

간호사의 윤리적 역량에 영향을 미치는 요인*

김상희¹, 서민정², 김두리³

요약

간호사는 임상현장에서 간호대상자의 옹호자로서의 역할을 감당할 책임이 있다. 따라서 임상현장에서 직면하는 윤리적 문제에 대해 윤리적 성찰에 기반한 결정을 도출하고 이를 수행할 수 있는 윤리적 역량을 함양하는 일이 매우 중요하다. 본 연구는 임상 간호사의 윤리적 영향에 영향을 미치는 요인을 기술함으로써 추후 임상윤리지원서비스 개발에 기초자료를 제공하고자 시도되었다. 연구방법으로는 서술적 조사연구로 설계되었고, 연구윤리심의위원회 동의를 받은 후 일 종합병원의 경력 2년 이상인 간호사 100명을 대상으로 윤리적 역량, 임상윤리 서비스 요구도, 윤리교육 요구도, 윤리적 자신감, 도덕적 민감성 등을 자가보고식 설문지로 측정하였다. 자료분석에는 기술 통계, 상관관계 분석, 및 다중회귀분석 등을 사용하였다. 연구결과로 다음의 내용을 확인하였다. 간호사의 윤리적 역량과 임상윤리 서비스 요구도, 윤리적 자신감, 도덕적 민감성은 유의한 상관관계를 보였고, 간호사의 윤리적 역량에 영향을 미치는 요인은 윤리적 자신감이었으며, 이에 대한 설명력은 39%로 나타났다. 결론적으로, 간호사의 윤리적 역량을 증진시키기 위하여 윤리적 요구도가 높은 동시에 윤리적 역량이 낮게 보고된 주제를 바탕으로 한 윤리교육을 실시하여 윤리적 자신감을 높이는 전략과 더불어 지속적인 연구가 요구된다고 하겠다.

색인어

윤리; 임상적 역량; 간호사

투고일: 2023년 5월 22일, 심사일: 2023년 5월 24일, 게재확정일: 2023년 6월 5일

교신저자: 김두리, 건양대학교 간호대학. e-mail: kdr2015@konyang.ac.kr

* 본 연구는 한국연구재단의 지원을 받아 수행하였습니다(NRF-2013R1A1A1007699).

1 연세대학교 간호대학, 교수. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9806-2757>

2 경상국립대학교 간호대학, 부교수. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0665-3884>

3 건양대학교 간호대학, 부교수. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1733-0458>

www.kci.go.kr

I. 서론

1. 연구의 필요성

생명과학과 의료기술이 고도로 발달되면서 의료현장에서는 뇌사와 장기이식, 안락사, 임신중절, 생애말기 치료, 치료보류 및 중단, 영양과 수액지지 등과 관련된 여러 가지 윤리적 문제들이 발생하고 있다[1]. 윤리적 문제는 옳고 그름에 대한 명확한 해결책이 없는 모호한 상황으로, 의료진들은 이로 인한 도덕적 고뇌를 경험하게 된다[2,3]. 의료진 중에서도 간호사는 환자의 가장 가까이에서 환자의 문제를 공유하고 중재하는 역할을 수행하면서 다양한 수준의 윤리적 문제를 빈번히 경험하게 된다. 최근 임상에서 간호사가 개인적으로 가장 많이 경험하는 윤리적 문제는 환자의 권리와 존엄성 보호 문제, 자신의 건강에 문제를 일으킬 수 있는 결핵 및 에이즈 환자 간호 문제, 치료 관련 동의서 작성 문제, 신체적인 억제와 관련된 문제가 있다[4]. 이외의 윤리적 문제는 생애말기 환자의 과도한 생명연장[5], 불공평한 의료제공, 기관의 가치와 개인의 전문직 가치관과의 차이, 간호지식과 경험부족[2,6,7] 등이 있으며, 이 중에서도 생애말기 환자에게 적극적인 치료를 할 때 간호사들은 가장 큰 도덕적 고뇌를 경험하는 것으로 나타났다[8].

임상에서 간호사는 대상자의 실존적 옹호자 역할을 수행하는 전문직으로서 윤리적 문제에 대해 합리적 근거를 바탕으로 정확한 의사결정을 수행할 수 있어야 한다. 하지만 실제 간호사는 윤리적 문제를 해결하는 과정에 있어 윤리적 이론, 규칙을 적용하기보다는 개인적인 양심, 종교, 신념 등을 바탕으로 의사결정을 수행하는 것으로 나타났다[9]. 또한 윤리적 문제 발생 시 스스로 의사결정을 내리지 못하거나 적절한 행동을 선택하는 것에 대한 어려움을 느낄 때 분노, 우울, 무력감,

좌절감 등 정서적인 문제와 심계항진, 설사, 두통 등 신체적인 문제를 경험하였다[10,11]. 이는 추후 간호사의 업무만족도에 영향을 미치게 되며 이직의도를 증가시키고, 결과적으로 환자에게 제공하는 간호의 질을 저하시키게 된다[12-14]. 따라서 간호사에게 윤리적 문제에 대한 합리적인 결정과 이에 대한 도덕적 성찰을 수행할 수 있는 윤리적 역량 함양이 필요하다.

최근 국외에서 간호사를 대상으로 윤리적 역량에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위한 질적연구에서 윤리적 역량의 영향요인을 내적, 외적요인으로 분류하였다. 윤리적 역량의 내적요인으로 는 개인적인 윤리적 지식, 인간에 대한 이해, 책임, 정직성 등이 포함되었으며, 외적요인으로 는 기관차원에서 제공하는 체계적인 윤리교육시스템 지원, 팀워크, 지지적인 리더십 등이 있었다. 또한 Dehghani et al.[15] 연구에서 간호사의 윤리적 역량에 영향을 미치는 요인으로 개인적인 책임감, 의사소통 능력이 있었으며, 기관차원으로는 지지체계, 교육체계 및 윤리 문화조성 등이 있었다. 이 외에 연구에서는 간호사의 도덕적 고뇌의 영향요인을 분석한 결과, 내적 영향요인은 윤리적 지식 및 자신감 부족이었으며, 외적 영향요인은 기관의 윤리적 지지시스템 부족, 전문적인 윤리교육 부족, 상위간호조직이나 동료의 지지부족으로 나타났다[16]. 국내에서 간호사의 윤리적 의사결정에 미치는 영향요인을 조사한 결과, 교육정도, 윤리적 가치관으로 나타났으며, 생애말기 환자를 돌보는 간호사의 윤리적 의사결정에 영향을 미치는 요인으로는 생애말기 간호지식 및 업무 만족도였다[17,18]. 이와 같이 현재까지 진행된 연구에 따르면 윤리적 역량에 영향을 미치는 가장 중요한 요인은 대부분 윤리적 지식으로 나타났다.

따라서 현재 간호사들의 윤리적 역량을 증진시키기 위한 체계적인 윤리교육과정과 전문적인 상

담 등이 필요한 실정이나 아직까지 이러한 문제들을 해결하기 위한 제도적인 차원에서의 노력은 부족하다. 이에 앞으로 지속적으로 윤리적 문제를 해결하기 위해 윤리적 행동을 수행해야 하는 간호사들에게 스스로 합리적인 의사결정을 수행하기 위한 윤리적 역량의 향상은 매우 중요하다. 이러한 이유로 간호사의 윤리적 역량의 영향을 미치는 요인을 분석하는 것은 매우 의미 있다.

국외에서 간호사의 윤리적 역량 관련 연구는 윤리적 역량 관련 요인을 알아보기 위한 질적연구, 윤리적 역량의 개념분석 및 정의를 알아보기 위한 고찰연구가 진행되었다[19,20]. 현재 국내에서 간호사의 윤리와 관련된 연구주제는 간호사의 도덕적 고뇌와 이직의도 관련 연구, 임상적 윤리적 이슈 경험 및 윤리교육에 대한 요구도 연구, 간호사의 도덕적 고뇌 경험연구 등이 있으며[21,22], 아직 국내에서 간호사를 대상으로 윤리적 역량 영향요인을 분석한 연구는 미비한 실정이다. 따라서 본 연구는 간호사의 윤리적 역량에 미치는 영향요인을 파악하여 추후 간호사의 윤리적 역량을 증진시킬 수 있는 임상윤리지원서비스를 개발하기 위한 기초자료를 제공하기 위해 시도되었다.

2. 연구목적

본 연구는 간호사의 윤리적 역량에 영향을 미치는 요인을 파악하여 추후, 간호사를 위한 정책, 교육의 제도적 측면에서의 임상윤리지원서비스를 개발하기 위한 기초자료를 제공하는데 목적이 있다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 간호사의 윤리적 역량에 영향을 미치

는 요인을 기술하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자 선정기준은 S시 소재 1개 종합병원의 중환자실, 응급실, 암센터, 병동에서 근무하는 경력 2년 이상의 간호사로 본 연구에 동의한 자를 대상으로 하였다. 본 연구대상자 수를 선정하기 위해 G*Power 3.1 program[23]을 이용하였다. 대상자 수 선정에 있어 효과크기 0.15, 유의수준 0.05, 검정력 0.80을 적용하였으며, 예측변수 총 6개를 적용한 결과, 총 98명이 선정되었다. 이에 약 10%의 탈락률을 고려하여 최종 110명을 대상으로 하였으나 설문에 불성실하게 응답한 대상자와 설문 도중 중도 포기한 대상자 10명을 제외하여 최종 본 연구의 대상자를 100명으로 선정하였다.

3. 연구도구

본 연구에서 사용한 임상윤리 서비스 요구도와 윤리교육 요구도, 윤리적 자신감 도구는 현재 국내에서 사용되지 않은 도구로 본 연구팀에서는 연구도구 개발자에게 이메일로 연락하여 도구사용에 대한 허락을 받았다. 도구 번안을 위해 본 연구팀은 세계보건기구의 가이드라인에 따른 번역-역번역 방법을 수행하였다[24]. 번안과정은 먼저, 본 연구자 3명이 원 도구를 개발자로부터 받아 한글로 번역하였으며, 번역한 내용을 영어와 한국어 사용이 가능한 간호학 교수 2명에게 확인 받은 후 다시 연구팀에서 최종적으로 본 연구의 목적에 적합하도록 도구를 수정하였다. 다음으로 최종 수정된 도구를 현재 간호사로 임상에서 근무하면서 대학원 수업을 받고 있는 10명에게 예비조사를 수행하였으며, 예비조사 문항에 대한 이해도가 낮거나 의미가 명확하지 않은 문

항 등을 수정하였다. 최종적으로 수정된 도구는 다시 간호학 전공교수 2명이 한글을 영어로 역번역하였다. 연구팀에서는 원 도구와 역번역된 도구를 비교, 수정하여 간호윤리전공 교수자 3명에게 검토를 받아 최종적으로 본 연구의 도구를 완성하여 사용하였다.

1) 임상윤리 서비스 요구도

본 연구에서 간호사를 대상으로 임상윤리 서비스 요구도를 측정하기 위해 Frolic et al.[25]가 개발한 CENAS(clinical ethics needs assessment survey)를 사용하였다. 본 도구의 하위영역으로 근무하는 각 병원의 기관 내 윤리적 환경 10문항, 윤리지침의 친숙도 6문항, 윤리적 자원에 대한 인식정도 6문항, 윤리교육방법 선호도 6문항으로 구성된다. 최종 본 도구는 28 문항이며, 윤리적 환경과 윤리교육방법 선호도는 1점 '전혀 아니다', 5점 '매우 그렇다'의 5점 척도로 구성되며, 윤리지침의 친숙도, 윤리적 자원에 대한 인식정도는 1점 '친숙하지 않다', 4점 '매우 친숙하다'의 4점 척도로 구성된다. 본 도구의 개발 당시 신뢰도 Cronbach's alpha=.80이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's alpha=.91이었다.

2) 윤리교육 요구도

본 연구에서 간호사의 윤리교육 요구도를 알아보기 위해 Frolic et al.[25]가 개발한 도구를 사용하였다. 본 도구는 윤리적 문제와 관련된 27개의 주제로 구성되어 있으며, 1점 '매우 필요하지 않다', 4점 '매우 필요하다' 4점 척도로 구성되어, 점수가 높을수록 윤리교육에 대한 요구도가 높음을 의미한다. 본 도구의 개발 당시 신뢰도 Cronbach's alpha=.80이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's alpha=.92이었다.

3) 윤리적 자신감

본 연구에서 간호사의 윤리적 자신감을 측정하기 위해 Sulmasy et al.[26]가 의사들을 대상으로 개발한 윤리적 자신감도구를 사용하였다. 윤리적 자신감이란 임상현장에서 발생하는 윤리적 문제상황 속에서 윤리적인 가치관을 가지고 문제를 해결할 수 있다는 자신의 느낌을 의미한다. 본 도구는 8문항으로 구성되어 있었으나, 본 연구팀에서 임상에서의 간호사의 역할과 일치하지 않는 '환자치료에 따른 경제적 인센티브의 윤리적 측면을 이해하고 관리할 수 있는 능력' 1문항을 제외하고 총 7문항을 본 연구에서 사용하였다. 본 도구는 1점 '매우 자신 없다', 5점 '매우 자신 있다'의 5점 척도로 구성되며, 점수가 높을수록 윤리적 자신감이 높음을 의미한다. 본 도구의 개발 당시 신뢰도 Cronbach's alpha=.80이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's alpha=.90이었다.

4) 도덕적 민감성

본 연구에서 도덕적 민감성을 측정하기 위해 Lütznén et al.[27]이 개발한 도덕적 민감성 도구를 Han et al.[28]이 변안 후 수정·보완한 한국판 도구를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 환자중심 간호, 전문적 책임, 갈등, 도덕적 의미, 선행 총 5개의 하위영역으로 구성되며 총 27문항이다. 또한 1점 '절대 동의하지 않음', 7점 '완전히 동의함'의 7점 척도로 구성되며, 점수가 높을수록 도덕적 민감성이 높음을 의미한다. Han et al.[28]의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha=.76이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's alpha=.89이었다.

5) 윤리적 역량

본 연구에서 윤리적 역량을 측정하기 위해

Frolic et al.[25]가 개발한 윤리적 교육요구도 도구를 수정하여 사용하였다. 윤리적 역량이란 간호사가 간호를 제공하는 임상현장에서 윤리적으로 옳거나 그른 것을 마주하였을 때, 자신의 감정을 인식하고 그러한 감정을 성찰하고 환자의 최선의 이익을 고려하여 상황에 대한 결정하고 행동하는 능력이다. 윤리 교육요구도는 총 27문항으로 임상에서 발생할 수 있는 많은 주제에 대한 교육요구도를 평가하기 위한 도구로 본 연구팀에서는 윤리교육 요구도 도구주제에 대한 역량을 가지고 있는지 평가하는 문항으로 수정하여 윤리적 역량을 측정하였다. 윤리교육 요구도와 같이 총 27문항으로 구성하였으며, 1점 '매우 자신 없다', 5점 '매우 자신 있다'의 5점 척도로 구성하였다. 본 연구에서는 Cronbach's alpha=.95이었다.

4. 자료수집 방법 및 윤리적 고려

본 연구의 자료수집을 위해 본 연구팀에서는 Y대학 연구윤리심의위원회의 심의를 받았다(2014-0005). 본 연구의 자료수집은 S시에 소재한 1개 종합병원에서 이루어졌으며, 자료수집을 위해 먼저 간호국의 관리자에게 연구의 목적을 설명하고 승인과 협조를 요청하였다. 이후 연구자는 본 연구대상자의 각 부서(중환자실, 응급실, 압센터, 병동)를 방문하여 연구대상자에게 연구의 목적, 위험성 및 이득, 기밀성, 의문 시 연락할 수 있는 연구자의 연락처 등을 설명하였다. 또한 본 연구의 참여에 대한 자발성과 참여 도중 철회한다 하더라도 불이익이 발생하지 않음을 강조하여 설명하였으며, 연구대상자의 익명성 보장에 대해서도 서면 및 연구자가 직접 설명하였다. 이후 본 연구 참여에 동의한 대상자들에게 서면으로 동의서를 받았으며, 설문지는 자가 보고식으로 진행되었다. 설문 후 수거된 설문지와 동의서는 규칙 없이 섞은 후 일련의 번호를 부여하였으

며, 연구자 이외에는 접근하지 못하도록 하였다.

5. 자료분석 방법

본 연구에서 최종 수집된 자료는 SPSS for Win 21.0을 이용하여 분석하였다. 연구대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율로 분석하였으며, 임상윤리 서비스 요구도, 윤리교육 요구도, 윤리적 자신감, 도덕적 민감성, 윤리적 역량은 평균과 표준편차를 산출하였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 윤리적 역량의 차이는 independent *t*-test, one-way ANOVA를 이용하여 분석하였으며, 사후검정은 Scheffe's test를 이용하여 분석하였으며, 임상윤리 서비스 요구도, 윤리교육 요구도, 윤리적 자신감, 도덕적 민감성, 윤리적 역량 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient으로 분석하였다. 마지막으로 대상자의 윤리적 역량에 미치는 영향요인을 파악하기 위해서는 Stepwise multiple regression을 사용하여 분석하였다.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

연구대상자는 총 100명으로 연구에 참여한 대상자의 나이는 30세 이하가 33명(33%), 41세 이상이 18명(18%)으로 나타났으며, 최종학력 학사 78명(78%), 석사 이상 22명(22%)이었다. 근무지는 내외과 일반병동 73명(73%)로 대부분을 차지하였으며, 중환자실 16명(16%), 응급실 10명(10%)이었다. 간호윤리교육 경험은 전혀 없음이 22명(22%), 5시간 미만인 38명(38%)이었다. 간호윤리교육 경험이 있는 대상자 중 윤리교육 경로는 원내교육이 37명(46.8%)로 가장 많은 비중을 차지하였으며, 그 다음으로 보수교육 12명

(15.2%), 대학원 교육과정 7명(8.9%)이었다. 임상에서 윤리적 의사결정 조력자로는 동기 및 동료가 29명(29%), 파트장 및 팀장 21명(21%)이었다. 일반적 특성에 따른 윤리적 역량에 대한 차이는 최종학력($t=-1.32, p=.195$), 근무지($F=.99, p=.403$), 현 근무경력($F=.14, p=.936$)에서 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다<Table 1>.

2. 임상윤리 서비스요구도, 윤리교육 요구도, 윤리적 자신감, 도덕적 민감성, 윤리적 역량 정도

대상자의 임상윤리 서비스 요구도 중 윤리적 환경은 5점 만점 중 3.02 ± 0.60 점이었으며, 윤리교육방법 선호도는 5점 만점에서 다학제적 팀 회진이 2.64 ± 0.85 점으로 선호도가 가장 높은 것으로 나타났으며, 그 다음으로 부서회진 2.54 ± 0.75 점, 활성화된 세미나 혹은 토의(런치세미나) 2.25 ± 0.84 점, 웹기반 학습 2.23 ± 0.84 점 순으로 나타났다. 임상에서의 윤리지침에 대한 친숙도는 4점 만점에 2.02 ± 0.49 점이었으며, 지침에 대한 친숙도가 가장 높은 것은 개인정보 보호지침 2.55 ± 0.61 점, 사전 동의 지침 2.40 ± 0.70 점이었으며, 장기이식 관련 지침은 1.64 ± 0.89 점으로 친숙도가 가장 낮게 나타났다. 임상에서의 윤리적 자원에 대한 인식정도는 4점 만점에 1.63 ± 0.50 점이었으며, 모든 항목이 평균 2점을 넘는 자원이 없었고, 그중에서도 가장 높게 인식하고 있는 자원은 병원윤리 위원회 1.96 ± 0.51 점, 환자교육자료 1.92 ± 0.66 점이었다. 윤리적 교육요구도는 4점 만점에 3.22 ± 2.74 점, 윤리적 자신감은 7점 만점에 3.06 ± 0.65 점이었으며, 도덕적 민감성은 하부 영역별로 환자중심 간호 5.27 ± 0.84 점, 전문적 책임 5.14 ± 0.70 점, 갈등 2.55 ± 0.51 점, 도덕적 의미 4.24 ± 0.83 점, 선행 4.81 ± 0.67 점이었다. 마지막으로 윤리적 역

량은 5점 만점에 3.84 ± 0.49 점이었다<Table 2>.

3. 대상자 주요변수들 간의 관계

대상자의 윤리적 환경, 윤리지침의 친숙도, 윤리적 자원인식, 윤리교육 요구도, 윤리적 자신감, 도덕적 민감성, 윤리적 역량 간의 관계를 분석한 결과, 윤리적 역량과 윤리적 환경($r=.32, p=.002$), 윤리지침 친숙도($r=.38, p<.001$), 윤리적 자원인식($r=.41, p<.001$), 윤리적 자신감($r=.62, p<.001$), 도덕적 민감성($r=.23, p=.027$)은 정적상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 윤리교육 요구도($r=-.05, p=.620$)와는 유의한 상관관계가 없었다<Table 3>.

4. 윤리적 역량의 영향요인

윤리적 역량에 미치는 영향요인을 알아보기 위해 상관관계에서 유의한 관계를 나타낸 윤리적 환경, 윤리지침 친숙도, 윤리적 자원인식, 윤리적 자신감, 도덕적 민감성을 설명변수로 설정하여 단계적 다중회귀분석을 실시하였다.

다중회귀분석을 실시하기 위해 다중공선성을 확인한 결과, 독립변수 사이의 공차한계(tolerance limit)는 .51~.89로 0.1 이상이었으며, 분산팽창인자(variance inflation factors, VIF)는 1.12~1.98로 모두 10 이하로 나타나 다중공선성의 문제는 없었다. 또한 잔차의 독립성을 검정하기 위해 Durbin-Watson 값을 확인한 결과 2.02로 2에 가까워 자기상관이 없는 것으로 나타났다. 본 연구결과 윤리적 역량에 영향을 미치는 영향요인을 위한 예측 회귀모형은 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며($F=12.38, p<.001$), 영향요인으로는 윤리적 자신감($\beta=.53, p<.001$)이 있었다. 또한 윤리적 자신감 변수의 윤리적 역량에 대한 설명력은 42%이었다.

〈Table 1〉 Differences in ethical confidence by demographic and clinical characteristics (N=100)

| Characteristics | n(%) (M±SD) | t/F-value |
|--|-------------|--------------|
| Age (yr) (33.98±6.37) | | |
| ≤30 | 33 (33.0) | .65 (.588) |
| 31-35 | 29 (29.0) | |
| 36-40 | 20 (20.0) | |
| ≥41 | 18 (18.0) | |
| Gender | | |
| Male | 1 (1.0) | 1.43 (.156) |
| Female | 99 (99.0) | |
| Marriage | | |
| Married | 48 (48.0) | .049 (.961) |
| Not married | 52 (52.0) | |
| Education | | |
| University | 78 (78.0) | -1.32 (.195) |
| Graduate school | 22 (22.0) | |
| Religion | | |
| Yes | 68 (68.7) | 1.40 (.166) |
| No | 31 (31.3) | |
| Current clinical working area | | |
| Cancer unit | 1 (1.0) | .99 (.403) |
| General ward | 73 (73.0) | |
| Intensive care unit | 16 (16.0) | |
| Emergency unit | 10 (10.0) | |
| Clinical experience (yr) (10.85±6.51) | | |
| ≤5 | 16 (17.8) | .22 (.882) |
| 6-10 | 39 (43.3) | |
| 11-15 | 10 (11.1) | |
| ≥16 | 25 (27.8) | |
| Current work experience (yr) (6.00±4.03) | | |
| ≤3 | 27 (35.5) | .14 (.936) |
| 4-6 | 21 (27.6) | |
| 7-9 | 18 (23.7) | |
| ≥10 | 10 (13.2) | |

〈Table 1〉 Continued

| Characteristics | n(%) (M±SD) | t/F-value |
|---|-------------|-------------|
| Experience of ethic education | | |
| None | 22 (22.0) | .38 (.865) |
| ≤5 hr | 38 (38.0) | |
| 6-9 hr | 23 (23.0) | |
| ≥10 hr | 17 (17.0) | |
| Type of ethic education | | |
| Conservative education | 12 (15.2) | 2.02 (.041) |
| Academy | 4 (5.1) | |
| In-house training | 37 (46.8) | |
| Graduate program | 7 (8.9) | |
| Multiple responses | 13 (16.4) | |
| Others | 6 (7.6) | |
| Ethical conflict experience in one week | | |
| Yes | 37 (37.4) | .34 (.733) |
| NO | 62 (62.6) | |
| Frequency of ethical issues | | |
| None | 6 (6.0) | .70 (.593) |
| Everyday | 13 (13.0) | |
| Every week | 15 (15.0) | |
| Every month | 37 (37.0) | |
| Every year | 29 (29.0) | |
| Ethical decision support | | |
| Co-worker | 29 (29.0) | 1.17 (.319) |
| Senior | 16 (16.0) | |
| Charge nurse | 12 (12.0) | |
| Head nurse | 21 (21.0) | |
| Multiple responses | 22 (22.0) | |
| Job satisfaction (0-10 point) | 6.06±1.62 | |

〈Table 2〉 CENAS, ethics educational needs, perceived ethical confidence, moral sensitivity, ethical competence in clinical nurses (N=100)

| Variables | M±SD | Range |
|-------------------------------|-----------|-------|
| CENAS | | |
| Ethical climate | 3.02±0.60 | 1-5 |
| Ethics guidelines familiarity | 2.02±0.49 | 1-4 |
| Awareness of ethics resources | 1.63±0.50 | 1-4 |
| Ethics educational needs | 3.22±2.74 | 1-4 |
| Perceived ethical confidence | 3.06±0.65 | 1-5 |
| Moral sensitivity | 4.82±0.60 | 1-7 |
| Patient oriented care | 5.27±0.84 | |
| Professional responsibility | 5.14±0.70 | |
| Conflict | 2.55±0.51 | |
| Moral meaning | 4.24±0.83 | |
| Benevolence | 4.81±0.67 | |
| Ethical competence | 3.84±0.49 | 1-5 |

CENAS: clinical ethics needs assessment survey.

〈Table 3〉 Correlation among CENAS, ethics educational needs, perceived ethical confidence, moral sensitivity and ethical competence (N=100)

| | EM | EGF | AER | EEN | EC | MS | EC1 |
|-------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|-----|
| Ethical climate (EM) | 1 | | | | | | |
| Ethics guidelines familiarity (EGF) | .47 (<.001) | 1 | | | | | |
| Awareness of ethics resources (AER) | .41 (<.001) | .61 (<.001) | 1 | | | | |
| Ethics educational needs (EEN) | -.03 (.783) | .02 (.840) | .106 (.299) | 1 | | | |
| Ethical confidence (EC) | .44 (<.001) | .45 (<.001) | .43 (<.001) | -.15 (.139) | 1 | | |
| Moral sensitivity (MS) | .27 (.010) | .12 (.247) | .06 (.592) | .01 (.948) | .26 (.010) | 1 | |
| Ethical competence (EC1) | .32 (.002) | .38 (<.001) | .41 (<.001) | -.05 (.620) | .62 (<.001) | .23 (.027) | 1 |

CENAS: clinical ethics needs assessment survey.

5. 윤리교육 요구도와 윤리적 역량

본 연구에서 윤리교육 요구도와 윤리적 역량을 4영역으로 분류하여 분석하였다. 1영역은 윤리교육 요구도와 윤리적 역량이 모두 높은 그룹, 2영역은 윤리교육 요구도는 높고, 윤리적 역량은 낮은 그룹, 3영역은 윤리교육 요구도와 윤리적 역량 모두 낮은 그룹, 4영역은 윤리교육 요구도는 낮고, 윤리적 역량은 높은 그룹으로 분류하였다. 본 연구에서는 추후, 간호사들을 위한 윤리적 역량을 증진시키기 위한 교육프로그램의 기초자료로 활용하기 위한 목적을 위해 2영역을 분석한 결과, 윤리교육 요구도가 높고, 윤리적 역량이 낮은 윤리 관련 주제들은 갈등해결, 나쁜 소식 전하기/진실말하기, 자신의 가치관과 상충되는 환자 돌보기/가족상황에서 환자가족 돌보는 전략, 질적인 생애말기 간호제공, 생명연장치료 보류 및 철회, 정신건강윤리로 분석되었다.

IV. 논의

본 연구 논의에서는 현재 간호사의 임상윤리 서비스 요구도, 윤리교육 요구도, 윤리적 자신

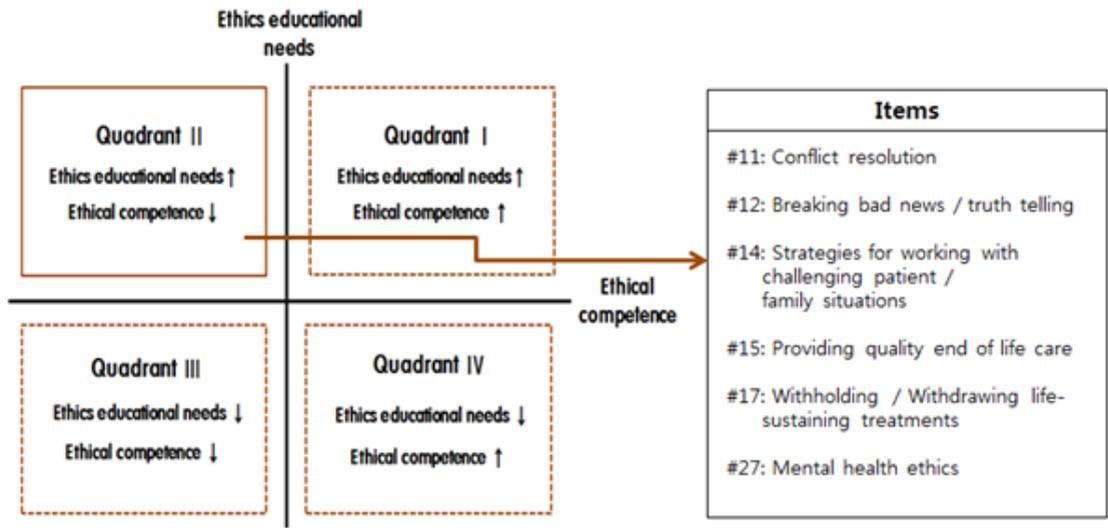
감, 도덕적 민감성, 윤리적 역량을 파악하고 이들의 상관관계를 논의하고자 하며, 본 연구의 최종 결과인 간호사의 윤리적 역량에 미치는 영향요인을 고찰하고자 한다. 본 논의는 추후 간호사의 윤리적 역량을 증진시킬 수 있는 윤리교육프로그램의 기초자료로 사용되고자 하며, 이 외에 간호사의 윤리적 역량을 증진시키기 위한 방안을 생각해 보고자 한다.

본 연구에서 간호사의 임상윤리 서비스 요구도를 조사한 결과 윤리적 환경영역에서 ‘나는 다른 의료진에게 존중받는다고 느낀다.’, ‘의료진들이 환자와 동료들의 비밀을 존중한다고 느낀다.’, ‘나는 내가 일하는 영역에서 병원관리자가 공정하고 일관성 있고, 존중하는 방식으로 일한다고 느낀다.’ 항목이 평균 이상의 점수를 나타냈다. 이는 간호사가 함께 근무하는 다른 의료진들과의 관계, 신뢰에 있어서 긍정적으로 생각하고 있음을 알 수 있었다. 하지만 ‘내가 윤리적 어려움을 겪을 때 이 문제에 도움을 받기 위해 누구에게 연락할지 알고 있다.’, ‘나는 의료진에게 윤리교육이 적절하게 이루어지고 있다고 느낀다.’ 항목은 평균 이하의 낮은 점수를 나타내 간호사의 윤리적 문제의 접근과정과 윤리교육의 기회가 제한되어 있음을 알 수 있었다. 이는 국외 연구에

〈Table 4〉 Factors influencing of ethical competence in clinical nurses (N=100)

| Variables | B | SE | β | t-value | p-value |
|-------------------------------|------|------|------|---------|---------|
| (Constant) | 1.19 | 0.37 | | 3.25 | .002 |
| Ethical climate | 0.00 | 0.01 | -.00 | -.04 | .968 |
| Ethics guidelines familiarity | 0.01 | 0.02 | .06 | .54 | .592 |
| Awareness of ethics resources | 0.02 | 0.02 | .14 | 1.26 | .212 |
| Ethical confidence | 0.06 | 0.01 | .53 | 5.15 | <.001 |
| Moral sensitivity | 0.00 | 0.00 | .09 | 1.04 | .302 |

$R^2=.42$, Adjusted $R^2=.39$, $F=12.38$, $p<.001$



〈Figure 1〉 Ethics educational needs and ethical competence

서 간호사를 대상으로 임상환경에서 윤리적 자원에 대해 조사한 결과, 임상에서 조직적이고 체계적인 윤리 교육프로그램이 부재하다고 한 결과와 같은 맥락이라고 볼 수 있다[15]. 국내 선행 연구에 따르면 간호사는 윤리적 문제에 직면하였을 때 주요 해결방법으로 첫 번째가 ‘의사와 상의한다’, 두 번째, ‘상급 및 동료간호사와 상의한다’이었으며, 이 외 ‘스스로 해결한다’, ‘해결하지 않는다’이었다. 이는 의사를 대상으로 조사한 결과에서 ‘병원윤리위원회의 자문이나 병원법무팀의 자문을 받는다’와 ‘법조인, 윤리학자의 외부인의 도움을 받는다’와는 상이한 결과를 보였다. 하지만 임상윤리 자문서비스에 대한 수요를 조사한 결과 간호사의 98.6%가 ‘임상윤리 자문서비스가 필요하다’라고 응답하였다[29]. 아직까지 임상에서 간호사들은 윤리적 문제가 발생하였을 때 전문적인 임상윤리자문 서비스를 받기를 원하나 스스로 어디에서 자문을 구해야 하는지 알지 못하며, 이와 관련된 체계가 마련되어 있지 않아 대부분이 동료나 상사로부터 도움으로 요청하고 있음

을 알 수 있다. 이는 본 연구에서 간호사들이 인식하는 윤리적 자원을 조사한 결과 임상윤리 웹사이트, 윤리협진 서비스 등에 대한 윤리적 자원 인식이 낮게 나타난 것과 같은 맥락이라고 볼 수 있다. 이에 추후, 의료기관에서의 윤리적 문제 발생에 있어서 간호사가 임상윤리 자문서비스를 받기 위해 접근하기 쉽고 실제적으로 도움을 받을 수 있는 체계적인 접근 메뉴얼이 필요할 것으로 사료된다.

본 연구에서 윤리교육의 중요성을 조사한 결과 4점 만점에 $3.26 \pm .60$ 점으로 윤리교육의 중요성에 대한 인식이 매우 높았다. 또한 윤리교육에 대한 선호도는 주입식 강의교육보다 다른 의료진과 함께 상호작용 할 수 있는 다 학제적 팀 회진, 부서 내 사례토의 등을 선호하였다. 다 학제적 팀 접근을 통한 사례교육은 다양한 전문가들이 함께 모여 임상에서의 윤리적 문제를 포함한 실제 임상사례를 토의하는 것으로 이는 개인의 입장이 아닌 다른 전문가의 의견을 들을 수 있는 기회가 되며, 의견충돌이 있더라도 같은 목적을 가지고

토의를 진행함에 따라 각자 성찰의 기회를 갖게 된다[30]. 본 연구에서 윤리 교육경로를 조사한 결과, 원내교육이 37명(46.8%)으로 가장 높았으며, 이 외에 보수교육이 12명(15.2%)으로 나타났다. 하지만 현재 임상에서의 원내교육은 지속적이거나 체계적이지 않으며, 간호윤리와 관련된 보수교육은 전체 보수교육의 1.29%로 매우 낮은 비중을 차지하고 있다[31]. 현재 대한간호협회에서 진행하는 온라인 보수교육 과정에서의 ‘의료인과 간호윤리’는 NCLEX-RN 응시자 필수과정으로 개설되어 있어 대부분 미국간호사를 준비하는 간호사를 대상으로 교육하고 있다[32]. 교육 방식 또한 강의식 교육으로 진행되어 윤리적 이슈에 대한 문제를 깊이 고민한다기보다는 윤리의 이론적 배경과 사례 등을 일방향적으로 교육받을 수밖에 없는 실정이다. 이는 본 연구에서 윤리 교육요구도와 윤리적 역량의 관계를 조사한 결과, 교육요구도가 높고, 윤리적 역량이 낮은 항목으로 의료진 간의 갈등해결, 환자에게 진실말하기, 자신의 가치관과 상충되는 환자 돌보는 전략, 질적인 생애말기 간호 제공 등 일방향적인 교육으로는 해결되지 않는 문제 등이 대부분을 차지한 것에서도 알 수 있다. 현재 간호윤리교육과 관련된 체계적인 교육과정이 미비한 상태에서 임상에서 발생하는 윤리적 문제를 간호사 스스로 해결하기 보다는 간호윤리에 대한 도덕 이론 또는 생명윤리학 등의 이론적 지식을 갖춘 윤리전문가를 중심으로 다 학제적인 팀 구성을 통해 어떻게 환자를 돌볼 것인가에 대한 깊은 토의와 성찰이 필요할 것으로 생각된다. 이와 같은 윤리교육프로그램을 위해서는 단계적이고 지속적이며, 체계적인 교육과정이 필요할 것이다. 단계적으로는 먼저, 개인적인 윤리적 가치관 및 철학을 확립할 수 있는 이론적 교육을 통해서 점차적으로 임상에서의 윤리적 문제 사례공유 및 성찰의 기회를 제공하는 것이 필요하다. 또한 임상에서의 윤리적 문

제는 간호사뿐 아니라 다양한 의료인 및 환자, 환자 가족이 포함되어 있으므로, 이와 관련된 문제 해결을 위해서는 다학제적인 팀 구성을 통한 토의 성찰을 수행하여 다양한 입장을 공유하는 것이 필요할 것이다. 마지막으로 간호사의 윤리적 민감성 증진을 위해서 윤리적 교육은 일회성이 아닌 지속적 교육이 이루어져야 할 것으로 사료된다.

본 연구에서 간호사들의 윤리적 자신감을 분석한 결과를 살펴보면 ‘의료상황에서 윤리적 문제를 인식할 수 있는 능력’, ‘사전 동의를 얻을 수 있는 능력’, ‘말기환자를 위한 돌봄의 윤리적 측면을 이해하고 관리할 수 있는 능력’은 5점 만점에 3점 이상으로 비교적 높은 자신감을 나타냈다. 이에 반해 ‘의료윤리문제와 관계된 결정에 대해 근거를 설명할 수 있는 능력’은 가장 낮은 자신감을 나타냈다. 이는 현재 간호사들이 윤리적 상황에 대한 인식능력 즉, 도덕적 민감성은 있지만 이를 실제 해결하기 위한 방안 및 자신의 의사결정에 대한 근본적인 합리적 근거에 대해서는 모르고 있음을 알 수 있다. 위의 결과는 현재 국내 병원윤리위원회의 활동현황과도 관련이 있을 것으로 생각된다. 국내에서는 1998년 발생한 ‘보라매 병원 사건’과 2009년 ‘김 할머니 사건’으로 인해 말기환자들의 품위 있는 죽음을 위한 제도적 차원에서의 병원윤리위원회의 중요성이 대두되면서 많은 병원에 위원회가 설치되었다. 그러나 2011년 병원윤리위원회 현황조사에 따르면 설치는 되었으나, 활동실적은 연 평균 2회로 매우 저조하였다(Center for Bioethics Policy Research Center[33]). 이에 반해 미국의 메릴랜드 주 병원윤리위원회는 환자 및 의료진을 대상으로 윤리적 문제에 대한 활발한 상담과 자문을 수행하며, 병원관계자에 대한 지속적인 교육, 의학적 치료 및 보유와 관련된 가이드라인 개발 등을 수행한다. 이러한 교육, 상담, 토론 등의 활

발한 활동은 추후 병원 내의 윤리적 인프라를 구축하게 되고 윤리적 딜레마를 해결하는데 도움을 주게 되며, 더 나아가서는 정책을 수립하는데 도움이 될 수 있다[34]. 윤리적 자신감은 윤리적 의사결정에 영향을 미치며, 이러한 윤리적 자신감을 증진시키기 위해서는 적절한 교육이 필요하다[35]. 이에 추후, 병원윤리위원회는 다양한 교육 방법개발을 통한 지속적인 윤리교육을 제공하기 위한 노력이 필요할 것으로 생각되며, 병원에서의 많은 홍보를 통해 많은 의료진들이 윤리적 문제에 대한 상담 및 자문을 요청할 수 있도록 해야 할 것이다. 또한 많은 의료진들의 자문을 구할 수 있는 윤리, 의학, 정책 및 법 관련 지식을 갖춘 윤리 전문가를 양성하는 것도 필요할 것으로 생각된다.

다음으로 본 연구결과 간호사의 도덕적 민감성은 7점 만점에 $4.82 \pm .60$ 점으로 비교적 높았으며, 하부영역 중 환자중심 간호, 전문적 책임은 각각 5.27 ± 0.84 점, 5.14 ± 0.70 점으로 높게 나타났다. 이는 Jo & Kim [36]의 연구에서 5점 만점으로 측정한 결과 3.44 ± 0.19 점으로 본 연구와 같은 결과로 보이며, 하부영역 중 환자중심 간호와 전문가적 책임이 가장 높은 점수를 보였다. Kim & Ahn[37] 연구에서 또한 간호사의 도덕적 민감성은 7점 만점에 5.13 ± 0.45 점이었으며, 하부영역에서 환자중심 간호와 전문가적 책임 점수가 가장 높게 나타나 본 연구와 같은 맥락으로 보였다. 이러한 결과는 간호사는 전문직으로써 환자중심 간호를 통해 환자들의 다양한 문제를 해결하기 위한 목표를 갖고, 전문직으로써 자율성을 가지고 간호의 독자성 확보 및 질 높은 간호를 위해 전문적인 지식과 책임 등이 필수적이기 때문으로 생각된다.

마지막으로 윤리적 역량에 미치는 영향요인은 윤리적 자신감으로 나타났다. 자신감이란 '어떠한 것을 할 수 있다', 또는 '잘할 수 있다'는 자신

의 느낌으로, 윤리적 자신감이란 임상현장에서 발생하는 윤리적 문제상황 속에서 본인이 스스로 윤리적 가치관을 가지고 문제를 해결할 수 있다는 자신의 느낌을 의미한다. 간호사는 임상에서 윤리적 문제를 자주 경험하며 다양한 윤리적 의사결정 상황을 마주하게 된다. 이때 간호사는 전문직으로서의 자신의 역할, 발생한 상황에 필요한 자신의 역할, 윤리적 딜레마를 해결하기 위한 자신의 윤리적 준비도와 자신감이 필요하다[38]. 따라서 Iacobucci et al.[39]은 높은 전문직 가치를 갖은 간호사는 전문직으로서의 명확한 기준을 가지며 이는 윤리적 의사결정을 수행하는데 도움을 주고 이로 인해서 윤리적 자신감이 증가하며, 이는 간호사 본인의 자기 효능감을 증진시킨다고 하였다. 이는 다시 순환하여 긍정적인 윤리적 의사결정을 수행하고 윤리적 행위를 하도록 돕는다. 이는 Jeon et al.[17] 연구에서 윤리적 의사결정에 영향요인으로 윤리적 가치관이 중요한 요인으로 나타난 것과 같은 맥락이며, 사회화 과정을 통해 형성되는 윤리적 가치관을 확립하기 위해서는 자신의 명확한 전문직 가치관뿐 아니라, 기관의 윤리적 가치와 같은 부서 내의 동료들의 윤리적 가치 및 긍정적인 윤리적 환경 또한 매우 중요하다[40, 41]. 따라서 추후 간호사들의 윤리적 역량을 증진시키기 위해서는 지속적인 윤리교육과 같은 부서 내 및 다른 전문가들과의 교류를 통해 긍정적인 윤리적 환경을 조성하는 것이 필요할 것으로 생각된다.

V. 결론

본 연구는 간호사의 윤리적 역량에 미치는 영향요인을 알아보기 위한 서술적 상관관계연구이다. 본 연구결과 윤리적 역량과 임상윤리 서비스 요구도, 윤리적 자신감, 도덕적 민감성은 유의한

상관관계를 보였으며, 단계적 다중회귀분석 결과, 간호사의 윤리적 역량에 영향을 미치는 요인은 윤리적 자신감으로 나타났으며, 이에 대한 설명력은 42%이었다. 이상 본 연구의 결과를 바탕으로 한 제언은 다음과 같다. 첫째, 간호사의 윤리적 역량을 증진시키기 위해서는 지속적이고 체계적인 기관차원에서의 윤리적 교육이 필요하다. 이에 본 연구에서 조사한 윤리교육 요구도가 높고, 윤리적 역량이 낮게 분석된 윤리적 이슈와 관련된 주제를 바탕으로 간호사를 위한 윤리교육과 정프로그램 개발연구가 필요하다고 생각된다. 둘째, 간호사를 위한 윤리교육은 현재 대부분 강의식으로 일방향적 교육으로 이루어지고 있으나 추후, 사례학습 또는 다 학제 간 그룹토의 형식의 교육방법과 관련된 개발연구가 진행될 필요가 있다. 셋째, 본 연구는 1개의 대학병원 간호사를 대상으로 윤리적 역량과 관련된 영향요인을 분석한 연구로 추후 더 많은 표본 및 다양한 부서의 간호사를 대상으로 한 반복 연구가 요구된다. 넷째, 국내 간호사의 윤리적 역량을 측정하기 위한 도구가 개발되어 있지 않아서 본 연구에서는 윤리교육 요구도와 윤리적 역량을 같은 내용으로 측정하였으므로 추후, 국내 간호사의 윤리적 역량을 명확히 측정할 수 있는 측정도구 개발이 요구된다. 

Conflict of Interest

There are no potential conflicts of interest relevant to this article.

REFERENCES

- [1] Slowther AM, McClimans L, Price C. Development of clinical ethics services in the UK: a national survey. *J Med Ethics* 2012;38(4):210-214. <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100173>
- [2] Han SS. The nature of ethical dilemmas and decision making in hospital nursing practice [Doctoral dissertation]. [Seoul(Korea)]: Seoul National University; 1992. p.179.
- [3] Park HJ. Ethical dilemma of nurses. *J Korean Nurs Adm Acad Soc* 2009;15(1):128-135.
- [4] Juthberg C, Eriksson S, Norberg A, et al. Stress of conscience and perceptions of conscience in relation to burnout among care-providers in older people. *J Clin Nurs* 2008;17(14):1897-1906. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02184.x>
- [5] Berger MC, Seversen A, Chvatal R. Ethical issues in nursing. *West J Nurs Res* 1991;13(4):514-521. <https://doi.org/10.1177/019394599101300407>
- [6] Ham K. Principled thinking: a comparison of nursing students and experienced nurses. *J Contin Educ Nurs* 2004;35(2):66-73. <https://doi.org/10.3928/0022-0124-20040301-08>
- [7] Torjuul K, Sorlie V. Nursing is different than medicine: ethical difficulties in the process of care in surgical units. *J Adv Nurs* 2006;56(4):404-413. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04013.x>
- [8] Taylor-Ford RL. Moral distress in end-of-life care: promoting ethical standards of executive nursing practice. *Nurse Lead* 2013;11(3):51-54. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2013.01.005>
- [9] Jeong JM, Park JH, Jeong SH. Case development on nurses' ethical dilemmas with physicians' and nurses' decision making. *J Korean Acad Nurs Adm* 2013;19(5):668-678. <https://doi.org/10.11111/jkana.2013.19.5.668>
- [10] Park HJ, Kim MY. Ethical dilemma and coping types in nurse. *J Korean Acad Soc Nurs Educ* 2004;10(1):75-83.
- [11] Park M, Yun H. Nurse's experience dealing with ethical dilemma in intensive care unit. *Asia-Pacific J Multimed Serv Convergent Art Humanit Sociol* 2016;6(8):81-93. <https://doi.org/10.14257/AJMAHS.2016.08.36>
- [12] Corley MC, Minick P, Elswick RK, et al. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 2005;12(4):381-390. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne8090a>

- [13] Park HJ, Kim MY. Ethical dilemma and coping types in nurses. *J Korean Acad Soc Nurs Educ* 2004;10(1):75-83.
- [14] Höglund AT, Helgesson G, Eriksson S. Ethical dilemmas and ethical competence in the daily work of research nurses. *Health Care Anal* 2010;18(3):239-251. <https://doi.org/10.1007/s10728-009-0126-z>
- [15] Dehghani A, Mosalanejad L, Dehghan-Nayeri N. Factors affecting professional ethics in nursing practice in Iran: a qualitative study. *BMC Med Ethics* 2015;16(1):61. <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0048-2>
- [16] Tiedje LB. Moral distress in perinatal nursing. *J Perinat Neonatal Nurs* 2000;14(2):36-43. <https://doi.org/10.1097/00005237-200009000-00005>
- [17] Jeon YH, Jung KI, Song HS, et al. Factors influencing ethical confidence of clinical nurses. *J Korea Acad Ind Coop Soc* 2017;18(3):501-512.
- [18] Kim DR, Han EK, Kim SH, et al. Factors influencing nurses' ethical decision-making regarding end-of-life care. *Korean J Med Ethics* 2014;17(1):34-47. <https://doi.org/10.35301/ksme.2014.17.1.34>
- [19] Maluwa V, Mwalabu G, Msiska G. Factors that influence ethical competence among nurses in health facilities in Malaw. *Malawi Med J* 2021;33:40-45.
- [20] Koskenvuori J, Stolt M, Suhonen R, et al. Health-care professionals' ethical competence: a scoping review. *Nurs Open* 2018;6(1):5-17. <https://doi.org/10.1002/nop2.173>
- [21] Cho HN, An M, So HS. Differences of turnover intention by moral distress of nurses. *Korea Contents Soc* 2015;15(5):403-413. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2015.15.05.403>
- [22] Han SS. The moral distress experienced by hospital nurses. *J Korean Bioeth Assoc* 2005;6(2):31-47.
- [23] Faul F, Erdfelder E, Lang AG, et al. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007;39(2):175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- [24] World Health Organization [WHO]. Process of translation and adaptation of instrument [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2015 Oct 16]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
- [25] Frolic A, Jennings B, Seidlitz W, et al. From reactive to proactive: developing a valid clinical ethics needs assessment survey to support ethics program strategic planning (part 1 of 2). *HEC Forum* 2013;25:47-60. <https://doi.org/10.1007/s10730-012-9204-y>
- [26] Sulmasy DP, Ferris RE, Ury WA. Confidence and knowledge of medical ethics among interns entering residency in different specialties. *J Clin Ethics* 2005;16(3):230-235. <https://doi.org/10.1086/JCE200516309>
- [27] Lützen K, Evertzon M, Nordin C. Moral sensitivity in psychiatric practice. *J Nurs Ethics* 1997;4(6):472-482. <https://doi.org/10.1177/096973309700400604>
- [28] Han SS, Kim J, Kim YS, et al. Validation of a Korean version of the moral sensitivity questionnaire. *J Nurs Ethics* 2010;17(1):99-105. <https://doi.org/10.1177/0969733009349993>
- [29] Kim MS, Kim CH, Hong J, et al. A survey of the ethical problems faced by healthcare professionals and the need for clinical ethics consultation services in university hospitals in South Korea. *Korean J Med Ethics* 2017;20(4):376-385. <https://doi.org/10.35301/ksme.2017.20.4.376>
- [30] Wiles K, Bahal N, Engward H, et al. Ethics in the interface between multidisciplinary teams: a narrative in stages for inter-professional education. *London J Prim Care (Abingdon)*. 2016;8(6):100-104. <https://doi.org/10.1080/17571472.2016.1244892>
- [31] Han SA. An bioethics reflection on the clinical nurses' service education. *J Pers Bioeth* 2013; 3(2):109-129.
- [32] Park JH, Kim YS, Kim WO. The present status and future directions of nursing ethics education. *Korean J Med Ethics* 2009;12(3):251-260. <https://doi.org/10.35301/ksme.2009.12.3.251>

- doi.org/10.35301/ksme.2009.12.3.251
- [33] Center for Bioethics Policy Research Center. Hospital ethics committee research report. Korea: Korean National Institute for Bioethics Policy; 2011.
- [34] An UJ. Development of ethics dilemma resolution model in Korean hospital ethics committee. [Master's thesis]. [Seoul(Korea)]: Yonsei University; 2002. pp. 1-13.
- [35] Kordi M, Rashidi Fakari F, Khadivzadeh T, et al. The effect of web-based and simulation-based education on midwifery students' self-confidence in postpartum hemorrhage management. *J Midwifery Reprod Health* 2015;3(1):262-268.
- [36] Jo KH, Kim YJ. The impact of nurses' attitude toward dignified death and moral sensitivity on their end-of-life care performance. *J Hosp Palliat Care* 2013;16(4):223-231. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2013.16.4.223>
- [37] Kim HR, Ahn SH. Moral sensitivity and moral distress among Korean hospital nurses. *Korean J Med Ethics* 2010;13(4):321-336. <https://doi.org/10.35301/ksme.2010.13.4.321>
- [38] Doane G, Pauly B, Brown H, et al. Exploring the heart of ethical nursing practice: implications for ethics education. *Nurs Ethics* 2004;11(3):240-253. <https://doi.org/10.1191/0969733004ne692oa>
- [39] Iacobucci TA, Daly BJ, Lindell D, et al. Professional values, self-esteem, and ethical confidence of baccalaureate nursing students. *Nurs Ethics* 2013;20(4):479-490. <https://doi.org/10.1177/0969733012458608>
- [40] Weis D, Schank MJ. Toward building an international consensus in professional values. *Nurse Educ Today* 1997;17(5):366-369. [https://doi.org/10.1016/S0260-6917\(97\)80096-2](https://doi.org/10.1016/S0260-6917(97)80096-2)
- [41] LeDuc K, Kotzer AM. Bridging the gap: a comparison of the professional nursing values of students, new graduates, and seasoned professionals. *Nurs Educ Perspect* 2009;30(5):279-284.

Factors Affecting Ethical Competence in Nurses*

KIM Sanghee¹, SEO Minjeong², KIM Doo Ree³

Abstract

The purpose of this study was to identify the factors affecting ethical competence in nurses. This study was conducted a cross-sectional descriptive design with a convenience sample of 100 nurses from a university affiliated hospital in Seoul. The study collected data on items drawn from CENAS (The Clinical Ethics Need Assessment Survey), ethics education needs, ethical confidence, moral sensitivity, and ethical competence. The data were analyzed using descriptive statistics, a t-test, a one-way ANOVA, correlation analysis, and multiple linear regression analysis with SPSS Win 21 program. The results indicate that the main factor influencing nurses' ethical competence is as ethical confidence ($\beta = .53$), which accounted for 42.0% of variance. These results suggest development of ethical education program for nurses for improving nurses' ethical capabilities.

Keywords

ethics; clinical competence; nurse

* This research was supported by the Basic Science Research Program through the National Research Foundation of Korea, funded by the Ministry of Science, ICT & Future Planning (NRF – 2013R1A1A1007699).

1 Professor, College of Nursing & Mo-Im Kim Nursing Research Institute, Yonsei University

2 Associate Professor, College of Nursing, Gyeongsang National University,

3 Associate Professor, College of Nursing, Konyang University: *Corresponding Author*