

정신간호사의 도덕적 민감성과 공감능력  
및 윤리풍토의 관계

연세대학교 대학원

간 호 학 과

조 혜 경

정신간호사의 도덕적 민감성과 공감능력  
및 윤리풍토의 관계

지도 김 선 아 교수

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함




2014년 12월 일

연세대학교 대학원

간 호 학 과

조 혜 경

조혜경의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 김 선 아   
심사위원 김 상 희   
심사위원 남 경 아 

연세대학교 대학원

2014년 12월 일

## 감사의 글

부족한 제가 학위논문을 마무리하게 됨에 감사드립니다. 지금 이 결실은 많은 분들의 도움이 없었더라면 혼자서는 절대 해낼 수 없었을 것입니다.

우선, 시간을 내기 힘든 제자를 위해서 주말에도 기꺼이 지도해주시고 논문의 시작부터 끝까지 이끌어주시며 의기소침했던 저에게 힘을 북돋워주신 김선아 교수님께 진심으로 감사드립니다. 또한 연구자가 가져야 할 태도를 가르쳐 주시고 꼼꼼히 알려주신 김상희 교수님, 그리고 얼굴도 모르는 제자를 위해 기꺼이 논문 심사를 맡아주시고 세밀하게 지도해주신 한림대학교 남경아 교수님께 진심으로 감사드립니다.

배움을 적극적으로 지지해주시는 국립서울병원 하규섭 원장님을 비롯한 김예니 소아정신과장님, 고경희 간호과장님, 문명옥 사무관님, 이복순 전 감독님, 이희덕 전 수간호사님, 한선희 수간호사님, 서선애 수간호사님께 감사드리고 함께 일하면서 정서적 지지를 아끼지 않으신 22병동 김영옥 주임간호사님, 강지숙 선생님, 최윤정 선생님, 최우영 선생님, 정소영 선생님, 박경환 선생님, 발달장애 낮병동 박은숙 선생님, 정명희 선생님, 김해영 선생님, 문혜숙 선생님, 허은정 선생님, 이은영 선생님께 감사드립니다.

바쁘신 중에 저의 연구에 관심을 가져 주시고 기관에서의 설문을 허락해주신 국립서울병원 고경희 간호과장님, 국립공주병원 신재숙 간호과장님, 국립춘천병원 송영옥 간호과장님, 국립나주병원 김은주 간호과장님, 국립부곡병원 이옥란 간호과장님과 설문에 응해주신 모든 간호사님께 진심으로 감사드립니다.

2년간 함께 즐겁게 학교를 다니며 격려해주셨던 대학원 동기 김민지 선생님, 김진숙 선생님, 박선희 선생님, 박소희 선생님, 신정은 선생님, 이자인 선생님, 지윤정 선생님께 감사드리고 조언을 아끼지 않으신 노다복 선생님과 송열매 선생님과, 임지혜 선생님께도 감사드리며 번역을 도와주신 강나루님께 감사드립니다. 그리고 마음으로 응원해준 나의 소중한 친구들 조다희, 김희영, 권다혜, 정아언니와 수연언니, 미현쌤과 미순쌤, 라이딩 멤버 오빠들 고맙습니다.

자랑스러운 우리아빠, 사랑해요. 아빠 닮았다고 우겼던 어릴 때만큼 지금도 아빠는 닮고 싶은 사람이에요. 논문 쓰는 내내 불안해하는 딸을 격려해 주셔서 너무 감사드립니다. 35년 교직생활을 하면서 삼남매를 키워낸 우리엄마, 사랑해요. 나이가 들수록 엄마가 얼마나 큰 힘이 되는지 몰라요. 딸의 투정을 이해해 주시고 안아주셔서 정말 감사합니다. 평생의 절친 우리언니 조혜영, 언니 정말이지 최고의 친구야. 항상 격려해줘서 고마워. 대학 생활 하느라 바쁜 내 동생 조현영, 가까이 살면서도 누나가 잘 챙겨주지 못해 미안해. 이제 자주 만나자! 그리고 바쁜 중에도 묵묵히 처제의 성공적인 학위논문을 응원해 주시고 피부 치료도 해주신 형부 임원석 감사합니다. 그리고 지치고 힘들 때 만나면 어느새 위로가 되는 세상에서 제일 예쁜 조카 임소정과 언니 뱃속의 또 다른 조카 포동이 사랑해. 곧 만나자!

끝으로 간호학문을 발전시켜 주시고 제게 연구문제를 주신 선행 연구자들과 바쁜 중에도 설문에 응해주신 많은 간호사님들께 다시 한 번 깊은 감사를 표합니다.

2014년 12월

연구자 조혜경 올림

# 차 례

차례 .....	i
표 차례 .....	iii
그림 차례 .....	iii
부록 차례 .....	iv
국문 요약 .....	v

## I. 서론

1. 연구의 필요성 .....	1
2. 연구의 목적 .....	3
3. 용어 정의 .....	4
4. 개념적 기틀 .....	6

## II. 문헌고찰

1. 정신간호사의 도덕적 민감성 .....	7
2. 정신간호사의 공감능력 .....	11
3. 정신간호사의 윤리풍토 .....	15

## III. 연구방법

1. 연구 설계 .....	17
2. 연구 대상 .....	17
3. 연구 도구 .....	18
4. 자료수집 기간 및 방법 .....	21
5. 자료 분석 방법 .....	22

## IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성 .....	23
2. 대상자의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토	
1) 대상자의 도덕적 민감성 .....	26
2) 대상자의 공감능력 .....	27
3) 대상자의 윤리풍토 .....	28
3. 대상자의 일반적 특성에 따른 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토	
1) 대상자의 일반적 특성에 따른 도덕적 민감성 .....	29
2) 대상자의 일반적 특성에 따른 공감능력 .....	32
3) 대상자의 일반적 특성에 따른 윤리풍토 .....	35
4. 대상자의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토의 관계 .....	38

## V. 논의

1. 정신간호사의 도덕적 민감성 .....	40
2. 정신간호사의 공감능력 .....	43
3. 정신간호사의 윤리풍토 .....	46
4. 정신간호사의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토의 관계 .....	48
5. 연구의 제한점과 의의 .....	50

## VI. 결론 및 제언

1. 결론 .....	51
2. 제언 .....	53

참고문헌 .....	54
------------	----

부록 .....	61
----------	----

영문요약 .....	86
------------	----

## 표 차례

표 1. 도덕적 민감성의 하위 영역 .....	19
표 2. 대상자의 일반적 특성 .....	24
표 3. 대상자의 도덕적 민감성 .....	26
표 4. 대상자의 공감능력 .....	27
표 5. 대상자의 윤리풍토 .....	28
표 6. 대상자의 일반적 특성에 따른 도덕적 민감성의 차이 .....	30
표 7. 대상자의 일반적 특성에 따른 공감능력의 차이 .....	33
표 8. 대상자의 일반적 특성에 따른 윤리풍토의 차이 .....	36
표 9. 대상자의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토의 관계 .....	39

## 그림 차례

그림 1. 본 연구의 개념적 기틀 .....	6
--------------------------	---



## 부록 차례

부록 1. 기관생명윤리위원회 결과 통보서 .....	61
부록 2. 연구대상자 설명문 .....	62
부록 3. 연구대상자 동의서 .....	64
부록 4. 대상자 제공 설문지 .....	65
부록 5. 대상자의 도덕적 민감성 문항별 평균과 표준편차 .....	74
부록 6. 대상자의 공감능력 문항별 평균과 표준편차 .....	77
부록 7. 대상자의 윤리풍토 문항별 평균과 표준편차 .....	79
부록 8-1. 도구사용 승인(MSQ) .....	81
부록 8-2. 도구사용 승인(K-MSQ) .....	82
부록 8-3. 도구사용 승인(IRI) .....	83
부록 8-4. 도구사용 승인(한글판 IRI) .....	84
부록 8-5. 도구사용 승인(HECS) .....	85

## 국문 요약

# 정신간호사의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토의 관계

본 연구는 정신간호사의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토의 관계를 규명하여 정신간호사의 도덕적 민감성을 증진시키고 윤리적 의사결정에 도움을 주는 중재 개발을 위한 기초 자료를 제공하고자 시도된 서술적 조사연구이다.

본 연구의 자료 수집은 연세대학교 간호대학 기관생명윤리위원회에 연구 승인을 받은 후 2014년 10월 8일부터 2014년 11월 1일까지 시행하였으며 서울, 충남, 강원, 경남, 전남 소재의 5개 국립 정신의료기관의 간호부서장에게 자료수집의 목적과 절차를 설명한 후 동의와 협조를 구하여 진행하였다. 자료 수집은 자가 보고식 설문지를 활용하였고 총 208부를 배부하였다. 설문지는 도덕적 민감성 도구(MSQ) 30문항, 공감능력(IRI) 28문항, 병원윤리풍토(HECS) 26문항, 일반적 특성 11문항의 총 95문항으로 구성되었다. 수집된 설문지 중 총 182부를 기술통계, t-test, ANOVA, Pearson's Correlation Coefficient를 사용하여 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 본 연구의 대상자의 성별은 여자가 90.7%로 남자보다 많았고 연령은 평균 42.68세였다. 총 임상경력은 평균 18.91년이었으며 정신간호 임상경력은 평균 15.57년이였다. 교육수준은 전문학사가 37.9%로 가장 많았고 자격사항으로 정신보건간호사가 83.5%로 가장 많았다. 직위는 일반간호사가 68.1%로 가장 많았고 나이와 성별이 혼재된 간호대상자를 간호하는 경우가 20.3%로 가장 많았으며 만성 정신질환 전문 병동에서 근무하는 간호사가 31.9%로 가장 많았다.
2. 대상자의 도덕적 민감성 평균은 5.19점이었으며, 하위 영역은 관계지향성(6.16), 자율성(5.90), 원칙 준수(5.41), 선행 표현(5.24), 도덕적 갈등 경험(4.91), 도덕적 의미 구조화(4.49) 순으로 나타났다.

3. 대상자의 공감능력은 평균 2.49점이었으며 인지적 공감(2.61)이 정서적 공감(2.37)보다 높았다. 하위 영역별로 보면 관점 취하기(2.85), 공감적 관심(2.79), 상상하기(2.37), 개인적 고통(1.96) 순으로 나타났다.
4. 대상자의 윤리풍토는 3.73점이었으며 동료와의 관계(3.93), 환자와의 관계(3.84), 관리자와의 관계(3.75), 병원과의 관계(3.64), 의사와의 관계(3.59) 순이었다.
5. 대상자의 도덕적 민감성은 40세 미만보다 50세 이상에서 높았으며, 임상경력 5년 미만일 때보다 10년 이상일 때 높았고, 교육수준이 4년제 간호학과 졸업일 때보다 석사과정 이상일 때 높았고, 일반간호사보다 수간호사에서 높았다.
6. 대상자의 공감능력은 여자가 남자보다 높았으며, 총 임상경력 5-10년일 때보다 10년 이상일 때 높았고, 정신간호 임상경력 10년 미만일 때보다 20년 이상일 때 높았다. 또한 정신보건간호사가 정신전문간호사와 일반간호사보다 높았으며, 수간호사 이상일 때 일반간호사보다 높았다.
7. 대상자가 지각한 윤리풍토 점수는 30-40세 일 때가 30세 미만과 40세 이상일 때보다 낮았으며, 총 임상경력 20년 미만보다 30년 이상에서 높았고, 정신간호 임상경력 5-10년일 때보다 5년 미만과 10년 이상일 때 높았으며 일반간호사보다 수간호사 이상에서 높았다.
8. 대상자의 도덕적 민감성과 공감능력은 유의한 양의 상관관계가 있었으며( $r=0.24$ ,  $p=.001$ ) 도덕적 민감성과 윤리풍토는 유의한 양의 상관관계가 있었고( $r=0.17$ ,  $p=.025$ ) 공감능력과 윤리풍토 또한 유의한 양의 상관관계가 있었다( $r=0.17$ ,  $p=.025$ ).

결론적으로 도덕적 민감성은 개인적 요소인 공감능력의 향상과 조직적 요소인 윤리풍토의 개선으로 증진될 수 있을 것이며 도덕적 민감성과 개인적, 조직적 요소의 관계 규명은 정신간호사의 도덕적 민감성을 향상시키기 위한 중재를 개발하는데 유용한 자료로서 기여할 것이라 생각된다.

---

핵심어 : 정신간호사, 도덕적 민감성, 공감능력, 윤리풍토

# I. 서론

## 1. 연구의 필요성

간호사는 인간을 대상으로 하여 생명과 권리를 보호하고 존중할 책임을 가지며 윤리와 관련된 중요한 의사결정과 윤리적 행동을 해야 하는 상황을 자주 맞게 되었고, 이것이 간호의 핵심 요소로서 인식되고 있다(Lutzen, Dahlqvist, Eriksson, & Norberg, 2006; 유명숙 & 손기철, 2012). 도덕적 행동을 유발하기 위해서는 확고한 도덕적 가치관과 지식이 요구되며 합리적 의사 결정 과정에서 반성적이고 비판적인 사고과정이 필요하다(한성숙, 1992).

Rest(1986)가 제안한 도덕성 4구성요소 모형에 따르면 인간이 도덕적 행동을 하려면 순서에 관계없이 도덕적 민감성, 도덕적 추론, 도덕적 동기화, 도덕적 실천력의 심리적 과정을 거치게 된다. 요소들 중 하나인 도덕적 민감성은 윤리적 의사결정 과정에서 상황에 대한 윤리적 문제를 발견할 수 있는 능력으로서 맥락적이고 직관적인 이해력과 윤리적 의사결정의 결과에 대한 통찰력이다. 즉, 상황에 내포된 도덕적 문제를 인지하고 해석하는 도덕적 민감성 과정이 없이는 도덕적 행동이 발생하지 않는다(Lutzen, Evertzon, & Nordin, 1997; Rest, 1986). 간호사는 인간을 대상으로 하고 인간 생명을 다루는 전문가이기 때문에 타 분야의 종사자보다 높은 도덕적 민감성이 요구되며 대상자의 옹호자로서 위기상황에 함께 있기 때문에 타 분야 의료인에 비해 윤리적으로 민감해야 한다(Liaschenko & Peter, 2004; Lutzen et al., 2006). 즉, 도덕적 의사결정과 도덕적 행동의 핵심 요소인 도덕적 민감성이 대상자의 안녕에 영향을 미치게 되므로 간호사는 높은 도덕적 민감성을 가져야 한다(한성숙, 김용순, 박진희, 안성희, 맹광호 & 김주후, 2007).

정신간호사는 영역적 특수성으로 인해 대상자의 안전 및 치료를 위한 격리, 강박을 비롯해 비자발적 입원, 강제적 투약과 같은 인간의 자율성을 제한하는 처치를 수행하

는 경우가 많아 이러한 처치를 수행할 때 윤리적 갈등을 자주 경험한다고 보고되었다 (Bigwood & Crowe, 2008; Valimaki, Taipale, & Kaltiala-Heino, 2001; 박정화, 2003). 특히 정신간호 영역에서의 도덕적 문제는 ‘도덕적으로 옳음’에 대한 견해가 항상 일치하지는 않으며 도덕적 문제가 야기되는 상황이 예측불가능하고 긴급하다는 특징을 보인다(Lutzen et al., 1997). 윤리적 갈등이 발생하는 상황에서 정신간호사는 도덕적 미숙 또는 무지, 도덕적 둔감, 도덕적 안주, 도덕적 충돌, 도덕적 딜레마, 도덕적 스트레스, 도덕적 고뇌와 같은 도덕적 의사결정의 어려움을 경험하게 된다(Choe, Song, & Jung, 2012; Ohnishi et al., 2010; 남경아, 2002; 노다복, 김선아, & 김상희, 2013; 박정화, 2003). 도덕적 둔감(moral numbness)은 반복적인 정신병리적 증상을 나타내는 환자를 간호하는 간호사에게서 나타나는데, 환자의 증상 변화나 약물에 무관심해지는 것이나 공격적 행동을 보이는 환자에 대해 입원시키지 않아야 한다고 생각하거나 격리 또는 강박 처치를 당연하게 여기는 등의 양상으로 나타난다고 보고되었다(Choe et al., 2012). 도덕적으로 민감하지 않으면 부도덕한 행동을 야기할 수 있으며 도덕적 민감성이 높으면 도덕적 행동을 발생시키고 부도덕한 행동을 제거시키는데 영향을 미치기 때문에 정신간호의 질 보장을 위하여 정신간호사의 도덕적 민감성 함양이 중요하다(Choe et al., 2012; Rushton & Penticuff, 2007; Terpstra, Terpstra, Pettee, & Hunter, 2001).

개인의 도덕적 민감성은 어떠한 특정 요인으로는 설명할 수 없고 복잡한 요인들에 의해 영향을 받는다고 보고되었는데, 크게 개인적 요인과 조직적 요인으로 나눌 수 있다. 개인적 요인으로서 공감의 도덕적 측면은 Hoffman(2001)의 공감이론에서 제시되었다. 그는 공감을 도덕적 정서 반응으로서 강조하였고 위협이나 고통 상황에 처한 타인을 볼 때 대리적으로 경험하면서 ‘공감적 고통’이 발생하고 도덕적 인지와 정서적 자각을 일으키며 결국 도덕 행동에 기여한다고 설명하였다. Rest(1986)는 공감을 도덕적 민감성의 정서적 측면으로 설명하기도 하였다. 도덕적 민감성의 조직적 요인 중 하나는 윤리풍토(ethical climate)이다. 윤리풍토란 조직에서 윤리적 문제를 파악하고 무엇이 윤리적으로 옳은 행동인지 또는 윤리적 이슈를 어떻게 다룰 것인지에 대해 영향을 미칠 수 있는 조직원들에게 공유된 강한 인식으로서, 직접 또는 간접적으로 개

인의 윤리적 가치관과 신념에 더불어 행동에까지 영향을 미칠 수 있는 조직 환경적 조건으로서 강조된다(Victor & Cullen, 1988).

도덕적 민감성은 도덕성과 도덕 행동의 필수 요소로 강조되어 왔으나 대부분의 연구는 도덕적 문제의 특성이 정신간호 영역과는 차이를 보이는 타 간호영역에서 주로 수행되었으며 연구가 부족한 상황이다. 이에 본 연구는 정신간호사의 도덕적 민감성에 대한 심층적 이해를 위해 도덕적 민감성과 개인적 측면의 관련요인인 공감능력과 조직적 측면의 관련요인인 윤리풍토의 관계를 규명하여 도덕적 민감성에 대한 지식을 확대하고 도덕적 민감성을 증진시키기 위한 중재의 기초자료를 마련하고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 정신간호사의 도덕적 민감성의 수준을 파악하고 공감능력, 윤리풍토와의 관계를 규명하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 정신간호사의 도덕적 민감성, 공감능력, 윤리풍토의 수준을 파악한다.
- 2) 정신간호사의 일반적 특성에 따른 도덕적 민감성, 공감능력, 윤리풍토의 수준을 파악한다.
- 3) 정신간호사의 도덕적 민감성, 공감능력, 윤리풍토의 관계를 규명한다.

### 3. 용어 정의

#### 1) 도덕적 민감성

##### ① 이론적 정의

도덕적 민감성(moral sensitivity)이란 윤리적 의사결정 과정에서 상황에 대한 윤리적 문제를 발견할 수 있는 능력으로서, 타인의 개인적 상황의 취약성에 대한 맥락적이고 직관적인 이해력과 윤리적 의사결정의 결과에 대한 통찰력이다(Lutzen, 1997).

##### ② 조작적 정의

본 연구에서는 Lutzen 등(1995)이 개발한 30문항의 도덕적 민감성 설문지(Moral sensitivity questionnaire; MSQ)를 Han, Kim, Kim과 Ahn(2010)이 번안하고 한국 간호사에게 타당화한 27문항의 한국판 도덕적 민감성 설문지(Korean Moral sensitivity questionnaire; K-MSQ)를 사용하되, 타당화 과정에서 제외된 원도구의 3개 문항까지 포함시킨 도구로 측정된 점수를 말한다. 도덕적 민감성 점수가 높을수록 도덕적 민감성이 높음을 의미한다.

Han 등(2010)은 MSQ를 한국 간호사에게 타당화 하는 과정에서 정신간호 영역에만 해당되는 내용의 3개 문항을 제외하였다. 제외된 문항은 ‘정신과 문제를 가진 환자들도 자신들의 간호와 관련된 의사결정에 참여할 수 있어야 좋은 간호라고 생각한다.’, ‘환자가 정신의료기관에 비자의 입원한 경우, 나는 그 환자가 거부하더라도 의사의 처방에 따라야 한다.’, ‘환자의 의지를 거스르면서 좋은 간호를 제공하는 것은 어렵다.’이다.

#### 2) 공감능력

##### ① 이론적 정의

공감이란 자신보다는 상대방의 상황에 좀 더 적합하게 반응하는 대리적 정서 반응이다(Hoffman, 2001).

② 조작적 정의

본 연구에서는 공감을 측정하기 위해 Davis(1994)가 개발한 대인관계반응지수 (Interpersonal reactivity index)를 박성희(1997)가 번안한 도구를 사용하여 측정한 점수를 말한다. 점수가 높을수록 공감능력이 높음을 의미한다.

### 3) 윤리풍토

① 이론적 정의

윤리적 풍토는 조직풍토의 하위 개념으로서, 조직에서 윤리적 문제를 파악하고 무엇이 윤리적으로 옳은 행동인지, 윤리적 이슈를 어떻게 다룰 것인지에 대해 영향을 미칠 수 있는 조직원들에게 공유된 강한 인식이다(Victor & Cullen, 1988).

② 조작적 정의

본 연구에서는 Olson(1998)이 개발한 병원윤리풍토설문(Hospital Ethical Climate Survey; HECS)을 연구자가 committee approach 번역 방법을 이용하여 한글로 번역한 도구로 측정한 점수를 말한다(Cha, Kim, & Erlen, 2007). 병원윤리풍토 점수가 높을수록 개인이 지각한 병원 조직의 윤리풍토가 긍정적임을 의미한다.

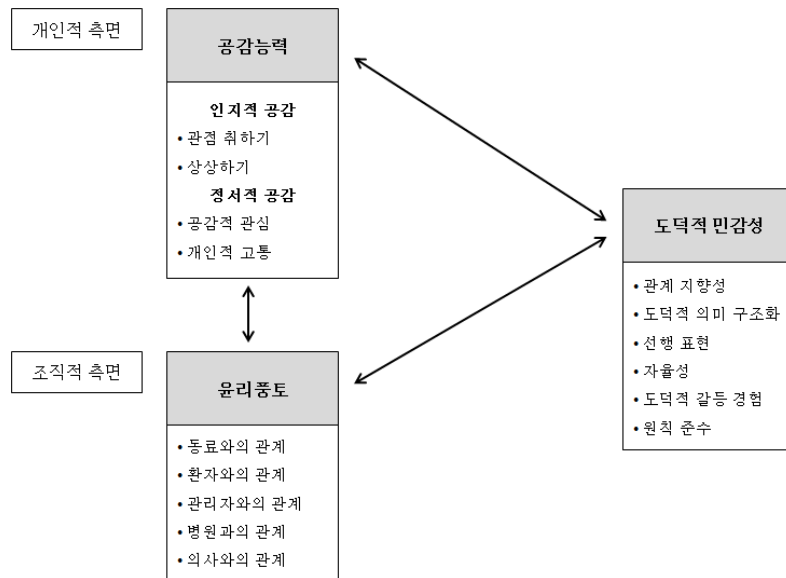


#### 4. 개념적 기틀

본 연구에서 파악한 개념들은 도덕적 민감성을 중심으로 한 관련 변수들이다. Rest(1986)가 도덕적 민감성의 정서적 측면이 공감임을 설명하였으며 Victor와 Cullen(1988)이 조직의 윤리풍토가 윤리적 이슈를 다루는데 영향을 미칠 수 있다고 설명한 선행 연구들을 토대로 도덕적 민감성과, 그에 관련된 개인적 측면인 공감과 조직적 측면인 윤리풍토로 개념적 기틀을 구성하였다.

도덕적 민감성의 하위개념은 관계지향성, 도덕적 의미의 구조화, 선행 표현, 자율성, 도덕적 갈등 경험, 원칙준수로 구성되어 있다. 공감능력은 크게 인지적 공감과 정서적 공감으로 구성되며 인지적 공감의 하부영역으로 관점 취하기와 상상하기, 정서적 공감의 하부영역으로 공감적 관심과 개인적 고통으로 구성된다. 윤리풍토는 간호사가 병원에서 경험하는 관계를 중심으로 나뉘고 있으며 동료와의 관계, 환자와의 관계, 관리자와의 관계, 병원과의 관계, 의사와의 관계로 구성된다.

핵심 변수인 도덕적 민감성과 공감능력, 도덕적 민감성과 윤리풍토, 윤리풍토와 공감능력은 서로 영향을 주고받는 관계이며, 도식화하면 <그림 1>과 같다.



<그림 1> 본 연구의 개념적 기틀

## II. 문헌고찰

### 1. 정신간호사의 도덕적 민감성

도덕적 민감성은 도덕적 의사결정과 도덕적 행동의 주요 요소로서 도덕적 문제를 감지하는 능력이고 환자의 취약한 상황에 대한 맥락적이고 직관적인 이해이며 자신의 결정이 타인에게 미치는 영향에 대한 통찰력이며 도덕적 문제를 알아채는 능력에 있어 감정뿐만 아니라 윤리적으로 민감한 임상적 상황에서의 책임감에 대한 자기 인식을 포함한다(Lutzen, 1997; Lutzen et al., 2006). Rest(1986)는 인지 발달론적 입장에서 도덕발달의 4-구성요소 모형을 제시하였는데, 인간의 도덕행동은 제 1요소 도덕적 민감성(Moral sensitivity), 제 2요소 도덕적 판단 또는 추론(Moral judgement or reasoning), 제 3요소 도덕적 동기화(Moral motivation), 제 4요소 도덕적 품성(Moral character)의 순차적이지 않은 네 가지 과정이 포함되어 있다고 하였다. 즉, 이 네 가지 요소 중 하나라도 작용하지 않으면 기대하는 도덕적 행동이 발생되기 어렵다는 것이다. 제 1요소인 도덕적 민감성을 특정 상황에 내포된 도덕적 의미를 인식하고 상황을 해석하며 자신의 행동이 타인에게 어떠한 결과나 영향을 미칠 수 있을지 헤아릴 수 있는 능력이라 정의하였다. 또한 도덕적 민감성에는 개인차가 있으며, 도덕적 판단력이 높다 하더라도 도덕적 민감성을 통해 도덕적 함의를 인식해야만 도덕적 행동을 할 수 있다고 덧붙여 도덕적 민감성을 강조하였다.

간호학 문헌에서는 도덕적 민감성(Moral sensitivity)과 윤리적 민감성(Ethical sensitivity) 용어가 혼용되고 있는데, 이에 대해 Bebeau, Rest와 Yamoore(1985)는 도덕과 관련된 개념들이 도덕 이론들에 의해 발달하였지만 전문직의 도덕성은 전문직 고유의 윤리강령에 의해 유도되기 때문에 도덕 개념을 윤리로 표기하기도 한다고 하였다. 또한 Lutzen 등(2006)은 도덕적 민감성 개념 개발 연구에서 도덕적 민감성과 윤리적 민감성 개념을 때에 따라 바꾸어 사용할 수 있다고 설명하면서도 두 개념 간에

는 차이가 있다고 하였는데, 윤리적 민감성은 윤리 이론과 원칙에 근거하고 도덕적 민감성은 개인의 대인관계와 관련된 개념이라고 설명하였다.

간호사는 인간을 대상으로 건강을 도모하는 전문직이기 때문에 타분야에 비해 의사결정을 하는데 있어 윤리적인 문제를 경험하는데, 특히 환자의 권리와 자율성을 보호하는 것과 정확한 치료 정보를 제공하는 것과 관련된 윤리적 이슈를 빈번하게 경험한다(Ulrich et al., 2010). Weaver, Morse와 Mitcham(2008)은 전문 실무영역에서 간호사의 윤리적 민감성을 설명하기 위한 모델을 제시하였는데, 환자와 간호사에게 지각된 환자의 취약성과 고통을 환자와 간호사의 대인관계를 통해서 간호사가 인지, 정서, 사고 과정인 윤리적 민감성 과정을 경험하고, 결과로서 윤리적 의사결정을 하게 된다고 하였다. 간호사에게 도덕적 민감성은 타인에 대한 가치와 신념, 이해, 의무를 인식하는 것과 타인에 대한 적절한 감정적 반응을 포함하기 때문에 간호사가 환자의 고통에 대해 알고 공감적 반응을 하는 것이 곧 윤리적 행동을 일으키고 환자의 고통을 경감시키도록 유도한다. 만약 도덕적 민감성이 적절히 형성되지 않으면 도덕적 행동을 할 기회를 놓치거나 도덕적으로 부적절한 행동을 취하게 되므로 간호사에게 높은 도덕적 민감성이 요구된다(Oddi, Cassidy, & Fisher, 1995; Rushton & Penticuff, 2007).

정신간호 분야에서의 윤리적 의사결정은 다른 영역에 비해 독특한 특성을 보인다. 첫째, 정신질환자는 인지, 사고, 심리적 장애로 인해 환자 스스로 자신의 권익을 지키기 어려운 경우가 있다. 이로 인해 환자를 위해 옳은 것이 무엇인가에 대한 고려와 의사결정을 의료인의 개인적 가치관에 따르는 경우가 많으므로 의료인들의 윤리적 결정들이 서로 합의되지 않은 경우가 많다. 둘째, 윤리적 상황이 예측불가능하고 긴급하며 각각의 상황이 고유하기 때문에 윤리원칙에 접근하기 어렵고 사람마다 또는 상황마다 다르게 적용된다(Arboleda-Florez, 2008; Lutzen et al., 1997; Lutzen, Nordstrom, & Evertzon, 1995).

Choe 등(2012)은 질적 연구에서 정신간호사가 경험하는 도덕적인 문제를 도덕적으로 준비되지 않은 상태와 무지, 도덕적 무감각, 도덕적 안주, 도덕적 충돌, 도덕적 스트레스로 분석하였다. 특히 도덕적 무감각(Moral numbness)은 정신병리적 증상을 반복적으로 보이는 만성 정신질환자를 돌볼 때 환자의 증상 변화나 약물 조절에 대해

무관심해지는 태도를 보이는 것, 폭력적인 행동을 하는 환자에 대한 역전이 현상으로 인해 부도덕한 행동을 하는 것 등으로 분석하였다.

Lutzen, Johansson과 Nordstrom(2000) 은 정신과와 타 분야 의료인의 도덕적 민감성을 비교한 연구에서 정신과 의사가 타 영역 의사에 비해 환자의 자율성에 대한 도덕적 민감성이 낮음을 보고하였다. 그는 이런 현상이 정신과 분야의 특성상 비자발적인 치료를 받고 있는 환자가 많기 때문에 자율성의 원칙을 따르는 것이 어려운 상황에서 근무하며 자율성의 원칙을 엄격히 적용했을 때 환자에게 따르는 위험을 알고 있기 때문이라고 설명하였다. 특히 강제 투약에 대한 태도 문항에서 타 분야 의료인보다 정신과 의료인이, 정신과 간호사보다 정신과 의사가, 여자보다 남자가 관대하다고 하였다. 또한 Lutzen 등(1997)은 정신과 남자 의사와 여자 의사에서도 도덕적 민감성의 차이를 보고하였는데, 남자 의사가 여자 의사에 비해 도덕적 갈등을 더 많이 경험한다고 하였으며 의사결정을 할 때 남자의사는 의학적 지식을, 여자 의사는 환자와의 관계를 더 중요하다고 생각한다고 하였다.

간호사 개인의 도덕적 민감성이 높다고 하더라도 관리자의 지지 부족, 시간 부족, 병원의 구조적 또는 제도적 문제, 관계의 문제와 같은 상황적 제약에 의해 실무에 자신의 도덕적 민감성을 도덕적 행동으로 전적으로 이끌 수 없다(Jameton, 1993). 따라서 도덕적 민감성이 높을수록 행동으로 옮기지 못했을 때 느끼는 고통스러운 감정인 도덕적 고뇌를 더 많이 경험한다고 보고되었다(Corley, 2002; 노다복 et al., 2013). Lutzen과 Ewalds-Kvist(2013)는 간호사의 이러한 부정적 감정을 조절하기 위해서 높은 도덕적 민감성을 유지하면서도 도덕적 고뇌를 줄이기 위해 도덕적 탄성력(moral resilience)을 강화하여야 한다고 제시하였다.

Lutzen 등(1995)은 정신간호사의 도덕적 민감성을 측정하기 위해 도덕적 민감성 설문지(Moral sensitivity questionnaire, MSQ)를 개발하였다. MSQ는 30문항, 6개의 하부영역인 관계 지향성 영역, 도덕적 의미 구조화 영역, 선행 표현 영역, 자율성 영역, 도덕적 갈등 경험 영역, 원칙 준수 영역으로 구성되어 있다. Lutzen 등(2006)은 MSQ를 개정한 MSQ-R을 제시하였는데, MSQ-R은 총 9문항으로 구성되어 있으며 하위 영역은 도덕적 부담감, 도덕적 능력, 도덕적 책임감으로 이루어진다.

국내에서는 Han 등(2010)이 MSQ에서 정신간호 영역에만 해당하는 3개 문항을 제외한 27개의 문항에 대해 한국 간호사에 맞게 타당화한 한국판 도덕적 민감성 설문지 (Korean moral sensitivity questionnaire, K-MSQ)가 주로 사용되고 있다. K-MSQ은 MSQ와는 달리 전문적 책임 영역, 환자중심 영역, 도덕적 의미 영역, 선행 영역, 갈등 영역의 5개 하부영역으로 구성되는 것으로 분석되었다. 같은 도구에 대해 다르게 분석된 것에 대해 저자는 간호사들이 환자의 자율성을 보호하는 것과 원칙을 따르는 것에 대해 명확한 구별을 보이지 않는 것으로 보인다고 설명하였다.

도덕적 민감성의 관련 변수로 임상경력, 윤리적 기준, 윤리교육 경험, 간호전문직에 대한 태도, 윤리적 기준, 도덕적 자아개념, 윤리강령 적용 정도, 비판적 사고 성향이 보고되었다. 임상 경력 9년 이상인 간호사의 도덕적 민감성이 2년 이하의 간호사보다 유의하게 높다고 보고되었으며 윤리적 기준이 매우 확고하다고 한 경우 가끔 혼동된다는 경우보다 유의하게 높으며 간호전문직에 대해 긍정적 태도를 가지고 있을수록 도덕적 민감성이 유의하게 높게 나타났다(김해리 & 안성희, 2010). 또한 윤리교육 경험의 횟수가 1-2회인 간호사에 비해 3회 이상인 간호사의 도덕적 민감성이 더 높음이 보고되어 윤리교육의 중요성이 강조되었다(김해리 et al., 2010).

위의 내용을 종합해볼 때 도덕적 민감성은 도덕적 문제를 인지해내고 환자가 필요한 도움을 알아채며 결과를 예측하는 인식적 과정이며 윤리적 행동을 유발하는 과정에서 필수적으로 요구되는 윤리적 상황과 결과에 대한 통찰이라고 할 수 있다. 이는 인류와 사회에 공헌하는 사명을 가진 간호사에게 필수적이며 개발해야 할 덕목이라고 할 수 있다.

## 2. 정신간호사의 공감능력

공감(empathy)의 정의는 ‘타인의 정서에 완벽하게 일치할 수는 없지만 타인의 정서에 보다 적합하게 반응하는 대리 정서 반응’이다(Hoffman, 2001). 국내 문헌에서 ‘empathy’는 ‘공감’, ‘감정이입’, ‘연민’의 뜻으로 혼용되어 사용되고 있으며 ‘empathy’와 ‘compassion’ 각각의 영단어가 동일하게 ‘공감’으로 번역되어 사용되고 있고 이러한 비슷한 용어들 간에 합의된 뚜렷한 의미의 경계는 없다. 다만 이영진(2014)이 공감역량(compassion competence) 도구 개발 연구에서 시행한 개념분석에서 공감(empathy)은 감정이입에 가까운 정서적 요소의 개념이며 공감(compassion)은 행동 또는 실천적 요소가 추가된 개념으로 감정이입, 배려, 교감을 포괄적으로 의미하는 개념이라고 설명하였다.

미국의 심리학자 Hoffman(2001)은 도덕 발달에 있어서 공감(empathy)의 중요한 역할을 설명하였다. 그는 공감을 타인의 감정과 지각, 의도에 대해 인지적으로 자각하는 인지적 면과 대리적 정서 측면으로 정의하면서 특히 정서적 반응으로서의 공감을 강조하였다. 그는 공감 정서가 도덕적 행동을 유발하는 과정을 ‘공감적 고통’이라는 현상으로 설명하였다. 그에 따르면 위협이나 고통에 처해 있는 타인을 볼 때 대리적 정서 반응인 공감적 고통이 발생하는데, 이때 발생한 공감적 고통의 특성은 첫째, 타인을 돕는 도덕적 행동과 연관이 있어야 하며 둘째, 공감적 고통이 도덕적 행동에 선행하여 기여해야 하며 셋째, 도덕적 행동을 했을 때에는 기분이 더 좋아지고 도덕적 행동을 하지 않았을 때 공감적 고통은 높은 수준에서 지속되는 특성을 보인다. 도덕발달의 4-구성요소 모형을 제시한 Rest(1986)는 공감을 자신의 모형에 비추어 공감이 도덕적 민감성의 정서적 요소라고 설명하였는데, 도덕적 민감성은 도덕적 상황에 대한 인지적 통찰 과정을 나타내며 공감은 이 때 발생하는 정서적 반응이라고 설명하였다.

간호학에서 공감은 윤리 도덕적 개념으로 사용되기 이전부터 간호사-환자의 치료적 관계 형성과 치료적 의사소통에 필요한 덕목으로서 강조되어 왔다. La Monica(1981)는 공감을 상대방의 상황을 정확히 지각하고 이해한 바를 의사소통을 통해 상대방에

게 전달하는 것이라고 하여 의사소통에서 공감의 중요성을 설명하였다. 또한 Rogers(1957: Yu & Kirk, 2009에서 재인용)는 효율적인 치료적 관계를 유지하기 위한 요소로서의 공감을 강조하였는데 공감을 환자의 개인적인 세계를 마치 자신의 것인 것처럼 느끼는 것이라고 하면서도 치료자의 입장을 잃지 않아야 한다고 강조하였다. Morse 등(1992)은 공감이 인지적 요인, 정서적 요인, 도덕적 요인, 행동적 요인의 네 가지 요인을 포함한다고 설명하였다. 인지적 요인으로서의 공감은 상대방의 상황과 지각을 객관적으로 확인할 수 있는 지적 능력이며, 정서적 요인으로서의 공감은 상대방의 정서, 심리를 대리적으로 경험할 수 있는 능력으로 공감하는 사람은 감정적으로 각성된 상태가 된다고 하였다. 또한 도덕적 요인으로서의 공감은 인지, 정서적으로 알아챈 상대방의 요구를 충족시키기 위해 돕는다는 이타적인 책임감이며, 행동적 요인은 상대방에 대한 이해를 전달하기 위한 의사소통 반응을 포함한다고 하였다. 또한 Reynolds, Scott와 Austin(2000)은 공감이 도덕적 인지와 도덕적 판단에서 중요한 요소라고 하였는데, 도덕적 행동의 유발은 공감이 존재하느냐에 달려있음을 설명하며 공감의 중요성을 설명하였다. 도덕적 상황의 이해는 ‘타인이 취약한 상황에 처해 있다’와 같이 객관적 상황 파악으로만 이루어질 수도 있으며 공감적 정서 없이 도덕 행위로 이어질 수는 없다고 설명하여 공감을 강조하였다.

따라서 간호사는 환자의 상황을 인지적으로 이해하고 정서적으로 경험하는 과정이 간호사 내적으로 진행되고 환자의 요구를 충족시키기 위해 의사소통을 하거나 이타적 행동을 취한다고 할 수 있으며 이러한 과정이 치료적 관계를 긍정적으로 만들고 도덕적 행동을 유발시킨다고 할 수 있다. 정신간호 영역에서는 자율성 제한을 비롯하여 다양한 윤리적 갈등을 겪게 되는데, 간호사가 환자에게 공감적 간호를 제공하면 치료적 관계를 유지하기 쉽고 자기이해가 용이하며 도덕적 행동을 취하게 된다(박정원, 1999). 예를 들어 정신간호사의 환자에 대한 공감 정도가 높을수록 환자에 대한 격리 강박 사용의 빈도가 낮아지는 것과 강한 연관이 있었다고 보고되었다(Yang, Hargreaves, & Bostrom, 2014).

공감능력은 간호사 개인에 따라 다르다. 높은 공감능력을 가진 간호사는 유의하게 자존감이 높고 돌봄의 가치를 높게 평가하였고 심리적으로 불안한 간호사일수록 공감

능력이 유의하게 낮다고 보고되었다(Davitz, Davitz, & Rubin, 1980; Wheeler, 1995). 또한 일반병동 간호사에 비해 정신병동 간호사의 공감능력이 유의하게 높다고 보고되었으며 감정적 대처방법을 사용하는 간호사에 비해 문제 중심의 대처방법을 사용하는 간호사의 공감능력이 유의하게 높고 자기노출이 많을수록 공감능력이 유의하게 높은 것으로 보고되었다. 일반적 특성에 따른 공감능력은 연구마다 차이가 있으나, 연령이 높을수록, 임상경력이 많을수록, 교육정도가 높을수록 유의하게 높은 공감능력을 나타낸다고 보고되었다(박향진, 2012; 이경주, 1999; 최미정, 2005).

간호사의 공감능력이 불변하는 것은 아니다. 간호사 개인적으로 공감능력이 좋은 성향을 가졌음에도 불구하고 저해되게 하는 업무적 요인으로서의 장벽이 존재하는데, 공감능력의 저해는 공감에 부정적인 조직적 관습과 환자의 감정적 고통에 압도되는 것에 대한 두려움 때문이며 간호사의 공감 저하와 관련된 업무적 요인으로는 시간 부족, 신뢰감 부족 또는 혼돈 상태 등의 환자 문제가 있다고 보고되었다(Carver & Hughes, 1990; Reynolds, 1998). 또한 간호사의 공감은 교육을 통해 발전시킬 수 있는데, Reynolds(1998)는 공감능력 강화 프로그램 중재 연구에서 실험군이 대조군에 비해 유의하게 공감능력이 강화되었다고 보고하였다. 또한 Ancel(2006)은 의사소통훈련 후 간호사의 공감능력이 향상되었다고 보고하여 간호의 핵심적인 요소인 공감능력을 강화시키기 위한 교육의 필요성을 강조하였다(Williams & Stickley, 2010).

Yu와 Kirk(2008)은 간호연구에 사용된 공감도구를 분석하기 위해 시행한 체계적 고찰 연구에서 간호연구에 사용된 공감 측정 도구는 열 두 개임을 밝혔으며 도구의 신뢰도, 타당도, 민감도, 사용 세팅의 특수성, 이용자 중심성, 하위영역의 포괄성, 적용의 용이성 등 일곱 가지 평가 기준을 두고 도구의 질 평가를 시행하였다. 열두 가지 도구를 객관적 평가 기준을 적용하여 평가하였을 때 높은 질 평가 점수를 받은 도구는 La Monica(1981)의 Empathy Constructive Rating Scale(ECRS)이었다. ECRS는 Kim(1988)에 의해 한글로 번역되어 국내에서도 많이 사용된 도구로 자신과 환자, 동료의 측면에서 공감을 측정하도록 개발되어 신뢰도와 타당도 면에서 검증된 도구이다. ECRS는 간호사가 보고한 공감을 측정할 뿐 환자가 공감을 받아들였는지의 반응을 알 수는 없다. 이에 Wheeler(1995)가 개발한 Perception of Empathy Inventory



(PEI)는 간호사의 공감을 환자가 지각하는지를 측정하기 위해 개발된 간단한 도구이다. 국내외 간호학 연구에서 자주 사용되는 다른 도구로 Interpersonal Reactivity Index(IRI)가 있다. IRI는 교육학 분야에서 공감의 인지적, 정서적 요소를 측정하기 위해 만들어진 도구이며 심리학 또는 교육학 학문에서 더욱 널리 사용되고 있다. IRI를 개발한 Davis(1994)는 공감을 단일한 차원으로 보기 어려우며 다차원적 요소로 파악하는 것이 타당하다고 주장하면서 공감을 먼저 인지적 공감과 정서적 공감으로 나누고 인지적 공감은 관점 취하기와 상상하기, 정서적 공감은 공감적 관심과 개인적 고통으로 구조화하였다.

도덕적 특성으로서 공감의 중요성이 강조되어 왔음에도 불구하고 공감이 치료적 관계나 치료적 의사소통에 대한 연구가 진행되었을 뿐, 도덕적 요소에 대한 연구는 매우 부족한 실정이다.

### 3. 정신간호사의 윤리풍토

풍토(climate)는 문화(culture)와 비슷한 의미로 사용되지만 다른 개념으로, 풍토는 개인의 지각을 거쳐서 나타나기 때문에 문화보다 좀 더 유연하다는 특성을 가진다(Flarey, 1993). 조직에서 형성된 풍토를 조직풍토(Organizational climate)라 하며 이는 개인에 의해 지각되어 태도와 행동에 직접적인 영향을 주는 환경적 특성이고 윤리풍토보다 좀 더 상위의 개념이다(Woodman & King, 1978).

윤리풍토(Ethical climate)는 조직풍토(Organizational climate)의 하위 개념으로서 조직에서 윤리적 문제를 파악하고 무엇이 윤리적으로 옳은 행동인지, 윤리적 이슈를 어떻게 다룰 것인지에 대해 영향을 미칠 수 있는 조직원들에게 공유된 강한 인식이다(Victor & Cullen, 1988). Victor와 Cullen(1988)은 조직의 윤리풍토를 윤리 기준의 준거 형태와 분석수준으로 나누어 9개의 유형으로 설명하고 도구를 개발하였다. 이기주의를 기준으로 하는 유형에는 자기이익형, 회사이익형, 효율형이 있는데 자기이익형은 각 개인이 자신의 이익만을 고려하는 유형이고 회사이익형은 회사의 이익을 최우선으로 강조하는 유형이며 효율형은 시스템의 효율성을 우선시 하는 유형이다. 배려주의를 기준으로 하는 유형에는 배려형, 조직 배려형, 사회 책임형이 있는데 배려형은 조직에 상관없이 인간의 존엄성과 가치를 존중하는 유형이고 조직배려형은 조직의 이익을 위한 상호 협력을 중요시하는 유형이며 사회적 책임형은 조직외부의 고객과 사회에 미치는 영향을 우선시하는 유형이다. 또한 원칙주의를 기준으로 하는 유형에는 개인적 도덕형, 회사 규정과 절차형, 법규와 직업강령형이 있는데 개인적 도덕형은 개인의 도덕적 신념에 의해 의사결정을 하는 것이 강조되는 유형이고 회사 규정과 절차형은 조직 내의 규정과 절차를 중요시하는 유형이고 법규와 직업 강령형은 법률이나 직업강령 등의 조직 외부 통제기구를 중시하는 유형이다.

Victor와 Cullen(1988)이 개발한 윤리풍토 도구(Ethical Climate Questionnaire; ECQ)는 일반 조직을 기반으로 개발되어 간호 조직에 적용하기에는 어렵다는 한계를 보였다. 이에 Olson(1998)이 간호 조직의 특성에 맞는 병원윤리풍토설문(Hospital

Ethical Climate Survey; HECS)을 개발하였다. Olson(1998)은 HECS에서 간호사가 윤리적 문제와 환자 간호 문제를 어떻게 다룰 것인지와 관련된 실무적 조건에 대한 인식을 측정하고자 하였으며 이는 업무 환경에서의 관계와 관련된다. HECS에서의 윤리풍토는 동료, 환자, 관리자, 병원, 의사와의 관계에 대한 인식으로 표현된다.

간호조직의 윤리풍토는 간호사와 간호 조직에 영향을 주는데, 간호사가 지각하는 윤리풍토에 따라 직무만족도와 직무스트레스, 이직의도와 관련이 있다(남지은, 2010; 윤현주, 2010). Ghorbani, Hesamzadeh, Khademloo, Khalili, Hesamzadeh와 Berger(2014)는 사립병원 간호사가 공립병원 간호사보다 관리자의 관계, 의사와의 관계의 일부 문항에서 유의하게 긍정적으로 지각하고 있다고 보고하였다. 윤리풍토는 도덕적 고뇌 이론에서 주요 개념으로 사용되어 연구되었는데, 간호사의 도덕적 민감성은 도덕적 고뇌와 양의 상관관계가 있었고 윤리풍토와 도덕적 고뇌는 음의 상관관계를 보여, 간호사가 도덕적 민감성이 높은 상태임에도 불구하고 윤리풍토에 의해 자신이 옳다고 생각하는 도덕적 행동을 하지 못하였을 때 도덕적 고뇌가 높아진다고 하였다(Corley, 2002; Ohnishi et al., 2010; 노다복 et al., 2013). Olson(1998)에 의하면 간호조직의 윤리풍토는 변하거나 관리할 수 있으며 향상시킬 수 있다고 하였다. 이에 Siln, Kjellstrm, Christensson, Sidenvall과 Svantesson(2012)은 질적 연구에서 사례 깊게 돌보고, 지지를 주고받으며, 필요한 정보를 충분하게 하고, 팀을 이루어 일하며, 행동 지침을 만드는 행동이 윤리풍토를 긍정적으로 향상시킬 수 있다고 분석하였다.

윤리풍토는 조직에서 윤리적 문제를 어떻게 다룰 것인지에 영향을 미칠 뿐만 아니라 간호사의 직무만족, 이직의도 등 조직성과에 영향을 미치는 중요한 인식임에도 불구하고 연구가 부족한 실정이다.

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구 설계

본 연구는 정신간호사의 도덕적 민감성, 공감능력, 윤리풍토의 관계를 알아보는 서술적 조사연구이다.

#### 2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 편의추출된 서울, 강원, 충남, 경남, 전남 소재의 5개 국립 정신의료기관의 간호사이며 선정기준은 정신간호영역 병동에서 근무하는 경력 1년 이상의 간호사이며, 같은 기준을 적용한 선행연구에 근거하였다(김해리 & 안성희, 2010; 노다복 et al., 2013; 이광자 & 유소연, 2011).

표본의 크기는 G\*Power 3.1 프로그램(Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009)에서 상관관계분석, 양측검정, 효과크기 중간 0.25,  $\alpha=0.05$ ,  $1-\beta=0.80$ 으로 설정하여 계산했을 때 최소 160명이 요구되었으며 탈락률에 대비한 30%를 더하여 산출한 208명을 대상으로 설문 조사를 시행하였고, 최종적으로 총 182부의 자료가 분석에 사용되었다.

### 3. 연구 도구

본 연구는 구조화된 설문지를 사용하였다. 설문지는 도덕적 민감성 30문항, 공감능력 28문항, 윤리풍토 26문항, 일반적 특성 11문항의 총 95문항으로 구성되며 각 도구는 다음과 같다.

#### 1) 도덕적 민감성

정신간호사의 도덕적 민감성을 측정하기 위해 Lutzen 등(1995)이 개발한 도덕적 민감성 설문지(Moral sensitivity questionnaire; MSQ)를 Han 등(2010)이 번안하고 수정 보완한 한국판 도덕적 민감성 설문지(K-MSQ)를 사용하였다. 도구 사용에 대해 Lutzen과 Han에게 e-mail을 통해 승인을 받았다. 본 연구에서는 한국판 도덕적 민감성 설문지(K-MSQ)를 사용하되, 정신간호사를 대상으로 개발된 문항들을 모두 포함시키기 위하여 한국판에서 제외되었던 3개 문항(‘정신과 문제를 가진 환자들도 자신들의 간호와 관련된 의사결정에 참여할 수 있어야 좋은 간호라고 생각한다.’, ‘환자가 정신의료기관에 비자의 입원한 경우, 나는 그 환자가 거부하더라도 의사의 처방에 따라야 한다.’, ‘환자의 의지를 거스르면서 좋은 간호를 제공하는 것은 어렵다.’)을 포함시킨 30문항을 모두 사용하였으며 Lutzen 등(1995)의 하위 영역 분류를 따랐다.

Lutzen 등(1997)이 개발한 MSQ는 총 30문항으로 구성되어 있으며 여섯 하위 영역으로 이루어진다. 하위 영역은 관계지향성 3문항, 도덕적 의미 구조화 6문항, 선행 표현 5문항, 자율성 3문항, 도덕적 갈등 경험 5문항, 원칙 준수 7문항과 분류되지 않은 26번 문항으로 구성되었다. Han 등(2010)의 K-MSQ는 Lutzen 등(1997)의 MSQ를 한국어로 번안하고 정신간호에만 해당하는 내용의 3개 문항을 제외한 27문항으로 이루어져 있으며 환자 중심 간호 영역, 전문적 책임 영역, 갈등 영역, 도덕적 의미 영역, 선행영역의 다섯 하위 영역으로 구성된다.

Lutzen 등(1997)은 도덕적 민감성의 각 하위 영역을 <표 1>와 같이 정리하였다. 본 도구는 Likert식 7점 척도로 구성되었으며 각 항목은 ‘절대로 동의 안함’의 1점부터 ‘완전히 동의함’의 7점으로 계산된다. 점수의 범위는 30점에서 210점이고 점수가 높을수록 도덕적 민감성이 높음을 의미한다. MSQ에는 역산의 여부가 애매한 문항들을 볼 수 있는데, 원저자에게 e-mail을 통해 도구 사용 방법을 문의하였으나 답변을 받을 수 없어 MSQ를 사용한 선행연구의 도구 사용 방법을 참고하여 2개 문항(‘환자가 경구 투여를 거부할 때, 주사를 놓겠다고 위협하는 것이 때로는 일리가 있다.’, ‘환자를 위해 어려운 결정을 내려야 할 때, 나는 주로 나의 감정에 의존한다.’)을 분석 시 역산 처리 하였다(Han et al., 2010). 개발 당시 Lutzen 등(1995)의 연구에서 신뢰도 Cronbach’s  $\alpha$ =.78이었으며 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach’s  $\alpha$ =.82이었다.

<표 1> 도덕적 민감성의 하위 영역

하위 영역	정의
관계 지향성	환자의 개인적 요구에 반응하는 방법을 찾고 환자와 신뢰 관계를 형성하는데 주력하는 것과 관련되며, 자신의 행동이 환자와의 관계에 어떻게 영향을 미치는가에 대한 의료인들의 관심이 반영되어 있다. (범주: 관계)
도덕적 의미 구조화	환자의 자기선택에 한계가 있을지라도 환자가 한 결정과 행동에 대한 도덕적 의미를 이끌어내는 것과 관련되며 환자의 제한된 자율성을 이해하는 것을 의미한다. (범주: 의미)
선행 표현	옳은 것 또는 환자에게 최상의 이익이 되는 것을 행하는 도덕적 동기와 관련되며 선행의 원칙, 악행금지의 원칙과는 구별된다. (범주: 선행)
자율성	자율성의 원칙 즉, 환자의 자기선택권이 존중되어야 한다는 관점이 반영된다. (범주: 자율성)
도덕적 갈등 경험	도덕적 민감성이 도덕 행동으로 표현되기 전에 나타나는 잠재적 또는 실제적 갈등으로서 인지적 지각뿐만 아니라 감정적, 직관적 경험을 포함한다. (범주: 갈등)
원칙 준수	규칙과 정책에 따라 이루어지는 행동을 의미한다. (범주: 원칙)

## 2) 공감능력

Davis(1994)가 공감을 측정하기 위해 개발한 대인관계반응지수(Interpersonal Reactivity Index: IRI)를 박성희(1997)가 번안한 한글판 IRI를 사용하였다. 도구의 사용에 대해 Davis와 박성희에게 e-mail을 통해 승인을 받았다.

IRI는 총 28문항으로 구성되어 있으며 하위 영역으로는 인지적 요소 14문항, 정서적 요소 14문항으로 이루어진다. 인지적 요소는 타인의 견해나 관점을 취하여 반응하는 경향 또는 능력을 의미하는 관점취하기 7문항과 책, 영화, 연극 등에 등장하는 허구의 인물에 강하게 빠져드는 경향을 뜻하는 상상하기 7문항으로 이루어지며 정서적 공감은 타인이 좋지 않은 일을 겪을 때 온정, 연민, 염려의 감정을 갖는 경향인 공감적 관심 7문항과 타인이 안 좋은 일을 겪는 것을 볼 때 불편한 감정을 경험하고 걱정하는 것을 뜻하는 개인적 고통 7문항으로 이루어진다(Davis, 1980).

본 도구는 Likert식 5점 척도로 구성되어 있는데, 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다’의 0점부터 ‘매우 그렇다’의 4점으로 계산된다. 점수의 범위는 0점에서 112점이고 점수가 높을수록 공감능력이 높음을 의미한다. 국내에서 IRI를 사용한 연구에서는 1점에서 5점 또는 6점 척도 등 계산 방법이 다양하였지만, 본 연구에서는 원도구의 저자가 도구 사용 승인 시 연구자에게 제공한 도구 설명서에서 제안하였던 0-4점 계산을 사용하였다. 오원옥, 정우식, 강형근, 김은혜와 석민현(2010)의 연구에서 신뢰도 Cronbach's  $\alpha=.84$ 이었으며 우정희, 채덕희와 강경화 (2013)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha=.76$ 이었고 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha=.77$ 이었다.

### 3) 윤리풍토

Olson(1998)이 개발한 병원윤리풍토설문(Hospital Ethical Climate Survey; HECS)의 번역과 사용에 대해 e-mail을 통해 원저자의 승인을 받은 후, 연구자가 committee approach 번역 방법을 사용하여 번역한 도구를 사용하였다(Cha et al., 2007).

HECS는 총 26문항이며 동료와의 관계 4문항, 환자와의 관계 4문항, 관리자와의 관계 6문항, 병원과의 관계 6문항, 의사와의 관계 6문항으로 구성되어 있다. 본 도구는 Likert식 5점 척도로 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점, ‘거의 그렇지 않다’ 2점, ‘가끔 그렇다’ 3점, ‘자주 그렇다’ 4점, ‘항상 그렇다’ 5점으로 계산되며 점수의 범위는 최저 26점에서 최고 130점이고 점수가 높을수록 윤리 풍토를 긍정적으로 지각하고 있음을 나타낸다. 개발 당시 HECS의 신뢰도 Cronbach’ s  $\alpha$ =.84이었으며 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach’ s  $\alpha$ =.94(동료와의 관계: .72, 환자와의 관계: .74, 관리자와의 관계: .89, 병원과의 관계: .75, 의사와의 관계: .84)이었다.

## 4. 자료수집 방법 및 절차

본 연구는 연세대학교 간호대학 연구윤리위원회의 연구 승인을 받은 후 자료 수집을 시행하였다(간대 IRB 2014-0033-1). 자료 수집은 2014년 10월 13일부터 2014년 11월 1일까지 시행되었다. 서울, 강원, 충남, 전남, 경남 소재의 5개 국립정신병원을 연구자가 방문하여 부서장에게 협조를 구하고 연구목적과 설문지의 내용을 설명하여 동의를 얻었다. 각각의 연구대상자에게는 연구 설명문을 제공하고 서면을 통한 동의를 받았으며 작성된 설문지가 타인에게 노출될 위험을 줄이고 솔직한 응답을 유도하기 위하여 봉인이 가능한 서류봉투를 모든 연구대상자에게 제공하여 설문지 작성 후 봉인하도록 하였다. 총 208부의 설문지를 배부하고 195부의 설문지를 회수였으며(93.8%) 응답이 불충분한 설문지를 제외한 총 182부가 최종적으로 분석에 사용되었다(87.5%).



## 5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS WIN 21.0 Program을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성과 도덕적 민감성, 공감능력, 윤리풍토의 실수, 백분율, 평균, 표준편차 등의 기술통계를 이용하여 산출하였다.
- 2) 일반적 특성에 따른 도덕적 민감성, 공감능력, 윤리풍토의 관계를 파악하기 위하여 t-test와 ANOVA로 분석하고 Scheffe, Tukey, LSD 방법으로 사후검정 하였다.
- 3) 도덕적 민감성, 공감능력, 윤리풍토의 관계를 파악하기 위하여 Pearson's Correlation Coefficient로 분석하였다.

## IV. 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자 총 182명의 일반적 특성은 <표 2>와 같다. 대상자의 성별은 여자가 90.7%로 남자(9.3%)보다 많았다. 연령은 평균 42.68세로 40세 이상 50세 미만이 42.3%로 가장 많았고 결혼 상태는 기혼이 79.1%로 미혼(18.1%), 기타(2.7%)보다 많았고 종교가 있는 사람이 62.6%로 종교가 없는 사람(37.4%)보다 많았다. 총 임상경력은 평균 18.91년이었으며 25년 이상 30년 미만이 24.7%로 가장 많았고 10년 미만(23.1%), 10년 이상 20년 미만(20.9%), 20년 이상 25년 미만(19.2%), 30년 이상(12.1%)의 순이었다. 정신간호 임상경력은 평균 15.57년으로 20년 이상이 44.0%로 가장 많았고 5년 이상 10년 미만(16.5%), 1년 이상 5년 미만(15.9%), 15년 이상 20년 미만(13.7%), 10년 이상 15년 미만(9.9%) 순이었다. 교육수준은 3년제 졸업이 37.9%로 가장 많았고 4년제 졸업(33.5%), 석사과정 이상(26.6%) 순이었다. 정신간호영역 자격사항으로는 정신보건간호사가 83.5%로 가장 많았으며 정신전문간호사(8.8%), 일반간호사(7.7%)의 순이었다. 대상자의 직위는 일반간호사가 68.1%로 가장 많았으며 수간호사 이상(20.9%), 주임간호사(11.0%) 순이었다. 간호대상자는 성인 남성이 31.9%로 가장 많았으며 성인 여성(18.7), 성인 혼성(13.2) 순으로 소아청소년, 노인 등에 비해 많았다. 병동의 특성은 만성 정신질환 전문이 31.9%로 가장 많았으며 급성기 정신질환 전문(16.5%), 일반 병동(16.5%)이 다음 순으로 많았다.

<표 2> 대상자의 일반적 특성

(n=182)

항목	구분	빈도	백분율	평균±표준편차
성별	남	17	9.3	
	여	165	90.7	
연령	30세 미만	17	9.3	42.68±8.67
	30세 이상 40세 미만	44	24.2	
	40세 이상 50세 미만	77	42.3	
	50세 이상	44	24.2	
결혼상태	미혼	33	18.1	
	기혼	144	79.1	
	기타	5	2.7	
종교	유	114	62.6	
	무	68	37.4	
총 임상경력	10년 미만	42	23.1	18.91±9.34
	10년 이상 20년 미만	38	20.9	
	20년 이상 25년 미만	35	19.2	
	25년 이상 30년 미만	45	24.7	
	30년 이상	22	12.1	
정신간호 임상경력	1년 이상 5년 미만	29	15.9	15.57±8.99
	5년 이상 10년 미만	30	16.5	
	10년 이상 15년 미만	18	9.9	
	15년 이상 20년 미만	25	13.7	
	20년 이상	80	44.0	
교육수준	3년제 간호대학 졸업	69	37.9	
	4년제 간호학과 졸업	61	33.5	
	석사과정 이상	52	28.6	
자격사항	정신보건간호사	152	83.5	
	정신전문간호사	16	8.8	
	해당없음	14	7.7	

<표 2> 대상자의 일반적 특성(계속)

(n=182)

항목	구분	빈도	백분율	평균±표준편차
직위	일반간호사	124	68.1	
	주임간호사	20	11.0	
	수간호사 이상	38	20.9	
간호대상자 특성	성인 남성	58	31.9	
	성인 여성	34	18.7	
	성인 혼성	24	13.2	
	소아, 청소년	15	8.2	
	노인	14	7.7	
	나이, 성별 혼재	37	20.3	
병동의 특성	급성기정신질환전문	30	16.5	
	만성 정신질환 전문	58	31.9	
	정신재활 전문	15	8.2	
	중독 정신질환 전문	11	6.0	
	노년기정신질환 전문	16	8.8	
	소아청소년 정신질환	14	7.7	
	해당없음	30	16.5	
	기타	8	4.4	

## 2. 대상자의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토

### 1) 대상자의 도덕적 민감성

대상자의 도덕적 민감성은 <표 3>과 같다. 도덕적 민감성 30문항은 점수 범위 1-7점에서 최소값 3.80점, 최대값 6.50점이었으며 평균평점과 표준편차는 5.19±0.48점이었고 총점평균과 표준편차는 154.07±14.77점이었다. 6개의 하부 영역 중에서 관계지향성 영역의 평균평점이 6.16±0.68로 가장 높았으며 자율성(5.90±0.76), 원칙 준수(5.41±0.63), 선행 표현(5.24±0.62), 도덕적 갈등 경험(4.91±0.90), 도덕적 의미 구조화(4.49±0.81) 순이었다.

도덕적 민감성의 문항별 점수는 부록 5에 첨부하였다. 가장 높은 점수를 보인 문항은 관계지향성 영역의 ‘환자의 전반적인 상황에 대한 지식/정보를 갖는 것은 간호사로서 나의 책임이다’(6.48±0.83)였으며 가장 낮은 점수를 보인 문항은 도덕적 의미 구조화 영역의 ‘만약 환자가 자신의 질병에 대한 인식이 부족하다면, 내가 환자를 위해 할 수 있는 일은 거의 없을 것이다’(3.01±1.74)이었다.

<표 3> 대상자의 도덕적 민감성 (n=182)

영역	문항수	점수범위	최소값	최대값	평균평점 ±표준편차	총점평균 ±표준편차
도덕적 민감성	30	30-210	114	195	5.19±0.48	154.07±14.77
관계지향성	3	3-21	9	21	6.16±0.68	18.49±2.04
자율성	3	3-21	10	21	5.90±0.76	17.70±2.28
원칙 준수	7	7-49	28	49	5.41±0.63	37.85±4.41
선행 표현	5	5-35	17	34	5.24±0.62	26.20±3.12
도덕적 갈등 경험	5	5-35	13	34	4.91±0.90	24.54±4.52
도덕적 의미 구조화	6	6-42	17	41	4.49±0.81	26.92±4.88

## 2) 대상자의 공감능력

대상자의 공감능력은 <표 4>와 같다. 공감능력 28문항은 점수 범위 0-4점에서 최소값 1.68점, 최대값 3.32점이었으며 평균평점은  $2.49 \pm 0.30$ 점이었고 총점평균은  $67.79 \pm 8.52$ 점이었다. 하위 영역을 살펴보면, 인지적 공감은  $2.61 \pm 0.39$ 이었으며 관점 취하기( $2.85 \pm 0.47$ ), 상상하기( $2.37 \pm 0.55$ )로 나타났다. 정서적 공감은  $2.37 \pm 0.33$ 으로 인지적 공감보다 낮았으며 공감적 관심( $2.79 \pm 0.49$ ), 공감적 고통( $1.96 \pm 0.43$ ) 순이었다.

공감능력의 문항별 점수는 부록 6에 첨부하였다. 가장 높은 점수를 보인 문항은 인지적 공감 중 관점취하기 영역의 ‘나는 남을 비난하기 전에 내가 만일 그 사람의 입장이었다면 어떻게 느낄 것인가를 생각해 보려고 노력한다.’( $3.28 \pm 0.65$ )였으며 가장 낮은 점수를 보인 문항은 정서적 공감 중 개인적 고통 영역의 ‘나는 비상시에 내 자신을 통제할 수 있는 힘을 잃어버리는 편이다.’( $1.39 \pm 0.80$ )이었다.

<표 4> 대상자의 공감능력 (n=182)

영역	문항수	점수범위	최소값	최대값	평균평점 ±표준편차	총점평균 ±표준편차
공감능력	28	0-112	47	93	$2.49 \pm 0.30$	$67.79 \pm 8.52$
인지적 공감	14	0-56	21	51	$2.61 \pm 0.39$	$36.55 \pm 5.48$
관점 취하기	7	0-28	12	28	$2.85 \pm 0.47$	$19.94 \pm 3.28$
상상하기	7	0-28	6	27	$2.37 \pm 0.55$	$16.61 \pm 3.87$
정서적 공감	14	0-56	19	46	$2.37 \pm 0.33$	$33.24 \pm 4.58$
공감적 관심	7	0-28	10	27	$2.79 \pm 0.49$	$19.54 \pm 3.42$
개인적 고통	7	0-28	6	21	$1.96 \pm 0.43$	$13.70 \pm 3.02$

### 3) 대상자의 윤리풍토

대상자의 윤리풍토는 <표 5>와 같다. 윤리풍토 26문항은 문항별 점수 범위 1-5점에서 최소값 2.42점, 최대값 4.96점이었으며 평균평점은  $3.73 \pm 0.48$ 점이고 총점평균은  $97.01 \pm 12.55$ 점이었다. 다섯 가지 관계 유형 중에서 동료와의 관계가  $3.93 \pm 0.49$ 로 가장 높았으며 환자와의 관계( $3.84 \pm 0.51$ ), 관리자와의 관계( $3.75 \pm 0.68$ ), 병원과의 관계( $3.64 \pm 0.54$ ) 순이었고 의사와의 관계가  $3.59 \pm 0.60$ 으로 가장 낮았다.

윤리풍토의 문항별 점수는 부록 7에 첨부하였다. 가장 높은 점수를 보인 문항은 동료와의 관계 영역의 ‘내가 근무하는 병동에서는 안전한 환자 간호가 제공된다.’( $4.08 \pm 0.66$ )였으며 가장 낮은 점수를 보인 문항은 의사와의 관계 영역의 ‘간호사와 의사는 서로를 존중한다.’( $3.55 \pm 0.75$ )와 ‘간호사와 의사는 서로 신뢰한다.’( $3.55 \pm 0.76$ )이었다.

<표 5> 대상자의 윤리풍토 (n=182)

영역	문항수	점수범위	최소값	최대값	평균평점 ±표준편차	총점평균 ±표준편차
윤리풍토	26	26-130	63	129	$3.73 \pm 0.48$	$97.01 \pm 12.55$
동료와의 관계	4	4-20	11	20	$3.93 \pm 0.49$	$15.70 \pm 1.97$
환자와의 관계	4	4-20	10	20	$3.84 \pm 0.51$	$15.37 \pm 2.03$
관리자와의 관계	6	6-30	10	30	$3.75 \pm 0.68$	$22.52 \pm 4.06$
병원과의 관계	6	6-30	13	29	$3.64 \pm 0.54$	$21.86 \pm 3.24$
의사와의 관계	6	6-30	11	30	$3.59 \pm 0.60$	$21.55 \pm 3.62$

### 3. 대상자의 일반적 특성에 따른 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토

#### 1) 대상자의 일반적 특성에 따른 도덕적 민감성

대상자의 일반적 특성에 따른 도덕적 민감성의 차이는 <표 6>과 같다. 대상자의 도덕적 민감성은 연령, 총 임상경력, 교육수준, 직위에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

연령에 따른 도덕적 민감성은  $F=3.040$ ,  $p=.030$ 으로 통계적으로 유의한 차이가 있었으며 사후검정에서 40세 미만의 집단보다 50세 이상의 집단이 높은 도덕적 민감성을 보였다. 총 임상경력에 따른 도덕적 민감성은  $F=3.175$ ,  $p=.015$ 로 통계적으로 유의한 차이가 있었으며 사후검정에서 총 임상경력이 5년 미만 집단보다 10년 이상의 집단에서 높았다. 교육수준에 따른 도덕적 민감성은  $F=4.380$ ,  $p=.014$ 로 통계적으로 유의한 차이가 있었고 사후검정에서 4년제 간호학과를 졸업한 집단보다 석사과정 이상의 집단에서 도덕적 민감성 점수가 높았다. 직위에 따른 도덕적 민감성은  $F=5.965$ ,  $p=.003$ 으로 통계적으로 유의한 차이가 있었으며 사후분석에서 일반간호사에 비해 수간호사 이상 그룹이 높은 도덕적 민감성을 나타내었다. 그 밖의 변수인 정신간호 임상경력, 결혼상태, 종교, 자격사항, 간호대상자 특성, 병동의 특성에 따른 도덕적 민감성은 유의한 차이가 없었다.



<표 6> 대상자의 일반적 특성에 따른 도덕적 민감성의 차이

(n=182)

항목	구분	실수	도덕적	t / F	p	다중 비교
			민감성 M±SD			
성별	남	17	5.13±0.48	-0.49	.623	
	여	165	5.19±0.48			
연령	30세 미만 <sup>a</sup>	17	5.01±0.48	3.04	.030*	a,b<d
	30세 이상 40세 미만 <sup>b</sup>	44	5.07±0.51			
	40세 이상 50세 미만 <sup>c</sup>	77	5.22±0.45			
	50세 이상 <sup>d</sup>	44	5.32±0.46			
결혼상태	미혼	33	5.06±0.52	1.50	.227	
	기혼	144	5.22±0.47			
	기타	5	5.16±0.22			
종교	유	114	5.19±0.47	-0.09	.932	
	무	68	5.19±0.49			
총 임상경력	5년 미만 <sup>a</sup>	42	5.01±0.47	3.18	.015*	a<c,d,e
	5년 이상 10년 미만 <sup>b</sup>	38	5.15±0.52			
	10년 이상 20년 미만 <sup>c</sup>	35	5.24±0.43			
	20년 이상 30년 미만 <sup>d</sup>	45	5.23±0.44			
	30년 이상 <sup>e</sup>	22	5.41±0.48			
정신간호 임상경력	1년 이상 3년 미만	29	5.00±0.50	2.02	.093	
	3년 이상 5년 미만	30	5.17±0.50			
	5년 이상 10년 미만	18	5.15±0.52			
	10년 이상 20년 미만	25	5.34±0.46			
	20년 이상	80	5.22±0.44			
교육수준	3년제 간호대학 졸업 <sup>a</sup>	69	5.23±0.44	4.38	.014*	b<c
	4년제 간호학과 졸업 <sup>b</sup>	61	5.05±0.49			
	석사과정 이상 <sup>c</sup>	52	5.30±0.50			

\*:  $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$

<표 6> 대상자의 일반적 특성에 따른 도덕적 민감성의 차이(계속) (n=182)

항목	구분	실수	도덕적	t / F	p	다중 비교
			민감성 M±SD			
자격사항	정신보건간호사	152	5.17±0.48	0.84	.436	
	정신전문간호사	16	5.28±0.51			
	해당없음	14	5.30±0.47			
직위	일반간호사 <sup>a</sup>	124	5.12±0.47	5.97	.003**	a<c
	주임간호사 <sup>b</sup>	20	5.19±0.40			
	수간호사 이상 <sup>c</sup>	38	5.41±0.48			
간호대상자 특성	성인 남성	58	5.12±0.46	0.52	.765	
	성인 여성	34	5.17±0.55			
	성인 혼성	24	5.27±0.46			
	소아, 청소년	15	5.17±0.31			
	노인	14	5.28±0.39			
	나이, 성별 혼재	37	5.23±0.54			
병동의 특성	급성기정신질환전문	30	5.15±0.45	0.43	.880	
	만성 정신질환 전문	58	5.19±0.51			
	정신재활 전문	15	5.34±0.38			
	중독 정신질환 전문	11	5.20±0.45			
	노년기정신질환 전문	16	5.28±0.39			
	소아청소년 정신질환	14	5.13±0.27			
	해당없음	30	5.13±0.51			
	기타	8	5.14±0.85			

\*:  $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$

## 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 공감능력

대상자의 일반적 특성에 따른 공감능력의 차이는 <표 7>와 같다. 대상자의 공감능력은 성별, 총 임상경력, 정신간호 임상경력, 자격사항, 직위에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

성별에 따른 공감능력의 차이는  $t=-3.927$ ,  $p=.001$ 로 통계적으로 유의한 차이를 보였으며 여자가 남자보다 높은 것으로 나타났다. 연령에 따른 공감능력은 집단 간 평균 차이를 보였으나  $F=2.640$ ,  $p=.051$ 로 통계적으로 유의한 수준은 아니었다. 총 임상경력에 따른 공감능력은  $F=2.790$ ,  $p=.028$ 로 통계적으로 유의한 차이가 있었으며 사후검정에서 총 임상경력 5년 미만 집단에 비해 총 임상경력 30년 이상 집단의 공감능력 점수가 높았고, 5년 이상 10년 미만 집단에 비해 10년 이상인 집단의 공감능력 점수가 높았다. 정신간호 임상경력에 따른 공감능력은  $F=4.386$ ,  $p=.002$ 로 통계적으로 유의한 차이가 있었으며 사후검정에서 정신간호 임상경력 10년 미만의 집단보다 정신간호 임상경력 20년 이상 그룹에서 공감능력이 높았다. 자격사항에 따른 공감능력의 차이는  $F=4.077$ ,  $p=.019$ 로 통계적으로 유의한 차이가 있었으며 사후검정에서 정신전문간호사가 정신전문간호사와 일반 간호사에 비해 높은 공감능력을 보였다. 직위에 따른 공감능력은  $F=4.479$ ,  $p=.013$ 으로 통계적으로 유의한 차이를 나타내었으며 사후검정에서 일반간호사보다 수간호사 이상에서 공감능력이 높은 것으로 나타났다. 그 밖의 변수인 결혼상태, 종교유무, 교육수준, 간호대상자 특성, 병동 특성에 따른 공감능력은 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

<표 7> 대상자의 일반적 특성에 따른 공감능력의 차이 (n=182)

항목	구분	실 수	공감능력	t / F	p	다중 비교
			M±SD			
성별	남	17	2.29±0.22	-3.93	.001**	
	여	165	2.51±0.30			
연령	30세 미만	17	2.44±0.21	2.64	.051	
	30세 이상 40세 미만	44	2.43±0.26			
	40세 이상 50세 미만	77	2.48±0.34			
	50세 이상	44	2.60±0.30			
결혼상태	미혼	33	2.48±0.30	0.49	.614	
	기혼	144	2.50±0.31			
	기타	5	2.37±0.20			
종교	유	114	2.48±3.11	-0.51	.614	
	무	68	2.51±0.30			
총 임상경력	5년 미만 <sup>a</sup>	42	2.43±0.24	2.79	.028*	a<e b<c,d,e
	5년 이상 10년 미만 <sup>b</sup>	38	2.39±0.28			
	10년 이상 20년 미만 <sup>c</sup>	35	2.56±0.35			
	20년 이상 30년 미만 <sup>d</sup>	45	2.52±0.31			
	30년 이상 <sup>e</sup>	22	2.61±0.31			
정신간호 임상경력	1년 이상 3년 미만 <sup>a</sup>	29	2.43±0.21	4.39	.002**	a,b,c<e
	3년 이상 5년 미만 <sup>b</sup>	30	2.44±0.26			
	5년 이상 10년 미만 <sup>c</sup>	18	2.29±0.29			
	10년 이상 20년 미만 <sup>d</sup>	25	2.50±0.29			
	20년 이상 <sup>e</sup>	80	2.58±0.33			
교육수준	3년제 간호대학 졸업	69	2.51±0.32	0.15	.861	
	4년제 간호학과 졸업	61	2.48±0.28			
	석사과정 이상	52	2.48±0.31			

\*:  $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$

<표 7> 대상자의 일반적 특성에 따른 공감능력의 차이(계속) (n=182)

항목	구분	실 수	공감능력	t / F	p	다중 비교
			M±SD			
자격사항	정신보건간호사 <sup>a</sup>	152	2.52±0.31	4.08	.019*	a>b,c
	정신전문간호사 <sup>b</sup>	16	2.35±0.15			
	해당없음 <sup>c</sup>	14	2.34±0.28			
직위	일반간호사 <sup>a</sup>	124	2.46±0.29	4.48	.013*	a<c
	주임간호사 <sup>b</sup>	20	2.47±0.31			
	수간호사 이상 <sup>c</sup>	38	2.62±0.31			
간호대상자 특성	성인 남성	58	2.44±0.30	0.80	.554	
	성인 여성	34	2.48±0.29			
	성인 혼성	24	2.55±0.31			
	소아, 청소년	15	2.56±0.27			
	노인	14	2.45±0.32			
	나이, 성별 혼재	37	2.53±0.34			
병동의 특성	급성기정신질환전문	30	2.43±0.35	1.06	.390	
	만성 정신질환 전문	58	2.53±0.28			
	정신재활 전문	15	2.51±0.33			
	중독 정신질환 전문	11	2.45±0.19			
	노년기정신질환 전문	16	2.51±0.25			
	소아청소년 정신질환	14	2.57±0.27			
	해당없음	30	2.41±0.34			
	기타	8	2.62±0.36			

\*:  $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$

### 3) 대상자의 일반적 특성에 따른 윤리풍토

대상자의 일반적 특성에 따른 윤리풍토의 차이는 <표 8>와 같다. 대상자의 윤리풍토는 연령, 총 임상경력, 정신간호 임상경력, 직위에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

연령에 따른 윤리풍토의 차이는  $F=4.485$ ,  $p=.005$ 로 통계적으로 유의한 차이를 보였으며 사후검정에서 30세 이상 40세 미만 그룹이 다른 모든 그룹에 비해 윤리풍토를 부정적으로 인식하였다. 총 임상경력에 따른 윤리풍토의 차이는  $F=2.856$ ,  $p=.025$ 로 통계적으로 유의한 차이를 보였으며 사후검정에서 총 임상경력 20년 미만의 그룹보다 30년 이상인 그룹이 윤리풍토를 긍정적으로 인식하는 것으로 나타났다. 정신간호 임상경력에 따른 윤리풍토의 차이 또한  $F=4.124$ ,  $p=.003$ 으로 통계적으로 유의한 차이가 있었고 사후검정에서 정신간호 임상경력 5년 이상 10년 미만의 집단이 다른 모든 집단에 비해 윤리풍토를 부정적으로 인식하는 것으로 나타났다. 직위에 따른 윤리풍토의 차이는  $F=5.883$ ,  $p=.003$ 으로 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났고 사후검정에서 일반간호사보다 수간호사 이상에서 윤리풍토를 긍정적으로 지각하는 것으로 분석되었다. 그 밖의 변수인 성별, 결혼상태, 종교유무, 교육수준, 자격사항, 간호대상자 특성, 병동의 특성에 따른 윤리풍토는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

<표 8> 대상자의 일반적 특성에 따른 윤리풍토의 차이 (n=182)

항목	구분	실 수	윤리풍토	t / F	p	다중 비교
			M±SD			
성별	남	17	3.68±0.37	-0.47	.639	
	여	165	3.74±0.49			
연령	30세 미만 <sup>a</sup>	17	3.82±0.58	4.49	.005**	b<a,c,d
	30세 이상 40세 미만 <sup>b</sup>	44	3.53±0.40			
	40세 이상 50세 미만 <sup>c</sup>	77	3.74±0.16			
	50세 이상 <sup>d</sup>	44	3.89±0.50			
결혼상태	미혼	33	3.58±0.56	2.85	.061	
	기혼	144	3.77±0.46			
	기타	5	3.49±0.48			
종교	유	114	3.75±0.46	0.63	.529	
	무	68	3.70±0.51			
총 임상경력	5년 미만 <sup>a</sup>	42	3.62±0.48	2.86	.025*	a,b,c<e
	5년 이상 10년 미만 <sup>b</sup>	38	3.64±0.42			
	10년 이상 20년 미만 <sup>c</sup>	35	3.67±0.43			
	20년 이상 30년 미만 <sup>d</sup>	45	3.84±0.52			
	30년 이상 <sup>e</sup>	22	3.95±0.52			
정신간호 임상경력	1년 이상 3년 미만 <sup>a</sup>	29	3.70±0.49	4.12	.003**	a,b,d,e>c
	3년 이상 5년 미만 <sup>b</sup>	30	3.67±0.43			
	5년 이상 10년 미만 <sup>c</sup>	18	3.35±0.35			
	10년 이상 20년 미만 <sup>d</sup>	25	3.79±0.49			
	20년 이상 <sup>e</sup>	80	3.83±0.49			
교육수준	3년제 간호대학 졸업	69	3.70±0.48	0.73	.482	
	4년제 간호학과 졸업	61	3.71±0.49			
	석사과정 이상	52	3.80±0.48			

\*:  $p<.05$ , \*\*:  $p<.01$

<표 8> 대상자의 일반적 특성에 따른 윤리풍토의 차이(계속)

(n=182)

항목	구분	실 수	윤리풍토	t / F	p	다중 비교
			M±SD			
자격사항	정신보건간호사	152	3.71±0.49	1.03	.358	
	정신전문간호사	16	3.89±0.47			
	해당없음	14	3.75±0.46			
직위	일반간호사 <sup>a</sup>	124	3.65±0.46	5.89	.003**	a<c
	주임간호사 <sup>b</sup>	20	3.84±0.42			
	수간호사 이상 <sup>c</sup>	38	3.94±0.52			
간호대상자 특성	성인 남성	58	3.72±0.42	1.91	.095	
	성인 여성	34	3.57±0.43			
	성인 혼성	24	3.93±0.59			
	소아, 청소년	15	3.87±0.49			
	노인	14	3.76±0.60			
	나이, 성별 혼재	37	3.71±0.47			
병동의 특성	급성기정신질환전문	30	3.78±0.55	0.45	.869	
	만성 정신질환 전문	58	3.73±0.46			
	정신재활 전문	15	3.73±0.53			
	중독 정신질환 전문	11	3.69±0.43			
	노년기정신질환 전문	16	3.74±0.58			
	소아청소년 정신질환	14	3.87±0.51			
	해당없음	30	3.62±0.43			
	기타	8	3.79±0.37			

\*:  $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$



#### 4. 대상자의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토의 관계

대상자의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토의 관계는 <표 9>와 같다. 대상자의 도덕적 민감성과 공감능력( $r=0.24, p=.001$ ), 도덕적 민감성과 윤리풍토( $r=0.17, p=.025$ ) 및 공감능력과 윤리풍토( $r=0.17, p=.025$ )는 모두 통계적으로 유의한 양의 상관관계가 있었다.

대상자의 도덕적 민감성 총점과 유의한 상관관계를 보이는 공감능력의 하위 영역은 인지적 공감( $r=0.24, p=.001$ ), 정서적 공감( $r=0.16, p=.008$ )이 모두 해당하였으며 관점 취하기( $r=0.24, p=.001$ ), 공감적 관심( $r=0.20, p=.008$ )이 유의한 양의 상관관계를 보였다. 도덕적 민감성 총점과 유의한 상관관계를 보이는 윤리풍토의 하위 영역은 환자와의 관계( $r=0.26, p=.000$ ), 병원과의 관계( $r=0.15, p=.047$ )가 해당되었다.

대상자의 공감능력 총점과 유의한 상관관계를 보이는 도덕적 민감성의 하위 영역은 관계지향성( $r=0.23, p=.001$ ), 선행 표현( $r=0.25, p=.002$ ), 자율성( $r=0.30, p=.000$ ), 도덕적 갈등 경험( $r=0.18, p=.015$ ), 원칙 준수( $r=0.15, p=.049$ )로 나타났다. 또한 공감능력 총점과 유의한 상관관계를 보이는 윤리풍토의 하위 영역은 동료와의 관계( $r=0.22, p=.003$ ), 환자와의 관계( $r=0.31, p=.000$ )가 해당되었다.

대상자의 윤리풍토와 유의한 상관관계를 보이는 도덕적 민감성의 하위 영역은 관계지향성( $r=0.25, p=.001$ ), 선행 표현( $r=0.17, p=.024$ ), 자율성( $r=0.25, p=.001$ ), 원칙 준수( $r=0.19, p=.009$ )가 해당되었다. 대상자의 윤리풍토와 유의한 상관관계를 보이는 공감능력의 하위 영역은 인지적 공감( $r=0.16, p=.028$ )이 해당되었으며 세부 영역으로 관점 취하기( $r=0.23, p=.002$ ), 공감적 관심( $r=0.30, p=.000$ ), 공감적 고통( $r=-0.17, p=.026$ )으로 나타났다.

<표 9> 대상자의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토의 관계

(n=182)

	1	1-1	1-2	1-3	1-4	1-5	1-6	2	2-1	2-1-1	2-1-2	2-2	2-2-1	2-2-2	3	3-1	3-2	3-3	3-4	3-5
<b>1. 도덕적 민감성</b>	1																			
1-1. 관계지향성	.58**	1																		
1-2. 도덕적 의미 구조화	.63**	.13	1																	
1-3. 선행 표현	.67**	.50**	.16*	1																
1-4. 자율성	.64**	.58**	.21**	.50**	1															
1-5. 도덕적 갈등 경험	.70**	.22**	.34**	.28**	.26	1														
1-6. 원칙 준수	.81**	.41**	.37**	.51**	.41**	.55	1													
<b>2. 공감능력</b>	<b>.24**</b>	.23**	.00	.25**	.30**	.18*	.15*	1												
2-1. 인지적 공감	.24**	.23**	.00	.28**	.33**	.17*	.11	.87**	1											
2-1-1. 관점 취하기	.24**	.30**	-.02	.32**	.39**	.06	.11	.60**	.72**	1										
2-1-2. 상상하기	.13	.07	.02	.12	.14	.19**	.06	.73**	.81**	.17*	1									
2-2. 정서적 공감	.16*	.16*	-.00	.14	.17*	.12	.14	.81**	.43**	.25**	.40**	1								
2-2-1. 공감적 관심	.20**	.32**	.02	.23**	.27**	.02	.10	.77**	.57**	.47**	.41**	.75**	1							
2-2-2. 개인적 고통	.02	-.12	-.03	-.05	-.06	.16*	.10	.37**	.01	-.15*	.14	.67**	.01	1						
<b>3. 윤리풍토</b>	<b>.17*</b>	.25**	.03	.17*	.25**	-.07	.20**	<b>.17*</b>	.16*	.23**	.03	.11	.30**	-.17*	1					
3-1. 동료와의 관계	.14	.21**	-.06	.17*	.23**	-.06	.23**	.22**	.21**	.23**	.11	.15*	.31**	-.12	.84**	1				
3-2. 환자와의 관계	.26**	.37**	.06	.23**	.39**	-.03	.24**	.31**	.30**	.38**	.11	.22**	.34**	-.06	.76**	.67**	1			
3-3. 관리자와의 관계	.12	.17*	.00	.09	.17*	-.02	.13	.07	.06	.08	.01	.06	.20**	-.13	.82**	.61**	.43**	1		
3-4. 병원과의 관계	.15*	.22**	.02	.15*	.23**	-.05	.20**	.10	.12	.22**	-.02	.04	.20**	-.17*	.89**	.67**	.66**	.66**	1	
3-5. 의사와의 관계	.09	.16*	.09	.11	.14	-.13	.09	.11	.11	.18*	.00	.08	.27**	-.17*	.87**	.69**	.65**	.55**	.72**	1

\*:  $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$

## V. 논의

본 연구는 정신간호영역 병동에서 근무하는 간호사의 도덕적 민감성, 공감능력 및 윤리풍토의 수준을 파악하고 관계를 규명하기 위한 서술적 조사연구이다. 본 장에서는 정신간호사의 도덕적 민감성, 공감능력 및 윤리풍토에 대한 결과를 중심으로 고찰하고자 한다.

### 1. 정신간호사의 도덕적 민감성

본 연구의 대상자인 정신건강의학과 병동 간호사의 도덕적 민감성은 평균 1-7점 범위에서 5.23점(총점 평균 151.72)으로 약간 높은 수준의 도덕적 민감성을 나타내었다. 같은 도구를 사용하여 135명의 정신간호사와 147명의 일반간호사를 대상으로 한 Lutzen 등(1995)의 연구에서 보고된 평균 4.70점보다 높았다. 또한 한국판 도덕적 민감성 도구를 이용한 노다복 등(2013)의 연구와 김해리와 안성희(2010)의 연구에서 보고된 도덕적 민감성은 1-7점 범위에서 각각 4.67점과 5.13점으로 연구마다 차이가 있었다. 본 연구에서의 도덕적 민감성이 선행 연구에 비해 높게 나타난 것은 김해리와 안성희(2010)의 연구에서 윤리 교육 경험이 많을수록 도덕적 민감성이 높게 나타나는 것으로 보고된 것에 미루어보면, 최근 정신의료기관의 평가 인증이 의무화됨에 따라 환자 권리 존중에 대한 윤리 교육이 강화된 것과 관련될 가능성이 있다.

대상자의 도덕적 민감성을 하위 영역별로 살펴보면, 관계지향성(6.16점) 영역에서 가장 높은 점수를 나타내었고 자율성(5.90점), 원칙 준수(5.41점), 선행 표현(5.24점), 도덕적 갈등 경험(4.91점), 도덕적 의미 구조화(4.49점)의 순으로 보통 이상의 점수를 나타내었다. 관계지향성 영역에서 가장 높은 점수를 나타낸 것은 Lutzen 등(1995) 및 Lutzen 등(2000)과 일치된 결과였다. 본 연구의 결과에서 가장 낮은 점수의 영역은 도덕적 의미 구조화 영역인 반면 Lutzen 등(1995)과 Lutzen 등(2000)에서는 모두 도덕

적 갈등 경험 영역(각각 3.36점과 3.08점)이 하위 영역들 중 가장 낮은 것으로 보고되었다. 선행연구와 비교할 때 본 연구의 도덕적 갈등 경험 영역이 평균 1.5점 이상 차이가 나는 것은 선행 연구 대상자의 간호 현장에서 발생한 갈등요소가 실제로 적었다고 해석할 수도 있지만, 도덕적 갈등은 도덕적 문제에 대해 알아채는 과정이 선행되어야 하기 때문에 본 연구 대상자의 도덕적 갈등에 대한 문제 인식이 더 많은 것과 관계되었다고 해석할 수도 있으므로 이러한 현상에 대한 반복 연구가 필요하다(Fairchild, 2010).

도덕적 민감성 문항별 평균을 비교해보면 1번 문항인 ‘환자의 전반적인 상황에 대한 지식/정보를 갖는 것은 간호사로서 나의 책임이다’(6.48점)의 평균이 가장 높았으며 8번 문항인 ‘만약 환자가 자신의 질병에 대한 인식이 부족하다면, 내가 환자를 위해 할 수 있는 일은 거의 없을 것이다’(3.01점)의 평균이 가장 낮았다. 이는 국내 일반간호사를 대상으로 하고 한국판 도덕적 민감성 도구를 사용한 Han 등(2010)이 보고한 결과와 일치한다. Han 등(2010)은 8번 문항에서 가장 낮은 점수를 보인 것에 대해 간호사로서의 책임감을 중요시 하는 것과 관련된다고 논의하였다. 이에 덧붙여 문항의 의미 명확성과 관련되어 있을 가능성을 고려할 수 있다. 1번 문항의 내용은 동의할수록 도덕적 민감성이 높다는 것을 쉽게 이해할 수 있지만, 8번 문항은 동의하는 것이 높은 도덕적 민감성을 의미하는지 낮은 도덕적 민감성을 의미하는지가 애매하기 때문에 전체 평균에 비해 큰 폭으로 낮은 점수를 보였을 가능성이 있다. MSQ에는 이와 같이 애매한 표현의 문항들이 존재하는데, 예를 들면 ‘내가 무엇을 해야 할지 확신하지 않을 때, 나는 주로 환자에 대한 다른 간호사들의 지식에 의존한다.’, ‘비록 환자가 이의를 제기한다고 해도, 나는 항상 간호학적 지식에 기반을 두는 간호가 최상의 접근이라고 생각한다.’ 등이다. 이러한 애매한 표현의 문항들은 평균 5점 이하의 비교적 낮은 점수를 나타내었다.

본 연구에서 사용한 도구인 MSQ에는 어떠한 하위 영역에도 포함되어 있지 않은 단일 문항이 존재하는데, 바로 ‘환자가 경구 투여를 거부할 때, 주사를 놓겠다고 위협하는 것이 때로는 일리가 있다’이다. 이 문항은 강제투약과 관련된 문항으로 분석 시역산처리 하였던 문항이다. 본 연구에서는 보통 이하의 점수인 3.91점으로 나타났으며

본 연구의 도덕적 민감성 문항들 중에서 두 번째로 낮은 점수를 보여, 타 영역 간호사를 대상으로 한 Han 등(2010) 연구의 4.14점보다 낮은 점수이다. 이는 선행연구에서 타 영역 의료인보다 정신 영역 의료인이 치료적 목적의 강제 투약에 대해 관대한 태도를 보인다고 보고한 것과 비교할 수 있다(Lutzen et al., 2000; Lutzen et al., 1995). 하위 영역들 중에서 자율성 영역(5.90점)이 두 번째로 높은 점수를 나타낸 반면, 강제 투약에 대한 문항(3.91점)은 큰 폭으로 낮은 점수를 나타냈다. Lutzen 등(1995)에서도 큰 점수 차이를 보고하였는데, 이는 매우 역설적인 결과라고 본다. 곧 환자의 자기결정권을 존중하고 환자들이 의사결정에 참여하도록 해야 한다는 것에는 동의하면서도, 환자가 경구 투약을 거부할 경우 주사로 위협하는 일에 대해서는 어느 정도 긍정적으로 생각하는 것으로 해석할 수 있다. 즉, 환자의 자율성 존중에 관한 일반적 의식은 높지만 실무와 관련된 구체적인 상황이 주어졌을 때는 환자의 자율성보다는 다른 것을 택하게 될 가능성을 시사하는 것이다. 따라서 정신간호사를 대상으로 한 윤리교육에서는 막연한 도덕적 미덕을 강조하기 보다는 구체적이고 상황적인 맥락에서의 대처 방법을 교육하는 것이 효과적일 것으로 사료된다.

일반적 특성에 따른 도덕적 민감성은 연령, 임상경력, 교육수준, 직위에 따라 유의한 차이를 보였다. 이러한 결과는 같은 도구를 사용한 Lutzen 등(1995)의 연구에서 연령, 임상경력, 교육수준에 따라 정신건강의학과 의료인의 도덕적 민감성에 차이를 보인다고 보고한 것과 한국판 도덕적 민감성 도구를 사용한 김해리(2010)의 연구에서 임상경력 2년 이하의 간호사보다 9년 이상 간호사에서 도덕적 민감성이 높다고 보고된 결과와 일치한다. 간호사의 연령과 임상경력, 교육수준은 변수 간에도 상관관계를 보이게 되는데, Lutzen 등(1995)은 연령, 임상경력, 교육수준이 높을수록 간호사의 도덕적 민감성이 높게 나타나는 현상에 대해 간호사의 도덕적 성숙 또는 지혜가 축적되는 것과 관련된다고 설명하였다. 정신간호 분야의 자격사항에 따라 도덕적 민감성에 유의한 차이를 보이지 않은 것은 전문의에서 일반의보다 도덕적 민감성 점수가 높다고 보고하였던 선행연구와는 상반되는 결과이다(Cetin & Cimen, 2011). 이는 정신전문간호와 정신보건간호사 뿐만 아니라 모든 간호사들에게 윤리 교육의 기회가 증가한 것과 관련될 것으로 보인다.

윤리적 이슈를 자주 경험하는 정신간호사에게는 높은 도덕적 민감성이 요구되므로 정신간호사의 도덕적 민감성을 향상시키고 실무에 적용하기 쉽게 개발된 중재가 요구된다.

## 2. 정신간호사의 공감능력

본 연구대상자의 공감능력은 점수 범위 0-4점에서 2.49점으로 보통 이상 수준으로 나타났다. 본 연구에서 사용한 도구와 같은 도구를 사용하여 320명의 간호대학 3, 4학년 학생들을 대상으로 시행한 양선이, 임호남과 이주희(2013)의 연구에서는 점수 범위 1-5점에서 3.5점의 공감능력을 나타내어 보통 이상의 수준임을 알 수 있다. 또한 국내 261명의 간호사관생도를 대상으로 한 연구에서는 점수 범위 1-6점에서 4.0점의 수준을 나타내었다. 본 연구와는 다른 도구를 사용하였으며 108명의 정신간호사와 113명의 타 영역 간호사를 대상으로 한 연구에서 정신간호사의 공감능력이 타 영역 간호사의 공감능력보다 유의하게 높다고 보고하였던 최미정(2005)의 결과와는 달리, 본 연구대상자의 공감능력이 선행연구의 다른 집단에 비해 높다고 할 수는 없다.

본 연구 대상자의 인지적 공감능력은 점수 범위 0-4점에서 2.61점으로 보통 이상의 수준으로 나타났다. 이는 양선이 등(2013)의 연구에서 보고된 점수 범위 1-5점에서 3.5점과 비슷한 수준이다. 본 연구 대상자의 인지적 공감능력 중 관점 취하기 영역은 점수 범위 0-4점에서 2.85점을 나타내었다. 일반인 대학생 남자 677명과 여학생 667명을 대상으로 한 Davis(1980)의 연구에서 남자 2.40점, 여자 2.57점과 비교할 때는 높은 점수를 보였지만 같은 도구를 사용하고 260명의 간호대학생을 대상으로 한 Khodabakhsh(2012)의 연구에서는 점수 범위 0-4점에서 3.76점으로 본 연구 대상자의 관점취하기 점수가 큰 폭으로 낮았다. 이는 간호사에서 간호대학생보다 높은 관점취하기 점수를 나타낸 Kliszcz, Nowicka-Sauer, Trzeciak, Nowak와 Sadowska(2006)의 연구와 비교할 때 반대되는 결과이다. 본 연구 대상자의 인지적 공감능력 중 상상하기 영역은 2.37점을 나타내었다. 이는 일반을 대상으로 한 Davis(1980)의 연구에서 남

자 2.25점, 여자 2.68점과 비교할 때 비슷한 수준이지만, 본 연구 대상자의 90% 이상이 여성임을 감안할 때 낮은 편에 속하였다. 또한 간호대학생을 대상으로 한 Khodabakhsh(2012) 연구에서의 상상하기 영역 점수는 2.8점으로 본 연구 대상자의 상상하기 영역 점수가 더 낮은 수준이었다.

본 연구 대상자의 정서적 공감능력은 점수 범위 0-4점에서 2.37점으로 보통 이상 정도의 수준이었다. 양선이 등(2013)의 연구에서는 점수 범위 1-5점에서 3.6점으로 보통 이상의 수준임을 알 수 있다. 본 연구 대상자의 정서적 공감능력 중 공감적 관심은 2.79점이었다. Davis(1980)의 일반인 대상의 연구에서 남자 2.72점, 여자 3.10점이었으며 간호대학생을 대상으로 한 Khodabakhsh(2012)의 연구에서는 3.54점으로 본 연구 대상자의 공감적 관심 점수가 낮았다. 본 연구 대상자의 정서적 공감능력 중 개인적 고통은 점수범위 0-4점에서 1.96점이었다. 일반인 대상의 Davis(1980) 연구에서 남자 1.35, 여자 1.75점과 비교하면 약간 높은 수준이었으나 간호대학생을 대상으로 한 Khodabakhsh(2012) 연구의 2.11보다는 낮았다. 이는 Kliszcz 등(2006)의 연구에서 총 405명의 간호사, 조산사, 간호대학생, 의사, 의대생 그룹 중 간호사 그룹에서 개인적 고통 점수가 가장 높다고 보고한 결과와는 차이가 있었다.

본 연구에서 사용한 공감 측정 도구인 IRI를 사용하고 정신간호사를 대상으로 한 선행연구는 찾을 수 없어 비교에 어려움이 있었다. 또한 본 도구는 원저자인 Davis에 의해 0-4점의 5점 척도로 개발되었으나, 간호대학생을 대상으로 하여 본 도구를 사용한 국내 다수의 연구에서는 1-5점의 점수 범위 또는 6점 척도 등 다른 방식의 척도를 사용하였기 때문에 같은 도구를 사용하였음에도 불구하고 비교를 할 수 없다는 한계가 있다(양선이 et al., 2013; 우정희 et al., 2013). 일반인 집단을 대상으로 하고 같은 도구와 척도를 사용한 연구와 비교해보면 본 연구의 대상자가 다른 집단에 비해 높은 공감능력 수준을 보이지는 않았다(Davis, 1980). 이는 정신 간호사가 다른 집단에 비해 환자의 취약한 상황에 빈번히 노출될 뿐만 아니라 환자의 자율성을 억제하는 간호를 반복적으로 직접 수행하면서 환자의 취약성에 대한 공감적 고통의 역치가 상승하는 것과 관련될 것으로 보인다. 그러나 258명의 대학생들을 대상으로 한 연구에서 간호학 및 심리학 전공자가 컴퓨터과학 및 경영학 전공자에 비해 공감능력 점수가 유의하

게 높다고 보고한 Becares와 Turner(2004)의 보고와 정신간호사의 공감능력 점수가 일반 간호사의 공감능력에 비해 유의하게 높다고 보고한 박향진(2012)의 상반된 결과를 참고할 때, 정신간호사 집단과 다른 집단의 공감능력 차이에 대한 반복 연구가 필요하다.

본 연구 대상자의 공감능력은 성별, 임상경력, 자격사항, 직위에 따라 차이를 보이는 것으로 나타났다. 성별에 따른 공감능력의 차이는 일반인을 대상으로 한 Davis(1980)의 연구와 간호대학생을 대상으로 한 Becker와 Sands(1988)의 결과와 일치하였다. 본 연구 대상자는 총 임상경력과 정신간호 임상경력에 따라 공감능력의 차이를 보였다. 이 결과는 최미정(2005)의 결과와는 일치하였으며 박향진(2012)의 보고와는 일치하지 않는다. 본 연구 대상자는 일반간호사(2.34), 정신보건간호사(2.52), 정신전문간호사(2.35)와 같은 정신간호 자격사항에 따라 공감능력의 차이를 보였다. 이러한 결과는 정신전문간호사 집단에서 공감능력이 가장 높을 것이라는 연구자의 예상과는 상반되는 결과였다. 하위영역을 통해 살펴보면, 특히 공감적 고통 영역에서 정신전문간호사의 점수가 정신보건간호사나 일반간호사에 비해 유의하게 낮은 평균점수를 보였는데, ‘나는 대개 위급한 상황에서 매우 효과적으로 행동한다’(역산), ‘긴급 상황에 놓이게 되면 걱정이 되고 불안하다’, ‘나는 비상시에 내 자신을 통제할 수 있는 힘을 잃어버리는 편이다’와 같은 공감적 고통 문항들을 볼 때 이는 정신전문간호사가 환자의 위급한 상태에 대해 객관적으로 상황을 분석하고 이성적으로 판단하려고 노력한다는 것과 관련된 것으로 사료된다. 또한 본 연구에서 사용한 공감도구인 IRI는 일반인을 대상으로 개발되어 간호사의 공감을 측정하기에는 상당히 숙련되지 못한 모습으로 묘사되어 있어 정신전문간호사 그룹에서 낮은 점수를 보였을 가능성도 있다. 본 연구 대상자의 직위에 따라 공감능력에 유의한 차이를 나타낸 본 연구의 결과는 김지영(1995)과 박향진(2012)이 보고한 결과와는 상반되었다. 본 연구 대상자의 연령에 따른 공감능력은 평균의 차이는 보이기는 하였으나 유의한 수준은 아니었다. 이는 다른 공감 도구를 사용하고 정신간호사를 대상으로 한 최미정(2005)과 강리리(1999)의 연구에서 연령에 따라 공감능력의 차이를 보인다는 결과와 반대되었으며 연령에 따라 유의한 차이를 보이지 않는다는 선행연구(박향진, 2012)와는 일치한다. 또한 최미정(2005)은 30-34에



서 높은 공감능력을 보인다고 하였으나 강리리(1999)에서는 21-25세보다 26-30세의 공감능력이 낮은 것으로 보고되었다. 이와 같이 정신간호사의 일반적 특성에 따른 공감능력의 차이에 대한 선행 연구들의 보고가 일관적이지 않으므로 반복 연구가 요구된다.

정신간호사는 환자의 상태를 객관적으로 인지하는 인지적 요소와 환자의 상태를 내적으로 경험할 수 있는 정서적 요소와 상대방에 대한 이해를 전달하기 위한 행동적 요소 뿐만 아니라 환자를 돕고 요구를 충족시킨다는 의미에서의 도덕적 요인으로서의 공감이 필수적 덕목이기 때문에 공감능력의 향상을 위한 중재가 요구된다(Morse et al., 1992).

### 3. 정신간호사의 윤리풍토

본 연구 대상자의 윤리풍토 점수는 3.73점으로, 다양한 국가와 다양한 영역의 간호사를 대상으로 한 선행연구들과 비교할 때 2.7점대에서 3.8점대까지로 편차가 큰 가운데 본 연구 대상자가 지각한 윤리풍토 점수는 비교적 높았다(Han, 2014; Hwang & Park, 2014; Khalesi, Arabloo, Khosravizadeh, Taghizadeh, Heyrani, & Ebrahimian, 2014; Pauly, Varcoe, Storch, & Newton, 2009; Suhonen, Stolt, Gustafsson, Katajisto, & Charalambous, 2014; Suhonen, Stolt, Katajisto, Charalambous, & Olson, 2014). 공립병원 간호사들과 사립병원 간호사들이 지각하는 윤리풍토 점수를 비교한 Ghorbani 등(2014)의 연구에서는 두 집단의 윤리풍토 점수에는 유의한 차이가 없다고 보고되었다. 다만 일부 문항에서 공립병원보다 사립병원 간호사가 윤리풍토를 유의하게 긍정적으로 인식하였다고 보고하였다. 하위 영역별 평균을 살펴보면 동료와의 관계(3.93), 환자와의 관계(3.84), 관리자와의 관계(3.75), 병원과의 관계(3.64), 의사와의 관계(3.59)의 순으로 다수의 선행연구에서 보고된 순서와 일치하였다(Han, 2014; Hwang & Park, 2014; Pauly et al., 2009; Suhonen et al., 2014; Suhonen et al., 2014).

문항별로 살펴보면 ‘내가 일하는 병동에서는 간호사로서 마땅히 해야 하는 간호를 실천할 수 있다.’(4.10점) 문항에서 가장 높은 점수를 보였으며 ‘간호사와 의사는 서로를 존중한다.’(3.55점), ‘간호사와 의사는 서로 신뢰한다.’(3.55점) 문항에서 가장 낮았다. Sauerland, Marotta, Peinemann, Berndt와 Robichaux(2014)의 연구에서는 최소값 3.00점(‘나는 유능한 동료들과 함께 일한다.’), 최대값 4.06점(‘병원에서 발생한 갈등은 회피되지 않고 공개적으로 다루어진다.’)에서 ‘간호사와 의사는 서로 존중한다.’는 3.76점, ‘간호사와 의사는 서로 신뢰한다.’는 3.64점으로 비교적 높은 점수로 보고되어 본 연구의 결과와는 차이가 있었다.

본 연구 대상자의 윤리풍토는 연령, 총 임상경력, 정신간호 임상경력, 직위에 따라 차이를 보였다. 한 조직에 대해 연령과 경력에 따라 윤리풍토를 다르게 지각하는 것은 Hwang과 Park(2014)의 연구 결과와 일치한다. 다만 본 연구에서는 정신간호 임상경력 5년 이상 10년 미만의 그룹에서 다른 모든 그룹보다 낮은 점수를 보였다. 연령에 따른 윤리풍토 점수의 차이를 고려할 때, 본 연구 대상자의 연령대 분포가 윤리풍토 평균을 높이는데 영향을 주었을 가능성이 있다. 선행연구(Han, 2014; Hwang & Park, 2014)에서 연구대상자는 30세 미만 간호사가 가장 많고 각각 78.3%, 51.9%였던 반면, 본 연구 대상자에서는 40세 이상 50세 미만이 42.3%로 가장 많고 30세 미만 간호사는 9.3%에 불과하였다. 이는 윤리풍토를 보다 긍정적으로 인식하는 대상자의 비율이 높음을 의미한다.

본 연구에서 조사한 일반적 특성 중에서 간호대상자의 특성 또는 병동의 특성에 따라 윤리풍토에 차이를 보일 것이라고 예상하였으나 유의한 차이를 보이지 않아 Suhonen 등(2014)과 Suhonen 등(2014)과는 상이한 결과를 보였다. Suhonen 등(2014)과 Suhonen 등(2014)의 연구에서는 노인간호 영역의 간호사를 대상으로 윤리풍토를 조사한 연구들에서는 급성 또는 긴박한 상황의 환자를 돌보는 세팅에서 일하는 간호사보다 만성 또는 긴박하지 않은 상황의 환자를 돌보는 세팅에서 일하는 간호사들이 지각하는 윤리풍토 점수가 더 높았다. 이에 대해 Suhonen 등(2014)은 만성 세팅에 비해 급성 세팅에서 갈등이 일어날 확률이 높다고 설명하면서, 급성 세팅의 간호사는 널싱홈의 간호사보다 의사와 부딪힐 기회가 더 많다는 것을 예로 들

었다. 본 연구의 대상자가 근무하는 병원들에도 급성, 만성 세팅의 환경으로 구분할 수 있었음에도 불구하고 예상하였던 결과가 나오지 않은 이유는 의료기관 특성상 구성원의 순환 근무가 빈번하게 이루어져 각 세팅의 조직 특성이 큰 차이를 보이지 않은 것으로 사료된다.

윤리풍토는 간호사가 타인과 맺는 관계의 질을 의미함을 넘어서서, 도덕적 상황의 인식이 의사 결정과 행동으로 이어지는 과정을 원활하게 안내하는 중요한 요소가 되기 때문에 윤리 풍토를 개선시키기 위한 중재 개발이 요구된다.

#### 4. 정신간호사의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토의 관계

본 연구 대상자의 도덕적 민감성과 공감능력( $r=0.24, p=.001$ ), 도덕적 민감성과 윤리풍토( $r=0.17, p=.025$ ), 공감능력과 윤리풍토( $r=0.17, p=.025$ )는 각각의 관계에서 모두 유의한 양의 상관관계가 있었다.

도덕적 민감성과 공감능력이 도덕적 민감성의 양의 상관관계를 보인 결과는 Rest (1986)가 자신의 4구성요소 모형에서 공감능력이 도덕적 민감성의 정서적 측면으로서 관련 개념이라고 설명한 바를 지지한다. 그는 자신의 저서에서 공감 정서 없이는 도덕적 판단이 도덕 행동으로 이어질 수 없음을 설명하며 도덕적 민감성과 함께 공감을 강조하였다. 또한 일반 도덕교육 분야에 이어 간호윤리 또는 의료윤리 분야에서 정서적 인식으로서의 공감을 강조한 선행연구들을 지지한다(Gelhaus, 2012; Reynolds et al., 2000; Williams & Stickley, 2010).

도덕적 민감성과 윤리풍토가 유의한 양의 상관관계를 보인 본 연구의 결과는 도덕적 개념을 개인적 측면으로만 이해하려 하지 않고 환경적, 조직적 요인을 중요시한 선행연구들과 일맥상통한다(Schluter, Winch, Holzhauser, & Henderson, 2008; Suhonen, Stolt, Virtanen, & Leino-Kilpi, 2011). 306명의 터키 의사를 대상으로 한 Cetin과 Cimen(2011)의 연구에서 공립병원, 대학병원, 개인병원 등의 의료기관 종류에 따라 도덕적 민감성에 차이가 있음을 보고하였는데, 그는 이에 대해 기관의 특징적

조직 풍토와 관련되어 있을 것이라고 논의하였다. 도덕적 민감성과 윤리풍토는 ‘도덕적 고뇌(moral distress)’의 영향요인으로 알려져 있는데(Corley, 2002; 노다복 et al., 2013), 도덕적 고뇌 이론에서는 높은 도덕적 민감성과 부정적 윤리풍토가 도덕적 고뇌를 일으킴을 설명하였다. 본 연구에서는 도덕적 민감성과 긍정적 윤리풍토가 유의한 양의 상관관계를 보여 윤리, 도덕과 관련된 개념들 간의 관계와 경로에 대한 추가적 연구가 필요하다.

본 연구에서는 공감능력과 윤리풍토가 유의한 상관관계를 보였는데, 특히 환자와의 관계가 인지적 공감( $r=0.30, p=.000$ ) 및 정서적 공감( $r=0.22, p=.003$ )과 유의한 양의 상관관계를 보였다. 결과적으로, 간호사의 도덕적 민감성을 향상시키고 도덕적 행동을 유발시키기 위해서는 간호사의 공감능력을 향상시키기 위한 중재를 개발하여야 하며 간호조직의 긍정적 윤리 풍토를 조성하기 위한 중재를 개발이 필요함을 시사한다.

각 개념의 하위 영역별 관계를 살펴보면, 도덕적 민감성의 자율성은 공감능력의 관점 취하기( $r=.39, p=.000$ )와 윤리풍토의 환자와의 관계( $r=.39, p=.000$ )에서 비교적 높은 상관관계를 보였다. 이는 환자의 자율성을 존중하는 것이 환자의 입장에서 생각해보는 것과 환자와의 치료적 신뢰 관계를 형성하는 것과 관련됨을 의미한다고 본다. 또한 윤리풍토의 환자와의 관계는 도덕적 민감성의 관계지향성( $r=.37, p=.000$ )과 공감능력의 관점 취하기( $r=.38, p=.000$ )에서 비교적 높은 상관관계를 보였다. 이는 환자와의 신뢰 관계는 간호사가 환자와의 관계를 중요하게 여기는 것과 환자의 입장에서 생각해보는 것과 관련됨을 의미한다.

도덕적 민감성과 공감능력의 일부 하위 영역은 윤리풍토와 음의 상관관계를 나타낸다. 도덕적 민감성의 도덕적 갈등 경험 영역은 통계적으로 유의하지는 않으나 윤리풍토의 모든 하위 영역과 음수의 상관계수를 나타내는데, 이는 윤리풍토를 긍정적으로 인식할수록 도덕적 갈등을 적게 경험할 가능성을 의미한다. 이는 도덕적 고뇌와 윤리풍토가 음의 상관관계를 보인 선행연구들과 유사한 결과라고 할 수 있다(Schluter et al., 2008).

도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토는 서로 영향을 주고받는 양의 상관관계를 보이는 것으로 나타났다. 도덕 행동을 유발시키기 위한 과정으로서의 도덕적 민감성

을 증진시키는 것을 궁극적인 목적이라고 할 때, 정신간호사를 대상으로 한 윤리교육에서는 개인적, 조직적 요인인 공감능력과 윤리풍토를 함께 향상시키는 중재를 제공해야만 도덕적 민감성이 효율적으로 증진될 뿐만 아니라 도덕적 민감성을 도덕 행동으로 발전시키는 중재가 될 수 있을 것으로 사료된다.

## 5. 연구의 제한점과 의의

본 연구의 제한점은 첫째, 연구자가 같은 조직의 구성원임을 대상자가 알고 있다는 것과 관련된 효과가 발생하였을 가능성을 배제할 수 없다. 본 연구는 연구자가 소속된 보건복지부 산하 5개 국립 정신의료기관의 병동 간호사를 대상으로 자료를 수집하여 시행하였다. 대상자가 작성한 설문지가 타인에게 노출될 가능성을 줄이고 솔직한 응답을 유도함으로써 이러한 제한점을 보완하기 위하여 각각의 대상자에게 봉인이 가능한 봉투를 제공하였다. 둘째, 도구와 관련된 제한점으로서, 본 연구에서 사용한 도덕적 민감성 도구는 타당화가 더 필요하고 분석 시 역산의 여부가 애매하게 기술된 문항들이 있다. 본 연구에서 사용한 공감 측정 도구는 일반인을 대상으로 개발되어 간호사에게 맞지 않는 문항들이 존재한다. 또한 본 연구에서 사용한 윤리풍토 도구는 온전히 개인의 주관적 판단에 의해 측정되는 것으로, 측정된 윤리풍토 점수가 실제의 윤리풍토를 반영하는 것은 아니다.

그럼에도 불구하고 본 연구는 국내 정신간호영역 병동간호사의 도덕적 민감성과 관련 변수의 상관관계를 조사하여 도덕적 민감성을 향상시키기 위한 중재 개발의 기초자료를 제공하였다는 점에서 의의가 있다. 도덕적 민감성 개념을 개인적 측면뿐 아니라 조직적 측면에서도 이해하려고 시도하였으며 타학문 영역에서 밝혀진 관련 개념들을 간호학 측면의 도덕적 민감성과 접목시켜 상관관계를 규명함으로써 도덕적 민감성에 대한 이해를 확장시켰다고 판단된다. 간호 실무 측면에서는 간호사의 도덕적 민감성과 공감능력 및 긍정적인 윤리풍토의 중요성을 인식하고 향상시키기 위한 간호윤리교육의 기초자료로서 사용될 수 있을 것이다.

## VI. 결론 및 제언

### 1. 결론

본 연구는 정신간호사의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토의 관계를 규명하여 정신간호사의 도덕적 민감성을 증진시키고 윤리적 의사결정에 도움을 주는 중재 개발을 위한 기초 자료를 제공하고자 시도된 서술적 조사연구이다.

본 연구의 자료 수집은 연세대학교 간호대학 기관생명윤리위원회에 연구 승인을 받은 후 2014년 10월 8일부터 2014년 11월 1일까지 시행하였으며 서울, 충남, 강원, 경남, 전남 소재의 5개 국립 정신의료기관 간호부서장에게 자료수집의 목적과 절차를 설명한 후 동의와 협조를 구하여 진행하였다. 자료 수집은 자가 보고식 설문지를 사용하였고 총 208부를 배부하였다. 설문지는 도덕적 민감성(MSQ) 30문항, 공감능력(IRI) 28문항, 병원윤리풍토(HECS) 26문항, 일반적 특성 11문항의 총 95문항으로 구성되었다. 수집된 설문지 중 총 182부를 기술통계, t-test, ANOVA, Pearson's Correlation Coefficient를 사용하여 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

- 1) 본 연구의 대상자의 성별은 여자가 90.7%로 남자보다 많았고 연령은 평균 42.68세였다. 총 임상경력은 평균 18.91년이었으며 정신간호 임상경력은 평균 15.57년이었다. 교육수준은 전문학사가 37.9%로 가장 많았고 자격사항으로 정신보건간호사가 83.5%로 가장 많았다. 직위는 일반간호사가 68.1%로 가장 많았고 나이와 성별이 혼재된 간호대상자를 간호하는 경우가 20.3%로 가장 많았으며 만성 정신질환 전문 병동에서 근무하는 간호사가 31.9%로 가장 많았다.
- 2) 대상자의 도덕적 민감성 평균은 5.19점이었으며, 하위 영역은 관계지향성(6.16), 자율성(5.90), 원칙 준수(5.41), 선행 표현(5.24), 도덕적 갈등 경험(4.91), 도덕적 의미구조화(4.49) 순으로 나타났다.

- 3) 대상자의 공감능력은 평균 2.49점이었으며 인지적 공감(2.61)이 정서적 공감(2.37)보다 높았다. 하위 영역별로 보면 관점 취하기(2.85), 공감적 관심(2.79), 상상하기(2.37), 개인적 고통(1.96) 순으로 나타났다.
- 4) 대상자의 윤리풍토는 3.73점이었으며 동료와의 관계(3.93), 환자와의 관계(3.84), 관리자와의 관계(3.75), 병원과의 관계(3.64), 의사와의 관계(3.59) 순이었다.
- 5) 대상자의 도덕적 민감성은 연령 40세 미만보다 50세 이상에서 높았으며, 임상경력 5년 미만일 때보다 10년 이상일 때 높았고, 교육수준이 4년제 간호학과 졸업일 때보다 석사과정 이상일 때 높았고, 일반간호사보다 수간호사에서 높았다.
- 6) 대상자의 공감능력은 남자보다 여자가 높았으며, 총 임상경력 5년 이상 10년 미만보다 10년 이상일 때 높았고, 정신간호 임상경력 10년 미만일 때보다 20년 이상일 때 높았다. 또한 정신보건간호사가 정신전문간호사와 일반간호사보다 높았고, 일반간호사보다 수간호사 이상일 때 높았다.
- 7) 대상자의 윤리풍토는 30-40세 일 때가 30세 미만과 40세 이상일 때보다 높았으며, 총 임상경력 20년 미만보다 30년 이상에서 높았고, 정신간호 임상경력 5-10년일 때보다 5년 미만과 10년 이상일 때 높았으며 일반간호사보다 수간호사 이상에서 높았다.
- 8) 대상자의 도덕적 민감성과 공감능력은 유의한 양의 상관관계가 있었으며( $r=0.24$ ,  $p=.001$ ) 도덕적 민감성과 윤리풍토는 유의한 양의 상관관계가 있었고( $r=0.17$ ,  $p=.025$ ) 공감능력과 윤리풍토 또한 유의한 양의 상관관계가 있었다( $r=0.17$ ,  $p=.025$ ).

결론적으로 도덕적 민감성은 개인적 요소인 공감능력의 향상과 조직적 요소인 윤리풍토의 개선으로 증진될 수 있을 것이며 도덕적 민감성과 개인적, 조직적 요소 관계의 규명은 정신간호사의 도덕적 민감성을 향상시키기 위한 중재를 개발하는데 유용한 자료로서 기여할 것이라 생각된다.

## 2. 제언

본 연구의 결과를 근거로 다음과 같이 제언하고자 한다.

### 1) 간호 연구 영역

- 본 연구에서 사용한 도덕적 민감성 도구는 정신간호 영역 간호사를 위해 개발되어 본 연구에서 사용하였으나, 어떠한 하부영역에도 포함되지 않은 문항이 포함되어 있다. 다만 국내 간호사를 위한 타당도 연구가 시행되었으나 정신간호영역의 특수성이 포함된 문항은 제외되었다. 따라서 정신간호영역 간호사의 도덕적 민감성을 측정하기 위한 원도구의 추가적 타당화를 제언한다.
- 본 연구에서 공감을 측정하기 위해 사용한 도구는 일반인을 대상으로 개발되어 환자의 취약하고 긴급한 상황에서 전문적인 중재를 제공하는 간호사를 대상으로 하기에는 무리가 있다. 따라서 간호사의 공감을 측정하기 위한 도구 개발을 제언한다.
- 본 연구의 병원윤리풍토 도구는 자가 보고식 도구로서, 주관적으로 인식한 윤리풍토를 나타내고 간호조직 윤리풍토의 실재를 측정하지는 못한다. 따라서 보다 객관적으로 윤리풍토를 측정할 수 있는 도구를 이용한 연구를 제언한다.
- 정신간호사의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토를 지역사회와 병원 세팅 또는 공립병원과 사립병원으로 구분하여 비교하는 연구를 제언한다.

### 2) 간호 실무 영역

- 정신간호사의 도덕적 민감성을 증진시키고 공감능력을 향상시킴으로써 도덕행동을 유발시킬 수 있도록 유도하는 중재의 개발을 제언한다.
- 정신간호영역 병동과 간호 조직의 윤리풍토를 향상시키고 윤리적 실무 환경을 조성하는 중재의 개발을 제언한다.



## 참 고 문 헌

- 장리리. (1999). 정신병동 간호사의 소진과 공감에 관한 연구. 국내석사학위논문, 삼육대학교 대학원, 서울.
- 김지영. (1995). 정신 간호사의 공감정도와 자기노출간의 관계. 국내석사학위논문, 이화여자대학교 대학원, 서울.
- 김해리. (2010). 병원 간호사의 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌. 국내석사학위논문, 가톨릭대학교 대학원, 서울.
- 김해리, & 안성희. (2010). 병원 간호사의 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌. *한국의료윤리학회지*, 13(4), 321-336.
- 남경아. (2002). 정신질환자의 보호실 경험. 국내박사학위논문, 연세대학교 대학원, 서울.
- 남지은. (2010). 간호사가 지각하는 조직의 윤리풍토 및 직무스트레스와 경력몰입과의 관계연구. 국내석사학위논문, 한양대학교 임상간호정보대학원, 서울.
- 노다복, 김선아, & 김상희. (2013). 정신과 병동 간호사의 도덕적 고뇌, 도덕적 민감성 및 윤리적 환경. *정신간호학회지*, 22(4), 307-319.
- 박성희. (1997). *공감과 친사회행동*. 서울: 문음사.
- 박정원. (1999). 정신질환자와 간호사의 대인관계 경험. 국내박사학위논문, 연세대학교 대학원, 서울.
- 박정화. (2003). 정신과 간호사가 인식하는 윤리적 갈등상황. 국내석사학위논문, 연세대학교 대학원, 서울.
- 박향진. (2012). 정신병동 간호사의 의사소통 자기효능감과 공감능력. 국내석사학위논문, 이화여자대학교 대학원, 서울.
- 양선이, 임효남, & 이주희. (2013). 간호대학생의 공감 능력과 문화적 역량과의 관계. *한국간호교육학회지*, 19(2), 183-193.
- 오원옥, 정우식, 강형근, 김은혜, & 석민현. (2010). 보건의료 및 복지 전공 대학생의 다문화 지식, 공감, 문화적 민감성에 관한 연구. *한국학교보건학회지*, 23(2), 192-199.

- 우정희, 채덕희, & 강경화. (2013). 국군간호사관생도의 문화적 인식과 공감능력과의 관계. *군진간호연구*, 31(1), 43-55.
- 유명숙, & 손기철. (2012). 간호대학생의 생명의료윤리의식, 도덕적 민감성 및 도덕 판단력에 관한 간호윤리교육의 효과. *생명윤리*(2), 61-76.
- 윤현주. (2010). 임상간호사의 윤리풍토가 직무만족에 미치는 영향. *한국간호과학회 학술대회*, 2010(10), 230-230.
- 이경주. (1999). 정신간호사의 스트레스 대처방식이 공감능력에 미치는 영향. 국내석사 학위논문, 가톨릭대학교 대학원, 서울.
- 이광자, & 유소연. (2011). 간호사의 윤리적 딜레마, 대처유형, 직무만족도 및 이직의 도와의 관계. *임상간호연구*, 17(1), 1-15.
- 이영진. (2014). 간호사의 공감역량 측정도구 개발. 국내박사학위논문, 고려대학교 대학원, 서울.
- 최미정. (2005). 정신과 병동 간호사와 일반병동 간호사의 공감능력과 직무만족도 비교연구. 국내석사학위논문, 경희대학교 교육대학원, 서울.
- 한성숙, 김용순 박진희 안성희 맹광호 김주후. (2007). 간호대학생과 간호사의 도덕적 민감도 비교. *한국의료윤리학회지*, 10(2), 117-124.
- Ancel, G. (2006). Developing empathy in nurses: an inservice training program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(6), 249-257.
- Arboleda-Florez, J. (2008). Mental illness and human rights. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(5), 479-484.
- Bebeau, M. J., Rest, J. R., & Yamoore, C. M. (1985). Measuring dental students' ethical sensitivity. *Journal of Dental Education*, 49(4), 225-235.
- Becker, Heather, & Sands, Dolores. (1988). The relationship of empathy to clinical experience among male and female nursing students. *The Journal of Nursing Education*, 27(5), 198-203.
- Bigwood, S., & Crowe, M. (2008). 'It's part of the job, but it spoils the job': a phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 215-222.

- Carver, E., & Hughes, J. (1990). *The significance of empathy*, 13-27. New York: Springer Publishing Co.
- Cetin, M., & Cimen, M. (2011). Assessing a group of physicians' ethical sensitivity in Turkey. *Iranian Journal of Public Health*, 40(3), 89-97.
- Cha, E. S., Kim, K. H., & Erlen, J. A. (2007). Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4), 386-395.
- Choe, K., Song, E. J., & Jung, C. H. (2012). Ethical problems experienced by psychiatric nurses in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(6), 495-502.
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 636-650.
- Davis, Mark H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Davis, Mark H. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. Colorado: Westview Press.
- Davitz, Lois Leiderman, Davitz, Joel Robert, & Rubin, Charlene Fische. (1980). *Nurses' responses to patients' suffering*. New York: Springer Publishing Company
- Fairchild, R. M. (2010). Practical ethical theory for nurses responding to complexity in care. *Nursing Ethics*, 17(3), 353-362.
- Flarey, Dominick L. (1993). The social climate of work environments. *Journal of Nursing Administration*, 23(6), 9-15.
- Gelhaus, P. (2012). The desired moral attitude of the physician: (I) empathy. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 15(2), 103-113.
- Ghorbani, A. A., Hesamzadeh, Ali, Khademloo, M., Khalili, S., Hesamzadeh, S., & Berger, V. (2014). Public and Private Hospital Nurses' Perceptions of the Ethical Climate in Their Work Settings, Sari City, 2011. *Nursing and Midwifery Studies*, 3(1), e12867.

- Han. (2014). Ethical climate and Turnover Intention of Nurses in the South Korea. *Advanced Science and Technology Letters*, 47, 295-299
- Han, S. S., Kim, J., Kim, Y. S., & Ahn, S. (2010). Validation of a Korean version of the Moral Sensitivity Questionnaire. *Nursing Ethics*, 17(1), 99-105.
- Hoffman, Martin L. (2001). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hwang, J. I., & Park, H. A. (2014). Nurses' perception of ethical climate, medical error experience and intent-to-leave. *Nursing Ethics*, 21(1), 28-42.
- Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONN's Clinical Issues in Perinatal And Women's Health Nursing*, 4(4), 542-551.
- Keselman, D. (2012). Ethical leadership. *Holistic Nursing Practice*, 26(5), 259-261.
- Khalesi, N., Arabloo, J., Khosravizadeh, O., Taghizadeh, S., Heyrani, A., & Ebrahimian, A. (2014). Psychometric properties of the Persian version of the "Hospital Ethical Climate Survey". *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7, 15.
- Khodabakhsh, M. (2012). Attachment styles as predictors of empathy in nursing students. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 5, 8.
- Kim, M. S. (1988). Reliability and validity of a Korean empathy construct rating scale. *The Journal of Nurses Academic Society*, 18(1), 26-33.
- Kluszcz, J., Nowicka-Sauer, K., Trzeciak, B., Nowak, P., & Sadowska, A. (2006). Empathy in health care providers--validation study of the Polish version of the Jefferson Scale of Empathy. *Advances in Medical Sciences*, 51, 219-225.
- La Monica, E. L. (1981). Construct validity of an empathy instrument. *Research in Nursing & Health*, 4(4), 389-400.
- Liaschenko, J., & Peter, E. (2004). Nursing ethics and conceptualizations of nursing: profession, practice and work. *Journal of Advanced Nursing*, 46(5), 488-495.

- Lutzen, K. (1997). Nursing ethics into the next millennium: a context-sensitive approach for nursing ethics. *Nursing Ethics*, 4(3), 218-226.
- Lutzen, K., Dahlgvist, V., Eriksson, S., & Norberg, A. (2006). Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing Ethics*, 13(2), 187-196.
- Lutzen, K., Evertzon, M., & Nordin, C. (1997). Moral sensitivity in psychiatric practice. *Nursing Ethics*, 4(6), 472-482.
- Lutzen, K., & Ewalds-Kvist, B. (2013). Moral distress and its interconnection with moral sensitivity and moral resilience: viewed from the philosophy of Viktor E. Frankl. *Journal of Bioethical Inquiry*, 10(3), 317-324.
- Lutzen, K., Johansson, A., & Nordstrom, G. (2000). Moral sensitivity: some differences between nurses and physicians. *Nursing Ethics*, 7(6), 520-530.
- Lutzen, K., Nordstrom, G., & Evertzon, M. (1995). Moral sensitivity in nursing practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 9(3), 131-138.
- Morse, J. M., Anderson, G., Bottorff, J. L., Yonge, O., O'Brien, B., Solberg, S. M., & McIlveen, K. H. (1992). Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 273-280.
- Oddi, L. F., Cassidy, V. R., & Fisher, C. (1995). Nurses' sensitivity to the ethical aspects of clinical practice. *Nursing Ethics*, 2(3), 197-209.
- Ohnishi, K., Ohgushi, 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.
- Olson, L. L. (1998). Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 345-349.
- Pauly, B., Varcoe, C., Storch, J., & Newton, L. (2009). Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics*, 16(5), 561-573.

- Rest, J. R. (1986). *Moral development: Advances in research and theory*. New York: Praeger.
- Reynolds, W. (1998). *A study of the effects of an empathy education programme on registered nurses' empathy*. Open University.
- Reynolds, W., Scott, P. A., & Austin, W. (2000). Nursing, empathy and perception of the moral. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 235-242.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Rushton, C. H., & Penticuff, J. H. (2007). A framework for analysis of ethical dilemmas in critical care nursing. *AACN Advanced Critical Care*, 18(3), 323-329.
- Sauerland, J., Marotta, K., Peinemann, M. A., Berndt, A., & Robichaux, C. (2014). Assessing and addressing moral distress and ethical climate, part 1. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN*, 33(4), 234-245.
- Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K., & Henderson, A. (2008). Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nursing Ethics*, 15(3), 304-321.
- Silen, Marit, Kjellstrom, Sofia, Christensson, Lennart, Sidenvall, Birgitta, & Svantesson, Mia. (2012). What actions promote a positive ethical climate? A critical incident study of nurses' perceptions. *Nursing Ethics*, 19(4), 501-512.
- Suhonen, R., Stolt, M., Virtanen, H., & Leino-Kilpi, H. (2011). Organizational ethics: a literature review. *Nursing Ethics*, 18(3), 285-303.
- Suhonen, R., Stolt, M., Gustafsson, M. L., Katajisto, J., & Charalambous, A. (2014). The associations among the ethical climate, the professional practice environment and individualized care in care settings for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1356-1368

- Suhonen, R., Stolt, M., Katajisto, J., Charalambous, A., & Olson, L. L. (2014). Validation of the Hospital Ethical Climate Survey for older people care. *Nursing Ethics*, doi: 10.1177/0969733014549878
- Terpstra, T. L., Terpstra, T. L., Pettee, E. J., & Hunter, M. (2001). Nursing staff's attitudes toward seclusion & restraint. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 39(5), 20-28.
- Ulrich, C. M., Taylor, C., Soeken, K., O'Donnell, P., Farrar, A., Danis, M., & Grady, C. (2010). Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2510-2519.
- Valimaki, M., Taipale, J., & Kaltiala-Heino, R. (2001). Deprivation of liberty in psychiatric treatment: a Finnish perspective. *Nursing Ethics*, 8(6), 522-532.
- Victor, Bart, & Cullen, John B. (1988). The organizational bases of ethical work climates. *Administrative Science Quarterly*, 101-125.
- Weaver, K., Morse, J., & Mitcham, C. (2008). Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(5), 607-618.
- Wheeler, K. (1995). Development of the Perception of empathy inventory. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 1(3), 82-88.
- Williams, J., & Stickley, T. (2010). Empathy and nurse education. *Nurse Education Today*, 30(8), 752-755.
- Woodman, Richard W, & King, Donald C. (1978). Organizational climate: Science or folklore? *Academy of Management Review*, 3(4), 816-826.
- Yang, C. P., Hargreaves, W. A., & Bostrom, A. (2014). Association of empathy of nursing staff with reduction of seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Psychiatric Services*, 65(2), 251-254.
- Yu, J., & Kirk, M. (2008). Measurement of empathy in nursing research: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 64(5), 440-454.
- Yu, J., & Kirk, M. (2009). Evaluation of empathy measurement tools in nursing: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 65(9), 1790-1806.

### 기관생명윤리위원회 결과 통보서

주소 : 서울특별시 서대문구 연세로 50 e-mail : nursingirb@yuhs.ac Fax : 02-392-5440

심의번호	간대 IRB 2014-0033-1		발송일자	2014. 10. 8
심의종류	<input type="checkbox"/> 신규심의 <input checked="" type="checkbox"/> 재심의 <input type="checkbox"/> 변경심의 <input type="checkbox"/> 지속심의 <input type="checkbox"/> 종료 및 결과보고 <input type="checkbox"/> 기타심의(심의면제)			
연구과제명	정신간호사의 도덕적 민감성과 공감능력 및 지각된 윤리풍토의 관계			
연구자	연구책임자	소속	직위	성명
		연세대학교 일반대학원	석사생	조혜경
연구종류 (중복표시가능)	중재 연구	<input type="checkbox"/> 의약품/의료기기 이용 <input type="checkbox"/> 생물학적 동등성 시험 <input type="checkbox"/> 화장품/시술법 등 사용 <input type="checkbox"/> 음식/건강기능식품 등 섭취 <input type="checkbox"/> 소음, 물리적 자극 등 환경 조작 <input type="checkbox"/> 기타(                    )		
		<input type="checkbox"/> 비침습적 <input type="checkbox"/> 침습적		
	상호작용 연구	<input checked="" type="checkbox"/> 설문지 작성 <input type="checkbox"/> 인터뷰/면담 <input type="checkbox"/> 행동관찰 <input type="checkbox"/> 기타		
연구계획기간	IRB 승인 일 이후~ 2015년 8월 31일			
심의일자	2014년 10월 8일			
심의결과	<input checked="" type="checkbox"/> 승인 <input type="checkbox"/> 시정승인 <input type="checkbox"/> 보완 <input type="checkbox"/> 반려 <input type="checkbox"/> 중지 또는 보류			
연구승인유효기간	2014년 10월 8일 ~ 2015년 8월 31일			
심의의견	이전 심의된 내용이 반영되었으며 윤리적, 과학적으로 문제없음.			

- 연구책임자는 본 위원회의 심의결과에 대하여 이의가 있을 경우, 결과 통보일로부터 14일 이내에 서면으로 이의신청을 할 수 있습니다.
- 결과통보일로부터 6개월 이내에 검토 의견에 대한 답변을 포함한 수정된 계획서를 제출하여야 하며, 6개월 이내에 다시 제출하지 않은 계획서에 대한 신규심의 결과는 인정되지 않는다. 다만, 6개월 이내의 연구의 경우에는 연구기간 종료 전까지 제출하여야 한다.
- 연구계획서에 대한 위원회의 최종 승인을 받은 후 연구를 시작하여야 한다.
- 이미 승인된 계획서에 대하여 승인 후 변경이 발생한 경우 변경심의를 신청하여 한다. 계획서의 변경 사항은 위원회에서 승인되기 전까지 시행되지 않아야 한다.
- 연구승인 유효기간을 초과할 경우, 유효기간 만료 이전에 지속심의를 신청하여야 한다.
- 연구종료 후 3개월 이내에 종료 및 결과보고를 실시하여야 한다.

연세대학교 간호대학 기관생명윤리위원회





## 부록 2. 연구 대상자 설명문

# 연구대상자 설명문

### 1. 연구 제목

정신간호사의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토의 관계

### 2. 연구 목적

- 본 연구는 도덕적 행동의 중요한 요소 중 하나인 도덕적 민감성과 그 개인적 요인인 공감, 그리고 조직적 요인인 윤리풍토의 관계를 규명하기 위한 연구입니다.
- 따라서 본 연구의 목적은 첫째, 정신간호사의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토의 수준을 조사하고 둘째, 정신간호사의 일반적 특성에 따른 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토의 수준을 파악하며 셋째, 정신간호사의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토의 관계를 규명하기 위함입니다.

### 3. 연구 대상자 수 및 연구 기간

- 이 연구는 총 208명의 대상자가 참여하며, 귀하께서 연구 참여에 동의하실 경우, 연세대학교 간호대학 기관생명윤리위원회의 승인일부터 2015년 08월 31일까지 연구에 참여하게 됩니다.
- 연구대상자의 선정기준 은 다음과 같습니다.
  - 정신간호 영역 병동에서 근무하는 간호사
  - 정신간호 임상경력이 1년 이상인 간호사
  - 연구의 목적을 이해하고 연구 참여에 자발적으로 동의한 자

### 4. 연구 방법

본 연구는 대상자를 편의추출 하였으며 자료 수집을 위해 구조화된 설문지를 사용합니다. 설문지는 도덕적 민감성 30문항, 공감능력 28문항, 윤리풍토 26문항, 일반적 특성 11문항의 총 95문항으로 구성되어 있으며 20~25분의 시간이 소요됩니다. 각 문항에는 정답이 없으므로 자신의 생각을 반영하여 해당하는 곳에 표시해주시면 됩니다.

### 5. 연구 기대효과

- 본 연구의 결과는 정신간호사의 간호윤리에 대한 기초로 사용되어 간호윤리학의 발전에 기여할 것이며 향후 정신간호사가 수여하는 윤리 교육 중재에 이용될 수 있을 것입니다.

### 6. 연구 위험성

- 본 연구의 자료 수집은 설문지 형태로 위험성이 최소화 되었습시다만, 연구 참여자에게 시간의 소요와 심적 부담 등의 불편감을 일으킬 수 있습니다. 이와 같은 불편감으로 고통을 느낀다면 언제든지 연구 참여를 철회할 수 있습니다.

## 7. 연구대상자 보호

- 연구대상자 보호를 위한 기밀성 및 익명성
  - 본 연구에 참여하는 동안에 수집된 귀하의 기록은 비밀로 보장될 것이며, 연구의 결과가 보고서로 작성되거나 발표되는 경우에도 귀하의 신원을 파악할 수 있는 기록은 비밀 상태로 유지될 것입니다. 설문지 답변의 기밀성을 보장하기 위해 함께 제공한 서류봉투에 넣고 봉인하여 보관해 주십시오.

## 8. 자유로운 참여 동의와 동의 철회 가능성

- 연구에의 참여는 자율적으로 결정하는 것입니다.
- 연구 참여 이후 언제라도 연구 참여를 그만둘 수 있습니다.
- 연구에 참여하지 않거나 중도에 그만 두기로 결정하더라도 귀하에 대한 어떠한 불이익이 발생하지 않을 것이며, 귀하께서 원래 받을 수 있는 이익에 대한 어떠한 손실도 없을 것입니다.

## 9. 연구대상자의 연구 참여에 따른 발생하는 비용 및 보상

- 답례품 (3,000원 상당 핸드크림)

## 10. 연구책임자 연락처

- 본 연구에 관하여 궁금한 점이 있거나 연구와 관련이 있는 문제가 발생한 경우에는 아래의 연구자에게 연락하여 주십시오.
  - 연구자 성명 : 조혜경
  - 연구자 주소 :
  - 연구자 전화번호 : 010-0000-0000
  - 연구자 e-mail : johyekyll@gmail.com

## 11. 기관생명윤리위원회 연락처

- 본 연구는 연세대학교 간호대학 기관생명윤리위원회에서 승인한 연구입니다.
- 연세대학교 간호대학 기관생명윤리위원회 :  
02-2227-7909 / nursingirb@yuhs.ac



부록 3. 연구 대상자 동의서

## 연구 대상자 동의서

[연구제목] 정신간호사의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토의 관계

- 본인은 상기 연구에 대해 연구의 목적, 방법, 기대효과, 가능한 위험성, 기밀성 및 익명성 등에 대하여 충분한 설명을 듣고 이해하였습니다.
- 본인은 상기 연구에 대한 설명문 및 동의서 사본 1부를 제공받았습니다.
- 본인은 상기 연구와 관련된 궁금한 사항에 대하여 충분한 답변을 들었습니다.
- 본인은 상기 연구와 관련하여 궁금한 사항이 있을 경우 언제든지 연락할 수 있는 연락처를 받았습니다.
- 본인은 충분한 시간을 갖고 생각한 이후에 상기 연구에 참여하기를 자유로운 의사에 따라 동의합니다.
- 본인은 상기 연구에 동의한 경우라도 언제든지 철회할 수 있음을 알고 있습니다.
- 본인은 상기 연구에 참여를 동의하지 않거나 중단하더라도 어떠한 불이익도 받지 않음을 알고 있습니다.

연구 대상자	날 짜	년    월    일
	성 명	(서명)

연구자	날 짜	년    월    일
	성 명	조 혜 경 (서명)
	연락처	010-0000-0000 johyekyung@gmail.com



#### 부록 4. 대상자 제공 설문지

### 설문지

안녕하십니까? 바쁘신 중에 연구에 참여해 주셔서 감사합니다.  
저는 연세대학교 일반대학원 간호학과 석사과정에 재학 중이며 국립서울병원에  
서 근무하고 있는 간호사 조혜경입니다.

본 연구는 연구자의 석사 학위 논문이며 간호사의 윤리적 의사 결정과 윤리  
적 행동에 필수적 요소인 도덕적 민감성과 그와 관련된 개인적 요소인 공감,  
그리고 조직적 요소인 윤리풍토의 관계에 대한 연구입니다(연구제목: 정신간호  
사의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토의 관계). 본 설문은 상기 연구의  
자료를 수집하기 위한 것이며 이를 통해 귀하의 소중한 의견을 듣고자 합니다.

본 연구의 결과는 정신간호사의 도덕적 민감성과 관련 요인을 파악함으로써  
정신간호사의 높은 도덕적 민감성 함양을 위한 중재의 기초 자료로 사용될 것  
이며 따라서 귀하의 의견은 간호윤리학의 발전에 기여할 것입니다.

본 설문에는 20-25분의 시간이 소요되고 작성된 설문지는 연구 목적으로만  
이용할 것이며 작성하신 답변에 대한 기밀성과 익명성이 보장됩니다. 설문에는  
자발적으로 참여하며 참여에 이미 동의하였다 하더라도 언제든지 철회할 수 있  
고 어떠한 불이익도 당하지 않습니다.

질문에는 정답이 없으므로 사실대로 답변해주시면 감사하겠습니다.

연구와 관련된 문의사항이 있으신 경우 본 연구자에게 연락주시기 바랍니다.

연구에 참여해 주심에 다시 한 번 진심으로 감사드립니다.

연세대학교 대학원 간호학과 석사과정

조혜경 드림.

johykyung@gmail.com

010-0000-0000



1. 각 문항을 읽고 귀하의 생각과 일치하는 곳에 '√'표 해주시기 바랍니다.

항목		1	2	3	4	5	6	7
		절대로 동의 안함 _____ 완전히 동의함						
1	환자의 전반적인 상황에 대한 지식/정보를 갖는 것은 간호사로서 나의 책임이다.							
2	내가 돌보는 환자들의 상태가 호전되지 않는다면, 나의 일이 의미 없는 것으로 느껴질 것이다.							
3	내가 환자에게 해주는 모든 일에 대해 환자로부터 긍정적인 반응을 얻는 것은 중요하다.							
4	내가 환자의 의지와 반대되는 결정을 내릴 필요가 있을 때, 나는 환자에게 최상의 이익이 된다고 믿는 것을 선택할 것이다.							
5	만약 내가 환자로부터 신뢰를 잃게 된다면, 간호사로서 나의 직업은 아무 의미가 없다고 느껴질 것이다.							
6	내가 어려운 결정을 할 때마다 항상 환자에게 정직해야 하는 것은 중요하다.							
7	나는 좋은 정신과적 간호에는 환자의 자기결정권을 존중하는 것이 포함되어야 한다고 믿는다.							
8	만약 환자가 자신의 질병에 대한 인식이 부족하다면, 내가 환자를 위해 할 수 있는 일은 거의 없을 것이다.							
9	나는 환자에게 어떻게 접근해야 할지에 대해 갈등을 경험하는 상황에 종종 놓이게 된다.							
10	나는 정신과적인 문제를 갖고 있는 환자를 간호할 때는 확고한 원칙을 갖는 것이 중요하다고 믿는다.							

항목		1	2	3	4	5	6	7
		절대로 동의 안함 _____ 완전히 동의함						
11	나는 종종 어떤 행동이 윤리적으로 옳은지를 판단하기 어려운 상황에 직면하곤 한다.							
12	만약 내가 환자 개인의 과거 병력에 친숙하지 않다면, 나는 표준 절차에 의존할 것이다.							
13	나는 간호사-환자 관계가 정신과 간호 실무에서 가장 중요한 요소라고 믿는다.							
14	나는 종종 자율적 판단이 어려운 환자에게 스스로 결정을 내리게 하는데 있어서 어려운 상황에 직면하곤 한다.							
15	비록 환자가 이의를 제기한다고 해도, 나는 항상 간호학적 지식에 기반을 두는 간호가 최상의 접근이라고 생각한다.							
16	나는 의사결정시 환자를 포함시키는 것이 좋은 간호라고 생각한다.							
17	내가 무엇을 해야 할지 확신이 서지 않을 때, 나는 주로 환자에 대한 다른 간호사들의 지식에 의존한다.							
18	내가 옳은 결정을 내렸는지를 나타내 주는 것은 무엇보다도 환자의 반응이다.							
19	나는 종종 내 행동에 영향을 미칠 수 있는 나 자신의 가치와 규범에 관하여 숙고해 본다.							
20	나는 무엇이 윤리적으로 옳고 그른지를 알기 어려운 상황에 처했을 때, 이론적인 지식보다는 내 자신의 경험이 더 유용하다는 것을 발견한다.							

항목		1	2	3	4	5	6	7
		절대로 동의 안함						완전히 동의함
21	환자가 치료를 거부할 때 내가 따라야 할 규칙이 있는 것이 중요하다.							
22	정신과 문제를 가진 환자들도 자신들의 간호와 관련된 의사결정에 참여할 수 있어야 좋은 간호라고 생각한다.							
23	나는 종종 환자를 참여시키지 않고 의사결정을 내려야 하는 곤경에 처하곤 한다.							
24	환자가 정신의료기관에 비자의 입원한 경우, 나는 그 환자가 거부하더라도 의사의 처방에 따라야 한다.							
25	환자의 의지를 거스르면서 좋은 간호를 제공하는 것은 어렵다.							
26	환자가 경구 투여를 거부할 때, 주사를 놓겠다고 위협하는 것이 때로는 일리가 있다.							
27	무엇이 옳은 것인지 알기 어려운 상황일 때, 나는 어떻게 해야 할지 동료들과 상의한다.							
28	환자를 위해 어려운 결정을 내려야 할 때, 나는 주로 나의 감정에 의존한다.							
29	나는 간호사로서 나의 담당 환자들이 어떠한 특별한 간호를 받고 있는지를 항상 알고 있어야만 한다.							
30	나는 비록 환자가 자신의 질병을 인식하도록 돕는데 성공하지 못하더라도 나의 전문적 역할에 의미가 있음을 발견한다.							

2. 각 문항을 읽고 귀하의 생각과 일치하는 곳에 '√'표 해주시기 바랍니다.

항목		0	1	2	3	4
		전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	보통 이다	약간 그렇다	매우 그렇다
1	나는 내게 일어날지도 모르는 일들에 대해 비교적 규칙적으로 백일몽을 꾸거나 상상을 한다.					
2	나보다 불행한 사람들을 볼 때 자주 그를 염려하는 따뜻한 감정이 일어난다.					
3	나는 때때로 상대방의 입장에서 사태를 보는 것은 매우 어렵다고 생각한다.					
4	나는 다른 사람들에게 문제가 있을 때에 그들에 대해 별로 마음 아파하지 않는 경우가 있다.					
5	나는 연극이나 영화를 보면서 내가 마치 주인공인 것처럼 느낀 적이 있다.					
6	긴급 상황에 놓이게 되면 걱정이 되고 불안하다.					
7	영화나 연극을 볼 때 나는 대개 객관적인 입장에서 보기 때문에 영화나 연극에 완전히 사로잡히는 때는 거의 없다.					
8	나는 어떤 결정을 내리기 전에 다른 의견을 가진 사람 입장에서라도 살펴보고 노력한다.					
9	누군가가 이용당하고 있는 것을 보면 나는 그를 보호해주고 싶은 마음이 생긴다.					
10	나는 가끔 감정적으로 흔들림을 심하게 느끼는 상황에서 해봤자 소용없다는 무력감을 느낀다.					
11	때때로 나는 친구들의 입장에서 보면 어떤 것인가를 상상해 봄으로써 그들을 더 잘 이해하려고 노력한다.					
12	나는 좋은 책이나 영화에 깊이 빠져드는 일이 드물다.					
13	나는 누가 부상당하는 것을 봐도 차분한 마음으로 있을 수 있다.					
14	다른 사람들의 불행이 나를 크게 혼란에 빠뜨리는 적은 별로 없다.					



항목		0	1	2	3	4
		전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	보통 이다	약간 그렇다	매우 그렇다
15	나는 어떤 문제에 대해 일단 내가 옳다고 확실히 믿으면 그 후로는 다른 사람의 말을 귀담아 듣지 않는다.					
16	나는 소설을 읽을 때 주인공의 느낌에 정말로 깊이 빠져든다.					
17	나는 긴장된 상황 속에 있는 것이 두렵다.					
18	나는 누군가가 억울하게 취급당하는 것을 보아도 그들에게 동정심이 별로 일지 않는 때가 더러 있다.					
19	나는 대개 위급한 상황에서 매우 효과적으로 행동한다.					
20	나는 주위에서 일어나는 일들을 보고 자주 깊이 감동한다.					
21	나는 모든 질문에는 두 가지 측면이 있다고 믿고 두 측면 모두를 살펴보려고 노력한다.					
22	나는 스스로를 매우 부드러운 마음을 가지고 있는 사람이라고 생각한다.					
23	좋은 영화를 볼 때 나는 쉽게 중요인물이 놓인 입장에 선다.					
24	나는 비상시에 내 자신을 통제할 수 있는 힘을 잃어버리는 편이다.					
25	누군가에게 화가 날 때 나는 대개 잠시나마 그의 입장에 서보려고 노력한다.					
26	나는 재미있는 이야기나 소설을 읽을 때 그 이야기 속의 일이 나에게 일어난다면 어떻게 상상해본다.					
27	나는 긴급 상황에서 절실히 도움을 필요로 하는 사람을 보면 내 정신을 잃을 정도로 그 사람 일에 빠져버린다.					
28	나는 남을 비난하기 전에 내가 만일 그 사람의 입장이었다면 어떻게 느낄 것인가를 생각해 보려고 노력한다.					

3. 각 문항을 읽고 귀하의 생각과 일치하는 곳에 '√'표 해주시기 바랍니다.

항목		1	2	3	4	5
		전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	가끔 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다
1	나의 동료들은 환자 간호에 대한 내 고민을 들어준다.					
2	환자들은 간호로부터 무엇을 기대할 수 있는지를 안다.					
3	환자 간호 상황에서 무엇이 옳고 그른지를 판단할 수 없을 때 나의 관리자가 나를 도와준다.					
4	환자 간호 관련 이슈/문제를 해결하기 힘들 때 병원 정책이 도움이 된다.					
5	간호사와 의사는 서로 신뢰한다.					
6	간호사들은 환자 간호 이슈/문제를 해결하기 위해 필요한 정보를 얻을 수 있는 자원이 있다.					
7	나의 관리자(부서장)는 환자 간호에 관한 나의 결정을 지지한다.					
8	간호사들은 병원 미션에 대한 명확한 의미를 공유한다.					
9	의사들은 환자 치료 결정에 관하여 간호사들의 의견을 묻는다.					
10	내 동료들은 나 혼자 해결하기 어려운 간호 이슈/문제들을 도와준다.					
11	간호사들은 환자 간호 이슈/문제를 해결하기 위해 필요한 정보를 활용한다.					
12	나의 관리자(부서장)는 내가 환자 간호에 대한 이야기를 하면 들어준다.					
13	간호 이슈/문제와 관련된 의사 결정을 할 때 모든 사람들(의료진, 환자, 보호자 등)의 감정과 가치관이 고려된다.					

항목		1	2	3	4	5
		전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	가끔 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다
14	나는 환자 치료 결정에 참여한다.					
15	나의 관리자(부서장)는 내가 신뢰할 수 있는 사람이다.					
16	병원에서 발생한 갈등은 회피되지 않고 공개적으로 다루어진다.					
17	무엇이 환자에게 최선인지에 대해 간호사와 의사의 의견이 다를 때라도 서로의 의견을 존중한다.					
18	나는 유능한 동료들과 함께 일한다.					
19	환자들이 원하는 사항들은 존중된다.					
20	동료가 환자 간호 상황에서 무엇이 옳고 그른지를 판단하지 못할 때 관리자(부서장)가 도와주는 것을 본 적이 있다.					
21	환자 간호 문제들에 대해 질문하고, 학습하고, 창의적 해결책을 모색하는 문화가 있다.					
22	간호사와 의사는 서로를 존중한다.					
23	내가 근무하는 병동에서는 안전한 환자 간호가 제공된다.					
24	나의 관리자(부서장)는 내가 존경하는 사람이다.					
25	내가 일하는 병동에서는 간호사로서 마땅히 해야 하는 간호를 실천할 수 있다.					
26	내가 일하는 병원에서는 간호사들이 지지되고 존중받는다.					

## 일반적 특성

※ 귀하에 해당하는 사항에 응답 또는 표시하여 주십시오.

1. 성별: ① 남                    ② 여
2. 연령: 만\_\_\_\_\_세
3. 결혼상태: ① 미혼            ② 기혼            ③ 기타
4. 종교  
① 유                    ② 무
5. 전체 임상실무 경력: \_\_\_\_\_년
6. 정신간호 임상경력: \_\_\_\_\_년
7. 교육  
① 3년제 간호대학 졸업  
② 4년제 간호학과 졸업  
③ 석사과정 이상
8. 자격사항  
① 정신보건간호사  
② 정신전문간호사(대학원 과정)  
③ 해당없음
9. 직위  
① 일반간호사  
② 주임간호사  
③ 수간호사 이상  
④ 기타(                    )
10. 간호대상자의 특성  
① 성인 남성                    ② 성인 여성                    ③ 성인 혼성  
④ 소아, 청소년                ⑤ 노인                    ⑥ 나이, 성별에 상관없이 혼재
11. 병동의 특성  
① 급성기 정신질환 전문        ② 만성 정신질환 전문        ③ 정신재활 전문  
④ 중독(알콜, 약물 등) 전문    ⑤ 노년기 정신질환 전문    ⑥ 소아청소년 정신질환 전문  
⑦ 해당 없음                    ⑧ 기타(                    )

부록 5. 대상자의 도덕적 민감성 문항별 평균과 표준편차

		(n=182)
영역/문항		M±SD
관계지향성		6.16±0.68
1	환자의 전반적인 상황에 대한 지식/정보를 갖는 것은 간호사로서 나의 책임이다.	6.48±0.83
6	내가 어려운 결정을 할 때마다 항상 환자에게 정직해야 하는 것은 중요하다.	6.20±0.90
29	나는 간호사로서 나의 담당 환자들이 어떠한 특별한 간호를 받고 있는지를 항상 알고 있어야만 한다.	5.81±1.03
자율성		5.90±0.76
13	나는 간호사-환자 관계가 정신과 간호 실무에서 가장 중요한 요소라고 믿는다.	5.95±0.94
7	나는 좋은 정신과적 간호에는 환자의 자기결정권을 존중하는 것이 포함되어야 한다고 믿는다.	5.88±0.99
22	정신과 문제를 가진 환자들도 자신들의 간호와 관련된 의사결정에 참여할 수 있어야 좋은 간호라고 생각한다.	5.87±0.91

부록 5. 대상자의 도덕적 민감성 문항별 평균과 표준편차(계속)

		(n=182)
영역/문항		M±SD
원칙 준수		5.41±0.63
27	무엇이 옳은 것인지 알기 어려운 상황일 때, 나는 어떻게 해야 할지 동료들과 상의한다.	5.81±0.88
21	환자가 치료를 거부할 때 내가 따라야 할 규칙이 있는 것이 중요하다.	5.56±1.04
24	환자가 비자의 입원한 경우, 나는 그 환자가 거부하더라도 의사의 처방에 따라야 한다.	5.42±1.17
10	나는 정신과적인 문제를 갖고 있는 환자를 간호할 때는 확고한 원칙을 갖는 것이 중요하다고 믿는다.	5.40±1.27
12	만약 내가 환자 개인의 과거 병력에 친숙하지 않다면, 나는 표준 절차에 의존할 것이다.	5.19±1.08
16	나는 의사결정시 환자를 포함시키는 것이 좋은 간호라고 생각한다.	5.09±0.86
17	내가 무엇을 해야 할지 확신이 서지 않을 때, 나는 주로 환자에 대한 다른 간호사들의 지식에 의존한다.	4.57±1.23
선행 표현		5.24±0.62
4	내가 환자의 의지와 반대되는 결정을 내릴 필요가 있을 때, 나는 환자에게 최상의 이익이 된다고 믿는 것을 선택할 것이다.	5.89±1.58
30	나는 비록 환자가 자신의 질병을 인식하도록 돕는데 성공하지 못하더라도 나의 전문적 역할에 의미가 있음을 발견한다.	5.77±0.98
28	무엇이 옳은 것인지 알기 어려운 상황일 때, 나는 주로 나의 감정에 의존한다. (역산)	5.18±1.29
20	나는 무엇이 윤리적으로 옳고 그른지를 알기 어려운 상황에 처했을 때, 이론적인 지식보다는 내 자신의 경험이 더 유용하다는 것을 발견한다.	4.81±1.22
15	비록 환자가 이익을 제기한다고 해도, 나는 항상 간호학적 지식에 기반을 두는 간호가 최상의 접근이라고 생각한다.	4.55±1.42

부록 5. 대상자의 도덕적 민감성 문항별 평균과 표준편차(계속)

		(n=182)
영역/문항		M±SD
도덕적 갈등 경험		4.91±0.90
19	나는 종종 내 행동에 영향을 미칠 수 있는 나 자신의 가치와 규범에 관하여 숙고해 본다.	5.75±0.94
14	나는 종종 자율적 판단이 어려운 환자에게 스스로 결정을 내리게 하는데 있어서 어려운 상황에 직면하곤 한다.	4.90±1.16
9	나는 환자에게 어떻게 접근해야 할지에 대해 갈등을 경험하는 상황에 종종 놓이게 된다.	4.81±1.39
23	나는 종종 환자를 참여시키지 않고 의사결정을 내려야 하는 곤경에 처하곤 한다.	4.58±1.32
11	나는 종종 어떤 행동이 윤리적으로 옳은지를 판단하기 어려운 상황에 직면하곤 한다.	4.51±1.50
도덕적 의미 구조화		4.49±0.81
3	내가 환자에게 해주는 모든 일에 대해 환자로부터 긍정적인 반응을 얻는 것은 중요하다.	5.42±1.27
5	만약 내가 환자로부터 신뢰를 잃게 된다면, 간호사로서 나의 직업은 아무 의미가 없다고 느껴질 것이다.	4.75±1.58
25	환자의 의지를 거스르면서 좋은 간호를 제공하는 것은 어렵다.	4.70±1.33
18	내가 옳은 결정을 내렸는지를 나타내 주는 것은 무엇보다도 환자의 반응이다.	4.57±1.23
2	내가 돌보는 환자들의 상태가 호전되지 않는다면, 나의 일이 의미 없는 것으로 느껴질 것이다.	4.41±1.47
8	만약 환자가 자신의 질병에 대한 인식이 부족하다면, 내가 환자를 위해 할 수 있는 일은 거의 없을 것이다.	3.01±1.74
26	환자가 경구 투여를 거부할 때, 주사를 놓겠다고 위협하는 것이 때로는 일리가 있다. (역산)	3.91±1.51

부록 6. 대상자의 공감능력 문항별 평균과 표준편차

		(n=182)
영역/문항		M±SD
관점 취하기		2.85±0.47
28	나는 남을 비난하기 전에 내가 만일 그 사람의 입장이었다면 어떻게 느낄 것인가를 생각해 보려고 노력한다.	3.28±0.65
11	때때로 나는 친구들의 입장에서 보면 어떤 것인가를 상상해 봄으로써 그들을 더 잘 이해하려고 노력한다.	3.18±0.64
8	나는 어떤 결정을 내리기 전에 다른 의견을 가진 사람 입장에서 살피보려고 노력한다.	3.13±0.62
21	나는 모든 질문에는 두 가지 측면이 있다고 믿고 두 측면 모두를 살피보려고 노력한다.	3.06±0.71
25	누군가에게 화가 날 때 나는 대개 잠시나마 그의 입장에 서보려고 노력한다.	2.86±0.76
15	나는 어떤 문제에 대해 일단 내가 옳다고 확실히 믿으면 그 후로는 다른 사람의 말을 귀담아 듣지 않는다. (역산)	2.41±0.98
3	나는 때때로 상대방의 입장에서 사태를 보는 것은 매우 어렵다고 생각한다. (역산)	2.03±0.99
상상하기		2.37±0.55
26	나는 재미있는 이야기나 소설을 읽을 때 그 이야기 속의 일이 나에게 일어난다면 어떻게 상상해본다.	2.75±0.89
23	좋은 영화를 볼 때 나는 쉽게 중요인물이 놓인 입장에 선다.	2.57±0.77
16	나는 소설을 읽을 때 주인공의 느낌에 정말로 깊이 빠져든다.	2.51±0.91
7	영화나 연극을 볼 때 나는 대개 객관적인 입장에서 보기 때문에 영화나 연극에 완전히 사로잡히는 때는 거의 없다. (역산)	2.48±0.92
12	나는 좋은 책이나 영화에 깊이 빠져드는 일이 드물다. (역산)	2.38±0.86
5	나는 연극이나 영화를 보면서 내가 마치 주인공인 것처럼 느낀 적이 있다.	2.23±0.94
1	나는 내게 일어날지도 모르는 일들에 대해 비교적 규칙적으로 백일몽을 꾸거나 상상을 한다.	1.63±1.03
인지적 공감		2.61±0.39



부록 6. 대상자의 공감능력 문항별 평균과 표준편차(계속)

		(n=182)
영역/문항		M±SD
공감적 관심		2.79±0.49
2	나보다 불행한 사람들을 볼 때 자주 그를 염려하는 따뜻한 감정이 일어난다.	3.11±0.71
9	누군가가 이용당하고 있는 것을 보면 나는 그를 보호해주고 싶은 마음이 생긴다.	3.06±0.67
18	나는 누군가가 억울하게 취급당하는 것을 보아도 그들에게 동정심이 별로 일지 않는 때가 더러 있다. (역산)	2.95±0.77
4	나는 다른 사람들에게 문제가 있을 때에 그들에 대해 별로 마음 아파하지 않는 경우가 있다. (역산)	2.79±0.81
22	나는 스스로를 매우 부드러운 마음을 가지고 있는 사람이라고 생각한다.	2.75±0.83
20	나는 주위에서 일어나는 일들을 보고 자주 깊이 감동한다.	2.68±0.74
14	나는 다른 사람들의 불행이 나를 크게 혼란에 빠뜨리는 적은 별로 없다. (역산)	2.20±0.89
개인적 고통		1.96±0.43
6	긴급 상황에 놓이게 되면 걱정이 되고 불안하다.	2.62±0.86
17	나는 긴장된 상황 속에 있는 것이 두렵다.	2.35±0.90
13	나는 누가 부상당하는 것을 봐도 차분한 마음으로 있을 수 있다. (역산)	2.20±0.91
10	나는 가끔 감정적으로 흔들림을 심하게 느끼는 상황에서 해봤자 소용없다는 무력감을 느낀다.	1.90±0.78
27	나는 긴급 상황에서 절실히 도움을 필요로 하는 사람을 보면 내 정신을 잃을 정도로 그 사람 일에 빠져버린다.	1.82±0.82
19	나는 대개 위급한 상황에서 매우 효과적으로 행동한다. (역산)	1.43±0.70
24	나는 비상시에 내 자신을 통제할 수 있는 힘을 잃어버리는 편이다.	1.39±0.80
정서적 공감		2.37±0.33

부록 7. 대상자의 윤리풍토 문항별 평균과 표준편차

		(n=182)
영역/문항		M±SD
동료와의 관계		3.93±0.49
23	내가 근무하는 병동에서는 안전한 환자 간호가 제공된다.	4.08±0.66
18	나는 유능한 동료들과 함께 일한다.	3.92±0.71
10	내 동료들은 나 혼자 해결하기 어려운 간호 이슈/문제들을 도와준다.	3.91±0.64
1	나의 동료들은 환자 간호에 대한 내 고민을 들어준다.	3.79±0.67
환자와의 관계		3.84±0.51
11	간호사들은 환자 간호 이슈/문제를 해결하기 위해 필요한 정보를 활용한다.	4.02±0.64
19	환자들이 원하는 사항들은 존중된다.	3.95±0.68
6	간호사들은 환자 간호 이슈/문제를 해결하기 위해 필요한 정보를 얻을 수 있는 자원이 있다.	3.76±0.74
2	환자들은 간호로부터 무엇을 기대할 수 있는지를 안다.	3.64±0.66
관리자와의 관계		3.75±0.68
12	나의 관리자(부서장)는 내가 환자 간호에 대한 이야기를 하면 들어준다.	3.89±0.78
15	나의 관리자(부서장)는 내가 신뢰할 수 있는 사람이다.	3.85±0.90
20	동료가 환자 간호 상황에서 무엇이 옳고 그른지를 판단하지 못할 때 관리자(부서장)가 도와주는 것을 본 적이 있다.	3.75±0.80
7	나의 관리자(부서장)는 환자 간호에 관한 나의 결정을 지지한다.	3.72±0.76
24	나의 관리자(부서장)는 내가 존경하는 사람이다.	3.71±0.99
3	환자 간호 상황에서 무엇이 옳고 그른지를 판단할 수 없을 때 나의 관리자가 나를 도와준다.	3.59±0.78

부록 7. 대상자의 윤리풍토 문항별 평균과 표준편차(계속)

		(n=182)
영역/문항		M±SD
병원과의 관계		3.64±0.54
25	내가 일하는 병동에서는 간호사로서 마땅히 해야 하는 간호를 실천할 수 있다.	4.10±0.26
8	간호사들은 병원 미션에 대한 명확한 의미를 공유한다.	3.81±0.90
13	간호 이슈/문제와 관련된 의사 결정을 할 때 모든 사람들(의료진, 환자, 보호자 등)의 감정과 가치관이 고려된다.	3.75±0.73
21	환자 간호 문제들에 대해 질문하고, 학습하고, 창의적 해결책을 모색하는 문화가 있다.	3.62±0.83
4	환자 간호 관련 이슈/문제를 해결하기 힘들 때 병원 정책이 도움이 된다.	3.37±0.84
16	병원에서 발생한 갈등은 회피되지 않고 공개적으로 다루어진다.	3.20±0.90
의사와의 관계		3.59±0.60
14	나는 환자 치료 결정에 참여한다.	3.67±0.77
26	내가 일하는 병원에서는 간호사들이 지지되고 존중받는다.	3.65±0.83
9	의사들은 환자 치료 결정에 관하여 간호사들의 의견을 묻는다.	3.57±0.85
17	무엇이 환자에게 최선인지에 대해 간호사와 의사의 의견이 다를 때라도 서로의 의견을 존중한다.	3.56±0.88
22	간호사와 의사는 서로를 존중한다.	3.55±0.75
5	간호사와 의사는 서로 신뢰한다.	3.55±0.76

부록 8-1. 도구사용 승인(MSQ)

RE: Please permit me to use MSQ

14-10-07 (화) 23:01

보낸사람 : Kim Lützén<kim.lutzen@ki.se>

받는사람 : 조혜경<01195610061@naver.com>

참조 : Pernilla Pergert<Pernilla.Pergert@ki.se>

---

Hello

Your research sounds very interesting and I wish you luck with this. You may indeed use the MSQ

kindest regards

*Kim Lützén, RN, PhD*

*Professor*

*Editor in Chief, Nordic Journal of Nursing Research*

*+46-708304500*

## 부록 8-2. 도구사용 승인(K-MSQ)

허락

14-07-11 (금) 09:55

보낸사람 : hanss<hanss@catholic.ac.kr>

받는사람 : <01195610061@naver.com>

---

그 도구를 사용하여 논문을 쓰신다니 우선 반갑네요.  
좋은 논문이 나오기를 기대합니다.

한성숙

삼성 모바일에서 전송하였습니다

### 부록 8-3. 도구사용 승인(IRI)

Re: Please permit me to use IRI

14-10-08 (수) 04:39

보낸사람 : Mark Davis<davismh@eckerd.edu>

받는사람 : 조혜경<01195610061@naver.com>

일반 첨부파일 4개(1MB) 모두 저장

파일 저장 시 바이러스 검사 자동 수행 | 접기

Advice on Using the IRI.doc 30KB
Davis (1980).pdf 99KB
Measuring Individual Differences (1983).pdf 1MB
IRIword.doc 26KB

Dear Hyekyung:

Thanks for your interest in the IRI. You have my full permission to use the instrument in your thesis, and I am attaching a few items that may be of use to you. Please let me know if I can be of any further assistance, and best of luck with your research!

Regards,  
Mark

#### 부록 8-4. 도구사용 승인(한글판 IRI)

[RE]교수님 안녕하십니까?

14-08-30 (토) 15:17

보낸사람 : 박성희<sunghee@cje.ac.kr>

받는사람 : <01195610061@naver.com>

---

네,

자유롭게 사용하시고 좋은 논문 쓰세요~~

박성희

부록 8-5. 도구사용 승인(HECS)

RE: Please permit to use HECS

14-10-08 (수) 01:17

보낸사람 : Linda Olson<lolson@ncsbn.org>

받는사람 : 조혜경<01195610061@naver.com>

일반 첨부파일 4개(734KB) 모두 저장

파일 저장 시 바이러스 검사 자동 수행 | 접기

HECS-RN.doc 34KB
HECS-items (2).doc 22KB
Background Data - Survey -rev 2 4 09.xlsx 12KB
Hospital ethical climate_JNS.pdf 667KB

Hello Hyekyung: Attached is the Hospital Ethical Climate Survey (HECS), along with the original article describing it. I would be very interested in knowing the results you obtain from your study. I can send you a more formal permission letter – let me know if you want that.

Thanks.

Dr. Linda L. Olson



## Abstract

### Moral Sensitivity, Empathy and Ethical Climate of Nurses Working in Psychiatric Wards

Jo, Hyekyung  
Department of Nursing  
The Graduate School  
Yonsei University

This descriptive research was attempted to investigate the relationship between moral sensitivity, empathy and ethical climate, and to provide the basic data for developing the intervention that enhances moral sensitivity and helps in ethical decision-making of nurses working in psychiatric wards.

The data for this study were collected from October 8 to November 1, 2014, with the approval of the Institutional Review Board(IRB) in the College of Nursing, Yonsei University. The purpose and procedure were explained to the heads of the nursing department of 5 national psychiatric institutions located in Seoul, Chungcheongnam-do, Gangwon-do, Gyeongsangnam-do and Jeollanam-do for agreement and cooperation purposes. To collect data, a total of 208 self-administered questionnaires were distributed. The questionnaire consisted of 95 question items, including 30 items of Moral Sensitivity Questionnaire(MSQ), 28 items of Interpersonal Reactivity Index(IRI), 26 items of Hospital Ethical Climate Survey(HECS) and 11 items of general characteristics. A total of 182 questionnaires were analyzed using descriptive statistics, t-test, ANOVA and Pearson's correlation coefficient.

The results of this study are as follows.

1. More female participants(90.7%) were included than male participants in this study and the average age of the participants was 42.68. The average total clinical experience was 18.91 years and the average clinical experience in psychiatric department was 15.57 years. With regard to education level, associate degree was held by the most participants(37.9%). The most common position was clinical nurses(68.1%) and the most common nursing subjects were those who were mixed with age and gender(20.3%), and the most common ward type was chronic psychiatric ward(31.9%).
2. The average moral sensitivity of the participants was 5.19, and that of sub-domain was in the order of Relation(6.16), followed by Autonomy (5.90), Rules(5.41), Benevolence(5.24), Conflict(4.91) and Meaning(4.49).
3. The average empathy of the participants was 2.49, with cognitive empathy(2.61) higher than affective empathy(2.37). By sub-domain, it was in the order of perspective-taking(2.85), empathic concern(2.79), fantasy(2.37) and personal distress(1.96).
4. The average ethical climate of the participants was 3.73, and was in the order of Peers(3.93), followed by Patients(3.84), Managers(3.75), Hospital(3.64) and Physicians(3.59).
5. The moral sensitivity was higher in participants aged 50 years or over than those under 40, in participants with more than 10 years of clinical experience than those with less than 5 years, in participants with master's degree or above than those graduated 4 years nursing universities, and in head nurses than clinical nurses.
6. The empathy was higher in female participants than male, in participants with more than 10 years of total clinical experience than those with 5-10 years, and

in participants with the clinical experience in psychiatric nursing of more than 20 years than those with less than 10 years. It was also higher in psychiatric mental health nurses than psychiatric & mental health nurse practitioners and clinical nurses, and in head nurses or above than clinical nurses.

7. The ethical climate was higher in participants under 30 years of age and 40 years or over than those of 30-40 years old, in participants with total clinical experience of more than 30 years than those with less than 20 years, in participants with the experience in psychic nursing of less than 5 years and 10 years or over than those with 5-10 years of experience, and in head nurses or above than clinical nurses.
8. There was a significantly positive correlation between moral sensitivity and empathy( $r=0.24, p=.001$ ), between moral sensitivity and ethical climate( $r=0.17, p=.025$ ) and between empathy and ethical climate( $r=0.17, p=.025$ ).

In conclusion, moral sensitivity can be enhanced by improving empathy, a personal factor, and ethical climate, an organization factor. It is considered that the investigation of the relationship between moral sensitivity and personal and organizational factors will be useful for the development of the intervention to enhance the moral sensitivity of nurses working psychiatric wards.

---

Key Words: : Psychiatric nurses, Moral sensitivity, empathy, ethical climate