

병원간호사의 한국어판 도덕적 고뇌 측정도구의 타당도와 신뢰도

채영란¹⁾ · 유수정²⁾ · 이은자³⁾ · 강경자⁴⁾ · 박명숙⁵⁾ · 유미⁶⁾

서 론

연구의 필요성

오늘날 보건의료 환경에서는 의료자원의 분배, 과잉진료, 임종기 의사결정, 자율성, 삶의 질과 양 등 이전에 존재하지 않았던 의사결정에의 참여 등과 같은 새로운 윤리적 문제가 발생함으로써 간호사가 여러 도덕적 문제에 개입하는 경우가 증가하고 있다(De Villers & De Von, 2012; Yoo, 2006). 간호사는 대상자의 옹호자, 조력자로서 역할을 하는 과정에서 선이 되는 행동을 하도록 기대받음으로써 윤리적 갈등을 경험한다(Yoo, 2003). 그리고 시간과 인력의 부족, 권한의 부족, 의사결정권의 부족, 기관의 규정, 조직의 분위기 등 상황적 제약 때문에 환자의 최선의 이익을 위해 옳고, 윤리적으로 적절하다고 믿는 행동을 수행할 수 없다고 지각하는 상황과 맞부딪힐 때 고통스러운 감정 혹은 심리적 불균형 현상을 경험한다(Hamric, Borchers, & Epstein, 2012; Ohnishi et al., 2010). 이와 같은 상황이 자주, 반복적으로 발생하면 간호사에게 도덕적 고뇌를 초래하고, 상황이 종료된 이후에도 도덕적 고뇌는 몇 개월 또는 몇 년까지도 지속되기도 한다(Hamric et al., 2012). 이와 같이 도덕적 고뇌는 복잡한 임상상황에서 간호사의 핵심가치나 전문가적 책무에 대한 도덕적 위협으로(Corley, 2002; Russell, 2012) 그 결과, 자존감의 상실, 대인관계 장애, 무력감, 분노, 비통감, 우울 등의 정서적 증상과 심계항진, 구

토, 설사, 두통 등과 같은 신체적 증상을 유발한다(Austin, Lerner, Goldberg, Bergum, & Johnson, 2005; Elpern, Covert, & Kleinpell, 2005). 또한 도덕적 고뇌는 환자간호의 질 저하, 환자의 만족도 저하, 간호사의 직무불만족, 소진, 이직과 관련성이 있으며(Corley, Minick, Elswick, & Jacobs, 2005; Epstein & Hamric, 2009; Hamric & Blackhall, 2007; Rice, Rady, & Hamrick, 2008), 환자중심 간호, 간호인력 부족, 환자 중증도의 증가 등과 같은 최근 보건의료 환경의 추세와 함께 간호사의 개인적 및 전문적 통합성 뿐 아니라 건강관리체계의 통합성 측면에서도 무시되거나 간과될 수 없는 중요한 문제로(Hamric et al., 2012) 대두되었다. 그러나 이와 같은 중요성에도 도덕적 고뇌의 개념적 및 이론적 명료성의 부족으로(Pauly, Varcoe, & Storch, 2012) 도덕적 고뇌를 측정하는 방법에 대한 연구자들 간의 합의가 부족하고, 연구를 통한 근거 기반 간호전략이 필요한 실정이다(Noh, Kim, & Kim, 2013). 즉, 신뢰성과 타당성이 검증된 표준화된 도구를 이용한 간호사의 도덕적 고뇌에 대한 명확한 측정과 이를 근거로 한 효과적인 중재전략의 개발이 필요하다(Zavotsky, 2015).

Corley, Elswick, Gorman과 Clor (2001)는 Jamaton (1983)의 도덕적 고뇌 정의에 기초하여 중환자실 간호사가 직면하는 도덕적 고뇌의 정도를 사정하는 32문항, 1-7점 리커트 척도의 Moral Distress Scale(MDS)를 개발하였으며, 이후 Corley 등 (2005)은 각 문항에서 도덕적 고뇌의 빈도와 강도를 구분하여 측정하는 0-6점 리커트 척도, 38문항의 MDS 개정판(Revised

주요어 : 간호사, 도덕적 고뇌, 타당도와 신뢰도

* 2014년도 강원대학교 학술연구조성비로 연구하였음(관리번호1201411474)

- 1) 강원대학교 간호학과 교수
- 2) 상지대학교 간호학과 교수(교신저자 E-mail: ryusj@sangji.ac.kr)
- 3) 송곡대학교 간호과 조교수
- 4) 제주대학교 간호대학 부교수
- 5) 건국대학교 간호학과 부교수
- 6) 경상대학교 간호학과 부교수, 건강과학연구원

Received: March 11, 2016 Revised: May 12, 2016 Accepted: May 13, 2016

MDS)을 개발하였다. 이후 간호사의 도덕적 고뇌와 관련된 많은 연구들(Corley et al., 2005; Elpern et al., 2005; Epstein & Hamric, 2009; Fetnandez-Parsons, Rodriguez, & Goyal, 2013; Meltzer & Huckabay, 2004; Ohnishi et al., 2010; Silen, Svantesson, Kjellstrom, Sidenvall, & Christensson, 2011; Rice et al., 2008)에서 Corley 등(2005)의 MDS를 이용하여 도덕적 고뇌를 측정하는 양적접근을 시도하였다. 그런데 MDS (Corley et al., 2005)는 Corley (2002)의 도덕적 고뇌 모델에 기초하여 그 이론적 명제가 매우 복잡하고 간호사의 개인적 요인만을 강조하여 임상에서 적용과 중재개발, 검증과정에 어려움이 있다(Hamric, 2010; Hamric & Blackhall, 2007; Noh et al., 2013). 따라서 임상상황, 인력, 자원, 직위, 전문직의 종류 등 상황맥락적 요인에 의해 영향을 받는 도덕적 고뇌의 특성을 반영하고, 다양한 임상세팅과 분야에서 이용할 수 있는 신뢰도와 타당도가 검증된 표준화된 도덕적 측정도구의 필요성이 제기되었다(Hamric, 2010; Pauly et al., 2012).

이에 Hamric 등(2012)은 Corley 등(2005)의 MDS에 근거하여 도덕적 고뇌의 임상상황, 내적 및 외적 제약 등의 근본 원인을 포함하고, 중환자실 외의 임상상황에도 적용을 확대하며, 간호사와 의사 등 다양한 보건의료전문가에서 적용할 수 있도록 MDS를 개정하여 Moral Distress Scale-Revised (MDS-R)를 개발하였다. 즉, Hamric 등(2012)은 상황적 맥락에 의해 영향을 받는 도덕적 개념의 복잡한 특성을 고려하여 성인환자와 소아환자로 간호대상을 구분하고 각각 의사, 간호사, 보건의료인으로 보건의료전문가 특성을 고려한 6개 버전의 MDS-R을 개발하였다. 이 도구는 각 문항에서 도덕적 고뇌를 경험하는 빈도와 불편감의 정도(강도)를 측정하는 0-4점 리커트 척도의 21문항과 도덕적 고뇌로 인한 이직 또는 사직 경험 및 이직고려 등에 대한 2문항의 개방형 질문으로 구성되었다. MDS-R 개발 당시 Cronbach's alpha는 .89이었으며(Hamric et al., 2012), Zavotsky (2015)연구에서 신뢰도 Cronbach's α 는 .95로 나타났고, 구성타당도는 가설검증을 통한 수렴 및 판별 타당도를 통해 검증하였다(Hamric et al., 2012). 또한 MDS-R을 이용한 Zavotsky (2015)의 연구결과와 MDS를 이용하여 도덕적 고뇌를 측정하는 다른 선행연구 결과들(Elpern et al., 2005; Epstein & Hamric, 2009; Fetnandez-Parsons, Rodriguez, & Goyal, 2013; Hamric & Blackhall, 2007; Ohnishi et al., 2010; Rice et al., 2008)과 비교했을 때 도덕적 고뇌 정도가 일관성있게 나타남으로써 MDS-R을 이용한 도덕적 고뇌 측정의 타당성을 확인할 수 있어 병원간호사의 도덕적 고뇌를 이해하는데 유용성이 높은 도구임을 알 수 있다.

한편, 국내에서는 Yoo (2003)가 선행연구 고찰을 바탕으로 질적 연구를 통해 도덕적 고뇌의 속성을 밝히고, 이를 기초하여 1-5점 리커트 척도, 66문항의 도덕적 고뇌 측정도구를 개

발하였으며, 이후 국내 간호사의 도덕적 고뇌를 측정한 연구들(Cho, An, & So, 2015; Han, 2005; Kim & Ahn, 2010; Ma, 2008; Yoo, 2006)에서 주로 이용되었다. 그런데 Yoo (2003)의 도구는 1, 2, 3차 병원간호사를 함께 대상으로 선정하여 도덕적 고뇌의 속성을 파악하고 문항을 개발하여 도구를 개발함으로써, 도덕적 고뇌는 환자간호를 수행하는 업무와 관련된 구체적인 간호실무 상황과 맥락에 의해 초래된다(Corley et al., 2005; Hamric et al., 2012)는 전제에 비추어 병원간호사의 도덕적 고뇌를 측정하는 데 제한이 있다고 생각한다. 실제 Yoo (2003)의 연구에서도 대학병원, 종합병원, 개인병원 등 간호사의 근무지의 형태에 따라 도덕적 고뇌 정도가 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 또한 Yoo (2003)의 도덕적 고뇌 측정도구는 중복되거나 모호한 문항을 포함하고, 행동적 영역은 도덕적 고뇌의 결과와 연관된 이직의도와 중복되며, 66문항으로 길고, 특히 임종기 연명의료결정과 관련된 보건의료 상황이 Yoo의 도덕적 고뇌 측정도구 개발(Yoo, 2003) 당시와 연명의료결정에 관한 법률이 공포된 오늘날과 상당히 달라짐에 따라 병원간호사에서 도덕적 고뇌 정도를 측정하기 위한 다른 접근이 필요하다고 생각한다. 즉, 현재 병원간호사에서 도덕적 고뇌를 유발하는 요인과 간호사에 대한 기대 등 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 사회문화적 맥락이 상당히 변화하여 Yoo (2003)의 도구를 이용하여 간호사의 도덕적 고뇌를 측정하는데는 제한이 있다.

그런데 MDS-R은 연명의료결정과 관련된 현재의 임상상황을 반영하고, 성인과 소아로 간호대상을 구분할 뿐 아니라 간호사, 의사, 보건의료인으로 도덕적 고뇌의 주체를 분류하여 각 각의 구체적인 임상실무 상황에서 도덕적 고뇌를 유발하는 근본원인을 재탐색함으로써 실무 적용성을 높였다. 그리고 MDS-R은 MDS를 이용한 선행연구들을 통해 비교적 낮은 빈도로 경험되거나 시대착오적인 문항은 제거하고, 문항의 명료성을 높임으로써 도덕적 고뇌 측정 타당성을 개선한 것으로 밝혀졌다(Hamric et al., 2012). 또한 MDS-R은 총 21문항으로 각 문항에서 경험하지 않거나 불편을 초래하지 않으면 '0' 점으로 계산되어 도덕적 고뇌 총점에 기여되지 않는(Hamric et al., 2012) 반면, Yoo (2003)의 도구는 총 66문항으로 경험을 확인하는 문항에 대해 "전혀 경험하지 않는다" 또는 "전혀 그렇지 않다"에 '1점'을 부여함으로써 MDS-R이 보다 더 간명하고 정교하게 도덕적 고뇌 정도를 반영할 수 있을 것으로 생각된다.

그러므로 본 연구에서는 성인대상의 MDS-R Nurse Questionnaire [Adult](Hamric et al., 2012)를 이용하여 국내 간호사의 도덕적 고뇌 측정에 활용하고자 한다. 이를 위해 우선적으로 성인환자를 간호하는 병원간호사를 대상으로 MDS-R의 한국어판 도구 타당화 연구를 진행하였다. 이를 통해 병원간호사의 도

덕적 고뇌 정도를 타당성있게 평가하고, 나아가 병원간호사의 도덕적 고뇌를 감소시키며, 전문직으로의 성장을 도모하여 이직과 소진을 관리하는 민감하고 효과적인 간호중재를 개발할 수 있는 기초를 마련할 수 있을 것으로 기대한다.

연구 목적

본 연구의 목적은 Hamric 등(2012)의 성인환자를 간호하는 간호사에서 도덕적 고뇌 측정도구(MDS-R Nurse Questionnaire [Adult])를 우리나라 실정에 맞게 번역하고, 신뢰도와 타당도를 검증하여 추후 국내 간호사의 도덕적 고뇌를 평가하는 연구에 사용될 수 있도록 하는 것이다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 한국어판 도덕적 고뇌 도구의 타당도를 검증한다.
- 한국어판 도덕적 고뇌 도구의 신뢰도를 검증한다.

연구 방법

연구 설계

Hamric 등(2012)의 성인대상 간호사에서 도덕적 고뇌 측정도구(MDS-R Nurse Questionnaire [Adult])를 한국어로 번역하고, 한국어판 MDS-R의 타당도와 신뢰도를 검증하기 위한 방법론적 연구이다.

연구 대상

본 연구는 강원도 소재 1개 대학병원에 근무하는 전체 간호사 중 본 연구의 참여에 서면동의한 간호사를 대상으로 하였다. 선행연구들에서 간호사의 나이(Corley et al., 2005), 임상경력(Elpern, et al., 2005; Han, 2005; Kim & Ahn, 2010; Rice et al., 2007) 등이 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 것으로 확인된 바, 일반간호사, 책임간호사, 수간호사 등 임상실무에서 환자간호에 참여하는 전체 간호사를 대상으로 하였다. 구성타당도 확인을 위해서는 문항 수의 최소 5배가 넘는 대상자가 필요하므로(Lee et al., 2009) 본 연구의 대상자 수는 MDS-R 21문항의 5배수가 넘는 최소 105명 이상이 되어야 한다. 총 251명에게 설문지를 배부하여 232부가 회수되어 회수율은 92.4%이었다. 수거된 설문지 중 일부 응답이 누락된 설문지 44부를 제외한 188명의 설문지를 최종 분석대상으로 하였다.

연구 도구

- 도덕적 고뇌 측정도구(MDS-R)

본 연구에서 도덕적 고뇌 측정에 Hamric 등(2012)이 개발한 MDS-R을 이용하였다. Hamric 등(2012)은 Corley 등(2005)의 도덕적 고뇌 측정도구(MDS)에 기초하고, 상황적 맥락에 의해 영향을 받는 도덕적 고뇌 개념의 복잡한 특성을 고려하여 성인환자와 소아환자로 간호대상을 구분하여 각각 의사, 간호사, 보건의료인으로 보건의료전문가 특성을 고려한 21문항의 6개 버전의 MDS-R를 개발하여 도덕적 고뇌 측정의 타당성을 높였다. 이 도구는 MDS가 급성기 간호상황에 초점을 둔 38 문항의 비교적 많은 문항으로 이루어진 도구인데 비해 도덕적 고뇌의 근본 원인을 포함한 21문항으로, 중환자실 외의 다양한 임상세팅에 있는 간호사, 의사 등 다양한 보건의료전문가에서 도덕적 고뇌를 측정하도록 고안되었다. 본 연구에서는 성인환자를 간호하는 간호사 질문지로 개발된 MDS-R Nurse Questionnaire [Adult]을 이용하였다. 이 도구는 간호사에서 도덕적 고뇌를 초래하는 임상상황, 내적 및 외적 제약을 포함하는 21문항, 5점 리커트 척도로 구성되었으며, 각 문항에서 도덕적 고뇌의 빈도('0': none - '4': very frequently)와 불편함의 정도(강도)('0': none - '4': great extent)를 측정하도록 개발되었다. 도덕적 고뇌 점수는 고뇌 빈도 점수와 불편함의 정도(강도) 점수를 곱하여(fxi) 계산되어 어떤 항목에서 전혀 경험하지 않았거나 불편함이 없었으면 '0' 점으로 계산되므로 그 범위는 0-336점이며, 도덕적 고뇌는 각 문항의 빈도와 강도 점수를 곱하고, 각 문항의 점수를 더하여 총점으로 계산되며, 점수가 높을수록 도덕적 고뇌가 큰 것을 의미한다. 한편, 경험하지 않은 문항이나 불편함을 초래하지 않은 문항은 '0'점으로 계산되어 도덕적 고뇌의 총점에 기여하지 않으며, Hamric 등(2012)은 이와 같은 점수체계가 보다 정교하게 도덕적 고뇌를 반영한다고 주장하였다. 또한 이 MDS-R은 도덕적 고뇌로 인한 이직 또는 사직 경험 및 이직고려 등에 대한 2 문항의 개방형 질문을 포함하였다.

도구개발 당시 신뢰도 Cronbach's alpha는 .89이었으며, 4명의 전문가를 이용하여 1, 2차의 내용타당도 검정을 하였고, 수렴 및 판별타당도 등을 이용하여 구성타당도를 검증하였다.

● 준거타당도 측정도구

한국어판 MDS-R의 준거타당도 검증을 위해 국내 간호사의 도덕적 고뇌의 속성에 대한 질적연구를 바탕으로 혼종모형을 이용하여 개발된 Yoo (2003)의 도덕적 고뇌 측정도구를 활용하였다. 이 도구는 국내 간호사를 대상으로 도덕적 고뇌를 측정하기 위해 개발된 유일한 도구로서 국내 간호사의 도덕적 고뇌를 측정하는 대부분의 선행연구들(Cho, An, & So, 2015; Han, 2005; Kim & Ahn, 2010; Ma, 2008; Yoo, 2006)에서 활용되어 국내 간호사의 도덕적 고뇌 정도를 파악하는데 이용됨으로써 한국어판 MDS-R의 준거타당도 검증에 적절하였다.

이 도구는 상황적 영역 30문항, 인지적 영역 18문항, 행동적 영역 5문항, 정서적 영역 13문항의 4개의 상위영역으로 구분된 5점 리커트 척도(1점: 전혀 경험하지 않는다 - 5점: 아주 많이 경험한다), 66문항으로 구성되었다. 이 중 행동적 영역 5문항은 제약조건에 따른 행동양상을 의미하며, 고뇌의 결과적인 측면으로 이직의도와 중복되는 등 한국어판 MDS-R에서 측정하는 속성과 비교하기에는 적합하지 않다고 판단되어 도구개발자에게 그 타당성에 대한 자문을 구하였고, 연구자들이 논의 후 제외하여 본 연구에서는 총 61문항이 활용되었다. 총점은 61점에서 305점의 범위로 점수가 높을수록 고덕적 고뇌가 높은 것을 의미한다. 도구개발 당시 신뢰도 Cronbach's alpha는 상황적 영역 .94, 인지적 영역 .92, 정서적 영역 .90이었다. 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's alpha는 상황적 영역 .93, 인지적 영역 .93, 정서적 영역 .92이었다.

연구 진행 절차

● 도구 번역

MDS-R의 개발 당시 연구책임자인 Dr. Hamric에게 도구 사용과 관련된 승인을 받은 후 연구자들이 원본 영문설문지를 한국어로 번역(forward translation)하였다. 간호학과 교수 5인과 병원간호사 3인에게 한국어판 설문지에서 번역의 정확성과 문화적 차이로 수정이 필요한 문항 등에 대한 검토를 통해 수정·보완하였다. 이 과정에서 'health care provider'는 '보건의료인'으로 번역하였고, '보건의료인의 연속성 부족으로 환자간호의 질이 떨어지는 것을 목격한다'의 경우 연속성 부족의 이해를 돕기 위해 '...연속성 부족(예, 잦은 로테이션, 교대근무, 잦은 이직 등)...' 처럼 일부 설명을 추가하여 수정하였다. 이렇게 개정된 한국어판 설문지를 영어와 한국어에 능통한 (간호학전공) 전문번역기관에 다시 영어로 역번역(back translation)을 의뢰하였다. 예로, 원문의 'physician's request'를 한국어판에서는 '의사의 지시'로 번역하였으며 역번역은 'doctor's instructions'으로 되어 있어서 역번역된 도구를 원래의 영문도구와 비교하여 의미전달의 왜곡없이 번역이 되었는지에 대해 역번역자와 영어와 한국어에 능통한 Korean American 교수 1인을 포함한 연구자들 간에 긴밀한 논의를 통해 확인, 정련하는 과정을 거쳤다. 추가로 수정할 문항이 없는 것에 최종 동의한 후 최종 한국어판 MDS-R(Korean MDS-R [KMDS-R]) 문항을 구성하였다.

● 예비조사

본 연구에서 KMDS-R은 MDS-R과 형식, 배열, 형태를 동일하게 제작하였다. 설문작성 시 도구의 형태의 적절성, 도구 문항의 언어표현의 적절성, 응답에 소요되는 시간 등을 알아

보기 위해 예비조사에 구두 동의한 수도권 및 연구대상 병원의 간호사 15인을 대상으로 자기기입식 설문조사를 실시하였다. 예비조사 결과 응답에 소요되는 시간은 약 20분이었고 표현이 모호하거나 이해하기 어려운 문항으로 1, 5, 17이 지적되었다. '비용감소에 대한 관리자나 보험회사의 압력'과 관련된 문항 1의 경우, 의료보험제도의 차이를 반영하여 '의료비용 감소와 관련된 병원정책이나 병원관리자의 압력'으로 수정하였다. '죽음에 대해 질문하는 임종환자와 죽음을 이야기 하지 말라는 가족의 요청을 따른다'의 문항 5는 '임종환자가 죽음에 대해 질문해도 죽음을 이야기하지 말라는 가족의 요청을 따른다'로 수정하였으며, '환자간호에 요구되는 적절한 능력을 갖추지 못한 간호사나 다른 보건의료인과 함께 일한다'의 문항 17은 '환자간호에 필요한 충분한 능력을 갖추지 못한 간호사나 다른 보건의료인과 함께 일한다'로 문맥을 이해하기 쉽도록 어순이나 용어를 수정하였다. 이 후 연구자들 간에 설문지 내용을 이해하고 작성하는데 문제가 없으며, 대체로 적당하다는 의견을 수렴하는 논의 및 재확인과정을 거쳐 최종 KMDS-R을 완성하였다.

● 본조사

자료 수집 기간은 2014년 2월부터 5월까지 이었다. 자료 수집 전에 강원대학교병원 연구윤리위원회에서 IRB승인(KNUH-2014-01-005)을 거친 후, 연구대상 대학병원 간호부서의 동의를 얻어 자료를 수집하였다.

설문지는 일반적 특성, KMDS-R, 준거타당도 측정을 위해 사용된 Yoo (2003)의 도덕적 고뇌 측정도구로 구성하였다. 설문조사를 실시한 연구원은 1인이며 간호사로 연구에 대한 설명문, 연구동의서, 설문지를 연구대상 병동 별로 간호사들에게 배부하였고, 설명문에는 연구 참여과정에서 언제든지 원하지 않으면 참여를 취소할 수 있으며, 연구 자료는 정해진 연구 목적 이외의 다른 목적으로 사용되지 않을 것이며 무기명으로 처리되어 비밀이 보장됨을 기술하였다. 설명문을 읽고 연구참여에 자발적으로 서면동의한 간호사들은 설문내용의 비밀이 유지되는 장소에서 설문에 응답 후 밀봉하여 각 병동에 비치한 설문지 수거용 상자에 넣도록 하였다. 설문에 소요된 시간은 약 20분으로 확인되었다. 설문지를 통해 수집된 자료는 모두 코드화하여 자료 분석에 사용하였다.

자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSSWIN(19.0) 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차로 제시하였다. 요인구조분석을 위해 KMDS-R 문항들에 반영된 문화적 차이가 신뢰도, 타당도에 영향을 주는지 문항분

석을 실시하여 검정하였다. MDS-R의 경우 아직 요인구조가 확정되지 않은 상태여서 탐색적 요인분석을 이용하여 구성타당도를 검정하였다. 요인분석의 적합성은 Kaiser-Meyer-Ikin (KMO)와 Bartlett 구형성 검정을 실시하였고, 요인분석은 Varimax 회전을 이용한 주성분분석을 이용하였다. 준거타당도는 KMDS-R과 Yoo의 도덕적 고뇌 측정도구의 하부요인과 전체 점수 사이의 Pearson 상관계수로 제시하였고, 내적일관성 신뢰도 검증은 Cronbach's alpha와 Guttman 반분 신뢰도 계수로 제시하였다.

연구 결과

대상자의 일반적 특성

연구대상자의 평균연령은 29.4±6.64세이었으며, 3년제를 졸업한 간호사가 99명(52.7%)으로 가장 많았다. 연구대상자 중 130명(69.1%)이 미혼이었으며, 종교가 없는 대상자가 116명(61.7%)이었다. 현재 근무하는 병동은 외과병동(23.9%), 내과병동(22.3%), 중환자실(21.3%) 순이었고 인공신장실이나 호스피스 병동이 포함된 기타 병동이 9%를 차지하였다. 현 병동의 근무기간은 평균 31.8±34.3개월이었고, 총 근무기간은 평균 73.6±71.6개월이었다. 연구대상자 중 165명(87.8%)이 일반간호사이었다. 최근 1년 동안 윤리교육을 받은 대상자는 52명

<Table 1> General Characteristics of Participants

(N=188)

Variables	Categories	n(%) or Mean±SD	Range
Age(year)		29.4±6.64	21-53
Education	3-year college	99(52.7)	
	4-year college	74(39.4)	
	Graduate	15(8.0)	
Marital status	Single	130(69.1)	
	Married	57(30.3)	
	Divorced	1(0.5)	
Religion	Yes	72(38.3)	
	No	116(61.7)	
Working ward	Surgical	45(23.9)	
	Internal medicine	42(22.3)	
	Intensive care unit	40(21.3)	
	Operating room	13(6.9)	
	Gynecology/Pediatric	12(6.4)	
	Emergency room	11(5.9)	
	Psychiatric	8(4.3)	
	Others	17(9.0)	
Position	Staff nurse	165(87.8)	
	Unit manager	13(6.9)	
	Charge nurse	9(4.8)	
	No answer	1(0.5)	
Working period(month)		73.6±71.6	2-327
Working period during present position(month)		31.8±34.3	1-264
Last 1 year whether ethics education	Yes	52(27.7)	
	No	130(69.1)	
	No answer	6(3.2)	
Perceived ethical standards	Very firm	24(12.8)	
	Sometimes confused	126(67.0)	
	Confused	17(9.0)	
	Changes depending on the situation	19(10.1)	
	No answer	2(1.1)	
Perceived job satisfaction		5.7±1.8	0-10
Considering resigning because of moral distress	Never	96(51.1)	
	Ever	81(43.1)	
	Experienced	10(5.3)	
	No answer	1(0.5)	
Considering resignation	Never	59(31.4)	
	Ever	129(68.6)	

(27.7%), 지각된 윤리적 판단기준이 확고한 대상자는 24명 (12.8%) 이었다. 10점의 NRS로 확인한 직무만족의 평균점수는 5.7±1.8점이었다. 도덕적 고뇌로 사직을 고려한 경험이 있는 대상자는 81명(43.1%)이었으며, 실제 사직 경험이 있는 대상자는 10명(5.3%)이었다. 도덕적 고뇌로 사직을 전혀 고려해 본 적 없는 대상자는 96명(51.1%)을 차지하였다(Table 1).

타당도 및 신뢰도 검증

본 연구에서 KMDS-R의 신뢰도를 높이고 측정항목의 모호함을 없애기 위한 방안으로 번역-역번역을 시행한 후 재확인

하여 정련하는 과정을 거쳤으며, 예비조사를 통해 문항의 이해도 및 언어표현의 부적절성에 대한 재확인 및 수정을 수행하였다. 또한 도구의 타당도는 문항분석과 구성타당도 및 준거타당도로 확인하였고 도구의 내적 일관성을 파악하기 위해 Cronbach's alpha와 Guttman 반분 신뢰도 계수를 산출하였다.

● 문항분석

21개 문항의 각 문항과 전체 도구와의 상관관계를 파악하기 위한 수정된 항목-전체 상관관계는 .41에서 .69의 범위를 나타내어 모든 문항에서 척도 기여도가 적합하였다(Lee et al., 2009).

<Table 2> Factor Loadings of the Items

(N=188)

No.	Items	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
3	Follow the family's wishes to continue life support even though I believe it is not in the best interest of the patient.	.74				
4	Initiate extensive life-saving actions when I think they only prolong death.	.80				
5	Follow the family's request not to discuss death with a dying patient who asks about dying.	.68				
6	Carry out the physician's orders for what I consider to be unnecessary tests and treatments.	.62				
7	Continue to participate in care for a hopelessly ill person who is being sustained on a ventilator, when no one will make a decision to withdraw support.	.79				
17	Work with nurses or other healthcare providers who are not as competent as the patient care requires.		.71			
18	Witness diminished patient care quality due to poor team communication.		.76			
19	Ignore situations in which patients have not been given adequate information to insure informed consent.		.72			
20	Watch patient care suffer because of a lack of provider continuity		.59			
21	Work with levels of nurse or other care provider staffing that I consider unsafe.		.55			
1	Provide less than optimal care due to pressures from administrators or insurers to reduce costs.			.54		
8	Avoid taking action when I learn that a physician or nurse colleague has made a medical error and does not report it.			.63		
9	Assist a physician who, in my opinion, is providing incompetent care.			.58		
10	Be required to care for patients I don't feel qualified to care for.			.75		
14	Increase the dose of sedatives/opiates for an unconscious patient that I believe could hasten the patient's death.				.78	
15	Take no action about an observed ethical issue because the involved staff member or someone in a position of authority requested that I do nothing.				.65	
16	Follow the family's wishes for the patient's care when I do not agree with them, but do so because of fears of a lawsuit.				.58	
2	Witness healthcare providers giving "false hope" to a patient or family.					.73
11	Witness medical students perform painful procedures on patients solely to increase their skill.					.41
12	Provide care that does not relieve the patient's suffering because the physician fears that increasing the dose of pain medication will cause death.					.62
13	Follow the physician's request not to discuss the patient's prognosis with the patient or family.					.59
	Eigen value	3.45	2.90	2.46	2.25	2.17
	% of variance	16.4	13.8	11.7	10.7	10.3
	Cumulative %	16.4	30.2	41.9	52.6	63.0

● 구성타당도

21개 문항이 요인분석 실시에 적절한 지를 확인하기 위한 Kaiser-Meyer-Ikin(KMO)은 .86으로 나타났으며, Bartlett 구형성 검정결과는 $\chi^2=1875.80(p<.001)$ 으로 요인분석을 시행하기에 적합하였다. 요인적재량이 .40이상이면 적합한 문항으로 간주할 수 있는데(Lee et al., 2009), 21개 문항 모두 .40이상이었다. Varimax 회전에 의한 주성분분석에서 5개의 요인이 추출되었다. 제 1요인은 문항 3, 4, 5, 6, 7의 5문항으로 변량은 16.4%이었다. 제 2요인은 문항 17, 18, 19, 20, 21의 5문항으로 변량은 13.8%이었다. 제 3요인은 문항 1, 8, 9, 10, 14의 4문항으로 변량은 11.7%이었다. 제 4요인은 문항 14, 15, 16의 3문항으로 변량은 10.7%이었다. 제 5요인은 문항 2, 11, 12, 13의 4문항으로 변량은 10.3%이었다. 전체 5요인이 설명하는 도덕적 고뇌의 총 변량은 63.0%이었다(Table 2).

각 요인의 명명은 도덕적 고뇌 측정 뿐 아니라 이와 관련된 선행연구들을 참조하여 연구자들이 각 요인의 내용을 세밀히 검토하고 토의하여 결정하였다. 제 1요인은 무의미한 돌봄, 제 2요인은 간호실무, 제 3요인은 기관 및 상황적 요인,

제 4요인은 윤리적 문제를 주장하는데 대한 제약, 제 5요인은 의사실무로 명명하였다.

● 준거타당도

KMDS-R의 각 요인의 점수와 Yoo (2003)의 도덕적 고뇌 측정도구의 각 요인의 점수 간의 상관관계를 검증한 결과, 모두 p 값이 $<.001$ 으로 통계적으로 유의하게 상관관계가 높은 것으로 나타났다(Table 3).

● 신뢰도

KMDS-R의 하부 요인별 Cronbach's alpha는 .69-.87이었으며 도구 전체의 Cronbach's alpha는 .91이었다. 하부 요인별 Guttman 반분 신뢰도 계수는 .69-.82이었고, 도구 전체의 Guttman 반분 신뢰도 계수는 .83이었다(Table 4).

연구 대상자의 도덕적 고뇌 점수

본 연구대상자에서 KMDS-R로 측정한 도덕적 고뇌의 총점

<Table 3> Correlation among the Scales

(N=188)

Yoo's Scale \ KMDS-R*	Factor1 r(p)	Factor2 r(p)	Factor3 r(p)	Factor4 r(p)	Factor5 r(p)	Total r(p)
Situational	.53(<.001)	.37(<.001)	.41(<.001)	.41(<.001)	.39(<.001)	.54(<.001)
Cognitive	.52(<.001)	.46(<.001)	.48(<.001)	.36(<.001)	.40(<.001)	.58(<.001)
Emotional	.30(<.001)	.41(<.001)	.43(<.001)	.28(<.001)	.27(<.001)	.44(<.001)
Total	.54(<.001)	.46(<.001)	.50(<.001)	.42(<.001)	.42(<.001)	.60(<.001)

* KMDS-R: Korean version of Moral Distress Scale-Revised

<Table 4> Reliability for KMDS-R*

(N=188)

Scales	Cronbach's α	Guttman' split-half
Futile care	.87	.82
Nursing practice	.82	.71
Institutional and contextual factor	.69	.69
Limit to claim the ethical issue	.73	.74
Physician practice	.69	.72
Total	.91	.83

* KMDS-R: Korean version of Moral Distress Scale-Revised

<Table 5> Mean for KMDS-R*

(N=188)

Scales	Mean \pm SD	Range
Futile care	24.23 \pm 20.54	0-80
Nursing practice	23.29 \pm 19.64	0-80
Institutional and contextual factor	15.80 \pm 13.11	0-64
Limit to claim the ethical issue	4.50 \pm 7.08	0-48
Physician practice	9.34 \pm 11.15	0-64
Total	77.16 \pm 57.21	0-310

* KMDS-R: Korean version of Moral Distress Scale-Revised

은 평균 77.2±57.2점 이었으며, 각 요인별 점수 평균은 무의미한 돌봄 24.2±20.5점, 간호실무 23.3±19.6점, 기관 및 상황적 요인 15.8±13.1점, 윤리적 행위 4.5±7.1점, 의사실무 9.3±11.2점 이었다(Table 5).

논 의

도덕적 고뇌는 복잡한 임상상황에서 간호사의 핵심가치나 전문가적 책무에 대한 도덕적 위협으로(Corley, 2002; Russell, 2012) 환자간호를 수행하는 업무와 관련된 상황으로부터 초래되고, 그 상황 속에서 간호사가 도덕적 문제를 인식해야 하며, 자신의 행동에 대해 책임져야 한다고 믿을 때 유발된다(Corley, 2002). 그러므로 도덕적 고뇌 측정도구는 간호사가 이와 같은 도덕적 갈등을 유발하는 상황을 어떻게 인식하고 있는지를 측정하는 도구이다. 국내 병원간호사를 대상으로 도덕적 고뇌 측정 도구가 개발되어(Yoo, 2003) 여러 선행연구들에서 이용되어 왔으나, 도구개발 당시 1, 2, 3차 병원간호사를 함께 연구대상으로 함으로써 병원간호사의 구체적인 간호실무 상황과 맥락에 따른 도덕적 고뇌를 측정하는 데 제한이 있다. 또한 문항이 중복되거나 모호하며 66문항으로 길고, 특히 임종기 연명의료결정과 관련된 보건의료 상황의 변화에 따라 병원간호사에서 도덕적 갈등 유발 상황과 도덕적 기대 등이 변화함으로써 Yoo (2003)의 도덕적 고뇌 측정 도구의 민감도가 감소되었을 것으로 생각한다. 이에 본 연구는 Hamric 등(2012)이 성인환자와 소아환자로 간호대상을 구분하고 각각 의사, 간호사, 보건의료인으로 보건의료전문가 특성을 고려하여 개발한 6개 버전의 MDS-R 중, 성인환자를 간호하는 간호사 질문지 MDS-R Nurse Questionnaire [Adult]가 국내 병원간호사의 도덕적 고뇌를 측정하는데 적합한지를 검증하기 위하여 한국어판 MDS-R(KMDS-R)의 타당도와 신뢰도를 검증하였다.

본 연구에서는 KMDS-R의 신뢰도를 높이고 측정항목의 모호함을 없애기 위한 방안으로 번역-역번역을 시행한 후 재확인하여 정련하는 과정을 거쳤으며, 예비조사를 통해 문항의 이해도 및 언어표현의 부적절성에 대한 재확인 및 수정을 수행하였다. 또한 도구의 내적 일관성을 파악하기 위해 Cronbach's alpha와 Guttman 반분 신뢰도 계수를 산출하였는데, 최종 도구의 하위범주별 Cronbach's alpha는 .69-.87, Guttman 반분 신뢰도 계수는 .69-.82로 산출되어 내적 일관성에 대한 신뢰성을 지닌 도구임(Lee et al., 2009)이 확인되었다. 한편, 각 문항과 전체 문항과의 상관관계를 산출하여 문항의 적절성을 검토하는 과정에서 .30 이하로 나타난 문항이 없어 원도구의 문항수와 동일하게 구성된 최종 21문항의 KMDS-R을 확정하였다.

MDS-R은 Corley (2002)의 이론적 모델에 기초하고 수렴 및

판별타당도 등을 이용하여 구성타당도를 검증하여(Hamric et al., 2012) 요인구조가 확정되지 않은 상태이므로 본 연구에서는 탐색적 요인분석을 이용하여 구성타당도를 검증하였다. 이에 본 도구가 요인분석을 위한 전제조건에 부합하는지를 확인하였다. 즉, 요인분석을 수행하기 위해서는 도구의 문항 개수가 최소 20개로 구성되어야 하며 대상자의 수가 항목 개수의 최소 5배를 넘어야 한다(Lee et al., 2009). 번역-역번역 과정을 통해 최종 구성된 KMDS-R의 문항 개수는 21개이었고 최종 분석 시 188명이 포함되어 도구 문항 개수의 약 9배의 대상자 수가 참여하였으므로 본 도구의 요인분석을 이용한 구성타당도 검증은 적절한 것으로 판단된다. 또한 요인분석 실시를 위한 표본의 적절성을 보기위한 Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)을 실시한 결과 .86으로 높게 나타났으며, 상관계수 행렬이 요인분석에 적합한지를 알기 위해 Bartlett 구형성 검정을 실시한 결과 $\chi^2=1875.80(p<.001)$ 으로 요인분석을 시행하기에 적합하였다. 주요인분석방법을 사용한 Varimax 회전을 적용하여 요인분석을 실시한 결과 고유값(Eigen value) 1.0을 기준으로 5개의 요인이 추출되었으며, 전체 5요인이 설명하는 도덕적 고뇌의 총 변량은 63.0%로 나타나 국내 병원간호사의 도덕적 고뇌 정도 측정에 적합한 도구임을 알 수 있다. 이 때 각각의 문항이 다른 요인으로 분산되거나 연관성을 보이지 않고 3-5개의 문항이 합쳐져 1개의 범주로 통합되어 요인을 구성함으로써 구성타당도가 지지되었다고 생각된다. 한편, Corley 등(2001)의 연구에서 MDS의 설명력은 19.38% 이었으며, Yoo (2003)의 도덕적 고뇌 측정도구는 도덕적 고뇌를 유발하는 원인 뿐 아니라 상황에 따른 반응을 포함하여 다양한 속성을 다루고 있음을 강조하고 있으나, 전체 도구의 구성타당도를 검증하지 않고 상황적 영역과 인지적 영역에서만 구성타당도를 검증하여 개념들의 하위 구체적 영역의 분류정도를 확인하여 보고하였다. 따라서 KMDS-R은 국내 병원간호사의 도덕적 고뇌를 측정하는데 타당성 있고 설명력이 높은 도구임을 알 수 있다. 그런데 간호사가 경험하는 도덕적 고뇌는 실제적인 현상으로부터 겪는 고통으로 사회문화적 맥락과 간호실무 상황에 의해 영향을 받을 수 있으므로(Corley, 2002; Hamric et al., 2012) 추후 연구에서 국내 병원간호사의 도덕적 고뇌 경험과 의미를 보다 심층적이고 포괄적으로 탐색하는 연구가 필요하다.

각 요인의 명명은 Corley가 개발한 MDS(Corley et al., 2001)와 MDS 개정판(Corley et al., 2005) 및 Hamric 등(2012)의 도덕적 고뇌의 근본원인에 해당하는 각 요인의 내용을 세밀히 검토하고, 도덕적 고뇌와 관련된 선행연구들을 고찰하여 결정하였다. 제 1요인은 불필요한 또는 무의미한 치료 제공, 적극적인 치료를 통한 죽음의 연장, 환자의 최선의 이익이 아닌 간호를 제공하는 경우 등의 문항 3, 4, 5, 6, 7을 포함하여

‘무의미한 돌봄’으로 명명하였으며, 제 2요인은 간호의 연속성, 능력을 갖추지 못한 간호인력, 안전하지 못한 간호 인력의 수준, 환자에게 충분한 정보제공이 되지 않은 상황에서 사전동의 등의 문항 17, 18, 19, 20, 21을 포함하여 ‘간호실무’로 명명하였다. 제 3요인은 비용감소에 대한 압박, 주장(assertiveness)의 부족, 환자간호에 필요한 능력 부족 등의 문항 1, 8, 9, 10을 포함하여 ‘기관 및 상황적 요인’으로 명명하였다. 제 4요인은 건강관리체계의 위계성, 법적 소송에 대한 두려움, 간호사와 의사의 관점의 차이 등의 문항 14, 15, 16을 포함하여 ‘윤리적 문제를 주장하는데 대한 제약’으로 명명하였고, 제 5요인은 잘못된 희망 제공, 부적절한 통증완화 등의 문항 2, 11, 12, 13을 포함하여 ‘의사실무’로 명명하였다. 이와 같이 본 연구에서 요인분석을 통해 병원간호사의 도덕적 고뇌에 대한 개념적 요인구조의 분류 틀을 구성한 것은 추후 병원간호사에서 도덕적 고뇌를 유발하는 구체적인 상황에 알맞은 민감한 간호중재 개발의 근거로 활용되어 도덕적 고뇌를 효과적으로 감소시킬 수 있을 것으로 생각한다. 마지막으로 준거타당도는 준거로 삼은 도구인 Yoo (2003)의 도덕적 측정도구와 KMDS-R 하위범주 점수 모두가 $p < .001$ 이하로 상관관계를 보여 모두 준거타당도에 지지를 받음으로써 KMDS-R이 국내 병원간호사의 도덕적 고뇌를 측정하는데 타당한 도구임을 알 수 있다.

본 연구에서 KMDS-R을 이용하여 188명의 병원간호사를 대상으로 도덕적 고뇌 정도를 측정한 결과 77.16 ± 57.21 점으로 나타나, 198명의 응급실 간호사에서 MDS-R을 이용하여 도덕적 고뇌 정도를 80.18 ± 53.27 점으로 보고한 Zavotsky (2015)의 연구결과와 유사하였으며 이 점수는 중정도의 도덕적 고뇌 정도를 경험하는 것으로 고려될 수 있다. 이와 같은 본 연구결과는 MDS를 이용하여 간호사의 도덕적 고뇌 정도를 중정도로 보고한 국외 선행연구들(Elpem et al., 2005; Epstein & Hamric, 2009; Hamric & Blackhall, 2007; Ohnishi et al., 2010; Rice et al., 2008)과 유사하며, Yoo (2003)의 도구를 이용하여 국내 간호사의 도덕적 고뇌 정도를 중정도로 보고한 국내 연구들(Cho, An, & So, 2015; Han, 2005; Kim & Ahn, 2010; Ma, 2008; Yoo, 2006)과도 유사하여 KMDS-R이 국내 병원간호사의 도덕적 고뇌를 측정하는데 적합하고 타당한 도구임을 알 수 있다. 그리고 MDS-R은 21문항으로 어떤 항목에서 경험하지 않은 문항이나 불편감을 초래하지 않은 문항은 ‘0’ 점으로 계산되어 도덕적 고뇌 총점에 기여하지 않는 반면(Hamric et al., 2012), Yoo (2003)의 도구는 66문항으로 어떤 항목에서 1점의 경우가 “전혀 경험하지 않는다” 또는 “전혀 그렇지 않다”를 의미하고 있어 가장 낮은 총점이 61점인 것과 비교해 볼 때, 본 도구의 경우가 보다 간결하고 정교하게 도덕적 고뇌 정도를 반영할 수 있을 것으로 판단된다.

이와 같이 본 연구를 통해 신뢰도와 타당도가 KMDS-R은 MDS-R과 비교했을 때 문항의 제외 및 추가없이 동일하게 21 문항으로 구성되었으므로 국내 병원간호사의 도덕적 고뇌 정도를 국외의 경우와 비교하는데 도움이 될 것으로 생각된다. 더 나아가 도덕적 고뇌를 구성하는 하위범주를 요인분석을 통해 구분하여 병원간호사에서 도덕적 고뇌를 유발하는 요인을 보다 구체적으로 실무상황과 맥락에서 파악할 수 있으므로 도덕적 고뇌를 설명하는데 기여할 것으로 판단된다. 즉, 각 하위범주의 신뢰도와 타당도가 검증되었으므로 하위범주별로 점수를 파악하여 개인적 및 조직적 차원에서 간호사의 도덕적 고뇌를 감소시킬 수 있는 맞춤형 간호전략을 모색하기 위한 기초자료로 활용할 수 있을 것으로 생각된다. 또한 본 도구는 간호사의 도덕적 고뇌를 측정하기 위하여 개발되었으므로(Hamric et al., 2012) 추후 환자 특성, 기관 특성, 간호사 특성 등에 따른 도덕적 고뇌 정도의 비교분석이 가능할 것으로 사료된다.

한편, 본 연구는 1개 종합병원의 간호사만을 대상으로 하여 좀 더 다양한 대상자를 포함하지 못한 제한점이 있다. 간호사의 성별이 도덕적 고뇌의 영향요인으로 보고된 연구는 없으나, 도덕적 고뇌는 다른 사람과의 관계에서 개인의 활동 네트워크의 경험 내에서 파악하는 것이 중요함(Corley, 2002)을 고려하고, 남자 간호사의 임상경험이 여자간호사와 다르다는 선행연구(Ahn, Seo, & Hwang, 2009)를 참조하여 추후 간호사의 성별에 따라 도덕적 고뇌에 차이가 있는지를 확인하는 연구도 필요하다고 생각한다. 또한 도구개발 당시 공통요인의 추출 및 요인구조의 확인이 이루어지지 않아 본 연구에서는 탐색적 요인분석을 적용하여 구성타당도를 검증하였다. 탐색적 요인분석은 이론적 근거가 아닌 고유값에 의하여 요인을 추출하는 방법으로 수집된 표본의 특성에 따라 그 결과가 다르게 나올 수 있는 위험이 있으므로(Lee, 2001), 추후 인구집단의 변화에 따른 도구의 타당성 확인과 요인구조의 확정을 위한 확신적 요인분석이 필요할 것으로 생각된다. 그러나 국내 병원간호사의 도덕적 고뇌 측정에 KMDS-R의 신뢰도와 타당도가 적절하다고 검증되었으므로 추후 병원간호사의 도덕적 고뇌 정도에 대한 명확한 이해와 이를 바탕으로 임상실무에서 도덕적 고뇌를 감소시키기 위한 근거중심 간호중재 개발에 적극적으로 활용되어 환자간호의 질과 전문직으로서의 성장을 도모할 수 있을 것으로 기대한다.

결론 및 제언

본 연구는 Hamric 등(2012)의 성인환자를 간호하는 간호사에서 도덕적 고뇌 측정도구(MDS-R Nurse Questionnaire [Adult])를 우리나라 실정에 맞게 번역하고, 신뢰도와 타당도를 검증

하여 추후 국내 병원간호사의 도덕적 고뇌 정도를 타당성있게 평가하고, 도덕적 고뇌를 감소시키기 위한 근거중심 간호 전략 개발의 기초자료를 제공하고자 시도되었다. MDS-R 21개 문항의 번역 후 문항분석, 신뢰도 및 타당도 검증결과, 한국어판 MDS-R(KMDS-R)은 병원간호사에서 도덕적 고뇌 측정에 신뢰도와 타당도가 높고 적합하다고 검증되었다. 이에 본 연구결과는 향후 우리나라 병원간호사의 도덕적 고뇌 평가 및 구체적인 간호중재개발에 활용되어 궁극적으로 병원간호사의 도덕적 고뇌를 감소시키는데 기여할 수 있을 것이다. 이상과 같은 결과를 토대로 다음을 제안하고자 한다. 1) 표본의 대표성을 확보한 병원간호사에서 KMDS-R의 타당성 확인과 요인구조의 확정을 위한 연구, 2) 국내 병원간호사의 도덕적 고뇌에 대한 이해 증진을 위해 도덕적 고뇌의 의미와 경험을 보다 심층적이고 포괄적으로 탐색하는 연구, 3) 이직 및 사직 경향이 있는 병원간호사에서 도덕적 고뇌 점수가 높은지를 확인함으로써 도덕적 고뇌와 이직 및 사직간의 관련성을 보다 명료하게 규명하는 연구 등을 제안한다.

References

- Ahn, K. H. Seo, J. M., & Hwang, S. K. (2009). Content analysis of male hospital nurses' experiences. *Korean Journal of Adult Nursing*, 21(6), 652-665.
- Austin, W., Lermeyer, G., Goldberg, L., Bergum, V., & Johnson, M. S. (2005). Moral distress in healthcare practice :the situation of nurses. *HealthCare Ethics Committee Forum*, 17(1), 33-48.
- Cho, H. N., An, M., & So, H. S. (2015). Differences of turnover intention by moral distress of nurses. *Journal of the Korea Contents Association*, 15(5), 403-413.
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 636-650.
- Corley, M., Minick, P., Elswick, R., & Jacobs, M. (2005). Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*, 12(4), 381-390.
- Corley, M., Elswick, R., Gorman, M., & Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 250-256.
- De Villers, M. J., & DeVon, H. A. (2012). Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units. *Nursing Ethics*, 20(5), 589-603.
- Elpern, D. H., Covert, B., & Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 14(6), 523-530.
- Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330-342.
- Fetnandez-Parsons, R., Rodriguez, L., & Goyal, D. (2013). Moral distress in emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 39(6), 547-552.
- Hamric, A. B., & Blackhall, L. J. (2007). Nurse-physician perspective on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress and ethical climate. *Critical Care Medicine*, 35(2), 422-429.
- Hamric, A. B. (2010). Moral distress and nurse-physician relationship. *American Medical Association Virtual Mentor*, 12(1), 6-11.
- Hamric, A. B., Borchers, C. T., & Epstein, E. G. (2012). Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *Acta Biomaterialia Odontologica Scandinavica Primary Research*, 3(2), 1-9.
- Han, S. S. (2005). The Moral Distress Experienced by Hospital Nurses. *Journal of Korean Bioethics Association*, 6(2), 31-47.
- Jameton, A. (1983). *Nursing practice: The ethical issues*. NJ: Practice-Hall.
- Kim, H. R., & Ahn, S. H. (2010). Moral sensitivity and moral distress among Korean hospital nurses. *Korean Journal of Medical Ethics*, 13(4), 321-336.
- Lee, E. O., Lim, N. Y., Park, H. A., Lee, I. S., Kim, J. I., Bae, J. Y. et al. (2009). *Nursing research and statistics*(4th ed.). Paju : Soomoonsa.
- Lee, G. H. (2001). *Methodology of social science*. Seoul : Bobmunsa.
- Ma, M. Y. (2008). *Moral distress and depression of clinical nurses*. Unpublished master's thesis, The Catholic University of Korea, Seoul.
- Meltzer, L. S., & Huckabay, L. M. (2004). Critical care nurses' perspectives of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*, 13(3), 202-208.
- Noh, D., Kim, S., & Kim, S. (2013). Moral distress, moral sensitivity and ethical climate of nurses working in psychiatric wards. *Journal of Korean Academic Psychiatric Mental Health Nursing*, 22(4), 307-319.
- Ohnishi, Y., Nakano, M., Fujii, H., Tanaka, H., Kitaoka, K., Nakahara, J., & Narita, Y. (2010). Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics*, 17(6), 726-740.

- Pauly, B., Varcoe, C., & Storch, J. (2012). Framing the issues: moral distress in health care. *Ethics Committee Forum*, 24(1), 1-11.
- Rice, E. M., Rady, M. Y., & Hamrick, A. (2008). Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 360-373.
- Russell, A. C. (2012). Moral distress in neuroscience nursing: an evolutionary concept analysis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 44(1), 15-23.
- Silen, M., Svantesson, M., Kjellstrom, S., Sidenvall, B., & Christensson, L. (2011). Moral distress and ethical climate in Swedish nursing context: perception and instrument usability. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3483-3493.
- Yoo, M. S. (2003). *The development of a measurement tool for moral distress in nurses*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.
- Yoo, M. S. (2006). A Study on the degree of moral distress of nurses in a city. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 12(1), 131-149.
- Yoo, M. S. (2006). A study on the degree of moral distress of nurses in a city. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 12(1), 131-139.
- Zavotsky, K. E. (2015). *Exploring the relationship between moral distress and coping in emergency nursing*. Unpublished doctoral dissertation, Seton Hall University, Pennsylvania.

Validity and Reliability of the Korean version of the Moral Distress Scale-Revised for Korean Hospital Nurses*

Chae, Youngran¹⁾ · Yu, SuJeong²⁾ · Lee, Eun Ja³⁾ · Kang, KyungJa⁴⁾ · Park, Myung Sook⁵⁾ · Yu, Mi⁶⁾

1) Professor, Department of Nursing, Kangwon National University

2) Professor, Department of Nursing, Sangji University

3) Assistant Professor, Department of Nursing, Songgok College

4) Associate Professor, College of Nursing, Jeju National University

5) Associate Professor, Department of Nursing, Konkuk University

6) Associate Professor, College of Nursing, Gyeongsang National University, Institute of Health Science

Purpose: To develop and test the validity and reliability of the Korean version of the Moral Distress Scale-Revised (KMDS-R) to assess its applicability to Korean hospital nurses. **Methods:** The KMDS-R was articulated through forward-backward translation methods. Internal consistency reliability, construct and criterion validity was calculated using SPSSWIN(19.0). Survey data were collected from 188 nurses from a university hospital in Gangwon-do, South Korea. **Results:** The KMDS-R showed reliable internal consistency with a Cronbach's alpha of .69-.87 and a Guttman Split-half of .69-.82 for the total scale. Factor loading of the 21 items on the five subscales ranged from .41-.80. The KMDS-R was validated by factor analysis and explained 63% of moral distress for Korean hospital nurses. Criterion validity compared to Yoo's MDS showed significant correlation. **Conclusion:** The results suggest promising evidence of the KMDS-R's reliability and validity. It is used to measure moral distress for Korean hospital nurses.

Key words : Nurses, Moral distress, Validity and Reliability

* This study was supported by 2014 Research Grant from Kangwon National University(#I201411474)

• Address reprint requests to : Yu SuJeong

Sangji University

83 Sangjidae-gil, Wonju-si Kangwon-do, 220-702 South Korea.

Tel: 82-33-738-7622 Fax: 82-33-738-7652 E-mail: ryusj@sangji.ac.kr