

# 국립정신의료기관 간호사의 도덕적 민감성과 공감능력 및 지각된 윤리풍토의 관계

조혜경<sup>1</sup> · 김선아<sup>2</sup>

국립정신건강센터 · 연세대학교 대학원 간호학과<sup>1</sup>, 연세대학교 간호대학<sup>2</sup>

## Moral Sensitivity, Empathy and Perceived Ethical Climate of Psychiatric Nurses Working in the National Mental Hospitals

Jo, Hyekyung<sup>1</sup> · Kim, Sunah<sup>2</sup>

<sup>1</sup>National Center for Mental Health · Graduate School, Yonsei University, Seoul

<sup>2</sup>College of Nursing, Yonsei University, Seoul, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to identify the relationships between Moral Sensitivity, Empathy and Perceived Ethical Climate for nurses working in national mental hospitals and to provide basic data for the development of interventions that enhance Moral Sensitivity and help psychiatric hospital nurses in Ethical Decision-making. **Methods:** This descriptive cross-sectional study was conducted with 182 psychiatric nurses working in the national mental hospitals. Data were collected through self-report questionnaires which included the Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ), Interpersonal Reactivity Index (IRI), and Hospital Ethical Climate Survey (HECS). **Results:** The mean score for MSQ was 5.19, for IRI, 2.49, and for HECS, 3.73. There was a significant positive correlation between moral sensitivity and empathy ( $r=.24, p=.001$ ), between moral sensitivity and perceived ethical climate ( $r=.17, p=.025$ ) and between empathy and perceived ethical climate ( $r=.17, p=.025$ ). **Conclusion:** Findings indicate that moral sensitivity can be enhanced by improving empathy, a personal factor, and ethical climate, an organization factor. Further identification of the relationship between moral sensitivity and personal and organizational factors will be useful in the development of interventions to enhance moral sensitivity of nurses working in psychiatric wards.

**Key Words:** Moral sensitivity, Empathy, Ethical climate, Psychiatric nurses

### 서 론

#### 1. 연구의 필요성

간호사는 인간을 대상으로 하여 생명과 권리를 보호하고 존중할 책임이 있기 때문에 윤리와 관련된 중요한 의사결정과 윤

리적 행동을 해야 하는 상황을 자주 맞게 되고, 이것이 간호의 핵심 요소로서 인식되고 있다[1]. 이러한 윤리적 행동을 유발하기 위해서는 확고한 윤리적 가치관과 지식이 요구되며 합리적 의사 결정 과정에서 반성적이고 비판적인 사고과정이 필요하다[2].

Rest가 제안한 도덕성 4구성요소 모형에 따르면 인간이 도

**주요어:** 도덕적 민감성, 공감, 윤리풍토, 정신간호사

**Corresponding author: Kim, Sunah**

College of Nursing, Yonsei University, 50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03722, Korea.

Tel: +82-2-2228-3210, Fax: +82-2-364-5027, E-mail: PSY0962@yuhs.ac

- This article is a revision of the first author's master's thesis from Yonsei University.

Received: Apr 4, 2017 | Revised: Jun 2, 2017 | Accepted: Jun 9, 2017

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

덕적 행동을 하려면 순서에 관계없이 도덕적 민감성, 도덕적 추론, 도덕적 동기화, 도덕적 실천력의 네 가지 심리적 과정을 거치게 된다. 이 요소들 중 하나인 도덕적 민감성은 윤리적 의사결정 과정에서 상황에 대한 윤리적 문제를 발견할 수 있는 능력으로, 맥락적이고 직관적인 이해력과 윤리적 의사결정의 결과에 대한 통찰력으로 정의된다[3]. 상황에 내포된 도덕적 문제를 인지하고 해석하는 도덕적 민감성 과정 없이는 도덕적 행동이 발생하지 않기 때문에 도덕적 민감성은 도덕적 행동을 유발하는 핵심 요소로서 강조된다[3].

간호사는 인간을 대상으로 하고 인간 생명을 다루는 전문가이기 때문에 타 분야의 종사자보다 높은 도덕적 민감성이 요구되며, 대상자 위기상황의 최절점에 있기 때문에 타 분야의 의료인에 비해 윤리적으로 민감해야 한다[4]. 즉, 도덕적 의사결정과 도덕적 행동의 핵심 요소인 도덕적 민감성이 대상자의 안녕에 영향을 미치게 되므로 간호사는 높은 도덕적 민감성을 가져야 한다.

정신간호사는 영역적 특수성으로 인해 대상자의 안전 및 치료를 위한 격리·강박을 비롯해 비자발적 입원, 강제적 투약과 같은 인간의 자율성을 제한하는 처치를 수행하는 경우가 많아 이러한 처치를 수행할 때 윤리적 갈등을 자주 경험한다[5]. 특히 정신간호 영역에서의 도덕적 문제는 ‘도덕적으로 옳음’에 대한 견해가 항상 일치하지는 않으며 도덕적 문제가 야기되는 상황이 예측불가능하고 긴급하다는 특징을 보인다[6].

정신간호사는 윤리적 상황에서 도덕적 미숙 또는 무지, 도덕적 둔감, 도덕적 안주, 도덕적 충돌, 도덕적 딜레마, 도덕적 스트레스, 도덕적 고뇌와 같은 도덕적 의사결정의 어려움을 경험하게 된다[7-9]. 특히 도덕적 둔감(moral numbness)은 정신병리적 증상이 반복적으로 나타내는 환자를 간호하는 상황에서 환자의 증상 변화나 약물에 무관심해지는 것, 공격적 행동을 보이는 환자들을 입원시키지 않아야 한다고 생각하는 것, 또는 격리·강박 처치를 당연하게 여기는 것 등의 경험으로 나타난다고 보고되었다[7]. 도덕적으로 민감하지 않으면 부도덕한 행동을 야기할 수 있으며 도덕적 민감성이 높으면 도덕적 행동을 발생시키는데 영향을 미치기 때문에 정신간호사의 윤리적 간호를 위해서는 도덕적 민감성 향상이 필수적이다[10,11].

개인의 도덕적 민감성은 어떠한 특정 요인으로는 설명할 수 없으며 복잡한 요인들에 의해 영향을 받는다고 보고되었는데, 크게 개인적 요인과 조직적 요인으로 나눌 수 있다. 개인적 요인으로서 공감은 Hoffman의 이론에서 제시되었다[12]. 그는 공감을 도덕적 정서반응으로 강조하면서 타인의 위험이나 고통 상황을 대리적으로 경험하면서 ‘공감적 고통’이 발생하고, 도덕적 인지와 정서적 자각을 일으켜 결국 도덕 행동에 기여한

다고 설명하였다.

도덕적 민감성은 개인뿐만 아니라 조직적 영향도 받게 되는데, 그 중 하나는 윤리풍토(ethical climate)이다. 윤리풍토란 조직원들에게 공유된 강한 인식으로, 조직에서 윤리적 문제를 파악하고 무엇이 윤리적으로 옳은 행동인지 또는 윤리적 이슈를 어떻게 다룰 것인지에 영향을 미칠 수 있다. 윤리풍토는 직접 또는 간접적으로 개인의 윤리적 가치관과 신념에 더불어 의사결정과 행동에까지 영향을 미칠 수 있는 조직 환경적 조건으로서 강조된다[13].

도덕적 민감성은 도덕성과 도덕적 행동의 필수 요소로 강조되어 왔으나 대부분의 연구는 도덕적 문제의 특성이 정신간호영역과는 다른 타 간호영역에서 주로 수행되었으며 연구가 부족한 상황이다[14,15]. 특히 국립정신의료기관은 비교적 규모가 크고 정책적 방향을 제시할 가능성이 있음에도 불구하고 적은 수의 연구만이 시행되었다.

이에 본 연구는 국내 전수 국립정신의료기관의 병동 간호사를 대상으로 정신간호사의 도덕적 민감성과 개인적 차원의 요인인 공감능력, 그리고 조직적 차원의 요인인 윤리풍토의 관계를 규명하여 도덕적 민감성에 대한 지식을 확대하고 중재 개발의 기초자료를 마련하고자 시행하였다.

본 연구의 개념적 기틀은 Figure 1과 같다. Rest가 4구성요소 모형에서 도덕적 민감성과 관련된 요소로 제시하였던 공감을 개인적 요소로 하였으며, Olson이 간호 실무에서 일어나는 윤리적인 행동과 의사결정의 환경적 맥락으로서 강조하였던 윤리풍토를 조직적 요소로 하였다[3,16]. 이는 윤리적 행동을 유발하기 위해서는 도덕적 민감성과 개인적 차원의 요소인 공감능력, 조직적 차원의 요소인 지각된 윤리풍토가 서로 영향을 주고 받으며 유기적인 관계에 있음을 의미한다.

## 2. 연구목적

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

- 국립정신의료기관 병동간호사의 도덕적 민감성, 공감능력, 지각된 윤리풍토의 수준을 파악한다.
- 국립정신의료기관 병동간호사의 일반적 특성에 따른 도덕적 민감성, 공감능력, 지각된 윤리풍토의 차이를 검증한다.
- 국립정신의료기관 병동간호사의 도덕적 민감성, 공감능력, 지각된 윤리풍토의 관계를 규명한다.

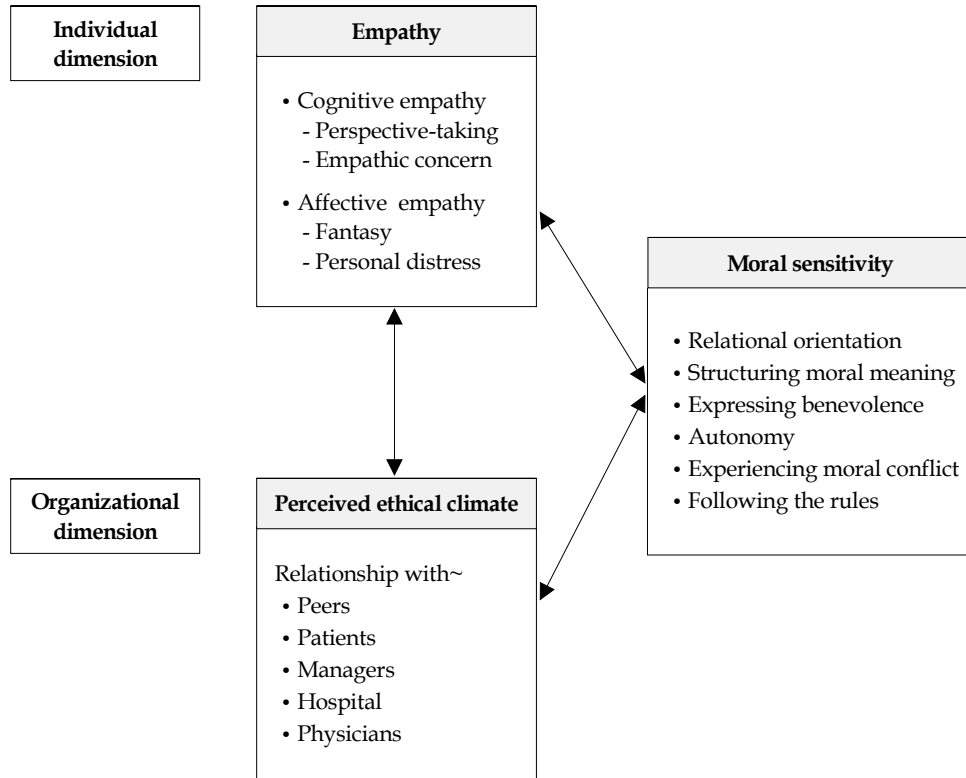


Figure1. The conceptual framework of this study.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 국립정신의료기관 병동간호사의 도덕적 민감성, 공감능력, 지각된 윤리풍토의 관계를 알아보기 위해 시행된 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구의 대상자는 국내의 모든 국립정신의료기관의 병동에서 근무하는 간호사이며 대상자선정기준은 정신간호사의 윤리적 변수들을 조사한 선행연구들[9,14]에 근거하여 정신간호영역 병동에서의 근무 경력이 1년 이상인 간호사로 하였다.

표본의 크기는 G\*Power 3.1 프로그램에서 상관관계분석, 양측검정, 효과크기 중간 .25, 유의수준( $\alpha$ )=.05, 통계적 검정력(1- $\beta$ )=.90로 설정 후 계산했을 때 최소 160명이 요구되었으며, 탈락률에 대비한 208명을 대상으로 설문 조사를 시행하였고, 최종적으로 총 182부의 자료가 분석에 사용되었다.

### 3. 연구도구

#### 1) 도덕적 민감성

도덕적 민감성을 측정하기 위해 Lutzen 등이 개발한 도덕적 민감성 설문지(Moral Sensitivity Questionnaire, MSQ)[17]를 Han 등이 번안하고 수정·보완한 한국판 도덕적 민감성 설문지(K-MSQ)[2]를 각각의 저자에게 e-mail을 통해 승인을 받은 후 사용하였다.

본 연구에서는 한국판 도덕적 민감성 설문지(K-MSQ)를 사용하되, 정신간호사를 대상으로 개발된 문항들을 모두 포함시키기 위하여 한국판에서 제외되었던 3개 문항(‘정신과 문제를 가진 환자들도 자신들의 간호와 관련된 의사결정에 참여할 수 있어야 좋은 간호라고 생각한다’, ‘환자가 정신의료기관에 비자의 입원한 경우, 나는 그 환자가 거부하더라도 의사의 처방에 따라야 한다’, ‘환자의 의지를 거스르면서 좋은 간호를 제공하는 것은 어렵다’)을 포함한 MSQ의 30문항을 그대로 사용하였으며 Lutzen 등의 하위 영역 분류[17]를 따랐다. MSQ는 총 30문항으로 관계지향성 3문항, 도덕적 의미 구조화 6문항, 선행 표현 5문항, 자율성 3문항, 도덕적 갈등 경험 5문항, 원칙 준수 7문항과 하위영역으로 분류되지 않은 26번 문항으로 구성

된다. MSQ는 Likert식 7점 척도로 구성되었으며 각 항목은 ‘절대로 동의 안 함’의 1점부터 ‘완전히 동의함’의 7점으로 계산되며 점수가 높을수록 도덕적 민감성이 높음을 의미한다.

MSQ에는 역산 여부가 애매한 문항들을 볼 수 있는데, 원저자에게 e-mail을 통해 도구 사용 방법을 문의하였으나 답변을 받을 수 없어 MSQ를 사용한 선행연구[2]의 도구 사용 방법을 참고하여 2개 문항(‘환자가 경구 투여를 거부할 때, 주사를 놓겠다고 위협하는 것이 때로는 일리가 있다’, ‘환자를 위해 어려운 결정을 내려야 할 때, 나는 주로 나의 감정에 의존한다’)을 분석 시 역산 처리 하였다. 개발 당시의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .78이었으며 본 연구에서는 .82였다.

## 2) 공감능력

공감능력을 측정하기 위해 Davis가 공감을 측정하기 위해 개발한 대인관계반응지수(Interpersonal Reactivity Index: IRI)[18]를 Park이 번안한 한글판 IRI [19]를 각각의 저자에게 e-mail을 통해 승인을 받은 후 사용하였다.

IRI는 총 28문항으로 구성되어 있으며 하위 영역으로는 크게 인지적 요소 14문항과 정서적 요소 14문항으로 이루어져 있다. 인지적 요소는 다시 관점취하기 7문항과 상상하기 7문항으로 구성되며 정서적 공감은 공감적 관심 7문항과 개인적 고통 7문항으로 구성된다.

IRI는 Likert식 5점 척도로 구성되어 있는데, 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다’의 0점부터 ‘매우 그렇다’의 4점으로 계산되며 점수가 높을수록 공감능력이 높음을 의미한다. 국내에서 IRI를 사용한 연구에서는 1점에서 5점 또는 6점 척도 등으로 계산 방법이 다양하였지만, 본 연구에서는 도구 사용 승인 시 원저자가 연구자에게 제공한 도구 설명서에서 제안하였던 0~4점 계산을 사용하였다. 개발 당시 원저자는 각 하위영역 및 성별 별로 분리하여 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 를 보고하였는데, 그 범위는 .70에서 .78이었다[18]. Woo 등의 연구[20]에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .76이었고 본 연구에서는 .77이었다.

## 3) 지각된 윤리풍토

지각된 윤리풍토를 측정하기 위해 Olson이 개발한 병원 윤리풍토 설문(Hospital Ethical Climate Survey, HECS)[16]의 사용과 번역에 대해 e-mail을 통해 승인을 받은 후 연구자의 일차 번역, 이중언어자의 역번역을 시행한 후 이중언어자인 간호 윤리 전문가 1인과 이중언어자인 정신간호 전문가 1인이 포함된 committee approach를 통해 번역한 도구를 사용하였다.

HECS는 총 26문항으로 동료와의 관계 4문항, 환자와의

관계 4문항, 관리자와의 관계 6문항, 병원과의 관계 6문항, 의사와의 관계 6문항으로 구성되어 있다. 본 도구는 Likert식 5점 척도로 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘항상 그렇다’ 5점으로 계산되며 점수가 높을수록 윤리 풍토를 긍정적으로 지각하고 있음을 의미한다. 개발 당시 HECS의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .84였으며 본 연구에서는 .94 (동료와의 관계: .72, 환자와의 관계: .74, 관리자와의 관계: .89, 병원과의 관계: .75, 의사와의 관계: .84)이었다.

## 4. 자료수집

자료수집은 2014년 10월 13일부터 2014년 11월 1일까지 시행되었다. 국내 전수의 국립 정신의료기관인 서울, 강원, 충남, 전남, 경남에 소재 국립정신의료기관을 연구자가 직접 방문하여 간호부서장에게 협조를 구하고 연구목적과 설문지의 내용을 설명하여 동의를 얻은 후 간호부서 차원에서 배부 및 회수되었다. 총 208부의 설문지를 배부하고 195부의 설문지가 회수되었으며(93.8%) 응답이 불충분한 설문지를 제외한 총 182부가 최종적으로 분석에 사용되었다(87.5%).

본 연구는 연세대학교 간호대학 연구윤리위원회의 연구 승인을 받은 후 자료수집을 시행하였다(간대 IRB 2014-0033-1). 사용된 모든 도구는 원저자와 번안자에게 e-mail을 통해 사용 승인을 받았으며 서울, 강원, 충남, 전남, 경남에 소재한 전수의 국립정신의료기관을 연구자가 직접 방문하여 부서장에게 협조를 구하고 연구목적과 설문지의 내용을 설명하여 동의를 얻었다. 각각의 연구대상자에게는 연구 설명문을 제공하고 서면을 통한 동의를 받았으며, 작성된 설문지가 타인에게 노출될 위험을 줄이기 위해 봉인이 가능한 서류봉투를 모든 연구대상자에게 제공하여 설문지를 작성한 후 봉인하도록 하였다.

## 5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 대상자의 일반적 특성과 도덕적 민감성, 공감능력, 지각된 윤리풍토는 실수, 백분율, 평균, 표준편차 등의 기술통계를 이용하여 산출하였다.
- 일반적 특성에 따른 도덕적 민감성, 공감능력, 지각된 윤리풍토의 차이를 파악하기 위하여 t-test와 ANOVA로 분석하고 사후 검정을 시행하였다.
- 도덕적 민감성, 공감능력, 지각된 윤리풍토의 관계를 파



악하기 위하여 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.

었다. 교육수준은 3년제 졸업이 37.9%로 가장 많았으며, 정신간호 관련 자격 사항으로는 정신보건간호사가 83.5%로 가장 많았고 직위는 일반간호사가 68.1%로 가장 많았다(Table 1).

## 연구결과

### 1. 일반적 특성

대상자의 성별은 여자가 90.7%로 남자(9.3%)보다 많았으며 연령은 평균 42.68세였다. 결혼 상태는 기혼이 79.1%로 가장 많았으며 종교가 있는 사람이 62.6%였다. 총 임상경력은 평균 18.91년이었으며 정신간호영역의 임상경력은 평균 15.57년이

### 2. 대상자의 도덕적 민감성, 공감능력 및 지각된 윤리 풍토

도덕적 민감성 30문항은 점수 범위 1~7점에서 최솟값 3.80점, 최댓값 6.50점이었으며 평균평점은 5.19±0.48점이었다. 6개의 하위 영역 중에서 관계지향성 영역의 평균평점이 6.16±0.68로 가장 높았으며 자율성(5.90±0.76), 원칙 준수(5.41±0.63), 선행

**Table 1.** Levels of Participants' Moral Sensitivity, Empathy and Perceived Ethical Climate according to Participant's General Characteristics (N=182)

Characteristics	Categories	n (%)	Moral sensitivity		Empathy		Perceived ethical climate	
			M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Gender	Male	17 (9.3)	5.13±0.48	-0.49	2.29±0.22	-3.93	3.68±0.37	-0.47
	Female	165 (90.7)	5.19±0.48	(.623)	2.51±0.30	(.001)	3.74±0.49	(.639)
Age (year)	< 30 <sup>a</sup>	17 (9.3)	5.01±0.48	3.04	2.44±0.21	2.64	3.82±0.58	4.49
	30~40 <sup>b</sup>	44 (24.2)	5.07±0.51	(.030)	2.43±0.26	(.051)	3.53±0.40	(.005)
	40~50 <sup>c</sup>	77 (42.3)	5.22±0.45	a, b < d	2.48±0.34		3.74±0.16	b < a, c, d
	≥ 50 <sup>d</sup>	44 (24.2)	5.32±0.46		2.60±0.30		3.89±0.50	
Marital status	Single	33 (18.1)	5.06±0.52	1.50	2.48±0.30	0.49	3.58±0.56	2.85
	Married	144 (79.1)	5.22±0.47	(.227)	2.50±0.31	(.614)	3.77±0.46	(.061)
	Etc.	5 (2.7)	5.16±0.22		2.37±0.20		3.49±0.48	
Religion	Have	114 (62.6)	5.19±0.47	-0.09	2.48±3.11	-0.51	3.75±0.46	0.63
	None	68 (37.4)	5.19±0.49	(.932)	2.51±0.30	(.614)	3.70±0.51	(.529)
Years of nursing experience	< 10 <sup>a</sup>	42 (23.1)	5.01±0.47	3.18	2.43±0.24	2.79	3.62±0.48	2.86
	10~20 <sup>b</sup>	38 (20.9)	5.15±0.52	(.015)	2.39±0.28	(.028)	3.64±0.42	(.025)
	20~25 <sup>c</sup>	35 (19.2)	5.24±0.43	a < c, d, e	2.56±0.35	a < e	3.67±0.43	a, b, c < e
	25~30 <sup>d</sup>	45 (24.7)	5.23±0.44		2.52±0.31	b < c, d, e	3.84±0.52	
	≥ 30 <sup>e</sup>	22 (12.1)	5.41±0.48		2.61±0.31		3.95±0.52	
Years of psychiatric nursing experience	1~5 <sup>a</sup>	29 (15.9)	5.00±0.50	2.02	2.43±0.21	4.39	3.70±0.49	4.12
	5~10 <sup>b</sup>	30 (16.5)	5.17±0.50	(.093)	2.44±0.26	(.002)	3.67±0.43	(.003)
	10~15 <sup>c</sup>	18 (9.9)	5.15±0.52		2.29±0.29	a, b, c < e	3.35±0.35	a, b, d, e > c
	15~20 <sup>d</sup>	25 (13.7)	5.34±0.46		2.50±0.29		3.79±0.49	
	≥ 20 <sup>e</sup>	80 (44.0)	5.22±0.44		2.58±0.33		3.83±0.49	
Education level	Diploma <sup>a</sup>	69 (37.9)	5.23±0.44	4.38	2.51±0.32	0.15	3.70±0.48	0.73
	Bachelor <sup>b</sup>	61 (33.5)	5.05±0.49	(.014)	2.48±0.28	(.861)	3.71±0.49	(.482)
	≥ Master's course <sup>c</sup>	52 (28.6)	5.30±0.50	b < c	2.48±0.31		3.80±0.48	
Qualification	PMHN <sup>a</sup>	152 (83.5)	5.17±0.48	0.84	2.52±0.31	4.08	3.71±0.49	1.03
	PMHNP <sup>b</sup>	16 (8.8)	5.28±0.51	(.436)	2.35±0.15	(.019)	3.89±0.47	(.358)
	GPN <sup>c</sup>	14 (7.7)	5.30±0.47		2.34±0.28	a > b, c	3.75±0.46	
Position	Staff <sup>a</sup>	124 (68.1)	5.12±0.47	5.97	2.46±0.29	4.48	3.65±0.46	5.89
	Charge <sup>b</sup>	20 (11.0)	5.19±0.40	(.003)	2.47±0.31	(.013)	3.84±0.42	(.003)
	≥ Unit manager <sup>c</sup>	38 (20.9)	5.41±0.48	a < c	2.62±0.31	a < c	3.94±0.52	a < c

PMHN=Psychiatric mental health nurse; PMHNP=Psychiatric mental health nurse practitioner; GPN=General psychiatric nurse.

표현(5.24±0.62), 도덕적 갈등 경험(4.91±0.90), 도덕적 의미 구조화(4.49±0.81) 순이었다(Table 2).

공감능력 28문항은 점수 범위 0~4점에서 최솟값 1.68점, 최댓값 3.32점이었으며 평균평점은 2.49±0.30점이었다. 하위 영역은 인지적 공감(2.61±0.39)였으며 관점 취하기(2.85±0.47), 상상하기(2.37±0.55)로 나타났다. 정서적 공감은 2.37±0.33으로 인지적 공감보다 낮았으며 공감적 관심(2.79±0.49), 공감적 고통(1.96±0.43) 순이었다(Table 2).

지각된 윤리풍토 26문항은 문항별 점수 범위 1~5점에서 최솟값 2.42점, 최댓값 4.96점이었으며 평균평점은 3.73±0.48점이었다. 다섯 가지 관계 유형 중에서 동료와의 관계가 3.93±0.49로 가장 높았으며 환자와의 관계(3.84±0.51), 관리자와의 관계(3.75±0.68), 병원과의 관계(3.64±0.54) 순이었고 의사와의 관계가 3.59±0.60으로 가장 낮았다(Table 2).

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

대상자의 도덕적 민감성은 연령, 총 임상경력, 교육수준, 직위에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 연령에 따른 도덕적 민감성은  $F=3.04, p=.030$ 으로 통계적으로 유의한 차이가 있었으며 사후검정에서 40세 미만의 집단보다 50세 이상의

집단이 높은 도덕적 민감성을 보였다. 총 임상경력에 따른 도덕적 민감성은  $F=3.18, p=.015$ 로 통계적으로 유의한 차이가 있었으며 사후검정에서 총 임상경력 10년 미만 집단보다 20년 이상의 집단에서 높았다. 교육수준에 따른 도덕적 민감성은  $F=4.38, p=.014$ 로 통계적으로 유의한 차이가 있었고 사후검정에서 4년제 간호학과를 졸업한 집단보다 석사과정 이상의 집단에서 도덕적 민감성 점수가 높았다. 직위에 따른 도덕적 민감성은  $F=5.97, p=.003$ 으로 통계적으로 유의한 차이가 있었으며 사후 분석에서 일반간호사에 비해 수간호사 이상 그룹이 높은 도덕적 민감성을 나타내었다. 그 밖의 변수인 정신간호 임상경력, 결혼상태, 종교, 자격 사항에 따른 도덕적 민감성은 유의한 차이가 없었다(Table 1).

대상자의 공감능력은 성별, 총 임상경력, 정신간호 임상경력, 자격 사항, 직위에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 성별에 따른 공감능력의 차이는  $t=-3.93, p=.001$ 로 통계적으로 유의한 차이를 보였으며 여자가 남자보다 높은 것으로 나타났다. 연령에 따른 공감능력은 집단 간 평균 차이를 보였으나  $F=2.64, p=.051$ 로 통계적으로 유의한 수준은 아니었다. 총 임상경력에 따른 공감능력은  $F=2.79, p=.028$ 로 통계적으로 유의한 차이가 있었으며 사후검정에서 총 임상경력 10년 미만 집단에 비해 총 임상경력 30년 이상 집단의 공감능력 점수가 높았고, 10년 이상 20년 미만 집단에 비해 20년 이상인 집단의 공감

**Table 2.** Participant's Moral Sensitivity, Empathy and Perceived Ethical Climate (N=182)

Variables	Items	Range of score	Range of total score	M±SD (average score)	M±SD (total score)
Moral sensitivity	30	1~7	30~210	5.19±0.48	154.07±14.77
Relation	3		3~21	6.16±0.68	18.49±2.04
Autonomy	3		3~21	5.90±0.76	17.70±2.28
Rules	7		7~49	5.41±0.63	37.85±4.41
Benevolence	5		5~35	5.24±0.62	26.20±3.12
Conflict	5		5~35	4.91±0.90	24.54±4.52
Meaning	6		6~42	4.49±0.81	26.92±4.88
Empathy	28	0~4	0~112	2.49±0.30	67.79±8.52
Cognitive empathy	14		0~56	2.61±0.39	36.55±5.48
- Perspective-taking	7		0~28	2.85±0.47	19.94±3.28
- Fantasy	7		0~28	2.37±0.55	16.61±3.87
Affective empathy	14		0~56	2.37±0.33	33.24±4.58
- Empathic concern	7		0~28	2.79±0.49	19.54±3.42
- Personal distress	7		0~28	1.96±0.43	13.70±3.02
Perceived ethical climate	26	1~5	26~130	3.73±0.48	97.01±12.55
Peers	4		4~20	3.93±0.49	15.70±1.97
Patients	4		4~20	3.84±0.51	15.37±2.03
Managers	6		6~30	3.75±0.68	22.52±4.06
Hospital	6		6~30	3.64±0.54	21.86±3.24
Physicians	6		6~30	3.59±0.60	21.55±3.62

능력 점수가 높았다. 정신간호 임상경력에 따른 공감능력은  $F=4.39, p=.002$ 로 통계적으로 유의한 차이가 있었으며 사후 검정에서 정신간호 임상경력 15년 미만의 집단보다 정신간호 임상경력 20년 이상 집단에서 공감능력이 높았다. 자격 사항에 따른 공감능력의 차이는  $F=4.08, p=.019$ 로 통계적으로 유의한 차이가 있었으며 사후 검정에서 정신보건간호사가 정신전문간호사와 일반 간호사에 비해 높은 공감능력을 보였다. 직위에 따른 공감능력은  $F=4.48, p=.013$ 로 통계적으로 유의한 차이를 나타냈으며 사후 검정에서 일반간호사보다 수간호사 이상에서 공감능력이 높은 것으로 나타났다. 그 밖의 변수인 결혼상태, 종교유무, 교육수준에 따른 공감능력은 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다(Table 1).

대상자의 지각된 윤리풍토는 연령, 총 임상경력, 정신간호 임상경력, 직위에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 연령에 따른 차이는  $F=4.49, p=.005$ 로 통계적으로 유의한 차이를 보였으며 사후 검정에서 30세 이상 40세 미만 그룹이 다른 그룹에 비해 윤리풍토를 부정적으로 인식하였다. 지각된 윤리풍토는 총 임상경력에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었으며( $F=2.86, p=.025$ ) 사후 검정에서 총 임상경력 25년 미만의 그룹보다 30년 이상인 그룹이 윤리풍토를 긍정적으로 인식하는 것으로 나타났다. 정신간호 임상경력에 따른 지각된 윤리풍토의 차이 또한 통계적으로 유의한 차이가 있었고( $F=4.12, p=.003$ ) 사후 검정에서 정신간호 임상경력 10년 이상 15년 미만의 집단이 다른 모든 집단에 비해 윤리풍토를 부정적으로 인식하는 것으로 나타났다. 직위에 따른 지각된 윤리풍토의 차이는 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났고( $F=5.89, p=.003$ ), 사후 검정에서 일반간호사보다 수간호사 이상에서 윤리풍토를 긍정적으로 지각하는 것으로 분석되었다. 그 밖의 변수인 성별, 결혼상태, 종교유무, 교육수준, 자격 사항에 따른 윤리풍토는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

#### 4. 대상자의 도덕적 민감성과 공감능력 및 지각된 윤리풍토의 관계

대상자의 도덕적 민감성과 공감능력( $r=.24, p=.001$ ), 도덕적 민감성과 지각된 윤리풍토( $r=.17, p=.025$ ) 및 공감능력과 지각된 윤리풍토( $r=.17, p=.025$ )는 모두 통계적으로 유의한 양의 상관관계가 있었다(Table 3).

대상자의 도덕적 민감성 총점과 유의한 상관관계를 보이는 공감능력의 하위 영역은 인지적 공감( $r=.24, p<.001$ ), 정서적 공감( $r=.16, p=.008$ )이 모두 해당하였으며 관점 취하기( $r=.24,$

$p<.001$ ), 공감적 관심( $r=.20, p=.008$ )이 유의한 양의 상관관계를 보였다. 도덕적 민감성 총점과 유의한 상관관계를 보이는 윤리풍토의 하위 영역은 환자와의 관계( $r=.26, p<.001$ ), 병원과의 관계( $r=.15, p=.047$ )가 해당되었다.

대상자의 공감능력 총점과 유의한 상관관계를 보이는 도덕적 민감성의 하위 영역은 관계지향성( $r=.23, p<.001$ ), 선행 표현( $r=.25, p=.002$ ), 자율성( $r=.30, p<.001$ ), 도덕적 갈등 경험( $r=.18, p=.015$ ), 원칙 준수( $r=.15, p=.049$ )로 나타났다. 또한 공감능력 총점과 유의한 상관관계를 보이는 윤리풍토의 하위 영역은 동료와의 관계( $r=.22, p=.003$ ), 환자와의 관계( $r=.31, p<.001$ )가 해당되었다.

대상자의 윤리풍토와 유의한 상관관계를 보이는 도덕적 민감성의 하위 영역은 관계지향성( $r=.25, p<.001$ ), 선행 표현( $r=.17, p=.024$ ), 자율성( $r=.25, p<.001$ ), 원칙 준수( $r=.19, p=.009$ )가 해당되었다. 대상자의 윤리풍토와 유의한 상관관계를 보이는 공감능력의 하위 영역은 인지적 공감( $r=.16, p=.028$ )이 해당되었으며 세부 영역으로 관점취하기( $r=.23, p=.002$ ), 공감적 관심( $r=.30, p<.001$ ), 공감적 고통( $r=-.17, p=.026$ )으로 나타났다.

## 논 의

### 1. 정신간호사의 도덕적 민감성

본 연구의 대상자인 국립정신의료기관 병동 간호사의 도덕적 민감성은 약간 높은 수준의 도덕적 민감성을 나타내었다. 이는 같은 도구를 사용하고 135명의 정신간호사와 147명의 일반간호사를 대상으로 한 Lutzen 등의 연구[17]에서 보고된 것보다 높은 점수였고 한국판 도덕적 민감성 도구를 이용한 Noh 등[9] 및 Kim과 Ahn [14]의 보고보다도 높은 점수였다. 본 연구에서의 도덕적 민감성이 선행연구에 비해 높게 나타난 것은 최근 정신의료기관 평가 인증이 의무화됨에 따라 환자 권리 존중에 대한 윤리 교육이 강화된 것과 관련될 가능성이 있다.

대상자의 도덕적 민감성을 하위 영역별로 살펴보면, 관계지향성 영역에서 가장 높은 점수를 나타내었고 자율성, 원칙 준수, 선행 표현, 도덕적 갈등 경험, 도덕적 의미 구조화의 순으로 보통 이상의 점수를 나타내었다. 관계지향성 영역에서 가장 높은 점수를 나타낸 것은 Lutzen 등[17] 및 Lutzen 등[21]과 일치된 결과였다. 본 연구의 결과에서 가장 낮은 점수의 영역은 도덕적 의미 구조화 영역인 반면 Lutzen 등[17]과 Lutzen 등[21]에서는 모두 도덕적 갈등 경험 영역이 하위 영역들 중 가장 낮

**Table 3.** Correlations of Moral Sensitivity, Empathy and Perceived Ethical Climate

(N=182)

	Moral sensitivity							Empathy						Ethical climate						
	1	1-1	1-2	1-3	1-4	1-5	1-6	2	2-1	2-1-1	2-1-2	2-2	2-2-1	2-2-2	3	3-1	3-2	3-3	3-4	3-5
1. Moral sensitivity	1																			
1-1. Relation	.58**	1																		
1-2. Meaning	.63**	.13	1																	
1-3. Benevolence	.67**	.50**	.16*	1																
1-4. Autonomy	.64**	.58**	.21**	.50**	1															
1-5. Conflict	.70**	.22**	.34**	.28**	.26	1														
1-6. Rules	.81**	.41**	.37**	.51**	.41**	.55	1													
2. Empathy	.24**	.23**	.00	.25**	.30**	.18*	.15*	1												
2-1. Cognitive empathy	.24**	.23**	.00	.28**	.33**	.17*	.11	.87**	1											
2-1-1. perspective-taking	.24**	.30**	-.02	.32**	.39**	.06	.11	.60**	.72**	1										
2-1-2. fantasy	.13	.07	.02	.12	.14	.19**	.06	.73**	.81**	.17*	1									
2-2. Affective empathy	.16*	.16*	-.00	.14	.17*	.12	.14	.81**	.43**	.25**	.40**	1								
2-2-1. empathic concern	.20**	.32**	.02	.23**	.27**	.02	.10	.77**	.57**	.47**	.41**	.75**	1							
2-2-2. personal distress	.02	-.12	-.03	-.05	-.06	.16*	.10	.37**	.01	-.15*	.14	.67**	.01	1						
3. Perceived ethical climate	.17*	.25**	.03	.17*	.25**	-.07	.20**	.17*	.16*	.23**	.03	.11	.30**	-.17*	1					
3-1. Peers	.14	.21**	-.06	.17*	.23**	-.06	.23**	.22**	.21**	.23**	.11	.15*	.31**	-.12	.84**	1				
3-2. Patients	.26**	.37**	.06	.23**	.39**	-.03	.24**	.31**	.30**	.38**	.11	.22**	.34**	-.06	.76**	.67**	1			
3-3. Managers	.12	.17*	.00	.09	.17*	-.02	.13	.07	.06	.08	.01	.06	.20**	-.13	.82**	.61**	.43**	1		
3-4. Hospital	.15*	.22**	.02	.15*	.23**	-.05	.20**	.10	.12	.22**	-.02	.04	.20**	-.17*	.89**	.67**	.66**	.66**	1	
3-5. Physicians	.09	.16*	.09	.11	.14	-.13	.09	.11	.11	.18*	.00	.08	.27**	-.17*	.87**	.69**	.65**	.55**	.72**	1

\* $p < 0.5$ ; \*\* $p < .01$ .

은 것으로 보고되었다. 갈등 경험 영역에서 낮은 점수를 보이는 것은 선행연구대상자가 간호 현장에서 경험한 갈등요소가 실제로 적었다고 해석할 수도 있지만, 도덕적 갈등은 도덕적 문제에 대해 인식하는 과정이 선행되어야 하기 때문에 더 많은 도덕적 갈등에 대한 인식 정도와 관계되었다고 해석할 수도 있으므로 이러한 현상에 대한 반복 연구가 필요하다.

문항별 평균을 비교해보면 1번 문항인 ‘환자의 전반적인 상황에 대한 지식/정보를 갖는 것은 간호사로서 나의 책임이다’의 평균이 가장 높았으며 8번 문항인 ‘만약 환자가 자신의 질병에 대한 인식이 부족하다면, 내가 환자를 위해 할 수 있는 일은 거의 없을 것이다’의 평균이 가장 낮았다. 이는 국내 일반간호사를 대상으로 하고 한글판 도덕적 민감성 도구를 사용한 Han 등이 보고한 결과와 일치한다[2]. Han 등은 8번 문항에서 가장 낮은 점수를 보인 것에 대해 간호사로서의 책임감을 중요시하는 것과 관련된다고 논의하였다. 이에 덧붙여 문항 의미의 명확성과 관련하여 고려할 수 있다. 1번 문항의 내용은 동의할수록 도덕적 민감성이 높다는 것을 쉽게 이해할 수 있지만, 8번 문항은 동의하는 것이 높은 도덕적 민감성을 의미하는지 낮은 도덕적 민감성을 의미하는지가 애매하기 때문에 전체 평균에 비

해 큰 폭으로 낮은 점수를 보였을 가능성이 있다. MSQ에는 이와 같이 애매한 표현의 문항들이 존재하는데, 예를 들면 ‘내가 무엇을 해야 할지 확신이 서지 않을 때, 나는 주로 환자에 대한 다른 간호사들의 지식에 의존한다’, ‘비록 환자가 이의를 제기한다고 해도, 나는 항상 간호학적 지식에 기반을 두는 간호가 최상의 접근이라고 생각한다’ 등이다. 이러한 애매한 표현의 문항들은 평균 5점 이하의 비교적 낮은 점수를 나타내었다.

본 연구에서 사용한 도구인 MSQ에는 어떠한 하위 영역에도 포함되어 있지 않은 단일 문항이 존재한다. ‘환자가 경구 투여를 거부할 때, 주사를 놓겠다고 위협하는 것이 때로는 일리가 있다’인데 강제투약과 관련된 문항이다. 본 연구에서는 도덕적 민감성 문항들 중에서 두 번째로 낮은 점수를 보여, 타 영역 간호사를 대상으로 한 Han 등[2]의 보고보다 낮은 점수이다. 이는 선행연구에서 타 영역 의료인보다 정신 영역 의료인이 치료적 목적으로 행하는 강제 투약에 대해 관대한 태도를 보인다는 설명과 일치한다[17,21].

본 연구에서 도덕적 민감성의 하위 영역들 중에서 자율성 영역은 두 번째로 높은 점수를 나타낸 반면 강제 투약에 대한 문항은 낮은 점수를 보였다. Lutzen 등의 연구[17]에서도 큰 점



수 차이를 보고하였는데, 이는 곧 환자의 자기결정권을 존중하고 환자들이 의사결정에 참여하도록 해야 함에는 동의하면서도 환자가 경구 투약을 거부할 경우 주사로 위협하는 일에 대해서는 어느 정도 긍정적으로 생각한다는 것으로 해석할 수 있다. 즉, 환자의 자율성 존중에 관한 일반적 의식은 높지만 실무와 관련된 구체적인 상황이 주어졌을 때는 환자의 자기결정권 보다는 치료행위의 효율적 수행을 중요시하고 있을 가능성을 시사하는 것이다. 따라서 정신간호사를 대상으로 한 윤리교육에서는 막연한 도덕적 미덕을 강조하기 보다는 구체적이고 상황적인 맥락에서의 대처 방법을 교육하는 것이 효과적일 것으로 사료된다.

## 2. 정신간호사의 공감능력

본 연구대상자의 공감능력은 보통 이상 수준으로 나타났다. 이는 중앙간호사를 대상으로 한 Cho와 Jung이 보고한 것과 유사한 결과였다[22].

본 연구대상자의 인지적 공감능력은 보통 이상의 수준으로 나타났다. 이는 Cho 등의 연구에서 보고된 것과 비슷한 수준이다[22]. 본 연구대상자의 인지적 공감능력 중 관점 취하기 영역은 일반인 대학생 남자 677명과 여학생 667명을 대상으로 한 Davis의 연구[23]의 남자 및 여자와 비교할 때는 높은 점수였으며 같은 도구를 사용하고 260명의 간호대학생을 대상으로 한 Khodabakhsh의 보고[24]보다는 낮았다. 본 연구대상자의 상상하기 영역은 일반인 대상의 Davis의 연구[23]에서 보고된 점수와 비슷한 수준이었고 간호대학생을 대상으로 한 Khodabakhsh연구[24]보다는 낮았다.

본 연구대상자의 정서적 공감능력은 보통 이상 정도의 수준으로 나타났는데, 이는 간호대학생대상의 Cho 등[22]이 보고한 것과 비슷한 수준이었다. 본 연구대상자의 공감적 관심은 Davis의 일반인 대상의 연구[23]와 비슷한 수준이었으며 간호대학생을 대상의 Khodabakhsh의 연구[24]보다는 낮았다. 본 연구대상자의 개인적 고통은 Davis의 일반인 대상 연구[23]보다 약간 높은 수준이었으나 Khodabakhsh의 간호대학생 대상의 연구[24] 보다는 낮았다. 다른 조건에서 수행된 연구를 직접 비교하기는 어렵지만, Kliszcz 등의 연구[25]에서 총 405명의 간호사, 조산사, 간호대학생, 의사, 의대생 그룹 중 간호사 그룹에서 개인적 고통 점수가 가장 높다고 보고한 결과와는 차이가 있었다.

본 연구에서 사용한 공감 측정도구인 IRI를 정신간호사 대상으로 사용한 선행연구는 찾을 수 없어 비교에 어려움이 있었

다. 또한 본 도구는 원저자인 Davis에 의해 0~4점의 5점 척도로 개발되었으나 국내 다수의 연구에서 1~5점의 점수 범위 또는 6점 척도 등 다른 방식의 척도[22]를 사용하였기 때문에 같은 도구를 사용하였음에도 불구하고 직접적인 비교를 할 수 없다는 한계가 있었다.

정신간호사는 환자의 상태를 객관적으로 인지하는 인지적 요소와 환자의 상태를 내적으로 경험할 수 있는 정서적 요소와 상대방에 대한 이해를 전달하기 위한 행동적 요소뿐만 아니라 환자를 돕고 요구를 충족시킨다는 의미에서의 도덕적 요인으로서의 공감이 필수적 덕목이기 때문에 공감능력의 향상을 위한 중재가 요구된다.

## 3. 정신간호사의 윤리풍토

다양한 국가와 다양한 영역의 간호사를 대상으로 한 선행연구들과 비교하면, 편차가 큰 가운데 본 연구대상자가 지각한 윤리풍토 점수는 높은 편이었다[26,27]. 하위 영역별 평균을 살펴 보면 동료와의 관계, 환자와의 관계, 관리자와의 관계, 병원과의 관계, 의사와의 관계 순으로 선행연구들에서 보고된 순서와 일치하였다[26,27]. Ghorbani 등[28]은 공립병원 간호사들과 사립병원 간호사들이 지각하는 윤리풍토 점수를 비교하였는데, 두 집단에서 지각된 윤리풍토 점수에는 유의한 차이가 없다고 보고하였다. 다만 일부 문항에서 공립병원보다 사립병원 간호사가 윤리풍토를 유의하게 긍정적으로 인식하였다고 보고하였다.

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

## 4. 정신간호사의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토의 관계

본 연구대상자의 도덕적 민감성과 공감능력, 도덕적 민감성과 윤리풍토, 공감능력과 윤리풍토는 각각의 관계에서 유의한 양의 상관관계를 나타내었으며 이는 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토가 서로 영향을 주고 받는 관계임을 의미한다.

도덕적 민감성과 공감능력이 도덕적 민감성의 양의 상관관계를 보인 결과는 Rest가 자신의 4구성요소 모형[3]에서 공감능력이 도덕적 민감성의 정서적 측면으로서 관련 개념이라고 설명하였던 바를 지지한다. 그는 자신의 저서에서 공감 정서 없

이는 도덕적 판단이 도덕 행동으로 이어질 수 없음을 설명하며 도덕적 민감성과 함께 공감을 강조하기도 하였다.

도덕적 민감성과 윤리풍토가 유의한 양의 상관관계를 보인 본 연구의 결과는 도덕적 개념을 개인적 측면으로만 이해하려 하지 않고 환경적, 조직적 요인을 중요시한 선행연구의 관점과 일치한다[29].

본 연구에서는 공감능력과 윤리풍토가 유의한 상관관계를 보였는데, 특히 환자와의 관계가 인지적 공감 및 정서적 공감과 유의한 양의 상관관계를 보였다. 결과적으로, 간호사의 도덕적 민감성을 향상시키고 도덕적 행동을 유발시키기 위해서는 간호사의 공감능력을 향상시키기 위한 중재를 개발하여야 하며 간호조직의 긍정적 윤리 풍토를 조성하기 위한 중재의 개발이 필요함을 시사한다.

각 개념의 하위 영역별 관계를 살펴보면, 도덕적 민감성의 자율성은 공감능력의 관점 취하기와 윤리풍토의 환자와의 관계에서 비교적 높은 상관관계를 보였다. 이는 환자의 자율성을 존중하는 것이 환자의 입장에서 생각해 보는 것과 환자와의 치료적 신뢰 관계를 형성하는 것과 관련됨을 의미한다고 본다. 또한 윤리풍토의 환자와의 관계는 도덕적 민감성의 관계지향성과 공감능력의 관점 취하기에서 비교적 높은 상관관계를 보였다. 이는 환자와의 신뢰 관계는 간호사가 환자와의 관계를 중요하게 여기는 것과 환자의 입장에서 생각해 보는 것과 관련됨을 의미한다.

도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토는 서로 영향을 주고 받는 양의 상관관계를 보이는 것으로 나타났다. 도덕 행동을 유발시키기 위한 과정으로서 도덕적 민감성을 증진시키는 것을 궁극적인 목적이라고 할 때, 정신간호사를 대상으로 한 윤리교육에서는 개인적 요인인 공감능력을 향상시키는 것은 물론 조직적 요인인 윤리적 간호 환경을 조성하는 중재를 제공해야만 도덕적 민감성이 효율적으로 증진될 뿐만 아니라 도덕적 민감성을 도덕 행동으로 발전시키기에 유용한 중재가 될 수 있을 것으로 사료된다.

본 연구의 제한점은 첫째, 연구자가 같은 조직의 구성원임을 대상자가 알고 있었기 때문에 윤리적으로 바람직하다고 생각하는 답변을 하였을 가능성을 배제할 수 없다. 둘째, 도구와 관련된 제한점으로서, 본 연구에서 사용한 도덕적 민감성 도구는 정신간호사를 대상으로 개발되었지만 분석 시 역산의 여부가 애매하게 기술된 문항들이 있었다. 또한 본 연구에서 사용한 공감 측정도구는 일반인을 대상으로 개발되어 간호사에게 맞지 않는 문항들이 존재한다. 또한 본 연구에서 사용한 윤리풍토 도구는 개인의 주관적 판단에 의해 측정되는 것으로, 보다 객관

적인 방법에 의한 윤리풍토를 측정이 필요하다.

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

## 결론

본 연구는 정신간호사의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토의 관계를 규명하여 정신간호사의 도덕적 민감성을 증진시키고 윤리적 의사결정에 도움을 주는 중재 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 국립정신의료기관의 병동간호사를 대상으로 시도되었다. 연구결과 본 연구대상자의 도덕적 민감성과 공감능력, 도덕적 민감성과 윤리풍토, 공감능력과 윤리풍토는 모두 유의한 양의 상관관계를 나타내었다.

이러한 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 간호실무 영역으로 정신의료기관 종사자의 인권교육이 의무화되면서 인권감수성 교육 프로그램같이 도덕적 민감성을 증진시키기 위한 프로그램을 접할 기회는 증가되었다. 그러나 간호사 개인이 조직에 공유된 관습과 태도를 거스르며 윤리적 행동을 하기는 쉽지 않다. 그러므로 도덕적 민감성과 공감능력을 향상시킴으로써 개인의 윤리 역량만을 향상시키는 것에 더불어 윤리적 실무를 수행할 수 있는 문화를 조성하여 간호사의 윤리적 상황 지각이 윤리적 행동으로 실현될 수 있도록 해야 한다. 따라서 정신간호 분야의 윤리교육에서는 개인의 윤리 역량을 향상시킬 뿐만 아니라 그 역량을 행동으로 이끌 수 있도록 하는 리더십과 윤리적 상황에 대한 동료로서의 역할과 같은 윤리적 실무 환경을 조성할 수 있는 조직적 윤리 역량을 함께 고려하여 교육적 중재를 개발하여야 한다.

둘째, 간호 연구 영역으로 본 연구에서 사용한 도덕적 민감성 도구는 정신간호 영역 간호사를 위해 개발되어 본 연구에서 사용하였으나, 어떠한 하위영역에도 포함되지 않은 문항이 있으며 연구참여자가 답변하기 애매한 문항이 포함되어 있다. 국내에서 간호사를 위한 타당화 연구가 시행되어 이러한 문제를

해결하려 하였으나 정신간호영역의 특수성이 포함된 문항들이 제외되어 있다. 따라서 정신간호영역 간호사의 도덕적 민감성을 측정하기 위한 원 도구의 추가적 타당화가 필요하다.

본 연구에서 공감을 측정하기 위해 사용한 도구는 일반인을 대상으로 개발되어 환자의 취약하고 긴급한 상황에서 전문적인 중재를 제공하는 간호사를 대상으로 하기에는 무리가 있다. 따라서 간호사의 공감을 측정하기 위한 도구 개발이 필요하다.

본 연구의 병원윤리풍토 도구는 자가 보고식 도구로서, 주관적으로 인식한 윤리풍토를 나타내는 것이어서 실제의 윤리풍토를 반영하는지는 알 수 없다. 따라서 보다 객관적으로 윤리풍토를 측정할 수 있는 도구의 개발이 요구된다. 또한 정신간호사의 도덕적 민감성과 공감능력 및 윤리풍토를 지역사회와 병원 세팅 또는 공립병원과 사립병원으로 구분하여 비교하는 연구를 시행할 필요가 있다.

## CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

## REFERENCES

- Lutzén K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing Ethics*. 2006;13(2):187-196. <https://doi.org/10.1191/0969733006ne837oa>
- Han SS, Kim J, Kim YS, Ahn S. Validation of a Korean version of the moral sensitivity questionnaire. *Nursing Ethics*. 2010;17(1):99-105. <https://doi.org/10.1177/0969733009349993>
- Rest JR. *Moral development: advances in research and theory*. New York: Praeger. 1986. 224 p.
- Liaschenko J, Peter E. Nursing ethics and conceptualizations of nursing: profession, practice and work. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;46(5):488-495. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03011.x>
- Välimäki M, Taipale J, Kaltiala-Heino R. Deprivation of liberty in psychiatric treatment: a finnish perspective. *Nursing Ethics*. 2001;8(6):522-532. <https://doi.org/10.1177/096973300100800606>
- Lützn K, Evertzon M, Nordin C. Moral sensitivity in psychiatric practice. *Nursing Ethics*. 1997;4(6):472-482. <https://doi.org/10.1177/096973309700400604>
- Choe K, Song EJ, Jung CH. Ethical problems experienced by psychiatric nurses in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2012;26(6):495-502. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.04.002>
- Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, Fujii H, Tanaka H, Kitaoka K, et al. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics*. 2010;17(6):726-740. <https://doi.org/10.1177/0969733010379178>
- Noh D, Kim S, Kim S. Moral distress, moral sensitivity and ethical climate of nurses working in psychiatric wards. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013;22(4):307-319. <https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2013.22.4.307>
- Rushton CH, Penticuff JH. A framework for analysis of ethical dilemmas in critical care nursing. *AACN Advanced Critical Care*. 2007;18(3):323-329. <https://doi.org/10.1097/01.aacn.0000284434.83652.d5>
- Terpstra TL, Terpstra TL, Pettee EJ, Hunter M. Nursing staff's attitudes toward seclusion & restraint. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2001;39(5):20-28.
- Hoffman ML. *Empathy and moral development: implications for caring and justice*. Cambridge: Cambridge University Press. 2001. 24 p.
- Victor B, Cullen JB. The organizational bases of ethical work climates. *Administrative Science Quarterly*. 1988:101-125.
- Kim HR, Ahn SH. Moral sensitivity and moral distress among Korean hospital nurses. *Korean Journal of Medical Ethics*. 2010;13(4):321-336.
- Jo KH, Kim YJ. The impact of nurses' attitude toward dignified death and moral sensitivity on their end-of-life care performance. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2013; 16(4):223-231. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2013.16.4.223>
- Olson LL. Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *Journal of Nursing Scholarship*. 1998;30(4): 345-349. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01331.x>
- Lützn K, Nordström G, Evertzon M. Moral sensitivity in nursing practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1995;9(3):131-138. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1995.tb00403.x>
- Davis MH. *Empathy: A social psychological approach*. Colorado: Westview Press. 1994. 272 p.
- Park, SH. *Empaty and Prosocial Behavior*. Seoul: Moonumsa. 1997. 197 p.
- Woo CH, Chae DH, Kang KH. The relationship between cultural awareness and empathy in armed forces nursing academy cadet. *Journal of Military Nursing Research*. 2013;31(1): 43-56.
- Lützn K, Johansson A, Nordström G. Moral sensitivity: some differences between nurses and physicians. *Nursing Ethics*. 2000;7(6):520-530. <https://doi.org/10.1177/096973300000700607>
- Cho HJ, Jung MS. Effect of empathy, resilience, self-care on compassion fatigue in oncology nurses. *The Journal of Korean Nursing Administration Academic Society*. 2014;20(4):373-382. <https://dx.doi.org/10.11111/jkana.2014.20.4.373>
- Davis MH. A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psy-*

- chology, 1980;10:1-85.
24. Khodabakhsh M. Attachment styles as predictors of empathy in nursing students. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2012;5(8):1-7.
  25. Kliszcz J, Nowicka-Sauer K, Trzeciak B, Nowak P, Sadowska A. Empathy in health care providers-validation study of the Polish version of the Jefferson Scale of Empathy. *Advances in Medical Sciences*. 2006;51:219-225.
  26. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics*. 2009;16(5):561-573.  
<https://doi.org/10.1177/096973300910664>
  27. Suhonen R, Stolt M, Gustafsson M-L, Katajisto J, Charalambous A. The associations among the ethical climate, the professional practice environment and individualized care in care settings for older people. *Journal of Advanced Nursing*. 2014;70(6):1356-1368. <https://doi.org/10.1111/jan.12297>
  28. Ghorbani AA, Hesamzadeh A, Khademloo M, Khalili S, Hesamzadeh S, Berger V. Public and private hospital nurses' perceptions of the ethical climate in their work settings, sari City, 2011. *Nursing and Midwifery Studies*. 2014;3(1):e12867.  
<https://doi.org/10.17795/nmsjournal12867>
  29. Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nursing ethics*. 2008;15(3):304-321.  
<https://doi.org/10.1177/0969733007088357>