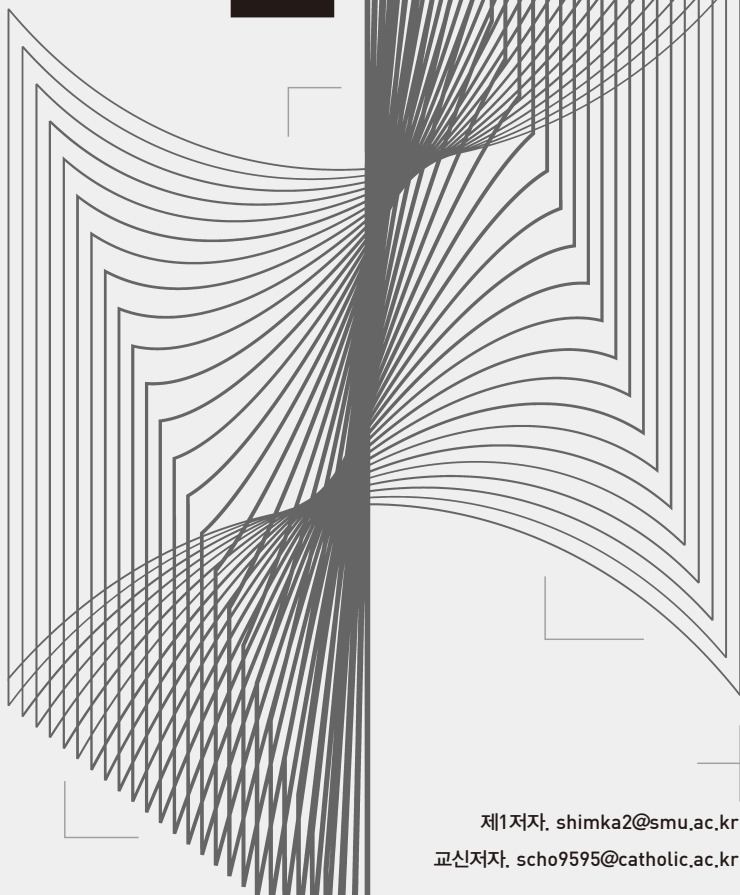


논단

가톨릭대학교 인간학연구소

『인간연구』 제57호

(2025/겨울)



제1저자: shimka2@smu.ac.kr

교신저자: scho9595@catholic.ac.kr

임종기 돌봄의 관계적 윤리

간호학과 사회복지학의 통합적 관점

심가가(상명대학교 · 간호학과 · 조교수)

조성환(가톨릭대학교 · 사회복지대학원 · 조교수)

<https://doi.org/10.21738/JHS.2025.12.57.333>

I. 서론

■ 현대의 의료체계에서 임종기 돌봄은 빠르게 전문화, 제도화되고 있다. 그러나 이러한 발전의 이면에는 돌봄의 본질적 의미가 퇴색되는 역설이 자리한다. 병원과 요양시설 중심의 돌봄 체계는 환자와 가족의 신체적 고통 완화와 생명 연장에 집중하면서, 인간의 죽음을 임상적 사건으로 환원하는 경향을 보인다(Clark, 2019; Kellehear, 2007). 죽음은 본래 관계적, 사회적 맥락 속에서 경험되는 실존적 과정임에도 불구하고, 의료화된 환경 속에서 그 의미는 점차 축소되고 있다.

이러한 구조적 변화는 돌봄의 양쪽 주체 모두에게 심각한 영향을 미친다. 돌봄 제공자는 과도한 감정 노동과 윤리적 부담에 시달린다(Hochschild, 1983). 간호사는 환자 및 가족과의 직접적이고 지속적인 접촉으로 인한 감정적 소진과 공감 피로를 경험하며(Hochschild, 1983; Figley, 2002), 사회복지사는 제한된 자원과 복잡한 가족 역학 속에서 조정자 역할을 수행하면서 역할 모호성과 구조적 제약으로 인한 좌절을 경험한다((Reith & Payne, 2009; Kramer et al., 2010). 한편, 환자와 가족은 사회적 단절과 관계적 고

립 속에서 임종을 맞이하게 된다(Tronto, 1993).

특히 임종기 환자와 가족이 경험하는 고통은 단순히 신체적 기능의 상실에 그치지 않는다. 가족 및 사회적 관계망의 약화, 그리고 주요 관계가 의료전문가(의사, 간호사)와의 제한된 상호작용으로 사회적 고립(Social Isolation)이 심화된다(Seeman, 2000; Cornwell, Waite, 2009). 이 문제를 해결하기 위해 간호사와 사회복지사는 환자 및 가족에게 정서적, 관계적 지지를 제공해야 하지만, 동시에 전문직으로서의 관계적 경계(Relational Boundary)를 유지해야 하는 이중적 과제에 직면한다.

간호사는 환자 및 가족과의 빈번하고 친밀한 접촉 과정에서 감정적 과몰입의 위험에 노출되며(Figley, 2002), 사회복지사는 다층적 체계(환자-가족-의료팀-지역사회) 간 조율 과정에서 역할 갈등과 제도적 한계로 인한 무력감을 경험한다(Reith & Payne, 2009; Kramer et al., 2010). 관계에 과도하게 개입하면 감정적 소진과 공감 피로(Compassion Fatigue)에 빠지고, 지나치게 거리를 두면 돌봄의 인간적 본질이 상실된다.

한국의 호스피스·완화의료 현장에서도 유사한 어려움이 보고되고 있다. 호스피스 병동 간호사들은 환자의 존엄성 존중과 자율성 보장, 옹호자로서의 역할 갈등, 돌봄의 한계 인식, 팀원 간 갈등 등 다층적 윤리적 딜레마를 경험한다(심영남, 2011). 특히 2018년 연명의료결정법 시행 이후, 중환자실 간호사들은 법적 절차의 복잡성과 제도적 한계 속에서 환자와 가족에 대한 존엄한 임종 돌봄을 실천하는 데 어려움을 겪고 있다(안경진 외, 2020). 사회복지사의 경우, 호스피스 병동 및 다학제 팀 내에서 역할 모호

성과 과중한 업무 부담 속에서 상담, 자원 연계, 가족 갈등 조정 등을 감당해야 하는 현실적 제약에 직면하고 있다(한수연, 2019). 또한, 한국에서도 호스피스·완화의료 사회복지사의 역할이 가치와 윤리, 사정, 계획과 개입, 지역사회 자원 연계, 다학제적 팀 활동 등 11개 영역으로 체계화되면서 관계 중심 실천의 중요성이 강조되고 있다(최희경, 2013).

따라서 임종기 돌봄의 핵심 질문은 단순히 ‘어떻게 돌볼 것인가’를 넘어, ‘어떤 관계 안에서 돌봄이 이루어지는가’로 전환되어야 한다. 돌봄은 본질적으로 상호 주체적 관계(Intersubjective Relationship)에 기반한 행위이며(Buber, 1958; Held, 2006), 환자와 제공자 모두가 서로의 존재에 영향을 주고받는 윤리적 만남이다. 간호학은 이를 전인 간호(Holistic Care)와 치유적 관계(Therapeutic Relationship)의 관점에서(Watson, 2008), 사회복지학에서는 인간관계 중심 실천(Biestek, 1957)과 생태체계이론(Bronfenbrenner, 1979)을 통해 탐구해 왔다.

두 학문 모두 돌봄을 ‘관계 속에서 타인의 취약성에 응답하는 윤리적 행위’로 이해한다는 점에서 공통된 철학적 토대를 공유한다(Tronto, 2013; Noddings, 2012).

그럼에도 불구하고, 임종기 돌봄에서 ‘관계의 윤리’는 여전히 파편화된 방식으로 다루어지고 있다. 간호학에서는 주로 감정노동과 전문직 윤리 차원에서(Halpern, 2001), 사회복지학에서는 사회적 지지망 구축이나 사별 지원의 차원에서 각각 접근하는 경향이 강하다 (Payne, 2013).

그러나 실제 돌봄 현장에서는 제공자와 대상자가 관계적 긴

장 속에서 동시에 영향을 주고받으며, 이 상호작용의 구조를 이해하는 것이 돌봄의 질을 결정짓는 핵심 요소가 된다.

이러한 문제의식을 바탕으로, 본 연구는 임종기 돌봄을 ‘관계적 행위’로 재정립하고자 한다. 구체적으로 돌봄 제공자가 경험하는 관계적 경계의 딜레마와 환자가 겪는 사회적 고립을 돌봄의 본질 및 윤리적 관점에서 통합적으로 고찰한다. 이를 통해 간호학과 사회복지학의 실천 영역에서 돌봄의 관계성을 윤리적으로 성찰하고, 향후 다 학제적 돌봄 실천이 지향해야 할 관계적 윤리의 원칙을 탐색하는 것을 목적으로 한다.

II. 이론적 배경

1. 돌봄의 윤리적 전환: 사적 영역에서 공적 실천으로

돌봄(Care)은 오랫동안 사적 영역의 행위로 간주되어 왔다. 특히, 전통적 관점에서 돌봄은 여성의 도덕적 미덕이나 가정 내의 역할로 인식되었으며, 보편적인 규칙과 원칙을 강조하는 전통 윤리학은 실제 돌봄 상황에서 발생하는 감정, 의존, 관계의 복잡성을 충분히 설명하지 못하는 한계를 드러냈다. 그러나 20세기 후반 이후 돌봄은 개인의 감정적 헌신을 넘어, 인간의 상호 의존성과 사회적 관계망 속에서 작동하는 필수적 윤리로 재조명되기 시작하였다(Noddings, 1984; Tronto, 1993).

Noddings(1984), Tronto(1993), Held(2006) 등의 돌봄 윤리

이론가들은 돌봄을 관계적 행위이자 상호 의존성에 기반한 윤리적 실천으로 재정의하였다. 이들의 논의는 돌봄을 단순한 행위의 차원이 아니라, 인간 존재의 근본적 조건을 반영하는 윤리적 패러다임으로 전환시켰다는 점에서 중요한 의의를 지닌다.

간호학과 사회복지학은 이러한 돌봄 개념을 실천적 윤리와 전문직 정체성의 핵심으로 내면화한 대표적 학문 영역이다. 간호학에서는 Florence Nightingale의 돌봄 철학을 계승하여, 돌봄을 치료 행위의 보조적 기능이 아닌 치유의 본질적 과정으로 규정하였다. 현대 간호 이론가들은 환자의 신체적·심리적·영적 안녕을 통합적으로 돌보는 전인적(Holistic) 접근을 강조하며, 돌봄을 ‘기술(Skill)’이 아니라 ‘존재 방식(Mode of Being)’으로 이해한다(Watson, 2008). 이는 환자와의 관계에서 발생하는 상호 주체적 만남을 통해 인간의 존엄을 실현한다는 점에서, 돌봄의 윤리와 긴밀하게 연결된다.

사회복지학에서는 돌봄이 실천의 핵심 가치로 발전하였다. 사회복지의 목적이 인간의 삶의 질과 사회적 연대를 증진하는 데 있다면, 돌봄은 바로 그 목적을 구체화하는 윤리적 실천의 형태라고 할 수 있다. Tronto와 Held(2006)는 사회복지 실천에서의 돌봄이 개인적 자비나 봉사가 아니라 사회적 책임(Social Responsibility)과 정의(Justice)의 문제임을 분명히 하였다. 한국의 노인 돌봄 연구에서도 ‘좋은 돌봄’의 필요조건으로 관계의 질과 돌봄 제공자의 전문성이 강조되고 있으며, 이는 단순한 서비스 제공을 넘어 관계적 정의의 실현을 의미한다(석재은 외, 2015). 따라서, 사회복지사는 클라이언트의 취약성을 인정하면서도 그들의 자율성과

권리를 존중해야 할 의무를 지닌다. 이러한 상호적 관계 속에서 돌봄은 단순한 도움을 넘어 ‘관계적 정의(Relational Justice)’의 실천으로 확장된다.

이처럼 돌봄의 윤리적 전환을 통해, 돌봄은 감정적 가치의 차원에서 나아가 인간의 상호 의존성에 기초한 전인적·관계적 실천으로 재 정립되었다. 철학적 담론에서 출발한 돌봄의 개념은 간호학과 사회복지학을 거치며 제도적, 실천적, 정치적 윤리로 자리 잡았다. 이러한 개념의 전환은 돌봄을 사적인 미덕이 아닌 공적 윤리(Public Ethics)로, 그리고 인간 존엄의 실현을 위한 사회적 실천(Social Practice)으로 재정의하는 데 결정적인 이론적 토대를 제공하였다.

2. 돌봄 관계성의 철학적 기초: 상호주체성과 관계적 자율성

돌봄의 관계성은 인간이 본질적으로 관계 속에서 의미를 형성한다는 인식에 근거한다. Buber(1958)는 타인을 수단으로 대하는 ‘나-그것(I-It)’ 관계가 아니라, 타인을 목적 그 자체로 만나는 ‘나-너(I-Thou)’의 관계에서 참된 삶과 존엄이 성립한다고 보았다. 이러한 관점은 돌봄을 단순한 행위가 아니라 존재 대 존재의 만남으로 이해하게 한다.

임종기 맥락에서 이러한 철학은 환자를 질병의 객체가 아니라 공동의 주체(Co-subject)로 대하는 태도로 구체화된다. 돌봄 제공자는 단순 반응을 환자와 함께 고통을 견디는 참여(Being-with)

를 통해 의미를 공동으로 구성한다(Travelbee, 1971; Watson, 2008). 이때, 돌봄은 일방적 지원이 아니라 상호 영향을 주고받는 관계적 과정이 된다.

한편, Mackenzie와 Stoljar(2000)가 제시한 관계적 자율성(Relational Autonomy) 개념은 자율이 고립된 개인 의지가 아니라 지지적 관계망과 상호작용 속에서 구성되고 실현됨을 강조한다. 전통적 자율성 개념이 독립적 의사 결정 능력을 중시했다면, 관계적 자율성은 타인과의 신뢰와 상호 의존이 자율의 전제 조건임을 인정한다. 임종기 의사 결정은 가족, 전문가, 공동체의 신뢰가 뒷받침될 때 비로소 가능하며, 돌봄은 타인의 자율을 억압하지 않으면서 그것이 안전하고 가시적으로 표현될 수 있는 공간을 여는 행위이다.

결국 돌봄의 관계성은 자율과 의존의 이분법을 넘어, 취약성의 인식과 상호 응답을 통해 공존을 설계하는 윤리적 구조로 이해될 수 있다. 이는 임종기 돌봄이 단순히 신체적 필요를 충족시키는 행위가 아니라, 인간 존엄을 관계 속에서 실현하는 윤리적 실천임을 시사한다.

3. 간호학과 사회복지학의 돌봄 패러다임 비교

간호학과 사회복지학은 돌봄을 전문직 실천의 핵심으로 삼고 있지만, 그 접근 방식과 초점에서는 차이를 보인다. 이러한 차이는 두 학문이 지향하는 돌봄의 시간성, 관계 구조, 윤리적 정체

성, 그리고 실천 목표에서 명확히 드러난다.

1) 돌봄의 필요성

돌봄의 시간성 측면에서 간호학과 사회복지학 모두 환자와의 현상학적 만남인 ‘지금-여기’의 공감을 핵심 토대로 공유한다. 다만 실천의 구체적 지향점에서 간호학은 임종 순간의 고통과 불안을 해소하는 ‘현존의 즉시성(Immediacy)’에 더 깊이 천착한다면, 사회복지학은 그 현재의 경험을 사별 이후까지 확장하여 ‘돌봄의 서사적 연속성(Continuity)’을 확보하는 데 주력한다.

간호학은 임종기 환자와 가족의 신체적 고통과 정서적 불안을 완화하는 즉각적이고 감각적인 돌봄이 중심이 되며, Watson(2008)은 이를 ‘치유적 순간(Healing Moment)’으로 명명하였다. 간호사의 돌봄은 ‘지금-여기’의 공감 속에서 환자와 가족 모두에게 이루어지며, 이들의 현재 경험에 대한 민감한 응답을 강조한다.

사회복지학의 돌봄은 ‘지속의 돌봄(Care of Continuity)’으로, 환자 사후의 가족 지원, 애도, 관계망 복원까지 포함하는 장기적 관계를 중시한다(Payne, 2013). 사회복지사는 돌봄 이후 남는 관계적 공백을 메우며, 관계의 지속 가능성을 관리하는 존재로 기능한다. 한국의 호스피스·완화의료 현장에서는 사회복지사가 다학제 팀 내에서 환자와 가족의 의사결정 과정을 지원하고, 가족 갈등 조정, 자원 연계, 사별 지원 등 장기적 돌봄을 수행하지만, 역할 모호성과 제한된 시간·자원으로 인해 충분한 관계 중심 돌봄

이 어려운 실정이다(한수연, 2019; 최희경, 2013).

2) 관계 구조

관계 구조의 측면에서 두 학문 모두 ‘존재의 동행(Being-with)’과 ‘사회적 지지(Social Support)’를 필수적 돌봄 행위로 수행한다. 간호학은 신체적·실존적 고통을 함께 견디는 ‘내밀한 존재적 동행’을 통해 관계의 깊이를 더하고, 사회복지학은 이러한 존재적 만남이 고립되지 않도록 가족과 지역사회로 연결하는 ‘확장적 관계망의 동행’을 통해 관계의 폭을 넓힌다.

간호학은 환자 및 가족과의 1:1 또는 소집단 중심의 깊은 대인관계를 강조하며 감정의 공명과 신뢰 형성을 중시한다(Travelbee, 1971). 간호사는 환자뿐만 아니라 임종을 지켜보는 가족과 함께 고통을 견디며 ‘존재의 동행(Being-with)’을 통해 치유의 의미를 만들어 낸다(Stajduhar, 2003). 한국의 호스피스 병동 간호사들도 환자 및 가족과 깊은 관계 형성을 추구하지만, 동시에 이러한 관계적 몰입으로 인한 감정적 소진과 윤리적 딜레마를 경험한다(심영남, 2011). 이는 환자-가족 단위와의 직접적이고 친밀한 관계에서 발생하는 돌봄의 질적 깊이를 추구하는 것이다.

이에 비해 사회복지학은 개인-가족-사회-제도 간 상호작용을 통합적으로 조정하며, 돌봄을 사회적 관계망의 회복 과정으로 본다(Bronfenbrenner, 1979). 그러나, 사회복지사는 이러한 다층적 체계 조율 과정에서 의료팀 내 주변화, 역할 모호성, 그리고 충분한 시간과 자원 부족으로 인한 구조적 제약을 경험한다(Reith

& Payne, 2009). 이때 돌봄은 특정 개인의 회복을 넘어, 사회적 연결망(Social Network)의 복원으로 확장된다.

3) 윤리적 정체성

윤리적 정체성의 측면에서도 두 학문은 서로 다른 특성을 지닌다. 간호학은 ‘치유적 자기(Therapeutic Self)’로써 감정적 몰입과 전문적 거리 사이의 균형을 유지하며, 자기 성찰적 돌봄을 실천한다(Halldorsdottir, 2012). 간호사 환자 및 가족의 고통에 공감하면서도 자신의 감정적 소진을 관리해야 하는 이중적 과제를 수행한다.

반면 사회복지학은 ‘관계적 조정자(Relational Mediator)’로써 다양한 이해관계자들 간의 조율과 자원 연계를 통해 돌봄의 지속가능성을 확보한다. 사회복지사는 환자의 복잡한 욕구와 제한된 지역사회 자원 사이에서 중재자 역할을 수행하며, 가족 갈등 조정, 의료진과의 의사소통 장벽, 그리고 제도적 지원 부족으로 인한 윤리적 딜레마와 역할 긴장을 경험한다(Kramer et al., 2010; Judd & Sheffield, 2010).

4) 실천목표

실천 목표의 측면에서 간호학과 사회복지학은 돌봄의 지향점과 성과 기준에서 차별화된다. 간호학의 실천 목표는 총체적 안녕(Total Well-being)의 실현에 있다. 이는 환자의 신체적 증상 완화와 더불어 심리적 평온, 영적 충족, 존엄한 죽음의 준비를 포괄하

는 전인적 돌봄(Holistic Care)을 의미한다(Watson, 2008). 간호사는 환자가 임종 과정에서 통증과 고통 없이 편안함을 유지하고, 생의 마지막 순간까지 인간으로서의 존엄성을 보전할 수 있도록 돕는 것을 최우선 목표로 삼는다(Ferrell & Coyle, 2008). 또한 가족이 환자의 임종을 의미 있게 경험하고 ‘좋은 죽음(Good Death)’을 함께 준비할 수 있도록 지지한다(Stajduhar, 2003). 이러한 실천 목표는 본질적으로 개인과 가족의 내적 경험의 질에 초점을 둔다.

반면 사회복지학의 실천 목표는 ‘관계적 정의(Relational Justice)와 사회적 포용(Social Inclusion)’에 있다. 사회복지사는 환자와 가족이 경험하는 사회적 고립을 완화하고, 지역사회 자원에 대한 접근성을 보장하며, 임종 전후의 관계망이 지속될 수 있도록 구조적 지지를 제공하는 것을 목표로 한다(Payne, 2013). 이는 단순히 개인의 안녕을 넘어, 환자와 가족이 사회적 관계 속에서 고립되지 않고 공동체의 일원으로 존중받으며 돌봄을 받을 수 있는 조건을 만드는 것을 의미한다(Tronto, 1993). 특히 사회복지학은 취약 계층의 임종기 돌봄에서 발생하는 불평등을 해소하고, 경제적·사회적 자원의 격차가 돌봄의 질에 영향을 미치지 않도록 옹호(Advocacy)하는 역할을 강조한다(Banks, 2012). 한국 호스피스 현장에서 사회복지사는 환자와 가족의 의료비 부담 경감, 돌봄 공백 지원, 사별 후 사회적 연결망 복원 등 제도적·구조적 차원의 개입을 수행한다(최희경, 2013). 이러한 실천 목표는 본질적으로 관계와 구조의 회복에 초점을 둔다.

결과적으로, 간호학이 ‘환자와 가족의 경험적 안녕’을 추구한다면, 사회복지학은 ‘돌봄이 이루어지는 사회적 조건의 정의’를

추구한다. 간호학은 개인의 고통을 직접 완화하는 즉각적 치유를 지향하고, 사회복지학은 고통을 야기하는 사회적 구조를 변화시키는 장기적 회복을 지향한다. 이 두 목표는 상호 배타적이지 않으며, 오히려 임종기 돌봄의 완전성을 위해 통합적으로 실현되어야 한다.

5) 통합적 함의

이상의 비교를 통해 볼 때, 간호학은 돌봄의 심층적 경험을, 사회복지학은 돌봄의 사회적 맥락을 강조하지만, 두 학문 모두 인간 존엄과 관계의 회복을 핵심 윤리로 공유한다. 간호의 존재적 돌봄이 개인의 존엄을 지탱한다면, 사회복지의 관계망 돌봄은 사회적 연결을 복원한다. 이러한 통합적 시각은 임종기 돌봄을 개인-가족-사회 차원에서 하나로 엮어내는 전인적 관계 윤리의 토대를 형성한다. 결국 두 학문의 통합은 즉시성과 지속성, 공감과 정의, 개인과 공동체라는 상보적 차원을 연결함으로써, 인간 존엄을 회복하는 실천적 윤리로 완성된다.

III. 연구 방법

1. 문헌 검색 및 선정

본 연구는 간호학과 사회복지학 분야의 돌봄 관련 문헌을

체계적으로 검토하고 통합하는 이론적 고찰(Theoretical Review) 방식을 채택하였다. 문헌 검색은 2000년부터 2024년까지의 출판된 학술 논문과 이론서를 대상으로 하였다. 이는 2000년대 이후 돌봄 윤리(Care Ethics)가 철학적 담론을 넘어 간호학과 사회복지학의 실천적 패러다임으로 본격 확립되었으며(Tronto, 1993; Held, 2006), 임종기 돌봄이 의료화·제도화되면서 관계적 측면에 대한 학문적 논의가 활발히 전개된 시점이다.

또한, 한국의 경우 2002년 호스피스·완화의료 제도가 도입되고, 2018년 ‘호스피스·완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명 의료 결정에 관한 법률(연명의료결정법)’이 시행되면서 임종기 돌봄에 대한 제도적·학술적 관심이 급증한 시기이다(안경진 외, 2020; 한수연, 2019). 따라서 이 기간의 문헌은 임종기 돌봄의 관계적 윤리를 탐구하는 본 연구의 목적에 부합하는 충분하고 의미 있는 자료를 제공한다.

주요 데이터베이스는 PubMed, CINAHL, Social Work Abstracts, 등 국제 DB와 함께, 한국의 학술적 맥락을 반영하기 위해 DBpia, RISS, 한국학술정보(KISS) 등 국내 학술 DB를 포괄적으로 활용하였다.

특히, 한국은 가족 중심의 돌봄 문화, 연명 의료 결정 제도, 호스피스 인력 배치 기준 등에서 서구와 현저히 다른 특성을 보인다. 예컨대, 한국의 임종기 의사 결정은 환자 개인보다 가족 중심으로 이루어지는 경향이 강하며, 호스피스 병동의 간호사 대 환자 비율과 사회복지사 대 환자 비율은 서구와 비교해 현저히 높아 돌봄 제공자의 과중한 업무 부담과 소진을 초래한다(한수연,

2019). 또한 2018년 연명의료결정법 시행 이후 법적·윤리적 딜레마가 현장에서 지속적으로 보고되고 있다(안정진 외, 2018). 이러한 한국적 맥락을 반영하지 않을 경우, 연구의 적용 가능성과 타당성이 제한될 수 있으므로, 국내 문헌의 포함은 필수적이다.

검색어는 다음과 같이 구성하였다. ‘End-of-Life Care’, ‘Palliative Care’, ‘Relational Ethics’, ‘Professional Boundary’, ‘Social Isolation’, ‘Compassion Fatigue’, ‘Therapeutic Relationship’, ‘Care Ethics’, ‘Nursing Care’, ‘Social Work Practice’ 등이었다.

문헌 선정 기준은 (1) 임종기 돌봄의 관계적 측면을 다룬 연구, (2) 간호학 또는 사회복지학의 이론적 관점을 포함한 연구, (3) 돌봄 윤리와 전문직 정체성에 관한 논의를 포함한 연구로 설정하였다.

2. 분석 틀

문헌 분석을 위한 이론적 틀로는 Tronto(1993)의 돌봄 윤리 이론과 Watson(2008)의 인간 돌봄 이론(Human Caring Theory)을 기반으로 하였다. 돌봄의 관계성을 구성하는 핵심 요소를 (1) 상호성(Reciprocity), (2) 민감성(Responsiveness), (3) 경계 유지(Boundary Maintenance)로 범주화하였다.

분석 과정은 다음과 같이 진행하였다. 첫째, 간호학과 사회복지학의 돌봄 개념과 이론적 접근을 각각 검토하였다. 둘째, 두

학문의 공통 기반과 차이점을 비교 분석하였다. 셋째, 상호 보완성을 도출하여 임종기 돌봄을 위한 통합적 관계 윤리의 원칙을 제시하였다. 이를 통해 간호학과 사회복지학이 지향하는 돌봄의 관계성이 어떻게 수렴되고 확장될 수 있는지를 이론적으로 탐색하였다.

Ⅳ. 돌봄의 관계성: 경계와 고립의 통합 분석

1. 돌봄 제공자의 관계적 경계

돌봄은 간호학과 사회복지학 모두에서 타인의 취약성에 응답하는 관계적 윤리 행위로 간주된다(Tronto, 2013; Banks, 2012). 임종기 간호는 생명과 고통의 경계에서 환자 및 가족과 함께 하며, 사회복지사는 사회적 고립과 배제의 경계에서 관계를 회복하고자 한다. 이때 돌봄의 관계성은 상호성(Reciprocity), 민감성(Responsiveness), 경계 인식(Boundary Awareness)으로 구조화된다.

상호성은 돌봄을 일방적 시혜가 아닌 응답의 순환 구조로 이해하게 하여 관계를 공존의 장으로 전환시킨다(Noddings, 2012). 민감성은 Tronto(1993)의 주의-응답 과정을 임상적으로 번역한 개념으로, 환자와 가족의 언어·비언어 신호를 맥락적으로 해석하고 존재적 응답으로 연결하는 능력을 의미한다(Tronto, 1993; Watson, 2008; Biestek, 1957). 경계 인식은 친밀성과 전문성의 균형을 조율하여 소진과 비인간화를 동시에 예방하는 윤리적 장치로

기능한다(Dossey, Keegan, 2008; Figley, 2002).

그러나 두 전문직은 이러한 관계적 경계를 유지하는 과정에서 서로 다른 도전에 직면한다. 간호사는 환자 및 가족과의 밀접하고 지속적인 신체적·정서적 접촉으로 인해 감정적 과몰입과 대리 외상(Vicarious Trauma)의 위험에 노출된다(Stajduhar, 2003; Peters et al., 2013). 특히 임종 과정을 지켜보는 가족의 슬픔과 분노, 죄책감 등 강렬한 감정에 반복적으로 노출되면서 공감 피로와 정서적 고갈을 경험한다. 반면 사회복지사는 환자-가족-의료팀-지역사회라는 다층적 체계 내에서 조정자 역할을 수행하면서 구조적·관계적 딜레마에 직면한다(Reith & Payne, 2009). 첫째로는 의료팀 내에서 사회복지사의 역할이 명확히 인식되지 않거나 주변화되는 경우가 많아, 자신의 전문성을 인정받기 위한 지속적인 노력이 요구된다(Kramer et al., 2010). 둘째는 환자와 가족의 복잡한 심리 사회적 욕구와 제한된 지역사회 자원 사이에서 중재해야 하는 과정에서 무력감과 윤리적 긴장을 경험한다(Judd & Sheffield, 2010). 마지막으로, 가족 내 갈등 조정, 의사 결정 지원, 사별 후 애도 과정 등 장기간에 걸친 정서적 개입이 요구되지만, 업무 과중과 시간 제약으로 인해 충분한 돌봄을 제공하지 못하는 데서 오는 좌절을 경험하게 된다(Kramer et al., 2010; Chan et al., 2016).

이 세 가지 요소가 상호 보완적으로 작동할 때 돌봄은 지속 가능한 윤리적 관계가 되며, 호스피스 현장에서 발생하는 감정 노동, 윤리적 딜레마, 관계 피로를 조정하는 구조적 원리로 작동한다. 따라서 돌봄은 ‘무엇을 하는가’가 아니라 ‘어떻게 함께 존재하는가’의 문제이며, 취약성 속에서 환자와 가족, 그리고 돌봄 제공

자가 서로를 지탱하는 공존의 윤리로 귀결된다.

2. 임종기 환자의 사회적 고립: 관계의 단절과 대체적 관계의 윤리

임종기 환자와 가족은 신체적 쇠약뿐 아니라 사회적 관계망의 축소를 경험한다. 환자는 친구와의 물리적, 정서적 접촉이 감소하고, 가족은 돌봄 부담과 예기 애도(Anticipatory Grief)로 인해 사회적 활동이 위축되면서, 기존의 사회적 역할이 상실되면서 사회적 고립(Social Isolation)과 소속감의 상실(Loss of Belonging)이 심화된다(Seeman, 2000; Cornwell, Waite, 2009). 이러한 상황에서 돌봄 제공자는 환자와 가족에게 남은 마지막 관계자이자, 대체적 관계자(Proxy Relation)로 기능한다. 간호사나 사회복지사는 환자 및 가족과의 일상적 상호작용을 통해 정서적 안정감을 제공하고, 관계의 단절을 완화하는 존재가 된다. 이 관계가 지나치게 도구적(Instrumental)으로 작동할 경우, 돌봄의 본질은 약화된다. 환자와 가족을 단순히 치료 대상이나 서비스 수혜자로 취급하는 순간, 돌봄은 인간적 만남이 아닌 절차적 행위(Procedural Care)로 변질된다. 반면, 돌봄의 윤리는 환자와 가족을 존재로서 만나는 관계적 연결(Relational Connection)을 회복하는 행위에 있다. 이는 간호학적 ‘존재의 동행’(Being-with)과 사회복지학적 ‘사회적 지지망’(Social Support Network)이 상호보완적으로 결합된 상태를 의미한다.

임종기 돌봄의 사회적 고립은 단순히 외부 관계의 단절만이 아니라, 관계적 의미의 상실(Loss of Relational Meaning)이기도 하다. 돌봄 제공자는 이 단절을 메우기 위해 관계의 대리자로 참여하지만, 진정한 목적은 자신이 그 공백을 채우는 것이 아니라, 환자와 가족 스스로 의미 있는 관계를 다시 회복할 수 있도록 돕는 데 있다. 다시 말해, 돌봄의 관계성은 타인에게 의존하게 하는 관계가 아니라, 다시 관계 속으로 복귀하게 하는 매개 관계(Mediating Relationship)라고 할 수 있다. 이러한 관점에서 진정한 돌봄은 관계적 연결을 회복하는 행위(Act of Relational Restoration)라고 정의할 수 있다 (Ingebresten, Sagbakken, 2016).

3. 경계와 고립의 상호연결성

돌봄은 본질적으로 관계를 기반으로 하지만, 그 관계가 항상 긍정적이거나 치유적인 것은 아니다. 돌봄 제공자가 환자와 가족의 고통에 과도하게 감정적으로 몰입할 경우 감정적 소진(Emotional Exhaustion)과 공감 피로(Compassion Fatigue)를 경험하게 되며(Figley, 2002), 반대로 지나치게 거리를 두면 환자 및 가족과의 관계가 비인간화(Dehumanization) 될 위험이 있다. 이 두 극단 모두 돌봄의 본질을 훼손한다.

이러한 맥락에서 ‘전문적 거리두기(Professional Distance)’는 돌봄의 관계성을 보호하기 위한 윤리적 장치로 이해된다(Dossey & Keegan, 2008). 전문적 거리두기는 차가운 태도나 감정의 억제가

아니라, 돌봄 제공자 자신을 윤리적 주체로 유지하기 위한 경계의 설정(Boundary Setting)이다. Watson(2008)이 말한 ‘치유적 관계(Therapeutic Relationship)’는 바로 이러한 경계 안에서 형성된다. 즉, 돌봄의 본질은 ‘치유의 기술(Technique of Healing)’이 아니라, ‘관계의 윤리적 조율(Ethical Calibration of Relationship)’에 있다.

이러한 경계의 딜레마는 실제 임상 현장에서 양 직종 모두에게 관찰된다. 한 호스피스 병동 연구에서 간호사들은 환자와 가족의 죽음을 앞두고 ‘너무 가까워지면 견딜 수 없고, 너무 멀어지면 의미가 없다’는 감정적 긴장을 보고하였다(Ingebresten & Sagbakken, 2016). 마찬가지로 호스피스 사회복지사들은 ‘가족의 복잡한 역학 속에서 중립을 유지하면서도 지지를 제공해야 하는 이중적 역할’과 ‘충분한 시간과 자원 없이 깊은 관계적 개입을 해야 하는 구조적 제약’ 사이에서 윤리적 긴장을 경험한다고 보고하였다(Reith & Payne, 2009; Chan et al., 2016). 이는 전문적 거리두기가 단순한 기술이 아니라, 양 직종 모두에게 돌봄의 지속 가능성을 위한 윤리적 자기 보호 전략임을 보여준다.

임종기 돌봄에서는 이 경계의 의미가 양 직종 모두에게 특히 중요하다. 간호사는 환자의 죽음과 가족의 슬픔에 감정적으로 깊이 이입하면 제공자는 고통을 함께 느끼지만, 그만큼 자기 돌봄(Self-care)과 전문성의 균형을 잃을 위험이 있다. 사회복지사는 가족 간 갈등 조정과 사별 후 장기 지원 과정에서 정서적으로 지치면서도, 제한된 자원과 시간 속에서 충분한 개입을 하지 못하는 데서 오는 무력감을 경험한다(Kramer et al., 2010). 반대로 감정적 회피를 선택할 경우, 돌봄이 단지 ‘관리(Care Management)’로 전략

할 위험이 있다. 결국 돌봄의 관계성은 가까움과 거리, 공감과 판단, 감정과 전문성 사이를 끊임없이 조율하는 윤리적 균형 행위로써 성립한다. 이 균형이 무너지면 돌봄은 인간적 연결을 잃고, 관계는 기능적 절차로 환원된다.

V. 관계적 윤리의 통합 원칙

■ 본 연구는 돌봄의 본질을 ‘상호 주체적 관계 속에서 타인의 고통과 취약성에 응답하는 윤리적 행위’로 재정의하고자 한다. 이는 상호성(Mutuality), 민감성 (Sensitivity), 경계 유지(Boundary Awareness)라는 세 가지 윤리 원칙으로 구체화된다.

1. 상호성(Reciprocity)

상호성은 돌봄을 일방적인 봉사나 시혜가 아닌, 응답과 피드백이 순환하는 관계적 과정으로 이해하게 만든다. 돌봄은 주는 자와 받는 자 사이의 위계적 구조가 아니라, 상호 주체로서의 인간이 함께 존재하며 서로의 변화를 매개하는 상호작용의 장이다. Noddings(2012)는 진정한 돌봄은 ‘돌보는 자(The One-caring)’의 선의만으로 완성되지 않고, ‘돌봄을 받는 자(The Cared-for)’의 응답을 통해 완결된다고 보았다. 즉, 돌봄이 단방향적 행위가 아니라 순환적 관계의 구조를 가진다는 것이다. 이러한 상호성의 관점

은 임종기 돌봄에서 특히 중요하다. 간호사나 사회복지사가 환자의 신체적·정서적 돌봄을 수행하는 과정은 단순한 치료적 개입이 아니라, 환자와 제공자 모두가 서로의 존재를 성찰하고 변형하는 상호 변화(Mutual Transformation)의 경험이 된다.

환자는 돌봄을 통해 인간적 존엄이 유지됨을 느끼고, 제공자는 그 만남을 통해 생명과 죽음의 의미를 다시 묻게 된다. 따라서 상호성은 돌봄을 ‘주는 행위’가 아니라, ‘서로의 존재를 인정하고 확장시키는 만남’으로 전환시키는 윤리적 기반이 된다.

2. 민감성(Responsiveness)

민감성은 돌봄의 핵심적인 윤리적 감수성으로, 타인의 고립, 침묵, 불안, 혹은 미묘한 정서적 신호를 감지하고 이에 적절하게 응답하는 능력을 의미한다. Tronto(1993)가 제시한 ‘주의(Attentiveness)’와 ‘응답(Responsiveness)’ 과정은 돌봄이 단순한 감정이입이 아니라, 타인의 요구를 식별하고 그것에 실질적으로 반응하는 윤리적 행위임을 보여준다.

민감성은 타인의 감정을 동일시하는 감정이입(Empathy)과 구별되며, 타인의 경험에 깊이 공명하되, 자신의 감정과 판단을 동시에 조율하는 전문적 감수성을 의미한다. Watson(2008)은 이를 ‘임상적 민감성(Clinical Sensitivity)’이라 명명하였으며, 돌봄 제공자가 환자와 가족의 언어적·비언어적 신호를 인식하고, 그 의미를 상황적 맥락 속에서 해석할 수 있는 능력이라고 정의하였다.

임종기 돌봄에서는 환자의 두려움과 불안, 가족의 상실감과 예기 애도, 그리고 말로 표현되지 않는 고립의 감정을 세심히 포착해야 한다. 이를 통해 단순한 위로를 넘어 관계적 응답을 실행하여야 한다. 사회복지 실천에서도 민감성은 비 심판적 수용과 맥락적 이해를 통해 발현되며, 환자와 가족의 내면적 고통을 사회적 관계망 속에서 통합적으로 이해하도록 만든다.

3. 경계 유지(Boundary Awareness)

경계 유지는 돌봄 관계에서 친밀성과 전문성의 균형을 조율하는 윤리적 원리이다. 돌봄은 본질적으로 감정적 연결을 수반하지만, 그 연결이 지나치면 제공자는 과도한 감정적 동일시로 인해 소진되거나 공감 피로(Compassion Fatigue)를 경험하게 된다(Figley, 2002). 반면, 관계적 거리를 과도하게 유지할 경우 돌봄 행위는 비인간화(Dehumanization)되며, 환자는 자신이 관리의 대상이 되었다고 느끼게 된다.

여기서 경계 유지란 관계를 차단하는 장벽이 아니라, 돌봄의 지속 가능성을 보장하는 윤리적 균형 장치이다. 간호학에서는 이를 ‘치유적 거리(Therapeutic Distance)’로 표현하며, 감정의 몰입과 전문적 판단 사이에서 균형을 유지함으로써 돌봄의 질을 보호하는 역할을 한다(Halldorsdottir, 2012). 사회복지에서도 이러한 경계의 윤리는 역할 명료화와 자기 돌봄(Self-care)의 원칙으로 이어지며, 과몰입과 거리두기 사이의 긴장을 조율하는 실천적 지혜로 작

용한다.

임종기 돌봄에서는 특히 죽음을 앞둔 환자와 가족의 감정이 강렬하게 표출되기 때문에, 돌봄 제공자는 자신이 감정의 일부가 되지 않으면서도 관계적 온기를 유지해야 하는 어려운 과제에 직면한다. 이러한 경계의 윤리는 관계를 제한하는 것이 아니라, 오히려 관계를 윤리적으로 지속 가능하게 유지하는 힘으로 기능한다.

4. 통합적 원칙의 순환 구조

이 세 가지 윤리 원칙 — 상호성, 민감성, 경계 유지 — 는 각각 독립된 가치가 아니라 상호 순환하는 구조를 이룬다. 민감성은 타인의 취약함을 인식하도록 만들고, 상호성은 그 인식이 응답으로 이어지게 하며, 경계 유지는 그 관계가 소진되지 않도록 조율한다. 이 세 요소가 조화롭게 작동할 때, 돌봄은 단순한 행위가 아닌 지속 가능한 윤리적 관계(Sustainable Ethical Relationship)로 자리 잡는다.

반대로 이 균형이 무너질 때, 돌봄은 도구적 서비스로 축소되거나, 감정적 과몰입으로 변질된다. 따라서 돌봄의 관계성은 상호성, 민감성, 경계 유지의 순환을 통해 유지되는 동적 구조이며, 이는 돌봄을 인간적 존엄을 보전하는 윤리적 행위로 정립하게 하는 핵심 원리이다.

5. 임종기 맥락에서의 통합적 논의

임종기 돌봄의 맥락에서 이러한 관계적 윤리는 깊은 의미를 지닌다. 죽음을 앞둔 환자와 돌봄 제공자는 생명의 한계, 관계의 단절, 정체성의 해체라는 존재적 경험 속에 놓이게 된다. 이때 상호성은 인간적 만남을 가능하게 하고, 민감성은 그 만남을 감정적 진실로 연결시키며, 경계 유지는 그 관계가 윤리적으로 안전하고 지속되도록 지탱한다.

간호사와 사회복지사는 서로 다른 전문영역에 속하지만, 두 영역 모두 이러한 관계적 윤리를 기반으로 환자와 가족, 그리고 공동체의 회복을 돕는다. 결국 돌봄은 ‘무엇을 하는가’의 문제가 아니라, ‘어떻게 함께 존재할 것인가’의 문제이다. 상호성은 관계를 열고, 민감성은 그 관계를 살아 있게 하며, 경계 유지는 관계를 지속 가능하게 만든다. 이 세 가지 윤리 원칙은 임종기 돌봄을 소진과 도구화의 위험으로부터 보호하면서, 돌봄을 인간적 존엄과 공존의 실천으로 이끄는 윤리적 기반으로 작용한다.

6. 경계와 고립의 긴장 위에서: 통합적 관계성의 구현

돌봄의 관계성은 경계와 고립 사이의 긴장 위에 존재한다. 하나의 극에서는 관계의 과잉이 돌봄 제공자를 소진시키고, 다른 극에서는 관계의 결여가 환자를 고립시킨다. 이 두 극단 사이에서 돌봄의 관계성은 서로의 취약성을 인식하고 상호적으로 응답하

는 윤리적 조정 메커니즘으로 작동한다.

간호와 사회복지의 환자의 고통을 전인적으로 다룬다는 점에서 신체적·정서적·사회적·영적차원의 돌봄을 통합적으로 접근한다. 간호가 신체적 고통과 이에 수반된 정서적 반응을 일차적 돌봄의 진입점으로 삼는다면, 사회복지의 환자를 둘러싼 환경과 사회적 역동을 포괄적 사정의 틀로 삼아 상호 보완적으로 개입한다. 즉, 두 영역의 근본은 모두 관계적 상호성(Relational Mutuality)에 있다. 간호사는 환자의 고통과 불안을 함께 견디며 존재적 치유를 촉진하고, 사회복지사는 환자가 사회적 관계망 속으로 다시 연결될 수 있도록 돕는다. 이 두 행위는 서로 다른 실천처럼 보이지만, 모두 ‘관계의 회복(Recovery of Relation)’을 목표로 한다.

따라서 돌봄의 관계성은 단순히 윤리적 이상이 아니라, 관계의 유지와 고립의 완화를 동시에 가능하게 하는 실천적 원리(Practical Principle)이다. 이 관계성 위에서 간호와 사회복지의 전문성을 보완하며, 임종기 인간을 고립된 개인이 아닌 관계적 존재(Relational Being)로 회복시킨다. 결국 돌봄의 본질은 기술이 아니라 관계의 윤리(Relational Ethics)이며, 그 윤리는 경계와 고립의 긴장을 넘나드는 존재적 실천(Existential Practice)으로 구현된다.

VI. 결론 및 제언

1. 연구 요약

임종기 돌봄은 경계와 고립 사이의 미묘한 긴장 위에서 이루어지는 윤리적 실천이다. 본 연구는 임종기 돌봄을 ‘관계적 행위’로 재조명하며, 돌봄 제공자가 경험하는 관계적 경계의 딜레마와 환자가 겪는 사회적 고립을 돌봄의 본질과 윤리적 관점에서 통합적으로 고찰하였다.

본 연구는 임종기 돌봄을 관계적 윤리 행위로 재정립하고, 간호학과 사회복지학의 통합적 관점에서 돌봄의 본질을 상호성, 민감성, 경계 유지라는 세 가지 윤리 원칙으로 제시하였다. 이를 통해 임종기 돌봄이 단순한 신체적 케어나 제도적 절차를 넘어, 인간 존엄을 관계 속에서 실현하는 윤리적 실천임을 확인하였다.

간호학과 사회복지학은 서로 다른 학문적 전통과 실천 영역을 지니지만, 두 영역 모두 돌봄을 인간적 존엄을 회복하는 윤리적 행위로 이해한다는 점에서 깊이 맞닿아 있다. 생명과 죽음, 고립과 배제라는 경계 상황에서 두 학문은 환자의 고통에 공명하는 ‘존재적 돌봄’과 사회적 연결을 복원하는 ‘관계망 돌봄’을 공통의 윤리적 지향점으로 공유한다. 이들은 각기 다른 실천 언어를 통해 상호보완적으로 작동하며, 궁극적으로 동일한 관계적 윤리 구조를 지향한다.

본 연구는 돌봄의 관계성을 구성하는 세 가지 윤리 원칙 — 상호성(Mutuality), 민감성(Sensitivity), 경계 유지(Boundary

Awareness) — 을 중심으로, 간호와 사회복지가 공유할 수 있는 관계적 윤리의 통합 틀을 제시하였다. 이러한 통합적 접근은 돌봄을 기술적 효율성이나 자원 배분의 문제를 넘어, 인간관계의 질을 윤리적 기준으로 삼는 실천 영역으로 재 정의 할 수 있는 토대를 제공한다.

간호사는 환자의 신체적·정서적 고통에 공명하면서도 전문적 판단을 통해 관계의 경계를 지키는 존재이며, 사회복지사는 환자와 가족, 지역사회와의 관계망을 회복시켜 사회적 고립을 완화하는 존재이다. 두 영역은 상호보완적 관계 안에서 돌봄의 전 과정을 통합적으로 구성할 수 있다. 이러한 통합적 접근은 환자의 삶의 질 향상뿐 아니라 돌봄 제공자의 소진을 예방하고, 돌봄 행위 자체를 공존의 윤리적 실천으로 전환시킬 수 있는 이론적, 실천적 기반이 된다.

2. 실천적 함의

본 연구의 관계적 윤리 틀은 임종기 돌봄 현장에서 다음과 같은 실천적 함의를 지닌다.

1) 교육적 차원: 통합적 관계 윤리 교육 과정 개발

간호사와 사회복지사를 대상으로 한 통합적 관계 윤리 교육(Integrated Relational Ethics Curriculum)이 필요하다. 따라서 교육 영

역에서 관계적 윤리 교육 과정을 개발해야 한다. 현재 대부분의 돌봄 전문가 교육은 각 학문 영역 내에서 개별적으로 이루어지고 있어, 다 학제적 협력과 관계적 윤리에 대한 공통 이해가 부족한 실정이다.

교육 프로그램은 구체적으로 다음과 같은 사항을 포함해야 한다. 첫째, 사례 기반 윤리 시뮬레이션을 통해 경계 설정 딜레마 상황(예: 환자의 과도한 의존, 가족의 감정적 요구)에 대한 롤플레이 및 토론을 실시한다. 둘째, 성찰 일지 작성 및 동료 슈퍼비전으로 자신의 감정 반응과 윤리적 긴장을 문서화하고, 동료와 함께 성찰하는 정기적 세션을 진행한다. 셋째, ‘직종 간 관계적 회복탄력성 강화 프로그램’을 정기적으로 시행한다. 이는 개인적 차원의 자기 돌봄을 넘어, 간호사와 사회복지사가 서로의 윤리적 고충과 직무 특성을 깊이 이해하고 지지할 수 있는 관계적 토대를 마련함으로써, 팀 차원에서 공감 피로를 예방하고 협력적 관계를 강화하는 전략을 개발하는 데 초점을 둔다. 넷째, 간호학-사회복지학 통합 사례 훈련을 통해 실제 임상 사례를 중심으로 두 전문 영역이 협력하는 통합 돌봄 계획 수립을 훈련한다. 특히 환자-가족 단위를 돌봄의 중심으로 설정하고, 간호사의 직접 돌봄과 사회복지사의 체계 조정이 어떻게 상호보완적으로 작동할 수 있는지 훈련한다.

학부 및 대학원 교육과정에서 ‘임종기 돌봄의 관계적 윤리’를 핵심 교과목으로 포함하고, 임상 실습 과정에서 반성적 실천(Reflective Practice)을 체계적으로 훈련할 필요가 있다. 이는 돌봄 제공자가 자신의 경험을 비판적으로 성찰하고, 윤리적 민감성을 지속적으로 발전시키는 역량을 기르는 데 필수적이다.

2) 조직 차원: 관계의 질 평가 지표 개발

돌봄의 질을 평가할 때 단순한 효율성 지표(예: 처치 건수, 상담 횟수)를 넘어 관계의 질을 측정하는 지표가 필요하다. 현재 의료 및 사회복지 현장의 평가 체계는 주로 양적 성과에 초점을 맞추고 있어, 관계적 돌봄의 질을 제대로 반영하지 못하고 있다.

다음과 같은 지표가 ‘관계적 질(Relational Quality)’의 개념적 범주에 따라 체계적으로 모니터링되어야 한다. 첫째, ‘직접적 관계 형성 지표’로서 환자-제공자 간 신뢰도 및 상호작용 만족도를 평가하여 관계의 깊이를 측정한다. 둘째, ‘관계적 성과 지표’로서 환자의 사회적 고립감 완화 정도(Social Connectedness)와 돌봄 제공자의 관계적 만족도(Compassion Satisfaction)를 측정하여 돌봄 관계가 쌍방에게 미치는 긍정적 영향을 확인한다. 셋째, ‘체계적 협력 지표’로서 다학제 팀 내 의사소통의 명료성과 직종 간 지지 수준을 평가한다. 이처럼 범주화된 지표들은 주변적 요인의 측정을 넘어, 돌봄 관계의 본질적 질을 통합적으로 조망하는 데 기여해야 한다. 넷째, 다학제 팀 간의 협력의 질을 평가한다. 협력의 질을 평가하기 위해 사회복지, 의료진 간 의사소통과 협력 만족도를 측정한다. 이러한 지표들은 단순한 평가 도구를 넘어, 돌봄 제공자와 조직이 관계적 윤리를 지속적으로 점검하고 개선하는 성찰적 도구로 활용되어야 한다. 또한 조직 차원에서 정기적인 윤리 사례 회의(Ethics Case Conference)와 감정적 디브리핑 시간을 제도화하여, 돌봄 제공자들이 자신의 경험을 공유하고 지지받을 수 있는 안전한 공간을 마련해야 한다.

3) 정책 차원: 관계 중심 돌봄의 제도적 기반 구축

호스피스·완화의료 및 사회복지 정책에서 ‘관계 중심 돌봄(Relationship-centered Care)’을 명시적으로 인정하고 지원하는 제도적 기반이 필요하다.

구체적으로 다음과 같은 정책적 지원이 요구된다. 첫째, 수가체계 개선을 통해 호스피스·완화의료 수가에 ‘관계 중심 돌봄 활동’(예: 가족 상담, 사별 지지, 다학제 컨퍼런스, 환자-제공자 대화 시간)을 별도 항목으로 산정한다.

둘째, 슈퍼비전 체계 구축 및 의무화를 통해 돌봄 제공자가 정서적 지지와 전문적 슈퍼비전을 정기적으로 받을 수 있는 체계를 마련하고 비용을 지원한다. 특히 사회복지사가 경험하는 역할 모호성과 체계 조율 과정의 어려움을 다룰 수 있는 전문 슈퍼비전을 제도화한다.

셋째, 인력 배치 기준을 재검토를 통해 관계 중심 돌봄에 필요한 충분한 시간을 확보할 수 있도록 간호사 및 사회복지사 1인당 담당 환자와 가족 수를 조정한다.

넷째, 통합 돌봄 팀 운영 지원을 통해 간호, 사회복지, 의료, 심리 상담 등 다학제 팀 운영에 대한 제도적, 재정적 지원을 제공한다. 특히, 사회복지사의 역할을 명확히 규정하고, 의료팀 내에서의 전문성을 인정하는 정책적 기반을 마련한다.

마지막으로, 한국의 경우 가족 중심 돌봄 문화를 고려하여, 가족 돌봄자(Family Caregiver)에 대한 지원 정책과 교육 프로그램을 확대해야 할 필요가 있다. 가족 돌봄자는 임종기 환자의 주요

관계자이자 돌봄의 실질적 제공자이어야 할 뿐만 아니라, 간호사와 사회복지사가 함께 지원해야 할 핵심 대상이다. 이들에 대한 체계적 지원은 환자의 삶의 질 향상과 직결된다.

3. 연구의 제한점

본 연구는 다음과 같은 제한점을 지닌다.

첫째, 본 연구는 이론적 고찰 (Theoretical Review)에 기반한 연구로, 경험적 데이터나 실증적 검증이 부족하다는 한계가 있다. 본 연구에서 제시된 세 가지 윤리 원칙(상호성, 민감성, 경계 유지)이 실제 임상 현장에서 어떻게 작동하고 측정될 수 있는지에 대해서는 후속 실증 연구를 통해 검증되어야 한다. 특히 세 원칙 간의 상호작용 메커니즘과 각 원칙이 돌봄 성과(환자 만족도, 제공자 소진 등)에 미치는 영향에 대한 양적 및 질적 연구가 필요하다.

둘째, 본 연구는 주로 간호학과 사회복지학 두 학문에 초점을 맞추었으나, 임종기 돌봄은 의사, 심리상담사, 성직자, 자원봉사자 등 다양한 전문가가 참여하는 다 학제적 영역이다. 향후 연구에서는 이들 전문가 집단의 관점도 통합할 필요가 있다. 특히 의사와 간호사 간의 관계적 경계, 성직자의 영적 돌봄에서의 관계성 등 전문 영역 간 차이와 공통점을 비교하는 연구가 요구된다.

셋째, 문화적·제도적 맥락에 따라 돌봄의 관계성이 달리 구성될 수 있음에도, 본 연구는 주로 서구의 이론을 중심으로 논의를 전개하였다. 따라서 한국적 돌봄 문화의 특수성(예: 가족주의, 효

문화, 집단주의적 의사 결정)을 고려한 맥락화된 윤리 원칙 개발이 요구된다. 서구의 개인주의적 자율성 개념과 한국의 관계 중심적 가족주의가 어떻게 조화될 수 있는지에 대한 문화비교 연구가 필요하다.

넷째, 본 연구는 문헌 검색과 분석 과정에서 특정 데이터베이스와 언어(영어, 한국어)에 한정되었으며, 검색 키워드와 포함 기준에 따라 일부 관련 문헌이 누락되었을 가능성이 있다. 보다 포괄적인 문헌 검토를 위해서는 체계적 문헌 고찰(Systematic Review)이 필요하다.

4. 향후 연구 방향

본 연구의 이론적 틀을 기반으로 다음과 같은 후속 연구를 제안한다.

1) 측정 도구 개발 및 실증 연구

제시된 세 가지 윤리 원칙(상호성, 민감성, 경계 유지)을 측정할 수 있는 타당화된 도구를 개발하고, 이들이 돌봄 성과에 미치는 영향을 실증적으로 검증하는 연구가 우선적으로 시행되어야 한다. 구체적으로 다음과 같은 연구가 필요하다.

첫째, 관계적 윤리 원칙 측정 도구 개발 및 타당도·신뢰도 검증한 척도 개발 연구이다. 둘째, 세 원칙과 돌봄 제공자의 소진,

환자의 삶의 질, 가족 만족도 간의 관계를 분석하는 구조방정식 모델링 연구가 필요하다.

셋째, 돌봄 제공자와 환자의 관계적 경험에 대한 심층 인터뷰 및 근거이론 연구가 필요하다.

2) 문화비교 연구

동서양의 문화적 차이가 돌봄의 관계성에 어떻게 영향을 미치는지 비교 분석하는 연구가 필요하다. 특히, 한국, 일본, 중국 등에서의 가족 중심 돌봄과 개인-전문가 관계의 특성을 비교하고, 서구 개인주의 문화와 동양 집단주의 문화에서 관계적 자율성의 구성 방식의 비교연구를 제안한다. 이를 통해 문화적으로 적합한 (Culturally-adapted) 관계적 윤리 교육 프로그램을 개발할 수 있다.

3) 다학제 협력 연구

간호, 사회복지, 의료, 심리, 영적 돌봄 등 다양한 전문 영역이 어떻게 효과적으로 협력하여 통합적 돌봄을 제공할 수 있는지에 대한 연구가 필요하다.

다학제 팀의 의사소통 패턴과 역할 조정 메커니즘 분석과 전문 영역 간 경계와 통합의 긴장을 조율하는 전략을 탐색해야 한다. 더불어, 효과적인 통합 돌봄 모델(Integrated Care Model)을 개발하여 시범 및 적용하는 연구가 필요하다.

4) 교육 프로그램 효과 검증 연구

본 연구에서 제안한 교육 프로그램의 효과를 검증하는 중재 연구가 필요하다.

관계적 윤리 교육이 돌봄 제공자의 소진, 공감 피로, 직무 만족도에 미치는 영향, 교육 프로그램이 환자와의 관계의 질 및 돌봄 성과에 미치는 영향, 그리고 장기적 효과 추적 및 프로그램 개선 연구(종단 연구)와 같은 무작위 대조 시험(RCT) 또는 준 실험 연구(중재연구)가 필요하다.

5) 정책 연구

관계 중심 돌봄을 보건의료 및 사회복지 정책에 통합하기 위한 정책 연구가 필요하다. 관계 중심 돌봄의 정책적 도입 확산을 위한 제도화 전략 연구와 관계 중심 돌봄 수가 체계의 경제성 평가 및 재정 영향 분석, 국내외 호스피스·완화의료 정책 비교 분석, 그리고 이해관계자(환자, 가족, 돌봄 제공자, 정책입안자) 참여형 정책 개발 연구를 제안한다.

5. 결론

본 연구는 임종기 돌봄을 관계적 윤리 행위로 재정립하고, 간호학과 사회복지학의 통합적 관점에서 돌봄의 본질을 상호성,

민감성, 경계 유지라는 세 가지 윤리 원칙으로 제시하였다. 이를 통해 임종기 돌봄이 단순한 신체적 케어나 제도적 절차를 넘어, 인간 존엄을 관계 속에서 실현하는 윤리적 실천임을 확인하였다.

현대 사회에서 죽음은 점점 더 의료화 되고 제도화되고 있지만, 돌봄의 본질은 여전히 관계 속에서 타인의 취약성에 응답하는 윤리적 행위에 있다. 간호학과 사회복지학의 통합적 관점은 임종기 돌봄을 기술적 효율성의 문제가 아니라 인간 존엄의 문제로 재정의하며, 돌봄 제공자와 환자 모두가 관계 속에서 성장하고 변화하는 상호 변화의 경험으로 이해하게 한다.

결국, 돌봄의 관계적 윤리는 죽음 앞에서도 인간이 고립되지 않고 관계 속에 머물 수 있도록 하는 최후의 연대이며, 이는 간호학과 사회복지학이 함께 실현해야 할 공동의 윤리적 과제이다. 본 연구가 제시한 통합적 틀이 임종기 돌봄의 이론과 실천을 발전시키는 데 기여하고, 궁극적으로 환자와 돌봄 제공자 모두의 존엄을 보전하는 돌봄 문화를 형성하는 데 도움이 되기를 기대한다.

- ◆ 김대균, “현장에서 보는 호스피스·연명의료법의 문제점”, 메디포뉴스, 2017.5.15, <http://www.medifonews.com/news/article.html?no=128362>
- ◆ 심영남, 「호스피스 병동 간호사의 윤리적 문제 경험», 한양대학교 임상간호정보대학원 석사학위논문, 2011.
- ◆ 석재은·노혜진·임정기, 「좋은 돌봄의 필요조건과 저해요인에 관한 연구: 노인돌봄을 중심으로」, 『한국사회복지학』, 67(3), 2015, 203~225쪽.
- ◆ 안경진·공병혜·송운진 (2020), 「‘연명의료결정법’ 시행 이후 중환자실 간호사의 환자 연명의료결정 및 임종기 돌봄 경험 연구」, 『생명윤리』, 21(2), 31~53쪽, <https://doi.org/10.37305/JKBA.2020.12.21.2.31>
- ◆ 윤영호 외, 『나는 한국에서 죽기 싫다』, 엘도라도, 2014.
- ◆ 장선희·장은실 (2021). 「임종돌봄 수행 프로그램 개발을 위한 교육요구도 분석: 호스피스팀원을 중심으로」, 『융합정보논문지』, 11(7), 288~297쪽, <https://doi.org/10.22156/CS4SMB.2021.11.07.288>
- ◆ 최희경, 「호스피스완화의료 사회복지사의 역할과 역량에 관한 연구」, 『사회과학연구』, 29(4), 2013, 225~248쪽.
- ◆ 한수연, 「호스피스 팀의 호스피스 및 연명의료결정참여 경험에 대한 사례 연구」, 『보건사회연구』, 39(1), 2019, 452~484쪽.
- ◆ Bailey, M., Cao, R., Kuchler, T., Stroebe, J., & Wong, A., “Social connectedness: Measurement, determinants, and effects”, *Journal of Economic Perspectives*, 32, 3(2018), pp.259~280.

- ◆ Banks, S., *Ethics and values in social work*, Bloomsbury Publishing, 2020.
- ◆ Biestek, F. P., *The casework relationship*. Loyola University Press, 1957.
- ◆ Bronfenbrenner, U., *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press, 1979.
- ◆ Buber, M., *I and Thou* (R. G. Smith, Trans.), Scribner, (Original work published 1923), 1958.
- ◆ Chan, W. C. H., Tin, A. F., & Wong, K. L. Y., "Effectiveness of an experiential workshop for enhancing helping professionals' self-competence in death work in Hong Kong: A randomised controlled trial", *Health & Social Care in the Community*, 25, 3(2017), pp.e64-e74, <https://doi.org/10.1111/hsc.12268>
- ◆ Clark, D., *Cicely Saunders: A life and legacy*. Oxford University Press, 2019.
- ◆ Cornwell, E. Y., & Waite, L. J., "Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults", *Journal of Health and Social Behavior*, 50, 1(2009), pp.31~48. <https://doi.org/10.1177/002214650905000103>
- ◆ Dossey, B., & Keegan, L., *Holistic nursing: A handbook for practice*. Jones & Bartlett Learning, 2008.
- ◆ Figley, C. R., "Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care", *Journal of clinical psychology*, 58, 11(2002), pp.1433~1441.
- ◆ Figley, C. R., *Treating compassion fatigue*. Brunner-Routledge, 2002.
- ◆ Halldorsdottir, S., "Nursing as compassionate competence: A theory on professional caring", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 4(2012), pp.817~825, <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00985.x>
- ◆ Halpern, J., *From detached concern to empathy: Humanizing medical practice*. Oxford University Press, 2001.

- ◆ Hegarty, D. & Buchanan, B., *Psychologist Norms for the Professional Quality of Life Scale* (ProQOL). Retrieved from <https://novopsych.com/news/psychologist-norms-for-the-professional-quality-of-life-scale-proqol/>, (2021, November 29).
- ◆ Held, V., *The ethics of care: Personal, political, and global*. Oxford University Press, 2006.
- ◆ Hochschild, A. R., *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press, 1983.
- ◆ Ingebreetsen, L. P., & Sagbakken, M., “Hospice nurses’ emotional challenges in their encounters with the dying”, *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11, 1(2016), p.31170.
- ◆ Judd, F., & Sheffield, J., “Hospital and health service social workers and palliative care: Psychosocial care in the context of progressive, life-threatening illness”, *Australian Social Work*, 63, 1(2010), pp.4~18, <https://doi.org/10.1080/03124070903482785>
- ◆ Kellehear, A., *A social history of dying*. Cambridge University Press, 2007.
- ◆ Kramer, B. J., Parks, S. M., & Zilberberg, M. Long-term care for older adults with cognitive impairment: Family involvement and social work roles. *Journal of gerontological social Work*, 53(1), 2010, pp.7~24.
- ◆ Mackenzie, C., & Stoljar, N. (Eds.), *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. Oxford University Press, 2000.
- ◆ Noddings, N., “The caring relation in teaching”, *Oxford review of education*, 38, 6(2012), pp.771~781.
- ◆ Noddings, N., *Caring: A feminine approach to ethics and moral education* (2nd ed.), University of California Press, (Original work published 1984), 2012.

- ◆ Payne, M., *Social work in end-of-life and palliative care* (2nd ed.), Routledge, 2013.
- ◆ Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., ... & Shimoinaba, K., "How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: A review of literature", *The Open Nursing Journal*, 7(2013), pp.14~21, <https://doi.org/10.2174/1874434601307010014>
- ◆ Reith, M., & Payne, M., *Social work in end-of-life and palliative care*, Policy Press, 2009.
- ◆ Russell, D , Peplau, L. A., & Ferguson, M. L., "Developing a measure of loneliness", *Journal of Personality Assessment*, 42(1978), pp.290~294.
- ◆ Seeman, T. E., "Health-promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults", *American Journal of Health Promotion*, 14, 6(2000), pp.362~370, <https://doi.org/10.4278/0890-1171-14.6.362>
- ◆ Stajduhar, K. I., "Examining the perspectives of family members involved in the delivery of palliative care at home", *Journal of Palliative Care*, 19, 1(2003), pp.27~35, <https://doi.org/10.1177/082585970301900105>
- ◆ Travelbee, J., *Interpersonal aspects of nursing*, F. A. Davis, 1971.
- ◆ Tronto, J. C., *Caring democracy: Markets, equality, and justice*, New York University Press, 2013.
- ◆ Tronto, J. C., *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*, Routledge, 1993.
- ◆ Watson, J., *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.), University Press of Colorado, 2008.



■ 본 연구는 임종기 돌봄이 의료화와 제도화 속에서 죽음을 임상적 사건으로 환원하는 경향을 비판하고, 돌봄을 관계적·윤리적 행위로 재정의하고자 한다. 간호학과 사회복지학의 돌봄 관련 문헌(2000-2024)을 이론적으로 고찰하여 돌봄 관계의 핵심을 상호성(mutuality), 민감성(responsiveness), 경계 유지(boundary awareness)로 도출하였다. 간호학은 ‘지금-여기’의 치유적 순간과 존재적 동행을, 사회복지학은 사회적 관계망 복원과 지속의 돌봄을 강조하며 서로 보완적 패러다임을 형성한다. 상호성은 돌봄을 일방적 시혜가 아닌 상호 변화를 이끄는 윤리적 만남으로 전환시키며, 민감성은 타인의 고통과 침묵을 감지하여 관계적 응답으로 연결한다. 경계 유지는 감정적 과몰입과 비인간화를 예방하며 돌봄의 지속 가능성을 확보하는 윤리적 장치로 작용한다. 본 연구는 간호와 사회복지가 공유할 수 있는 통합적 관계 윤리 틀을 제시하고, 이를 바탕으로 교육·조직·정책 차원의 실천 전략을 제안하였다. 특히 관계 중심 돌봄 교육과정 개발, 관계의 질 평가 지표 구축, 제도적 지원체계 마련의 필요성을 강조하였다. 결론적으로 임종기 돌봄의 본질은 생명 연장이 아니라 마지막 순간까지 관계 속에서 존엄을 지키는 데 있으며, 상호성·민감성·경계 유지의

인간연구 제57호 겨울



Relational Ethics in End-of-Life Care: Integrating Nursing and Social Work Perspectives through the Principles of Mutuality, Responsiveness, and Boundary Awareness

Shim, Ka Ka

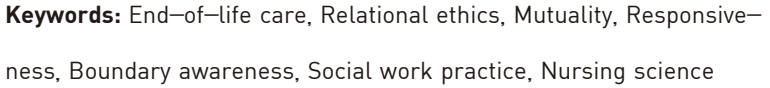
(Sangmyung University · Department of Nursing · Assistant Professor)

Cho, Sung Hwan

(The Catholic University of Korea · Graduate School of Social Welfare · Assistant Professor)

■ This study critiques the tendency of end-of-life care to reduce death to a clinical event through medicalization and institutionalization, and seeks to redefine care as a relational and ethical practice. Through a theoretical review of nursing and social work literature published between 2000 and 2024,

the study identifies three core principles of relational care: mutuality, responsiveness, and boundary awareness. Nursing emphasizes the “here-and-now” healing moment and existential accompaniment, while social work highlights the restoration and continuity of social relationships, forming complementary paradigms. Mutuality transforms care from one-sided benevolence into an ethical encounter of mutual transformation; responsiveness captures and interprets others’ isolation and silence into relational responses; and boundary awareness functions as an ethical mechanism that prevents emotional overinvolvement and dehumanization, ensuring the sustainability of care. This study presents an integrated framework of relational ethics shared by nursing and social work, and proposes practical strategies across educational, organizational, and policy levels. It particularly underscores the need for developing relationship-centered care curricula, establishing indicators to assess relational quality, and institutionalizing supportive systems. Ultimately, the essence of end-of-life care lies not in extending life but in preserving human dignity within relationships until the final moment, and the three principles of mutuality, responsiveness, and boundary awareness serve as key ethical foundations for realizing that goal.



- 임종기 돌봄의 관계적 윤리 377