

## 일 지역 간호사의 도덕적 고뇌 정도

유 명 속<sup>1)</sup>

### 서 론

#### 연구의 필요성

생명공학과 의학기술의 눈부신 발전은 생명연장을 위한 최신 의료장비와 기술의 등장과 함께 인간성 소외, 과잉진료의 문제, 의료자원의 분배와 같은 새로운 윤리적 문제를 야기하게 됨으로써 간호사가 여러 가지 도덕적 쟁점에 개입하는 경우도 늘어나고 있다. 아울러 간호사가 선택해야 할 일이 많아지고 논의에 참여하여 자신의 견해를 표현해야 할 의무가 커짐에 따라 간호전문직의 핵심요소인 간호사의 자율적 의사결정이 그 어느 때보다도 부각되고 있다.

그러나 오늘날 보건의료 조직 내에서 환자의 권리옹호를 위한 간호사의 윤리적 의사결정 참여 기회나 권한은 매우 제한적일 뿐만 아니라(한성숙 등, 2004) 간호사의 의지와는 관계없는 결정이나 행위를 하는 경우가 적지 않다(Wagner & Ronen, 1996). 또한 ICN의 국제 간호윤리강령이나 한국간호사의 윤리강령이 간호 본연의 자세를 인간의 존엄성과 생명의 기본권을 존중하는 것으로 규정하는 것에서 알 수 있듯이 간호사는 의사와 대상자 및 가족사이의 중개자 역할에서 과거 의사에 대한 무조건적인 복종에서 대상자를 위한 옹호로 변화함에 따라 의사결정이 어려운 상황에서 의료지향적 시각보다는 대상자에게 가장 이익이 되는 방향으로 행동할 것을 기대받기 때문에 실제로 윤리적인 갈등을 많이 겪게 된다(이원희, 2004).

도덕적 고뇌는 Jameton(1984)에 의해 도덕적 딜레마로부터

구분되어 소개된 이후 국외에서는 꾸준히 연구가 되어왔으나 국내에서는 다소 생소한 개념에 속하며 서양의 관점이 아닌 한국적인 맥락에서 이해를 구하고자 유명숙(2003, 2004)에 의해 국내 간호사들을 대상으로 개념분석과 측정도구개발이 시도되었다.

도덕적 고뇌란 윤리적 문제를 내포한 간호 상황에서 많은 경우 간호사가 어떻게 하는 것이 환자에게 최선의 이익이 될 수 있는지 잘 알고 있지만 여러 가지 제약에 의해 그 옳은 길을 따르는 것이 불가능할 때 경험하는 고통스러운 감정 혹은 심리적인 불균형 현상을 말하며, 이는 질적 간호를 저해할 뿐만 아니라 간호사의 정서적인 고통, 직무 불만족, 도덕적 통합성 결여, 잦은 이직 등의 중요한 요인으로 보고되고 있다(Alvita, 2002; Corley, Elswick, Gorman, & Clor, 2001; Millette, 1994; Perkin, Young, Freier, Allen, & Orri, 1997; Wilkinson, 1988).

Fry(2004)에 의하면 간호윤리 연구의 초점이 간호사의 윤리적 의식과 행동에 관한 연구와 간호윤리를 가르치는 방법에서 윤리적인 의사결정을 내리는 방법과 복잡한 간호이슈에 부딪치는 간호계획에 관한 것으로 변화하고 있고, 우리나라의 경우 1990년대에 들어 간호윤리 관련연구의 수가 증가하며, 점차 간호사들이 실제 상황에서 부딪치는 윤리문제들에 대한 깊이 있는 분석이나 문제들에 대한 해결방법을 모색하는 연구가 시도되고 있다(김미주, 2000).

이에 간호 전문직 경험의 중요한 요소인 도덕적 고뇌에 대하여 국내 연구가 매우 미미한 현 시점에서 일 지역 종합병원 간호사를 대상으로 도덕적 고뇌정도를 규명함으로써 간호

주요어 : 도덕적 고뇌, 간호윤리

1) 대구가톨릭대학교 의과대학 간호학과, 전임강사(교신저자 E-mail: sryoo7@cu.ac.kr)

투고일: 2006년 1월 24일 심사완료일: 2006년 3월 5일

사의 도덕적 고뇌 현상에 대한 이해증대와 도덕적 고뇌에 따른 어려움을 효율적으로 관리할 중재방안 모색과 의료의 윤리적 환경구축에 대한 과학적 근거자료를 제공하기 위하여 본 연구를 실시하고자 한다.

## 연구의 목적

- 간호사의 도덕적 고뇌의 영역별 점수 분포를 파악한다.
- 영역별 문항순위를 파악한다.
- 일반적 특성에 따른 간호사의 도덕적 고뇌 정도를 파악한다.

## 용어 정의

- 간호사의 도덕적 고뇌

윤리적인 문제를 내포한 간호 상황에서 간호사가 환자의 이익을 위해 어떻게 하는 것이 옳은 것인지 잘 알고 있지만 여러 가지 제약에 의해 그 옳은 길을 따르는 것이 불가능할 때 경험하는 고통스러운 감정 혹은 심리적인 불균형 현상을 말한다(Jameton, 1984).

본 연구에서는 유명숙(2003)의 상황적, 인지적, 행동적, 정서적 영역의 총 66개 문항으로 구성된 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구로 측정된 점수를 의미한다.

## 연구 방법

### 연구설계

본 연구는 일지역 종합병원에 근무하는 간호사를 대상으로 도덕적 고뇌 정도를 규명하고자 수행된 기술적 조사연구이다.

### 연구대상

본 연구의 대상은 D시 소재 4개 종합병원에 근무하는 간호사 302명으로서 질문지 내용을 이해하고 연구에 동의한 자로 선정하였다.

### 연구도구

- 간호사의 도덕적 고뇌 측정 도구

본 연구에 사용한 연구도구는 유명숙(2003)이 개발한 Likert 5점 척도를 사용하였으며 영역별 문항수와 신뢰계수는 다음과 같다. 상황적 영역 30문항(Cronbach's  $\alpha$  .94)은 도덕적 문제를 내포한 간호 상황을 의미하며 5개 하위요인 즉, 부적절 진료행위 12문항, 부적절 간호행위 7문항, 환자의 자율성 존

중결여 4문항, 과중한 경제적 부담 4문항, 비합리적인 조직행정 3문항으로 구성되어 있다. 인지적 영역 18문항(Cronbach's  $\alpha$  .92)은 간호사의 도덕적 행위를 방해하는 제약조건을 의미하며 2개 하위요인 즉, 외적제약 8문항, 내적제약 10문항으로 구성되어 있다. 행동적 영역 5문항(개발당시 다중선택 형식이었으나 본 연구에서 Likert 5점 척도)은 제약조건에 따른 행동양상을 의미하며 1개 하위요인 즉, 부정적 행동반응 양상으로 구성되어 있고, 정서적 영역 13문항(Cronbach's  $\alpha$  .90)은 도덕적 행동 불이행에 따른 정서적 반응을 의미하며 1개 하위요인 즉, 부정적 정서반응으로 구성된 총 66문항의 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구를 사용하였으며 본 연구에서의 영역별 신뢰계수는 상황적 영역 Cronbach's  $\alpha$  .93, 인지적 영역 Cronbach's  $\alpha$  .92, 행동적 영역 Cronbach's  $\alpha$  .73, 정서적 영역 Cronbach's  $\alpha$  .92 였다.

### 자료수집방법

자료수집기간은 2004년 4월 1일부터 2004년 4월 30일까지였으며, 자료수집은 연구자가 전화로 해당 병원 간호부(과)장의 협조를 얻어 D시 소재 500병상 이상 규모의 4개 종합병원에서 일반 병동 및 중환자실 중심으로 3개 병원은 각 100명씩, 1개 병원은 50명으로 총 350명의 간호사를 편의추출하였다. 무기명과 비밀보장을 명시한 설문지를 연구자가 해당병원 간호부(과)를 직접 방문하여 의뢰한 후 1개월 뒤 재방문하여 회수하였다. 설문지 회수율은 97%였으며, 응답이 불성실한 설문지를 제외하고 최종 연구대상자 302명을 선정하였다.

### 자료의 분석

수집된 자료는 SPSS for Window 11.5 프로그램을 이용하여 통계처리 하였으며, 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율로 산출하였고, 영역별 간호사의 도덕적 고뇌정도는 평균과 표준편차를 구하였으며, 도덕적 고뇌의 영역별 문항순위는 평균과 순위 등의 서술통계를 시행해 파악하였고, 간호사의 일반적 특성에 따른 간호사의 고뇌정도의 차이는 ANOVA와 Duncan test를 실시하였다.

## 연구 결과

### 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 연령은 25-29세가 40.7%로 가장 많았으며, 교육정도는 전문대 졸업이 73.8%를 차지하였고, 근무경력 5년 이상이 43.7%로 가장 많았으며, 결혼상태는 미혼

이 69.9%로 기혼(30.1%)보다 더 많았다. 종교는 없음 49.0%, 천주교(27.2%), 기독교(12.6%), 불교(11.3%), 기타(1.0%) 순이었다. 근무 간호단위는 외과계 병동이 23.5%로 가장 많았으며, 그 다음으로는 내과계 병동(19.2%), 기타(18.2%), 중환자실(14.6%), 산소아과계 병동(11.3%), 응급실(9.9%), 신생아실(3.3%)의 순으로 나타났다. 현재 직위는 일반간호사가 86.1%로 가장 많았다<표 1>.

수이상으로 높게 나왔는데 상황적 영역 80.54±14.82점(150점 만점), 인지적 영역 52.99±9.98점(90점 만점), 행동적 영역 13.30±2.85점(25점 만점), 정서적 영역 48.06±7.76점(65점 만점)이었다. 요인별 평균점수 분석결과 상황적 영역의 부적정 진료 행위(34.20±7.27)가 가장 높게 나왔고, 인지적 영역은 내적제약(28.61±5.69)이 외적제약(24.38±5.07)보다 높게 나타났으며, 전체적으로 정서적 영역의 점수가 가장 높게 나타났다<표 2>.

<표 1> 대상자의 일반적 특성 (n=302)

특성	범주	n	%
연령	24세 이하	91	30.1
	25-29세	123	40.7
	30-34세	60	19.9
	35세 이상	29	9.3
교육정도	전문대졸	223	73.8
	대졸 이상	79	26.2
근무경력	1년 미만	8	2.6
	1- 2년 미만	85	28.1
	3-5년 미만	77	25.6
결혼상태	5년 이상	132	43.7
	기혼	91	29.8
종교	미혼	211	30.1
	가톨릭	82	27.2
종교	기독교	38	12.6
	불교	34	11.3
	없음	148	49.0
	없음	148	49.0
근무부서	내과계 병동	58	19.2
	외과계 병동	71	23.5
	산소아과계 병동	34	11.3
	중환자실	44	14.6
	응급실	30	9.9
	신생아실	10	3.3
	기타	55	18.2
직위	일반간호사	260	86.1
	책임간호사	25	8.3
	수간호사	17	5.6

영역별 문항순위

간호사의 도덕적 고뇌의 각 영역별 상·하위 5개 문항을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 상위 문항의 경우 상황적 영역에서는 ‘의사의 능력대처, 통증호소에 의사의 무성의한 대응, 무성의한 의사의 처치행위, 성실한 답변을 하지 않는 의사의 태도, 노인에 대한 보호자의 치료포기 혹은 거부’ 순이었다. 인지적 영역에서는 ‘과중한 업무부담, 의사지시에 대한 관행적 수행, 타성, 간호사의 의사결정권 부족, 불합리한 보건의료 정책’ 순이었다. 행동적 영역에서는 ‘일단 물러서서 대처전략 구상, 상황을 묵인, 이직 고려, 회피, 마찰’ 순으로서 일차적인 상황에 대하여 소극적인 태도를 보이는 것으로 나타났다. 정서적 영역에서는 ‘무력감이 든다, 속이 상한다, 안타깝다, 화가 난다, 환자나 보호자에게 미안한 마음이 든다’ 순으로 나타났다.

둘째, 하위 문항의 경우 상황적 영역에서는 ‘윤리적 절차를 무시한 의사 임의의 생명연장 치료중단, 간호기록 조작의 요구, 동료의 투약과오 묵인, 간호사 자신의 투약과오, 간호처치 오류’ 순이었다. 인지적 영역에서는 ‘실적에의 두려움, 개인의 종교적 신념차이, 동료 간호사의 비협조, 부적절한 인사관리, 용기부족’ 순이었다. 정서적 영역에서는 ‘두렵다, 갈수록 무덤덤하다, 죄책감이 든다, 자신이 실망스럽다, 우울하다’ 순이었다<표 3, 표 4>.

영역별 간호사의 도덕적 고뇌 정도

간호사의 도덕적 고뇌의 영역별 평균점수는 모두 중간 점

일반적 특성에 따른 영역별 간호사의 도덕적 고뇌 정도

<표 2> 영역별 간호사의 도덕적 고뇌정도 (n=302)

영역	Mean ± S.D	Mean Score	하위요인	Mean ± S.D	Mean Score
상황적 영역(30문항)	80.54 ± 14.82	2.68	부적정 진료행위 (12 문항)	34.20 ± 7.27	2.85
			부적정 간호행위(7 문항)	17.10 ± 3.50	2.44
			환자의 자율성 존중결여(4문항)	10.98 ± 2.53	2.74
			과도한 경제적 부담 (4문항)	10.86 ± 2.94	2.72
			불합리한 조직행정(3문항)	7.40 ± 1.89	2.47
인지적 영역(18문항)	52.99 ± 9.98	2.94	외적 제약(8 문항)	24.38 ± 5.07	2.86
			내적 제약(10 문항)	28.61 ± 5.69	3.05
행동적 영역(5문항)	13.30 ± 2.85	2.66	부정적 행동반응(5문항)	13.30 ± 2.85	2.66
정서적 영역(13 문항)	48.06 ± 7.76	3.70	부정적 정서반응(13 문항)	48.06 ± 7.76	3.70

<표 3> 영역별 상위 문항

(n=302)

영역	문항	Mean±SD
상황적 영역	1. 간호사의 부름에 대해 의사의 즉각대처 혹은 무응답인 경우	3.33±0.94
	2. 환자의 통증호소에 대해 의사의 무성의하게 대응할 경우	3.23±0.84
	3. 의사의 무성의한 처치행위를 접할 경우	3.15±0.83
	4. 환자나 보호자의 질문에 성실한 답변을 해주지 않는 의사의 태도를 접할 경우	3.11±0.86
	5. 노인이라는 이유로 보호자가 적극적인 치료를 포기하거나 거부할 경우	3.09±1.00
인지적 영역	1. 과중한 업무부담	3.60±0.89
	2. 의사의 지시에 대한 관행적 수행	3.29±0.80
	3. 타성	3.26±0.86
	4. 의사결정권의 부족	3.18±0.90
	5. 불합리한 보건의료정책	3.14±0.88
행동적 영역	1. 일단 물러서서 새로운 대처전략을 구상한다.	2.83±0.78
	2. 상황을 묵인한다.	2.82±0.83
	3. 이직을 고려한다.	2.75±0.96
	4. 상황을 회피한다.	2.71±0.82
	5. 마찰을 일으킨다.	2.24±0.74
정서적 영역	1. 무력감이 든다.	4.12±0.76
	2. 속이 상한다.	3.94±0.69
	3. 안타깝다.	3.94±0.68
	4. 화가 난다.	3.77±0.73
	5. 환자나 보호자에게 미안하다.	3.76±0.77

<표 4> 영역별 하위문항

(n=302)

영역	문항	Mean±SD
상황적 영역	1. 간호지식, 경험부족으로 환자에게 불이익을 초래할 경우	2.25±0.66
	2. 간호사 자신의 투약 오류	2.21±0.63
	3. 동료간호사가 투약과오 묵인	2.07±0.64
	4. 간호기록의 조작을 요구받을 경우	1.95±0.77
	5. 윤리적 절차를 무시한 의사 임의의 생명연장치료 중단	1.95±0.82
인지적 영역	1. 용기부족	2.82±0.80
	2. 부적절한 인사관리	2.79±0.88
	3. 동료 간호사의 비협조	2.37±0.82
	4. 개인의 종교적 신념차이	2.30±0.90
	5. 실직에의 두려움	2.19±0.85
정서적 영역	1. 우울하다.	3.64±0.94
	2. 자신이 실망스럽다.	3.55±0.97
	3. 죄책감이 든다.	3.51±0.83
	4. 무덤덤하다.	3.49±0.88
	5. 두렵다.	3.39±0.94

일반적 특성에 따른 영역별 간호사의 도덕적 고뇌정도에서 상황적 영역에서는 연령(F=3.379, p=.019), 교육정도(F=-4.181, p=.000), 근무경력(F=4.167, p=.007), 결혼상태(F=2.588, p=.010), 근무부서(F=2.613, p=.018)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 사후검정 결과 상황적 영역에서는 연령이 35세 이상인 간호사가 24세 이하, 25세-29세, 30세-34세인 간호사에 비해 도덕적 고뇌점수가 유의하게 더 높았고, 근무경력이 3년-5년 미만과 5년 이상인 간호사가 1년 미만과 1-3년 미만간호사에 비해 도덕적 고뇌점수가 더 높았으며, 근무부서가 중환자실인 간호사가 외과계 병동 간호사에 비해서 도덕적 고뇌점수가 더 높았으며, 내과계 병동, 응급실,

신생아실, 그리고 기타 부서의 간호사가 산소아계 병동 간호사에 비해 도덕적 고뇌점수가 더 높았다. 인지적 영역에서 교육정도(F=-2.433, p=.016)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며, 행동적 영역에서는 통계적으로 유의한 항목은 없었고, 정서적 영역에서는 교육정도(F=-2.744, p=.007)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었는데 사후검정 결과 수간호사가 일반간호사와 책임간호사에 비해 도덕적 고뇌점수가 더 높았다<표 5>.

## 반 의

<표 5> 일반적 특성에 따른 도덕적 고뇌정도

(n=302)

특성	범주	상황적 영역		인지적 영역		행동적 영역		정서적 영역	
		Mean±SD	F(p) Duncan	Mean±SD	F(p) Duncan	Mean±SD	F(p) Duncan	Mean±SD	F(p) Duncan
연령	a. 24세 이하	76.70±15.24	3.379 (.019)* a, b, c <d	52.78±10.83	0.209 (.890)	13.13±3.28	0.495 (.686)	48.55± 7.86	0.782 (.505)
	b. 25-29세	81.72±14.08		52.64± 9.19		13.21±2.66		48.10± 7.26	
	c. 30-34세	81.49±14.37		53.85±10.84		13.53±2.67		46.67± 8.02	
	d. 35세 이상	86.17±16.00		53.20± 8.72		13.77±2.66		48.63± 8.54	
교육 정도	a. 전문대 졸	78.53±15.10	-4.181 (.000)* a <b	52.15±10.04	-2.433 (.016)* a <b	13.60±3.01	-1.377 (.170)	47.34± 8.06	-2.744 (.007)* a <b
	b. 대졸 이상	86.08±16.00		55.37± 9.52		13.68±2.36		49.84± 6.33	
근무 경력	a. 1년 미만	74.48±16.05	4.167 (.007)* a, b <c, d	50.13±10.18	0.370 (.775)	12.13±3.36	0.722 (.540)	47.33±10.98	0.855 (.465)
	b. 1-3년 미만	76.19±14.71		52.36±10.54		13.13±3.10		49.20± 7.69	
	c. 3-5년 미만	82.81±13.98		53.43± 9.66		13.54±2.81		47.90± 7.50	
	d. 5년 이상	82.64±14.73		53.13± 9.91		13.35±2.73		47.48± 7.72	
결혼 상태	a. 기혼	84.09±15.64	2.588 (.010)* b <a	53.90± 9.21	1.019 (.309)	13.36±2.92	0.263 (.793)	47.30± 8.79	-1.009 (.314)
	b. 미혼	79.07±14.29		52.59±10.29		13.27±2.84		48.30± 7.20	
종교	가톨릭	83.17±14.36	1.425 (.236)	53.14±10.70	0.833 (.477)	13.39±2.98	0.101 (.959)	48.12± 8.94	0.089 (.966)
	기독교	81.73±13.90		53.71±10.75		13.16±2.71		48.11± 6.52	
	불교	78.20±14.18		55.27±10.46		13.50±3.08		48.70± 7.84	
	없음	79.38±15.33		52.36± 9.12		13.30±2.73		47.95± 6.71	
근무 부서	a. 내과계 병동	85.15±15.22	2.613 (.018)* b <d, c <a, e, f, g	54.91±10.06	0.960 (.453)	13.45±2.93	1.341 (.239)	49.36± 7.26	0.509 (.802)
	b. 외과계 병동	77.84±13.80		51.39± 8.85		13.00±2.98		47.40± 6.73	
	c. 산소아과 병동	75.89±12.99		51.82± 9.13		12.82±2.59		46.81± 6.21	
	d. 중환자실	81.15±14.48		52.49±11.26		12.61±2.46		48.39± 7.93	
	e. 응급실	84.02±16.58		52.18± 9.66		13.97±2.83		47.86± 7.65	
	f. 신생아실	87.544±8.51		55.90± 7.05		14.10±3.38		47.40±12.50	
	g. 기타	78.24±15.51		53.77±11.21		13.75±2.88		48.10± 9.10	
직위	a. 일반 간호사	80.15±14.73	1.025 (.360)	53.11± 9.93	0.318 (.728)	13.21±2.90	1.080 (.341)	48.01± 7.88	3.337 (.037)* a, b <c
	b. 책임 간호사	81.04±12.20		52.79± 9.31		13.56±2.68		45.38± 6.21	
	c. 수 간호사	85.60±19.28		51.00±12.34		14.27±2.28		51.75± 5.43	

\* p < 0.05

간호사의 도덕적 고뇌의 영역별 점수 분포

본 연구에서 간호사의 도덕적 고뇌의 영역별 점수분포는 상황적 영역이 80.54±14.82(150점 만점), 인지적 영역이 52.99±9.98(90점 만점), 행동적 영역이 13.30±2.85(25점 만점), 정서적 영역이 48.06±7.76(65점 만점)으로서 4개 영역 모두 중간점수 이상으로 높게 나타났는데 이는 유명숙(2003)의 연구를 지지하는 결과이기도 하며, 도구의 구성은 다르지만 도덕적 고뇌 유발의 선행요인을 7점 척도로 측정한 Corley et al.(2001)의 연구에서도 간호사의 도덕적 고뇌를 유발하는 상황적 요인의 경험빈도 점수가 중간정도인 것으로 보고하고 있다. 또한 요인별 평균점수 분석결과 상황적 영역의 부적정 진료행위 34.20±7.27점, 환자의 자율성 존중결여 10.98±2.53점, 과도한 경제적 부담 10.86±2.94점, 비합리적인 조직행정 7.40±1.89점, 부적정 간호행위 17.10±3.50점의 순으로 나타났는데 Wilkinson(1988)과 Omery, Henneman, Billet, Luna-Raines and Brown-Saltzman(1995)의 연구에서도 통증관리 부진, 치료방법에 대한

환자와 보호자에게 선택의 기회결여 및 사전정보제공 미비 등과 같은 부적절한 진료행위와 관련된 내용을 지적하고 있다. 한편 본 연구결과에서와 같이 의사의 비윤리적 태도와 관련된 간호사의 도덕적 고뇌에 비해 Corley et al.(2005)과 McDaniel(1998), 그리고 Rushton, Brooks-Brunn(1997)의 연구에서는 주로 조직의 비효율적인 정책과 경비절감과 관련된 병원의 정책에 의한 간호사의 도덕적 고뇌정도가 높은 것과는 차이를 보이고 있다.

인지적 영역의 요인별 평균점수 결과 외적제약 24.38±5.07점, 내적제약 28.61±5.69점으로써 평균평점은 내적제약이 외적제약 보다 높게 나왔다. 이는 윤리적 숙고과정에 간호사의 개입이 매우 저조하고, 행정적 지원 부진에 따른 도덕적 고뇌를 제시한 Tiedje(2000)와 McDaniel(1998)의 연구와 간호사가 윤리적 의사결정과정에 많이 개입하고 있다고 제시한 Penticuff and Walden(2000)의 연구에서와 같이 기관의 정책과 같은 외적제약 조건에 따라 다소의 차이가 있을 수도 있지만, 윤리적 실무환경을 조성하기 위해서 보건의료 조직 내 간호

사의 도덕적 고뇌 정도가 간호의 질에 중요한 영향을 미칠 수 있다는 근거자료를 제시하여 간호사의 윤리적 의사결정 참여를 높여나가야 할 뿐만 아니라 간호사 스스로도 내적 제약 조건을 극복할 수 있는 힘을 길러야 한다고 생각한다.

행동적 영역과 정서적 영역은 1개 요인으로 구성되어 있으므로 요인별 분석은 제외되었다. 유명숙(2003)의 연구에서와 같이 본 연구에서도 간호사들은 비도덕적 간호상황을 거슬러 적극적으로 대응하기보다는 일차적으로 매우 소극적인 행동을 취하는 것으로 나타났다. 이는 조직 내에서 간호사의 도덕적 의사결정 참여비율을 높이거나, 임파워먼트 프로그램 등을 통하여 간호사가 자신의 윤리적 소신을 행동으로 옮기는 경험을 쌓아가도록 교육적인 측면의 개선도 요구되는데, 간호윤리 교육에 대한 연구(이원희, 2004)는 외국의 경우 단순히 윤리적 의사결정만 아니라 그러한 토대를 만들기 위한 도덕적 민감성을 강화시키는 방향으로 교육하는 것에 비해 국내의 경우 기본적인 윤리내용 만이 강의식으로 이루어지고 있어 국내 간호윤리교육의 한계점을 지적하고 있다. Yoo, Kim and Kim(2005)이 국내 RN-BSN 대상으로 한 학기 간호윤리 교육이 간호사의 도덕적 민감성에 영향을 미치는 지에 대한 연구에서 상황적, 인지적 측면의 유의한 차이는 있었지만 행동적 영역에서는 유의한 차이가 없었는데, 이는 간호윤리 교육이 실제 임상에서 윤리적 행동을 실천하는 방향으로 나아가야 함을 시사한다고 본다. 또한 Tiedje(2000)의 연구에서 임상 간호사가 도덕적 고뇌를 넘어 도덕적 행동으로 나아가 수 있는 내적강화 방법으로써 역할모델, 이야기하기, 한계를 인정하기, 지도자를 구하기 등을 소개하고 있는데 우리나라 간호실무 환경에 적합한 윤리교육 프로그램의 개발과 그 효과 검증이 요구되는 부분이라고 생각한다. 정서적 영역에서는 상당히 높은 수준의 부정적 정서를 호소하고 있는데 이는 간호사의 도덕적 고뇌가 환자 간호의 질 저하, 직무불만족, 그리고 이직으로 말미암은 간호사 부족을 부추기는 현상을 초래하므로 병원윤리위원회에서 간호사가 임상에서 경험하는 윤리적 사안들에 대해서도 논의할 수 있도록 그 범위를 넓혀야 할 필요성을 제기하고 있다. 또한 도덕적 고뇌과정에서 간호사가 겪게 되는 부정적 정서 양상에 대하여 여러 연구에서(Jameton, 1984; Rodney, 1988; Tiedje, 2000; Wilkinson, 1988, 1989) 보고하고 있으나 부정적 정서의 양상 및 그 정도에 대한 조사가 이루어진 본 연구결과와 비교해볼 때 국외 연구의 경우 부정적 정서를 어느 정도 경험하는 지에 대한 언급이 없고, 본 연구도구 또한 국내 간호사를 대상으로 개발하였으므로 사회문화적 배경이 다른데서 오는 표현의 차이는 다소 있을 수 있다고 본다.

## 영역별 문항순위

본 연구에서의 문항별 순위는 상·하위 5개 항목으로 제한하여 파악하였는데 영역별 상·하위 문항순위는 국내의 선행 연구 결과(유명숙, 2003; Yoo, Lee, Li, Cui, & Shin, 2004)를 대부분 지지하였다. 상위 순위에 있어서 상황적 영역에서 높은 점수를 보인 의사의 비윤리적 태도에 비해 국외 연구에서는 의료진의 무관심, 무의미한 생명연장 치료과정(Rondey, 1988), 말기환자의 중환자실 입원치료, 의료팀간의 비협조, 비현실적인 의료수가(Fowler, 1989)가 제시되었고, Corley et al. (2001)은 '적은 인력으로 부적절한 간호를 수행할 때, 말기환자에게 불필요한 검사와 치료를 시행할 때, 무능력한 의사의 치료를 보조할 때, 위험한 수준의(부적절한) 간호인력으로 일할 때, 과도한 생명 연장술을 실시할 때'를 도덕적 고뇌의 상황적 요인으로 보고하고 있다. 이는 본 연구결과와 어느 정도 일치치를 보이는 항목이 있는 반면 병원정책과 의료수가, 말기환자에 대한 과도한 치료 등과 관련된 항목들은 다소 차이가 있음을 볼 수 있다. 따라서 앞서 밝힌 바와 같이 병원윤리위원회 혹은 다학제적 접근을 통한 심도있는 윤리적 논의과정을 통하여 윤리적 의료환경 조성에 간호사가 주도적 역할을 해야 할 것이며, 특히 노인에 대한 의료적 지원미비에 대해서는 다학제적 접근을 통하여 정책적 지원과 사회적 관심을 이끌어 내어야 할 부분이라고 생각한다.

인지적 영역에서 '과중한 업무부담, 의사지시에 대한 관행적 수행, 타성, 간호사의 의사결정권 부족, 불합리한 보건의료 정책' 등은 Wilkinson(1989)의 연구에서 나타난 '병원의 정책과 절차, 간호부 행정과 같은 외적제약과 용기부족, 자신감부족, 의사오더에 대한 관행적 수행, 실직에의 두려움, 과거 윤리적 행동의 무익함', Fenton(1988)과 Tiedje(2000)의 연구에서의 '개인의 가치신념과의 갈등', Millette(1994) 연구에서의 '조직의 힘' 등을 부분적으로 지지하고 있다. 따라서 다른 영역에서와 마찬가지로 간호사가 도덕적 행동을 방해하는 내·외적제약 조건을 극복하여 도덕적 행동으로 이행할 수 있도록 윤리적 논의과정에 간호사가 적극적으로 개입하는 방법을 여러 각도로 강구해 나가야 할 것이며, 특히 상위 간호조직에서의 지지결여와 간호사 개인의 내적제약 등은 간호실무영역에서 좀더 구체적인 윤리지침과 윤리교육 프로그램을 통하여 윤리의식 함양의 필요성을 시사하고 있다.

행동적 영역에서 도덕적 고뇌가 간호사 직무만족을 저하시키고 그 결과 간호직을 완전히 그만 두거나 다른 직장으로 옮기는 경우가 많다고 보고한 선행연구(Jacobson, 1983; Redman & Hill, 1997)의 결과는 본 연구에서와 같이 간호사가 비도덕적 상황에서 어떤 행동을 얼마나 자주 취하는지에 대한 언급이 없어 구체적인 비교는 어렵다. 그러나 간호사의

도덕적 고뇌로 인한 어려움을 경감시키기 위하여 간호윤리 현안에 대한 전체 간호사대상 교육프로그램, 간호윤리 저널클럽 등 병원 내 간호조직차원에서의 적극적인 지지방안이 모색되어야 할 것이며, 도덕적 고뇌와 직무만족, 간호생산성과의 연관성에 대한 연구결과를 통하여 병원조직차원의 관심도 이끌어내야 한다고 생각한다.

정서적 영역에서는 '분노, 좌절, 죄책감, 우울, 무력감, 위축감, 적개심 등(Perkin et al., 1997; Rodney, 1988; Tiedje, 2000; Wilkinson, 1988)으로 다소 표현상의 차이를 보인 국외 연구결과와 비교해 볼 때 국민의 정서나 그 표현양식에는 각 나라마다 다소 차이가 있기 때문이라고 생각되며, '환자나 보호자에게 미안한 마음이 든다'는 국외 논문에서는 찾아볼 수 없는 독특한 표현으로써 간호사가 환자나 보호자의 옹호자 역할을 할 수 없었을 때 정서적으로 많은 영향을 받는다는 의미로 해석할 수 있겠다. 특히 본 연구도구가 국내 간호사를 대상으로 개발한 도구로써 상황적 요인에 따른 부정적 정서반응이 어느 정도인지 파악할 수 있는데 비해 Corley et al. (2001)의 경우 도덕적 고뇌의 유발 상황에 대한 빈도만 파악했을 뿐 그에 따른 정서적 변화를 언급하지 않고 있어 본 연구결과가 보다 구체적이라고 할 수 있다.

둘째, 하위순위에서 상황적 영역은 부적절한 간호행위와 관련된 문항이 많이 포함되고, 인지적 영역에서는 주로 내적제약 조건들이, 정서적 영역에서는 국외에서 자주 거론되는 문항들이 오히려 하위순위에 속해 있지만 정서적 영역에서는 대다수 항목이 높은 평균평점을 받았기 때문에 국내·외의 비교는 어렵다고 본다.

### 일반적 특성에 따른 영역별 간호사의 도덕적 고뇌 정도

본 연구에서 일반적 특성에 따른 영역별 간호사의 도덕적 고뇌정도가 상황적 영역에서는 연령, 교육정도, 근무경력, 결혼상태, 근무부서가 통계적 유의성을 보였다. 이는 도구자체가 경험의 정도를 묻는 것이었으므로 연령과 근무경력이 쌓일수록 윤리적 문제를 내포한 간호 상황에 노출될 기회가 많았다는 것을 의미하며, 기혼인 경우와 교육수준이 높을수록 윤리적 가치수준과 함께 윤리적 갈등문제의 경험빈도가 높다는 선행연구의 결과를 지지한다(유명숙, 2003; Yoo et al., 2004). 또한 근무부서에 따라 신생아실 근무 간호사가 도덕적 고뇌정도가 가장 높았고, 내과계 병동, 응급실, 중환자실, 기타, 외과계 병동, 산소야계 병동 순이었다. 이는 간호업무의 형태가 도덕적 고뇌에 영향을 끼치게 되어 응급실과 중환자실 같이 위급하거나 중증인 환자 또는 말기환자를 자주 접하는 내과계 병동 간호사들이 더 많이 경험한다는(Davies et al., 1996; Fowler, 1989; Perkin et al., 1997; Rodney, 1988) 사실

이 본 연구에서도 지지되었다. 이와 대조적으로 Yoo et al. (2004)의 중국 연변지역 조선족 간호사와 우리나라 간호사를 비교 연구한 결과에 의하면 산부인과 병동 근무 간호사가 다른 근무분야에 비해 도덕적 고뇌정도 매우 높았을 뿐 전반적으로 낮은 점수를 보였다. 이는 첨단의료기술의 발달이 새로운 윤리적 문제를 야기한다는 점을 상기해 볼 때 중국 연변 지역의 사회경제적 수준 및 보건의료 수준저하(노춘희 등, 2003)로 간호사의 윤리적 갈등 경험의 기회가 적기 때문일 것으로 생각된다.

인지적 영역에서 통계적 유의성을 보인 항목은 교육정도로서 이는 도덕적 문제를 내포한 간호 상황 하에서 도덕적 행동을 방해하는 내·외적 제약의 인지정도가 교육정도에 따라 차이가 있음을 의미하는데 유명숙(2003)과 Yoo et al.(2004)의 연구에서도 지지되었다. 이는 간호윤리교육의 중요성을 새삼 깨닫게 하는 점이기도 하며, 학교와 실무에서 간호사의 올바른 윤리적 가치관의 수립, 윤리적 의사결정을 위한 우선 요건인 도덕적 민감성 확보, 그리고 병원윤리위원회의 간호사 참여증대를 통하여 조직의 관심을 이끌어내고 윤리정책에 반영함으로써 윤리적 의료환경 조성에 대한 간호사의 역할부인이 라고 생각한다.

행동적 영역에서는 간호사가 도덕적 문제를 내포한 간호 상황에서 자신의 가치신념에 의해 내려진 도덕적 판단을 행동으로 실천하지 못했을 때 취하는 부정적 행동반응을 의미하는데 통계적으로 유의한 항목은 없었다. 이는 본 연구의 다른 영역에서 유의한 변수로 작용하는 교육의 정도 혹은 근무부서 등이 도덕적 행동양식에는 별 영향을 미치지 않음을 의미하는데 이는 Corley et al.(2001)의 연구에서 인구학적 변수와 근무경력 관련 변수들이 도덕적 고뇌 수준을 예측하지 못한다는 결과를 지지하지만 우리나라 간호윤리 연구에서 중요한 변수로 나타나는 교육의 정도, 종교유무 및 종교 참여도 등이 본 연구의 행동적 영역에서는 유의한 차이를 나타내지 않았음은 반복연구의 필요성이 제기되는 부분이라고 생각한다.

정서적 영역에서 통계적 유의성을 보인 항목은 교육정도로서 이는 근무경력, 근무부서에 따라 유의한 차이를 나타낸 선행연구(Davies et al., 1996; Fowler, 1989; Perkin, et al., 1997; Rodney, 1988)와는 차이를 보인다. 또한 한국 간호사와 중국 연변 조선족 간호사를 대상으로 한 Yoo et al.(2004)의 연구에서는 두 집단 모두 일반적 특성에 따른 정서적 영역의 유의한 차이는 없었다고 보고하고 있다. 그런데 Dodd, Janson, Saltzman, Shirk and Wunch(2004)는 일반적 특성에 따른 윤리적 행동양식에는 유의한 관계가 성립되지 않고 다만 특별한 윤리교육과의 관계에서 유의한 상관관계가 있다고 보고하고 있다. 따라서 본 연구의 상황적, 인지적, 정서적 영역에서의 교육정도란 일반적으로 말하는 제도권 교육정도를 나타내므로

이와는 차이가 있다고 보며, 후속 연구에서 다양한 형태의 학교 혹은 임상실무에서의 윤리교육 프로그램과의 상관관계를 살펴봄으로써 효과적인 간호윤리 교육에 대해 더 구체적으로 알아 볼 필요가 있다고 생각한다.

## 결론 및 제언

본 연구는 일지역 간호사의 도덕적 고뇌 정도를 파악하기 위한 기술적 조사연구로서 연구대상은 D시 소재 4개 종합병원에 근무하는 간호사 302명이며, 자료수집기간은 2004년 4월 1일부터 2004년 4월 30일까지였으며, SPSS for Window 11.5 프로그램을 이용하여 빈도와 백분율, 평균과 표준편차, ANOVA 분석을 실시하였다.

본 연구결과 간호사의 도덕적 고뇌 점수가 상황적 영역, 인지적 영역, 행동적 영역, 정서적 영역 모두 중간점수 이상으로 높게 나왔으며, 특히 정서적 영역에서 매우 높은 점수를 보였다. 특히 의사의 비윤리적 행위와 관련된 간호 상황에서 간호사는 과중한 업무부담과 관행적 오더수행, 의사결정권 부족 등과 같은 내·외적 제약조건을 인지하게 되면 일차적 대응에 매우 소극적인 행동양상을 취하게 되며 그 결과 두려움, 죄책감 등과 같은 부정적 정서를 경험하게 되는 것으로 나타났다.

이상의 연구결과를 토대로 간호관리 차원에서의 간호사의 도덕적 고뇌 경감을 위한 중재방안 모색과 병원조직 차원에서의 윤리적 의료환경 구축을 위한 다각적인 방안이 강구되어야 할 필요성을 입증하였다는데 본 연구 의의를 가지지만 연구 결과의 일반화에 있어서 D시의 4개 종합병원 간호사를 대상으로 하였기 때문에 전국의 간호사로 일반화시키는데 제한점이 있다.

본 연구결과를 토대로 다음과 같은 추후연구를 제안하고자 한다.

첫째, 모집단을 대표할 수 있는 전국의 다양한 의료기관에 근무하는 대상으로 확대하여 간호사의 도덕적 고뇌 정도에 관한 반복연구를 실시한다.

둘째, 간호사의 도덕적 고뇌 경감을 위한 간호윤리 교육프로그램의 개발을 제안한다.

셋째, 간호사의 도덕적 고뇌에 관한 국가간 비교연구를 제안한다.

## 참고문헌

김미주 (2000). 생명의료윤리에 관한 간호연구 분석. *생명윤리*, 1(2), 113-121.  
 노춘희, 김경애, 이춘옥, 이진숙, 김수지, 송경애 (2003). 연변

지역 간호사의 의료기술발달과 돌봄의 속성에 대한 지각 및 전문직 자아개념. *대한간호학회지*, 33(3), 356-364.  
 유명숙 (2003). *간호사의 도덕적 고뇌측정 도구개발*. 연세대학교 박사학위논문.  
 유명숙 (2004). 간호사의 도덕적 고뇌 개념분석. *간호행정학회지*, 10(1), 49-62.  
 이원희 (2004). 간호윤리 교육과 연구의 동향. *간호학탐구*, 13(1), 24-34.  
 한성숙, 엄영란, 안성희, 김중호, 차성호, 권복규, 구인희, 임중식, 구영모 (2004). *간호윤리학2판*. 서울:대한간호협회 출판부.  
 Alvita, N., (2002). Moral Distress Among Nurses. *Issues Update:Ethics & Human Rights*, 1(3), spring. A.N.A.  
 Corley, M., Elswick, R, Gorman, M., & Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs*, 33(2), 250-256.  
 Corley, M., Minick, P. Elswick, R., & Jacobs, M. (2005). Nurse Moral Distress and Ethical Work Environment. *Nurs Ethics*, 12(4), 381-390.  
 Davies, B., Cook, K., O'Loane, M., Clarke, D., MacKenaie, B., Stutzwe, C., Connaughty, S., & McCormick, J. (1996). Caring for Dying Children ; Nurses' Experiences. *Pediat Nurs*, 22(6), 500-507.  
 Dodd, S. J., Jansson, B. S., Saltzman, K. B., Shirk, M., & Wunch, K. (2004). Expanding Nurses' Participation in Ethics: An Empirical Examination of Ethical Activism and Ethical Assertiveness. *Nurs Ethics*, 11(1), 15-27.  
 Fenton, M. (1988). Moral distress in clinical practice: Implications for the nurse administrator. *Can J Nurs Adm*, 1, 8-11.  
 Fowler, M. D. M. (1989). Ethical Issues In Critical Care: Moral distress and shortage of critical care nurses. *Heart & Lung*, 18(3), 314-315.  
 Fry, S. (1994). *Ethics in nursing practice*(2nd ed.). ICN: Blackwell.  
 Jacobson, S. (1983). Stresses and coping strategies of neonatal intensive care unit nurses. *Res Nurs Health*, 6, 33-44.  
 Jameton, A. (1984). *Nursing Practice: the Ethical Issue*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.  
 MacDaniel, C. (1998). Ethical environment reports of practicing nurses. *Nurs Clin North Am*, 33, 363-72  
 Millette, B. E. (1994). Using Gilligan's framework to analyze nurse's stories of moral choices. *West J Nurs Res*, 16(6), 660-674.



- Omery, A., Hennenman, E., Billet, B., Luna-Raines, M., & Brown-Saltzman, K. (1995). Ethical issues in hospital-based nursing practice. *J Cardiovasc Nurs*, 9(3), 43-53.
- Penticuff, J. H., & Waldren, M. (2000). Influence of practice environment and nurse characteristics on perinatal nurses' responses to ethical dilemmas. *Nurs Res*, 49(2), 64-72.
- Perkin, R. M., Young, T., Freier, M. C., Allen, J., & Orr, R. D. (1997). Stress and Distress in Pediatric Nurses: Lesson From baby K. *Am J Crit Care*, 6(3), 225-232.
- Redman, B., & Hill, M. (1997). Studies of ethical conflicts by nursing practice settings or roles. *West J Nurs Res*, 19, 243-250.
- Rodney, P. (1988). Moral distress in critical care nursing. *Can Crit Care Nurs J*, June, 9-11.
- Rushton, C. H., Brooks-Brunn, J. A. (1997). Environments that support ethical practice. *New Horiz*, 5(1), 20-29.
- Tiedje, L. B. (2000). Moral Distress in Perinatal Nursing. *J perinat Neonatal Nurs*, 14(2), 36-43.
- Wagner, N., Ronen, I. (1996). Ethical dilemmas experienced by hospital and community nurses: An Israeli survey. *Nurs Ethics*, 3(4), 294-304.
- Wilkinson, J. M. (1988). Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nurs Forum*, 23(1), 16-29.
- Wilkinson, J. M. (1989). Moral Distress: A Labor and Delivery Nurse's Experience. *JOGN Nurs*, 18(6), 513-9.
- Yoo, M. S., Lee, W. H., Li, C. Y., Cui, R. C., & Shin, I. H. (2004, August). *A Comparative Study on the Degree of Moral Distress Between Korean Nurses and Korean-Chinese Nurses in Yanbian*. the 15th World Congress on Medical Law, Sydney, Australia. Program and Abstract Book, 122.
- Yoo, M. S., Kim, I. S., & Kim, K. K. (2005). the 23rd Quadrennial Congress of the ICN, Taipei, Taiwan Abstract C.0980A

## A Study on the Degree of Moral Distress of Nurses in a City

Yoo, Myung Sook<sup>1)</sup>

1) Full-time Lecturer, Department of Nursing, Catholic University of Daegu

**Purpose:** This study was carried out to understand the degree of moral distress of nurses and to provide scientific data for searching measures to efficiently manage their moral distress. **Method:** The survey was conducted with 302 nurses at the general hospital in City D by using the self-report type of questionnaire composed of 66 questions of 5-point Likert scale in four dimensions. **Result:** The mean scores of moral distress of nurses showed higher than average in all four dimensions: 80.54±14.82 of 150 in the situational dimension, 52.99±9.98 of 90 in the cognitive dimension, 13.30±2.85 of 25 in the behavioral dimension, and 48.06±7.76 of 65 in the emotional dimension. In addition, moral stress of each factor in the situational area showed 34.20±7.27 in negative medical behavior, 10.98±2.53 in lack of respect for autonomy of patients, excessive economic burden 10.86±2.94, 7.40±1.89 in irrational organizational administration and 17.10±3.50 in negative nursing behavior. **Conclusion:** It is necessary to develop the intervention program to help nurses to reduce their moral distress since its degree showed considerably high.

**Key words :** Moral distress, Nursing ethics

• Address reprint requests to : Yoo, Myung Sook

Department of Nursing, Catholic University of Daegu  
3056-6, Daemyung 4-dong, Nam-Gu, Daegu 705-718, Korea  
Tel: +82-53-650-4824 Fax: +82-53-621-4106 E-mail: sryoo7@cu.ac.kr