈페이지는 논문의 투고와 접수, 심사를 위해 만들어졌습니다. 기존 한국의료윤리학회 홈페이지(<https://medicaethics.jams>)와 함께 운영됩니다.
3. 투고 및 심사는 새로운 홈페이지(<https://www.e-kjme.org/>)의 E-Submission 페이지를 통해 하실 수 있습니다.
-회원의 개인정보보호를 위해 기존 회원의 경우에도 새롭게 가입해주셔야 합니다.

〈공지사항〉

1. 2024년 한국의료윤리학회 국가생명윤리정책원 지정기부금 납부자
- 최보문(가톨릭대학교 의과대학 명예교수): 1,000만 원
- 권도승(권도승정형외과의원 원장): 300만 원
2. 학술진흥재단 등재 학술지 『한국의료윤리학회지』 제27권 2호 논문투고 요청
- 투고마감일: 2024년 4월 30일
- 구체적인 사항은 투고규정 참조, 편집간사 이메일(kjmedicaethics@gmail.com)로 문의
3. 회원정보 수정사항 통보 요청[우편주소, 우편번호(5자리), 휴대폰 번호, 이메일]
- 회원 여러분께서 ksmeeducation@gmail.com으로 회원정보 변경(우편주소, 휴대폰, 연락처) 등을 알려주셔야 학회 소식을 계속 받아 보실 수 있습니다. 유효하지 않은 정보는 반드시 수정을 부탁드립니다.
4. 2024년 회비 납부 안내
- 일반회원 및 이사, 상임이사의 회비 납입을 부탁드립니다.
- 일반회원: 연간 5만원/ 일반이사: 연간 10만원/ 상임이사: 연간 20만원
- 납입계좌: 신한은행 100-021-780130 (예금주: 한국의료윤리학회)
- 회원의 회비 납입은 납입시점과 관계없이 해당 년도 1월~12월로 계산됨을 알려드립니다.

〈학회사무국 및 편집위원회 안내〉

- 학회사무국: 서울특별시 강남구 테헤란로 25길 20, 역삼현대벤처텔 1317호

Tel: 02-2192-4022

ksmeeducation@gmail.com

- 편집위원회: 부산광역시 서구 대신공원로 32 동아대학교 의과대학(G03) 1층 102호 의료인문학교실
kjmedicalethics@gmail.com(이메일로만 문의 가능)

– 행정 관련 문의는 학회사무국 메일로, 논문 투고 관련 문의는 편집위원회 메일로 문의 주시기 바랍니다.

Home or Office

Always K-CAB

치료부터 유지까지

Busy Life, Easy K-CAB

바쁜 현대인을 위해,
식사와 관계없이 복용 가능한 케이캡



Always K-CAB

K-CAB 50mg
케이캡정
Tegoprazan **25mg**

전문의약품

케이캡정 25 mg, 50 mg (테고프라잔) [성분·함량] 케이캡정 25 mg: 테고프라잔(별규) 25 mg, 케이캡정 50 mg: 테고프라잔(별규) 50 mg [성상] 케이캡정 25 mg, 50 mg: 연한 분홍색의 장방형 필름코팅정 [효능·효과] 1. 미란성 위식도역류질환의 치료, 2. 비미란성 위식도역류질환의 치료, 3. 위궤양의 치료, 4. 소화성궤양 및/또는 만성 위축성 위염 환자에서의 헬리코박터파일로리 제균을 위한 항생제 병용요법 5. 미란성 위식도역류질환 치료 후 유지요법 (25 mg에 한함) [용법·용량] 이 약은 성인에게 다음과 같이 투여한다. 1. 미란성 위식도역류질환의 치료: 1일 1회, 1회 50 mg을 4주간 경구투여한다. 식도염이 치료되지 않거나 증상이 계속되는 환자의 경우 4주 더 투여한다. 2. 비미란성 위식도역류질환의 치료: 1일 1회, 1회 50 mg을 4주간 경구투여한다. 3. 위궤양의 치료: 1일 1회, 1회 50 mg을 8주간 경구투여한다. 4. 소화성궤양 및/또는 만성 위축성 위염 환자에서의 헬리코박터파일로리 제균을 위한 항생제 병용요법: 헬리코박터파일로리 감염 환자들은 제균요법으로 치료받아야 한다. 이 약 50 mg과 아목시실린 1 g, 클라리트로마이신 500 mg을 1일 2회 7일간 경구투여한다. 5. 미란성 위식도역류질환 치료 후 유지요법 (25 mg에 한함): 1일 1회, 1회 25 mg을 경구투여한다. 이 약은 식사와 관계없이 투여할 수 있다. [사용상의 주의사항] 1. 다음 환자에는 투여하지 말 것 1) 이 약, 이 약의 구성성분 또는 벤즈이미다졸류에 과민반응 및 그 병력이 있는 환자, 2) 아타자나비어, 넬피나비어, 또는 렘피비린 함유제제를 투여 중인 환자, 3) 임부 및 수유부 *기타 자세한 사항은 제품설명서를 참고하십시오.

BORYUNG (주)보령
서울특별시 종로구 창경궁로 136 (보령빌딩)

inno.N 에이치케이이노엔주식회사 | 충청북도 청주시 흥덕구 오송읍 오송생명2로 239
서울지사: 서울특별시 중구 을지로 100 파인에비뉴 6, 7, 8층 | 고객센터: 080-700-8802 | <http://www.inno-n.com/>



한국인 혈행 개선의

잇다



유한양행의 **로수바미브**는

한국인 제2형 당뇨병 환자를 대상으로 한 연구*에서
지질 프로파일 개선의 유효성과 안전성을 입증했으며,
국내에서 **연간 100만 건 이상 처방**[§]되고 있습니다.

* Diabetes Ther, 2020 Apr;11(4):859-871(rosuvastatin 10mg monotherapy 대비 로수바미브 10/5mg의 유효성과 안전성을 확인), § 2022년 유비스트 '로수바미브정' 처방건 수 기준

전문약물

로수바미브정(에제리티미브/로수바스타틴칼슘) 10/5mg, 10/10mg, 10/20mg [전복합제 및 분말] • 로수바미브 10/5mg: 에제리티미브(JSP) 10.0mg, 로수바스타틴칼슘(분말) 5.2mg/로수바스타틴으로서 5mg • 로수바미브 10/10mg: 에제리티미브(JSP) 10.0mg, 로수바스타틴칼슘(분말) 10.4mg/로수바스타틴으로서 10mg • 로수바미브 10/20mg: 에제리티미브(JSP) 10.0mg, 로수바스타틴칼슘(분말) 20.8mg/로수바스타틴으로서 20mg [성형] • 로수바미브 10/5mg: 본용제의 장방형 필름코팅정 • 로수바미브 10/10mg: 본용제의 장방형 필름코팅정 • 로수바미브 10/20mg: 본용제의 장방형 필름코팅정 [효능·효과] 관상성 고콜레스테롤혈증, 관상성 고콜레스테롤혈증이 병합된 가축 및 비가축형 또는 조합형 이상지질혈증 환자의 총 콜레스테롤(total), LDL-콜레스테롤(LDL-C), apoB, HDL-콜레스테롤(HDL-C)을 증가시키기 위한 치료요법의 보조제로서 이 약을 투여한다. 고콜레스테롤혈증에 기인한 동맥경화성 혈관 질환의 위험이 증가한 환자에서 지질조절을 투여할 때는 많은 위험 인자를 고려해야 한다. 지질조절이 필요한 적절한 치료요법(예: 식이요법 및 다른 비약물학적 조치에 대한 반응이 불충분한 경우)에 사용해야 한다. 이 약 투여에 앞서 이상지질혈증에 다른 이차적 원인(예: 췌관염, 당뇨병, 갑상선기능저하증, 폐쇄성 간질, 만성 신부전, LDL-콜레스테롤을 증가시키는 약물 및 HDL-콜레스테롤을 감소시키는 약물(progestin, anabolic steroid, 및 corticosteroid)을 확인하여야 하며, 필요한 경우 이차적 원인을 치료해야 한다. 지질 검사에는 총콜레스테롤, LDL-콜레스테롤, HDL-콜레스테롤 및 트리글리세라이드를 포함해야 한다. 트리글리세라이드 수치가 400mg/dL 이상(4.5mmol/L 이상)인 경우에는 조원소분리로 LDL-콜레스테롤 농도를 측정해야 한다. 급성 관상동맥 사고로 입원한 경우에는 입원 시 혹은 입원 후 24시간 이내 지질을 측정해야 한다. 환자의 위험 전 혹은 위험 시에 LDL-C 저하 목표를 시작하는데 있어 이 약이 가장 효과적일 수 있다. [용법·용량] 이 약은 식사와 관계없이 1일 1회 투여한다. 이 약을 투여하기 전 또는 투여 중인 환자는 반드시 표준 콜레스테롤 저하치를 지속적으로 해야 한다. 이 약의 투여량은 환자의 LDL-콜레스테롤의 기저치, 전향되는 치료학적 효과 및 환자의 반응에 따라 조정되어야 한다. 성형성 고콜레스테롤혈증: 이 약의 용법/용량은 1일 10/5mg~10/20mg이다. 조원소분리로 1일 10/5mg의 용량으로 2~4주간 LDL-콜레스테롤을 감소시키지 않으면 2주 또는 4주 이상의 간격을 두고 혈중 지질 수치를 확인한 후 그에 따라 용량을 조정해야 한다. 1일 최대 10/20mg까지 증량할 수 있다. 에제리티미브와 로수바스타틴을 병용하고 있는 환자인 경우, 복용의 편리함을 위하여 이 약(가짜)의 투여를 동일한 복합제로 전환할 수 있다. [사용상의 주의사항] 1. 다음 환자에는 투여하지 마십시오. 1) 이 약의 주성분 또는 구성성분에 과민반응이 있는 환자 2) 활동성 간질환 환자 또는 혈청 미네랄칼슘 수치가 원발성으로 지속적으로 높은 증상을 수반한 환자(2. 일반적 주의 참조) 3) 근질관 환자 4) 사이클로스포린 병용투여 환자 5) 중증의 신부전의 신장에 환자(creatinine clearance (CLcr)<30mL/min) 6) 일부 또는 일시적으로 있을 가능성이 있는 여성 및 수유부 (7. 일반 및 수유부에 대한 투여 참조) 7) 근원성/원발성 고콜레스테롤혈증이 없거나 혹은 환자에게 로수바스타틴 40mg이 2주 동안 투여되는 경우가 없다. 이러한 인자들은 아래와 같다. (1) 중증도의 신장에 크레아티닌 청소율 <60mL/min (2) 갑상선기능저하증 (3) 유전적인 근질관 병변 또는 가족력이 있는 경우 (4) 다른 스타틴계 약물(HMG-CoA 환원효소 저해제) 또는 피브라이트 계열 약물에 대한 근육 독성의 병력이 있는 경우 (5) 알코올 중독 (6) 혈장 농도가 증가할 수 있는 상황 (7) 아미노산 결핍 (8) 피브라이트 계열 약물 병용투여 및 이 약은 중독을 유발하고 있으므로, 갈락토오스 불내성(galactose intolerance), Lapp 유전형질, 결핵증(amyloidosis), 결핵증(malignant cholestasis) 또는 포도당-갈락토오스 불수용성(galactose malabsorption) 등의 유전적인 문제가 있는 환자에서는 투여하면 안 된다. (자세한 내용은 제품설명서 참조) [제형·성상] 기밀봉, 실온(1~30°C) 보관 [포장·유통] 30정(PTP), 100정(명) [개별연용량] 22, 120 주에 대한 자세한 내용은 최신의 제품설명서 또는 식약처 의약품통합정보시스템 홈페이지(https://hedrug.mfds.go.kr/)를 참조하시거나 문의하십시오.



• 본사: 서울 동작구 노량진로 74 • 공장: 충청북도 청주시 청원구 오창읍 연구단지로 219
• 홈페이지: www.yuhan.co.kr • 소비자상담실: 080-024-1188 (주요시간 상담)

로수바스타틴과 에제리티미브의 복합제
로수바미브정

KR-ESN-230002

LNT
코디핀[®]정
Benidipine 2, 4, 6, 8mg



TRIPLE CALCIUM CHANNEL BLOCKER

Original L/N/T-type CCB, Benidipine

Renal & Cardiovascular protective effect

Significant control of **vasospastic angina** symptom in **Korean patients**

Reduced risk of edema

[연구논문]

의료 서사로 본 소록도:

의료적 망탈리테 역사의 관점에서

조안영 | 1

COVID-19 발생 시기 한국 간호사가 경험한 어려움과 대응 전략:

질적 연구에 대한 통합적 문헌고찰

유자영, 조단비 | 27

[추모사]

맹광호 교수님 영전에

정유석 | 47

고 맹광호 교수님을 추모하며

권복규 | 49



한국 의료 윤리 학 회
THE KOREAN SOCIETY FOR MEDICAL ETHICS

<https://medicalethics.jams.or.kr/>

06132 서울특별시 강남구 테헤란로 25길 20, 역삼현대벤처텔 1317호
email: ksmeeducation@gmail.com