

중환자실 간호사의 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌가 임종간호수행에 미치는 영향

이주선*, 안숙희**

요약

최근 연명의료결정제도의 시행 및 호스피스·완화의료 서비스의 확대와 같이 인간존엄성 존중을 바탕으로 한 임종 돌봄에 대한 관심이 높아지고 있으며, 간호사는 전문적 간호를 수행하고 양질의 간호를 제공함에 있어 윤리적 판단능력을 요구하는 도덕적 문제를 많이 경험하고 있다. 특히 임종환자를 자주 접하게 되는 중환자실 간호사의 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌가 임종간호 수행에 어떤 영향력을 미치는지에 대한 연구는 적은 편이다. 본 연구는 중환자실 간호사의 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌가 임종간호 수행에 미치는 영향을 확인하기 위한 상관성 조사연구이다. 자료 수집은 1년 이상 근무한 120명의 중환자실 간호사를 대상으로 시행하였으며, 도덕적 민감성은 루첸(Lützn) 등의 Moral Sensitivity Questionnaire를 수정·보완한 한국판 도덕적 고뇌 측정도구를 이용하였고, 도덕적 고뇌는 햄릭(Hamric) 등의 도구를 채영란 등이 한국어로 번역한 도구를 수정하여 측정하였다. 임종간호수행은 박순주의 도구를 수정하여 측정하였다. 상관분석 결과 임종간호수행은 대상자의 근무경력($r=.20, p=.02$), 도덕적 민감성($r=.22, p=.01$), 도덕적 고뇌($r=.28, p=.02$)와 양의 상관을 보였다. 위계적 다중회귀분석 결과, 1블록에서 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌를 독립변수로 입력할 때에는 두 변수 모두 임종간호 수행에 대한 유의한 영향변수였다. 그러나 2블록에 근무경력과 윤리교육 경험이 추가되었을 때에는 도덕적 민감성이 높을수록, 근무경력이 37개월 이상일 때 임종간호수행을 잘 하는 것으로 나타났고, 총 설명력은 10.6%였다. 도덕적 민감성은 ‘전문가적 책임’ 영역과 ‘환자중심 간호’ 영역에서 점수가 높게 나타났는데 간호사가 중환자실에서 말기 또는 임종과정에 있는 환자의 자기결정권을 존중하고 가치를 보호하는 것이 좋은 임종 돌봄을 수행하는 데 영향을 미친 것으로 보인다. 따라서 임종간호수행 정도를 높이기 위해 도덕적 민감성을 향상시킬 필요가 있으며, 도덕적 민감성을 높일 수 있는 체계화된 간호윤리 교육 프로그램의 개발이 요구된다.

색인어

중환자실 간호사, 도덕적 민감성, 도덕적 고뇌, 임종간호수행

교신저자: 안숙희, 충남대학교 간호대학. Tel: 042-580-8324, Fax: 042-580-8309, e-mail: sukheahn@cnu.ac.kr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1694-0027>

* 충남대학교병원 간호사 ** 충남대학교 간호대학 교수

I. 서론

1. 연구의 필요성

현대 의학기술의 발달은 질병의 치료와 인간의 생명을 연장시키는 데 크게 이바지한 반면 새로운 윤리적 문제를 야기하고 있다. 간호사는 회복되기 어려운 환자를 간호하는 경우가 많아졌는데, 이때 생명을 무조건 연장하는 것이 환자의 존엄성을 존중하는 것인지 아니면 임종 시에 치료나 간호를 중단하여 자연스럽게 죽음을 맞이하도록 하는 것이 존엄성을 존중하는 것인지에 대한 갈등 상황에 놓이게 된다[1]. 뿐만 아니라 간호사는 환자가 자연사하도록 둘 때 간호 의무를 저버리는 것은 아닌지, 의료인으로서 임종 환자의 치료와 간호를 어느 수준까지 적용해야 하는지 등과 같은 여러 가지 갈등을 경험하게 된다[1]. 특히 중환자실에서는 생존 가능성이 낮을 것으로 판단되는 환자에게 의료인이 생명연장 장치를 강행해야 하는 상황이 발생하게 되고, ‘생명연장’이라는 생의학적 관점과 ‘고통완화와 평안한 죽음’이라는 호스피스 관점에서 중환자실 간호사는 윤리적 갈등상황을 종종 경험한다[2]. 중환자실 간호사는 임종환자의 고통을 경감하고 한 인격체로서 삶을 마무리할 수 있도록 돕기 위해 삶과 죽음에 대해 올바르게 성찰해야 하며, 임종환자를 바라보는 관점을 전환시킬 필요가 있다[2]. 이러한 갈등상황에서 간호사는 윤리적 의사결정 과정의 중요한 주체이며, 생명윤리를 준수해야 하는 보건의료 전문가로서 자신의 도덕적 원칙과 간호사로서의 윤리원칙에 근거하여 윤리적 의사결정을 내리게 된다[3]. 간호학 분야에서 도덕적 고뇌와 도덕적 민감성과 같은 윤리적 주제로 수행된 연구가 최근 들어 증가하고 있지만, 아직 간호윤리 관련 연구가 활성화되지 않고 있어 간호 윤리 주

제에 대한 관심과 연구 활동이 필요하다[4]. 간호 윤리 주제 중 도덕적 민감성(moral sensitivity)이란 간호사가 환자의 취약한 상황을 이해하고 환자에 관한 결정에 대하여 도덕적으로 인식하는 것[5]으로 간호사로 하여금 윤리적 문제를 포함한 의사결정 상황에서 책임 있는 결정을 할 수 있도록 한다[6]. 도덕적 민감성은 도덕적 행동을 하는 의사결정 과정의 초기단계부터 최종결정 과정에 이르기까지 활용되기 때문에 매우 중요하다[7]. 도덕적 고뇌(moral distress)란 윤리적 딜레마와 달리, 최선의 이익을 위해 어떤 것이 옳은 것인지를 잘 알고 있지만 기관의 여러 제약이나 동료 또는 상관에 의해 그 옳은 길을 따르는 것이 불가능하거나 어려워질 때 나타난다[8].

2018년 2월 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」이 시행됨[9]에 따라 환자의 자율성과 존엄성이 보장받게 되었다. 의료인은 객관적, 합리적, 의학적, 윤리적 원칙에 따라 판단하여 적절한 임종 돌봄을 제공하고, 환자의 존엄과 가치를 보호하기 위해 노력해야 한다[10]. 특히 중환자실은 생명을 위협하는 긴급한 상황이나 위중한 상태의 환자에게 고도의 기술과 장비를 활용하여 집중 치료를 제공하는 곳이며, 드물지 않게 환자들이 생의 마지막을 보내기도 한다. 중환자실에서 임종을 맞이하는 환자는 극심한 고통에서 벗어나야 하고, 존엄성이 유지되어야 하며, 마지막 순간을 가족과 함께 보낼 수 있어야 한다[11]. 이와 같이 임종 간호의 질을 증진시키는 것은 중환자를 돌봄에 있어 매우 중요하다[12].

국내 중환자실에서 이루어지고 있는 임종간호 현황을 보면, 간호사는 자신이 돌보던 환자가 예상치 못한 임종상황에 놓였을 때 미안함과 죄책감을 느끼며 혼란을 경험하고 되고, 중환자실 병상 부족으로 임종 환자의 사후정리를 하기도 전

에 또 다른 중환자의 입실을 준비해야 하는 압박 속에서 임종간호는 그저 ‘빨리 해결해야 하는 일거리’로 치부되고 있으며, 특히 의료진에게 환자의 죽음에 대한 책임을 요구하는 등 통제력을 잃은 환자가족을 대응하는 일은 중환자실 간호사를 더욱 더 어렵게 한다[13]. 또 다른 연구[14]에서는 호스피스 병동의 부족, 구조적 여건의 부재로 인해 중환자실에서 임종을 맞이하는 경우가 빈번하게 발생하고, 중환자실 간호사들은 다른 부서의 간호사들보다 빈번하게 임종 상황을 겪고 있지만 정기적인 임종간호 교육을 받지 못한다고 보고함에 따라 의료 환경 개선 및 다양한 교육 프로그램 개발이 시급하다.

임종간호수행에 관한 요인을 확인한 선행연구에서 내·외과병동, 응급실, 중환자실 간호사를 대상으로 한 연구[15]에서는 교육수준과 같은 일반적 특성을 포함하여 사전 의사결정 참여경험, 품위 있는 죽음태도 및 도덕적 민감성이 임종간호수행에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고되었다. 중환자실 간호사를 대상으로 한 연구[14]에서도 임종간호 시 도덕적 민감성과 윤리적 태도가 중요한 변수임이 확인되었다. 박보현과 오연재[3], 루첸(Lützn)과 이월드(Ewalds) [16]의 연구에서 도덕적 민감성을 도덕적 고뇌의 유의미한 예측요인으로 보고하였다.

최근 선행연구[17]에서 중환자실 간호사의 임종간호에 대해 ‘임재’ 경험이라는 개념으로 접근하였는데, ‘임재’는 ‘함께함’을 의미하며, 진정한 ‘임재’ 경험을 통해 중환자실은 치료적·물리적 공간에서 벗어나 임종하는 환자와 그 가족에게 삶을 마무리하는 의미 있는 장으로 전환될 수 있다고 하였고, 이러한 임재는 간호사의 임종환자를 대하는 태도변화와 개인의 윤리성, 가치의 재정립을 통해 경험할 수 있다고 하였다. 또, 중환자실 간호사의 연명치료환자 간호 경험에 관한 선행연구[18]에서도 간호사는 호전되거나 희망이 보이지 않는 환자에게 치료를 지속하면서 회의감을 느꼈고, 치료가 지속되면서 경제적 부담으로 인해 환자에게 소홀해지는 환자가족을 보며 소진을 경험한다고 보고하며, 이를 해소하기 위해서 임종환자를 간호하는 중환자실 간호사의 윤리적 가치관 확립이 필요하다고 하였다.

이와 같이 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌가 간호수행에 영향을 주는 것으로 보고되었고[19] 중환자실 간호사를 대상으로 한 임종간호수행과 관련된 연구[11,14,15,20,21]는 다수 있지만, 임종간호수행에 영향을 미치는 여러 가지 요인 중 윤리적 영향요인 즉, 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌에 초점을 맞춰 임종간호 수행과의 관계성을 밝힌 연구는 미진한 실정이다. 이에 본 연구에서는 중환자실 간호사를 대상으로 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌가 임종간호 수행에 미치는 영향에 대해 조사하고 임종간호 수행과 관련된 윤리적 영향요인의 중요성을 확인하고자 하며, 중환자실에서의 적절한 임종간호 수행을 위한 지침 마련, 임종간호 교육 프로그램 개발 등을 제안하고자 한다. 또 도덕적 민감성을 높이는 데 필요한 체계화된 간호윤리 교육 프로그램의 필요성을 강조하고자 한다.

이와 같이 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌가 간호수행에 영향을 주는 것으로 보고되었고[19] 중환자실 간호사를 대상으로 한 임종간호수행과 관련된 연구[11,14,15,20,21]는 다수 있지만, 임종간호수행에 영향을 미치는 여러 가지 요인 중 윤리적 영향요인 즉, 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌에 초점을 맞춰 임종간호 수행과의 관계성을 밝힌 연구는 미진한 실정이다. 이에 본 연구에서는 중환자실 간호사를 대상으로 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌가 임종간호 수행에 미치는 영향에 대해 조사하고 임종간호 수행과 관련된 윤리적 영향요인의 중요성을 확인하고자 하며, 중환자실에서의 적절한 임종간호 수행을 위한 지침 마련, 임종간호 교육 프로그램 개발 등을 제안하고자 한다. 또 도덕적 민감성을 높이는 데 필요한 체계화된 간호윤리 교육 프로그램의 필요성을 강조하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 중환자실 간호사를 대상으로 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌 정도를 파악하고, 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌가 중환자실 간호사의 임종간호 수행에 미치는 영향을 확인하기 위함이며, 구체적인 목표는 다음과 같다.

1) 중환자실 간호사의 도덕적 민감성, 도덕적 고뇌, 임종간호 수행 정도를 파악한다.

2) 중환자실 간호사의 일반적 특성에 따른 도

덕적 민감성, 도덕적 고뇌, 임종간호수행 정도의 차이를 파악한다.

3) 중환자실 간호사의 도덕적 민감성, 도덕적 고뇌, 임종간호 수행 간 관계를 탐색한다.

4) 중환자실 간호사의 일반적 특성과 도덕적 민감성, 도덕적 고뇌가 임종간호수행에 미치는 영향을 탐색한다.

II. 대상 및 방법

1. 연구 설계

본 연구는 중환자실 간호사의 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌가 임종간호 수행에 미치는 영향을 확인하고자 시행한 상관성 조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구 대상자는 C, D 지역 소재 2개 상급종합병원에 근무하는 1년 이상의 중환자실 간호사 120명이다. 연구대상자 제외기준은 근무경력 1년 미만인데 그 이유는 신규간호사의 경우 해당 부서의 전체 간호 업무내용을 충분히 파악하기 어렵기 때문이다.

연구 대상자의 표본크기는 G*power 3.1 program을 이용하였다. 조계화와 김연자[15]의 연구에서 간호사의 도덕적 민감성과 임종간호수행 간 관계가 효과크기 $r=.47$ 로 나타난 것에 근거하여 본 연구에서는 회귀분석이 최종 연구목표이기에, 효과크기는 $f^2=.15$ (중간 효과크기)로 설정하고, 예측요인 4개(간호윤리교육, 경력, 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌), 유의수준 .05, 검정력 80%로 하였을 때 최소 85명의 표본이 요구되었다. 이에 본 연구자는 자료수집 중 발생할 수 있는 불충분한 응답 등을 고려하여 130부의 설문지를 연구

대상자에게 배부하였고, 최종 분석에 포함된 연구대상자는 120명이다.

3. 연구 도구

1) 도덕적 민감성

루첸(Lützn)과 노르딘(Nordin) [22]이 정신과 간호사를 대상으로 개발한 30문항의 The Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ)를 한(Han) 등 [23]이 국내 일반적인 간호사의 도덕적 민감성을 측정하기 위해, 정신과 간호 상황만을 특이적으로 반영한 3개 문항을 삭제하고 최종 27문항으로 수정·번역한 K-MSQ (Korean Moral Sensitivity Questionnaire) 도구를 사용하였다. 5개 하위영역으로 환자 중심간호(patient-oriented care), 전문가적 책임(professional responsibility), 갈등(conflict), 도덕적 의미(meaning), 선행(benevolence)으로 구분하였다. ‘선행’ 영역의 ‘환자를 위해 어려운 결정을 내려야 할 때, 나는 주로 나의 감정에 의존한다.’와 ‘환자가 경구투여를 거부할 때, 주사를 놓겠다고 위협하는 것이 때로는 일리가 있다.’의 2개 문항은 역산하여 측정하였다. 중환자실 간호사를 대상으로 ‘절대로 동의 안함’에서 ‘완전히 동의함’의 7단계 리커트 척도(Likert scale)로, 총 27문항으로 측정하였고 총점은 최소 27점에서 최대 189점으로 점수가 높을수록 도덕적 민감성이 높음을 의미한다.

한 등[23]에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.76$ 이었고, 본 연구에서 전체 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.83$ 이었다. 하위항목별 신뢰도는 ‘환자중심 간호’ 영역 .76, ‘전문가적 책임’ 영역 .70이었으며, ‘갈등’ 영역 .76, ‘도덕적 의미’ 영역 .51, ‘선행’ 영역 .42로 나타났다.

2) 도덕적 고뇌

중환자실 외에 다른 임상상황에 있는 보건의료인을 6가지 군으로 구분하여 고안된 햄릭(Hamric) 등[24]의 도구를 채영란 등[25]이 한국어로 번역하고, 사회적 변화에 맞춰 현재의 임상상황을 반영하고 내적·외적 제약을 포함한 도덕적 고뇌 측정도구 21문항을 새롭게 구성하였다. 채영란 등[25]은 도덕적 고뇌를 무의미한 돌봄(futile care), 간호실무(nursing practice), 기관 및 상황적 요인(institutional and contextual factor), 윤리적 문제를 주장하는 데 대한 제약(limit to claim the ethical issue), 의사실무(physician practice)의 5개 하위영역으로 분류하였다. 본 연구에서는 간호사 개인의 윤리적 역량에 초점을 맞춰 임종간호수행 정도와 관련이 없을 것으로 예상되는 ‘기관 및 상황적 요인’과 ‘의사 실무’ 2개의 하위영역을 제외하였다. ‘무의미한 돌봄’, ‘간호실무’, ‘윤리적 문제를 주장하는 데에 대한 제약’의 3개 영역만 사용하였다. ‘기관 및 상황적 요인’에는 ‘의료비용 감소와 관련된 병원정책이나 병원관리자의 압력 때문에 최적의 간호를 제공하지 못한다.’, ‘의사나 동료간호사가 투약사고를 낸 후 이를 보고하지 않은 것을 알았을 때, 나는 적절한 조치를 취하지 않는다.’, ‘내가 생각하기에 부적절한 치료를 제공하는 의사를 보조한다.’, ‘환자를 돌보는데 필요한 충분한 능력이 부족한데도 환자간호를 해야 한다.’와 같은 문항이 포함되어 있다. ‘의사 실무’ 영역에는 ‘보건의료인(healthcare provider)이 환자나 가족에게 “잘못된 희망”을 주는 것을 목격한다.’, ‘의대생들이 단순히 기술 향상을 위해 환자에게 고통스러운 시술을 하는 것을 목격한다.’, ‘진통제의 증량이 사망을 초래할 수 있다는 의사의 두려움 때문에 환자의 고통(통증)을 완화시키지 않는 간호를 제공한다.’, ‘환자의 예후에

대해 환자 또는 가족과 의논하지 않도록 요구하는 의사의 지시를 따른다.’는 문항으로 구성되어 있다.

이 도구는 고뇌의 빈도(frequently) 0-4 (0: 전혀 없음, 4: 4회 이상)와 불편함의 강도(intensity) 0-4 (0: 전혀 불편하지 않음, 4: 매우 불편함)의 점수를 곱하여 어떤 항목에서 전혀 경험하지 않았거나, 경험했더라도 불편함이 없었으면 ‘0’점으로 계산된다. 경험하지 않은 문항이나 불편함을 초래하지 않은 문항은 ‘0’점으로 계산되어 도덕적 고뇌의 총점에 기여하지 않으므로 햄릭 등[24]은 좀 더 정교하게 도덕적 고뇌를 측정할 수 있다고 하였다. 각 문항의 점수를 합한 값이 총점으로 계산되어 각 문항당 최대점수는 16점이며, 본 연구에서 총 문항의 점수범위는 0~208점이다. 점수가 높을수록 도덕적 고뇌 정도가 높음을 의미한다.

채영란 등[25]에서 도구의 신뢰도는 모든 문항에 대해 Cronbach's $\alpha=.91$ 이었고, 본 연구에서 ‘무의미한 돌봄’, ‘간호실무’, ‘윤리적 문제를 주장하는 데 대한 제약’ 3개 영역으로 구성된 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.88$ 이었다. 하위항목 별로는 ‘무의미한 돌봄’ 영역 .79, ‘간호실무’ 영역 .82, ‘윤리적 문제를 주장하는 데 대한 제약’ 영역 .65로 나타났다.

3) 임종간호수행

박순주[26]가 일반병동, 응급실 및 중환자실 간호사의 임종간호수행 정도를 측정하기 위해 신체적, 심리적, 영적 영역으로 분류하여 22문항으로 구성된 4점 척도를 개발하였고, 본 연구에서는 정상이[20]가 원 도구를 수정하여 중환자실 간호사만을 대상으로 임종간호수행 정도를 측정하는 도구를 사용하였으며, 신체적(8), 심리적(8), 영적

(5) 영역의 하위영역으로 분류하였다. 원 도구의 영적 영역의 문항 중 ‘환자에게 성경(불경) 등을 읽어주었다.’, ‘환자와 함께 기도(선)를 하였다.’, ‘삶의 의미와 목적에 대해 함께 이야기 하였다.’는 문항은 간호사가 실제 해당 간호를 수행할 수 없기 때문에 제외하였다. 대신 ‘종교예식에 참여하도록 환자를 돕고 조용한 환경을 유지해준다.’와 ‘환자의 영적 지도자(신부, 목사, 스님 등)에 의뢰한다.’를 추가하여 총 21문항으로 측정하였으며, 점수범위는 최소 21~84점이다. 점수가 높을수록 임종간호수행 정도가 높음을 의미한다.

수정된 도구[20]의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.89$ 였으며, 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.86$ 이었다. 하위항목별로 ‘신체적’ 영역 .67, ‘심리적’ 영역 .82, ‘영적’ 영역 .86이었다.

4. 자료수집 절차

본 연구의 자료 수집은 충남대학교 연구윤리위원회(Institutional Review Board, IRB) 승인 후 각 병원 간호부의 사전 동의를 받은 후 해당부서장(수간호사)에게 서면으로 연구의 목적과 방법을 설명하고 대상자 모집에 대해 협조를 구하였다. 연구자가 중환자실 간호사 중 연구에 참여할 의사가 있는 대상자에게 서면으로 연구대상자용 설명문을 제시하고 서면동의를 받아 시행하였다. 대상자가 봉투에 있는 설문지를 작성 후 밀봉하게 하여 해당 병동 간호사실에 있는 수집함에 밀봉봉투를 넣어 놓으면 연구자가 수거하여 대상자의 비밀을 보장하였다. 자료수집 기간은 2018년 9월 17일부터 2018년 10월 12일까지 4주에 걸쳐 진행되었으며 불충분한 응답을 감안하여 130부의 설문지를 배부하였고, 회수한 120부로 최종 자료 분석을 시행하였다.

5. 자료분석 방법

본 연구는 IBM SPSS Statistics (ver. 24; IBM Corp., Armonk, NY, USA) 프로그램을 이용하여 분석하였다.

1) 대상자의 일반적 특성은 빈도분석과 기술통계로 분석하였다.

2) 도덕적 민감성, 도덕적 고뇌, 임종간호수행 정도는 기술통계로 평균과 표준편차를 총점과 문항별로 구하였다.

3) 간호사의 일반적 특성에 따른 도덕적 민감성, 도덕적 고뇌, 임종간호수행 정도는 t-검정 또는 분산분석(ANOVA)으로 차이를 분석하였다.

4) 도덕적 민감성, 도덕적 고뇌, 임종간호수행 간 관계는 상관분석으로 확인하였다.

5) 대상자의 일반적 특성, 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌가 임종간호수행에 미치는 영향은 다중회귀분석 방법으로 확인하였다.

6. 연구의 윤리적 고려

본 연구는 생명윤리위원회의 승인(IRB No. 201807-SB-095-01)을 받은 후 자료를 수집하였다. 연구자는 본 연구에 자발적으로 참여하는 것에 동의한 간호사만을 대상으로 자료를 수집하였다. 연구대상자의 자유의사에 따라 설문에 참여하도록 유도하였으며, 연구의 목적, 연구의 절차를 설명하였고, 강제성이 없으며 연구에 참여하기로 동의한 경우라고 하더라도 본인이 원한다면 언제든지 연구 참여를 철회할 수 있고, 이로 인한 어떠한 불이익도 없음을 서면으로 설명하였다. 또한 자료수집 시 익명을 보장하고, 수집된 자료는 연구목적 외에 다른 용도로는 사용하지 않을 것을 명시하였고, 연구 종료 후 자료의 폐기 사항을 서면으로 설명하였다.

III. 결과

1. 대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 평균 연령은 29.29±4.72세였고 대상자의 근무 경력은 평균 62.40±55.36개월로 약 5년 수준이었다. 여성이 108명(90.0%)이었고, 교육수준에서는 4년제 졸업이 95명(79.2%)으로 3년제 졸업 17명(14.2%)과 석사 졸업 8명(6.7%)보다 많았다. 대상자의 근무부서는 응급중환자실이 53명(44.2%)으로 가장 많았고, 심장질환자, 소아중환자를 포함한 내과계중환자실에

서 일하는 간호사가 44명(36.7%), 외상환자나 흉부외과 환자의 비중이 많은 외과계중환자실 간호사 23명(19.2%) 순이었다. 미혼 대상자가 99명(82.5%)이었으며, 종교가 있는 대상자가 42명(35.0%)이었다.

120명 간호사 전원이 최근 1년 이내에 임종간호를 한 경험이 있었으며, 최근 1년 이내 임종간호와 관련된 교육을 받은 경험이 있는 대상자는 16명(13.3%)이었다. 이들은 보수교육(3명) 또는 원내교육(6명)에서 임종간호 교육을 받았다고 응답하였다. 최근 1년 이내에 간호윤리 교육을 받은 경험이 있다고 응답한 대상자는 38명

<Table 1> General Characteristics of Subject (N=120)

Variable	Category	n (%)	Mean±SD
Age (yr)			29.29±4.72
Career (mo)			62.40±55.36
Sex	Female	108 (90.0)	
	Male	12 (10.0)	
Education	College	17 (14.2)	
	University	95 (79.2)	
	Master	8 (6.7)	
Working ward	Medical ICU	44 (36.7)	
	Surgery ICU	23 (19.2)	
	Emergency ICU	53 (44.2)	
Marital status	Single	99 (82.5)	
	Married	21 (17.5)	
Religion	Yes	42 (35.0)	
	No	78 (65.0)	
Experience of education about end-of-life care (last 1 yr)	Yes	16 (13.3)	
	No	104 (86.7)	
Experience of education about nursing ethics (last 1 yr)	Yes	38 (31.7)	
	No	82 (68.3)	

ICU : intensive care unit.

(31.7%)이었다 <Table 1>.

2. 대상자의 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌, 임종간호 수행 정도

대상자의 도덕적 민감성 정도는 점수범위 1~7 점 중 4.95±0.48점으로 중간보다 약간 높은 민감도 수준을 나타냈다. 하위영역별로는 ‘전문가적 책임’ 영역이 5.39점, ‘환자중심 간호’ 영역이 동일하게 가장 높게 나타났으며, ‘갈등’ 영역이 4.99 점, ‘선행’ 영역이 4.57점으로 그 뒤를 이었다. ‘도덕적 의미’ 영역이 4.24점으로 도덕적 민감성의 하위영역 중 가장 낮은 점수를 보였다.

대상자의 도덕적 고뇌 정도는 점수 범위 0~16 점 중 5.17±3.29점으로 중간보다 낮은 수준이었다. 하위영역별로는 ‘무의미한 돌봄’ 영역이 8.42 점으로 가장 높았고, ‘간호실무’ 영역이 5.83점, ‘윤리적 문제를 주장하는데 대한 제약’ 영역이 2.63점으로 하위영역 중 가장 낮은 점수를 보였다.

대상자의 임종간호 수행 정도는 점수범위 1~4 점(1점: 전혀 하지 않았다, 2점: 가끔 한다, 3점: 자주한다, 4점: 항상 한다) 중 2.70±0.46점으로 나타나 가끔~자주 수행하는 것으로 나타났다 <Table 2>.

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 도덕적 민감성, 도덕적 고뇌와 임종간호수행 차이

도덕적 민감성은 대상자가 미혼인 경우보다 기혼인 경우 높은 것으로 나타났다($t=-2.012, p=.040$). 그 밖에 일반특성에 따른 차이는 없었다.

대상자의 도덕적 고뇌는 연령에 따라 31세 이상 군이 30세 이하 군에 비해 점수가 높게 나타났

다($t=-3.971, p<.001$). 교육정도에 따라서 차이를 보였는데($F=6.032, p=.003$), 사후검정 결과 4년제 졸업한 군보다 석사학위 이상의 군에서 도덕적 고뇌가 더 높은 것으로 나타났다. 기혼인 대상자가 미혼인 대상자보다 도덕적 고뇌 정도가 높은 것으로 나타났다($t=-2.974, p=.004$). 근무경력 37개월 이상인 군에서 도덕적 고뇌가 더 높은 것으로 나타났다($t=-6.256, p<.001$).

임종간호수행은 연령이 31세 이상인 군에서 수행정도가 더 높았고($t=-2.132, p=.03$), 교육정도에 따라 차이를 보였는데($F=3.564, p=.03$) 사후검정 결과 4년제를 졸업한 군보다 석사 이상 군

<Table 2> Levels of Moral Sensitivity, Moral Distress and End-of-Life Care Performance (N=120)

Variable	Mean±SD
Moral sensitivity	
Total	4.95±0.48
Patient-oriented care	5.39±0.71
Professional responsibility	5.39±0.61
Conflict	4.99±0.74
Moral meaning	4.24±0.82
Benevolence	4.57±0.54
Moral distress	
Total	5.17±3.29
Futile care	8.42±4.06
Nursing practice	5.83±4.43
Limit to claim the ethical issue	2.63±3.35
End-of-life care	
Total	2.70±0.46
Physical area	3.10±0.51
Psychological area	2.96±0.55
Spiritual area	1.67±0.70

SD : standard deviation.

에서 수행정도가 더 높은 것으로 나타났다. 또 근무경력이 37개월 이상인 군에서 임종간호수행을 더 잘하는 것으로 나타났다($t=-2.282, p=.02$) <Table 3>.

4. 대상자의 일반특성, 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌, 임종간호수행 간의 상관관계

일반특성에 따른 도덕적 고뇌, 임종간호 수행 간의 차이검정에서 유의한 차이를 보인 근무경력, 도덕적 민감성, 도덕적 고뇌와 상관관계가 있을 것으로 예상되는 간호윤리 교육 경험 유무의 상관성을 확인하였다.

대상자의 근무경력은 도덕적 고뇌 총점과 양의 상관이 있는 것으로 나타났다($r=.41, p<.001$). 하위영역으로는 무의미한 돌봄($r=.37, p<.001$), 간호실무($r=.49, p<.001$), 윤리적 문제를 주장하는 데에 대한 제약($r=.28, p<.001$)과 같이 전 영역에 걸쳐 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 근무경력은 또한 임종간호 수행 총점과도 양의 상관이 있는 것으로 나타났다($r=.25, p=.005$). 하위영역으로는 신체적 영역($r=.23, p=.01$)과 영적 영역($r=.24, p=.007$)에서 양의 상관을 보였다.

간호 윤리교육을 받은 경험 유무는 도덕적 민감성의 총점과는 상관성을 나타내지 않았으나 하위항목별로 ‘환자 중심 간호’ ($r=.18, p=.03$)와, ‘갈등’ ($r=.22, p=.01$) 영역과는 양의 상관관계가 있는 것으로 확인되었다. 간호 윤리교육 경험의 유무는 또한 도덕적 고뇌의 하위항목별로 ‘무의미한 돌봄’ ($r=.22, p=.01$)과 양의 상관이 있는 것으로 나타났다.

대상자의 도덕적 민감성과 임종간호 수행정도 간에는 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다($r=.22, p=.01$). 도덕적 민감성의 총점은 임종간호 수행의 ‘신체적’ 영역($r=.20, p=.02$), ‘영

적’ 영역($r=.23, p=.009$)의 수행정도와 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 확인되었다. 임종간호 수행 정도의 총점은 도덕적 민감성의 하위영역 중 ‘환자중심 간호’ 영역($r=.18, p=.03$), ‘갈등’ 영역($r=.21, p=.01$)과 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 도덕적 민감성의 ‘도덕적 의미’ 영역은 임종간호수행의 ‘영적’ 영역과 유의한 상관을 보였다($r=.25, p=.005$). 또, 도덕적 고뇌의 ‘윤리적 문제를 주장하는 데에 대한 제약’ 영역과도 양의 상관관계를 나타냈다($r=.20, p=.02$).

도덕적 고뇌 총점과 임종간호 수행 총점 간에는 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다($r=.23, p=.01$). 도덕적 고뇌의 총점은 임종간호수행의 ‘심리적’ 영역($r=.20, p=.02$)과 양의 상관이 있었고, 하위항목별로는 ‘무의미한 돌봄’ ($r=.22, p=.01$), ‘간호실무’($r=.27, p=.002$), ‘윤리적 문제를 주장하는 데에 대한 제약’ ($r=.21, p=.01$)은 임종간호수행의 총점과 양의 상관이 있는 것으로 확인되었다. 도덕적 고뇌의 ‘간호실무’ 영역은 임종간호수행의 하위영역에 대해 ‘심리적’ 영역($r=.25, p=.004$), ‘영적’ 영역($r=.20, p=.02$)과 양의 상관이 있었다. 도덕적 고뇌의 ‘무의미한 돌봄’ 영역은 임종간호수행의 심리적 영역($r=.22, p=.01$)과 양의 상관관계가 있었으며, ‘윤리적 문제를 주장하는 데에 대한 제약’은 임종간호수행의 ‘신체적’ 영역($r=.25, p=.006$)과 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

도덕적 민감성과 도덕적 고뇌 간에는 $r=.14$ ($p=.12$)로 상관관계는 유의하지 않은 것으로 나타났다. 그러나 하위항목으로 나누어 상관관계를 파악한 결과 도덕적 민감성의 ‘갈등’ 영역은 도덕적 고뇌의 총점($r=.26, p=.004$)뿐 아니라 하위영역인 ‘무의미한 돌봄’ 영역($r=.24, p=.008$), ‘간호실무’ 영역($r=.20, p=.02$), ‘윤리적 문제를 주장하는 데에 대한 제약’ 영역($r=.25, p=.005$)과 유의

<Table 3> Differences in Moral Sensitivity, Moral Distress and End-of-Life Care Performance by Demographic Variables (N=120)

Variable	Category	n (%)	Moral sensitivity		Moral distress		End-of-life care performance	
			Mean±SD	t/F (p)	Mean±SD	t/F (p)	Mean±SD	t/F (p)
Age	≤30 yr	90 (75.0)	4.91±0.48	-1.522 (.13)	5.34±3.04	-4.389 (<.001)	2.65±0.45	-2.132 (.03)
	≥31 yr	30 (25.0)	5.07±0.48		8.33±3.77		2.86±0.42	
Sex	Female	108 (90.0)	4.95±0.50	-0.396 (.69)	6.25±3.50	1.548 (.12)	2.72±0.45	1.009 (.31)
	Male	12 (10.0)	5.00±0.25		4.62±2.97		2.58±0.42	
Level of education	College	17 (14.2)	5.07±0.39	1.545 (.21)	7.66±2.89	6.032 (.003)	2.77±0.43	3.564 (.03)
	University ^a	95 (79.2)	4.91±0.49		5.56±3.33	a<b*	2.66±0.45	a<b*
	Master ^b	8 (6.7)	5.16±0.51		8.97±4.14		3.08±0.41	
Marital status	Single	99 (82.5)	4.91±0.47	-2.012 (.04)	5.67±3.17	-2.974 (.004)	2.66±0.44	-2.097 (.03)
	Married	21 (17.5)	5.14±0.51		8.07±4.18		2.89±0.45	
Religion	Yes	42 (35.0)	4.95±0.38	0.039 (.96)	6.41±3.18	0.733 (.46)	2.78±0.40	1.317 (.19)
	No	78 (65.0)	4.95±0.53		5.92±3.63		2.66±0.47	
Career	≤36 mo	52 (43.3)	4.95±0.55	-0.020 (.98)	4.19±2.32	-6.256 (<.001)	2.60±0.47	-2.282 (.02)
	≥37 mo	68 (56.7)	4.95±0.43		7.54±3.52		2.79±0.42	
Experience of education about end-of-life care performance	Yes	16 (13.3)	5.04±0.37	0.814 (.41)	6.60±3.69	0.632 (.52)	2.81±0.48	0.976 (.33)
	No	104 (86.7)	4.94±0.50		6.01±3.45		2.69±0.45	
Experience of education about nursing ethics	Yes	38 (31.7)	5.05±0.30	1.933 (.05)	6.89±3.03	1.735 (.08)	2.82±0.46	1.870 (.06)
	No	82 (68.3)	4.90±0.54		5.72±3.61		2.65±0.44	

SD : standard deviation.

*Scheffe p<.05.

<Table 4> Relationships among Moral Sensitivity, Moral Distress and End-of-Life Care Performance (N=120)

Variable	Nursing ethics education			Moral sensitivity			Moral distress			End-of-life care performance			
	Career	Patient-oriented care	Professional responsibility	Conflict meaning	Moral benevolence	Total	Futile care	Nursing practice	Ethical issue	Total	Physical	Psychological	Spiritual
	r (P)	r (P)	r (P)	r (P)	r (P)	r (P)	r (P)	r (P)	r (P)	r (P)	r (P)	r (P)	r (P)
Career	1												
Nursing ethics education	.011 (.90)	1											
Moral sensitivity	.089 (.33)	.189 (.03)	1										
Professional responsibility	.053 (.56)	.023 (.80)	.646 (<.001)	1									
Conflict	.128 (.16)	.229 (.01)	.640 (<.001)	.512 (<.001)	1								
Moral meaning	-.001 (.99)	.064 (.48)	.449 (<.001)	.214 (.01)	.347 (<.001)	1							
Benevolence	-.025 (.78)	.003 (.97)	.290 (.001)	.272 (.003)	.130 (.15)	.138 (.13)	1						
Total	.072 (.43)	.145 (.11)	.867 (<.001)	.773 (<.001)	.762 (<.001)	.634 (<.001)	.455 (<.001)	1					

<Table 4> Continued

Variable	Nursing ethics education			Patient-oriented care			Professional responsibility			Moral sensitivity			Moral distress			End-of-life care performance					
	Career	ethics education	r (P)	ethics education	r (P)	ethics education	r (P)	ethics education	r (P)	ethics education	r (P)	ethics education	r (P)	ethics education	r (P)	ethics education	r (P)	ethics education	r (P)		
Moral distress	Futile care	.375 (<.001)	.223 (.01)	.153 (.09)	.134 (.14)	.242 (.008)	.090 (.32)	-.134 (.14)	.155 (.09)	.242 (.008)	-.134 (.14)	.155 (.09)	.242 (.008)	-.134 (.14)	.155 (.09)	.242 (.008)	-.134 (.14)	.155 (.09)	.242 (.008)	-.134 (.14)	.155 (.09)
	Nursing practice	.491 (<.001)	.124 (.17)	.114 (.21)	.072 (.43)	.207 (.02)	-.027 (.76)	-.126 (.16)	.079 (.39)	.207 (.02)	-.027 (.76)	-.126 (.16)	.079 (.39)	.207 (.02)	-.027 (.76)	-.126 (.16)	.079 (.39)	.207 (.02)	-.027 (.76)	-.126 (.16)	.079 (.39)
Ethical issue	Ethical issue	.281 (.002)	-.016 (.86)	.168 (.06)	.141 (.12)	.256 (.005)	.208 (.02)	-.047 (.61)	.221 (.01)	.256 (.005)	-.047 (.61)	.221 (.01)	.256 (.005)	-.047 (.61)	.221 (.01)	.256 (.005)	-.047 (.61)	.221 (.01)	.256 (.005)	-.047 (.61)	.221 (.01)
	Total	.418 (<.001)	.163 (.07)	.139 (.13)	.102 (.26)	.263 (.004)	.073 (.43)	-.129 (.16)	.142 (.12)	.263 (.004)	-.129 (.16)	.142 (.12)	.263 (.004)	-.129 (.16)	.142 (.12)	.263 (.004)	-.129 (.16)	.142 (.12)	.263 (.004)	-.129 (.16)	.142 (.12)
End-of-life care performance	Physical care	.235 (.01)	.134 (.14)	.193 (.03)	.109 (.23)	.219 (.01)	.072 (.43)	.149 (.10)	.204 (.02)	.219 (.01)	.072 (.43)	.149 (.10)	.204 (.02)	.219 (.01)	.072 (.43)	.149 (.10)	.204 (.02)	.219 (.01)	.072 (.43)	.149 (.10)	.204 (.02)
	Psychological performance	.138 (.13)	.173 (.05)	.080 (.38)	.131 (.15)	.092 (.31)	.026 (.77)	.031 (.73)	.105 (.25)	.092 (.31)	.026 (.77)	.031 (.73)	.105 (.25)	.092 (.31)	.026 (.77)	.031 (.73)	.105 (.25)	.092 (.31)	.026 (.77)	.031 (.73)	.105 (.25)
Total	Spiritual	.247 (.007)	.086 (.35)	.185 (.04)	.043 (.64)	.224 (.01)	.252 (.005)	.144 (.11)	.237 (.009)	.224 (.01)	.252 (.005)	.144 (.11)	.237 (.009)	.224 (.01)	.252 (.005)	.144 (.11)	.237 (.009)	.224 (.01)	.252 (.005)	.144 (.11)	.237 (.009)
	Total	.256 (.005)	.170 (.06)	.189 (.03)	.124 (.17)	.219 (.01)	.136 (.13)	.132 (.15)	.224 (.01)	.219 (.01)	.136 (.13)	.132 (.15)	.224 (.01)	.219 (.01)	.136 (.13)	.132 (.15)	.224 (.01)	.219 (.01)	.136 (.13)	.132 (.15)	.224 (.01)

<Table 5> Impact of Moral Sensitivity and Moral Distress on End-of-Life Care Performance (N=120)

Variable	End-of-life care performance			
	Block 1		Block 2	
	β	t (p)	β	t (p)
Moral sensitivity	.195	2.194 (.03)	.177	2.007 (.04)
Moral distress	.204	2.290 (.02)	.103	1.056 (.29)
Experience of education about nursing ethics			.125	1.407 (.16)
Career			.199	2.083 (.03)

Adjusted R²=0.106, F=4.519 (p=.002).

한 상관관계가 있는 것으로 나타났다<Table 4>.

5. 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌가 임종간호 수행에 미치는 영향

다중 회귀분석 방법을 사용하여 임종간호 수행에 영향을 미치는 요인을 확인하였다. 대상자의 일반적 특성 중에서 임종간호 수행에 영향을 미치는 요인은 차이검정과 상관관계 분석에서 유의하게 나온 근무경력과 간호윤리교육을 받은 경험 유무, 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌를 독립변수로 처리하여 분석하였다. 회귀분석 가정에서 더빈-왓슨(Durbin-Watson)의 통계량은 1.644로 2에 가까우므로 자기상관이 없이 독립적이라고 볼 수 있었다. 다중공선성을 검정한 결과 변수 간 상관이 $r < .8$ 로 나타났고, 공차한계(tolerance)는 0.79~0.96, 분산팽창인자(variance inflation factor)는 1.037~1.262로 기준인 10을 넘지 않아 다중 공선성의 문제는 없었다. 잔차 가정을 충족하기 위한 정규성, 등분산성, 선형성 가정도 만족했다.

다중회귀 분석 결과 Block 1에서 도덕적 민감성($\beta = .195, t = 2.194, p = .03$)과 도덕적 고뇌($\beta = .204, t = 2.290, p = .02$)는 임종간호수행에 유

의한 영향을 미쳤다. Block 2와 같이 대상자의 근무경력과 간호윤리교육 경험의 유무를 추가한 회귀분석에서는 회귀모형이 통계적으로 유의하였고, 수정된 R²=0.106으로 10.6%의 설명력을 보였다(F=4.519, p=.002). 결론적으로 다중 회귀분석을 시행한 결과 근무경력($\beta = .199, t = 2.083, p = .03$)과 도덕적 민감성($\beta = .177, t = 2.007, p = .04$)이 중환자실 간호사의 임종간호수행에 영향을 미치는 요인으로 확인되었다.

도덕적 고뇌는 상관분석에서 임종간호수행 간에 유의한 상관($r = .23, p = .01$)을 보였으나 다중 회귀 분석 Block 2 결과에서는 임종간호수행에 유의한 영향요인으로 나타나지 않았다($\beta = .103, t = 1.056, p = .29$). 상관분석에서 도덕적 고뇌는 경력과 유의한 상관이 있었고($r = .41, p < .001$), 임종간호수행과 경력도 유의한 상관을 보였기에($r = .25, p = .005$), 회귀식에 경력 변수가 추가되면서 도덕적 고뇌의 유의성이 사라진 것으로 보인다. 간호윤리교육 경험 유무도 임종간호 수행에 유의한 영향 변수가 아니었다($\beta = .125, t = 1.407, p = .16$) <Table 5>.

IV. 고찰

1. 중환자실 간호사의 도덕적 민감성

도덕적 민감성은 개인적 측면과 그에 영향을 미치는 환경적 측면의 인식을 포함하며[27], 개인의 성장, 문화, 종교, 교육, 삶의 경험에 영향을 받고, 사람마다 다르게 표현될 수 있다[28]. 자신이 현재 도덕적 또는 윤리적 문제에 처해 있다는 지각이나 느낌을 가지는 것이 도덕적 민감성이며, 도덕적 민감성이 낮은 사람은 윤리적 문제를 문제라고 인식조차 못하기 때문에 윤리적인 갈등상황에서 적절한 의사결정을 못하게 된다[29]. 에르소이(Ersoy)와 건도그무스(Gündogmus)[30]도 윤리적 의사결정을 하기 위해서는 윤리적인 지식과 뚜렷한 가치관이 요구되며 이와 더불어 도덕적 민감성이 매우 중요한 요소임을 주장하였다. 도덕적 민감성은 기관과 조직에 따라 정도 차이를 보였는데 선행연구[31,32]에서 서울소재 3차 종합병원 간호사가 단일지역 요양병원의 간호사보다 도덕적 민감성이 높은 것으로 나타난 것과, 간호사와 간호대학생의 도덕적 민감성 비교 연구[33]에서 간호대학생보다 간호사의 도덕적 민감성이 더 높은 것으로 나타난 것으로 보아 개인적 조건뿐만 아니라 조직적·환경적 측면도 도덕적 민감성을 변화시키는 요인이라고 할 수 있다. 조직 내 윤리풍토는 도덕적 민감성에 영향을 미치기 때문에 윤리적 문제 발생 시 간호관리자는 간호사가 부서의 확고한 윤리적 신념과 규칙을 지키고, 윤리적 행동을 할 수 있도록 독려해야 한다[34].

본 연구에서 중환자실 간호사의 도덕적 민감성 정도는 점수 범위 1~7점 중 4.95 ± 0.48 점으로 중간보다 높은 정도를 보였다. 내·외과병동, 중환자실, 응급실 간호사를 대상으로 한 연구[15]

에서 3.44 ± 0.19 점과 일반 간호사를 대상으로 한 연구[31]에서 도덕적 민감성 점수 4.71점보다 높은 것으로 나타났다. 간호의 전문성이 높아지면서 간호윤리가 강조되고 있는 시대적 변화를 반영한 결과라고 생각된다. 반면, 내·외과병동, 중환자실을 포함한 임상간호사를 대상으로 한 연구[32,35]에서 각각 5.13점, 5.05점 그리고 요양병원 간호사를 대상으로 한 선행연구[36]에서 보고된 5.10점보다는 다소 낮았다.

하위영역별로는 전문가적 책임 영역과 환자중심 간호 영역이 동일하게 5.39점으로 확인되었다. 이는 환자중심 간호가 가장 높고, 전문가적 책임 영역이 그 뒤를 이었던 선행연구[15,32,35]와 유사하였고, 전문가적 책임 영역이 가장 높다고 보고한 장혜영 등[36]과도 유사한 결과를 보였다. 최근 연명의료결정법의 시행에 따라 간호사가 중환자실에서 말기 또는 임종과정에 있는 환자의 자기결정권을 존중하고 가치를 보호하는 것이 좋은 간호를 수행하는 것으로 인식하고 있음을 반영한 결과라고 생각된다. 조계화와 김연자[15]의 보고와 같이 사전의사결정에 대한 간호사들의 지식과 태도는 환자가 삶의 마지막을 결정하는 데 있어 환자의 권리를 지지하고 옹호하는데 매우 중요하기 때문이다. 전문가적 책임 영역에서 ‘환자의 전반적인 상황에 대한 지식과 정보를 갖는 것이 간호사로서 나의 책임이다.’가 6.22점으로 영역 내 다른 문항에 비해 월등히 높았으며 전체 문항 중에서 가장 높은 점수를 나타냈는데, 이는 중환자실 간호사가 환자에 대한 지식, 정보를 갖는 것이 전문가로서의 책임임을 인식하고 있는 것을 의미한다.

중환자실 간호사의 일반적 특성에 따른 도덕적 민감성은 결혼상태 외에는 유의한 차이를 보이지 않았다. 요양병원 간호사의 연령, 경력, 교육수준에 따라 도덕적 민감성이 유의한 차이가 있다고

보고한 선행연구[31]와 다른 결과를 나타냈고, 중환자실을 포함한 임상간호사를 대상으로 근무 경력이 길수록 도덕적 민감성이 높은 것으로 나타난 선행연구[32]와도 차이가 있었다. 추후 연구에서 간호사의 일반적 특성과 도덕적 민감성 간의 관련성을 더 탐색할 필요가 있다. 간호윤리 교육은 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌에 통계적 유의성은 없었지만, 간호윤리 교육을 받은 적이 있는 간호사의 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌 점수가 높은 경향을 보였다. 이는 도덕적 민감성 향상을 위해 전문적이고 체계화된 윤리교육이 유용한 효과를 나타낼 수 있음을 시사한다고 볼 수 있지만, 추후 연구에서 재확인 필요하다.

2. 중환자실 간호사의 도덕적 고뇌

중환자실 간호사의 도덕적 고뇌는 점수범위 0~16점 중 5.17 ± 3.29 점으로 중간보다 낮은 수준이었다. 국내에서는 아직 동일 도구를 이용한 도덕적 고뇌 측정 연구는 미진한 상황이라서 측정 도구는 다르지만 국내 간호사의 도덕적 고뇌 수준이 중등도라고 보고한 연구[32,37]와 비교했을 때 낮은 편이다. 본 연구에서 사용된 도덕적 고뇌 측정도구는 빈도×강도로 계산해 도덕적 고뇌 경험이 전혀 없거나, 경험이 있었더라도 불편하지 않았다면 0점으로 측정된다. 0점 응답률로 인해 Likert 1~5점으로 측정한 선행연구보다 도덕적 고뇌 정도가 낮은 수준으로 나온 것으로 보인다.

한성숙[6]은 도덕적 고뇌의 상황적, 행동적 영역에서 산소아과병동, 외과병동, 내과병동보다 중환자실 간호사가 겪는 도덕적 고뇌가 더 크다고 보고하였으며, 선행연구[32]에서도 중환자실 간호사의 도덕적 고뇌 점수가 3.06점으로 외과계 병동 2.68점보다 유의하게 높게 나타났다.

하위항목별 도덕적 고뇌는 ‘무의미한 돌봄’ 영

역에서 8.42점으로 가장 높게 나타났는데 이는 무의미한 연명의료가 주로 이루어지는 중환자실에서 간호사들이 느끼는 도덕적 고뇌가 매우 크다는 연구[38]를 지지하는 결과이다. 본 연구에서는 연명의료결정에 관한 법률이 공포되기 전 다수의 연구에서 사용되었던 유명숙의 도덕적 고뇌 측정도구[19] 대신 연명의료결정제도가 시행되고 있는 현재 임상상황을 반영한 채영란 등[25]의 도구를 사용하여 우리나라의 사회·문화적 특성을 고려하였다. 현재 시행되고 있는 연명의료결정제도가 안정적으로 정착하여 활성화된다면 중환자실 간호사의 도덕적 고뇌가 감소할 수 있다는 점을 시사한다. 또한 중환자실 간호사로 대상자를 특정하여 수행한 본 연구의 필요성을 뒷받침 한다.

도덕적 고뇌는 대상자의 일반적 특성 중 연령, 교육정도, 결혼상태, 근무경력에 따라 유의한 차이를 보였는데, 조행난 등[37]에서 일반적 특성에 따라 유의한 차이를 보이지 않았던 연구결과와 차이가 있었다. 오(Oh)와 가스만(Gastmans)[39]은 도덕적 고뇌를 경험한 간호사를 대상으로 국외문헌 19개의 통합적 문헌고찰을 통해 인구학적 변수에 따른 도덕적 고뇌의 차이는 일관적이지 않다는 결과를 보고하였다. 추후 도덕적 고뇌와 관련 있는 일반특성을 확인하는 연구가 좀 더 이루어져야 할 것이다. ‘간호실무’ 영역에서 비교적 높은 수준의 도덕적 고뇌 정도를 나타냈는데 이는 중환자실 간호 인력의 부족으로 인해 안전성이 보장되지 않는 상황에서 환자에게 간호실무를 수행해야 할 때 느끼는 도덕적 고뇌를 반영한 결과라 할 수 있다. 도덕적 고뇌를 감소하기 위해서 간호인력 관리 프로그램 개발과 전문직으로서 간호사의 자율성을 보장하는 병원의 시스템 및 정책이 마련되어야 할 것이다[37].

3. 임종간호수행

본 연구에서 임종간호 수행 정도는 2.7점(4점 만점)으로 가끔~자주 수행하는 것으로 나타났다. 이는 요양병원 간호사를 대상으로 한 연구[40]에서 2.62점, 중환자실 간호사를 대상으로 한 연구[14]에서 2.60점으로 보고한 것과 유사하였고, 중환자를 포함한 내·외과병동, 응급실 간호사를 대상으로 한 연구[15]의 2.71점과 유사하게 나타났다.

대상자의 일반적 특성에 따른 임종간호수행은 연령에 따라 30대 이상의 군에서 수행정도가 높게 나타났으며, 교육정도에 따라 석사학위 이상의 군에서 임종간호수행을 더 잘하는 것으로 나타났다. 경력이 37개월 이상인 군에서 임종간호수행정도가 높았고, 결혼유무에 따라서 기혼 간호사에게서 임종간호수행 정도가 높았는데 경력이 많을수록 기혼 간호사가 많기 때문인 것으로 생각된다. 이는 임종간호수행의 정도가 연령, 교육정도, 경력, 결혼 상태에 따라 유의한 차이가 있다고 보고한 선행연구[21]와 같았으며, 교육정도에 따라 유의한 차이가 있다고 보고한 선행연구[15]와도 일치하였다. 반면, 일반적 특성과 임종간호 수행 간의 차이가 없는 것으로 나타난 연구[14]와는 상이했다.

하위항목별로는 신체적 영역이 3.10점으로 자주 수행하는 것으로 나타났고, 더불어 심리적 영역도 2.96점으로 자주 수행하는 것으로 확인되었다. 반면, 영적 영역이 1.67점으로 전혀 하지 않거나 가끔 하는 것으로 나타나 신체적, 심리적 하위영역보다 현저히 낮은 수행정도를 보였다. 이는 선행연구[14,15,40]에서 임종간호수행 하위영역 중 영적 영역이 심리적, 신체적 영역에 비해 낮게 나타난 결과와 일치하였다. 또한 호스피스 전문기관이나 병동이 점차 확대되고 있는 추세이지만

의료기관 중환자실에서 급성기 치료를 받는 중에 임종을 맞고 있는 환자가 많기 때문에 임종간호 제공 시 영적 측면에 대한 간호수행이 낮게 나타난 것으로 보인다. 따라서 중환자실 간호사는 임종간호 시 대상자를 총체적인 인간으로써 존중하고 신체적, 심리적 및 영적 영역에 이르기까지 임종간호의 범위를 확대하여 간호를 수행할 필요가 있음을[14] 시사한다. 국외 선행연구[41]에서도 중환자실 간호사의 임종간호 수행은 신체적 간호뿐만 아니라 심리적 측면에서 임종환자에 대한 존엄, 연민을 표현하기 위한 비언어적 의사소통(손을 잡아주는 것 등)도 중요한 행위라고 하였으며 가족이 슬픔을 나눌 수 있는 사적인 공간을 확보하는 것 또한 중요한 임종간호라고 주장하였다. 중환자실에서 임종을 맞는 환자와 가족을 배려한 독립적인 공간, 즉 임종실의 설치 등과 같이 의료 환경을 개선하여 임종 시 영적 간호의 수행을 높여야 할 필요성이 있다. 또, 중환자실 간호사 역시 영적 간호의 필요성 및 중요성에 대한 이해를 높이기 위해 체계화된 임종 간호 교육 프로그램이나 훈련이 필요하다[14,42]. 국외 연구[43]에서 임종 돌봄과 관련된 윤리적 이슈, 장기기증 문제, 가족과의 의사소통 방법과 같은 구조화된 교육 프로그램을 구성하여 중환자실 간호사를 대상으로 교육을 시행하였는데 75% 이상의 연구 참여자들은 위와 같은 임종간호 교육에 만족하였으며 임종간호교육의 필요성에 대해 동의하였다. 본 연구에서 1년 이내에 임종간호 교육을 받은 대상자는 13.3%에 불과하고, 간호윤리 교육을 받은 대상자가 31.7%에 불과한 점으로 볼 때 중환자 간호사를 대상으로 보수교육 및 직무교육을 계획할 때 정기적인 임종간호 교육 및 간호윤리 교육이 필요하다고 생각된다.

4. 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌, 임종간호 수행 간의 관계

본 연구에서 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌는 통계적으로 유의하지는 않았으나 양의 상관($r=.14$)을 나타냈다. 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌와의 관계를 밝힌 선행연구[32,44]에서 도덕적 민감성이 높을수록 도덕적 고뇌가 증가하였다. 그 이유는 도덕적으로 민감한 간호사들이 임상에서 도덕적 딜레마를 더 많이 인지하고 경험하게 됨으로써 문제 해결을 위해 도덕적 고뇌가 더 증가한다는 것이다. 반면, 보르하니(Borhani) 등[45]은 도덕적 민감성이 높은 간호사는 도덕적 갈등 상황에서 문제를 해결하기 위해 행동함으로써 도덕적 고뇌 정도가 감소한다고 보고하였다. 추후 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌의 관계 및 영향요인을 밝히는 연구가 필요하다고 생각된다.

도덕적 민감성과 임종간호 수행 간에는 유의한 순상관이 있었다. 이는 임종간호 수행을 높이기 위해서 간호사의 도덕적 민감성이 우선적으로 요구된다고 보고한 선행연구[15]와 유사하다. 반면 내과병동 간호사의 도덕적 민감성과 양질의 간호간 관계 연구[46]에서는 두 변수 간에 유의한 상관관은 없었지만, 하위영역에서 도덕적 갈등 경험을 많이 하는 것은 양질의 간호점수와 음의 상관을 나타내었다. 이는 간호사가 도덕적 결정을 내릴 때, 개인적 가치와 전문가적 가치 사이에서 갈등을 경험하고 도덕적 긴장감을 느끼고 있으며, 도덕적 갈등을 신속히 해결하지 못하면 대상자와 멀어지고 도덕적 간호에 무관심해질 수밖에 없다. 따라서 중환자실 간호사에게는 여러 윤리적 상황에서 민감하게 반응하고 이를 인식하는 능력이 필요하며, 전문직으로서 간호사의 윤리성과 도덕적 행위를 수행할 필요가 있다.

중환자실 간호사의 도덕적 고뇌와 임종간호 수

행 간에는 유의한 순상관($r=.232$)이 있는 것으로 확인되었다. 이는 소아중환자실간호사의 임종간호 경험을 질적으로 고찰한 연구[47]에서, 불충분한 의사소통, 정서적 부담, 무의미한 돌봄으로 인한 도덕적 고뇌를 핵심 주제로 나타난 것과 유사하다. 그럼에도 불구하고 이들은 회복 탄력성을 강화하여 호스피스 간호로 한 단계 나아가는 결과를 볼 때[47], 중환자실 간호사의 도덕적 고뇌가 있을 때 대상자의 좋은 죽음을 인도하는 길에 간호사가 더욱 기여하고 있음을 의미하는 것이라 볼 수 있다. 하지만 국내에서는 결과를 비교할만한 연구가 아직 없는 상태이다.

5. 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌가 임종간호 수행에 미치는 영향

국내 중환자실에서 간호인력 확보 수준에 따른 간호관리료 차등제가 적용되어 상급종합병원을 중심으로 간호등급이 점점 높아지면서[48] 직접 간호 수행정도 증가, 간호업무성과 향상 등 간호현장의 긍정적인 변화가 시작되고 있다[49]. 이는 중환자실 간호사들이 임종간호에 대해 고려할 수 있는 시간적 여유가 생기고, 실제 적절한 임종간호를 수행할 수 있는 중환자실 내 환경이 마련되고 있음을 의미한다. 이에 따라 중환자실 간호사 개인의 도덕적 민감성, 도덕적 고뇌와 같은 윤리적 요인이 임종간호수행의 향상을 위해 더욱 더 중요해졌음을 시사한다.

본 연구에서 중환자실 간호사의 임종간호 수행에 영향을 미치는 요인에는 근무경력과 도덕적 민감성으로 나타났다. 즉, 근무경력이 길수록, 도덕적 민감성이 높을수록 임종간호 수행을 잘 한다는 것을 의미한다. 이는 중환자실을 비롯하여 내·외과 병동 간호사를 대상으로 한 선행연구[15]에서 도덕적 민감성이 임종간호 수행에 큰

영향을 미친다고 보고한 것과 일치하였다.

중환자실 간호사의 도덕적 고뇌와 임종간호 수행 간에는 유의한 순상관관계가 있었고, 도덕적 고뇌와 도덕적 민감성 변수에 대해서는 직접적으로 임종간호 수행에 유의한 영향을 미쳤으나, 근무경력이 추가된 후에는 도덕적 고뇌가 임종간호 수행에 더 이상 영향을 미치는 요인이 아니었다. 본 연구에서 차이검정 결과 근무경력이 37개월 이상인 간호사가 36개월 이하인 간호사보다 도덕적 고뇌 점수가 유의하게 높았다. 도덕적 고뇌는 근무경력과 양의 상관($r=.41$)을, 임종간호수행은 근무경력과 양의 상관($r=.25$)을 보였기 때문에, 근무경력 변수가 추가된 회귀식에서는 근무경력의 효과가 도덕적 고뇌의 유의성을 사라지게 한 것으로 보인다. 한편, 중환자실 간호사는 윤리적 딜레마를 경험하면서 간호업무수행 장애, 간호의 질적 저하 등을 초래하게 되며, 이러한 딜레마에 대처하기 위해 간호윤리교육이 필요하다고 보고한 선행연구[50]에 근거하여 본 연구에서 간호윤리 교육의 경험 유무와 임종간호수행 간의 관련성을 확인하였으나 유의한 상관을 보이지 않았다. 비록 간호윤리교육의 경험 유무가 임종간호 수행에 직접적으로 영향을 미치는 요인은 아닌 것으로 확인되었지만, 체계적이고 표준화된 간호윤리교육을 통해 간호사의 도덕적 민감성을 높일 수 있다고 주장한 선행연구[32,51]에 근거하여 본 연구에서 도덕적 민감성이 높을수록 임종간호 수행 정도가 높은 것으로 확인됨에 따라 간호윤리 교육은 중환자실 간호사의 임종간호 수행 정도를 향상시키기 위해 선행되어야 할 중요한 변수라 할 수 있다.

본 연구는 일 지역의 2개 상급종합병원의 중환자실 간호사를 대상으로 하였으므로 결과를 일반화하기에는 제한이 있다. 추후 국내 여러 의료기관으로 확대하고 더 많은 표본을 확보하여 임종

간호 수행에 영향을 미치는 윤리적 요인을 탐색하는 연구가 필요하다.

위 연구결과를 바탕으로 다음과 같이 제안한다.

1. 신체적, 심리적, 영적 영역에서 임종간호수행 정도를 높이기 위해 도덕적 민감성을 향상시킬 필요가 있으며, 도덕적 민감성을 높일 수 있는 체계화된 간호윤리 교육 프로그램의 개발과 임상현장에서의 적용이 활성화되어야 한다.
2. 중환자실에서 이루어지고 있는 임종간호의 실태를 확인하고, 정기적인 임종간호 교육을 시행하여 임종간호 수행정도를 향상시켜야 한다.
3. 본 연구에서 보다 큰 표본으로 중환자실 간호사의 경력을 고려하여 도덕적 고뇌가 임종간호수행에 미치는 영향을 재탐색할 필요가 있다. ㉞

CONFLICT OF INTEREST

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

REFERENCES

- 1) 김애경, 박계선. 간호사의 안락사와 임종 간호에 대한 의미 분석. 기본간호학회지 2000 ; 7(3) : 379-390.
- 2) 조명옥. 중환자실 간호사의 임종간호경험: 시공간성 탐구. 질적연구 2010 ; 11(2) : 80-93.
- 3) 박보현, 오연재. 간호사가 경험한 도덕적 고뇌에 관한 통합적 문헌고찰. 한국의료윤리학회지 2016 ; 19(3) : 312-327.
- 4) 김신미, 이인숙, 김세영 등. 간호윤리 연구 동향 분석. 한국의료윤리학회지 2017 ; 20(4) : 406-424.
- 5) Lützn K, Vera D, Sture E, et al. Developing the concept of moral sensitivity in health-care practice. Nurs Ethics 2006 ; 13(2) : 187-196.
- 6) 한성숙. 간호사들이 임상에서 경험하는 도덕적 고뇌. 한국생명윤리학회지 2005 ; 6(2) : 31-

- 47.
- 7) 김지미, 홍성경. 일 대학 대학생의 도덕적 자아개념, 윤리적 민감성과 공감능력 간의 관계. *한국의료윤리학회지* 2017 ; 20(3) : 317-329.
 - 8) Jameton A. *Nursing Practice: The Ethical Issue*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall, 1984.
 - 9) 법제처. *호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률*.
 - 10) 고상배, 김유진, 김주혜 등. *연명의료중단 및 임종기 돌봄 권고안*. 서울 : 대한중환자의학회, 2018 : 1-23.
 - 11) 고진강, 고정미, 박혜영. 생애 말 연명의료에 대한 중환자실 간호사의 인식: 내용 분석 연구. *중환자간호학회지* 2017 ; 10(1) : 41-50.
 - 12) Truog R, Cist A, Brackett S, et al. Recommendation for end-of-life care in the intensive care unit: the ethics committee of the society of critical care medicine. *Critical Care Medicine* 2001 ; 29 : 2332-2348.
 - 13) 설은미, 고진강. 중환자실 간호사의 임종 환자 돌봄 경험. *중환자간호학회지* 2018 ; 11(2) : 1-10.
 - 14) 고문정, 문소현. 중환자실 간호사의 임종간호 수행에 영향을 미치는 요인. *정신간호학회지* 2016 ; 25(4) : 327-337.
 - 15) 조계화, 김연자. 간호사의 품위 있는 죽음태도와 도덕적 민감성 정도가 임종간호수행에 미치는 영향. *한국호스피스·완화의료학회지* 2013 ; 16(4) : 223-231.
 - 16) Lützn K, Ewalds B. Moral distress: a comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts. *HEC Forum* 2012 ; 24 : 13-25.
 - 17) 김지영, 김묘성. 임종환자를 간호하는 중환자실 간호사의 임재 경험. *질적연구* 2018 ; 19(2) : 112-130.
 - 18) 이수정, 김혜영. 중환자실 간호사의 연명치료 환자 간호 경험 현상학적 접근. *기본간호학회지* 2016 ; 23(2) : 172-183.
 - 19) 유명숙. 간호사의 도덕적 고뇌 개념분석. *간호행정학회지* 2004 ; 10(1) : 49-62.
 - 20) 정상이. 중환자실 간호사의 임종간호 스트레스와 임종간호 수행. 석사학위논문. 한양대학교 공공정책대학원, 2013 : 1-62.
 - 21) 노선숙, 이창관, 성영희. 암환자를 돌보는 간호사의 임종간호수행에 영향을 미치는 요인. *중환자간호학회지* 2016 ; 9(2) : 61-70.
 - 22) Lützn K, Nordin C. Conceptualization and instrumentation of nurses' moral sensitivity in psychiatric practice. *Int J Methods Psychiatr Res* 1994 ; 4 : 241-248.
 - 23) Han S, Kim J, Kim Y, et al. Validation of a Korean version of the moral sensitivity questionnaire. *Nurs Ethics* 2010 ; 17(1) : 99-105.
 - 24) Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *Acta Biomaterialia Odontologica Scandinavia Primary Research* 2012 ; 3(2) : 1-9.
 - 25) 채영란, 유수정, 이은자 등. 병원간호사의 한국어판 도덕적 고뇌 측정도구의 타당도와 신뢰도. *한국간호교육학회지* 2016 ; 22(2) : 228-239.
 - 26) 박순주. *간호사들의 죽음에 대한 성향과 임종간호수행 정도에 대한 연구*. 석사학위논문. 전남대학교 대학원, 1996 : 1-50.
 - 27) Kim YS, Park JW, You MA, et al. Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses. *Nurs Ethics* 2005 ; 12(6) : 595-605.
 - 28) Fry S, Johnstone MJ. *Ethics in Nursing Practice: A Guide to Ethical Decision-Making*. 2nd ed. Oxford : Blackwell Science, 2002.
 - 29) 한성숙, 엄영란, 안성희 등. *간호윤리학*. 서울 : 대한간호협회출판부, 2004.
 - 30) Ersoy N, Gündogmus ÜN. A study of the ethical sensitivity of physician in Turkey. *Nurs Ethics* 2003 ; 10(5) : 472-484.
 - 31) 홍소형, 박양희, 문지선. 간호사의 도덕적 민감성과 노인간호실천과의 관계. *한국생명윤리학회지* 2016 ; 17(1) : 75-87.
 - 32) 김해리, 안성희. 병원 간호사의 도덕적 민감성과 도덕적 고뇌. *한국의료윤리학회지* 2010 ; 13(4) : 321-336.
 - 33) 한성숙, 김용순, 박진희 등. 간호대학생과 간호사의 도덕적 민감도 비교. *한국의료윤리학회지* 2007 ; 10(2) : 117-124.
 - 34) 강인숙, 김원경. 지방 중소병원 간호사가 지각하는 조직 내 윤리풍토와 윤리적 민감성이 조직유효성에 미치는 영향. *한국컨텐츠학회논문지* 2019 ; 19(1) : 24-36.
 - 35) 한달룡, 서경산, 김은숙 등. 간호사의 도덕적 민감성과 안전 환경이 감염 표준주의 이행도에 미치는 영향. *한국산학기술학회지* 2018 ; 19(3) : 364-375.

- 36) 장혜영, 송주은, 김용순 등. 요양병원 간호사의 도덕적 민감성, 노인에 대한 태도 및 노인 간호 실천. *한국의료윤리학회지* 2013 ; 16(2) : 216-230.
- 37) 조행난, 안민정, 소향숙. 간호사의 도덕적 고뇌 정도에 대한 이직의도의 차이. *한국콘텐츠학회논문지* 2015 ; 15(5) : 403-413.
- 38) Abbott MC. *Moral Distress among Health-care Providers in the ICU Environment*. San Diego : San Diego State University, 2015 : 1-37.
- 39) Oh YJ, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nurs Ethics* 2015 ; 22(1) : 15-31.
- 40) 박은희, 김남영. 요양병원 간호사의 간호전문직관, 사전연명의료의향서에 대한 태도 및 죽음불안이 임종간호수행에 미치는 영향. *성인간호학회지* 2018 ; 30(2) : 183-193.
- 41) Stokes H, Vanderspank-Wright B, Fothergill Bourbonnais F, et al. Meaningful experiences and end-of-life care in the intensive care unit: a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* 2019 ; 53 : 1-7.
- 42) 성미혜. 간호사의 영적간호수행에 대한 영적안녕의 예측정도. *중앙간호학회지* 2009 ; 9(1) : 15-22.
- 43) Rense K, Delaney L, Rense J, et al. End-of-life care content in postgraduate critical care nursing program: structured telephone interviews to evaluate content informing practice. *Australian Critical Care* 2019 Jun 7. pii: S1036-7314(18)30358-8.
- 44) 노다복, 김선아, 김상희. 정신과 병동 간호사의 도덕적 고뇌, 도덕적 민감성 및 윤리적 환경. *정신간호학회지* 2013 ; 22(4) : 307-319.
- 45) Borhani F, Abbaszadeh A, Mohamadi E, et al. Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nurs Ethics* 2017 ; 24(4) : 474-482.
- 46) Amiri E, Ebrahimi H, Vahidi M, et al. Relationship between nurses' moral sensitivity and the quality of care. *Nurs Ethics* 2019 ; 26(4) : 1265-1273.
- 47) Mu PF, Tseng YM, Wang CC, et al. Nurses' experiences in end-of-life care in the PICU: a qualitative systematic review. *Nurs Sci Q* 2019 ; 32(1) : 12-22.
- 48) 홍경진, 조성현. 의료기관의 일반병동, 성인중환자실, 신생아 중환자실의 간호등급 변화. *성인간호학회지* 2017 ; 23(1) : 64-72.
- 49) 김주연, 이영희, 정미경. 간호등급 상향에 따른 직접간호활동, 간호업무성과와 직무만족 비교. *성인간호학회지* 2016 ; 28(3) : 256-265.
- 50) 박영수, 오의금. 중환자실 간호사가 경험하는 윤리적 딜레마와 대처행위. *중환자간호학회지* 2012 ; 5(2) : 1-14.
- 51) 황혜영. 한국 간호윤리교육의 현황 및 고찰. *한국의료윤리학회지* 2017 ; 20(3) : 305-316.

The Impact of Moral Sensitivity and Moral Distress on End-of-life Care Performance among Intensive Care Unit Nurses

LEE Joo-Seon*, AHN Suk-Hee**

Abstract

The purpose of this study was to examine the impact of moral sensitivity and moral distress on end-of-life care performance among intensive care unit (ICU) nurses in Korea. The study found (a) a significant relationship between moral sensitivity and end-of-life care performance ($r=.22$, $p=.01$), (b) a significant relationship between moral distress and end-of-life care performance ($r=.23$, $p=.01$), and (c) no significant relationship between moral sensitivity and moral distress ($r=.14$, $p=.12$). Multiple regression analysis indicates that the nurses with higher moral sensitivity and more than 37 months of clinical experience showed higher end-of-life care performance. The result of this study suggest that ethics education programs for ICU nurses should be designed to enhance their moral sensitivity.

Keywords

intensive care unit nurse, moral sensitivity, moral distress, end-of-life care

* Nurse, Chungnam National University Hospital

** Professor, College of Nursing, Chungnam National University: Corresponding Author