

간호사의 도덕적 고뇌(Moral Distress)

측정 도구개발

연세대학교 대학원

간 호 학 과

유 명 숙

간호사의 도덕적 고뇌(Moral Distress)

측정 도구개발

지도교수 김 조 자

이 논문을 박사학위논문으로 제출함

2003년 6월 일

연세대학교 대학원

간 호 학 과

유 명 숙

유명숙의 박사 학위논문을 인준함

심사위원 _____인

심사위원 _____인

심사위원 _____인

심사위원 _____인

심사위원 _____인

연세대학교 대학원

2003년 6월 일

감사의 글

제 삶의 주인이신 하느님은 찬미와 영광 받으소서!

제자를 아끼는 사랑 가득한 마음으로 언제나 환한 미소로 반겨주시며 본 논문이 완성되기까지 세심한 지도와 큰 힘이 되어 주신 김조자 교수님께 진심으로 감사와 존경을 드립니다.

간호윤리의 해박한 지식으로 꼼꼼한 지적과 함께 따뜻한 미소와 넉넉함을 덤으로 주신 이원희 교수님, 학문적 열정과 인간적 순수함으로 제자를 감동케 하신 김인숙 교수님, 끊임없는 질문에 명쾌한 해답을 제시해 주신 신임희 교수님, 의료윤리 수강을 인연으로 바쁘신 가운데서도 기꺼이 심사를 맡아 주신 유호종 교수님께 진심으로 감사드립니다.

따뜻한 미소로 격려해 주신 강규숙 교수님, 희망과 격려의 메시지로 힘이 되어 주신 장순복 교수님, 간호개념에 대한 이해를 넓혀주신 오가실 교수님, 논문주제 설정에 큰 도움을 주신 김미자 교수님 그리고 학문하는 이의 모델이 되어 주신 간호대학 모든 교수님께도 깊이 감사드립니다.

학위과정 동안 늘 관심을 갖고 격려해 주신 박창수 문시놀, 소임과 학업을 병행함에 있어 아무런 불편이 없도록 배려를 아끼지 않으신 채영희 대구가톨릭의료원장 신부님, 언제나 따뜻함과 넉넉함으로 격려해 주신 대구가톨릭대학교 간호학과 교수님들께 진심으로 감사드립니다.

또한 제게 귀한 배움의 기회를 허락해 주신 샬트르 성바오로 수녀회 대구관구이 마리아고레띠 관구장님과 모든 수녀님들의 기도와 사랑에 깊이 감사드립니다.

무엇보다 바쁜 업무중에도 격려의 말씀과 함께 기꺼이 자료수집을 허락해 주신 각 병원 간호부장님을 비롯한 간호사님들께도 진심으로 감사드립니다.

지금까지 살아오면서 막내 동생의 일이라면 모든 것 제쳐 두고 기도와 희생으

로 큰 힘이 되어 준 언니, 오빠에게도 고마운 맘 전하고 싶습니다.

먼 길을 오가며 결코 짧지만은 않았던 시간들을 저는 이렇듯 많은 분들의 사랑과 도움으로 달려 올 수 있었습니다. 그 동안의 은혜에 보답하는 길은 참된 수도자로서 하느님께서 제게 내려주신 몫에 매순간 충실하게 응답하는 것이라 생각하며 일평생 노력하고자 합니다.

2003년 6월

연구자 유명숙 올림

차 례

표차례	iii
그림차례	iv
국문요약	v
I. 서론	1
A. 연구의 필요성	1
B. 연구의 목적	3
II. 문헌고찰	4
A. 선행연구	4
III. 연구방법	8
A. 연구 설계	8
B. 연구진행 과정	8
IV. 연구결과	10
A. 이론적 분석을 통한 간호사의 도덕적 고뇌 개념의 속성 도출	10
B. 현장 연구분석을 통한 간호사의 도덕적 고뇌 개념의 속성 확인	18
C. 최종 분석된 간호사의 도덕적 고뇌의 통합속성 확인	58
D. 간호사의 도덕적 고뇌 측정을 위한 문항 개발	61
E. 현장적용을 통한 타당도 및 신뢰도 검증	62
F. 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구의 최종문항 결정	77

V. 논의	81
A. 간호사의 도덕적 고뇌 속성도출	81
B. 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구	82
C. 간호사의 도덕적 고뇌 영역별 점수 분포	84
D. 방법론 논의	86
E. 연구의 의의	87
VI. 결론 및 제언	89
참고문헌	92
부 록	97
영문요약	108

표 차례

〈표 1〉	도덕과 윤리의 차이점	12
〈표 2〉	이론적 연구단계에서의 간호사의 도덕적 고뇌의 속성	18
〈표 3〉	이론적 연구단계와 현장연구 단계에서 나타난 간호사의 도덕적 고뇌 속성의 비교	55
〈표 4〉	간호사의 도덕적 고뇌 속성의 최종분석 단계	59
〈표 5〉	간호사의 도덕적 고뇌 도구의 상황적 영역 요인적재량	65
〈표 6〉	간호사의 도덕적 고뇌 도구의 상황적 영역의 요인별 고유값, 설명변량, 누적변량	66
〈표 7〉	간호사의 도덕적 고뇌 도구의 인지적 영역 요인적재량	67
〈표 8〉	간호사의 도덕적 고뇌 도구의 인지적 영역의 요인별 고유값, 설명변량, 누적변량	67
〈표 9〉	간호사의 도덕적 고뇌의 영역별, 요인별 신뢰도 계수	68
〈표 10〉	간호사의 도덕적 고뇌의 행동적 영역	69
〈표 11〉	간호사의 도덕적 고뇌의 영역별 점수	70
〈표 12〉	간호사의 도덕적 고뇌의 일반적 특성에 따른 영역별 점수	74
〈표 13〉	간호사의 도덕적 고뇌 측정도구 최종문항	78

그림 차례

<그림 1> 연구진행 과정	9
<그림 2> 간호사의 도덕적 고뇌의 개념적 기틀	61
<그림 3> 개발된 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구의 개념적 기틀	69

국문요약

간호사의 도덕적 고뇌(Moral Distress) 측정도구 개발

본 연구는 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구를 개발하기 위한 방법론적 연구로서 두 단계로 이루어졌다. 제 1단계는 개념개발로서 간호사의 도덕적 고뇌 속성을 도출하고, 제 2단계는 도구개발로서 도구의 신뢰도와 타당도 검증, 개발된 도구를 통해 간호사의 도덕적 고뇌 상태를 조사하는 것이다.

자료수집은 2002년 5월부터 2003년 6월까지 대구·경북지역 7개 도시의 1, 2, 3차 의료기관에 근무하는 간호사를 대상으로 실시하였다.

제 1단계에서는 특정 개념을 도출하는 과정을 시작으로 측정에 이르기까지 양적, 질적 방법론이 가질 수 있는 제한점을 최소화 하고자 간호학에서 개념의 도출과정에 많이 활용되고 있는 Hybrid method의 과정을 일부 활용하였는데 간호사 6명에 대한 심층면접과 39명에 대한 개방형질문지법을 실시하였다. 자료분석은 간호사의 도덕적 고뇌 개념과 관련된 것으로 생각되는 중요한 문장을 발췌하여 의미를 찾아내고 개념의 속성을 찾아내는 작업을 실시하였다.

제 2단계에서는 도출된 속성을 중심으로 개념적 기틀을 마련하고, 예비문항 작성, 타당도와 신뢰도 검증 등의 단계를 거쳐 진행되었는데 총 70문항의 5점 Likert형 척도로 구성된 폐쇄형 질문지법을 이용하여 간호사 800명을 대상으로 실시하였다. 자료분석은 SPSS for Window, ver. 10.0 프로그램을 이용하여 도구의 내적 일관성 신뢰도는 Cronbach's alpha Coefficients를 산출하였으며, 도구의 구성타당도는 Varimax 회전과 주요인 분석(Principal Component Analysis)에 의한 요인분석(Factor Analysis)를 실시하였다. 집단 간의 평균의 차이는 통계적으로 유의한 지 알아보기 위하여 ANOVA 분석과 그에 따른 다중비교를 위한 사후검정으로 분석하였다.

본 연구의 결과,

간호사의 도덕적 고뇌 개념을 구성하는 4개 상위영역은 상황적 영역, 인지적 영

역, 행동적 영역, 정서적 영역이며, 9개 하위 영역은 부적정 진료행위, 부적정 간호행위, 환자의 자율성 존중결여, 과중한 경제적 부담, 불합리한 조직행정, 내적제약, 외적제약, 부정적 행동반응, 부정적 정서반응이다.

도구의 영역별 타당도는 문항간 상관계수는 모두 0.20~0.80사이의 값임이 확인되었고, 아이겐 값이 1.0이상인 요인은 상황적 영역이 6개 요인으로 설명력이 59.372%이었고, 인지적 영역이 3개 요인으로 설명력은 55.484%로 나타났다.

도구의 영역별 내적 일관성 신뢰도는 Cronbach's α 값이 상황적 영역 .9420, 인지적 영역 .9150, 정서적 영역 .9044로 나타났다.

행동적 영역은 간호사가 도덕적 문제를 내포한 간호상황에서 자신의 가치신념에 의해 내려진 도덕적 판단에 따라 도덕적 행위로 이행할 수 없음을 인지하게 될 경우 어떤 행동적 대처양식을 취하는 지 알아보기 위하여 다중 응답형식으로 질문하였는데, 상황에 대처할 전략구상, 상황을 묵인, 상황회피, 이직 고려, 상황을 거슬러 마찰의 순으로 나타났다.

간호사의 도덕적 고뇌의 영역별 점수분포는

상황적 영역은 평균 82.46±16.92점(170점 만점)으로 연령, 교육정도, 근무경력, 종교, 근무지의 형태, 근무분야, 현재 직위에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

인지적 영역은 평균 54.50±9.86점(86점 만점)으로 근무경력, 종교, 근무지 형태, 근무분야에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

정서적 영역은 평균점수는 47.83±7.76점(65점 만점)으로 근무경력, 종교, 근무지의 형태, 근무분야에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

결론적으로 본 연구에서 개발된 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구는 타당도와 신뢰도가 비교적 높은 도구로 확인되었고, 개발된 도구로 측정된 임상 간호사들의 도덕적 고뇌정도도 각 영역별 중간점수 이상으로 높게 나타났다. 그러므로 간호실무에서 간호사의 도덕적 고뇌를 경감시켜 줄 수 있는 중재 프로그램의 개발이 필요하다.

핵심어 : 도덕적 고뇌, 측정도구개발

I. 서론

A. 연구의 필요성

“간호의 근본이념은 인간생명의 존엄성과 기본권리를 존중하는 것이다.” 이것은 한국 간호사 윤리강령의 서두에 강조된 것으로서 간호직은 그 직업적 목적과 기능, 이념이 인간생명 중심으로 이루어지는 만큼 역사적으로 볼 때 어느 직업보다 직업윤리가 강조되어 왔다. 윤리강령은 전문직에 어울리게 언행하도록 안내할 뿐만 아니라 환자, 동료, 전문직 자체에서 발생하는 문제에 대해 윤리적 결정을 내리도록 개념 틀을 제공해 주고(Keller, 1985), 그 외에도 전문직 행위의 기준을 제공하며 그 기준은 법적 요구를 훨씬 능가하는 것이다(Katefian, 1987). 모든 간호사들은 언제나 건강문제를 가진 사람들의 기본 욕구를 충족시켜 주려는 좋은 의도를 가지고 간호를 수행한다. 또한 간호 그 자체는 대상자들이나 가족들의 의견을 존중하여야 가능한 것이다. 이와 같이 볼 때 간호사의 의도와 간호행위는 그 자체로서 도덕적으로 훌륭한 것이라 할 수 있다.

그러나 20세기 중반 이후, 생명공학과 의학기술의 눈부신 발전으로 생명을 연장시킬 수 있는 최신 의료장비와 기술이 등장하게 되어 이와 같은 현실은 인간에 대한 관심보다 기술이 더 강조되어 인간성 소외, 과잉진료의 문제, 의료자원의 분배 등 새로운 윤리적 문제를 야기하게 되었다. 따라서 환자의 건강문제를 해결하는데 사용할 수 있는 방법이 다양해짐과 동시에 관련된 사람들, 예를 들어 환자와 그 가족, 의사, 간호사가 가지고 있는 관점이 다르기 때문에 각자가 내리는 평가도 다양할 수밖에 없다. 즉, 간호사가 선택해야 할 일이 많아지고 논의에 참여하여 자신의 견해를 표현해야 할 의무도 커지게 되었다. 따라서 간호사의 윤리적 이슈도 매일의 임상실무에서 자주 이 범주에 들어가게 되면서 여러 가지 도덕적 쟁점에 개입하게 됨으로써 윤리적 행동을 하기 위한 합리적 의사결정 과정과 다양한 질문에 대한 도덕적 성찰이 그 어느 때보다도 강력하게 요구된다. 그러나 현실은 간호사가 환자의 안녕과 안위를 위해 무거운 책임을 지고 있음에도 불구하고 도덕

적 의사결정을 위한 책임이나 기회는 주어지지 않았고, 도덕적으로 성장할 기회가 없었으며, 도덕적으로 행동하는데 자유롭지 못하였다. 또한 간호사들의 도덕적 판단은 수준 높은 도덕적 감각으로 판단하기보다는 병원의 정책과 절차에 순종하는 것으로 보고되고 있다(지성애 외, 2000).

최근에 와서 국내 간호윤리 관련연구가 증가추세에 있지만 대부분 임상간호사의 윤리적 가치관과 간호사의 딜레마에 대한 조사연구(김화순, 1990; 이영숙, 1990; 한성숙, 1992; 엄영란, 1994; 안은숙, 1994; 김미정, 1998)가 주류를 이루고 있다. 간호사의 딜레마의 경우 상황적 요인과 의사결정 혹은 대처 양상을 사례 분석적 접근을 통해 보여주고 있는데 여기서 도덕적 딜레마는 둘 혹은 더 많은 윤리적 기준을 적용해도 상호간에 행동의 모순을 보여주는 경우를 의미한다. 그러나 이와는 달리 많은 경우 간호사가 환자를 간호하는 상황에서 어떻게 하는 것이 환자의 최선의 이익을 위해 옳은 것인지 잘 알고 있지만 여러 가지 제약에 의해 그 옳은 길을 따르는 것이 불가능할 때 어려움을 겪게 되는데 이러한 현상을 Jameton(1984, 1993)은 도덕적 고뇌(moral distress)라고 하였다.

간호사가 도덕적 고뇌라는 매우 실제적인 현상으로부터 고통을 겪고 있고 (Judith M. Wilkinson, 1989), 이는 윤리적 영역에서 거의 보편적인 현상임에도 불구하고 주의를 기울이지 않고 있다(김모임 외, 1997; Ann B. Hamric, 2000). 도덕적 고뇌 개념이 맨 처음 Jameton(1984)에 의해 도덕적 딜레마로부터 구분되어 소개된 이후 20여년간 꾸준한 연구가 되어왔으며, 간호사의 도덕적 고뇌가 질적 간호를 저해할 뿐만 아니라 간호사의 정서적인 고통을 가져오며 이는 간호사와 환자 그리고 다른 사람들과의 관계에 있어 문제를 야기 시키고, 직무 불만족과 도덕적 통합성 결여, 잦은 이직이나 완전히 간호전문직을 떠나게 하는 중요한 요인으로 보고되고 있다(Wilkinson, 1987-88; Millette, 1994; Perkin, 1997; Alvita Nathaniel, 2002).

이에 우리나라 간호사들은 아직까지 간호 전문직 경험의 중요한 요소인 도덕적 고뇌가 무엇인지에 대한 명확한 개념정의가 정립되어 있지 않고, 관련 연구 또

한 전문적인 실정이다. 따라서 본 연구에서의 제 1단계는 개념 개발의 다양한 방법 중 잘 알려지지 않은 개념확인을 위해 적합한 혼종모형(Hybrid Model)을 사용하여 우리나라의 간호실무에서도 도덕적 고뇌 현상이 과연 존재하는지, 그 현상은 어떠한 것인지 속성을 규명하고, 제 2단계에서는 간호사들의 도덕적 고뇌 정도가 실제로 어느 정도인지를 측정할 수 있는 도구를 개발함으로써 우리나라 간호사들의 도덕적 고뇌 현상과 그 결과에 대한 이해를 높이고, 간호전문직의 일원으로서 그들이 내린 도덕적 의사결정이 도덕적 행위로 이어질 수 있도록 도와주며, 아울러 간호사의 윤리의식 고취는 물론 도덕적 고뇌를 경감시킬 수 있는 중재방안 모색과 이에 대한 과학적 근거를 제시하는데 기여하기 위하여 본 연구를 실시하고자 한다.

B. 연구의 목적

본 연구는 우리나라 간호사의 도덕적 고뇌를 측정할 수 있는 도구를 개발하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 간호사의 도덕적 고뇌 속성을 확인한다.
- 2) 간호사의 도덕적 고뇌를 측정하는 도구를 개발한다.
- 3) 개발된 도덕적 고뇌 측정도구를 통해 간호사의 도덕적 고뇌 상태를 조사한다.

II. 문헌고찰

A. 선행연구

Jameton(1984, 1993)은 간호윤리학 저서에서 도덕적(윤리적) 문제의 3가지 다른 유형, 즉 어떤 도덕적 가치나 원칙을 적용할지 명확하지 않은 것을 말하는 도덕적 불확실성과, 둘 혹은 더 많은 윤리적 기준을 적용해도 상호간에 행동의 모순을 보여주는 경우를 말하는 도덕적 딜레마, 그리고 어떻게 하는 것이 옳은 것인지 알고 있지만 제약에 의해 그 옳은 길을 따르는 것이 불가능할 때를 말하는 도덕적 고뇌를 각각 구분하면서 도덕적 고뇌라는 개념을 문헌에 처음으로 소개하였다. 이후 초기 고뇌와 반응적 고뇌의 두 가지 형태로 구분하면서 초기 고뇌는 조직의 제약과 자신의 가치가 충돌할 때 사람들이 경험하는 부정적인 감정을 말하고 반응적 고뇌는 사람들이 초기 고뇌에서 잘 처신하지 못했을 때 느끼는 고뇌인데, 최근의 연구논문에서는 반응적 고뇌를 이용한다고 하였다.

Wilkinson(1985, 1987-1988, 1989)은 간호사들이 환자를 간호하는 상황에서 갖게 된 어떤 고통스러운 느낌을 도덕적 고뇌로 규명하면서 도덕적 고뇌는 그 이상이며, 특별한 종류의 고뇌로 상황적, 인지적, 행동적 측면을 포함한다고 하였다. 도덕적 고뇌가 발생하려면 반드시 환자를 간호하는 상황이 있어야 하고, 그 상황 속에서 간호사는 도덕적 문제를 인식하며, 자신의 행동에 대해 책임져야 한다고 믿을 때 생긴다고 하였다. 도덕적 고뇌의 결과로 고통스러운 느낌과 정신적인 불균형이 초래된다고 하였고, 분노, 좌절, 죄책감과 같은 강한 부정적 감정이 도덕적 고뇌의 지표라고 하였다. 또한 인식이 도덕적 고뇌를 만들어내는 기초적인 구성요소이며, 도덕적 문제는 하찮다기보다는 중요하게 여겨져야 하고, 옳고 그름의 질문에 봉착시키며, 간호사의 역할을 단순한 지시 이행자이나 아니면 자율성을 가진 역할로 생각하느냐와 같은 인식의 정도에 따라 감정의 깊이도 다르다고 하였다. 또한 24명의 간호사과의 면담(1987)에서 도덕적 고뇌에 내재하고 있는 제약을 대부분 병원 행정/정책, 의사들, 법(소송 위협), 간호부 행정과 관련된 외적 제약과,

용기부족, 자기의심, 의사 오더에 대한 관행적 수행, 실직의 두려움, 과거 행동의 무의함과 관련된 내적제약으로 구분하였다.

Rodney(1988)는 중환자실 간호사 대상의 연구에서 도덕적 고뇌는 무관심, 생명 연장 치료를 받는 환자를 간호하는 간호사들이 겪는 갈등으로 분노, 무력감, 좌절감과 연관되어 있다고 했다. 의사결정과정에서 무관심은 치료 연장이나 중단을 결정하는 방식에 무관심을 표명하는 것이며, 환자와 환자가족의 경험에 대한 무관심, 치료과정에 참여된 자신의 활동에 대한 무관심으로 나누고 있다.

Fenton(1988)은 도덕적 고뇌란 옳고 그름에 대한 개인의 신념과 가치에 위배되는 방식으로 행위를 요구 당할 때 일어나는 불안한 정서적 반응이라고 정의했다.

Fowler(1989)는 임상과 임상 외에서 실제 많은 윤리적인 문제들을 언급하였다. 의문의 여지가 없는 말기환자의 중환자실 입원이 과연 적절한지, 말기환자에게 집중적인 고도 기술의 침습적인 중재와 관련된 인본주의적 문제, 위기 치료팀의 협조적인 기능실패, 국가의 부와 관련된 늘어나는 의료수가, 임상 간호사의 높은 도덕적 고뇌 수준이 중환자실 간호사 부족의 악순환을 초래한다고 하였다. 그는 도덕적 고뇌에 대해 체계적으로 언급하지는 않았으나 간호사들이 전문직을 떠나게 하고, 연구에서 정당화 될 만큼 사례증거가 충분하다고 하였다.

Millette(1994)는 Wilkinson의 정의를 이용하여 간호사의 의사결정 수행능력에 관한 연구를 통하여 간호사는 조직의 힘 때문에 도덕적 행위를 수행하는데 자유롭지 못하다고 하였다.

Liaschenko(1995)는 도덕적 고뇌의 요인으로 간호사들의 도덕적 통합성의 결여를 꼽았으며 이로 인해 타인에 대한 말과 행동이 “기계적인 인간”이 될 때 도덕적 고뇌가 유발된다고 하였다.

Davies. etc(1996)는 죽어가는 환자를 간호한 경험이 있는 간호사들의 연구에서 슬픔으로 인한 스트레스와 도덕적 고뇌의 개념을 구분하여 설명하면서, 도덕적 고뇌는 간호사들이 환자의 죽음을 받아들이는 의료 전문인으로서 의사의 지시에 따라야 하는 직업상의 책임과 편안한 죽음을 제공해야 하는 간호사들의 의무 사이에서 힘들게 싸우는 것이라고 표현했다.

Perkin. etc (1997)은 무뇌아를 간호하는 소아과 간호사들의 심층면담에서 위독

하거나 죽어가는 환자에게 간호를 제공하는 것이 많은 스트레스를 유발하며, 또 간호제공자사이에서 심각한 도덕적 갈등과 고통의 원인이 된다고 하였다. 중환자실 간호사들은 현저한 직업스트레스를 경험하는데, 이것은 소진과 관련이 있고, 사기 감소, 생산성 저하, 정신적인 위축을 가져오고, 직업 만족도를 낮게 하여 서비스의 질을 저하시키고, 이직율을 증가시킨다고 하였다.

Linda(2000)는 주산기 간호에서의 도덕적 고뇌에 관한 연구에서 Jameton (1984)의 개념을 재정의하면서 어떻게 해야 옳은 지를 잘 알지 못하는 윤리적 딜레마와 달리, 도덕적 고뇌는 해야 할 옳은 일을 알지만, 기관이나 함께 하는 동료가 자신이 최선이라고 알고 있는 것을 못하게 하거나 어렵게 만들 때 나타난다고 하였다. 많은 간호사들이 지난 몇 십년간 논쟁이 되어온 산후입원기간 단축에서 도덕적 고뇌를 느꼈다고 하였는데 다산부가 제왕절개 후 조기 퇴원할 때 삶의 질, 산후 요구도, 건강에 대한 환자와 제공자간의 책임감에 대한 개인적인 신념의 차이에 따라 도덕적 고뇌로 고통받는 간호사가 있는 반면, 전혀 고통받지 않는 간호사도 있다고 했다. 또한 현상으로서의 도덕적 고뇌는 감정적, 인지적, 행동적 차원을 갖는다고 하였다.

Penticuff & Waldren(2000)은 간호사의 윤리적 실무는 기관과 행정적 지지 내에서 그것들의 영향력과 가치에 대한 인식에 영향을 받고, 간호의 질, 윤리 자원, 그리고 직무만족과 관련이 있다고 보았다.

Corley. etc(2001)는 Jameton의 정의와 Wilkinson의 연구를 기초로 7점척도의 도덕적 고뇌 측정도구를 개발하였다. 요인분석 결과 간호사들이 인식한 도덕적 고뇌의 요인은 개인적 책임감, 환자에게 최선의 이익이 아닌 것을 행한 것, 속임수의 3개 요인으로 분류되었고, 성인환자를 간호하는 간호사들을 대상으로 측정한 결과, 가장 높은 점수를 보인 ‘임상에서 간호인력 부족으로 적절한 간호를 제공하지 못한 것’을 포함하여 ‘말기임종환자에게 의사의 불필요한 검사와 치료 지시를 수행할 때’ 등 총 32문항으로 되어있다.

Nathaniel(2002)은 도덕적 고뇌 개념의 초기정의를 종합하여 ‘인간이 도덕적인 문제를 인지하고 도덕적 책임감을 인식하게 되는 상황에 대한 반응으로서 정신, 신체 또는 인간관계에 영향을 미치는 고통 혹은 고뇌이며, 올바른 행동에 대한 도

덕적 판단을 하게 한다'라는 새로운 정의를 내렸다.

이상에서 고찰한 바와 같이, 도덕적 고뇌 개념은 현재까지는 간호영역 내에서만 논의되어 왔고, 주로 도덕적 고뇌의 개념정의와 도덕적 고뇌가 유발되는 상황적 요인과 그에 따른 반응에 대해 다양하게 서술하고 있다. 또한 도덕적 고뇌의 측정도구 개발에 대한 단 한 건의 연구도 지극히 제한적인 대상자를 선택하였을 뿐만 아니라 의미가 유사한 문항이 혼재되어 있고, 주로 도덕적 고뇌를 유발하는 원인에 대해서 다루었으며, 중요한 요소인 상황에 따른 반응에 대해서는 다루지 않았음을 알 수 있었다. 또한 국외의 경우 도덕적 고뇌 개념이 이미 20여 년이나 간호윤리 영역에서 중요하게 다루어지고 있지만 국내의 경우 개념에 대한 소개만 되어있을 뿐 관련연구가 전무한 실정이므로 본 연구를 토대로 하여 앞으로 한국의 간호상황을 고려한 연구가 활성화되어야 할 것으로 사료된다.

Ⅲ. 연구방법

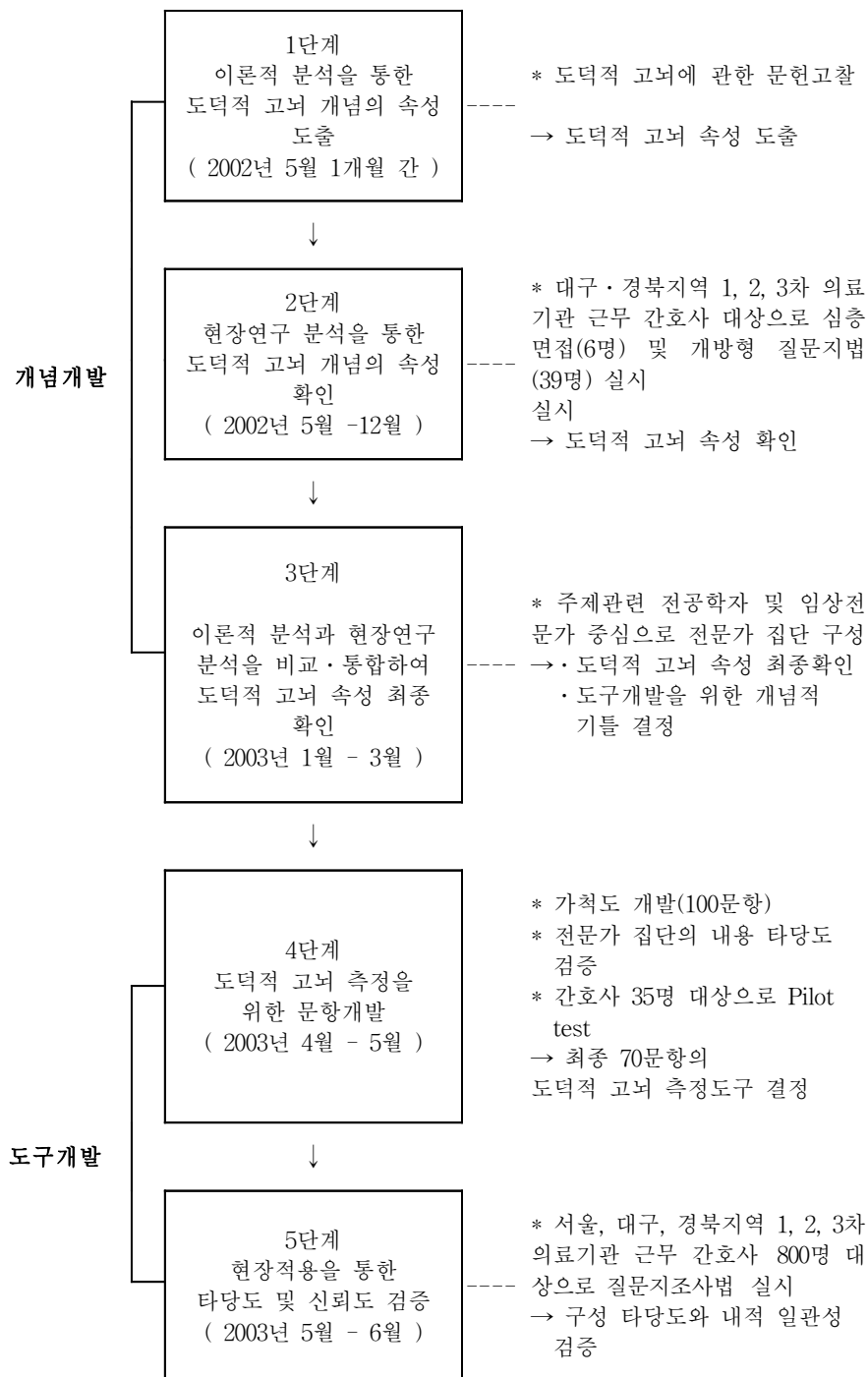
A. 연구 설계

본 연구는 우리나라 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구를 개발하기 위한 방법론적 연구로서 제 1단계는 개념개발로서 Hybrid method에 의한 이론적 분석 단계와 현장연구 분석 단계를 거쳐 두 단계에서 나타난 간호사의 도덕적 고뇌 속성을 비교·통합하여 최종 속성을 도출하였다. 제 2단계는 도구개발로서 개념적 기틀 설정, 문항 작성, 타당도와 신뢰도의 검증 단계를 거쳤다.

B. 연구진행 과정

2002년 5월부터 2003년 6월까지 13개월 동안 시행되었으며, 크게 두 단계로 이루어 졌다. 우선 특정 개념을 도출하는 과정을 시작으로 측정에 이르기까지 양적, 질적 방법론이 가질 수 있는 제한점을 최소화 하고자 간호학에서 개념의 도출과정에 많이 활용되고 있는 Hybrid method의 과정을 일부 활용하였다. 개념의 속성 확인 과정에서 간호사의 도덕적 고뇌 개념을 충분히 이해하고 흥미가 있으며, 이 분야 임상 전문가들이나 관련 논문을 발표한 경험이 있는 전문가 집단을 구성하여 개념을 정립하였다. 간호사의 도덕적 고뇌 측정을 위한 척도 제작과정은 문헌상 나타난 자료와 질문지 및 면담자료를 모두 참조하여 가척도를 제작하여 전문가와 임상 간호사를 대상으로 타당화 작업을 거쳐서 문항을 좀더 세련화하였다.

최종적으로 양적 재확인 과정은 질문지법을 이용하여 임상 간호사 800명을 대상으로 실시하여 도구의 타당도와 신뢰도를 검증하였다. <그림 1참조> .



〈그림 1〉 연구진행 과정

IV. 연구결과

A. 이론적 분석을 통한 간호사의 도덕적 고뇌 개념의 속성 도출

이론적 단계는 심층 분석과 개념 정련을 위한 다음 단계의 근거를 개발하는 단계로서, 선택한 개념에 대한 문헌을 광범위하게 고찰하고 개념의 속성과 정의를 규명하여 측정을 위한 필수적인 구성 요소를 찾아 작업적 정의를 내리는 단계이다.

1. 문헌고찰 방법

도덕적 고뇌의 속성을 찾기 위해 인터넷 검색을 비롯한 사전과 단행본, 교과서, 연구 논문 등의 문헌 고찰을 통하여 실시하였는데, 문헌검색은 MEDLINE 문헌검색 프로그램과 CINAHL(Nursing and Allied Health) 문헌 검색 프로그램, 한국교육 학술정보원 문헌검색 프로그램, 대한간호협회 도서관 소장 문헌검색 프로그램 등을 이용하였다.

MEDLINE과 CINAHL(Nursing and Allied Health) 문헌검색 프로그램에서는 ‘moral distress’를 주제로 검색한 결과 1988년부터 2002년 11월까지 142건의 관련 논문을 찾을 수 있었다. 그러나 검색된 많은 논문이 도덕적 고뇌 개념의 정의를 설명하는 논문은 소수에 불과하였고, 그것 또한 간호학 분야에서의 연구가 주를 이루고 있었다.

한국교육 학술정보원 소장 문헌검색 프로그램에서는 ‘도덕적 고뇌’ 혹은 ‘moral distress’로 검색한 결과 국내 문헌은 단 한 건도 없었고, 해외학술 9건의 경우도 이미 CINAHL(Nursing and Allied Health)에서 검색된 경우이었다. 한편 ‘moral distress’는 ‘moral’과 ‘distress’가 합쳐진 개념이므로 흔히 윤리영역에서 혼용하고 있는 moral(도덕)과 ethic(윤리)의 의미를 먼저 살펴보고, 그 다음 distress의 의미와 실제로 moral distress 개념을 이용한 연구를 중심으로 속성을 파악하였다.

2. 문헌고찰 결과

1) 도덕(moral)과 윤리(ethic)

도덕의 사전적 의미를 보면, 인륜(人倫)의 대도(大道) 즉, 인간으로서 마땅히 지켜야 할 도리 및 그에 준한 행위 곧, 자기의 행위 또는 품성을 자기의 양심 내지 사회적 규범으로써 자제하며, 선한 일과 바른 일을 행하며, 악한 일과 부정한 일을 하지 않는 일 혹은 관습·풍습에 연관하며, 정사(正邪)·선악의 표준(이희승, 1982; 브리태니커, 1999), 또는 그 바람직한 행동기준(두산세계대백과 EnCyber, 2002)을 말한다. 영어의 'morality'은 그리스어의 'ethos', 라틴어의 'mores'에서 유래한 것으로 첫째, 익숙한 장소, 사는 곳, 고향 등의 뜻이 있고, 둘째, 집단의 관습이나 관행을 의미하며, 셋째, 그러한 관습이나 관행에 의해 육성된 개인의 도덕의식, 도덕적 심정, 태도, 성격 또는 도덕성 그 자체를 의미하며, 오늘날 도덕이라는 말을 쓸 때는 셋째의 뜻이 가장 강하게 반영된다.(브리태니커, 1999).

윤리의 사전적 의미를 보면 윤리(倫理, Ethic)의 어원은 도덕과 동일한 mos (pl.mores)로 '사람들의 관습'을 뜻하며, 사람이 지켜야 할 도리, 곧 실제의 도덕 규범이 되는 원리 즉, 인륜(人倫)을 말한다(이희승, 1982). 일찍이 예기(禮記)의 악기편(樂記篇)에서 사용한 말로 인간이 한 동아리로 서로 의존해 지켜야 할 질서를 뜻한다.(브리태니커, 1999).

도덕과 윤리는 상호의존 또는 상호보완적인 개념을 내포하면서 상당히 공통적인 의미를 지니고 있기 때문에 윤리학에서 '윤리'와 '도덕'은 같은 의미를 가지는 어휘로 사용되고 있다(유호종 외, 2002; 한국의료윤리교육학회, 2001; 지성애 외, 2000; 구영모, 1999; 한성숙 외, 1999; 김태길, 1987). 굳이 그 차이점을 말한다면 '윤리'가 보다 이론적인 맥락에서 사용되고 '도덕'이란 말은 보다 실천적이거나 실제적인 맥락에서 사용된다는 것이다(한성숙외, 1999).

도덕이 개인적인 면, 즉 주관적인 면의 양심, 동기, 수단과 방법, 그리고 행위에 관한 것이라면, 윤리는 개인적인 차원뿐만이 아니라 공동체 구성원들의 상호작용에서도 적용된다. 윤리가 하나의 틀 혹은 그릇이라고 말한다면, 도덕은 그 틀 혹은 그릇

속에 담겨져 있는 내용물이라고 볼 수 있다.

도덕과 윤리의 차이점을 다음과 같이 도표로 비교해보면 다음과 같다.

〈표 1〉 도덕과 윤리의 차이점

도 덕	윤 리
라틴어의 mos에서 → moral로 인간의 실질적, 구체적인 행동 실천적인 차원 개인적이고 주관적 체면과 양심과 깊은 관계 개인적이고 구체적인 정신 상대성의 성격	헬라어의 ethos에서 → ethics로 포괄적이고 추상적인 원리 조직적이며 이론적인 차원 사회적/공동체적이고 객관적 공식적인 규범, 주어진 규범 사회적인, 객관화 된 정신 절대성의 성격

하나의 사회나 국가에서 도덕은 변할 수 있으나 윤리는 변하지 않는다. 그것은 윤리가 이론적이고 원리적인 개념을 내포하고 있으며, 도덕은 윤리의 실천적인 차원에서 문화적 변화와 사회적 특성(규범과 가치관)과 연계되어 있기 때문이다. 그러므로 윤리는 절대성의 차원에서 이해되며, 도덕은 상대성의 국면을 갖는다고 말할 수 있다(박봉배,1990).

따라서 본 연구에서 ‘moral’에 대한 번역은 간호현장에서의 실천적 맥락에서 사용되는 용어로서 ‘도덕적’으로 결정하기로 하였다.

2) 간호사의 도덕적 고뇌

Moral distress는 moral과 distress가 합쳐진 개념으로서 ‘moral distress’로는 사전에서 그 의미를 찾을 수 없었기 때문에 우선 distress의 사전적 의미를 찾아본 결과 고뇌, 비통, 심통, 비탄, 고민, 걱정거리, (육체적) 고통, 피로, 몸이나 마음이 괴롭고 아픔, 고통(고민)거리, 골칫거리이며, 피부나 신체의 아픔을 느끼는 감각인 통각(痛覺)에 의한 불쾌감과 구별되는 생리학·철학적 용어로 행위주체의 감

각(pathos) 또는 감정의 극단적인 불쾌감을 의미하고 있었다.

사람은 정신적·생리적 방어 메커니즘을 결합하여 신체적·심리적 스트레스에 대응하는데, 만일 스트레스가 지나치게 강하거나 방어 메커니즘이 부적절하면 심신 장애 또는 다른 정신적 장애가 나타날 수 있다.

디스트레스란, 일반적으로 문제나 근심에 직면했을 때 경험하는 정신적 압박과 긴장 상태를 말하는 것으로 스트레스 과정의 부정적인 산물로 간주된다. 즉, 이것은 지속적이고 불유쾌하고 과도한 스트레스의 결과를 말하며, 결국 정신 건강의 부정적인 측면을 의미하는 것이다(김인숙, 1992).

한편 'distress'라는 용어가 국내에서 번역하여 사용될 때 의학과 간호학 관련 연구에서는 고통, 고뇌, 곤란, 장애, 부진, 불편, 긴박증이란 용어로, 경제학에서는 부실, 곤경, 불안이란 용어로, 영문학에서는 '탈강제'라는 용어로, 혹은 번역하지 않고 디스트레스 그대로 표기되어 사용되고 있었다.

현재까지 국내에서의 moral distress 개념 관련 연구는 단 한 건도 찾아볼 수 없었지만 간호윤리 문헌에서 도덕적 고민(김모임 외, 1997), 도덕적 좌절(지성애 외, 2000)로 번역되어 소개되고 있었다. 본 연구에서는 '고뇌'로 번역하여 이하 moral distress에 대해서 '도덕적 고뇌'로 표기하기로 한다.

선행연구에서 나타난 도덕적 고뇌에 대한 개념정의를 살펴보면, “어떻게 하는 것이 옳은 것인지 알고 있지만 제약에 의해 그 옳은 길을 따르는 것이 불가능할 때 경험하는 부정적인 감정(Jameton, 1984)”, “환자를 간호하는 상황에서 갖게 된 고통스러운 느낌(Wilkinson, 1985, 1987-88, 1989; Millette, 1994)”, “생명연장 치료를 받는 환자를 간호하는 간호사들이 겪는 갈등(Rodney, 1988)”, “옳고 그름에 대한 개인의 신념과 가치에 위배되는 방식으로 행위를 요구 당할 때 일어나는 불안한 정서적 반응(Fenton, 1988)”, “의료 전문인으로서 의사의 지시에 따라야 하는 직업상의 책임과 간호사로서의 의무 사이에서 힘들게 싸우는 것(Davies. etc, 1996)”, “어떻게 해야 옳은 지를 잘 알지 못하는 윤리적 딜레마와는 달리 해야 할 옳은 일을 알지만, 기관이나 일을 같이 하는 동료가 자신이 최선이라고 알고 있는 것을 못하게 하거나 어렵게 만들 때 나타나는 것(Linda, 2000)”, “인간이 도덕적인 문제를 인지하고 도덕적 책임감을 인식하게 되는 상황에 대한 반응으로서 정신,

신체 또는 상호관계에 영향을 미치는 고통 또는 고뇌이며, 올바른 행동에 대한 도덕적 판단을 하게 하는 것(Nathaniel, 2002)”이라고 언급하고 있다. 이상의 도덕적 고뇌 개념이 제시하는 바는 상황적, 인지적, 행동적, 정서적 영역에서의 도덕적 고뇌를 서술하고 있다고 볼 수 있다.

상황적 영역의 도덕적 고뇌는 실제로 많은 도덕적인 문제를 내포하고 있는 도덕적 상황 즉 말기환자와 관련된 중환자실 입원의 적절성 여부와 관련된 논의, 고도의 침습적인 중재, 생명연장 치료와 관련하여 임종이 임박한 위독 환자에게 불필요한 검사 및 과도한 치료중재, 위기 치료팀과의 협조체제 기능 실패, 의학적으로 회복이 불가능한 심한 기형아에 대하여 보호자의 요구로 고도의 의료기술을 동원하여 생명을 연장시키는 것, 임종 환자에게 편안한 죽음을 맞이할 수 있도록 도와주어야 한다는 간호사의 견해와는 달리 적극적인 치료중재를 하는 의사의 지시에 따라야만 할 때, 증대된 의료수가와 관련된 경제적 문제, DRG와 관련된 입원기간 단축, 전문직으로서의 개인의 책임감과 의무를 다하지 못했을 때, 환자에게 최선을 다하지 못한 경우, 환자를 기만하는 행위 등과 같이 도덕적 고뇌를 유발시키는 상황적 요인을 의미한다고 볼 수 있다(Jameton, 1984; Wilkinson, 1985, 1987-1988, 1989; Rodney, 1988; Fowler, 1989; Solomon, O'Donnell, Jennings, Guilfooy, Wolf, Nolan, Jackson, Koch-Waeser & Donnelley, 1993; Davies. etc., 1996; Perkin. etc., 1997; Corley, etc. , 2001).

이상에서 살펴본 바와 같이 상황적 영역의 간호사의 도덕적 고뇌 개념은 많은 도덕적인 문제를 포함하고 있는 간호상황을 의미한다고 볼 수 있겠다. 상황이란 그 자체로는 무가치적이다. 도덕적 상황이란 도덕적 가치 실현 내지 도덕적 행위의 필요에 직면한 상황이거나 도덕적 행위가 이루어지고 있는 또는 이루어진 상황을 말하는데(박상국, 2001) 여기에서는 도덕적 행위의 필요에 직면한 상황이라고 할 수 있다.

인지적 영역의 도덕적 고뇌는 주어진 도덕적 상황에 대해 숙고하는 것이라고 할 수 있는데 우선 실제적인 도덕적 상황에 직면하여 도덕적 행위를 수행하기 이전에 개인의 가치신념에 따라 도덕적 판단을 내리게 된다. 도덕적 판단을 내리기

위해서는 먼저 도덕의 의미를 알고, 그 상황을 도덕적 상황으로 인지할 수 있어야 한다. 즉 도덕적 문제를 하찮다기보다는 중요하다고 인식하고, 해당이슈에 대한 도덕적 가치를 알고 있고, 따라야 하는 행동의 윤리적 원칙 또는 도덕적 책임을 인식하고, 옳고 그름의 질문에 봉착하여 무엇이 선인지, 어떻게 행동해야 하는지 알게 되고, 심지어 그것을 해야겠다고 단단히 결심하지만 도덕적 행위로 옮기는 것이 불가능하다고 인식하게 되거나(Kramer, 1974; Jameton1984, 1993; Fenton, 1988; Wilkinson, 1989; 김모임 외, 1997; Linda, 2000; 박상국, 2001), 또는 도덕적으로 옮지 못한 행위임을 인지했음에도 불구하고 실제 혹은 본인이 인지하게 된 여러 가지 제약들에 의해서 옮지 못한 행위에 가담하게 되기도 하는데(Nathaniel, 2002) 그 결과 도덕적 고뇌를 경험하게 된다.

한편 가치신념이란 인간 행동의 방향을 부여하는 심리적 과정으로서 행동적 소인을 가지고 있는 것으로 이해할 수 있는데(이혜성, 1989; Steans, 1991; Gordon, 1993) 개인이 가진 신념의 차이에 따라 다른 결과를 초래하게 된다. 임상에서의 예를 살펴보면, 간호사의 삶의 질이나 죽음 등에 대한 신념의 차이에 의해 code blue 상황에서 어떤 간호사는 심폐소생술을 시행하게 될 때 도덕적 고뇌로 고통받는 반면, 어떤 간호사는 심폐소생술을 시행하지 않을 때 도덕적 고뇌로 고통받는 경우가 있다(Kramer, 1974). 또 다산부가 제왕절개 후 조기 퇴원할 때 삶의 질, 산후 요구도, 건강에 대한 환자와 제공자의 책임감에 대한 개인적인 신념의 차이에 따라 도덕적 고뇌로 고통받는 간호사가 있는가 하면 전혀 고통받지 않는 간호사도 있다고 하였다(Linda, 2000). 무늬아를 간호하면서 간호제공자 사이에서 가치관의 차이로 심각한 갈등을 일으킬 수도 있고, 죽어가는 환자를 간호하는 전문 의료팀의 일원이 되었을 때 의사의 지시에 따라야 하는 직업상의 책임과 편안한 죽음을 제공하여야 하는 간호사의 의무사이에서 힘들게 싸우는 것처럼(Davies, etc., 1996) 간호사의 역할을 단순한 지시 이행자이나 아니면 자율성을 가진 역할로 생각하느냐와 같은 인식의 정도, 혹은 갈등해결 방식이나 자기주장의 형태에 따라 도덕적 고뇌의 정도가 다르다고 하였다(Wilkinson, 1989; Cox, 1991).

Jameton(1984)이 정의한 바와 같이 도덕적 고뇌란 여러 가지 제약에 의해 자신이 알고 있는 올바른 행위과정을 따르는 것이 불가능 혹은 어렵다고 판단하여

행동으로 옮길 수 없을 때 유발된다고 하였는데, 문헌에서 나타난 간호사가 인지한 내적 제약으로는 용기 부족, 자기의심, 의사 오더에 대한 관행적인 수행, 실직에의 두려움, 과거 자신이 취했던 행동의 무익함을 인식(Wilkinson, 1985)한다든지, 감정표현의 부자유스러움(Davies, etc, 1996), 도덕적 통합성의 결여(Liaschenko, 1995), 기관이나 행정적 지지 내에서 그들의 영향력이나 가치에 대한 인지(Penticuff 외, 2000)라고 밝히고 있다. 외적 제약으로는 대부분 의료기관의 행정·정책, 의사, 법(소송 위협), 간호부 행정, 힘의 부족이나 의사결정권의 부족, 간호사가 지켜야 하는 기관의 규칙이나 권위, 심지어 의사결정에서 간호사의 역할에 대한 존중 결여(Jameton, 1984, 1993; Wilkinson, 1985; Millette, 1994; Davies, 1996; 김모임 외, 1997; Linda, 2000; Corley, 1995, 2001), 부적절한 인사관리, 과중한 업무부담, 늘어나는 초과근무시간, 지지결여(U.S. GAO, 2001), 동료(Linda, 2000), 근무단위, 간호업무 형태(Cox, 1991) 등이 제시되었다.

이상의 인지적 영역에서의 도덕적 고뇌 개념은 간호사가 도덕적 상황 하에서 자신의 가치 신념에 의해 내려진 도덕적 판단이 내·외적 제약들로 인해 도덕적 행동으로 이어질 수 없음을 알게 되거나 상황을 바꿀 수 없다고 인지하게 되는 것을 말한다. 또는 직업상의 책임과 개인의 도덕적 신념간의 혼란을 초래하는 갈등상태를 의미하기도 한다.

행동적 영역의 도덕적 고뇌 개념은 도덕적 상황에 대한 행동반응과 관련되는 것으로서 상황회피 혹은 묵인 또는 타협하거나 혹은 옮지 못한 줄 알면서도 제약에 의해 옮지 못한 행위에 가담하게 되면서(Nathaniel, 2002), 그 결과 이직을 고려하거나 개인이나 집단으로 도덕적 행위로 옮길 수 없었던 것에 대해 후회한다든지, 초기대응에 실패했지만 새로운 전략을 도모하는 과정(역할모델, story telling, owning marginality, coaches 등)이라고 말할 수 있다(Linda, 1999).

정서적 영역의 도덕적 고뇌 개념을 살펴보면, Wilkinson(1985)은 24명의 간호사들과의 면담에서 분노, 좌절, 죄책감, 울음, 우울, 악몽, 고통, 무가치함, 심계항진, 설사, 두통, 정신적인 불균형을, Rodney(1988)는 중환자실 간호사들과의 면담에서 의사결정과정이나 환자와 가족, 그리고 치료과정에 참여한 자신의 활동에 대해서조차 무관심 표명, 분노, 무력감, 좌절감을, Perkin. etc.(1997)는 무뇌아를 간호

하는 소아과 간호사들과의 면담에서 소진, 위축, 갈등, 무기력, 고통, 번민, 적개심, 분노, 심각한 도덕적 갈등과 고통을, Linda(2000)는 주산기 병동 간호사들과의 면담에서 분노, 죄책감, 좌절감을 경험한다고 제시하고 있다.

이상의 정서적 영역의 도덕적 고뇌 개념은 간호사가 도덕적 상황 하에서 도덕적 행동을 수행할 수 없거나 상황을 변화시킬 수 없을 때 겪게되는 부정적이고도 고통스러운 느낌을 말하며 이는 환자에게 최선의 이익을 주기 위한 간호사의 행동에 영향을 미칠 수 있는 감정상태를 의미한다고 볼 수 있다.

이상에서 살펴본 바와 같이 간호사의 도덕적 고뇌의 속성은 크게 도덕적 문제를 내포함과 동시에 도덕적 행위의 필요에 직면한 간호상황으로서의 상황적 영역, 내·외적 제약으로 인하여 도덕적 행동수행이 어렵거나 불가능함을 인지하는 것으로서의 인지적 영역, 상황에 대한 행동 반응을 말하는 행동적 영역, 상황에 대한 부정적인 정서반응을 경험하게 되는 것으로서의 정서적 영역 등 4가지 상위영역으로 구성되어 있음을 알 수 있다. 또한 4개의 상위영역에 따른 하위 영역으로는 첫째, 상황적 영역에서는 생명연장 치료중재, 말기환자의 중환자실 입원의 적절성 여부를 논할 경우, 말기환자에게 고도의 침습적인 중재를 접할 경우, 위기 치료팀과의 협조기능이 실패할 때, 심한 기형아의 치료중재 등 의사의 진료행위와 관련되어 옳고 그름에 대한 간호사 개인의 신념과 가치에 위배되는 방식으로 행위를 요구 당할 때가 포함되었고, 증대된 의료수가로 인한 경제적인 부담, 그리고 DRG와 관련된 입원기간 단축과 같은 조직의 행정이 포함되었다. 둘째, 인지적 영역에 따른 하위 영역으로는 크게 내적제약과 외적 제약으로 분류되는데 내적제약으로는 용기부족, 자기의심, 의사오더에 대한 관행적인 수행, 실직에의 두려움, 과거 자신이 취했던 행동의 무익함 인지, 감정표현의 부자유스러움, 도덕적 통합성의 결여, 기관이나 행정적 지지 내에서 그들의 영향력이나 가치에 대한 인지가 포함되고, 외적 제약으로는 기관의 행정, 의사, 동료간호사, 법(소송위협), 힘의 부족이나 의사결정권의 부족, 부적절한 인사관리, 과중한 업무부담, 상위조직의 지지결여, 근무단위 및 간호업무형태가 포함되었다. 셋째, 행동적 영역에 따른 하위 영역으로는 이직 고려, 후회, 일단 후퇴 후 새로운 전략도모가 포함되었다. 넷째 정서적 영역

에 따른 하위 영역으로는 분노, 좌절, 죄책감, 울음, 우울, 악몽, 고통, 무가치함, 무관심, 무력감, 소진, 위축, 갈등(변민), 적개심 등이 포함되었다. <표 3 참조>

지금까지의 문헌고찰 결과 간호사의 도덕적 고뇌의 의미로 계속해서 반복적으로 나타나는 내용 중 간호사의 도덕적 고뇌 개념에 중요한 요소라고 인식되는 특성을 다음의 몇가지 속성으로 제시할 수 있다.

<표 2> 이론적 연구단계에서의 간호사의 도덕적 고뇌의 속성

-
1. 도덕적 문제를 내포한 **간호상황**
 2. **내·외적 제약**으로 인하여 도덕적 행동수행이 어렵거나 불가능함을 인지
 3. 상황에 대한 **부정적 행동 반응**
 4. 상황에 대한 **부정적 정서반응**
-

B. 현장 연구분석을 통한 간호사의 도덕적 고뇌 개념의 속성 확인

이론적 단계에서 분석한 개념의 의미를 확장하고 통합함으로써 개념을 재정리할 목적으로 현장 연구에서는 대구·경북 소재 1, 2, 3차 의료기관에 근무하는 6명의 간호사를 대상으로 한 심층 면담법과 간호사 39명을 대상으로 한 개방형 질문지법을 통하여 그들이 경험한 도덕적 고뇌에 대한 자료를 수집하였다. 혼종모형의 현장작업에서는 주로 심층면담과 참여관찰을 주로 행하는데 본 연구의 개념 특성상 참여관찰은 연구 대상자의 반응에 영향을 미칠 수 있다고 판단되어 실시하지 않기로 하였다.

1. 심층면담

1) 대상자 선정 : 대상자 선정은 연구자 본인이 판단하여 간호사의 도덕적 고뇌의 속성이 가장 잘 드러날 수 있는 성인·소아 중환자실, 암병동, 호스피스 병동

의 간호사 6명을 대상으로 심층면접을 실시하여 자료포화상태가 될 때까지 면담을 실시하였다. 대상자 선정에 있어 유의표출을 시도한 이유는 도덕적 고뇌의 속성을 가장 잘 드러낼 수 있는 표본을 확보하여 이론적으로 제시되고 있는 속성들은 물론 미처 확인되지 못한 내용을 찾아내기 위함이다.

2) 면담진행 : 각 간호단위 관리자로부터 추천된 대상자나 연구자 본인과 평소 친분이 있는 간호사를 대상으로 심층면담에 대한 동의를 연구자가 직접 얻고 전화나 방문을 통해 면담일시를 결정하였다. 면담은 1회 이상 실시하여 자료 포화상태가 될 때까지 면담을 실시하여 총 15회의 면담이 이루어졌다. 대부분의 면담시간은 최소 30분- 90분 정도 소요되었고, 면담 장소는 연구자의 사무실을 이용하였으며, 면담 기록을 위해 연구대상자의 동의를 얻어 녹음과 현장노트를 병행하고, 면담은 연구자 본인이 직접 실시하였다. 면담은 간호사로서 임상 전반에 대한 과거 회상적 내용으로부터 시작하여 현재에 이르기까지 본인의 경험을 진술하도록 진행하였다.

질문으로 주요 내용은

“간호사로서 임상에서 맞닥뜨리는 도덕적인(윤리적인) 고뇌(어려움)는 무엇이라고 생각합니까?”

“본인이 도덕적인(윤리적인) 고뇌(어려움)로 힘들어하신 경험이 있습니까?”

“경험하셨다면 그 상황은 어떠했습니까?”

“실제로 어떻게 대처하셨습니까?”

“그 때 느끼셨던 감정, 느낌들은 어떠했습니까?” 등이었다.

그리고 대상자의 자료를 분석하면서 다음 면담시 필요한 질문내용을 그때그때 구성하고 또 연구 질문을 수정하는 과정을 거쳤다.

3) 면담내용분석 : 면담 결과의 분석을 위해 면담자료의 내용을 분석하여 간호사의 도덕적 고뇌 개념과 관련된 것으로 생각되는 중요한 문장을 발췌하여 의미를 찾아내고 개념의 속성을 찾아내는 작업은 면담자료의 의미를 잘 알아낼 수 있는 전문가의 도움을 받아서 실시하였는데, 1차 작업은 연구자 본인의 분석과 대조하

여 분석의 오류를 최소화하기 위해 간호학 박사학위 이상으로 내용분석에 기초한 논문작성 경험이 있는 간호학교수 1인과 혼종모형을 적용한 간호학 관련 개념개발 논문을 작성 경험이 있는 전문가 1인에게 의뢰하여 비교해 보았다. 분석된 내용을 기반으로 간호사의 도덕적 고뇌의 속성들을 확인해 본 결과 이론적 연구분석에서 도출된 상황적 영역, 인지적 영역, 행동적 영역, 정서적 영역을 포함하는 총 4개의 상위영역은 동일하였으나 하위 영역에서 차이를 보였다. <표 3 참조>

사례 내용 분석시 상황적 영역의 구체적인 명명부분은 기존의 간호윤리학 관련 문헌(한성숙, 1992; 조갑출, 1996)을 참고하였으며, 사례제시 부분에서 면담 대상자의 요청으로 연구자의 인적배경에 대해서는 명시하지 않기로 하였다.

사례 제시

1. 의사의 부적절 진료행위로 인해 환자에게 최선의 치료가 제공되지 못할 때 간호사의 가치신념 또는 책임과 의무 사이에서 상황과 타협 혹은 마찰하는 과정에서 죄책감, 속상함, 화가 남, 환자나 보호자에게 미안함, 무력감을 나타냈다.

간호사들은 의사들이 윤리적 절차를 밟지 않고 생명연장 치료를 중단, 더구나 실제 진료행위와 다르게 간호기록을 요구할 때 의사의 오더를 따라야 하는 직업상의 책임과 환자에게 끝까지 최선을 다해야 하는 간호사로서의 의무 사이에서 갈등을 느끼고, 또 인간의 생명은 하느님께서 주신 고귀한 것으로서 우리 인간이 단축시킬 수 없다는 간호사 개인의 종교적 신념과의 차이에서 마찰을 빚을 때 도덕적 고뇌를 경험한다고 하였다.

A 간호사

Ventilator 달고 있는 환자, 이게 계속 오래 가니까, 젊은 사람인데 *expire* 안하니까 *doctor*들도 지치고 보호자도 지치고 빨리 인자(이제)... 자꾸 마...(말있기를 자꾸 주저하면서) 자꾸 신환들은 자리가 없어서 못 올라오고 이런 상황에서 치룬중단에 대한 얘기가 자꾸 나오는 거예요.

지금은 그게 도덕적으로, 정말 윤리적으로 그게 안 맞아 들어간다는 그런 생각이 많이 듭니다. 만약 내가 신앙이 없었으면 어차피 돌아가실 분 빨리 보내주는 게 편하겠단 이런 생각도 들었는데 신앙이 있다보니 하느님이 주신 생명인데 가시는데 까지 가고 (점점 목소리가 커지면서) 정말 생명이 끝나면 되는데 그걸 인위적으로 우리가 조정해 가지고 일찍 죽게 한다는 것은 윤리적으로 대기(아주) 안 맞는 것 같아요.

감정? 그야 직책감이지요.

정말 가슴이(얼굴을 찌푸리면서) 있잖아에, 처음으로 그런 것을 느꼈거든요. 가슴이 막 이래(옴겨 쥐면서) 뭐나 캐야 되노, 대기(아주) 마음이 아프더라고. 정말 한 사람을 내가 막 죽인 거 같은, 내가 살인자 같은 그런 느낌, 내가 안 된다고 끝까지 막 이렇게 방어하, 내가 책임자니까 내가 싸웠어야 했는데, 나도 거기 얹혀 가지고 좋은 게 좋다 싶어가지고, 내가 오더권이 없고, 내가 닥터가 아니기 때문에 거기 정말 살인자같은 느낌, 그게 밖에 끝에도 막 나타날 정도로 대기(아주) 힘들었거든요. 음, 그게 한 두 케이스가 있었는데 또 두번째 되니까 또 사람의 감정이(쓴 웃음을 약간 지어 보이며) 그때보다는 좀 덜 그걸긴 하던데, 정말 그거는 안 잊혀져요. 그 분이 좀 젊으신 분이었어요. 그분 얼굴이 지금도 생각 나거든요.

모든 걸 비뚤하에 이렇게 하니깐, 그건 정말 직책감이 많이 들어요. 보호자들 보기도 대기(아주) 뵈하고, 보호자들은 모르니까 내가 보호자 보기에 먼뿔하지,

C 간호사

음, 터미널(말기) 케이스 같은 경우는 선생님이 왜 아무 말도 하지 않고 (ventilator) mode를 change 하잖아요?

(아주 심각하고 작은 목소리로) 제가 학생 때 그런 얘기를 들었는데 의사들이

그런 식으로 한다는 거. 그런데 정말 그런 얘기를 들었을 때 아, 그때 들었던 얘기가 바로 이런 거구나 하는 생각이 드는 거예요. 그러면 이렇게 하는 것이 아무렇지도 않게 되는 건지, 또 *Charting*은 실제와 다르게... 그러면 의사라는 것이 이런 경우에는 필요가 없다는 생각이 드는 거예요. 물론 환자가 그런 희망이 없는 환자나 할 지라도 최선을 다해야 하는 거 아니에요? 아니면 의사들 더 편하게 하기 위해서? 아니면 의사들 손이 더 많이 가야하니까 그렇게 한다면? 그런데도 우리(간호사)들은 거기에 아무런 반응도 없이 그저 당연하다는 듯이 받아들인다면..... (말을 중단) 이럴 땐 정말 기가 막혀 많이 안나왔어요.

처음에는 그냥 어쩔 수 없이 받아들여야 하는 가보다 하지요. 그리고 정신없이 또 일을 해야 하고. 그런데 그러면서도 너무 한가 낮았고, 사실 저도 보면 공범자잖아요? 그리고 (그런 상황에서) 아무 말도 못하는 내 자신한테 딱 한가 나는 거예요. 그런데 보호자들은 아무 것도 모르고 환자 보면서 자꾸 눈물 흘리는 거 보면 나도 딱 눈물이 날 것 같고, 그거 끝나고 얘기는 못하겠고, 그 때는 어떻게 해야 할 지 모르겠어요. 너무너무 안정부적하게 되고, 내가 보기에 이런 데 보호자들은 얼마나 그럴까 이런 생각도 들고. 그런데 또 시간이 지나면 그게 또 무뎠어지는 거. 그게 참 싫어요.

말약에 내 부모라면 어떻게 이런 생각을 하니까 정말 아니라는 생각이 드는 거예요. 보호자는 아무것도 모르고 그냥 그대 됐나보다 하지말.....정말 아니라는 생각이 들어서 레지던트한테 딱 하니까 그냥 레지던트는 장난치는 듯이 받아 넘기는 거예요. 정말 정말 너무하다는 생각이 들었어요. 아, 정말 이렇다면.....

물론 간호사가 원해서, 내가 원해서 그렇게 된 건 아니지만, 희비가 딱 엇갈리잖아요? 딱 *arrest*가 왔을 때 환자를 소생시켰을 때 느끼는 감정이 희열이라면, 이건 그것도 아니고 정말 너무하다는 생각. 나도 의류인으로서 받아들이기는 너무 힘든 상황이라는 거..... (말을 더 이상 잇지 못함)

의사들이 환자나 보호자의 사전 동의없이 연구목적의 검사를 하고, 의사의 개

인적인 필요에 의해 환자가 수단으로 취급되어 환자에게 불이익이 돌아가는 상황에서 이러한 부적절한 행위에 대해 간호사가 의사에게 항의를 해보지만 결국 의사와의 관계악화를 위해 묵인하는 과정에서 도덕적 고뇌를 느낀다고 하였다.

A 간호사

그 때 검사같은 거 있잖아요? 환자들은 모르고 선생님들 연근지 뭔지 하는 목적으로 일률적으로 쪽 하는 거 있잖아요. 그거는 정말 처음엔 우린 몰랐죠. 언제 한번은 뭐 그거노 하고 그랬는데, 그래서 그때 대박 싸운 적이 있거든요. 그 뒤로는 그러지 않는데 그런데서 오는 윤리, 그렇게 의사들은 우리보다 더 심하잖아요? 그대도 우리는 조금은 더 나은데...(중단)

원래 교수들하고 이대 또 걸쳐 있으니까 거기에서 오는 갈등도 있고 찼찼하니까 내가 떨어뜨렸으니까 더 속상할 때가, 그렇게 표현할 못 할 때가 더 속상하고 보호자나 환자 보면 더 미안한 감정도 들고 그렇지요. 그 사람들 아무 잘못도 없는데 부당하게 당한다 싶으니까 속상하고 당당하지요.

C 간호사

이럴 때 있잖아요? EBP 우리 자주 재잖아요? 그런데 EBP 한 지 얼마 안되는데 한번은 자꾸 그 ○○선생님(개업할 의사)한테 EBP를 하게 하는 거예요. 처음에는 별 생각 없었는데, 과장 선생님들은 EBP 한 지 오래 되었잖아요? 그러니까 거기 나가면 잘 못 해보니까 그렇게 하는거예요. 그런데 나중에 알게 되었어요. 그런데 그 환자 fever가 나중에 낮거든요. 그 때 카테터 remove하자 그러대요. 그대 제가 그랬지요. 그거 시험용으로 환자한테 한 거 아니가? 그대도 되는 거가 하고 주치의한테 따지니까 그냥 별 대수롭지 않게 그럴 수 있는 거 아니가 이대요. (중략)

환자들에게 최선을 다해야 할 의사들이 환자들의 통증호소에 무성의하게 대응할 뿐만 아니라 눈가림식의 상처 드레싱, 환자상태 보고에 대한 간호사들의 의견

을 무시하거나 늦게 대처하여 환자의 상태가 악화되었을 경우 간호사에게 책임전
가 시키려는 태도, 간호사들에 대한 언어적 폭력 앞에서 간호사들은 도덕적 고뇌
를 경험한다고 하였다.

C 간호사

사실 딸이 낫으니 딸이지, 의사들 오더 있잖아요? 환자가 아프다고 *noti*를 하
면 그냥 *observation*하자고 전화르 딸만 하고. 막 그럴 때 지가 한번 아파봐라,
지는 찡겠나 막 그런 생각이 드는 거예요. 사실 그렇게 자꾸 진통제는 안주고 그
렇게 되다보니 환자가 한번은 낫기가 낫는 거예요. 그거 왜 우리 *order*없으면
pain killer 쓸 수 없잖아요? 환자는 자꾸 아파 죽겠다 그러고, 그러면 조금만
더 찡아보자 그러고, 그렇게 밖에 얘기해 줄 수 없잖아요?

정말(기가 막히는 듯이 웃으면서) 정말, 그러다가 솔직히 계속 아프다고 하는
데 약은 안 주지, 솔직히 의사가 정말...(말을 잊지 못하고 기가 막힌다는 표정으
로)... 그런 생각이 들어요, 정말 너무하다는 거, 기가 막히지요, 내가 의사라면
정말 그거는 의사의 의무인데...(말을 중단하면서 한숨을 내쉬) 너무 아프다고 많
이 그러니까 의사들은 당연하다고 받아들이는 거 같아요. 우리같이 이런 식으로
생각하지 않는 거 같아요.

정말 속상하지요. 내가 의사가 아니라는게 참.....(말을 중단)

속에서 이런게(주먹을 목에다 대고) 뽕나오지요.

E 간호사

드레싱 같은 것도 바쁘고 이러면 그냥 반창고만 이렇게(손으로 흉내내면서)
새로 갈고 이런 경우도 많거든요, 또 이런 경우도 있어요. 인턴들이 *sp wound*
*dressing*을 레지던트들 *job*이니까 인턴들이 간단한 거는 해주잖아요. 정말 어디
서 배웠는지 자기들 바쁘다고 반창고만 쓱쓱 가는 거 봤거든요. 그런 거 계속 뭐
나를 수도 없고, 보호자는 모르고.....정말 고걸 땀 한가 나고, 그냥 보이기

위해서 하잖아요? 환자를 위해서 한다는 개념은 아예 없고, 또 보기에 깨끗하니까 자기들 윗 년차한테 야단 안맞음라고 하는 거 그런 거 밖에 안맞잖아요? 정말 한 대 때려주고 싶어요. (주먹을 날리는 시늉을 하면서) 정말 속직한 심정으로는 막 뭐나카고 싶고 그러고 싶은데...(힘없이 맥을 중단함) 그것도 한 두번도 아니고...

사실 레지던트들도 마찬가지로요. 환자분 많이 상태 안 좋아 가지고 거의 expire 하실 거라고 생각하는 고런 환자들 같으면 아예 손을 탁 놓잖아요? 그럴 때 정말 많 많이 아파요. 또 맥 wound가 너무너무 지저분하고 맥 pus가 나오는 이런 분들을 그냥 손도 안대고 그런 거 보면, 또 냄새가 많이 나는 경우도 있거든요, 얼마 전에도 이런 경우가 있었는데 그 때 보호자가 한번 complain한 적이 있었거든요. 정말 이렇게 자주 드레싱 교환 안 해 줄 때는 내가 함부로 change 할 수도 없고 자기들은 안 해주고 그럴 때 힘듭니다. 경우에 따라선 해주긴 해주기도 하는데.

(중략) 보호자들 닥터하고 면담하기가 얼마나 힘듭니다? 병원에 누구 안다거나 그러면 정말 신경 많이 쓰면서 일반 환자들이나 보호자들 얼마나 힘듭니다? 그럴 때 간호사들은 얼마나 중간에서 많이 뉘어요? 간호사는 완전히 중간에서 이리저리 저리저리 못하고 완전히 샌드위치예요, 샌드위치! 속상하지요, 중간에서 우리말 당하잖아요? 우리가 어떻게 해주지도 못하고, 자꾸 그러면 신경질 내고, 밖에 전화해봐요, 얼마나 귀찮아 해요. 그렇다고 안 할 수도 없잖아요? 그대놓고 일어나면 간호사한테 뒤집어 씌웁나 그러고. 정말 일할 맛 안나요. (중략)

정말 우리가 하는 말 쯤 귀담아 듣고 해야 하는데 정말 근성으로 듣고는 환자 고생시키고...(맥을 중단)

때론 싸움 때도 있지요. 정말 열심히 닦이기는 하면서도 정말 힘 빠지고 속상하지요. 어떻게 보면 자기들이 공부한다고 몇 년을 더 고생했겠지만 실제 딱 나뉘어서, 실제로 저야 3년차지만 저보다 윗년차 선생님(간호사)들 같은 경우는 경험이나 지식적인 면에서 결코 떨어지지 않는 선생님(간호사)들도 있잖아요? 그런데 단지 의사라는 고런 거 하나 때문에 고집하고 자기가 더 많이 아는 것처럼 그러는 거 보면, 정말 아무 것도 모르면서 그렇게 날뛰는 거 보면 정말 속상할 때 많거든요.

아, 이게 내가 할 수 있는 다 구나, 내 한계를 느끼는 것도 같고, (웃으면서)
차라리 내가 좀 더 열심히 공부해서 의과대학 갈 겸, 뭐 이런 생각도 듣고 했는데... (웃으면서 이야기를 중단함)

F 간호사

전에 내가 응급실에서 일 할때 간호사 2명이 나이트할 때 있잖아요, 너무 힘들어 가지고 눈물이 날 지경이었거든요, 환자 오면 받아야지, 바이탈 해야지, 뛰어야 다녀야지, 병리라 몰라가야지, 그런데도 의사는 안 오지, 환자 안 봐주지, (중략) 환자나 보호자들은 의사들이 빨리 와서 자기들 봐 주어야 되는데 안 봐주니까 우리(간호사)한테 와서 다 퍼붓잖아요, 그런데 환자가 안 좋아졌는거라예, 그런데 그 선생님이 차트를 막 들고 나중에 막 카터라고, 사실은 우리가 *note*를 하고 환자 얘기를 했는데도 자기가 안 봐 가지고, 나중에 왔거든요, 보니까 환자도 안 좋고 그러니까 자기 책임인데 우리한테 카는 거라예, 그래서 우리한테 환자 잘 안해준다고 막 그러는거라예, 내가 정말 그 때 너무너무 화가 나가지고 차트를 한번 집어 던진 적 있었거든요, 그래 그러고 내가 앞에 들어가 버렸는데, 그 때 정말 내가 왜 선생님(의사)한테도 그렇고, 우리가 그런 상황이 되었을 때 우리 간호사들은 보통 이렇게 표현한다기 보다는 억눌려져 버리는 게 있잖아요? 자기들(의사들)이 먼저 환자를 막 내고 그러니까 그때 아직 어리기도 하고 그렇지만 그때 이야기를 당당하게 할 수 있는 그런게 잘 안되는거라, 그게 지금 가만 생각해보면 힘의 그거겠지예?

*Power*에 있어서 일단 먹인다는 느낌.

어쩔 수 없이 이렇게 그 때 받아들일 수 밖에 없는 게 참 그랬어예.

(중략)

그리고 그럴 때도 많아요, 우리가 파워가 약하다는 거. 그거 때문에 보호자들이 마구 행패를 부리거나 아니면 의사들 언어폭력 같은 거 이런 거에 요즘은 좀 어떨양가 모르는데 하여튼 이럴 때 간호부에서 제대로 방패막이가 잘 못 되어주는 거 같애. 내 생각 같으면 정말 가운데이라든 핵 벗겨 버리고 싶을 때가 한 두번

이 아니지만. 정말 우리 간호사들 북쌍해. 힘이 없으니까 당하지.

말이 났으니 말이지. 속에서 올라오는 데로 한다면야 얼마나 좋겠노만서도 그렇게 할 수도 없고. 그럴 땐 이거 정말 하고 싶은 말 똑 떨어지지. 한따디로 힘 빠지지. 정말 그런거 생각하면 한가 머리 꼭대기까지 나지. 유준 말로 연기 낼 때가 어디 할 두번이가.

이미 적극적인 치료중재의 단계를 벗어난 말기환자들은 극심한 통증호소가 해결되기를 간절히 원하지만 의사들은 적절한 통증조절은 물론 그들의 요구에 성실한 답변도 해주지 않을 뿐만 아니라 환자에게 소홀히 대하며, 임종에 대해 환자나 보호자와 사전상의가 전혀없이 의사의 일방적인 주도로 외롭게 죽음을 맞이하는 것을 접할 때 도덕적 고뇌를 경험한다고 하였다.

F 간호사

먼저 말기환자들, 통증 정말 심하잖아, 그런데 그 왜 통증조절 위해서 여러가지 방법을 다 써보지만, 어떡 때는 보호자가 agree 안 하는 경우도 많고, 정말 환자는 간절히 원하는데 말이야, 그거 시술하다가 죽으면 책임지라카랴까봐 그러는지, 돈 땀에 카는지. 사실 그 왜 PPI 있잖아요? 그거 의료보험에서 무한정 적용이 안된다카네. 그러니까 돈 없는 사람 죽으라는 거야. 그리고 선생님들 말기 되면 두 손 탁 놓고 관심 안주잖아, 그러니 환자들은 가족한테도, 의료진한테도 관심 밖의 인물이잖아. 환자만 북쌍하지.

정말 너무 안타깝지. 내가 해 줄 수 있는 게 한계가 있잖아, 보호자한테 설명도 하고, 의료진도 만나보고 하지만 누구하나 두 손 걸고 나서는 사람도 없고. 정말 속상하고 그래.

(중략)

왜 ○○라장 있잖아? 어디 환자 뒀어 손이나도 한번 대기나 하나? 힘진이라카는 거는 그저 책 읽다가 환자 눈도 한번 안 맞추고, 자기가 못하면 다른 라라도

넙기든지. 앓환자는 죽죽이 띠고 있으면서 말기환자 관리는 하나도 안 해주면서. 그 준다카는게 기껏 데메를 때찌게(아주 극소량) 주면서. 어디 그게 주사기에 묻고 말지. 정말 환자만 볼쌍하지, 볼쌍해. 그대 놓고는 사전 상의도 없이 *respiration stop*되면 환자 바른 중환자실로 끌고 가서, 정작 가족이 함께 있어야 할 막판에 싸늘하게 중환자실 시트 위에서 홀로 툇스럽게 눈감게 하는 거. 정말 비인간적이야. 난 정말 그 과정 보기만 해도 울화가 치밀어. 과정이 그러니 그 밑(레지던트를 위시한 의사들)에는 볼 것도 없지 뭐. 그리고 그런 것을 지금 내 처지에서 어떻게 조정해 볼 수도 없는 것 같고, 일단 의사들이 관심이나 있어야지. 이거 뭔가 제도적으로 잘못됐든 한참 잘못됐다고 생각해.

(중략)

뭐냐하면 정말 환자들이 안 좋아하는데 정말 막판이 되기 전에 얘기를 미리 쥌 얘기를 안 해주는 거야.

(중략) 이 환자는 오직 의사 선생님이 자기가 병에 대해서 그런 것을 가지고 있으니까 의사선생 말만 듣는 거라. 그런데 (의사가) 마지막에 가서 정말 이 환자한테 너무 함부른 대하는 거라. 뭐냐 그러냐 하면 지금 물을 삼킬 수도 없는 상태인데 (작은 소리) 위를 잘못 수술해 가지고, 사실 세번인가 네번인가 수술했거든에, 이 앞에 이렇게(손으로 배를 가리키면서) 계속 이렇게 진물이 죽죽 나 타가지고는, 나도 그런 사람은 천 봤어예. 정말 물도 못 마시는 그런 환자한테 물을 한번 먹어봐라는 식으로 통명시리 그렇게 얘기하는 거라예. 그러니까 그런 상황에서 그렇게 말하니깐 환자가 얼마나 한가 나겠어예. 하루는 내가 가니까 그 의사한테 할 얘기를 내한테 다 하더라고요. 목이라는 목은 다 하대예. 그대 저녁에 의사 오면 정확하게 궁금한 걸 다 물어보라고 했지예. (중략) 그런데 의사오니까 한마디도 못하는 거라예. 그러니까 그때서야 저녁에 의사가 안된다고 딱 한마디 했는 거라예. 그때 가서야.....(중략) 그러니까 그 때 딱 포기하는 거라.

정말 하나지, (중략) ...의사들은 호스피스라는 그 자체에 대한 마인드가 없는 거라예.

따라서 간호사의 도덕적 고뇌는 의사들의 부적절 진료행위 즉, 윤리적 절차를 밟지 않은 생명연장치료 중단 문제, 사전동의를 구하지 않은 연구목적의 검사나 시술시행, 불성실한 진료, 무책임한 태도, 근무태만과 같이 환자에게 최선을 다하지 않는 상황 하에서 간호사들이 항의, 혹은 관계악화를 고려하여 타협 혹은 묵인하는 과정에서 부정적인 정서상태를 경험하는 것이라고 할 수 있다.

2. 상위 간호조직의 불합리한 행정과 관련하여 간호사의 자율성이 무시되고 자기주장을 펼 수 없거나 상황을 외면 혹은 근무의욕이 저하되는 과정에서 양질의 간호가 제공될 수 없어, 환자의 상태가 악화되거나 환자를 위한 최선의 이익을 도모해 줄 수 없을 때 가슴이 너무 아픴, 너무 힘듦, 화가 남, 환자나 보호자에게 미안함을 나타냈다.

간호인력 부족으로 본인의 의사와 무관하게 자주 바쁜 병동을 도와주러 가거나 병원의 경비지출 절감을 위하여 원치 않는 휴가나 월차를 받아야 한다든지, 환자의 요구를 알면서도 외면할 수밖에 없거나 환자상태의 관찰이 잘 이루어지지 않아 위급한 상황을 초래할 때 도덕적 고뇌를 경험한다고 하였다.

A 간호사

그 때 손이 약 달이니까(일손이 부족하니까) 마 이렇게 대변을 막 치우고 있는데 저쪽에 ventilator alarm이 막 울기는 우는 거예요. 그대 마 내 이거 치우던거, 마 그때는 그 상황에 마 우어야(어떻게) 될 지 모르는 거예요. 또 그 환자가(대변 본 환자) 떨어질 것 같아서 마 어떻게 할 수는 없고, 마 이렇게 하다가 떠~억 가보니까, 그 시점에는 그 왜 있잖아요, 증류수를 싱겅병에 꽂아서 물을 막 부었거든요,

그대 마 그게 넘쳐 버렸는거라예. 그대 내가 보니까 fluid 들어간 용량은 마 이(많이) 들어가지는 않았는데, 그 때 그거 생각하면 너무너무 가슴 아프거든요. 그대 그걸 제가 뭐, 그거 제 실수지예, 내가 그깟 큰 몬(못)봤는거...(눈시울이 붉

어지면서 목이 메이기 시작함)

예, 그런데 저는 그 뭉들어갔다는 소리는 못했는거지예. 보니까 환자가 약간 cyanosis가 았는거라예. 그레 막 suction하고 난리 지겼지예(쳤지유). 그카다가 (그러다가) 한 일주일 정도 지나서 가셨는데(사망) 마 (내과 의사가) 갑자기 오더니 소리를 지르는데 내가 마 거기 맞받아서 마 잘못된 거 없다는 식으르, 아! (한숨 섞인 소리르) 그거 지금도 생각하면 가슴이 대개(아주) 아파유. 내가 마 그때 실수를 인정하고 마 그랬으면 그 상황이 어떻게 될 지 모르지만, 내가 그거 감춘거 잦아예? 보고도 안하고...(말을 잊지 못함) 지금 그거, 그때 그분이 한 일주일 있다가 갈 때까지 제가 정말, 그 분 어떻게 될까바 suction하는 거 하고, 정말 그 뒤 일주일간은 완전히 정말 그 환자한테 신경을 정말 많이 썼는데 정말 걱책감이 너무 많이 들어가지고, 내가 마 그분만 보면 그거 땀에(때문에) 더 나빠지는 것도 같고, 마 그때 그라고 급방 돌아(청색증이 풀린 것을 의미)았는데도, 아 정말, 그때 돌아서서 웃기도 하고 막 그랬거든예, 그때 마 누구한테 그걸 얘길 했었어야 하는데 그걸 제 혼자 지금까지 비밀르 가지고 있었거든유,

환자가 이동(변동)이 심해서 갑자기 환자수가 확 쏠다든가(죽어든다든가) 안그러면 무조건 간호사수를 줄아나(줄여나) 할 때, 이렇게 막 많이 들어와서 바빠 죽을 때는 (간호부에서) 간호사수를 더 보충시켜주지는 못하다가 그런데 환자 한두명 빠지고 마 이래되면 무조건 (간호사수)줄아나 카거든예, 전화오고 마 이래 캐예, 제가 보고 정말 그럴다싶으면 한두명 뺄 때도 있는데 정말 눈치껏 빼야지, 안 빼면 눈치없이 조정 안 했다고 야당치시니 하긴 하는데 그레 계속 그런거를 마 어떤 때는 머리수(환자 수)는 적어도 정말 중환이 많으면 이 멤버 그대로 해도 일이 바쁜데, 그레 우리는 직접 일선에서 뛰니까 그 현장에서 보는데, 그만큼 일손이 많이 가는 줄 알잖아예? 그런데 행정하시는 분들은 일단 환자수하고 그것만 보니까 일단 거기에 대해서 막 카니까 애들도 저한테 불만을 터뜨리는거라예. 우리 바쁘고 이라마 보충 안 해주면서 왜 어쩌다 환자 쏠 죽면 이렇게 해야 되는가, 그래서 제가 중간에서, 저거(일반 간호사)는 내가 위에(상부) 가서 이렇게 부딪쳐 갖

고 이 부당한 거를 이야기 해주면서 저들 편에 서주기를 바라는데 솔직히 그런 건에는 또 한두번 얘기는 하지말 또 계속 반복하면 딱 짜라 버리시잖아요? 일단 거기 맞서지를 못하는데서 오는 갈등이 좀 있어예. 내가 무능해서 그런거는 아닌가, 그런데서 오는, 애들한테 능력없다고 인정받지는 않을까하는 느낌. 그래요, 나는 두군데서 다 평행선을 유지해야 하니까, 거기에서 오는 어려움이 참 많아예.

D 간호사

환자 땀에 푼 거 보다는 그냥 그런 환자들이 있었을 때 저는 일년차 때는 어려서, 또 경험이 없으니까 환자들이 그런 거(킴들어 하는 거) 봤을 때 그냥 가슴 아프고 해 줄거는 없고, 그 때 정말 가슴이 많이 아팠는데, 이제는, 사실 닥터들 오더에 따라 많이 하잖아요? 오더 없으면 아무 것도 못해주고, 솔직히 시간이나 있으면 그런 환자들한테 제가 이야기도 할 수 있고, 좀 더 *emotional care* 이런 거 해줄 수도 있고 그럴 텐데, 옛날도 그랬지만 지금도 많이 바쁘니까 그 어쩔 수 없이 모른채 할 수 밖에 없는 마음, 특별히 저연차때는 아프다고 해도 내가 너무 바쁘니까 다른 일에 신경이 쓰이니까 정말 이렇게 무시하고 지나갈 때도 많았거든요.

솔직히 처채감도 듣지말 그냥 제 일이 너무 바쁘니까요 어쩔 수 없다는 생각을 했거든요. 그러고 요즘은 닥터들이 협조를 안 해주어서 그럴 때 정말 화가 나요. 우리가 할 수 있는 거는 없는데 무조건 닥터 오더를 받아야만 된다는 거. 우리가 정말 시행할 수 있고 조정해 줄 수 있는 것도 협조 안 해주니까 그런 거 때문에 좀 트러블이 많고 또 그렇게 안 해 줘으니까 우리가 들들 볶이잖아요?

E 간호사

특히 나이트같은 경우에는요, 정리정돈 같은 거 많이 하잖아요? 솔직히 그런 거 보다 환자들한테 한번 더 가주는 거가 더 중요하잖아요? 그런데 정리하고 이 런 데 쫓겨서 그런다고 오히려 한번씩 (*suction*이나 중요한 순간들) 놓칠 때가 있거든요, 차라리 *station*(간호사실) 좀 어지럽힌다고 뭐 그래요. 차라리 환자한테

테 한번 더 갔다 오는 게 낫지, 그런 생각이 들다가도 그 다음날 생각하면 쯤 그
래서 한번씩 덜 갈 때도 있고. 그럴 때 환자한테 정말 미안하다는 생각이 들고
정말 어떨 때는 가래가 너무너무 많아 가지고 suction하고 딱 들어서면 또 기침
하고, 정말 너무나 자주 (가래를) 뽑아야 하는 경우에는 딱, 기침 또 한다 그러
면서 이번 한번은 (suction 하지 말고 넘어가자 이런 경우 있거든요(웃으면서),
내가 방금 뽑아 주고 왔는데 또 저런데면서 너무 자주 해주어도 안 좋다 그러면
서, 혼자 괜히 그러면서 그대요. 그러면서도 내 맘은 정말 불편하지요.

전문간호사로서의 책임감, 지식, 가치신념, 경험에 근거하여 환자의 최선의 이
익을 위해 당연히 해 주어야 할 옳은 행위를 상위 간호조직의 지지결여로 못하게
될 때 도덕적 고뇌를 느낀다고 하였다.

B 간호사

나는 정말 ○○ 전문간호사로서 정말 반듯하게 하고 싶은데...(중략)

정말 힘드지요. 정말 머리 따르 손발 따르 노는 것을 보면 기가 막히지요.

(중략)

근데 이젠 포기입니다.(포기입니다). 결론적으로 말하자면, 간호사들이 교육이
있고, 철칙이 있고 가치관이 있다면, 정말 사상이라면 반성을 즐기고...(중략)

정말 유년에는 힘들었는데 이제 따 체념이 딱 되어버리는 거예요.(중략)

저는 이번에 상부조직에 정말 너무 실망해버렸어요. (중략)

정말 위에 행정하는 사람들은 눈에 안 보이면 모르잖아요.(중략)

간호부는 제대로 알아보지도 않고 무조건 한쪽 말만 듣고서는...(중략)(웃음
때문에 중략)

E 간호사

제가 전에 있던 병원에서 이야긴데, 전에 있던 병원에서는 호스피스 활동에
적극 지원을 잘 안 해주는 경우가 많았지예.

교육도 가고 그래야 되잖아. 그런데 간호부에서 그걸 못하게 하는 경우도 있었던 거야. 솔직히 관리자가 그런 마인드가 없으면 정말 어려운 거야. 교육도 뭐 그래 여러 번 가냐고 그러면서.

(중략)

사실 호스피스 대상자들 어려운 사람들 많거든에, 거기도(전에 근무했던 병원) 그렇고 여기도 그렇지만. 그대 사람들이 너무 어려워서 그런 사람들 볼 수 있냐고 묻더라고, 왜 볼 수 있지. 내가 그랬지, 사람들이 국립병원도 그렇고 다 큰 병원에는 (의류)보호환자 있으면 빼놓는다고 안 온다고 카는데 그게 아니라고 그랬어.

예, 그러니까 바로 (돈을) 못 받으니까 안 받는다 이거 거. 이번에 소아암 거기도 그 애를 위해 2억이 넘게 병원에 다녔는데도 뒤에 의류보호 되고 그러니까 응급실에서 입원을 안 시키준다고,

(중략)...우리 병원 이래가지고는 안된다는거. 그러나 나는 안 그런거. 그러니까 나보고 가난한 사람만 편든다 카는거야, 저는 제 입장에서 그 부분에서 슌이 딱 막히는 거지. 그러니까 슌이 막히는데 나중에는 나보고 니는 하는 것마다 잘못된 것 같다고 딱 그러는거야, 그러니까 나보고 호스피스 봉사자 보내지 마라는 거야, 봉사자 자주 보내면 (보호환자가) 퇴원 안 할라카다고. 그 때 그 부장이 나보고 자주 그러는거야, 그래서 제가 그때 진짜 그냥 가만 있으면 안 되겠다 싶더라고. 이거 내가 지금 호스피스를 하고 있고, 봉사자도 그렇고 우리가 왜 여기 있는데...(말을 잠시 중단)

처음에는 항당하고 속상했지.

사실 그 때 몇 년 된 사람들 몇 명 있었거든에. 이런 사람들 퇴원시켜야 된다고, 이런 사람들 두면 병원이 안 된다고, 돈도 못 벌인다고 무조건 퇴원시키라고 그러고, 안 시킨다고 고함지르고 계속 그랬어, 그래서 그때 내가 뭐라고 했냐하면 뭐든지 자연스럽게 해야지 억지런 하면 일어나는데 그랬어.

내가 뭐든지 얘기를 해 가지고 그 사람들(오래된 의류보호 환자들)이 이렇게 생각을 해보고 가야되겠다 싶으면 갈 건데 안 그러고 지금 갈 때도 없고 여기 병원 아니면 생활이 안 되는 사람들을 어디로 퇴원시키겠냐고. 정말 이러면 일 나는데 그랬는데 그 다음에 완전히 인터넷 뜨고 그랬다 아입니까. 그 보호자가 완전히 들고 일어났는 거라. 그래 결국에는 그래 되는 거라. 그래 내가 한참 지나고 생각해보니 내가 그 때 정말 힘이 쭉 들터래도 그래, 부장님 그거는 안되고 이렇게 저렇게 정식으로 왜 이야기를 못 했을까 하는 후회도 되더라고요. 사실 내가 무언으로는 했지않서도. 그러니까 내가 눈에 가시지.

따라서 간호사의 고뇌는 상위 간호조직의 불합리한 행정, 즉 부족한 간호인력 배치, 간호사의 자율성 무시, 전문간호사로서의 업무수행에 대한 지지결여로 환자에게 최선을 다할 수 없는 상황에서 정서적 불균형을 경험하는 것이라고 할 수 있다.

3. 간호사의 부적정 간호행위로 인해 환자에게 불이익이 주어졌을 때 간호사는 동료 간의 갈등, 괴로움, 화가 남, 답답함, 두려움, 양심이 거리낌, 미안함, 죄책감을 나타냈다.

환자에게 최선의 간호중재가 무엇인지 잘 알면서도 고정관념이나 편견, 자기편의적 사고에 사로잡혀 실시하지 않거나 상급간호사가 하급 간호사의 의견을 무시하는 병동 분위기, 의사지시(처방)에 대한 관행적인 수행, 투약오류, 경제적 이유로 환자 차별대우, 인간존엄성 존중 결여와 관련하여 도덕적 고뇌를 경험한다고 하였다.

고정관념이나 자기편의적 사고

B 간호사

제가 와서 특수 병동 시스템을 시작하게 되었어요. 그래 자기들도(다른 부서 간호사들) 필요성을 느끼고 당연히 해야된다 싶으면 협조가 될텐데 그게 너무 힘들더라고요. 정말 너무나 힘들었어요(다시 웃기 시작함).

그런데 더 힘든 거는 간호사들의 그 고정관념, 편견...

살모를 저 뺨침으로 보내 버리면 애기 한번 면히 오고 젖 한번 먹이는데 얼마나 힘이 드는. 어쨌든 애기 가까이 있는 곳에 업마를 뒤야 하지 않나. 그레 꼭방이 없으면 히복실에 쭤 있다가 제 병동에 보내는 게 안 좋겠나 하고 그랬더니 그러면 보호자가 늘 들락거린다는 거지. 한마디로 말하면 자기들한테 걸기적거린다는 거지. 여기 간호사들의 사고는 내가 쭤 힘들더라도 상대방이 좋다면, 그것도 환자한테 유익하다면 그것을 해 줄 생각은 참 부족해.

우리도 좋은 것은 알지만 (목소리를 높이면서) 우린 너무 바쁘고 일도 많고 그 래서 일거리 더 맡드는 것은 딱 싫은 거야. 다 생각이 그래. (중략)

그것은 의사도 마찬가지예요. 그렇게 마음을 쓰는 사람들이 없더라구요.

유방 맞사지 같은 것을 미리 교육시키고 실행에 옮겨야 되는데 보호자 들락거리는 거 너무 싫어해. 간호사뿐만 아니라 레지던트들도 싫어해.

자꾸만 마찰이 오는 거예요.

(중략)

그때는 속으로 많이 삼켰어요.

E 간호사

쭤 의식 없으시고, 또 설치하는 환자 분들은 억제대 해놓고 바인더도 해 놓잖아요? 처음에는 환자들 감금하는 것처럼(웃으면서) 그런 기분이 딱 들거든요, 그 보호자들 입장에서는 이렇게 의사소통 다 되어도 한번씩 *mental confusion* 보이고 이런 분들하고 있는 거 빼고 이러시는 분들이 있잖아요? 보호자들 생각에는 이야기도 다 되는데 왜 이래 묶어 놓는 ,이럴 때 이유를 설명해 주기도 하지만 어쩔 경우에는 내가 불안하니까, 또 내가 바빠서 *observation*을 못해서 떨어지면 어떡하나 이런 생각에 묶어 놓는 경우도 있지요.

역제대 같은 경우에도 꺼즈 같은 걸로 상처 안 나게 잘 씌워서 한다고 해도 다 까지고(살이 벗겨지고) 그러면 보호자 보기에는 정말 안 좋잖아요.

정말 그럴 때 조금만 여유가 있으면 좋은데 시간이 쫓기다 보면 그렇게 까져도(살이 벗겨져도) 그냥 지나치게 되거든요.

그리고 그것도 신규 때보다 그런 것은 더 무뎠지는 것 같아요. 신규 때는 그런 거 보면 안쓰럽고 한자한테 미안하고 그랬는데 그런게 무뎠지는 거 같아요.

상급자가 하급자를 무시하는 병동 분위기

C 간호사

아직 저 연차이니까 윗년차 선생님들 하고 일을 할 때 내 주관대로 하기보다는. 음 있잖아요? 내 한잔데 내가 봤을 때는 상태가 너무 안 좋은 것 같은데 만약 그런 경우에는 윗년차 선생님들한테 먼저 이야기 하잖아요?

그럴 경우에 윗년차 선생님들은 그냥 fever가 나니까 그럴 수도 있지 그러는 거예요. 그런데 나는 계속 찢찢하고. 그렇지만 그냥 그렇게 인제만 하고 찢찢한 마음에 집에를 갔는데 그 다음날 오니까 뭐 EVD하고 뭐 다른 거 쭉-욱 하고 달고 있는 거예요. 그리고 선생님들도 심각한 거예요. 내가 그런 것을 봤을 때 정말 전날 내가 생각한대로 그냥 쪽 먹고 행동하고 그랬으면 저렇게 한자를 나쁘게 만들지는 않았을텐데 하고 오만 생각이 다 들어서 정말 리드왔어. 정말 그랬으면 그렇게까지 안되었을텐데..... (말을 중단, 잠시 침묵)

아랫 연차가 환자에 대한 무슨 얘기를 하면 일당 무시하고 딱 그러는 거.

니가 뭐 볼 줄 아는데 뭐 이런 식으로 대할 때 정말 속으로 한가 부글부글 끓지. 말은 못하고, 정말 한자가 그렇게 나빠지고 이렇게 될 때는 정말, 정말 한가 너무 나지. 그리고 또 한편으로는 내가 한자를 너무 소홀하게 보지는 않았던가 하는 그런 생각도 들고.

하어튼 그래도 한자가 그 다음날 그렇게 딱 되었을 때는 너무너무 한가 나고, 또 우선은 내가 전날 환자의 상태를 알고 찢찢하게 퇴근을 했으니까 어쨌거나 저

환자는 알고 있을 거라는 생각을 하니, 딱 어제 그 때 환자가 이렇게 이렇게 안 좋아졌다고 (주치의나 수간호사 선생님께) 이야기 하고 싶고. 그런데 표현은 못 하겠고 정말 땡땡하고 그래요.

저희(저연차)들은 *acting*을 많이 하게 되잖아요? 그러다 보니 실수를 많이 하게 되고, 그러다 보니 계속 눈치를 보게 되고.....(중략)

제가 밖으로 표출하는 스타일이 아니다 보니 이런 경우에 아무 것도 못하게 되고, 가슴이 뛰어서 아무 것도 못하게 되고, 그러다 보니 그 다음 행동에 또 실수를 하게 되고. 몇 번 이런 경험을 하다보니 내가 닥터한테 *nati* 하는 것도 사람들이 다 듣고 있는 것 같고...(중략)

편견

D 간호사

개인적인 환자와의 관계에 있어서도 쥘 그런게 있는데 환자나 보호자와 관계가 쥘 좋으면 불평을 빨리 해결해 주려고 노력하는데, 정말 많이 고통스러워하고 정말 맴기라는 것을 내가 잘 알면서도 정말 (환자나 보호자가) 짜증내고 그렇게 간호사들한테 잘 못하는 환자나 보호자들이 많거나 그러면 제 스스로도 쥘 무관심하게 있는 거 이런 것도 있는 것 같아요.

많이 그렇지요. 미안하고, 양심이 거리끼고...(말을 중단)

의사 오더에 대한 관행적인 수행

D 간호사

솔직히 저도 저 사람이 *complain*을 하면 아프구나 생각하지, 얼마나 저 사람이 찡고 있느냐는 생각은 별로 안하잖아요? 그런데 우리가 이론적으로 배웠을 때는 분명히 엄청 아픈건데 라는 생각이 들고 지금 우리가 임상에서 통증관리 해주는 거는 정말 진통제 오더 나면 시행해 주는 거 그것밖에 없는데 학교에서 배울 때는 더 많은 것을 배웠는데 그것을 써먹으려고도 하지 않고 또 그것을 해 줄 수 없다는 게 쥘 그래요.

때론 내가 섬세하게 잘 못 나서 VIP를 뺀다거나 이럴 경우에도 괜히 환자한테 책임을 돌려 버릴 때도 있지요. 그렇게 환자한테 책임전가 시키고 돌아서면 뭔가 찝찝하고 그래요.

인간존엄성 존중 결여-기계적인 태도

D 간호사

어차피 맡기니까 솔직히 닥터들도 그렇고 저희들도 그렇고(웃으면서) 이 사람이 ~~어떻게~~ 하느냐 안하느냐에 중점을 두거든요, (중략) 그러니까 거의 한달 전 쯤에는 정말 000호에 컨디션 안 좋은 사람이 세분인가 있었거든요. 그래서 거의 매 duty 나올 때마다 아직 안 가셨나(웃는다), 그러니까 정말 안 가셨나가 아니라 아직 해결 안 되었나 마 이런 식으로 얘기하게 되고, 제가 이제 4년차니까 텃터더를 하는데 제발 내가 텃터더할 때 돌아가시면 안되는데 그런 생각하면서 계속 000호 자리 넘나 보면서 자리가 어떻게 되어 있나 그것만 보게 되고 그러거든요, 그렇게 생각하다가도 이렇게 다시 생각해 보면 내가 너무나 비인간적이다 라는 그런 생각이 들고 그래요. *Expire* 환자들도 그저 *expire* 처리하는데 바빠서 얼마나 보호자들이 가슴이 아플까 하는 그런 생각이나 그런 거는 잘 없고, 빨리 치우고 빨리 (영안실로) 내려보내야 되는데 그런 생각만 들고, 정말 한 물건을 치우듯이 그런 생각으로 일을 하게 되잖아요? 그 일이 끝나고 집에 가서 생각해 보면 간호사란 직업이 그리 좋은 직업은 아니구나 라는 생각도 들고, 사람이라는 존재를 너무나 물건처럼 생각한다는 거, 점점 더 그런 생각이 더 들어가요. 간호사들은 정말 봉사직이라고 생각하는데 인제 점점 그냥 일하는 사람이라는 생각이 더 들어요. 점점 더 차가워지고(작은 목소리호 점점 고개를 떨구면서)...(말을 잊지 못함)

내가 과연 그분들을 위해 간호사로서 얼마나 진심으로 해주었던가 이런 것 말이예요. 지금도 그분 생각하면 가슴이 아파요. 때로는 부끄럽기도 하고.

F 간호사

우리 간호사들도 그래요. 내가 뭐 지금은 간호사이면서 또 호스피스를 하니까

그런지 몰라도, 간호사들도 그렇지, 내가 호스피스대상자하고 얘기를 나누고 있는데도 어떤 간호사는 왜가지고 내한테 아니면 어떤 양해를 구하는 것도 없이 그냥 왜가지고 한마디도 없이 들어와 가지고는 자기 주사 놓는다고 하더라고요. 아직 연차는 얼마 안된 거 같은데 내가 그런 거 볼 때에 내가 그냥 내 스스로 그게 충격인거야. 한가 나면서. 어떻게 저러 환자들에 대한 배려가 없는가, 물론 나도 그렇지않 환자도 내가 지금 주사 맞는 거 그것만 중요하다고 생각하는구나 이런 생각이 들고, 실제로는 이 환자는 다른 게 더 중요할 수도 있겠다라는, 특히 말기환자들에게는 말입니다. 제일 중요하게 지금 영적관리인데 그런 거에 대한 인식이 없기 때문에 진짜로 중요한 걸 놓치고 내내 다른 거 붙잡고 그러는 거야.

(중략)

유준 간호사들도 다 알잖아. 환자가 우선이라는 거 알고는 있잖아.

그런데도 말기환자에 대한 이런(영적관리) 부분에 대해서 인식을 전혀 하지 못하고 있어.

투약요류

E 간호사

pain killer 주는데 용량을 잘 몰라서 신규 때 doctor한테 오더를 받았는데 본래 그 약은 용량이 그렇게 들어가는 게 아니고 내가 너무 많이 줬던 경우였거든요.

다행히 환자한테 특별한 일이 없었지만, 그 당시에 정말 죄책감 많이 들고, 그리고 정확하게 몰랐을 때는 물어봤어야 하는데 그냥 해버렸잖아? 환자 어떻게 될까봐 한동안 굉장히 두렵고 그랬어요. 나쁜 또 이래 사고를 치는구나 하는 생각도 들고 잠도 못 자고 불안하고 그랬어요. 사실 이때는 책임자에게 보고를 해야 되잖아? 그런데 안 했지. 그래서 더 불안했지.

경제적 이유로 환자를 차별대우

우리 병원은 그 때 특히 행려환자들 택시기사들이 던져놓고 잘 가잖아? 그런데, 행려환자는 다른 병원에 안 받아주니까 일단 우리 병원에 얼른 실어놓고 간다고. 보호자 없으니까 입원수속도 잘 안되고, 그러다 보니 우리는 바빠 죽을 지

경이니 일일이 챙기지 못하고. 하여튼 보면 북쌍하긴 한데 바쁘다 보니, 의사 등이 제껴 놓으니 우리도 자연 관심밖에 두게 되고. 그래도 늘 짹짹하지. 양심이 쏠 쪼리기도 하고. 그러다 보니 그 환자를 자꾸만 피하게 되지. 간호사들이 대체로... (중략)

따라서 간호사의 고뇌는 투약오류나 소홀한 환자상태 관찰과 같은 간호사의 부주의, 또는 변화를 수용하지 못하는 고정관념이나 편견, 자기편의적 사고, 동료 간호사를 무시하는 병동 분위기, 의사지시(처방)에 대한 관행적 수행, 인간의 존엄성 존중결여와 같은 간호사의 부적절하고도 불성실한 간호로 환자의 상태를 악화시키거나 여러 가지 불이익을 초래했을 때 정서적 불균형을 경험하는 것이라고 할 수 있다.

4. 불합리한 보건의료정책과 관련하여 경제적 어려움에 처한 환자에게 최선의 치료가 어려울 때 간호사로서 상황을 바꾸어 줄 수 없음에 무기력함, 속상함, 환자가 너무 불쌍하다는 느낌, 간호사로서의 한계성 절감을 나타냈다.

지속적 통증조절장치에 대한 의료보험 급여가 제한되어 있기 때문에 경제적으로 취약한 말기 암환자의 통증조절이 부적절하여 계속 지켜봐야 하는 간호사로서는 도덕적 고뇌를 경험할 수밖에 없음을 나타냈다.

F 간호사

먼저 말기환자들, 통증 정말 심하잖아, 그런데 그 때 통증조절 위해서 여러가지 방법을 다 써보지만, 어떨 때는 보호자가 agree 안하는 경우도 많고, 정말 환자는 강절히 원하는데 말이야, 그거 시술하다가 죽으면 책임지라క్క까봐 그러는지, 돈 때문에 카는지. 사실 그 때 PCA 있잖아요? 그거 의료보험에서 2번뿐이적용 안된다카네. 그러니까 돈 없는 사람 죽으라는 거야. 그리고 선생님들도 말기되면 두손 탁 놓고 관심 안주잖아, 그러니 환자들은 가족한테도, 의류진한테도 관심밖에 인물이잖아. 환자만 북쌍하지.

정말 너무 안타깝지. 내가 해 줄 수 있는게 한계가 있잖아, 보호자한테 설명도 하고, 의류진도 만나보고 하지만 누구하나 두 손 걷고 나서는 사람도 없고. 정말 속상하고 그래.

의료보호 환자들에 대한 정책적·경제적 지원 미비로 차별대우, 입원을 꺼리거나 장기환자들의 강제 퇴원중용 상황에서 도덕적 고뇌를 경험한다고 하였다.

D 간호사

보호자들이나 환자들이 묻는 끝까지 해보고 싶다는 생각은 들잖아? 어떨 때 정말 돈이 없어서 포기하고 돌아가려고 할 때 정말 환자를 보면 다른 어떤 보조장치가 있어서 한 번 해보고 갈 수 있었으면 좋겠다는 안타까운 생각이 들 때가 많아. 정말 왜 그런 사람들이 많거든요. 돈이 없어서 애기 포기하고, 주사 같은 것도 넣지 말라 그러고 그럴 때 정말 맘 아파요.

(중략)

지금도 위암 말기 할머니 한 분이 계시거든요, 할머니는 치매가 약간 있어서 협조가 잘 안되는데 그런데 보호자분들이 너무나 모든 것을 거부하는 거예요. 꼭 해야 하는 것도 말이에요. 병원에 그러면 왜 왔는지 모를 정도로, 말하자면 돈을 아꼈려는, 집에서는 씩드니까. 정말 그거 보면 미워요. 내가 그런 (검사나 처치) 것을 해야 하는지 설명을 해야 하는데 하기도 싫어해요.

F 간호사

특히 행려환자들 택시기사들이 던져놓고 잘 가잖아? 그러데, 행려환자는 다른 병원에 안 받아주니까 일단 우리 병원에 얼른 실어놓고 간다고. 보호자 없으니깐 입원수속도 잘 안되고.....(중략)

사실 호스피스 대상자들 어려운 사람들 많거든요, 거기도(전에 근무했던 병원) 그렇고 여기도 그렇지만. 그대 사람들이 너무 어려워서 그런 사람들 볼 수 있냐고 묻더라고예, 왜 볼 수 있지. 내가 그랬지예, 사람들이 국립병원도 그렇고

다 큰 병원에는 보호환자 있으면 빼뚫어진다고 안 온다고 카는데 그게 아니라고 그랬어예.

예, 그러니까 바로 (돈을) 못 받으니까 안 받는다 이거 거라. 이번에 소아암 거기도 그 애를 위해 2억이 넘게 병원에 다녔는데도 뒤에 의료보호 되고 그러니까 응급실에서 입원을 안 시키준다캐예,

...우리 병원 이래가지고는 안된다는거라. 그러나 나는 안 그런거라. 그러니까 나보고 가난한 사람만 편든다 카는거라예, 저는 제 입장에서 그 부분에서 숨이 딱 막히는 거지. 그러니까 숨이 막히는데 나중에는 나보고 니는 하는 것마다 잘못하는 것 같다고 딱 그러는거라예, 그러니까 나보고 호스피스 봉사자 보내지 마라는 거라예, 봉사자 자꾸 보내면 (보호환자가) 퇴원 안 할라카다고. 그 때 그 부장이 나보고 자꾸 그러는거라예, 그래서 제가 그때 진짜 그냥 가만있으면 안 되겠다 싶더라고예. 이거 내가 지금 호스피스를 하고 있고, 봉사자도 그렇고 우리가 왜 여기 있는데...(말을 잠시 중단)

처음에는 항당하고 속상했지.

그 때 그러데예. 사실 그 때 몇년 된 사람들 몇명 있었거든요. 이런 사람들 퇴원시켜야 된다고, 이런 사람들 두면 병원이 안된다고, 돈도 못 벌이고 그러다고 무조건 퇴원시키라고 그러고 안 시킨다고 고함지르고 계속 그랬어예, 그래서 내가 다른 과장들도 그러고 하여튼 그때 내가 뭐라고 했냐하면 뭐든지 자연스럽게 해야지 억지로 하면 일어나는데 그랬어예.

내가 뭐든지 얘기를 해 가지고 그 사람들(오래된 의료보호 환자들)이 이렇게 생각을 해보고 가야되겠다 싶으면 갈건데 안 그러고 지금 갈 때도 없고 여기 병원 아니면 생활이 안 되는 사람들을 어디로 퇴원시키겠냐고. 정말 이러면 일 나는데 그랬는데 그 다음에 완전히 인터넷 뜨고 그랬다 아입니까. 그 보호자가 완전히 들고 일어났는거라. 그래 결국에는 그래 되는 거라. 그래 내가 항참 지나고 생각해보니 내가 그 때 정말 힘이 쭉 들터래도 그래, 부장님 그거는 안되고 이렇

게 저렇게 정식으로 왜 이야기를 못 했을까 하는 후회도 되더라고요. 사실 내가 무언으로는 했지. 그러니까 내가 눈에 가지지.

따라서 간호사의 도덕적 고뇌는 경제적 어려움에 처한 환자들이 정책적·경제적 지원을 제대로 받을 수 없어 최선의 치료적 혜택을 받지 못하거나 차별대우를 받게 될 때 간호사로서 상황을 변화시켜 줄 수 없음으로 인해 경험하는 정서적 불균형이라고 할 수 있다.

2. 개방형 질문지법

본 연구의 개념 특성상 심층면담을 통하여 충분히 끌어낼 수 없는 요소들이 있다고 판단하여 다양한 임상배경을 가지고 있는 간호사 39명을 대상으로 “간호사로서 임상에서 도덕적 고뇌(윤리적 어려움)에 맞닥뜨린 경험을 서술해 보시오. 그리고 그 때 어떻게 대처하였으며 당시 느꼈던 감정 혹은 느낌들에 대해서도 서술해 보시오”라는 질문을 던진 후 A4용지에 정리하도록 하였다. 그 결과 오히려 연구 초반에 생각하였던 것과는 달리 종합병원에서 근무하는 간호사들보다 오히려 규모가 작은 병원에 근무하는 간호사들이 도덕적 문제를 내포한 간호상황에서 도덕적 고뇌를 더 많이 경험하고 있음을 알 수 있었다. 따라서 본 연구에서는 현장 연구 결과 분석은 심층면담 내용과 개방형 질문지에 대한 응답내용을 모두 분석하기로 하였다. 제출된 39명의 61개의 사례 중 연구목적에 부적합하다고 판단되는 15사례는 제외시키고 총 46개 사례를 분석한 결과는 다음과 같다.

사례 제시

1. 인간의 존엄성, 생명 존중이 무시되는 간호상황에서 전문직 간호사로서 환자를 위해 적극적인 옹호자로서의 역할 및 환자를 위해 끝까지 최선을 다해야 한다는 가치신념이 실행에 옮겨지지 못하고 상황을 변화시킬 수 없을 때 간호직에 대한 회의감, 죄책감, 환자나 보호자에게 미안함, 무기력함을 나타냈다.

1) 임신중절과 관련된 문제

간호사로서 생명의 존엄성에 대해 고려하지 못한 무책임함, 쉽게 해결하려는 편의주의, 아무런 도움을 주지 못하고 저만 부추기고 말았다는 자책감에 오랫동안 안 시달렸다.

정말 초음파 검사결과 언청이 진단을 받은 20주된 태아를 원장의 분만 권유에도 불구하고 입부타 친정 어머니의 강력한 요구로 임신중절을 하게 됨. 그 이유는 다른 친척들이 앞까타 두려워서, 그들의 입에 오르내리는 것이 싫어서였다.

임신중절 수술을 기다리면서 아무렇지도 않은 듯 웃고 떠드는 모습을 보면서 생명의 존엄성이 무시하는 그들의 태도를 도저히 이해할 수 없었고 이런 현실을 보고 있을 수밖에 없는 자신의 존재가 싫었다

결혼 후 고대근무가 싫어서 50대 여자의사가 운영하는 개인 산부인과에 취업하였는데 첫 날 근무부터 계속되는 인공유산 시술을 도맡아주는 업무였는데 의사의 사전 질문도 설명도 없이 기계적으로 행해지는 상황 속에서 자신의 종교적 신념은 물론 평소의 가치관과도 맞지 않아 고민하다 첫날로 그만두었다. 좀 더 의사에게 잘못된 점을 따지지 못했던 것이 너무나 안타까웠다.

태아 염색체 검사결과 다운증후군이라는 진단을 받고 임신 5개월에 의도적 유도분만 후에 아무런 조치없이 포에 싸서 어두운 곳에 방치하였는데 간호사로서 아무런 저항도 없이 묵묵히 따랐지만 살인 동조자라는 느낌을 지울 수 없었다.

2) 기형아치료에 대한 보호자의 포기

심한 기형아를 분만한 후 아기 면회는 물론 양육조차 거부하고 모든 책임을 병원 측에 전가시키려던 부모는 아이의 퇴원을 거부하여 10개월 동안 신생아실에서 키우다 사회복지시설로 퇴원하게 되었다. 아기를 위해 끝까지 부모를 설득시킬 수 없는 상황에서 간호사로서 분노를 느꼈다.

심한 기형아의 치유여부를 두고 아이의 아버지와 할아버지가 갈등을 일으키는 가운데 의사의 태도도 너무나 소극적인데 한가 님고, 한아에게 치선을 다해야 한다는 간호사로서의 신념과 한아와 아버지를 적극적으로 옹호해 주지 못하고 그저 상황만 지켜볼 수밖에 없어서 너무나 안타까웠다.

3) 생명연장치료 중단

뇌수술 환자의 상태가 악화되자 생명연장 치유중단에 대한 윤리적 사전동의 절차를 밟지 않는 상황에서 분명히 윤리적으로 그러다는 것을 알면서도 간호사로서 자신있게 자기주장을 할 수 없었음에 무기력함을 느끼고 보호자나 환자에게 미안함과 죄책감을 느꼈다.

회복불능의 뇌손상 환자의 생명연장 치유중단 상황에서 실제 사실과 다르게 간호기록을 해 달라는 의뢰인의 요구를 받았을 때 상위조직인 간호부에서조차 명확한 지침을 내려주지 못하는 상황에서 그대로 오더를 따를 수밖에 없고 그때 너무나 당혹스럽고 간호직에 대한 회의감이 들고 안타깝기만 하다.

중환자실에서 회복이 불가능한 환자의 생명연장 치유중재를 지켜보면서 의뢰인은 환자에게 마지막 순간까지 치선을 다해야 한다는 평소의 생각사이에서 극도의 혼란스러움과 갈등을 겪게 되었다.

응급실에 실려온 심한 뇌출혈 환자가 이송된 지 이틀째 실제상황과 다른 간호 기록을 요구하는 의사 앞에서 난감해졌다. 환자의 마지막 순간까지 치선을 다해야 한다는 평소의 생각사이에서 혼란스러움을 느꼈고, 의사는 오더를 내리지만 실제 행위는 간호사가 하게 됨으로써 환자에게 직접 해를 끼치는 것은 간호사인 내가 아닌가 하는 생각에 이르자 갑자기 무서워지고 혹시 환자가 내 마음을 알았을까 하는 생각이 들었다. 내 자신이 부끄러웠고 다시는 그렇게 하지 않아야겠다고 결심했다.

4) 의학적으로 회복이 불가능한 환자에 대한 보호자의 포기

장기간 인공호흡기에 의존해 있던 환자가 경제적 부담을 이유로 가족들의 요구에 의해 퇴원조치를 하게 되었다. 퇴원하면 죽는 줄 뻔히 알면서도 그렇게 밖에 할 수 없는 현실에 너무나 안타까웠고 환자가 북받쳤다.

응급실에 나이 많은 환자가 실려 왔을 때 가족들의 요구로 CPR을 시행하지도 않고 아무 조치없이 환자가 죽기만을 기다리고 있었는데 마지막 순간까지 환자를 위해 최선을 다해야 한다는 평소의 생각과 달리 간호사로서 아무 것도 해 줄 수 없는 상황에서 막막함을 느꼈다.

따라서 간호사의 도덕적 고뇌는 인간의 존엄성, 생명 존중이 무시되는 상황, 즉 임신중절, 기형아 치료포기, 생명연장치료 중단, 경제적 부담 혹은 노인이라는 이유로 환자에 대한 보호자의 치료포기와 같은 상황에서 전문직 간호사로서 환자를 위해 적극적인 옹호자의 역할을 할 수 없거나 환자에게 끝까지 최선을 다해야 한다는 평소의 가치신념을 실행에 옮길 수 없고 상황을 변화시킬 수 없거나 묵인하게 될 때 경험하는 정신적, 정서적 불균형 상태라고 할 수 있다.

2. 말기환자의 치료 및 간호중재 상황에서 환자의 알 권리가 보호자나 의료진의 요구에 의해 무시될 때 평소 환자의 알 권리를 지켜 주어야 한다는 간호사의 신념과 마찰을 일으킴에도 불구하고 그저 상황에 따라야만 할 때 가치관의 혼란과 심적 갈등을 나타냈다.

소생가능성이 없는 뇌수술 환자의 예후에 대해 보호자들이 질문하게 될 경우 사실 그대로 설명해 주어야 한다고 알고 있으면서도 사실대로 말하면 보호자의 희망을 무너뜨리게 되고 혹시 환자를 포기하지 않을까 하는 생각에 의사도 사실대로 설명하지 못하고 간호사인 나는 적당히 얼버무리거나 대담을 피하게 될 때 심적 갈등이 너무나 심하다.

평소 환자의 알 권리를 존중해 주어야 한다는 생각과는 달리 영문도 모르는 대장암 환자에게 보호자의 요구에 따라 진실을 숨긴 채 그저 지켜보아야만 하는 사실이 너무나 안타깝다.

시한부 말기 환자에게 진실을 말해 주지 않는 의료진과 보호자 사이에서 간호사인 본인도 어쩔 수 없이 따라야 하는 상황에서 평소 환자의 알 권리를 존중해야함을 주장하는 사람으로서 가치관의 혼란을 겪고 환자를 보면 마음이 아팠다.

너무 자주 진통제를 요구하는 말기 암환자에게 생리식염수나 증류수를 이용한 placebo(위약)를 주사하면서 아무 것도 모르는 환자를 보고 마음이 너무 아프고 미안했다.

따라서 간호사의 고뇌는 말기환자의 치료 및 간호중재에 있어 환자의 알 권리를 지켜 주어야 한다는 평소 간호사의 신념이 보호자나 의료진의 반대에 부딪혀 실행에 옮길 수 없고 상황을 그저 받아들여야만 할 때 느끼게 되는 부정적 정서라고 할 수 있다.

3. 의사의 부적절 진료행위로 환자를 위하여 최선의 이익을 도모할 수 없거나 환자에게 불이익을 초래하게 될 때 간호사로서의 자기주장, 환자를 위한 옹호자로서의 역할을 하지 못하고 상황을 묵인 혹은 옹호지 못한 행위에 참여하게 될 때 죄책감, 화가 남, 무기력함, 환자나 보호자에게 미안함 등을 나타냈다.

1) 의사의 지시(오더)에 대한 의문

정신과 병동에서 행려환자라는 이유로 증상이 악화된 상황에서도 환자인 할머니에게 어떠한 조치도 하지 말라는 의사의 지시에 아무 것도 해 줄 수 없었던 자신이 너무 무력하다고 생각되었고 환자를 위해 최선을 다하지 못한 것에 대해 갈등을 겪게 되었다.

인준 대개의 산부인과에서 복인 클리닉에 많은 관심을 갖고 있는데 38세된 이 부인은 8년 전 임신중절 이후로 임신이 되지 않아 우리 산부인과에 다니는데 4번째 시험관 아기 실패 후 우리병원의 기계나 복인에 대한 기술보다는 복인 전문 병원이 더 나올 것 같은데도 그 환자는 계속 우리 병원을 찾아온다. 사실인 즉 우리병원 그 부인에게 꼭 필요한 9899 시술 기계(난자 내 정자를 주입하는)가 없으면서도 다시 환자에게 시험관 아기 시술을 권하고 있는 원장님을 이해할 수가 없다. 나는 이런 상황 속에서 환자에게 진실을 말해 주어야 한다고 생각하는데 내 선에서는 어떻게 할 수 없어 너무나 갈등에 휩싸인다.

시간 오지에서 급성 간기능 부전 환자(남/48세)인 농부가 복수가 가득 찬 상황에서 가쁜 숨을 몰아쉬며 중환자실 병실이 없어 신경외과 병동에 입원하게 되었는데 닥터 오더지는 입원오더 밖에 없는 상황에서 갑자기 복부에 심한 통증을 호소하여 땀덩 과장이 급하게 복수 천자를 시행하였으나 몇 번의 실패 끝에 억지로 검사물을 채취하고 몇 가지 주사처방을 내고 바쁘다며 가버렸다. 통증이 계속된 가운데 환자는 의식을 잃었고 힘진하다 늦게 도착한 땀덩과장은 급히 기관지 삽관술을 하고 중환자실로 옮겼으나 곧 사망하였다. 사고가 나자 과장은 어이없게 간호기록지를 뒤지며 성의없이 간호했다는 듯 간호사에게 책임전가를 하려 들고 도리어 항을 내었다. 이 때 정말 율화가 치명었고 항이 났다.

혈액 투석실에서 만성신부전 환자를 매번 쳐다보지도 않고 반복오더만 내리는 의사의 환자에 대한 비인격적 태도에 대해 항이 났다.

2) 의사의 비협조적인 태도

신중 때 중환자실에서 환자의 상황이 악화되어 당직의를 수차례 호출하였으나 최악의 상황에서 나타날 의사는 보호자 앞에서 차트를 집어 던지며 “왜 연락을 안했어”라며 험한 소리를 내뱉었고 다음날 의사실에서 불려 들어가 한마디 항변도 못하고 억울하게 야당과 목욕을 들어야 했다. 그런데 그 의사 왠 “어차피 그 환자는 죽을 환자였어...” 그리고 기억하기를 그 의사는 그날 숙넨새를 풍기고

있었다. 환자의 마지막 순간까지 최선을 다하기는 커녕 간호사에게 비인격적인 태도로 대하는 의사의 태도, 간호사로서 존중받지 못하고 인정받지 못함에 대해 억울함과 찡땀함, 씁쓸함은 아직도 잊혀지지 않고 생생하게 기억된다.

검사 결과에 대해 환자에게 늘 건성으로 설명을 하는 의사로 인해 어떤 환자가 자신의 건강상태에 대해 제대로 알지 못하여 회사에서 복이익을 당하게 되었는데 그 이후에도 변하지 않는 의사의 태도에 너무 화가 난다.

3) 의사의 불성실한 태도

함께 일하는 의사의 실수를 눈감아 주는 경우가 가끔 있는데 한번은 수술하다 장기 연결관을 잘라버렸다는 것이다. 그래서 수술하다 큰 병원으로 옮기는데 병원 측의 설명인 즉, 환자의 해부학적 구조 탓으로 돌리는 것이다. 이런 그릇된 상황에 부딪칠 때 간호사로서 병원 측에서 있으면서도 상당히 갈등이 심하고 양심적으로 찝찝함을 느낀다.

의사의 시술능력 부족으로 기흉을 자주 만드는 의사의 경우 환자를 중환자실에 보내는 경우를 만들어 놓고도 힘들어하는 환자만 가족들과는 달리 막상 그러한 결과를 초래할 의사는 아무렇지도 않게 흔히 있을 수 있는 일로 여기는 의사의 안이한 태도에 화가 나고 그러한 사실들을 알고서도 환자를 옹호하기 위한 항변을 하지 못하는 간호사로서의 무기력함을 느낀다.

뇌손상 환자의 수액 주입경로를 확보하기 위하여 EBP 카테터 삽입술을 하는 과정에서 이미 환자는 여러 번의 시술로 어려움을 겪고 있었기 때문에 노련한 전공의가 해야 함에도 불구하고 망류를 뿌리치고 1년차 전공의가 끝까지 고집스럽게 시도하다 기흉과 혈흉을 유발시켜 결국 흉강 상관술을 하기에 이르렀다. 이에 주치의는 보호자에게 흔히 볼 수 있는 합병증이라고 설명하고 시술 동의서를 받았는데 간호사의 조언을 무시하는 의사의 태도에 화가 나고 환자나 보호자 보기에 너무나 미안했다'

따라서 간호사의 도덕적 고뇌는 의사의 부적절 진료행위, 즉 의사의 지시(오더)에 대한 의문, 의사의 비협조적인 태도, 의사의 불성실한 태도 등으로 환자를 위하여 최선의 이익을 도모할 수 없거나 환자에게 불이익을 초래하게 될 때 간호사로서의 자기주장을 할 수 없을 뿐만 아니라 함께 일하는 동료로서 존중받지 못하고, 환자를 위한 옹호자로서의 역할을 할 수 없거나 상황을 묵인 혹은 옹호할 수 없는 행위에 참여하게 될 때 경험하는 정신적인 불균형 상태라고 할 수 있다.

4. 원칙에 어긋난 간호행위로 인하여 환자에게 해가 됨은 물론 사실 그대로 정직하게 보고하지 않음으로 인해 죄책감, 환자에게 미안함, 양심의 가책을 느낀다고 했다.

병실에서 잦은 투약오류나 처방오류에 대해서 환자 또는 보호자가 알기 전에는 의도적으로 이 사실을 숨겼고, 이로 인해 심각한 상황이 발생했을 때는 어쩔 수 없이 거짓으로 상황을 설명한다. 이런 경우 심한 죄책감을 느꼈다.

demerol을 주려는 바쁜 선배의 말만 듣고 오더를 확인하지도 않고 선배 담당의 심근경색증 환자에게 morphine 대신 demerol을 주입한 후 쓰고 남은 마약을 약국에 되돌려 주는 과정에서 투약오류인 것을 확인하고는 시치미를 떼고 있는 선배에게 따지지도 못하고 억울하기도 했지만 환자에게 죄책감이 들었다.

ADP환자에게 투약 실수를 하고도 상급자에게 보고도 하지 않고 노심초사하면서 무서웠고 죽을 맛이었다.

신규 때 투약오류 번하고 보고도 하지 않고 너무 무섭고 두려웠다. 환자에게 너무나 미안하고 죄송스러웠다. 일주일간 복면에 시달리고 출근하기 싫었다.

환자의 치룬에 아주 중요한 고가의 약제가 맥스틴 수액병을 깨뜨림으로써 치룬약제를 맥스틴이 아닌 수액을 맥스틴 것처럼 표기하고 주입했다. 수간호사에게 보고하자니 분위기가 현악해질 것 같고 그냥 넘어가자니 환자에게 적절한 치룬가

되지 않는다는 생각에 두근두근 마음에 걸리고 너무나 미안한 마음이 들었다.

투약오류를 번하고 동료들끼리 보고하지 않기란 하고 비밀로 하자고 했는데 양심이 찢겼다.

백근무 때 동료간호사가 알콜을 생리식염수로 잘못 알고 방광세척을 하는 실수를 번했다. 사희복지시설의 무의탁 환자로서 하반신이 마비인 환자는 통증도 느끼지 못하고 동료를 비명을 지며 달라고 요청했다. 마치 내가 저를 저지른 것 같은 느낌이 들었고 아무 것도 모르는 환자에게 양심의 가책을 느꼈다. 며칠 뒤 환자를 위한 마음에 동료의 요구를 접어두고 간호과장 주치의에게 보고하여 두 달 정도 후 알코올로 인한 후유증이 다 치유되었고 동료와의 관계도 회복되었다.

인공 도뇨관 삽입시 번히 알면서도 무균술을 제대로 지키지 않은 것에 대해 바빠서 어쩔 수 없었노라고 변명하지만 양심상 늘 꺼겁칙하다.

근무 중 동료 간호사가 감염에 이환되었음을 알았는데 이런 경우 상부에 보고해야 함에도 불구하고 괴로워하는 동료를 보며 원칙대로 할 수 없었다. 왜냐하면 동료는 가정의 경제를 부담해야 하는 가장의 역할을 하고 있어서 휴직을 할 형편이 못되었다. 너무나 혼란스럽고 갈등을 겪게 되었다.

따라서 간호사의 도덕적 고뇌는 원칙에 어긋난 간호행위, 즉 투약오류, 간호 처치시 부주의, 간호사의 질환 이환 상태 등을 정직하게 보고하지 않음으로 인해 환자에게 위험하고도 해가 되는 상황을 초래함은 물론 동료 간의 갈등으로 간호사가 정신적·정서적인 불균형 상태를 경험하게 되는 것이라고 할 수 있다.

5. 소외계층의 과중한 경제적 부담이 인간으로서 누려야 할 권리도 보장받지 못하게 할 뿐만 아니라 자신에게 주어진 현실을 그대로 받아들일 수밖에 없는 간호대상자들을 접하게 될 때 간호사로서 그들에게 힘이 되어주지 못함을 인지하게

되면서 환자들이 불쌍하고 너무나 안타깝게 여겨졌다.

시립병원의 유류 병동에서 10년 이상 폐결핵으로 장기 투병한 환자가 백방으로 뛰어봤지만 만족할 해결책이 없어 상태가 악화될 것을 뻔히 알면서도 퇴원을 결정하기에 이르렀다. 경제적으로 아무리 어려워도 부모형제가 생존해 있으면 1종 보호혜택을 받기가 너무나 어렵기 때문에 가족으로서도 어쩔 수 없었다. 그리고 얼마 후 환자의 사망소식을 전해 듣고 너무나 가슴 아프고 오랫동안 슬픔에 잠길 수밖에 없었다.

병원의 특성상 사회복지시설에 거주하는 환자가 많은데 고가약은 쓸 엄두도 못 내는데 환자의 치료상 꼭 찍어야 하는 고가의 검사(CT, MRI)도 시설의 허락이 없어서 하지 못 할 경우에 환자가 너무 안됐다는 생각이 들고 그러한 현실이 안타깝다.

복지시설에 거주하는 노인환자의 경우 대퇴골절로 수술서약서를 받으려고 보호자에게 연락하면 수술을 거부하는 경우가 허다하다. 수술만 하면 얼마간은 보행이 가능하데 나이 많은 노인이라고 보호자들이 거부하여 침상에서만 누워지내야 하는 상황에서 너무 속상하고 안타까운 마음이 든다.

과격할 정신과 환자를 한보사가 격리실로 과도하게 밀어 넣으려다 환자의 인대파열이 있었는데 그 상황을 일부러 모른 채하는 동원간호사와 한보사의 거짓 진술로 환자의 주장은 무시되고, 나이 많은 환자의 노모는 아무런 항변도 못하고 사건의 진실이 은폐된 적이 있었다. 정직하지 못한 동원들의 태도에 너무나 큰 갈등을 겪었지만 드러낼 수도 없었다. 환자와 보호자가 너무 불쌍하다는 생각이 아팠다.

따라서 간호사의 도덕적 고뇌는 자신들이 돌보는 소외계층인 간호대상자, 즉 복지시설에 거주하는 노인환자, 정신질환자 등이 경제적·정책적 지지 부재 혹은

인간 존엄성의 권리 박탈 등으로 불이익을 당하게 될 때 그들을 위해 적극적인 옹호자로서의 역할을 할 수 없고 상황을 받아들일 수밖에 없음에 정신적, 정서적 불균형을 경험하는 것을 말한다.

6. 불합리한 조직 행정으로 인하여 환자에게 최선을 다하지 못하고 규정을 어기는 조직의 행정에 맞대응하기에는 응집력 부족, 힘의 부족을 느끼며 간호사로서의 회의감을 나타내고 결국 이직을 할 수밖에 없는 결과를 초래하게 되었다.

1) 간호인력부족

해야 할 일은 많은데 인력은 부족하고 환자들의 요구는 넘쳐나고 그래서 번히 알면서도 환자나 보호자에게 그 요구를 채워주지 못하여 과연 내가 환자를 위하여 존재하는 것인지 아니면 일을 위해서 존재하는 것인지 간호직에 대해 회의감이 생기고 정말 힘이 든다.

2) 조직 행정과의 마찰

간호학원(간호조무사 양성기관)에 강사로 근무할 당시, 본래 학원 규정상 종합병원 4개월을 실습하게 되어있는데 원칙대로 행정이 이루어져 지지 않고 예외적인 부분이 많이 있다는 것을 뒤늦게 알게 되었다. 학원장이 학생실습 배치를 인의로 조작하여 아르바이트 조건으로 개인의원에 보내게 되는데 가정형편이 어려워 상급학교 진학도 포기하고 조무사가 되기 위해 수감하게 된 학생이 실습기관에서 성폭력을 당하게 되었는데 이 사건으로 학원측과 학원강사들(대부분 9.11) 간에 의견대립이 시작되었고 이 사건은 더 크게 비화시키지도 못하고 학생만 상처를 안고 떠났다. 그 때 간호사의 힘으로 맞서 싸우지도 못하고 비윤리적이고 부당한 행위를 묵과해야 하는 자신의 처지에 갈등과 실망감을 느꼈고 함께 힘을 모으던 직장동료들과 함께 사직서를 제출하게 되었다. 학생에 대한 적책감이 너무 컸고 오래갔다.

따라서 간호사의 도덕적 고뇌는 인력부족에서 오는 과중한 업무부담으로 환자나 보호자의 요구를 알면서도 무시하게 되고, 또한 잘못된 조직의 행정과 맞서 싸

우기에는 간호사의 역부족을 느끼면서 강한 부정적 정서를 경험하고 또한 행동의 변화를 가져오게 하는 것이라고 할 수 있다.

이상의 현장연구 분석단계에서 나타난 속성을 살펴보면, 이론적 연구단계에서 확인된 4개 상위영역 즉, 상황적 영역, 인지적 영역, 행동적 영역, 정서적 영역으로 동일하게 확인이 되었고, 하위 영역에서는 차이를 나타냈다.

이론적 연구단계와 현장연구 단계에서 나타난 간호사의 도덕적 고뇌 속성에 대한 비교 분석한 결과는 <표 3> 과 같다.

〈표 3〉 이론적 연구단계와 현장연구 단계에서 나타난 간호사의 도덕적 고뇌 속성의 비교

주요 영역	이론적 연구단계	현장 연구단계
상 황 적 영 역	하위 영역	하위 영역
	부 적 정 진 료 행 위	부 적 정 간 호 행 위
	<ul style="list-style-type: none"> · 생명연장 치료 중재시 의사의 오더에 따라야만 하는 경우 · 말기환자혹은 임종환아에 대한 고도의 침습적인 치료 중재시 의사의 지시에 따라야 할 경우 · 위기 치료팀과의 협조체제가 전문직간의 견해차이로 실패할 경우 · 회복불능의 심한 기형아에 대한 과도한 치료중재시 의사의 지시에 따라야 할 경우 	<ul style="list-style-type: none"> · 윤리적 절차 무시한 의사의 임의적 생명연장 치료 중단 · 말기 환자들에 대한 의사들의 무관심과 소홀한 대응 · 환자나 보호자의 의견이 배제된 일방적인 의사주도의 임종을 맞이함 · 의사들의 실제 의료행위와 다른 간호기록 요구 · 환자들의 통증에 의사들의 무성의한 대응 · 의사의 눈가림식 드레싱 · 환자상태에 대한 간호사들의 조언을 무시하는 의사들의 태도 · 간호사들에게 언어적 폭력 휘두르는 의사들의 태도 · 환자와 보호자에게 성실한 답변을 해 주지 않는 의사들의 태도 · 환자나 보호자의 사전 동의 절차 무시한 연구 목적의 검사나 시술 시행 · 의사의 의문스러운 지시(처방) · 의사의 불성실한 태도 · 의사의 비협조적인 태도 · 기형아 치료에 대한 소극적인 의료진의 태도
	<ul style="list-style-type: none"> · 전문직으로서의 개인의 책임감과 의무를 다하지 못했을 때 · 환자에게 최선을 다하지 못한 경우 · 환자를 기만하는 행위(위약) 	<ul style="list-style-type: none"> · 바빠서 알면서도 환자의 요구 무시하게 됨 · 바빠서 환자상태의 관찰이 소홀하여 위급상황을 초래 · 고정관념이나 편견으로 환자를 위한 변화시도를 싫어하는 간호사들의 태도 · 상급간호사가 하급간호사를 무시하는 병동 분위기 · 간호사 편의를 위해 과도한 억제제 사용 · 투약오류가 발생했을 때 보고의무 기피 · 경제적이유로 환자에 대한 차별대우 · 간호사고 발생시 진실 은폐

주요 영역	이론적 연구단계	현장 연구단계
상 황 적 요 인	하위 영역	하위 영역
	<p>과중한 경제적 부담</p> <ul style="list-style-type: none"> · 증대된 의료수가로 인한 경제적인 부담 	<ul style="list-style-type: none"> · 의료보험 급여제한으로 경제적으로 취약한 말기 암환자들의 비효율적인 통증조절 · 불합리한 의료보호 환자 지정조건으로 취약 계층의 치료포기 · 노인이라는 이유로 보호자의 적극적인 치료 포기 및 거부 · 시설측과 연고자들의 요구로 사회복지 시설 노인환자에 대한 고가의 검사 및 치료 포기 · 경제적 부담으로 인한 보호자의 치료중단 결정
인 지 적 영 역	<p>불합리한 조직행정</p> <ul style="list-style-type: none"> · DRG관련 입원기간 단축 	<ul style="list-style-type: none"> · 간호인력 부족으로 과중한 업무부담 · 환자수 감소로 원치 않는 휴가나 타병동 지원근무 · 전문간호사에 대한 의사, 동료 간호사, 상급 행정자의 지지 부족 · 의료보호 환자에게 대한 차별대우, 입원을 꺼리거나 강제 퇴원 중용
	<p>내적 제약</p> <ul style="list-style-type: none"> · 용기부족 · 의사지시(처방)에 대한 관행적인 수행 · 감정표현의 부자유스러움 · 도덕적 통합성의 결여 · 자기의심 · 실직에의 두려움 · 과거 자신이 취했던 행동의 무익함 인지 · 기관이나 행정적 지지 내에서 그들의 영향력이나 가치에 대한 인지 	<ul style="list-style-type: none"> · 용기부족 · 의사지시(처방)에 대한 관행적 수행 · 자기주장(자기표현)의 어려움 · 도덕적 통합성의 결여 · 간호사 개인의 종교적 신념의 차이 · 의사의 지시(처방)를 따라야 함과 동시에 환자에게 최선을 다해야 하는 직업상 간호사로서의 책임과 의무간 갈등 · 타성에 젖게 됨 (시간이 흐름에 따라 무디어짐) · 의사와 간호사의 환자상태에 대한 견해 차이 · 자기 합리화 · 게으름

주요 영역	이론적 연구단계		현장 연구단계
인지적 영역	하위 영역		하위 영역
	외적 제약	<ul style="list-style-type: none"> · 의사의 비협조 · 불합리한 조직 행정 · 동료간호사간 가치관의 차이 · 의사결정권의 부족 · 부적절한 인사관리 · 법(소송위협), 힘의 부족이나 · 과중한 업무부담 · 상위조직의 지지결여 · 근무단위 및 간호업무형태 	<ul style="list-style-type: none"> · 의사의 비협조 · 불합리한 조직행정 · 동료 간호사간 가치관의 차이 · 간호조직의 힘의 부족 · 의사결정권 부족 · 부적절한 인사관리 · 보호자의 비협조 · 보건의료 정책부진
행동적 영역	부정적	<ul style="list-style-type: none"> · 수용 · 후회 	<ul style="list-style-type: none"> · 회피 · 묵인 · 마찰 · 새로운 전략도모
	행동반응	<ul style="list-style-type: none"> · 초기대응 실패 후 새로운 전략도모 · 이직 고려 	<ul style="list-style-type: none"> · 이직
정서적 영역	부정적 정서반응	<ul style="list-style-type: none"> · 분노 · 좌절 · 죄책감 · 울음 · 우울 · 악몽 · 고통 · 무가치함 · 무관심 · 무력감 · 소진 · 위축 · 갈등(변민) · 적개심 	<ul style="list-style-type: none"> · 화가 남 · 속상함 · 죄책감 · 갈등 · 안타까움 · 간호사로서의 한계절감 · 양심의 가책 · 환자나 보호자에게 미안함 · 환자를 보면 마음이 아픔 · 두려움 · 불안 · 혼란스러움 · 간호직에 대한 회의감 · 답답함 · 실망스러움 · 짐차 무디어짐

C. 최종 분석된 간호사의 도덕적 고뇌의 통합속성 확인

이론적 연구단계에서의 개념과 현장 연구단계에서의 간호사의 도덕적 고뇌 개념의 비교 분석한 결과 현장연구 단계에서 실시된 심층면담법과 개방 질문지법을 통한 자료 분석에서 간호사의 도덕적 고뇌의 속성은 이론적 연구단계에서 나타난 4개의 상위영역, 즉 상황적 영역, 인지적 영역, 정서적 영역, 행동적 영역 구분에는 차이를 보이지 않았으나 하위 영역에서는 차이를 보였다. 특히 상황적 영역에서 보다 다양해진 이유는 선행연구에서의 제한된 영역에서의 연구대상자를 통한 자료수집에 비해 본 연구에서는 다양한 임상영역의 간호사를 대상으로 풍부한 자료를 얻을 수 있었기 때문이라고 사료된다. 인지적 영역과 행동적 영역은 이론적 단계와 별 차이를 보이지 않았으나 정서적 영역에서는 차이를 보였다. 이는 선행연구가 모두 국외의 경우로서 우리나라와는 다른 사회·문화적인 차이에서 오는 결과라고 사료된다. 따라서 최종분석의 단계에서는 본 연구가 우리나라 간호상황에서의 도덕적 고뇌 개념을 밝히고자 하는 것임으로 현장연구단계의 결과에 많은 비중을 두었다.

다음은 최종 분석된 간호사의 도덕적 고뇌 속성에 관한 결과이다.

〈표 4〉 간호사의 도덕적 고뇌 속성의 최종분석 단계

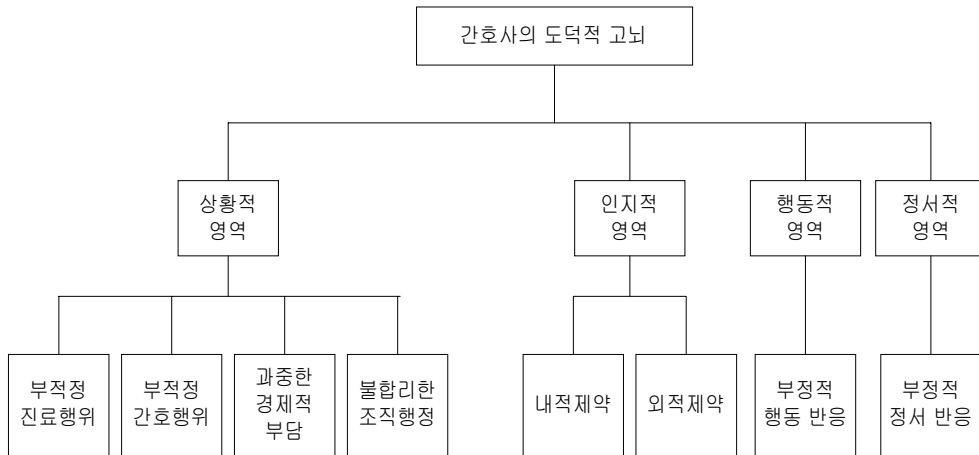
주요 영역	최종분석 단계	
	하위 영역	
상황적 영역	부적정	<ul style="list-style-type: none"> · 윤리적 절차 무시한 의사의 임의적 생명연장치료 중단 · 실제 의료행위와 다른 간호기록 요구 · 환자들의 통증에 의사들의 무성의한 대응 · 의사의 눈가림식 드레싱 · 환자상태에 대한 간호사들의 조언을 무시하는 의사들의 태도 · 간호사들에게 언어적 폭력 휘두르는 의사들의 태도 · 말기 환자들에 대한 의사들의 무관심과 소홀한 대응
	진료행위	<ul style="list-style-type: none"> · 환자나 보호자의 의견이 배제된 일방적인 의사주도의 임종을 맞이함 · 환자와 보호자에게 성실한 답변을 해 주지 않는 의사들의 태도 · 환자나 보호자의 사전 동의 절차 무시한 연구목적의 검사나 시술 시행 · 기형아 치료에 대한 소극적인 의료진의 태도 · 의사의 의문스러운 지시(처방) · 의사의 불성실한 태도 · 의사의 비협조적인 태도
	부적정 간호행위	<ul style="list-style-type: none"> · 바빠서 알면서도 환자의 요구 무시하게 됨 · 바빠서 환자상태의 관찰이 소홀하여 위급상황을 초래 · 고정관념이나 편견으로 환자를 위한 변화시도를 싫어하는 간호사들의 태도 · 상급간호사가 하급간호사를 무시하는 병동 분위기 · 간호사 편의를 위해 과도한 억제대 사용 · 투약오류가 발생했을 때 보고의무 기피 · 경제적 이유로 환자에 대한 차별대우 · 정신과 병동 환자에 대한 사고 발생시 진실 은폐
	과중한 경제적 부담	<ul style="list-style-type: none"> · 의료보험 급여제한으로 경제적으로 취약한 말기 암환자들의 비효율적인 통증 조절 · 불합리한 의료보호 환자 지정조건으로 취약계층의 치료포기 · 노인이라는 이유로 보호자의 적극적인 치료포기 및 거부 · 시설측과 연고자들의 요구로 사회복지 시설 노인환자에 대한 고가의 검사 및 치료 포기 · 경제적 부담으로 인한 보호자의 치료중단 결정
조직의 제약	<ul style="list-style-type: none"> · 간호인력 부족으로 과중한 업무부담 · 환자수 감소로 원치 않는 휴가나 타병동 지원근무 · 전문간호사에 대한 의사, 동료 간호사, 상급행정자의 지지 부족 · 의료보호 환자들에 대한 차별대우, 입원을 꺼리거나 강제 퇴원 중용 	

주요 영역	최종분석 단계	
	하위 영역	
내적인 지지 영역	내적 제약	<ul style="list-style-type: none"> 간호사 개인의 종교적 신념의 차이 의사의 오더를 따라야 함과 동시에 환자에게 최선을 다해야 하는 직업상 간호사로서의 책임과 의무간 갈등 용기부족 자기주장(자기표현)의 어려움 타성에 젖게 됨(시간이 흐름에 따라 무디어짐) 의사와 간호사의 환자상태에 대한 견해 차이 도덕적 통합성의 결여 자기 합리화 의사지시(처방)에 대한 관행적 수행 게으름 자기의심 실직에의 두려움 과거 자신이 취했던 행동의 무익함 인지 기관이나 행정적 지지 내에서 그들의 영향력이나 가치에 대한 인지
	외적 제약	<ul style="list-style-type: none"> 의사의 비협조 동료 간호사와의 가치관의 차이 보호자의 비협조 조직행정 의사결정권(힘)의 부족 부적절한 인사관리 보건의료 정책부진 과중한 업무부담 상위 간호조직의 지지결여
행동적 영역	부정적 행동반응	<ul style="list-style-type: none"> 반성 묵인 회피 의도적 무관심 타협 마찰 새로운 전략 도모 이직
	정서적 반응	<ul style="list-style-type: none"> 화가 남 속상함 죄책감 갈등(변민) 안타까움 간호사로서의 한계 절감 양심의 가책 환자나 보호자에게 미안함 환자를 보면 마음이 아픔 두려움 혼란스러움 간호직에 대한 회의감 적개심 위축 답답함 실망스러움 점차 무디어짐 고통스러움 무가치함 무력감 좌절 우울 소진감 불안

따라서 최종 분석된 간호사의 도덕적 고뇌의 작업적 정의는

‘간호사의 도덕적 고뇌는 도덕적 문제를 내포한 간호상황에서 개인의 가치신념에 의해 내려진 도덕적 판단이 내·외적 제약으로 인하여 도덕적 행동을 취할 수 없을 때 부정적 행동반응과 부정적 정서상태를 경험하는 것이다’라고 정의한다.

이상에서와 같이 이론적 연구단계와 현장연구 단계를 거쳐 최종 분석된 간호사의 도덕적 고뇌의 속성의 상황적 영역, 인지적 영역, 정서적 영역 그리고 행동적 영역의 4개 상위 영역과 하위 영역을 토대로 문항개발을 위한 간호사의 도덕적 고뇌의 개념적 기틀을 다음과 같이 세웠다 <그림 2> .



<그림 2> 간호사의 도덕적 고뇌의 개념적 기틀

D. 간호사의 도덕적 고뇌 측정을 위한 문항 개발

1. 예비문항 작성과정

최종 분석 단계를 거쳐 설정된 간호사의 도덕적 고뇌 개념적 기틀에 근거하여 도구를 개발하였다. 잠정적인 문항 작성 작업 후에 간호학, 윤리학, 국문학, 통계학

전공 학자들과 경력 3년 이상의 종합병원 간호사 5인의 자문을 받아 내용을 보완하거나 중복된 내용을 삭제하는 과정을 거쳐 내용 타당도를 높이는 작업을 수행하였다. 본 조사에 앞서 예비조사를 실시하기 위해 가척도를 10명의 간호사를 대상으로 문장의 의미전달에 무리가 없는지를 확인하고, 다시 간호사 35명에게 설문 내용에 대한 점검을 실시하였는데 상황적 영역 47문항, 인지적 영역 23문항, 행동적 영역 6문항, 정서적 영역 24문항으로 4개 영역 총 100문항 중 이해하기가 모호한 문장을 수정하고, 중복되는 의미로 나타난 문항은 수정하고, 전문가들의 동의를 얻어 상황적 영역 34문항, 인지적 영역 18문항, 행동적 영역 5문항, 정서적 영역 13문항으로 각각 구분하여 4개 영역 총 70문항의 5점 Likert형 척도로 구성된 최종도구를 결정하였다.

E. 현장적용을 통한 타당도 및 신뢰도 검증

1. 자료수집 절차 및 방법

임상 타당도 조사는 2003년 5월 22일부터 5월 30일까지 서울, 대구, 경북 5개 도시 등 총 7개 도시의 1차, 2차, 3차 병원에 근무하는 간호사를 대상으로 연구자와 각 병원의 간호부장의 도움을 받아 설문지 800부를 배포하여 789부를 회수하여 회수율은 98.6%로 높았으며, 내용이 미흡한 4부를 제외하고 785부가 분석에 이용되었다.

2. 자료분석

수집된 자료는 SPSS for Window ver. 10.0 프로그램을 이용하여 통계분석을 실시하였다. 개발된 도구의 내적 일관성 신뢰도는 Cronbach's alpha Coefficients를 산출하였으며, 도구의 구성타당도는 Varimax 회전과 주요인 분석(Principal Component Analysis)에 의한 요인분석(Factor Analysis)을 실시하였다. 집단 간의 평균의 차이는 통계적으로 유의한 지 알아보기 위하여 ANOVA 분석과 그에 따른 다중비교를 위

한 사후검정으로 분석하였다.

3. 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구의 타당도와 신뢰도 검증 결과

1) 대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자인 간호사의 일반적 특성은 연령, 교육 정도, 근무 경력, 결혼 상태, 종교, 근무지의 형태, 근무 간호단위, 현재직위로 분류하여 조사하였다.

연령은 25-29세가 34.8%로 가장 많았으며, 그 다음으로는 24세 이하(29.7%), 35세 이상(18.2%), 30-34세(19.9%)의 순으로 나타났다.

교육 정도는 전문대 졸업이 75.5%로 가장 많았으며, 그 다음으로는 대졸(19.0%), 석사과정 이상(5.4%)의 순으로 나타났다.

근무 경력은 5년 이상이 50.7%로 가장 많았으며, 그 다음으로는 1-3년 미만(21.3%), 3-5년 미만(18%), 1년 미만(9.2%)의 순으로 나타났다.

결혼 상태는 미혼이 61.9%로 기혼(38.0%)보다 많았다.

종교는 없음이 39.2%로 가장 많았으며, 그 다음으로는 불교(22.2%), 개신교(18.9%), 천주교(15.7%), 기타(3.3%)의 순으로 나타났다.

근무지의 형태는 대학병원이 57.6%로 가장 많았으며, 그 다음으로는 종합병원(38.3%), 개인병원(3.2%), 기타(0.9%)의 순으로 나타났다.

근무 간호단위는 외과계 병동이 21.7%로 가장 많았으며, 그 다음으로는 내과계 병동(20.9%), 중환자실(12.0%), 응급실(7.8%), 산소아과(7.5%), 정신과(3.6%), 신생아실(3.3%) 순으로 나타났으며 그 외 기타 근무 간호단위가 22.7%를 나타냈다.

현재 직위는 일반간호사가 78.7%로 가장 많았으며, 그 다음으로는 수간호사(12.5%), 책임간호사(8.4%)의 순으로 나타났다. <부록 1>

2) 타당도와 신뢰도 검증

(1) 도구의 타당도

일반적으로 타당도를 평가하는 방법으로는 내용 타당도와 구성 타당도 이외에

도 측정도구에 의한 측정결과와 외적 준거와의 관계를 평가하는 준거 타당도 (criterion validity)가 있으나, 간호사의 도덕적 고뇌에 대한 연구는 극히 초보적인 단계로서 연구를 통해 아직 간호사의 도덕적 고뇌의 외적 준거가 확인되지 않았기 때문에, 본 연구에서는 타당도에 대한 검증으로서 내용 타당도와 구성 타당도 검증만을 실시하였다.

본 연구에서는 질문지를 상위 4개 영역인 상황적 영역, 인지적 영역, 행동적 영역, 정서적 영역은 기본적으로 구분될 수 있도록 제작하였다. 작성된 도구는 간호학, 윤리학, 국문학, 통계학 전공 학자들과 경력 3년 이상의 종합병원 간호사 5인의 자문을 받아 문항의 내용 타당도를 검증 받았다. 그 다음 최종 설문 문항으로 채택된 총 70문항 중 상황적 영역 34문항, 인지적 영역 18문항, 정서적 영역 13문항은 5점 Likert형 척도로 구성하였고, 행동적 영역 5문항은 다중응답가능 형식으로 구성하였다. 구성 타당도는 개념 틀의 하위 구체적 영역의 분류정도를 확인하기 위하여 상황적 영역과 인지적 영역에서만 요인분석을 실시하였다. 요인분석의 모형선정에 있어서는 주요인 분석(Principle Component Analysis) 방식을 이용하였으며, 회전방식은 Varimax 방식을 택하였다. 상황적 영역과 인지적 영역의 요인 분석에 의한 타당도 검증은 다음과 같다.

첫째, 상황적 영역에서 처음 34개의 문항을 요인 분석한 결과 문항간 상관계수는 모두 0.20~0.80사이의 값임이 확인되었고, 아이겐 값이 1.0이상인 요인은 6개이었으며, 설명력은 59.372%이었다. 그리고 모든 문항의 요인 적재량 값이 보수적인 기준인 0.40 이상으로 나타났다 <표 5, 표 6>. 그러나 전문가의 의견을 받아들여 이들 요인들 가운데 문항개발 당시의 의도와 달리 상황적 영역의 다른 기본요소들을 측정하는 문항끼리 묶인 요인, 즉 요인 2의 문항 32, 요인 3의 문항 27, 28, 요인 5의 문항 11을 제외시키고, 요인 1의 문항 14는 요인 2에 포함시키고, 요인 5의 문항 1은 요인 1에 포함시키고, 요인 5의 문항 2는 요인 6으로 포함시켜 5개 요인으로 최종 분류하였다.

상황적 영역의 최종 30문항에 대한 요인의 구성은 진료 부적정 행위 12문항(요인 1), 부적정 간호행위 7문항(요인 2), 환자의 자율성 존중결여 4문항(요인 3), 과중

한 경제적 부담 4문항(요인 4), 비합리적 조직행정 3문항(요인 5)으로 도출되었다.

〈표 5〉 간호사의 도덕적 고뇌 도구의 상황적 영역 요인적재량

문 항	요인					
	요인1	요인2	요인3	요인4	요인5	요인6
4 의사의 무성의한 처치행위를 접할 경우	.807					
3 환자들의 통증호소에 대해 의사들이 무성의하게 대응할 경우	.773					
8 환자나 보호자의 질문에 성실한 답변을 해 주지 않는 의사의 태도를 접할 경우	.761					
10 간호사의 부름에 대해 의사의 느장대치 혹은 무응답인 경우	.736					
5 간호사의 조언을 무시하는 의사들의 태도로 환자의 상태가 악화될 경우	.695					
6 간호사에게 언어적 폭력을 휘두르는 의사들의 태도를 접할 경우	.591					
7 말기환자들에 대하여 의사가 무관심하고 소홀하게 대할 경우	.585					
13 의사의 기술미숙으로 환자의 상태를 악화시키거나 다른 불이익을 초래하게 될 경우	.561					
9 의사가 환자나 보호자의 사전동의도 구하지 않고 연구목적의 검사나 시술을 시행할 경우	.529					
24 환자가 진행 중인 처치 절차에 대해 충분한 정보를 얻지 못하고 처치가 수행될 경우	.499					
12 의사의 의문스러운 지시(처방)을 접할 경우	.498					
14 바빠서 알면서도 환자의 요구를 무시하게 될 경우	.489					
18 투약과오를 범했을 경우	.781					
19 간호지식, 경험부족으로 환자에게 불이익을 초래할 경우	.759					
20 동료 간호사가 투약 과오를 하고도 보고하지 않았음을 알고 있을 경우	.691					
31 간호처치 행위에 대한 오류로 환자에게 불이익을 초래할 경우	.638					
17 동료간호사 간에 무시하는 태도를 취할 경우	.595					
15 바빠서 환자 상태의 소홀한 관찰로 위급상황을 초래할 경우	.577					
32 위급상황 발생시 의료진의 비협조적인 태도로 갈등을 초래할 경우	.525					
27 의학적으로 희망이 없는 환자가 생명연장에 대한 소망을 가질 경우	.624					
29 환자에게 질환에 대한 충분한 정보를 주지 않고 의사결정을 하도록 할 경우	.611					
34 이미 심정지가 왔음에도 불구하고 가족의 일원이 도착할 때까지 인공호흡기를 부착해 놓는 경우	.603					
16 회복이 불가능한 환자에 대해 의료진이 적극적인 치료를 시도할 경우	.597					
28 환자에게 진실을 말하지 않는 경우	.581					
30 환자에게 치료방법에 대한 선택권이나 의사결정권이 주어지지 않을 경우	.531					
22 노인이라는 이유로 보호자가 적극적인 치료를 포기하거나 거부할 경우	.757					
21 경제적으로 취약한 환자에게 적절한 치료혜택을 받지 못할 경우	.680					
23 경제적으로 어려운 환자보다 여유가 있는 환자에게 더 나은 치료를 제공하는 경우	.633					
26 의료보호 환자들의 입원을 꺼리거나 퇴원을 종용하는 경우	.506					
2 간호기록의 조작을 요구받을 경우					.630	
11 기형아 치료에 대하여 의료진이 소극적인 태도를 보일 경우					.602	
1 윤리적 절차를 무시하고 의사 임의로 생명연장 치료를 중단할 경우					.576	
25 환자 수 감소로 원치 않는 휴가나 타병동 지원근무를 해야 할 경우						.699
33 DRG와 관련하여 입원단축이나 제한된 치료 및 간호를 제공해야 할 경우						.648

〈표 6〉 간호사의 도덕적 고뇌 도구의 상황적 영역의 요인별 고유값, 설명변량, 누적변량

요인	고유값	설명변량	누적변량
요인 1	13.015	38.278	38.278
요인 2	1.924	5.660	43.938
요인 3	1.802	5.301	49.239
요인 4	1.222	3.595	52.834
요인 5	1.182	3.477	56.311
요인 6	1.041	3.061	59.372

둘째, 인지적 영역에서 처음 18개의 문항을 요인 분석한 결과 문항간 상관계수는 모두 0.20~0.80사이의 값임이 확인되었고, 아이겐 값이 1.0이상인 요인은 3개이었으며, 설명력은 55.484%이었다 〈표 7, 표 8〉. 그러나 전문가의 의견을 받아들여 이들 요인들 가운데 문항개발 당시의 의도와 달리 인지적 영역의 다른 기본 요소들을 측정하는 문항끼리 묶인 요인, 즉 요인 1의 문항 6과 요인 3의 문항 1, 10, 2는 요인 1에 포함시키고, 요인 3의 문항 12, 은 요인 1에 포함시켜 2개 요인으로 최종 분류하였다.

인지적 영역의 최종 18문항에 대한 요인의 구성은 외적제약 요인 8문항 (요인 1), 내적제약 요인 10문항 (요인 2)으로 도출되었다.

〈표 7〉 간호사의 도덕적 고뇌 도구의 인지적 영역 요인적재량

문	항	요인 1	요인 2	요인 3
17	과중한 업무부담	.752		
18	상위 간호조직의 결여	.748		
16	불합리한 보건의료 정책	.698		
15	부적절한 인사관리	.661		
13	보호자의 비협조	.647		
14	의사결정권(힘)의 부족	.531		
11	의사의 비협조	.495		
6	의사와 간호사의 환자상태에 대한 견해 차이	.485		
4	자기주장(자기표현)의 어려움		.774	
9	자기확신의 부족		.768	
3	용기부족		.698	
7	자기 합리화		.627	
5	시간이 흐름에 따라 점차 무디어지고 타성에 젖게 됨		.586	
8	의사의 지시(처방)에 대한 관행적 수행		.562	
1	개인의 종교적 신념의 차이			.772
2	의사의 지시(처방)을 따라야 함과 동시에 환자에게 최선을 다해야 하는 직업상 간호사로서의 책임과 의무간 갈등			.563
10	실직에의 두려움			.548
12	동료 간호사의 비협조			.544

〈표 8〉 간호사의 도덕적 고뇌 도구의 인지적 영역의 요인별 고유값, 설명변량, 누적변량

요 인	고유값	설명변량	누적변량
요인 1	7.476	41.532	41.532
요인 2	1.456	8.086	49.619
요인 3	1.056	5.866	55.484

(2) 도구의 신뢰도

도구의 신뢰도 검증은 내적 일관성을 나타내는 Cronbach's Alpha 계수를 구하

였는데, 첫째, 상황적 영역의 내적 일관성 신뢰도는 Cronbach's α 값이 .9420이었고, 각 요인별 내적 일관성 신뢰도를 살펴보면, Cronbach's α 값은 부적정 진료행위가 .9176, 부적정 간호행위가 .8735, 환자의 자율성 존중결여가 .7924, 과중한 경제적 부담이 .6802, 불합리한 조직행정이 .4521로 나타났다. 둘째, 인지적 영역의 내적 일관성 신뢰도는 Cronbach's α 값이 .9150이었고, 각 요인별 내적 일관성 신뢰도를 살펴보면, Cronbach's α 값은 외적제약이 .8584, 내적제약이 .8649로 나타났다. 셋째, 정서적 영역의 부정적 정서반응은 내적 일관성 신뢰도가 Cronbach's α 값이 .9044로 나타났다.

〈표 9〉 간호사의 도덕적 고뇌의 영역별, 요인별 신뢰도 계수

영역	요인	문항수	Cronbach's α	
상황적 영역	부적정 진료행위	12	.9176	.9420
	부적정 간호행위	7	.8735	
	환자의 자율성 존중결여	4	.7924	
	과중한 경제적 부담	4	.6802	
	불합리한 조직행정	3	.4521	
인지적 영역	외적 제약	8	.8584	.9150
	내적 제약	10	.8649	
정서적 영역	부정적 정서 반응	13	.9044	.9044

2) 행동적 영역

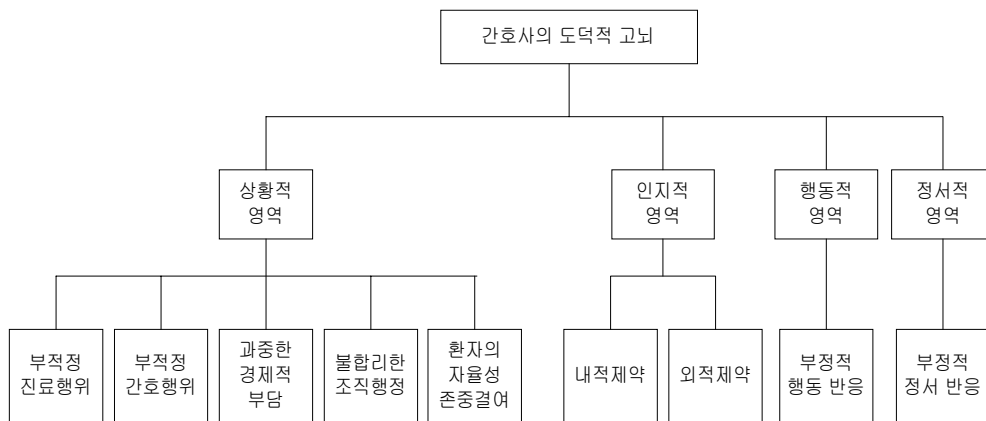
본 연구에서 행동적 영역은 간호사가 도덕적 문제를 내포한 간호상황에서 자신의 가치신념에 의해 내려진 도덕적 판단에 따라 도덕적 행위로 이행할 수 없음을 인지하게 될 경우 어떤 행동적 대처양식을 취하는 지 알아보기 위하여 다중응답형식으로 질문하였다. 그 결과 상황에 대처할 전략을 구상이 58.3%로 가장 많았으며, 그 다음으로는 상황을 묵인(43.8%), 상황회피(40.1%), 이직 고려(27.1%), 상황을 거슬러 마찰(16.1%)의 순으로 나타났다. 또한 5가지 대처양상 중에서 1가지 선택이 46.2%로 가장 많았으며, 2가지 선택(20.3%), 3가지 선택(17.1%), 4가지 선택(6.1%), 5가지 모두 선택(4.6%)의 순으로 나타났다.

〈표 10〉 간호사의 도덕적 고뇌의 행동적 영역

(다중응답가능, N=785)

행동적 반응	응답자 N(%)	다중응답	다중응답자 N(%)
상황을 묵인	344(43.8)	1	363(46.2)
상황을 회피	315(40.1)	2	159(20.3)
상황을 거슬러 마찰	126(16.1)	3	134(17.1)
상황에 대처할 전략구상	458(58.3)	4	48(6.1)
이직고려	213(27.1)	5	36(4.6)
		무응답	45(5.7)

이상의 결과를 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구 개발을 위해 세웠던 개념적 기틀과 비교해 볼 때 간호사의 도덕적 고뇌를 구성하는 상위영역은 상황적 영역, 인지적 영역, 행동적 영역, 정서적 요인으로 동일하였지만 상황적 영역의 하위 영역에서 1개 요인(환자의 자율성 존중결여)이 추가되어 부적정 진료행위, 부적정 간호행위, 환자의 자율성 존중결여, 과중한 경제적 부담, 불합리한 조직행정 으로 5개 요인으로 분류되었다. 인지적 영역은 내적제약과 외적제약으로 원래의 개념들과 같고, 행동적 영역과 정서적 영역은 각각 부정적 행동반응, 부정적 정서반응으로 원래의 개념들과 동일하였다 〈그림 3〉.



〈그림 3〉 개발된 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구의 개념적 기틀

4. 간호사의 도덕적 고뇌의 영역별 점수 분포

간호사의 도덕적 고뇌의 영역별 점수는 클수록 도덕적 고뇌 정도가 높은 것으로 해석할 수 있으며, 영역별로 보면 살펴보면 다음과 같다 <표 11, 표 12> .

<표 11> 간호사의 도덕적 고뇌의 영역별 점수

영역	문항수	최소값	최대값	평균	표준편차	평균점
상황적 영역	34	32.00	142.00	82.462	16.923	2.425
인지적 영역	18	22.00	86.00	54.501	9.857	3.028
정서적 영역	13	17.00	65.00	47.830	7.756	3.679

1) 상황적 영역

상황적 영역의 점수의 분포는 최저 34점부터 최고 170점까지의 점수분포가 가능한데 점수 범위는 최하 32점에서 최고 142점이었으며, 총 평균은 82.46 ± 19.92 점이었다. 일반적 특성에 따른 상황적 영역의 점수분포는 연령별로 보면 35세이상 군이 평균 87.64점으로 가장 높고, 30-34세군이 평균 85.61점, 25-29세 군이 82.57점, 24세이하 군이 77.41점의 순으로 통계적으로 매우 유의한 차이를 보였다 ($F=12.075, p=0.0001$).

교육정도별로는 석사과정이상 군이 94.39점, 간호학과(대학)졸업 군이 83.09점, 간호전문대학졸업 군이 81.49점의 순으로 통계적으로 매우 유의한 차이를 보였다 ($F=10.151, p=0.0001$).

근무경력별로는 5년이상 군이 85.59점, 1-3년미만 군이 82.75점, 3년-5년미만 군이 81.32점, 1년미만 군이 67.84점의 순으로 통계적으로 매우 유의한 차이를 보였다 ($F=23.561, p=0.0001$).

결혼상태별로는 기혼 군이 84.90점, 미혼이 81.01점의 순으로 통계적으로 유의한 차이를 보였다 ($F=2.969, p=0.003$).

종교별로는 개신교 군이 86.42점, 천주교 군이 84.22점, 불교 군이 82.18점, 기타 군이 81.14, 종교없음군이 80.16점의 순으로 통계적으로 유의한 차이를 보였다(F=3.427 P=0.009).

근무지의 형태별로는 대학병원군이 85.43점, 종합병원군이 78.52점, 기타군이 78.41점, 개인병원군이 73.84점의 순으로 통계적으로 매우 유의한 차이를 보였다(F=11.189, p=0.0001).

근무분야별로는 중환자실군이 88.02점, 응급실군이 86.22점, 내과계병동군이 83.75점, 외과계병동군이 82.33점, 기타군이 80.81점, 산소아과 병동군이 78.00점, 정신과병동군이 76.33점, 신생아실군이 70.84점의 순으로 통계적으로 매우 유의한 차이를 보였다(F=4.470, p=0.0001).

현재의 직위별로는 책임간호사군이 87.50점, 수간호사군이 87.17점, 일반간호사군이 81.14점의 순으로 통계적으로 매우 유의한 차이를 보였다(F=7.831, p=0.0001).

2) 인지적 영역

인지적 영역의 점수의 분포는 최저 18점부터 최고 90점까지의 점수분포가 가능한데 점수 범위는 최하 22점에서 최고 86점이었으며, 총 평균은 54.50±9.86점이었다. 일반적 특성에 따른 상황적 영역의 점수분포는 연령별로 보면 30-34세군이 55.27점, 35세 이상군이 55.10점, 25-29세군이 55.06점, 24세이하군이 53.29점의 순으로 통계적으로 유의한 차이가 없었다(F=1.825, p=0.143).

교육정도별로는 석사과정이상 군이 56.65점, 간호학과(대학)졸업 군이 55.77점, 간호전문대학졸업 군이 54.06점의 순으로 통계학적으로 유의한 차이가 없었다(F=2.686, p=0.069).

근무경력별로는 1-3년미만군이 56.05점, 3-5년미만군이 55.61점, 5년이상군이 54.99점, 1년미만군이 46.25점의 순으로 통계적으로 매우 유의한 차이를 보였다(F=19.148, p=0.0001).

결혼상태별로는 기혼군이 54.44점, 미혼군이 54.63점의 순으로 통계적으로 유의한 차이가 없었다.(F=-0.267, p=0.789).

종교별로는 개신교 군이 56.36점, 천주교 군이 55.97점, 불교 군이 54.42점, 종교

없음군이 53.41점, 기타 군이 52.50점의 순으로 통계적으로 유의한 차이를 보였다(F=3.060 P=0.016).

근무지의 형태별로는 대학병원군이 55.89점, 종합병원군이 53.20점, 기타군이 52.86점, 개인병원군이 46.61점의 순으로 통계적으로 매우 유의한 차이를 보였다(F=9.758, p=0.0001).

근무분야별로는 중환자실군이 58.48점, 응급실군이 55.10점, 외과계병동군이 54.29점, 내과계병동군이 54.28점, 기타군이 54.02점, 신생아실군이 53.57점, 산소아과 병동군이 52.86점, 정신과병동군이 51.69점의 순으로 통계적으로 유의한 차이를 보였다(F=2.853, p=0.006).

현재의 직위별로는 수간호사군이 55.43점, 책임간호사군이 55.05점, 일반간호사군이 54.32점의 순으로 통계적으로 유의한 차이가 없었다(F=0.611, p=0.543).

3) 정서적 영역

정서적 영역의 점수의 분포는 최저 13점부터 최고 65점까지의 점수분포가 가능한데 점수 범위는 최하 17점에서 최고 65점이었으며, 총 평균은 47.83±7.76점이었다. 일반적 특성에 따른 상황적 영역의 점수분포는

연령별로 보면 30-34세군이 48.52점, 25-29세군이 48.19점, 24세이하군이 47.69점, 35세이상군이 47.02점의 순으로 통계적으로 유의한 차이가 없었다(F=1.003, p=0.391).

교육정도별로 보면 간호학과(대학) 졸업군이 48.47점, 간호전문대학 졸업군이 47.90점, 석사과정이상 군이 45.55점의 순으로 통계적으로 유의한 차이가 없었다(F=2.241, p=0.107).

근무경력별로 보면 1-3년미만군이 49.22점, 3-5년미만군이 48.32점, 5년이상군이 47.70점, 1년미만군이 44.92점의 순으로 통계적으로 유의한 차이가 있었다(F=5.159, p=0.002).

결혼상태별로는 미혼군이 48.22점, 기혼군이 47.33점으로 통계적으로 유의한 차이가 없었다(F=-1.511, p=0.131).

종교별로는 개신교군이 48.93점, 불교군이 48.27점, 종교없음군이 47.89점, 천주

교군이 46.84점, 기타군이 44.96점의 순으로 통계적으로 유의한 차이가 없었다(F=2.096, p=0.080).

근무지의 형태별로는 대학병원군이 48.71점, 종합병원군이 47.07점, 기타군이 45.71점, 개인병원군이 43.35점의 순으로 통계적으로 유의한 차이가 있었다(F=5.430, p=0.001).

근무분야별로는 중환자실군이 50.24점, 기타군이 48.41점, 외과계병동군이 47.99점, 응급실군이 47.50점, 내과계병동군이 47.34점, 산소아과병동군이 46.95점, 신생아실군이 45.76점, 정신과병동군이 44.89점의 순으로 통계적으로 유의한 차이가 있었다(F=2.386, p=0.020).

현재의 직위별로는 일반간호사군이 48.01점, 책임간호사군이 47.89점, 수간호사군이 46.95점의 순으로 통계적으로 유의한 차이가 없었다(F=0.759, p=0.468).

〈표 12〉 간호사의 도덕적 고뇌의 일반적 특성에 따른 영역별 점수
상황적 영역

변 수	Mean(S.D)	F or t (p)	Duncan	
연령	24세이하	77.410(17.075)	12.075(0.000)*	1 <2, 3 <4
	25 -29세	82.568(15.028)		
	30 -34세	85.608(17.037)		
	35세이상	87.636(17.728)		
교육	간호 전문대학	81.489(16.517)	10.151(0.000)*	1, 2<3
	간호학과(대학)	83.094(17.155)		
	석사과정이상	94.389(17.881)		
근무경력	1년미만	67.841(16.304)	23.561(0.000)*	1<2, 3<4
	1-3년미만	82.752(14.951)		
	3-5년미만	81.320(15.799)		
	5년이상	85.586(16.665)		
결혼상태	기혼	84.896(16.907)	2.969(0.003)*	
	미혼	81.012(16.744)		
종교	천주교	84.223(17.180)	3.427(0.009)*	4, 5<1, 2, 3,
	개신교	86.420(14.233)		
	불교	82.176(18.695)		
	없음	80.163(16.605)		
	기타	81.136(17.439)		
근무지의 형태	대학병원	85.427(16.347)	11.189(0.000)*	2, 3, 4 <1
	종합병원	78.517(16.810)		
	개인병원	73.842(16.507)		
	기타	78.429(20.362)		
근무분야	내과계 병동	83.752(17.085)	4.470(0.000)*	7<3<1, 2, 4, 8 <5, 6
	외과계 병동	82.329(15.937)		
	정신과 병동	76.333(13.150)		
	산소아과 병동	78.000(15.223)		
	중환자실	88.022(14.841)		
	응급실	86.218(15.029)		
	신생아실	70.842(19.305)		
	기타	80.809(18.847)		
현재의 직위	일반간호사	81.138(16.168)	7.831(0.000)*	1<2,3
	책임간호사	87.500(18.276)		
	수간호사	87.172(19.399)		

* p < 0.01

인지적 영역

변수	Mean(S.D)	F or t (p)	Duncan	
연령	24세이하	53.287(10.699)	1.825(0.143)	
	25 -29	55.055(9.280)		
	30 -34	55.269(9.459)		
	35세이상	55.095(9.721)		
교육정도	간호 전문대학	54.062(10.029)	2.686(0.069)	
	간호학과(대학)	55.773(9.073)		
	석사과정이상	56.650(9.849)		
근무경력	1년미만	46.254(10.305)	19.148(0.000)*	1<2,3,4
	1-3년미만	56.049(9.276)		
	3-5년미만	55.605(9.387)		
	5년이상	54.987(9.504)		
결혼상태	기혼	54.435(9.830)	-0.267(0.789)	
	미혼	54.634(9.899)		
종교	천주교	55.974(9.725)	3.060(0.016)	3, 4, 5 < 1, 2
	개신교	56.362(8.533)		
	불교	54.421(9.688)		
	없음	53.410(10.271)		
	기타	52.500(12.563)		
근무지의 형태	대학병원	55.886(9.593)	9.758(0.000)*	3 < 1, 2, 4,
	종합병원	53.203(9.773)		
	개인병원	46.609(10.659)		
	기타	52.857(10.270)		
근무 분야	내과계 병동	54.217(9.659)	2.853(0.006)*	1,2,3,4,7,8<5,6
	외과계 병동	54.288(9.733)		
	정신과 병동	51.692(7.594)		
	산소아과 병동	52.862(9.120)		
	중환자실	58.478(9.784)		
	응급실	55.102(7.810)		
	신생아실	53.571(10.930)		
	기타	54.024(10.854)		
현재의 직위	일반간호사	54.316(7.844)	0.611(0.543)	
	책임간호사	55.047(10.256)		
	수간호사	55.430(9.902)		

* p < 0.01

정서적 영역

변	수	Mean(S.D)	F or t (p)	Duncan
연령	24세이하	47.690(8.033)	1.003(0.391)	
	25 -29	48.189(8.059)		
	30 -34	48.512(7.419)		
	35세이상	47.021(8.001)		
교육정도	간호전문대학	47.902(8.020)	2.241(0.107)	
	간호학과(대학)	48.473(7.285)		
	석사과정이상	45.548(8.580)		
근무경력	1년미만	44.917(8.117)	5.159(0.002)*	1<2,3,4
	1-3년미만	49.215(7.315)		
	3-5년미만	48.321(9.103)		
	5년이상	47.703(7.596)		
결혼상태	기혼	47.328(7.983)	-1.511(0.131)	
	미혼	48.216(7.879)		
종교	천주교	46.840(7.477)	2.096(0.080)	
	개신교	48.925(7.368)		
	불교	48.262(7.790)		
	없음	47.885(8.248)		
	기타	44.960(9.663)		
근무지의 형태	대학병원	48.709(7.297)	5.430(0.001)*	3,4<1,2
	종합병원	47.070(8.675)		
	개인병원	43.348(7.271)		
	기타	45.714(6.897)		
근무분야	내과계 병동	47.339(7.684)	2.386(0.020)	3,4,7<1,2,6,8<5
	외과계 병동	47.988(8.142)		
	정신과 병동	44.893(7.776)		
	산소아과 병동	46.948(6.624)		
	중환자실	50.237(7.179)		
	응급실	47.500(6.809)		
	신생아실	45.760(10.162)		
	기타	48.407(8.450)		
현재의 직위	일반간호사	48.026(7.844)	0.759(0.468)	
	책임간호사	47.894(8.288)		
	수간호사	46.947(8.290)		

* p < 0.01

F. 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구의 최종문항 결정

위와 같은 결과로 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구의 최종 형태는 총 66개 문항으로서 상황적 영역 30개 문항, 인지적 영역 18개 문항, 행동적 영역 5개 문항, 정서적 영역 13개 문항으로 된 4가지 영역의 측정이 가능한데 첫째, 상황적 영역에 대한 5개 요인별 수준을 확인할 수 있고, 둘째, 인지적 영역에 대한 2개 요인별 수준을 확인할 수 있고, 셋째 행동적 영역은 5개 문항으로 다중 응답을 확인할 수 있고, 넷째, 정서적 영역은 1개 요인의 수준을 확인할 수 있다. 이 중에서 상황적 영역, 인지적 영역, 정서적 영역의 수준은 각 항목에 1점에서 5점까지 Likert type의 점수를 배정하고 각 항목의 점수를 합하여 각 영역별 수준을 나타내게 되고 3가지 영역별, 8개 요인별 점수도 산출하여 나타낼 수 있게 된다. 또한 행동적 영역은 경험빈도를 나타낼 수 있게 된다 <표 13> .

〈표 13〉 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구 최종문항

상황적 영역

문	항
1	윤리적 절차를 무시하고 의사 임의로 생명연장치료를 중단할 경우
2	간호기록의 조작을 요구받을 경우
3	환자들의 통증호소에 대해 의사들이 무성의하게 대응할 경우
4	의사의 무성의한 처치행위를 접할 경우
5	간호사의 조언을 무시하는 의사들의 태도로 환자의 상태가 악화될 경우
6	간호사에게 언어적 폭력을 휘두르는 의사들의 태도를 접할 경우
7	말기 환자들에 대하여 의사가 무관심하고 소홀하게 대할 경우
8	환자나 보호자의 질문에 성실한 답변을 해 주지 않는 의사의 태도를 접할 경우
9	의사가 환자나 보호자의 사전동의도 구하지 않고 연구목적의 검사나 시술을 시행할 경우
10	간호사의 부름에 대해 의사의 느장대처 혹은 무응답인 경우
11	의사의 의문스러운 지시(처방)을 접할 경우
12	의사의 기술미숙으로 환자의 상태를 악화시키거나 다른 불이익을 초래하게 될 경우
13	바빠서 알면서도 환자의 요구를 무시하게 될 경우
14	바빠서 환자 상태의 소홀한 관찰로 위급상황을 초래할 경우
15	회복이 불가능한 환자에 대해 의료진이 적극적인 치료를 시도할 경우
16	동료간호사간에 무시하는 태도를 취할 경우
17	투약과오를 범했을 경우
18	간호지식, 경험부족으로 환자에게 불이익을 초래할 경우
19	동료 간호사가 투약과오를 하고도 보고하지 않았음을 알고 있을 경우
20	경제적으로 취약한 환자가 적절한 치료혜택을 받지 못할 경우
21	노인이라는 이유로 보호자가 적극적인 치료를 포기하거나 거부할 경우
22	경제적으로 어려운 환자보다 여유가 있는 환자에게 더 나은 치료를 제공하는 경우
23	환자가 진행 중인 처치 절차에 대해 충분한 정보를 얻지 못하고 처치가 수행될 경우
24	환자 수 감소로 원치 않는 휴가나 타병동 지원근무를 해야 할 경우
25	의료보호 환자들의 입원을 꺼리거나 퇴원을 종용하는 경우
27	환자에게 질환에 대한 충분한 정보를 주지 않고 의사결정을 하도록 할 경우
28	간호처치 행위에 대한 오류로 환자에게 불이익을 초래할 경우
29	DRG와 관련하여 입원단축이나 제한된 치료 및 간호를 제공해야 할 경우
30	이미 심정지가 왔음에도 불구하고 가족의 일원이 도착할 때 까지 인공호흡기를 부착해 놓는 경우 놓은 경우

인지적 영역

문	항
1	개인의 종교적 신념의 차이
2	의사의 지시(처방)를 따라야 함과 동시에 환자에게 최선을 다해야 하는 직업상 간호사로서의 책임과 의무간 갈등
3	용기부족
4	자기주장(표현)의 어려움
5	시간이 흐름에 따라 점차 무디어지고 타성에 젖게 됨
6	의사와 간호사의 환자상태에 대한 견해 차이
7	자기 합리화
8	의사의 지시(처방)에 대한 관행적 수행
9	자기확신의 부족
10	실직에의 두려움
11	의사의 비협조
12	동료 간호사의 비협조
13	보호자의 비협조
14	의사결정권(힘)의 부족
15	부적절한 인사관리
16	불합리한 보건의료정책
17	과중한 업무부담
18	상위 간호조직의 지지결여

행동적 영역

문	항
1	상황을 묵인한다
2	상황을 회피한다
3	상황을 거슬러 마찰을 일으킨다
4	상황에 대처할 새로운 전략을 구상한다
5	이직을 고려한다

정서적 영역

	문	항
1	화가 난다	
2	속이 상한다	
3	죄책감이 든다	
4	갈등에 휩싸인다	
5	안타까운 마음이 든다	
6	간호사로서 힘의 한계를 느낀다	
7	환자나 보호자에게 미안한 마음이 든다	
8	두려운 마음이 든다	
9	간호직에 대해 회의감이 든다	
10	나 자신이 실망스럽다	
11	시간이 지남에 따라 점차 무디어진다	
12	양심의 가책을 느낀다	
13	우울하다	

V. 논의

A. 간호사의 도덕적 고뇌 속성도출

본 연구의 제 1 단계는 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구 개발에 앞서 간호사의 관점에서 도덕적 고뇌에 대한 속성을 파악하고자 실시하였다. 혼종모형 개념분석의 부분활용을 통하여 이론적 단계에서 도덕적 문제를 내포한 간호상황으로서의 상황적 영역, 내·외적 제약으로 인하여 도덕적 행동수행이 어렵거나 불가능함을 인지하는 것으로서의 인지적 영역, 상황에 대한 행동반응으로서의 행동적 영역, 상황에 대한 부정적 정서반응으로서의 정서적 영역으로 크게 4개 상위영역을 도출하였는데 이는 현장연구 단계에서 6명의 간호사를 대상으로 실시한 심층면담과 39명의 여러 임상 영역의 간호사를 대상으로 한 개방형 질문지법을 통한 분석에서도 확인됨으로써 이론적 연구단계의 결과를 지지하였다. 그러나 상위영역에 따른 하위 영역에서 특히 상황적 영역은 다른 세 영역보다 많은 차이를 보였는데 즉, 이론적 연구단계에서 주로 간호사의 가치신념에 위배되는 의사의 지시에 따라야 하는 경우, 환자에게 최선을 다해야 하는 간호사로서의 책임과 의무를 다하지 못한 경우로 나타났으나 현장연구단계에서는 많은 경우 의료진과 간호사의 도덕성이 결여된 행위와 관련된 것이 많았고, 경제적 부담으로 인해 취약계층의 치료포기로 인한 경우가 두드러지게 많았다. 또 다른 예로써 생명연장치료와 관련하여 이론적 연구단계에서는 많은 경우 말기환자에게 편안한 죽음을 제공하여야 한다는 간호사의 가치신념이 고도의 침습적인 치료중재가 이루어지는 상황에서 의사의 지시에 따라야 하는 가운데 힘들어하는 경우가 많았다면 현장연구에서는 의료진에 의한 생명연장 치료중단이라는 상황에서 환자에게 끝까지 최선을 다해야 한다는 간호사 개인의 가치신념과 상반됨으로 인해 힘들어하는 경우가 많았다. 또한 현장연구단계에서는 보호자에 의한 치료포기가 두드러진 현상으로 드러났는데 이는 우리의 의료현실이 환자 본인의 의사도 중요하지만 가족을 중시하는 우리의 문화를 반영하는 것이라고도 할 수 있다. 이는 곧 국내의 간호상황이 사회적·문

화적·경제적으로 차이가 있는 국외의 경우와 상이함을 반영하고 또한 우리나라 간호사를 대상으로 한 본 연구의 필요성을 지지하는 결과이기도 하다. 또한 하위 영역의 보다 풍부한 내용은 제한된 영역의 간호사를 대상으로 한 이론적 단계보다 다양한 임상영역의 간호사를 대상으로 한 현장연구 단계에서 보다 풍부한 자료를 얻을 수 있었기 때문으로 사료된다.

이론적 연구와 현장연구를 비교·통합하여 최종 분석한 결과 4개 상위 영역에 따른 8개 하위영역 즉, 상황적 영역에서의 부적정 진료행위, 부적정 간호행위, 과중한 경제적 부담, 불합리한 조직행정, 인지적 영역에서의 내적 제약과 외적 제약, 행동적 영역의 행동반응, 정서적 영역의 부정적 정서반응으로 도출하였는데 본 연구의 제 일단계는 우리나라 간호상황에서의 도덕적 고뇌 측정도구 개발을 위한 개념 속성을 규명하는 것임으로 현장연구단계의 결과에 많은 비중을 두었다.

한편 본 연구의 결과를 통해 내려진 ‘간호사의 도덕적 고뇌는 도덕적 문제를 내포한 간호상황에서 개인의 가치신념에 의해 내려진 도덕적 판단이 내·외적 제약으로 인하여 도덕적 행동을 취할 수 없을 때 부정적 행동반응과 정서상태를 경험하는 것이다.’라는 개념정의에서 알 수 있듯이 간호사의 도덕적 고뇌는 상황적, 인지적, 행동적, 정서적 영역이 복합되어 있는 개념이다. 따라서 본 연구의 결과를 Wilkinson(1985, 1987-1988, 1989)이 보고한 도덕적 고뇌의 상황적, 인지적, 행동적 측면과 Linda(2000)가 보고한 감정적, 인지적, 행동적 측면과 비교해 볼 때 전자는 정서적 영역을, 후자는 상황적 영역을 간과했다고 볼 수 있다.

B. 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구

본 연구의 제 이 단계는 간호사의 도덕적 고뇌 정도를 측정할 수 있는 도구를 개발하기 위함인데 제 일단계에서 규명된 속성을 근거로 도구가 개발되었다. 본 도구는 해외의 단 한 건에 이어 국내에서는 처음으로 시도되는 초보적인 형태로 서 질문지 형식은 상위 4개 영역인 상황적 영역, 인지적 영역, 행동적 영역, 정서적 영역은 기본적으로 구분될 수 있도록 제작하였다. 본 도구의 타당도는 상황적

영역과 인지적 영역에 대한 요인분석을 통하여 검증하였는데 요인분석 결과 도출된 요인들이 도구의 개념적 기틀과 비교해 볼 때 상황적 영역에서 부적정 진료행위, 부적정 간호행위, 과중한 경제적 부담, 불합리한 조직행정으로 된 4개 요인은 일치하였으나 문항개발 당시 부적정 진료행위에 속한 개념으로 보았던 또 다른 요인이 확인되어 환자의 자율성 존중결여라고 명명하여 5개 요인이 도출되었다. 인지적 영역에서는 요인분석 결과 3개 요인으로 도출되었으나 내적제약과 외적제약 개념이 혼합된 요인은 각각 내적제약 요인과 외적제약 요인으로 포함시킨 결과 도구의 개념적 기틀과 일치하였다. 또한 요인적재량 값은 ± 0.3 이상이면 유의하고, 보수적인 기준은 ± 0.4 , 그리고 0.5 이상인 경우에는 매우 높은 유의성을 갖는데 (Hair, Jr. Rolph, Anderson Ronald & William, 1995; 이은옥 외, 1998) 본 연구를 통해 개발된 상황적 영역 30문항, 인지적 영역 18문항 모두가 0.4 이상으로 높게 나타나 각 변수와 요인간의 상관관계 정도가 높음을 알 수 있다.

본 도구의 설명력은 상황적 영역이 59.372%, 인지적 영역이 55.484%로 나타나 설명력이 높은 편이라고 할 수 있다. 이상의 연구결과를 Corley(2001)의 도구와 비교해 볼 때 요인분석 결과 도출된 개인적 책임감, 환자에게 최선의 이익이 아닌 것, 기만으로 된 3개 요인은 설명력이 21.7%로 낮았을 뿐만 아니라 개념적으로 명확하지 않은 3개의 요인은 Jameton(1984, 1992, 1993)의 간호에서의 도덕적 고뇌개념과 House and Rizzo(1972)의 역할갈등 이론과 Rokeach(1973)의 가치와 가치체계 이론을 근거로 한 도구의 이론적 기틀을 지지해 주지 못하고 있다고 보고되고 있다.

또한 Corely의 도구는 도덕적 고뇌의 다양한 속성을 다루지 않고 도덕적 고뇌를 유발하는 상황적 요인만 측정하였으나 본 도구의 경우 도덕적 고뇌가 지니고 있는 다양한 속성을 다루었다고 할 수 있다.

본 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 값이 상황적 영역이 .9420, 인지적 영역이 .9150, 정서적 영역이 .9044로 나타나 탐색적인 연구분야의 경우 Cronbach's α 값이 .60 이상이면 충분함을 고려하여 볼 때 (Hair, Jr. Rolph, Anderson Ronald & William, 1995; 이은옥 외, 1998) 본 도구의 각 영역은 매우 높은 신뢰도를 갖는

것으로 생각된다. 또한 도구의 각 영역을 구성하는 하위 요인들에 대한 신뢰도 값도 상황적 영역의 하위요인인 ‘불합리한 조직행정’과 ‘과중한 경제적 부담’을 제외하고 모두 .70이상으로 나타나 연구도구로서 충분히 높은 신뢰도를 갖는 것으로 평가된다. 그러나 상황적 영역의 ‘과중한 경제적 부담’요인의 Cronbach’s α 값이 .6802로 탐색적 연구분야의 신뢰도의 권고 수준인 .60을 훨씬 넘어선 수준이므로 도구로서 사용이 충분히 가능하다고 생각된다. 그러나 ‘불합리한 조직행정’ 요인은 추후 연구에서 문항 수를 더 확보함으로써 현재 Cronbach’s α 값인 .4521을 보다 높은 수준으로 끌어올릴 필요가 있다고 사료된다.

행동적 영역의 측정은 간호사가 도덕적 행위를 취할 수 없다고 판단한 상황에서 어떤 행동적 대처양식을 취하는 지 알아보기 위하여 다중응답 형식으로 구성하였는데 추후연구를 통하여 질문형식의 개선이 요구된다고 생각한다.

이상의 분석결과에 근거하여 볼 때, 본 연구를 통해 개발된 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구는 각 영역의 이론적 개념이 잘 반영되고 신뢰도와 타당도가 높은 도구로서 간호사의 도덕적 고뇌 정도를 측정하는데 효율적으로 이용할 수 있을 것으로 사료된다. 그러나 본 도구 자체가 초보수준이므로 추후 연구를 통하여 측정도구에 의한 측정결과와 외적 준거와의 관계를 평가하는 준거 타당도(criterion validity) 검증, 문항의 명료화 작업과 문항수의 축소, 각 영역을 통합한 질문형식을 개발하여 도덕적 고뇌의 다양한 측면을 포괄하면서도 타당도가 높고, 대상자에게 시간적·정신적 부담을 줄이고 적용의 간편성을 도모할 필요성이 있다고 생각한다.

C. 간호사의 도덕적 고뇌 영역별 점수 분포

본 연구를 통해 개발된 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구를 서울, 대구, 경북 5개 도시의 1차, 2차, 3차 의료기관에 근무하는 간호사 800명을 편의추출하여 조사하였는데 그 결과 연령과 교육정도를 모집단과 비교해 볼 때, 연령(모집단 - 24세 이하 16%, 25세-29세 35%, 30-34세 21%, 35세 이상 28%; 표본 - 24세 이하 30%,

25-29세 35% 30-34세 18%, 35세 이상 17%)과 교육정도(모집단 - 전문대졸 73%, 학사 22% 석사이상 5%; 표본 - 전문대졸 76%, 학사 19%, 석사과정이상 5%)에서 24세 이하 연령의 경우 모집단 보다 높게 나온 것을 제외하고는 모집단에 가깝다고 할 수 있다(대한간호협회, 2001).

연구 대상자들의 일반적 특성에 따른 영역별 점수 분포를 고찰해 보면 다음과 같다.

상황적 영역에서는 도덕적 문제를 내포한 간호상황의 경험 정도를 나타내는데 평균 점수에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 일반적 특성은 연령, 교육정도, 근무경력, 종교, 근무지의 형태, 근무분야, 현재 직위였고, 통계적으로 유의한 차이가 없는 것은 결혼 유무였다. 연령과 근무경력이 많을수록, 간호단위 관리자(수간호사, 책임간호사)일수록 점수가 높게 나타난 것은 도구자체가 경험의 정도를 묻는 것이었으므로 연령이 많을수록, 근무경력이 많을수록 윤리적 문제를 내포한 간호상황에 노출될 기회가 많았다는 것을 의미한다. 근무지의 형태와 근무 간호단위에 따른 차이는 근무단위, 간호업무 형태가 도덕적 고뇌에 영향을 미친다는 Cox(1991)의 보고를 지지하는 결과이다. 특히 중환자실과 응급실과 같이 위급하거나 중증인 환자 또는 임중환자를 자주 접하는 간호사들이 도덕적 고뇌를 더 많이 경험한다는 선행연구(Rodney, 1988; Fowler, 1989; Davies. etc., 1996; Perkin. etc., 1997)를 지지하는 결과이다. 종교와 교육의 정도는 선행연구에서 다루지 않았지만 우리나라 간호윤리 관련 연구에서 종교의 유무 내지 참여도, 교육의 정도가 중요한 변인으로 나타나는 바(안은숙, 1994) 본 연구의 결과도 이를 지지하고 있다.

인지적 영역에서는 도덕적 문제를 내포한 간호상황 하에서 도덕적 행위를 방해하는 내·외적 제약의 경험 정도를 나타내는데 평균 점수에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 일반적 특성은 근무경력, 종교, 근무지 형태, 근무분야였고, 통계적으로 유의한 차이가 없는 것은 연령, 교육의 정도, 결혼상태, 현재의 직위였다. 상황적 영역에서와 마찬가지로 근무경력이 많을수록 내·외적 제약을 경험할 기회가 많았다는 것을 의미하고, 근무지의 형태, 근무분야에 따라 즉, 일반적으로 규모가 큰 대학병원이 규모가 작은 개인병원에 비해서 또 중환자실이나 응급실이 위급하거나 중증인 환자가 많이 접하게 되는 결과 내·외적 제약을 경험할 기회

가 많다는 것을 의미한다고 생각된다. 이러한 결과는 상황적 영역에서와 마찬가지로 선행연구(Rodney, 1988; Fowler, 1989; Davies. etc., 1996; Perkin. etc., 1997)를 지지하는 결과이다.

정서적 영역에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 일반적 특성은 근무경력, 종교, 근무지의 형태, 근무분야였고, 유의한 차이가 없는 것은 연령, 교육의 정도, 결혼상태, 현재의 직위였다. 근무경력에서 1년 미만 군이 유의하게 점수가 낮았던 것은 앞서 기술한 상황적 영역과 인지적 영역에서 나타난 결과와 비교해 볼 때 그 경험의 정도가 유의하게 낮았기 때문에 상대적으로 부정적 정서를 경험할 기회도 적었을 것이라고 추론할 수 있다. 근무지의 형태, 근무분야에서 중환자실과 응급실 군이 점수가 높게 나온 것은 상황적 영역, 인지적 영역에서와 마찬가지로 중환자실이나 응급실 군이 위급하거나 중증인 환자가 많이 접하게 되는 결과 부정적 정서를 경험할 기회가 많다는 것을 의미한다고 생각된다. 이러한 결과는 상황적 영역, 인지적 영역에서와 마찬가지로 선행연구(Rodney, 1988; Fowler, 1989; Davies. etc., 1996; Perkin. etc., 1997)를 지지하는 결과이다.

이상의 연구결과를 통해 간호사의 도덕적 고뇌의 각 영역별 점수분포를 고찰해 보았는데 추후연구를 통하여 각 영역을 포괄하는 문항형식으로 간호사의 도덕적 고뇌를 측정할 수 있는 도구가 개발되어야 할 필요가 있다고 생각한다.

D. 방법론 논의

본 연구의 제 일단계는 간호사의 도덕적 고뇌 개념 속성을 규명하기 위하여 혼종모형 방법을 적용하여 이론적 연구분석 단계와 현장 연구분석 단계의 과정을 거쳤다. 우리나라 간호사에게는 다소 생소한 ‘간호사의 도덕적 고뇌’라는 개념이 과연 우리나라의 간호현장에서도 존재하는 지 확인하고, 아울러 새로운 개념의 정립을 위해서 간호학에서 흔히 활용하는 혼종모형 방법을 사용한 연구가 적합하다고 할 수 있다.

자료수집은 심층 면접법과 개방형 질문지법으로 하였다. 6명의 심층면접으로 원하는 자료를 충분히 얻지 못했을 경우 단시간에 더 많은 자료를 확보할 수 있는 39명의 다양한 임상영역의 간호사를 대상으로 개방형 질문지법을 실시한 것은 적절하다고 본다. 그러나 수집한 자료를 분석하는 단계에서 본 연구자의 개념분석에 관한 연구경험의 부족에서 발생할 수 있는 오차를 전문가 집단을 통한 검증 과정을 거치면서 줄이도록 하였다. 또한 선행연구가 대개 일개 간호단위, 혹은 소수의 간호사를 대상으로 연구가 이루어졌음에 비해 본 연구는 다양한 임상영역의 간호사를 대상으로 자료를 수집하였는 바 보다 포괄적인 방법이라 생각한다.

본 연구의 제 이단계는 간호사의 도덕적 고뇌의 개념적 기틀을 근거로 도구개발을 시도하였다. 자료수집은 폐쇄형 질문지법을 이용하여 800명의 간호사를 대상으로 실시하였다. 대상자 표집시 다양한 군을 포괄적으로 유의 표집하는 것이 바람직하나 편의상 몇몇 한정된 지역의 간호사를 대상으로 표집하였는 바, 연령, 교육정도는 모집단에 근접하고, 근무지의 형태에서 1, 2, 3차로 구분함으로써 어느 정도 보완이 가능하리라 생각하지만 연구의 결과를 일반화하기에는 제한점이 따른다고 본다.

E. 연구의 의의

현재의 간호이론에 있어서 직접적으로 간호현상을 설명하고 증진시킬 수 있는 간호 지식체 개발의 필요성이 많은 이들에 의해서 제기되어 왔다(Kim, 1987). 의의를 아직까지 간호사의 도덕적 고뇌(moral distress)에 관한 연구는 국외의 경우에도 지극히 제한적인 상황에서 실시되었으며, 국내의 경우에는 전무한 실정이다. 따라서 간호사의 도덕적 고뇌가 하나의 이론으로 정립되기에는 개념에 대한 혼돈이 존재하고 있는 바 본 연구를 통하여 좀더 명확한 개념정립을 통하여 도덕적 고뇌의 이론개발에 도움이 될 것으로 판단된다. 또한 본 연구에서 개발된 측정도구를 통하여 실제 간호현장에서 간호사의 도덕적 고뇌의 측정이 가능하게 되어

도덕적 고뇌의 이론적 구성체의 실증적 입증을 할 수 있어 간호윤리 영역에 관한 이론적 지식을 제공하여 간호이론을 확장하는데 기여할 것이다.

간호연구 측면에서 간호사의 도덕적 고뇌에 대한 연구를 수행할 때 연구자의 목표는 간호사의 도덕적 고뇌의 정도를 경감시켜주고, 도덕적 민감성을 높이는 데 있다. 이를 위해서 대상자를 사정하고 중재를 계획하기 위해 간호사의 도덕적 고뇌를 증감시키는 요인을 체계적으로 규명하여야 하고 그에 따른 개인의 도덕적 고뇌에 대한 측정이 반드시 필요하다고 본다. 이때 반드시 필요한 것이 간호사에게 적용할 수 있는 타당하고 신뢰성 있는 도구이다. 본 연구의 결과를 통해 우리나라 간호사에게 도덕적 고뇌에 대한 개념을 소개하고, 또한 개발된 도구의 사용으로 간호사의 도덕적 고뇌와 관련된 다양한 측면을 측정함으로써 간호현장에서 간호사의 도덕적 고뇌를 경감시킬 수 있는 여러 중재 방안을 제시하는 연구에 기초가 되리라 판단된다.

간호실무 측면에서는 실무환경에서 상당수의 간호사들이 도덕적 고뇌라는 매우 실제적인 현상으로부터 고통을 겪고 있음을 보고하고 있다. 간호사들의 도덕적 고뇌가 간호사의 근무의욕을 떨어뜨려 대상자에게 양질의 간호제공을 어렵게 하고, 간호생산성 저하, 이직율 증가의 결과를 초래한다. 따라서 간호실무에서 타당성 있고 신뢰성 있는 도구로서 간호사의 도덕적 고뇌정도를 파악하여 적합한 중재방안을 모색하여 제시함으로써 간호사의 직무 만족도와 간호의 생산성 증대를 꾀할 수 있으리라 생각한다.

간호교육 측면에서는 간호사의 도덕적 고뇌에 대한 이해증진을 통하여 바람직한 윤리의식 고취를 위한 간호윤리 교육프로그램의 기초자료가 될 수 있으리라 생각한다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구를 개발하기 위한 방법론적 연구로서 두 단계로 이루어졌다. 제 1단계는 개념개발로서 간호사의 도덕적 고뇌 속성을 도출하고, 제 2단계는 도구개발로서 도구의 신뢰도와 타당도 검증, 개발된 도구를 통해 간호사의 도덕적 고뇌 상태를 조사하는 것이다.

자료수집은 2002년 5월부터 2003년 6월까지 대구·경북지역 7개 도시의 1, 2, 3차 의료기관에 근무하는 간호사를 대상으로 실시하였다.

제 1단계에서는 특정 개념을 도출하는 과정을 시작으로 측정에 이르기까지 양적, 질적 방법론이 가질 수 있는 제한점을 최소화 하고자 간호학에서 개념의 도출과정에 많이 활용되고 있는 Hybrid method의 과정을 일부 활용하였는데 간호사 6명에 대한 심층면접과 39명에 대한 개방형질문지법을 실시하였다. 자료분석은 간호사의 도덕적 고뇌 개념과 관련된 것으로 생각되는 중요한 문장을 발췌하여 의미를 찾아내고 개념의 속성을 찾아내는 작업을 실시하였다.

제 2단계에서는 도출된 속성을 중심으로 개념적 기틀을 마련하고, 예비문항 작성, 타당도와 신뢰도 검증 등의 단계를 거쳐 진행되었는데 5점 Likert형 척도의 폐쇄형 질문지법을 이용하여 간호사 800명을 대상으로 실시하였다. 자료분석은 SPSS for Window ver. 10.0 프로그램을 이용하여 도구의 내적 일관성 신뢰도는 Cronbach's alpha Coefficients를 산출하였으며, 도구의 구성타당도는 Varimax 회전과 주요인 분석(Principal Component Analysis)에 의한 요인분석(Factor Analysis)을 실시하였다. 집단 간의 평균의 차이는 통계적으로 유의한 지 알아보기 위하여 ANOVA 분석과 그에 따른 다중비교를 위한 사후검정으로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

제 1단계에서 도출된 간호사의 도덕적 고뇌 속성은 상황적 영역, 인지적 영역,

행동적 영역, 정서적 영역으로 된 4개 상위영역과 그에 따른 부적정 진료행위, 부적정 간호행위, 과중한 경제적 부담, 불합리한 조직행정, 내적제약, 외적제약, 부정적 행동반응, 부정적 정서반응으로 된 8개 하위영역으로 분류되었다.

제 이단계에서 도구의 영역별 타당도는 첫째, 상황적 영역에서 처음 34개의 문항을 요인 분석한 결과 문항간 상관계수는 모두 0.20~0.80사이의 값임이 확인되었고, 아이겐 값이 1.0이상인 요인은 6개이었으며, 설명력은 59.372%이었다. 둘째, 인지적 영역에서 처음 18개의 문항을 요인 분석한 결과 문항간 상관계수는 모두 0.20~0.80사이의 값임이 확인되었고, 아이겐 값이 1.0이상인 요인은 3개이었으며, 설명력은 55.484%이었다

도구의 영역별 신뢰도는 첫째, 상황적 영역의 내적 일관성 신뢰도는 Cronbach's α 값이 .9420이었고, 각 요인별 내적 일관성 신뢰도를 살펴보면, Cronbach's α 값은 부적정 진료행위가 .9176, 부적정 간호행위가 .8735, 환자의 자율성 존중결여가 .7924, 과중한 경제적 부담이 .6802, 불합리한 조직행정이 .4521로 나타났다. 둘째, 인지적 영역의 내적 일관성 신뢰도는 Cronbach's α 값이 .9150이었고, 각 요인별 내적 일관성 신뢰도를 살펴보면, Cronbach's α 값은 외적제약이 .8584, 내적제약이 .8649로 나타났다. 셋째, 정서적 영역의 부정적 정서반응은 내적 일관성 신뢰도가 Cronbach's α 값이 .9044로 나타났다.

행동적 영역은 간호사가 도덕적 문제를 내포한 간호상황에서 자신의 가치신념에 의해 내려진 도덕적 판단에 따라 도덕적 행위로 이행할 수 없음을 인지하게 될 경우 어떤 행동적 대처양식을 취하는 지 알아보기 위하여 다중 응답형식으로 질문하였다. 그 결과 상황에 대처할 전략을 구상이 58.3%로 가장 많았으며, 그 다음으로는 상황을 묵인(43.8%), 상황회피(40.1%), 이직 고려(27.1%), 상황을 거슬러마찰(16.1%)의 순으로 나타났다. 또한 5가지 대처양상 중에서 1가지 선택이 46.2%로 가장 많았으며, 2가지 선택(20.3%), 3가지 선택(17.1%), 4가지 선택(6.1%), 5가지 모두 선택(4.6%)의 순으로 나타났다.

간호사의 도덕적 고뇌의 영역별 점수분포는

첫째, 상황적 영역은 최저 34점부터 최고 170점까지의 분포가 가능한데 평균 점수는 82.46 ± 16.92 점이었다. 통계적으로 유의한 차이가 있는 일반적 특성은 연령, 교육정도, 근무경력, 종교, 근무지의 형태, 근무분야, 현재 직위였다.

둘째, 인지적 영역은 최저 18점부터 최고 90점까지의 분포가 가능한데 평균 점수는 54.50 ± 9.86 점이었다. 통계적으로 유의한 차이가 있는 일반적 특성은 근무경력, 종교, 근무지 형태, 근무분야였다.

셋째, 정서적 영역은 최저 13점부터 최고 65점까지의 분포가 가능한데 평균 점수는 47.83 ± 7.76 점이었다. 통계적으로 유의한 차이가 있는 일반적 특성은 근무경력, 종교, 근무지의 형태, 근무분야였다.

그러므로 개발된 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구는 타당도와 신뢰도가 비교적 높은 도구로 확인되었고, 개발된 도구로 측정된 임상 간호사들의 도덕적 고뇌정도도 각 영역별 중간점수 이상으로 높게 나타났음을 알 수 있다.

이상의 연구결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1. 본 연구에서 제시된 간호사의 도덕적 고뇌 개념 개발에 대한 반복연구를 실시할 것을 제언한다.
2. 본 도구의 각 영역별로 구분된 문항에서 각 영역을 포괄하는 문항형식을 개발하기 위하여 후속연구를 실시할 것을 제언한다.
3. 도구의 실증적 타당성 확인을 위하여 다양한 지역을 포함하는 보다 큰 표본을 대상으로 연구를 실시할 것을 제언한다.
4. 도구의 안정성을 평가하기 위한 반복 신뢰도 검사와 동시타당도, 예측 타당도 검증 등을 위한 후속연구를 실시할 것을 제언한다.

참고문헌

- 구영모(1999). *생명의료윤리*. 서울: 동녘.
- 김모임, 이원희(1997). *간호윤리와 간호실무: 윤리적 결정을 위한 지침*. 서울: 현문사.
- 김인숙(1992). 빈곤여성의 심리적 디스트레스에 대한 사회환경적 접근. *성공회대학논총*, 제6집.
- 김태길(1987). *윤리학*. 서울: 박영사
- 대한간호협회(2001). *통계자료*. 자료실.
- 두산세계대백과 EnCyber (2002).
- 두산세계대백과 EnCyber.
- 박명신(2000). *약물 남용자의 심리·사회적 자원과 디스트레스와의 관계: 성별차이를 중심으로*. 가톨릭대학교 석사학위논문.
- 박봉배(1990). *기독교 윤리학 개론*. 서울: 대한기독교 출판사
- 박상국(2001). *도덕적 판단이 행동에 이르는 과정의 고찰*. 한국교원대학교 석사학위논문.
- 보건복지부(1999). *All rights reserved*. Mail to: webmaster.
- 브리태니커 전자백과 사전 (1999).
- 엄영란(1994). *말기환자 간호에서 간호사가 경험하는 윤리문제에 관한 연구: 사례 분석적 접근*. 서울대학교 박사학위논문.
- 엡센스영한사전 8th (2001). 서울: 민중서림.
- 유호중, 손명세, 이경환(2002). *의료문제에 대한 윤리와 법의 통합적 접근*. 서울 : 동림사.
- 이은옥, 임난영, 박현애(1998). *간호·의료연구와 통계분석*. 서울: 수문사.
- 이주희(1999). *취업주부의 역할갈등과 심리적 디스트레스에 대한 대처방식, 자아존중감 및 성역할 정체감의 중재효과*. 숙명여자대학교 박사학위논문.
- 이평숙(1987). *생활사건과 관련된 스트레스량 측정에 관한 방법론적 연구*. 연세대학교 박사학위논문.

- 이희승(1990). *국어대사전*. 서울: 민중서림.
- 조갑출(1996). *간호영역에서의 대상자 옹호 개념 개발*. 연세대학교 박사학위논문.
- 지성애 외(2000). *간호관리학 I*. 서울: 수문사.
- 한국의료윤리교육학회(2001). *의과대학 학습목표에 기초한 의료윤리학*. 서울: 계축문화사.
- 한성숙 외(1999). *간호윤리학*. 서울: 대한간호협회.
- 한성숙(1992). *간호사들이 임상에서 경험하는 윤리적 딜레마의 실상과 의사결정에 관한 연구*. 서울대학교 박사학위논문.
- Ann. B. Hamric(2000). Moral distress in everyday ethics. *Nursing Outlook*, 48, 199-201.
- Carolyn, Hayes(2000). The synergy model in practice-Strengthening nurses's moral agency. *Critical Care Nurse*, 20(5), 90-94.
- Catlin, A. C., & Carter, B. S.(2000). Continuing the Dialogue: Resuscitation of Marginally Viable Neonates. *Cambridge Quartely of Healthcare Ethics*, 9, 400-403.
- Cindy Hylton Rushton(1995). The Babt K Case: Ethical Challenges of Preserving Professional Integrity. *Pediatric Nursing*, 21(4), 367-372.
- Cohen & Willis (1985). *Social support, stress, and the buffering hypothesin: A theoretical analysis*. In Handbook of psychology and health(Vol. 4), 253-268.
- Davies, B., Cook, K., O'Loane, M., Clarke, D., MacKenaie, B., Stutzwe, C., Connaughty, S., & McCormick, J.(1996). Caring for Dying Children ; Nurses' Experiences. *Pediatric Nursing*, 22(6), 500-507.
- Deborah Sundin-Huard, & Kathleen Fahy (1999). Moral distress, advocacy and burnout: Theorising the relationships. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 8-13.
- Fenton, M.(1988). Moral distress in clinical practice: Implications for the nurse administrator. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 1, 8-11.
- Fowler, M. D. M.(1989). Ethical Issues In Critical Care: Moral distress and

- shortage of critical care nurses. *Heart & Lung*, 18(3), 314-315.
- Gail, J. Mitchell (2001). Policy, Procedure, and Routine: Matters of Moral Influence. *Nursing Science Quarterly*, 14(2), 109-114.
- Hair, J. F., Jr., Rolph, E. Anderson, Ronald, L. T., & Willam, C. B.(1995). *Multivariate Data Analysis with Readings*. Prentice-Hall, Fourth Edition.
- Jameton, A.(1984). *Nursing Practice: the Ethical Issue*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice Hall.
- Jameton, A.(1993). Dilemmas of Moral Distress: Moral Responsibility and Nursing and Nursing Practice. *AWHONN's Clinical Issues in Perinatal and Womes's Health Nursing*, 4, 542-551.
- Keller, M. C.(1985). Nurses responses to moral dilemmas(Doctoral dissertation, University of South Carolina, 1985). *Dissertation Abstracts International*, 46, 1870B.
- Ketefian, S.(1981). Critical thinking, educational preparation and development of moral judgement among selected groups of practicing nurses. *Nursing Research*, 30, 98-103.
- Kim, H. S.(1987). Structuring the Nursing Knowledge System: A Topology of Four Domains. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 1, 99-110.
- Lazarus & Falkman(1984-b). *Coping and Adaptation*. The handbook of behavioral medicine, In W. D. Gentry (Ed.). New York: Guilford.
- Liaschenko, J.(1995), Artificial personhood: Nursing ethics in a medical world. *Nursing Ethics*, 2, 185-196.
- Linda Beth Tiedje (2000). Moral Distress in Perinatal Nursing. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 14(2), 36-43.
- Mary, C., Corley, R. K. Elswick, Martha Gorman, & Theresa Clor (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 250-256.
- Meinir Krishnasamy(1999). Nursing, morality, and emotions: Phase I and II

- clinical trials and patients with cancer. *Cancer Nursing*, 22(4), 251-259.
- Millette, B. E.(1994). Using Gilligan's framework to analyze nurse's stories of moral choices. *Western Journal of Nursing Research*, 16(6). 660-674.
- Penticuff, J. H. & Waldren, M.(2000). Influence of practice environment and nurse characteristics on perinatal nurses' responses to ethical dilemmas. *Nursing Research*, 49(2), 64-72.
- Perkin, R. M., Young, T., Freier, M. C., Allen J., & Orr R. D.(1997). Stress and Distress in Pediatric Nurses: Lesson From baby K. *American Journal of Critical Care*, 6(3), 225-232.
- Redman B. K., & Fry S. T.(2000). Nurses' Ethical Conflicts: What is really known about them? *Nursing Ethics*, 7(4), 360-366.
- Rodney, P.(1988). Moral distress in critical care nursing. *Canadian Critical Care Nursing Journal*, June, 9-11.
- Schwartz-Barcott & Kim(2000). An Expansion and Elaboration of the Hybrid Model of Concept Development. In Rodgers B.L. & Knalf, K. A.(Ed.). *Concept development in Nursing*, W.B. Saunders Company, 129-159.
- Solomon, M., O'Donnell, L., Jennings, B., Guilfooy, S. M., Nolan, K., Jackson, R., Koch-Weser, D., & Donnelley, S.(1993). Decisions near the end of life: Professional views on life sustaining treatments. *American Journal of Public Health*, 83, 14-25.
- Tiedje, L. B.(2000). Moral Distress in Perinatal Nursing. *Journal of Neonatal Nursing*, 14(2), 36-43.
- U.S. General Accounting Office.(2001), Nursing workforce: Emerging nurse shortages due to multiple factors. Report to the Chairman, Subcommittee on Health, Committee on Ways and Means, House of Representatives.(Publication No. GAO-01-944). Washington, DC: Author.
- Webster Dictionary (1913). 435.
- Wilkinson, J. M.(1987/88). Moral distress in nursing practice: experience and

effect. *Nursing Forum*, 23, 16-29.

Wilkinson, J. M.(1989). Moral Distress: A Labor and Delivery Nurse's Experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 18(6), 513-9.

Wurzbach, Mary Ellen (1996). Comfort and nurses's moral choices. *Journal of Advanced Nursing*, 24(2), 260-264.

〈부록 1〉 대상자의 일반적 특성

일반적 특성	구 분	인수(%)	전체N=285
연령	24세이하	233(29.7)	
	25 -29	273(34.8)	
	30 -34	133(16.9)	
	35세이상	143(18.2)	
	무응답	3(0.4)	
교육	간호전문대학	593(75.5)	
	간호학과(대학)	149(19.0)	
	석사과정이상	42(5.4)	
	무응답	1(0.1)	
근무경력	1년미만	72(9.2)	
	1-3년미만	167(21.3)	
	3-5년미만	141(18.0)	
	5년이상	398(50.7)	
	무응답	7(0.9)	
결혼상태	기혼	298(38.0)	
	미혼	486(61.9)	
	무응답	1(0.1)	
종교	천주교	123(15.7)	
	개신교교	148(18.9)	
	불교	174(22.2)	
	없음	308(39.2)	
	기타	26(3.3)	
	무응답	6(0.8)	
근무지의 형태	대학병원	452(57.6)	
	종합병원	301(38.3)	
	개인병원	25(3.2)	
	기타	7(0.9)	
근무분야	내과계 병동	164(20.9)	
	외과계 병동	170(21.7)	
	정신과 병동	28(3.6)	
	산소아과 병동	59(7.5)	
	중환자실	94(12.0)	
	응급실	61(7.8)	
	신생아실	26(3.3)	
	기타	178(22.7)	
	무응답	5(0.6)	
현재의 직위	일반간호사	618(78.7)	
	책임간호사	66(8.4)	
	수간호사	98(12.5)	
	무응답	3(0.4)	

〈부록 2〉 간호사의 도덕적 고뇌의 영역별, 문항별 신뢰계수

1) 상황적 영역

문항	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1	.5635	.9465
2	.5158	.9468
3	.6040	.9461
4	.6749	.9456
5	.6964	.9454
6	.5808	.9463
7	.7053	.9452
8	.6677	.9456
9	.6124	.9460
10	.6303	.9459
11	.5068	.9469
12	.5343	.9468
13	.7192	.9452
14	.6103	.9461
15	.6967	.9455
16	.3696	.9480
17	.5925	.9462
18	.5879	.9464
19	.5718	.9465
20	.5829	.9464
21	.5958	.9462
22	.5705	.9464
23	.6001	.9462
24	.6483	.9458
25	.2985	.9494
26	.5416	.9466
27	.5228	.9468
28	.5915	.9463
29	.4903	.9475
30	.6714	.9456
31	.6823	.9457
32	.6685	.9456
33	.4356	.9475
34	.5074	.9472

2) 인지적 영역

문항	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1	.4194	.9149
2	.6102	.9098
3	.5626	.9110
4	.6126	.9097
5	.6371	.9091
6	.6478	.9090
7	.6322	.9093
8	.6025	.9101
9	.5965	.9103
10	.4102	.9150
11	.6580	.9084
12	.5651	.9110
13	.5275	.9120
14	.6663	.9082
15	.6305	.9092
16	.5555	.9113
17	.5850	.9105
18	.6218	.9095

3) 정서적 영역

문항	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1	.5842	.8988
2	.6039	.8984
3	.6683	.8948
4	.6753	.8948
5	.5387	.9004
6	.5839	.8986
7	.6227	.8970
8	.6183	.8973
9	.6755	.8945
10	.7121	.8926
11	.3986	.9070
12	.6866	.8939
13	.6722	.8946

〈부록 3〉 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구의 문항별 점수분포

1) 상황적 영역

문 항	mean	S.D
1 윤리적 절차를 무시하고 의사 임의로 생명연장치료를 중단할 경우	2.14	.91
2 간호기록의 조작을 요구받을 경우	2.01	.82
3 환자들의 통증호소에 대해 의사들이 무성의하게 대응할 경우	3.25	.89
4 의사의 무성의한 처치행위를 접할 경우	3.25	.88
5 간호사의 조언을 무시하는 의사들의 태도로 환자의 상태가 악화될 경우	2.95	.87
6 간호사에게 언어적 폭력을 휘두르는 의사들의 태도를 접할 경우	3.03	1.00
7 말기 환자들에 대하여 의사가 무관심하고 소홀하게 대할 경우	2.90	1.01
8 환자나 보호자의 질문에 성실한 답변을 해 주지 않는 의사의 태도를 접할 경우	3.18	.92
9 의사가 환자나 보호자의 사전동의도 구하지 않고 연구목적의 검사나 시술을 시행할 경우	2.49	.98
10 간호사의 부름에 대해 의사의 느장대처 혹은 무응답인 경우	3.42	.97
11 기형아 치료에 대하여 의료진이 소극적인 태도를 보일 경우	1.89	.91
12 의사의 의문스러운 지시(처방)을 접할 경우	2.83	1.01
13 의사의 기술미숙으로 환자의 상태를 악화시키거나 다른 불이익을 초래하게 될 경우	2.82	.89
14 바빠서 알면서도 환자의 요구를 무시하게 될 경우	3.12	.84
15 바빠서 환자 상태의 소홀한 관찰로 위급상황을 초래할 경우	2.48	.84
16 회복이 불가능한 환자에 대해 의료진이 적극적인 치료를 시도할 경우	2.85	.92
17 동료간호사간에 무시하는 태도를 취할 경우	2.62	.85
18 투약과오를 범했을 경우	2.28	.75
19 간호지식, 경험부족으로 환자에게 불이익을 초래할 경우	2.51	.75
20 동료 간호사가 투약과오를 하고도 보고하지 않았음을 알고 있을 경우	2.07	.77
21 경제적으로 취약한 환자가 적절한 치료혜택을 받지 못할 경우	2.90	.88
22 노인이라는 이유로 보호자가 적극적인 치료를 포기하거나 거부할 경우	3.09	.99
23 경제적으로 어려운 환자보다 여유가 있는 환자에게 더 나은 치료를 제공하는 경우	2.72	.94
24 환자가 진행 중인 처치 절차에 대해 충분한 정보를 얻지 못하고 처치가 수행될 경우	3.02	.86
25 환자 수 감소로 원치 않는 휴가나 타병동 지원근무를 해야 할 경우	2.87	1.20
26 의료보호 환자들의 입원을 꺼리거나 퇴원을 중용하는 경우	2.31	.88
27 의학적으로 희망이 없는 환자가 생명연장에 대한 소망을 가질 경우	2.73	.98
28 환자에게 진실을 말하지 않는 경우	2.69	.85
29 환자에게 치료방법에 대한 선택권이나 의사결정권이 주어지지 않을 경우	2.75	1.16
30 환자에게 질환에 대한 충분한 정보를 주지 않고 의사결정을 하도록 할 경우	2.71	.87
31 간호처치 행위에 대한 오류로 환자에게 불이익을 초래할 경우	2.32	.73
32 위급상황 발생시 의료진의 비협조적인 태도로 갈등을 초래할 경우	2.65	.88
33 DRG와 관련하여 입원단축이나 제한된 치료 및 간호를 제공해야 할 경우	2.46	.92
34 이미 심정지가 왔음에도 불구하고 가족의 일원이 도착할때까지 부착해 놓은 경우	2.90	1.13

2) 인지적 영역

문 항	mean	S.D
1 개인의 종교적 신념의 차이	2.34	.87
2 의사의 지시(처방)를 따라야 함과 동시에 환자에게 최선을 다해야 하는 직업상 간호사로서의 책임과 의무간 갈등	3.00	.85
3 용기부족	2.82	.81
4 자기주장(표현)의 어려움	3.07	.85
5 시간이 흐름에 따라 점차 무디어지고 타성에 젖게 됨	3.35	.83
6 의사와 간호사의 환자상태에 대한 견해 차이	3.00	.77
7 자기 합리화	2.94	.79
8 의사의 지시(처방)에 대한 관행적 수행	3.27	.80
9 자기확신의 부족	2.94	.77
10 실직에의 두려움	2.23	.85
11 의사의 비협조	3.08	.91
12 동료 간호사의 비협조	2.48	.82
13 보호자의 비협조	3.31	.88
14 의사결정권(힘)의 부족	3.23	.88
15 부적절한 인사관리	3.08	.95
16 불합리한 보건의료정책	3.30	.91
17 과중한 업무부담	3.75	.91
18 상위 간호조직의 지지결여	3.32	.93

3) 정서적 영역

문 항	mean	S.D
1 화가 난다	3.98	.72
2 속이 상한다	4.12	.67
3 죄책감이 든다	3.36	.93
4 갈등에 휩싸인다	3.70	.82
5 안타까운 마음이 든다	3.94	.73
6 간호사로서 힘의 한계를 느낀다	4.15	.81
7 환자나 보호자에게 미안한 마음이 든다	3.74	.81
8 두려운 마음이 든다	3.29	.98
9 간호직에 대해 회의감이 든다	3.66	1.01
10 나 자신이 실망스럽다	3.46	.99
11 시간이 지남에 따라 점차 무디어진다	3.49	.92
12 양심의 가책을 느낀다	3.34	.91
13 우울하다	3.59	.97

설문지

안녕하십니까?

바쁘신 중에도 이 연구에 참여해 주셔서 진심으로 감사 드립니다.

이 설문지는 박사학위 논문을 위해 간호사의 도덕적 고뇌(moral distress)에 관한 연구자료를 수집하기 위하여 여러분의 귀중한 의견을 듣고자 합니다.

본 연구의 결과는 간호사가 경험할 수 있는 도덕적 고뇌 개념에 대한 이해를 높이고, 도덕적 고뇌로 인한 어려움을 경감할 수 있도록 돕는데 필요한 자료를 제공함으로써 간호전문직의 발전에 크게 공헌할 수 있으리라 생각합니다.

말씀하여 주신 귀한 의견은 본 연구의 목적에만 사용될 것이며 무기명으로 처리되기 때문에 개인의 사사로운 사정과 비밀은 보장될 것입니다. 대답에는 맞고 틀린 답이 없으므로 어떤 내용이든지 사실대로, 또 생각나시는 대로만 대답해 주시면 됩니다.

귀하의 성의 있고 적극적인 협조를 부탁드립니다.
대단히 감사합니다.

연세대학교 대학원 박사과정 유 명 속 드림

대상자의 일반적 특성 조사지

1. 다음 사항에 대하여 해당란에 표시(✓)하여 주십시오.

1. 연령 : 만 _____ 세
2. 교육 : 1) _____ 간호전문대학 졸업
2) _____ 간호학과(대학) 졸업
3) _____ 석사과정 이상
3. 근무경력 : _____ 년 _____ 개월
4. 결혼상태 : 1) _____ 기혼 2) _____ 미혼
5. 종교 : 1) _____ 천주교 2) _____ 개신교
3) _____ 불교 4) _____ 없음
5) _____ 기타
6. 근무지의 형태 :
1) _____ 대학병원 2) _____ 종합병원
3) _____ 개인의원 4) _____ 기타
7. 근무분야 : 1) _____ 내과계 병동 2) _____ 외과계 병동
3) _____ 정신과 병동 4) _____ 산소아과 병동
5) _____ 중환자실 6) _____ 응급실
7) _____ 신생아실 8) _____ 기타
8. 현재의 직위 : 1) _____ 일반 간호사 2) _____ 책임 간호사
3) _____ 수간호사

1. 다음은 임상에서 경험할 수 있는 윤리적 상황을 나열한 것입니다. 이 중에서 당신이 지금까지 경험한 사항에 대하여 해당란에 표시(✓) 하여 주십시오.

문 항	아주많이 경험한다	많이 경험한다	보통 이다	거의 경험하지 않는다	전혀 경험하지 않는다
	↓	↓	↓	↓	↓
1. 윤리적 절차를 무시하고 의사 임의로 생명연장 치료를 중단할 경우	5	4	3	2	1
2. 간호기록의 조작을 요구받을 경우	5	4	3	2	1
3. 환자들의 통증호소에 대해 의사들이 무성의하게 대응할 경우	5	4	3	2	1
4. 의사의 무성의한 처치행위를 접할 때	5	4	3	2	1
5. 간호사의 조언을 무시하는 의사들의 태도로 환자의 상태가 악화될 때	5	4	3	2	1
6. 간호사에게 언어적 폭력을 휘두르는 의사들의 태도를 접할 때	5	4	3	2	1
7. 말기 환자들에 대하여 의사가 무관심하고 소홀하게 대할 때	5	4	3	2	1
8. 환자나 보호자의 질문에 성실한 답변을 해 주지 않는 의사의 태도를 접할 때	5	4	3	2	1
9. 의사가 환자나 보호자의 사전동의도 구하지 않고 연구목적의 검사나 시술을 시행할 때	5	4	3	2	1
10. 간호사의 부름에 대해 의사의 낙장대처 혹은 무응답인 경우	5	4	3	2	1
11. 기형아 치료에 대하여 의료진이 소극적인 태도를 보일 때	5	4	3	2	1
12. 의사의 의문스러운 지시(처방)를 접할 때	5	4	3	2	1
13. 의사의 기술 미숙으로 환자의 상태를 악화시키거나 다른 불이익을 초래하게 될 경우	5	4	3	2	1
14. 바빠서 알면서도 환자의 요구를 무시하게 될 때	5	4	3	2	1
15. 바빠서 환자 상태의 소홀한 관찰로 위급상황을 초래할 때	5	4	3	2	1

문항	아주많이 경험한다	많이 경험한다	보통 이다	거의 경험하지 않는다	전혀 경험하지 않는다
	↓	↓	↓	↓	↓
16. 회복이 불가능한 환자에 대해 의료진이 적극적인 치료를 시도할 경우	5	4	3	2	1
17. 동료간호사를 무시하는 태도를 취할 때	5	4	3	2	1
18. 투약과오를 범했을 때	5	4	3	2	1
19. 간호지식, 경험부족으로 환자에게 불이익을 초래할 때	5	4	3	2	1
20. 동료 간호사가 투약 과오를 하고도 보고하지 않았음을 알고 있을 때	5	4	3	2	1
21. 경제적으로 취약한 환자가 적절한 치료혜택을 받지 못할 경우	5	4	3	2	1
22. 노인이라는 이유로 보호자가 적극적인 치료를 포기하거나 거부하는 경우	5	4	3	2	1
23. 경제적으로 어려운 환자보다 여유가 있는 환자에게 더 나은 치료를 제공하는 경우	5	4	3	2	1
24. 환자가 진행 중인 처치 절차에 대해 충분한 정보를 얻지 못하고 처치가 수행될 때	5	4	3	2	1
25. 환자수 감소로 원치 않는 휴가나 타병동 지원근무를 해야 할 경우	5	4	3	2	1
26. 의료보호 환자들의 입원을 꺼리거나 퇴원을 종용하는 경우	5	4	3	2	1
27. 현실적으로 희망이 없는 환자가 생명연장에 대한 소망을 가질 때	5	4	3	2	1
28. 환자에게 진실을 말하지 않는 경우	5	4	3	2	1
29. 환자에게 치료방법에 대한 선택권이나 의사결정권이 주어지지 않을 때	5	4	3	2	1
30. 환자에게 질환에 대한 충분한 정보를 주지 않고 의사결정을 하도록 할 때	5	4	3	2	1
31. 간호처치 행위에 대한 오류로 환자에게 불이익을 초래할 경우	5	4	3	2	1
32. 위급상황 발생시 의료진과 상호 비협조적인 관계로 갈등을 초래할 경우	5	4	3	2	1
33. DRG와 관련하여 입원단축이나 제한된 치료 및 간호를 제공해야 할 경우	5	4	3	2	1
34. 이미 심정지가 왔음에도 불구하고 가족의 일원이 도착할 때까지 인공호흡기를 부착해 놓는 경우	5	4	3	2	1

II. 다음은 앞 I의 상황에서 환자의 최선의 이익을 도모하기 위한 도덕적 행동을 어렵게 하거나 불가능하게 하는 제약사항들을 나열한 것입니다. 이 중에서 당신이 지금까지 경험한 사항에 대하여 해당란에 표시(✓) 하여 주십시오.

문 항	아주많이 경험한다	많이 경험한다	보통 이다	거의 경험하지 않는다	전혀 경험하지 않는다
	↓	↓	↓	↓	↓
1. 개인의 종교적 신념의 차이	5	4	3	2	1
2. 의사의 지시(처방)를 따라야 함과 동시에 환자에게 최선을 다해야 하는 직업상 간호사로서의 책임과 의무간 갈등	5	4	3	2	1
3. 용기부족	5	4	3	2	1
4. 자기주장(자기표현)의 어려움	5	4	3	2	1
5. 시간이 흐름에 따라 점차 무디어지고 타성에 젖게 됨	5	4	3	2	1
6. 의사와 간호사의 환자상태에 대한 견해 차이	5	4	3	2	1
7. 자기 합리화	5	4	3	2	1
8. 의사의 지시(처방)에 대한 관행적인 수행	5	4	3	2	1
9. 자기확신의 부족	5	4	3	2	1
10. 실직에의 두려움	5	4	3	2	1
11. 의사의 비협조	5	4	3	2	1
12. 동료 간호사의 비협조	5	4	3	2	1
13. 보호자의 비협조	5	4	3	2	1
14. 의사결정권(힘)의 부족	5	4	3	2	1
15. 부적절한 인사관리	5	4	3	2	1
16. 불합리한 보건의료정책	5	4	3	2	1
17. 과중한 업무부담	5	4	3	2	1
18. 상위 간호 조직의 지지결여	5	4	3	2	1

Ⅲ. 다음은 앞에서 나열한 윤리적 상황(Ⅰ)에서 제약조건(Ⅱ)을 인지했을 때 나타날 수 있는 행동적 반응을 나열한 것입니다. 이 중에서 당신이 지금까지 경험한 사항에 대하여 해당란에 모두 표시(✓) 하여 주십시오.

1. 상황을 목인한다. ()
2. 상황을 회피한다. ()
3. 상황을 거슬러 마찰을 일으킨다. ()
4. 상황에 대처할 새로운 전략을 구상한다. ()
5. 이직을 고려한다.

Ⅳ. 다음은 앞에서 나열한 윤리적 상황(Ⅰ)에서 제약조건(Ⅱ)을 인지했을 때 나타날 수 있는 정서적 반응을 나열한 것입니다. 이 중에서 당신이 지금까지 경험한 사항에 대하여 해당란에 표시(✓) 하여 주십시오.

문 항	매우	그렇다	그저	그렇지	전혀
	그렇다	그렇다	그렇다	않다	그렇지
	↓	↓	↓	↓	↓
1. 화가 난다.	5	4	3	2	1
2. 속이 상한다.	5	4	3	2	1
3. 죄책감이 든다.	5	4	3	2	1
4. 갈등에 휩싸인다.	5	4	3	2	1
5. 안타까운 마음이 든다.	5	4	3	2	1
6. 간호사로서 힘의 한계를 절감한다.	5	4	3	2	1
7. 환자나 보호자에게 미안한 마음이 든다.	5	4	3	2	1
8. 두려운 마음이 든다.(두렵다)	5	4	3	2	1
9. 간호직에 대해 회의감이 든다.	5	4	3	2	1
10. 나 자신이 실망스럽다.	5	4	3	2	1
11. 점차 무디어진다.	5	4	3	2	1
12. 양심의 가책을 느낀다.	5	4	3	2	1
13. 우울하다.	5	4	3	2	1

ABSTRACT

The Development of a Measurement Tool for Moral Distress in Nurses

Yoo, Myung Sook
Dept. of Nursing
The Graduate School
Yonsei University

This methodological study was done to develop a measure of moral distress in nurses. The first step was identification of concepts, which describe attributes of moral distress in nurses, and the second, development of a measurement tool. Reliability and validity of the measurement tool were tested and the state of moral distress in nurses was examined using the measurement tool that had been developed.

Data collection was conducted with nurses working in primary, secondary and tertiary medical institutions in 7 cities located in the Daegu/North Kyeongsang Province area. Data collection was done from May 2002 to June 2003.

In the first step part of the Hybrid method, which has been widely used to derive concepts in nursing science, was used to minimize the limitations of quantitative and qualitative methods. The process begins with deriving particular concepts and moves to development of the measurement tool. In-depth interviews were conducted with 6 nurses and open question interviews, with 39 nurses.

Analysis was done by extracting important sentences related to concepts of moral distress in nurses, identifying the meaning and elucidating the attributes of the concepts.

In the second step, the conceptual framework was used to develop preliminary items, and validity and reliability were tested. The participants were 800 nurses who responded to a questionnaire composed of 70 items using a 5-point Likert scale. The data was processed using SPSS for Window ver. 10.0 program, and inner consistency reliability of the tool was calculated by Cronbach's alpha coefficients. Structural validity of the tool was examined using Factor Analysis with Varimax Rotation and Principal Component analysis. In order to examine the statistical significance of differences in averages between groups, ANOVA and posttest multiple comparisons were used.

The results of the study are as follows:

Four higher level concepts of moral distress in nurses were found; situational, cognitive, behavioral, and emotional, and 9 subscales, negative medical behavior, negative nursing behavior, lack of respect for autonomy of patients, excessive economic load, irrational organization administration, internal restraints, external restraints, negative behavioral responses, and negative emotional responses.

In terms of validity, coefficients of correlation between items on the scales of the measurement tool were found to be between 0.20 and 0.80. There were 6 factors in the situational area, whose eigen value was 1.0 and whose explanatory power was 59.372%, and 3 factors in the cognitive area whose explanatory power was 55.484%.

For internal consistency reliability, Cronbach's α was .9420 in the situational

area, .9150 in the cognitive area and .9044 in the emotional area.

For the behavioral area, multiple choice questions were used to determine behavioral measures for nurses acting in nursing situations containing moral problems where they are unable to behave according to moral judgments which match their value beliefs. The results, in order of strategies to cope with the situation, were, silent approval of the situation, avoidance of the situation, consideration of leaving the jobs, and conflict against the situation.

The distribution of scores according to area of moral distress was as follows:

The situational area had an average of 82.46 of a possible 170. There were statistically significant differences according to age, schooling, career, religion, place of employment, field of employment, and the present status.

The cognitive area had an average of 54.50 of a possible 86. There were statistically significant differences according to career, religion, place of employment, and field of employment.

The emotional area had an average of 47.83 of a possible 65. There were statistically significant differences according to career, religion, place of employment, and field of employment.

In conclusion, the degree of moral distress in nurses in the clinical world was found to be relatively high with scores higher than average in each area. Therefore, it is necessary to develop programs of arbitration that will lessen the moral distress in nurses working in clinical practice.

Key words : Moral Distress, Development of a Measurement Tool