

Influencing factors on Moral Distress in Long-term Care Hospital and Facility Nurses

Hyun Sook Kim*, Sujeong Yu**, Kyung Choon Lim***

Abstract

The purpose of this study was to explore the level of the moral distress for nurses working in long-term care hospitals or nursing homes, and identify factors that influence the moral distress. Data were collected through self-reported questionnaires including the Korean version of Moral Distress Scale-Revised (KMDS-R), Jefferson Empathy Scale for Health professionals (K-JSE-HP), Moral Sensitivity Questionnaire (K-MSQ), and the Hospital Ethical Climate Survey (HECS). A total of 194 nurses from 11 long-term care hospitals or 27 nursing homes completed the structured questionnaires. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics version 25. As results, the mean score for moral distress was 73.81 ± 51.29 in this study. The moral distress of nurses working at nursing homes was higher than that of nurses working in long-term care hospitals. Among the sub-factors of moral distress, the 'futile care' was the highest score and the 'limit to claim the ethical issue' was the lowest. The main factor affecting moral distress among nurses in this study was the ethical climate of organization. In this paper, we propose that in order to effectively reduce the moral distress of nurses working in a long-term care hospital or a nursing home, it is more impactful to address structural issues related to the caregiver workplace than to adjust individual factors.

▶ Keyword: Moral distress, Empathy, Moral sensitivity, Ethical climate, Long-term care, Nurses

I. Introduction

1. Background

우리나라는 2000년에 고령화사회에 진입한 이후 17년 만에 노인인구가 전체인구의 14%를 넘어 세계에서 가장 빠르게 고령사회로 진입하였다[1]. 노인 인구 비율이 증가하면서 치매·중풍 등 노인성 질환과 만성질환 유병률이 증가하였고, 2007년 노인장기요양보험제도가 도입된 이후 요양병원 및 요양시설이 급격히 증가하였다. 요양병원이나 요양시설에는 인지기능과 신체수준이 저하된 노인환자들이 기본적인 일상생활 보조에서부터 전문적인 간호간병서비스를 받고 있으며, 일반병원환자에 비해 간호의존도가 더 높은 것으로 나타났다[2].

한편 장기요양서비스 영역에서 일하는 간호사들은 간호인력이 부족한 열악한 환경속에서 과중한 업무를 수행하면서 간호직에 대한 정체성 혼동, 다른 직종간의 갈등, 인지기능장애 환자간호에서 오는 부담감 및 환자의 자율성을 제한하게 되는 신체 억제대나 정신약물요법의 사용, 회복이 불가능한 상황에서의 무의미한 연명치료 등의 간호수행과정에서 도덕적 고뇌를 경험하고 있다 [2-4]. 그리고 최근 의료환경의 변화는 임종기 의사결정, 자율성 등과 관련된 이전에 존재하지 않았던 의사결정의 참여 등과 같은 새로운 윤리적 문제가 발생함으로써 간호사가 여러 도덕적 문

• First Author: Hyun Sook Kim, Corresponding Author: Sujeong Yu

*Hyun Sook Kim (hyunsookkim@ut.ac.kr), Dept. of Nursing, Korea National University of Transportation

**Sujeong Yu (ryusj@sangji.ac.kr), Dept. of Nursing, Sangji University

***Kyung Choon Lim (kclim@sungshin.ac.kr), Dept. of Nursing, Sungshin University

• Received: 2019. 04. 30, Revised: 2019. 05. 21, Accepted: 2019. 05. 22.

• This work was supported by Korea National University of Transportation in 2017.

제에 개입하는 경우가 증가하고 있다[5]. 그런데 임종을 기다리는 곳으로서 요양병원이나 요양시설을 이용하는 노인의 증가로 임종간호도 간호사 업무의 많은 부분을 차지하고 있으나 환자 죽음을 맞이할 준비가 안 되어 있는 간호사들은 노인환자가 좋은 죽음을 맞도록 돕는 것에 어려움을 호소하고 있고 임종간호를 하며 갈등을 경험하는 것으로 보고되었다[6].

도덕적 고뇌는 임상상황에서 간호사의 가치나 전문가적 책임과 관련된 도덕적 위협으로, 그 결과 신체 증상을 유발하기도 하고, 간호사의 소진, 이직에 영향을 미치는 중요한 문제로 [6-9] 대두되어 정신과 병동 간호사[10]와 중환자 간호사 [11-12]를 대상으로 주로 연구가 진행되어왔다. 최근에는 요양병원 간호사를 대상으로 도덕적 고뇌에 대한 연구가 진행되었으나 [2, 5] 도덕적 고뇌와 도덕적 민감성과의 관계에 대한 단면적인 상관관계연구가 수행되었고, 타당도 높은 척도를 이용한 반복연구를 제안하고 있다[2]. 이에 우리나라 간호사를 대상으로 도덕적 고뇌 측정에 타당도와 신뢰도가 검증된 도구 [7]를 이용하여, 장기요양서비스를 제공하는 요양병원 및 요양시설의 근무 간호사를 대상으로 도덕적 고뇌 정도 및 영향요인을 다차원적으로 분석해 볼 필요가 있겠다.

공감은 대상자의 감정, 대상자가 인식하고 있는 상황에 대해 이해하고 소통할 수 있는 능력으로 간호사와 대상자간 신뢰형성의 필수적인 요소로 [13] 도덕적 고뇌와 관련이 있고, 도덕적 민감성은 윤리적 의사결정과정과 직면하는 상황에서 윤리적 문제를 발견할 수 있는 능력으로, 도덕적 고뇌 뿐 아니라 공감능력이나 조직윤리풍토와도 상관관계가 있는 것으로 밝혀져 있다 [2, 5, 10, 14]. 또한 간호사의 교육수준 및 이해력은 도덕적 고뇌에 영향을 미치는데 [2, 7], 2018년 2월부터 ‘호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 (이하 연명의료결정법)이 적용되면서 연명의료중단에 가능해졌으므로 도덕적 고뇌의 하부항목인 무의미한 돌봄과 관련된 연명의료 중단에 대한 지식은 도덕적 고뇌와 관련이 있을 것으로 판단된다. 한편 조직의 윤리풍토(ethical climate)는 윤리적 환경으로도 번역되어 사용되었는데, 간호사들이 윤리적 환경을 부정적으로 인식할수록 도덕적 고뇌가 높게 나타났다[10]

이에 본 연구에서는 요양병원 및 요양시설 근무 간호사의 도덕적 고뇌에 대한 근거기반 간호전략을 제시하기 위해, 선행연구 및 이론에 근거하여 공감, 도덕적 민감성, 연명의료중단에 대한 지식 등 개인적 요인뿐만 아니라 조직의 윤리풍토 요인을 포함하여 이들 요인들이 요양병원 또는 요양시설 근무 간호사들의 도덕적 고뇌에 미치는 영향을 확인하고자 한다. 이를 통해 요양병원 및 요양시설 간호사가 도덕적 고뇌 상황을 민감하게 인지하고, 이직과 소진을 관리하는 방안을 개발하는데 기초 자료를 제공하고자 한다.

2. Objectives

본 연구의 목적은 요양병원 및 요양시설 간호사의 도덕적 고뇌 정도를 파악하고, 공감, 도덕적 민감성, 연명의료 중단에 대

한 지식, 조직윤리풍토가 도덕적 고뇌에 미치는 영향을 확인하는 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 및 직무관련 특성을 파악한다.
- 대상자의 도덕적 고뇌, 공감, 도덕적 민감성, 연명의료 중단에 대한 지식, 조직윤리풍토 정도를 파악한다.
- 대상자의 일반적 및 직무관련 특성에 따른 도덕적 고뇌 정도의 차이를 파악한다.
- 대상자의 도덕적 고뇌와 공감, 도덕적 민감성, 연명의료중단에 대한 지식, 조직윤리풍토 간의 관련정도를 파악한다.
- 대상자의 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

II. Methods

1. Research design

본 연구는 요양병원 및 요양시설에서 근무하는 간호사의 공감, 도덕적 민감성, 연명의료 중단에 대한 지식, 윤리적 환경, 도덕적 고뇌의 정도를 파악하고, 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다. 본 연구의 개념적 틀은 Fig. 1과 같다.

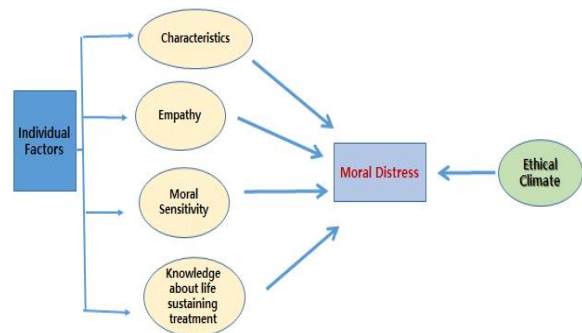


Fig. 1. Conceptual Framework of this study

2. Subjects

대상자는 편의표집에 의해 선정된 수도권 및 C지역에 소재하는 요양병원 11곳 및 요양시설 27곳에 근무하는 간호사로 본 연구의 목적을 이해하고 동의한 194명이었다. 본 연구의 대상자 수는 G*power 3.1.9 program을 이용하여 위계적 회귀분석에 필요한 유의수준 .05, 검정력 .95, 효과크기 .15, 예측요인 최대 10개로 설정하여 계산하였을 경우 최소 172명이 요구되었으며, 탈락율 10% 및 기관규모 등 특성을 고려한 모집단의 대표성을 고려하여 총 220부의 설문지를 배포하였다. 요양병원 및 요양시설의 기관 특성에 따라 기관 당 근무하는 간호사 수에 있어서 차이가 많아 자료의 편중을 막기 위해 1곳 당 최대 20부를 배포하였다. 그 결과 199부가 회수되었으며 주요변수인 도덕적 고뇌에 대한 응답이 불충분한 5부를 제외하고 194명을 최종 분석 대상으로 하였다.

3. Instruments

본 연구에서 사용한 도구는 구조화된 자기보고형 설문지로 대상자의 일반적 특성과 직무관련 특성, 도덕적 고뇌, 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 개인적 요인으로 공감, 도덕적 민감성, 연명의료중단에 대한 지식, 그리고 환경적 요인으로 조직윤리 풍토에 대한 문항으로 구성하였다.

3.1 Moral Distress

본 연구에서 도덕적 고뇌는 Hamric 등[9]이 개발한 MDS-R Nurse Questionnaire [Adult]를 Chae 등이 신뢰도와 타당도를 검증하여 표준화한 한국어판 도덕적 고뇌도구 (KMDS-R)[7]로 측정하였다. 이 도구는 간호사에 도덕적 고뇌를 초래하는 임상상황, 내적 및 외적 제약을 포함하는 21문항, 5점 Likert 척도로 구성되었다. 각 문항에서 도덕적 고뇌의 빈도(0~4)와 불편함의 정도(0~4)를 측정하여 문항별 도덕적 고뇌 빈도 점수와 불편함의 정도를 곱하고 각 문항의 점수를 더하여 총점으로 계산되며, 점수가 높을수록 도덕적 고뇌가 큰 것을 의미한다. 어떤 항목에서 전혀 경험하지 않았거나 불편함이 없었으면 '0' 점으로 계산되므로 그 범위는 0-336점이며, 5개의 하부요인 즉 무의미한 돌봄 5문항, 간호실무 5문항, 기관 및 상황적 요인 4문항, 윤리적 문제를 주장하는데 대한 제약 3문항, 의사실무 4문항으로 구성되어 있다. 도덕적 고뇌도구의 개발 당시 신뢰도 Cronbach's alpha는 .89이었다. Chae 등의 연구[7]에서 KMDS-R의 하부 요인별 Cronbach's alpha는 .69-.87이었으며 도구 전체의 Cronbach's alpha는 .91이었고, 본 연구에서는 .89이었다. 한편 KMS-R이 간호사의 총 임상경험을 대상으로 도덕적 고뇌 경험의 빈도와 불편의 정도를 확인하는 반면에 최근의 경험이 도덕적 고뇌 정도에 미치는 영향을 확인하기 위해 지난 일주일간 간호하면서 경험했던 도덕적 고뇌 정도를 가장 잘 나타내는 숫자(0-10점)에 체크하도록 하였으며, 점수가 클수록 도덕적 고뇌 경험이 강하고 나쁘다는 것을 의미하였다.

3.2 Empathy

본 연구에서 공감은 Ryu와 Bang[13]이 한국판 의료인용 제퍼슨 공감척도를 이용하여 간호사를 대상으로 타당화 연구를 거친 한국판 의료인용 제퍼슨 공감척도로 측정하였다. 이 도구는 총 18문항의 자기보고형 평정척도로 문항별 질문에 대한 동의 정도를 '전혀 그렇지 않다'에서 '항상 그렇다'까지 7점 척도 중 하나를 선택하게 되어 있으며, 6개의 문항은 역채점으로 처리되었으며, 점수가 높을수록 공감이 높음을 의미한다. 개발 당시 Ryu와 Bang의 연구[13]에서 신뢰도 Cronbach's alpha는 .89로 보고되었고, 본 연구에서는 .87로 나타났다.

3.3 Moral Sensitivity

본 연구에서 도덕적 민감성은 Lutzen 등이 개발한 Moral sensitivity questionnaire (MSQ)를 Han 등[15]이 한국간호사

에게 타당화한 한국형 K-MSQ를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 총 27문항 7점 Likert 척도로 점수가 높을수록 도덕적 민감성이 높음을 의미하며, 5개의 하부영역 즉 환자중심 간호 5문항, 전문적 책임 7문항, 갈등 5문항, 도덕적 의미 5문항, 선행 5문항으로 구성된다. 각 문항은 '절대로 동의 안 함' 1점에서 '완전히 동의함' 7점으로 구성되어 있고 점수가 높을수록 도덕적 민감성이 높은 것을 의미한다. Han 등의 연구[15]에서 신뢰도는 Cronbach's alpha는 .76로 보고되었고, 요양병원 간호사를 대상으로 사용한 연구[2,5]에서는 .84~.87로 보고되었으며, 본 연구에서는 .83이었다.

3.4 Knowledge about life sustaining treatment

본 연구에서 연명의료 중단에 대한 지식은 선행문헌 및 연명 치료중단 제도화 관련 보고서 결과를 참조하여 개발된 연명치료 중단 지식 측정도구[16]를 사용하였다. 이 도구는 16개의 항목에 대해 '예', '아니오'로 측정된다. '통증조절을 위해 진통제를 투여한다'는 문항과 '경구 혹은 경관, 위관 영양 및 수분을 투여한다'와 '경구섭취가 불가능할 때 정맥주사를 통한 영양 및 수분을 공급한다' 문항은 '예'가 정답이며, 나머지 13개의 문항은 모두 '아니오'가 정답이다. 정답을 모두 맞힌 경우는 연명의료 중단 지식 점수로 16점 만점을 받게 되며, 16점 만점을 다음 공식에 의거하여 100점 만점으로 환산하였다.

$$\text{지식점수} = \frac{\text{정답을 맞춘 항목수}}{16\text{문항}} \times 100$$

이 척도의 Cronbach's alpha는 .76으로 보고되어 있다[16].

3.5 Ethical Climate

본 연구에서 환경요인은 조직윤리풍토로 Olson(1998)이 개발한 병원윤리풍토설문(Hospital Ethical Climate Survey; HECS)[17]을 Hwang과 Park[18]이 번안하고 수정 보완한 도구를 연구자들이 요양병원 및 시설 상황에 적합하게 문항을 수정한 후 간호대 교수 6인에게 추가로 내용타당도 검증을 요청하여 사용하였다. 이 도구는 총 26문항이며 5점 Likert 척도로 점수가 높을수록 조직윤리풍토가 높음을 의미하며, 5개의 하부영역 즉 동료와의 관계 4문항, 환자와의 관계 4문항, 관리자와의 관계 6문항, 기관과의 관계 6문항, 의사와의 관계 6문항으로 구성되어 있다. 개발 당시 HECS의 신뢰도 Cronbach's alpha는 .91, 하부요인별 0.68~0.92로 보고되어 있었으며[17], Hwang과 Park의 연구에서의 신뢰도 Cronbach's alpha는 .96으로 보고되었고[18], 본 연구에서는 .93으로 나타났다.

4. Data Collection and Ethical Consideration

본 연구의 자료수집기간은 K대학 IRB 승인 후 (KNUT IRB 2019-4)인 2019년 3월 13일부터 3월 31일까지였다. 설문조사에 앞서 본 연구자들이 연락 가능한 수도권 및 C도에 소재하는 요양병원 또는 요양시설 간호부의 최고관리자들에게 대면, 전화 또는 공문으로 연구의 목적과 절차를 설명하였다. 이 중에

서 자료수집을 허락한 기관의 간호부 최고관리자에게 연구자들이 연구의 목적과 진행절차를 설명하고 기관별로 연구참여사용 설명문, 연구동의서, 그리고 설문지를 배부하였다. 그 기관소속 간호사들 중 설명문을 읽고 연구참여에 자발적으로 서면동의한 간호사들은 설문내용의 비밀이 유지되는 장소에서 설문에 응답 후 설문지 수거용 장소에 두도록 하였다. 설명문에는 연구 참여과정에서 언제든지 원하지 않으면 참여를 취소할 수 있으며, 연구 자료는 정해진 연구 목적 이외의 다른 목적으로 사용되지 않을 것이며 무기명으로 처리되어 비밀이 보장됨을 기술하였다. 수거용 장소에 둘 때 개인정보의 비밀 보장을 위해 설문지와 동의서를 각각 따로 두도록 하였으며, 연구자가 직접 방문하여 회수하거나 반송용 봉투를 제공하여 우편으로 수령하였다. 설문에 참여한 모든 대상자에게 소정의 선물을 제공하였다.

5. Data Analysis

수집된 자료는 IBM SPSS Statistics version 25 program을 이용하여 분석하였다. 대상자의 특성 및 각 변수들은 빈도와 백분율 또는 평균과 표준편차로 제시하였고, 대상자의 특성에 따른 도덕적 고뇌의 차이는 independent t-test와 one-way ANOVA로 분석하였고, 사후검정은 Scheffé test를 이용하여 분석하였다. 그리고 대상자의 도덕적 고뇌와 변수들간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를 이용하여 분석하였다. 마지막으로 대상자의 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 요인은 다중회귀분석 방법을 이용하여 분석하였다. 이때 결측값은 평균으로 바꾸어 처리하였다. 독립변수에 대한 회귀분석의 가정을 검증하기 위하여 다중공선성, 잔차, 특이값을 진단하였다. 먼저 독립변수들 간의 상관계수에서 .80이상인 설명변수가 없어 예측변수들이 독립적임이 확인되었으며, 자기 상관을 나타내는 Durbin-Watson 통계량이 1.688로 자기 상관의 문제는 없었다. 또한 다중공선성의 문제를 확인한 결과 공차한계가 .624~.962로 0.1 이상으로 나타났으며, 분산팽창인자 또한 1.040~1.602로 기준인 10 이상을 넘지 않아 다중공선성의 문제는 없는 것으로 판단되었다. 잔차의 가정을 충족하기 위한 검정결과 선형성, 오차항의 정규성, 등분산성의 가정도 만족하였다. 따라서 회귀분석의 결과는 신뢰할 수 있는 것으로 판단되었다.

III. Results

1. General and Work related Characteristics of Participants

연구대상자의 평균연령은 45.58±10.37세이었으며, 범위는 22세부터 67세였다. 연구대상자 중 3년제를 졸업한 간호사가 99명(51.0%)로 가장 많았으며, 152명(78.4%)이 기혼이었고, 82명(42.3%)이 종교가 없었다. 현재 직위는 일반간호사가 123

명(63.4%)이었고, 대상자의 총 임상경력은 평균 183.43±103.60개월, 즉 15년 이상으로 나타났고, 요양병원 또는 요양시설 근무경력은 평균 77.20±61.36개월이었다. 대상자들이 일하는 병원 또는 시설의 침상 수는 18병상부터 850병상까지 있었으며, 함께 일하는 간호사 수는 1인이 일하는 곳부터 109명이 함께 일하는 곳까지 있었다. 최근 1년간 윤리 및 가치관 교육 경험이 있는 대상자는 117명(60.3%)이었으며, 지각된 윤리적 판단기준이 매우 확고하다고 응답한 대상자는 50명(25.8%) 이었고, 가끔 혼돈된다고 응답한 대상자는 122명(62.7%)이었다. 대상자가 근무하던 병원에서 환자를 치료하는 방식에 대한 도덕적 고뇌 때문에 사직을 고려했거나 이직한 적이 없다고 응답한 대상자가 96명(49.5%)이었고, 현재 직장에서 이직을 고려한 적이 있는 대상자는 105명(54.1%)이었다. 그리고 대상자가 지각하고 있는 연명의료결정법에 대한 지식 정도는 10점 만점에 평균 6.01±2.23점이었고, 지난 1주일간 경험한 도덕적 고뇌정도(범위 0~10점)는 평균 3.02±2.07이었다 (Table 1).

2. Level of Moral distress and Independent variables

대상자의 도덕적 고뇌 총점은 평균 73.81±51.29점이었으며, 각 요인별 점수 평균은 무의미한 돌봄 26.05±19.41점, 간호실무 20.15±18.89점, 기관 및 상황적 요인 14.25±11.60점, 윤리적 문제를 주장하는데 대한 제약 5.37±6.40점, 의사실무 10.80±13.58점이었다. 요인별 정도를 비교하기 위해 문항평균을 산출한 결과 무의미한 돌봄의 문항평균이 5.21±3.88점으로 가장 높았고, 윤리적 문제를 주장하는데 대한 제약이 1.79±2.13으로 가장 낮았다. 대상자의 공감의 총점은 73.81±51.29점이었으며, 문항평균은 5.49±0.13점이었다. 그리고 대상자의 도덕적 민감성의 총점은 123.26±15.53점이었으며, 요인별 점수 평균은 환자중심 간호 26.76±4.24점, 전문적 책임 37.73±5.01점, 갈등 21.72±4.69점, 도덕적 의미 19.51±4.53점, 선행 17.33±4.26점이었다. 요인별 문항평균에서는 전문적 책임이 5.35±0.85점으로 가장 높았고, 선행이 3.47±4.26점으로 가장 낮았다. 또한 대상자의 연명의료중단에 대한 지식 정도는 100점 만점에 평균 50.98±17.08점 이었다.

한편, 대상자의 조직윤리풍토 총점은 96.08±12.06점이었으며, 요인별 점수 평균은 동료와의 관계 15.71±2.05점, 환자와의 관계 14.69±2.09점, 관리자와의 관계 23.62±3.43점, 기관과의 관계 20.98±3.52점, 의사와의 관계 21.09±3.29점이었다. 요인별 문항평균에서는 관리자와의 관계가 3.94±0.57점으로 가장 높았고, 기관과의 관계가 3.67±0.52점으로 가장 낮았다(Table 2).

3. Difference or Correlation between Moral distress and the Characteristics

대상자의 특성에 따른 도덕적 고뇌의 차이 또는 관계를 살펴

본 결과 대상자의 교육정도(F=4.615, p<.001), 간호사 총 근무 기간(r=.155, p=.031), 노인요양병원 및 요양시설 근무경력 (r=.156, p=.032), 현재 근무기관(r=1.993, p=.48) 현재의 직 위(t=2.145, p=.033), 근무지에서 도덕적 고뇌 때문에 사직을 고려했거나 이직한 경험 유무(F=13.036, p<.001) 현재의 직장

에서 이직 고려(t=2.288, p=.023), 지난 1주일간 경험한 도덕적 고뇌정도(r=292, p<.001)에서 통계적으로 유의한 차이 또는 상관관계가 나타났다(Table 1).

Table 1. General and Work related Characteristics of Participants, and Difference or Correlation between Moral distress and Characteristics (N=194)

Characteristics		n(%) or M±SD (Range)	Moral distress M±SD	t, F or r (p)	Scheffé test
Age(year)		45.58±10.37 (22~67)	73.81±51.29	-.052 (.474)	
Educational level	3 year college ^a	99(51.0)	69.10±46.61	4.615 (.001)**	a, b < c
	university ^b	76(39.2)	71.67±51.40		
	≥master's course ^c	19(9.8)	106.95±63.82		
Marital status	married	152(78.4)	73.98±52.10	.047 (.955)	
	single	36(18.6)	72.36±48.92		
	others	3(1.5)	81.33±72.23		
	no answer	3(1.5)	-		
Religion	Catholic	38(19.6)	72.21±48.04	.308 (.872)	
	Protestant	45(23.2)	78.64±52.63		
	Buddhist	21(10.8)	65.14±47.08		
	other religion	8(4.1)	66.13±46.78		
	None	82(42.3)	74.88±54.16		
Total work duration (month) (n=192)		183.43±103.60 (1~516)	73.81±51.29	.155 (.031)*	
Work duration in long-term care setting (month) (n=189)		77.20±61.36 (1~240)	73.81±51.29	.156 (.032)*	
Type of current work place	long-term care hospital	149(76.8)	69.81±49.22	-1.993 (.048)*	
	nursing home	45(23.2)	87.07±56.19		
Size of current workplace-number of patients bed		221.02±142.79 (18~850)	73.81±51.29	.017 (.817)	
Size of current workplace -number of RN (n=188)		33.10±33.61 (1~109)	73.81±51.29	-.013 (.864)	
Work duration in current job (months)		46.12±48.48 (1~219)	73.81±51.29	.076 (.292)	
Work position	staff nurse	123(63.4)	67.36±48.62	-2.145 (.033)*	
	≥charge nurse	70(36.1)	83.50±53.04		
	no answer	1(0.5)	-		
Educational experience on ethics and values within a year	yes	117(60.3)	72.80±52.84	-.491 (.624)	
	no	74(38.1)	76.57±49.65		
	no answer	3(1.5)	-		
Perceived ethical standards	very firm	50(25.8)	69.22±60.30	.468 (.705)	
	sometimes confused	122(62.9)	76.87±46.86		
	confused	7(3.6)	75.00±59.34		
	depending on the situation	15(7.7)	63.73±52.77		
Experience of resignation due to moral distress	never ^a	96(49.5)	58.15±40.75	13.036 (.000)**	a < b, a < c
	considered but no ^b	60(30.9)	86.97±50.58		
	yes ^c	32(16.5)	103.16±63.69		
	no answer	6(3.1)	-		
Considering resignation from current work	yes	105(54.1)	82.30±50.17	2.288 (.023)*	
	no	85(43.8)	65.36±51.46		
	no answer	4(2.1)	-		
Perceived knowledge about law of life sustaining treatment decision making (n=193)		6.01±2.23 (1~10)	73.81±51.29	-.039 (.589)	
Perceived Moral distress for a week (n=177)		3.02±2.07 (0~10)	73.81±51.29	292 (.000)**	

Remark: *<0.05, **<0.01

Table 2. Level of Moral distress and Independent variables (N=194)

Variable	M±SD	Range	Item	Item M±SD
Moral distress	73.81±51.29	0~223	21	3.52±2.44
Futile care	26.05±19.41	0~80	5	5.21±3.88
Nursing practice	20.57±18.89	0~80	5	4.11±3.78
Institutional and contextual factor	14.25±11.60	0~52	4	3.56±2.90
Limit to claim the ethical issue	5.37±6.40	0~38	3	1.79±2.13
Physician practice	10.80±13.58	0~60	4	2.70±3.39
Empathy	98.88±11.04	69~124	18	5.49±0.13
Moral sensitivity	123.26±15.53	82~161	27	4.56±0.58
Patient centered nursing	26.76±4.24	15~35	5	5.35±0.85
Professional responsibility	37.73±5.01	26~49	7	5.39±0.71
Conflict	21.72±4.69	11~33	5	4.34±0.93
Moral meaning	19.51±4.53	9~30	5	3.90±0.91
Beneficence	17.33±4.26	9~30	5	3.47±0.85
Knowledge about life sustaining treatment	50.98±17.08	12.50~100	16	
Ethical climate	96.08±12.06	53~128	26	3.70±0.46
Peer	15.71±2.05	9~20	4	3.93±0.52
Patient	14.69±2.09	8~20	4	3.67±0.52
Managers	23.62±3.43	12~30	6	3.94±0.57
Hospital	20.98±3.52	10~29	6	3.50±0.59
Physicians	21.09±3.29	12~30	6	3.51±0.55

4. Correlation between Moral distress and Independent variables

대상자의 공감, 도덕적 민감성, 연명의료 중단에 대한 지식, 및 조직윤리풍토와 도덕적 고뇌와의 상관관계를 살펴 본 결과 조직윤리풍토만 도덕적 고뇌와 통계적으로 유의한 부적상관관계가 나타났다($r=-.263, p<.001$). 도덕적 민감성 총점은 도덕적 고뇌와 통계적으로 유의한 상관관계가 나타나지 않았으나 하부요인들 중에서 갈등($r=.259, p<.001$)과 선행($r=.147, p=.043$)은 도덕적 고뇌와 통계적으로 유의한 정적 상관관계가 나타났다(Table 3).

Table 3. Correlation between Moral distress and Empathy, Moral sensitivity, Knowledge about life sustaining treatment or Ethical climate (N=194)

Variable	Moral distress r (p)
Empathy	-.104 (.158)
Moral sensitivity	.098 (.201)
Patient centered nursing	0.98 (.201)
Professional responsibility	.005 (.942)
Conflict	.259 (.000)**
Moral meaning	.054 (.464)
Beneficence	.147 (.043)*
Knowledge about life sustaining treatment	.104 (.165)
Ethical climate	-.263 (.000)**
Futile care	-.263 (.000)**
Nursing practice	-.161 (.028)*
Institutional and contextual factor	-.230 (.001)**
Limit to claim the ethical issue	-.217 (.003)**
Physician practice	-.270 (.000)**

5. Influencing Factors on Moral distress

대상자의 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 통계적으로 유의한 차이가 나타난 특성 중 교육수준, 근무지 형태, 직위, 이직고려여부, 요양병원 또는 시설 근무기간, 지난 1주일간 경험한 도덕적 고뇌정도와 독립변수로 설정했던 공감, 도덕적 민감성. 연명의료중단에 대한 지식, 조직윤리풍토를 투입하여 다중회귀분석을 실시한 결과, 조직윤리풍토($\beta=-.198, p=.018$)와 지난 1주일간 경험한 도덕적 고뇌정도($\beta=.156, p=.033$), 그리고 학력($\beta=-.170, p=.021$)이 도덕적 고뇌에 유의한 영향력을 미치는 것으로 나타났으며, 모델의 설명력은 16.1%였다($F=4.712, p<.001$)(Table 4).

Table 4. Influencing Factors on Moral distress (N=194)

Variable	β	t (p)
Characteristics	Education level†	-.170 2.327 (.021)*
	Type of current work place†	-.088 -1.258 (.210)
	Work position†	-.105 -1.419 (.158)
	Considering resignation†	.081 1.150 (.251)
	Work duration in long term-care setting	.063 .855 (.394)
	Perceived moral distress for a week	.156 2.149 (.033)*
	Other variables	Empathy
Moral sensitivity		.092 1.242 (.216)
Knowledge about life sustaining treatment		.066 .0973 (.332)
Ethical climate		-.198 -2.385 (.018)*
Adjusted R ² =.161, F(p)=4.712 (.000)		

Remark: †Dummy variable: Education level (≥master's course=1, college and university=0), Type of current work place (long-term care hospital=1, nursing home=0), Work position (staff nurse=1, ≥charge nurse=0), Considering resignation (yes=1, no=0)
* $p<.05$, ** $p<.01$

IV. Discussion

본 연구는 요양병원 및 요양시설 간호사의 도덕적 고뇌 정도를 파악하고, 공감, 도덕적 민감성, 연명의료중단에 대한 지식, 조직윤리풍토가 도덕적 고뇌에 미치는 영향을 파악하기 위해 시도되었다. 본 연구대상자들의 도덕적 고뇌는 척도의 범위가 0-336점인데 평균 73.81점으로 나타났다. 이는 본 연구에서 사용된 도덕적 고뇌 측정도구인 KMDS-R 개발당시[7] 188명의 병원간호사의 도덕적 고뇌 점수는 평균 77.1점으로 조사되었고, 140명의 병원간호사를 대상으로 도덕적 고뇌, 신체증상 및 소진의 관계를 밝힌 연구[8]에서 나타난 74.52점과 유사한 결과로 본 연구대상자가 중정도의 도덕적 고뇌를 경험하는 것을 알 수 있다. 한편 본 연구대상자의 도덕적 고뇌 평균점수(77.1점)는 중환자실 간호사를 대상으로 조사한 결과[12] 도덕적 고뇌 정도 113.88점에 비해서는 낮게 나타났다. 최근 요양병원 간호사를 대상으로 도덕적 고뇌를 측정한 연구[2]에서는

본 연구에서 이용한 KMDS-R과 다른 정신과병동 간호사의 도덕적 고뇌 측정도구(MDS-P)를 이용하여 연구결과의 직접적 비교는 어려우나, 정신과 병동 간호사를 대상으로 측정한 도덕적 고뇌 수준[10]과 요양병원 간호사들이 비슷한 수준의 도덕적 고뇌를 경험하는 것으로 보고[2]되었다. 즉, 요양병원 및 요양시설 간호사들은 평균적으로 중환자실 간호사에 비해서는 낮은 도덕적 고뇌를 경험하고 있고, 일반병동 또는 정신과병동의 간호사들과는 비슷한 정도의 도덕적 고뇌를 경험하고 있는 것으로 조사되었다. 장기요양환자의 특성상 자율성을 제한해야 하는 간호 상황에서 윤리적인 상황이 더 초래되기도 하지만 [2], 하위요인들 중 '무의미한 돌봄'과 관련하여 특히 도덕적 고뇌가 높은 것으로 나타났다. '무의미한 돌봄'은 불필요한 또는 무의미한 치료 제공, 적극적인 치료를 통한 죽음의 연장, 환자의 최선의 이익이 아닌 간호를 제공하는 것을 의미한다 [7-8]. 일반병동의 간호사나 중환자실 간호사를 대상으로 한 연구에서도 [7-8, 13] 본 연구와 유사하게 '무의미한 돌봄'요인에서 도덕적 고뇌가 가장 높게 나타났다. 이에 요양병원 및 요양시설 간호사의 도덕적 고뇌를 감소시키기 위해서는 간호사가 의미있는 임종간호를 제공할 수 있도록 제도 및 조직 풍토 개선 및 관련한 현실적이고 체계적인 교육 및 지원이 필요하다고 사료된다. 그리고 본 연구에서 석사이상인 자가 3년제나 4년제 대학 졸업자에 비해 도덕적 고뇌가 높았고, 근무경력에 많을수록, 책임간호사 이상이 일반간호사에 비해 도덕적 고뇌가 높은 것으로 나타났다. 정신과 병동 간호사를 대상으로 한 Noh 등 [10]의 연구 및 요양병원 간호사를 대상으로 한 Kim과 Kang의 연구[2]에서도 근무경력에 따라 도덕적 고뇌 정도가 유의하게 다르게 나타났는데, 근무경력이 길수록 윤리문제를 내포한 간호 상황에 더 많이 노출되기 때문에 도덕적 고뇌가 높게 조사된 것으로 추측해 볼 수 있다 [2, 10]. 또한 도덕적/윤리적 문제에 대한 교육이수경험이 있는 대상자가 없는 대상자에 비해 도덕적 고뇌정도가 높게 나타나기도 했다. 이는 교육이수경험이 없는 경우 윤리적 문제 상황인지 아닌지 알지 못하거나 주변에서 일어나는 일에 무관심한 태도 즉 도덕적 무감각한 결과로 보고되었다 [2, 10].

한편, 본 연구대상자 중 요양시설 간호사들이 요양병원 간호사들에 비해 도덕적 고뇌가 통계적으로 유의하게 높게 나타났다. 이는 요양시설의 특성상 상근이 아닌 촉탁의 제도로 운용되고 있어 중증의 질환이나 응급상황에서 간호사의 긴장감이나 부담감이 가중되어 정서적 소진과 더불어 다양한 문제에 대한 해결능력이 원만하지 않을 때 비인간화가 야기될 수 있기 때문으로 사료된다. 그런데 간호사의 도덕적 고뇌의 하위요인 중 기관 및 상황적 요인은 간호사가 경험하는 소진의 유의한 예측요인으로 밝혀져 있다 [8]. 게다가 입소자를 비롯한 가족에 대한 상담과 요양보호사에 대한 교육 관리 등 요양시설 근무 간호사의 대인 관계 스트레스는 직무관련 소진에 영향을 미치는 요인으로 나타난 바 [19] 향후 요양시설 간호사의 대상자 수를 보다 더 충분히 확보하여 요양병원 간호사와 요양시설 간호사의 도

덕적 고뇌의 수준 및 영향요인에 대한 비교연구가 필요하다. 또한 본 연구대상자들 중 이직 및 사직 경험이 있는 대상자에서 도덕적 고뇌 점수가 높았는데 이는 선행연구의 결과 [7]와 유사한 결과로 도덕적 고뇌는 간호사의 이직 및 사직과 관련이 있음을 확인하였다.

본 연구대상자의 도덕적 민감성의 문항평균은 7점 만점에 4.56점으로 보통이상의 민감성정도를 나타냈고, 하위요인들은 3.47~5.39점으로 분포되어 있었다. 이는 동일한 도구를 사용하여 요양병원 간호사를 대상으로 한 Kim과 Kang의 연구 [2]에서 보고된 4.82점, Park과 Park [5]의 연구에서 보고된 4.90점과 유사한 결과이다. 또한 본 연구에서 도덕적 민감성의 하위요인 중 점수가 가장 높은 요인은 '전문적 책임'으로 선행연구들의 결과 [2, 5]와 일치하고 있다. 그러나 하위요인들 중 가장 점수가 낮은 요인은 선행연구 결과에서는 '도덕적 의미' [2, 5] 보고되어 있으나 본 연구에서는 '선행'으로 나타났다. 이와 같은 연구결과의 차이는 연구대상자의 개인적 특성에서 그 원인을 추론해 볼 수 있겠다. 즉, 본 연구는 요양시설에 근무하는 간호사를 연구대상으로 포함하였고, 선행연구들에 비해 평균연령이 45.58세로 높으며, 임상경력 또한 상대적으로 더 높았다. 한편 선행연구 [20]에 의하면 간호사의 도덕적 민감성은 40대 이상에서 20대와 30대 보다 높았고, 10년 이상 경력자가 그 미만에 비해 높고, 수간호사가 일반간호사에 비해 높은 것으로 보고되어 다양한 대상자를 충분히 확보한 추가연구를 통해 도덕적 민감성에 영향을 미치는 개인적 특성에 대한 확인이 필요하다. 또한 도덕적 민감성은 훈련이나 교육을 통해 길러질 수 있으므로 기관 및 대상자의 특성에 맞는 차별화된 민감성 증진 프로그램의 개발이 필요할 것이다 [2, 5].

본 연구대상자의 공감의 총점은 73.81점이었으며, 문항평균은 5.49점이었다. Rye와 Bang의 K-JSP-HP 타당화 연구 [13]에서 임상간호사 253명을 대상으로 조사한 공감점수인 92.28점에 비해 낮게 나타났다. Rye와 Bang [13]의 연구결과에 따르면 공감점수는 병동의 종류에 따라 다르고, 근무경력이 길면 공감이 더 높은 것으로 조사되었으며, 본 연구대상자들의 근무경력도 상대적으로 더 길었음에도 불구하고 공감정도는 더 낮게 나타났다. 또한 본 연구대상자들의 연명의료중단에 대한 지식은 100점 만점에 평균 50.98점으로 나타났는데, 같은 도구를 가지고 간호대학생을 대상으로 한 연구 [16]에서 나타난 47.88점과 유사하였다. 이는 연명의료결정법이 제정되어 다양한 매체와 공청회, 학회 등 통해 보도 및 공람되면서 연명의료중단에 대한 전국적 관심을 불러일으켰음에도 불구하고 본 연구대상자들의 지식수준은 수년전 간호대학생 수준으로 나타났다. 한편, 연구대상자의 조직윤리풍토 총점은 96.08점이었으며, 문항평균은 3.70점으로 높은 편이었다. 하위요인에서 '관리자와의 관계'가 문항평균 3.94점으로 가장 높았고, '동료와의 관계', '환자와의 관계' 순으로 나타났다. 이는 국립정신의료기관 간호사를 대상으로 같은 도구를 사용하여 살펴본 연구 [14]에서 윤리풍토 문항평균 3.73점과 유사한 결과이나, 하위요인의 순서는

‘동료와의 관계’, ‘환자와의 관계’, ‘관리자와의 관계’ 순서로 보고되어 다소 차이가 있었다. 본 연구대상자에서 특히 ‘관리자와의 관계’에서 Jo와 Kim의 연구[14]에 비해 더 높게 나타난 이유는 본 연구대상자에는 5명 미만의 간호사가 근무하는 요양시설의 간호사가 다수 포함되어있었기 때문으로 사료된다. 조직윤리풍토는 윤리적 신념과 행위에 대한 조직의 실천 및 절차에 대한 영향을 미치는 변수인데, 특히 이직의도를 줄이는 데도 영향을 미치는 변수로 밝혀져 있으므로[17], 요양병원 및 요양시설 간호사의 이직을 감소시키는 전략 개발 시 고려되어야 하는 주요 요인으로 사료된다.

도덕적 고뇌와 독립변수들의 상관관계를 살펴본 결과, 도덕적 고뇌와 도덕적 민감성 총점과는 통계적으로 유의한 상관관계는 나타나지 않았고, 도덕적 민감성의 하위요인들 중 ‘갈등’과 ‘선행’ 만 도덕적 고뇌와 통계적으로 유의한 상관관계가 나타났다. 이는 요양병원 간호사[2]와 정신과 병동 간호사[10]를 대상으로 두 변수 간 정적상관관계가 나타난 연구결과와는 다르다. 그 이유로 두 선행연구에서[2, 10]에서 사용된 척도가 도덕적 민감성은 본 연구와 동일하나 두 연구에서 도덕적 고뇌는 MDS-P를 사용하여 측정했기 때문일 수도 있고, 본 연구대상자에 포함된 요양시설 간호사들이 도덕적 고뇌는 높으나 교육기회의 부족으로 윤리적 문제 상황인지 아닌지 알지 못하거나 주변에서 일어나는 일에 무관심한 태도의 결과[2]로 다른 결과가 나타났을 가능성도 배제할 수 없겠다. 이에 그 이유를 탐색하는 추가연구가 필요하다. 도덕적 민감성의 하위요인들 중 ‘갈등’에서 도덕적 고뇌와 가장 유의한 상관관계가 나타난 것은 선행연구들과 유사한 결과이다. 이는 도덕적 민감성을 통해 갈등관리와 같은 윤리적 문제해결능력을 개발하지 못하여 고뇌가 증가한 것으로 유추할 수 있다[10]. 본 연구대상자들은 ‘무의미한 돌봄’과 관련하여 가장 높은 도덕적 고뇌를 경험하고 있고, 공감과 지식의 정도는 낮으므로 연명의료중단과 같은 윤리적 문제에 대한 교육을 통해 민감성을 증진시키고 공감능력 향상, 갈등관리 프로그램과 같은 문제해결 및 대처능력 증진 훈련을 고려해 볼 수 있겠다. 한편, 도덕적 고뇌와 조직윤리풍토는 총점뿐만 아니라 모든 하위요인에서 통계적으로 유의한 부적상관관계가 나타났다. 이는 Noh 등[10]의 정신과 병동 간호사를 대상으로 도덕적 고뇌와 윤리적 환경과의 관계 연구에서 측정도구는 다르지만 윤리적 환경의 하위영역 중 자기이익형(자기만을 생각하는 경향이 강한 유형), 회사이익형과 유의한 양의 상관관계가 나타났고, 우정형(구성원 한 사람 한 사람에 대해 배려하고 인간의 가치를 존중하는 유형), 사회적 책임형과는 유의한 음의 상관관계가 나타난 결과와 유사하다. 즉 도덕적 고뇌를 감소시키기 위해서는 긍정적인 윤리적 환경으로의 개선이 필요하다.

회귀분석을 실시한 결과, 대상자의 학력, 지난 1주일간 경험한 도덕적 고뇌정도 및 조직윤리풍토가 요양병원 및 요양시설 간호사의 도덕적 고뇌에 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었고, 도덕적 고뇌를 16.1%를 설명하였다. 즉 도덕적 고뇌에는

공감, 윤리적 민감성, 연명의료중단에 대한 지식 등 개인적인 요소보다는 환경적 요인이 더 영향을 미치는 것으로 나타났다. 본 연구에서 환경적 요인으로 설정한 조직윤리풍토는 윤리적 신념과 행위에 대한 조직의 실천 및 절차에 영향을 미치는 변수인데, 특히 이직의도를 줄이는 데도 영향을 미치는 변수이다[17]. 따라서 요양병원 및 요양시설 간호사의 이직에 영향을 미치는 도덕적 고뇌를 줄이기 위해서는 먼저 조직의 좋은 윤리적 풍토를 만드는 데 노력을 기울여야 할 것이다. 그러나 선행 연구에서 도덕적 고뇌에 가장 영향을 미친다고 보고한 도덕적 민감성은 본 연구에서 통계적으로 유의한 영향요인이 아닌 것으로 나타났다. 이는 도덕적 민감성보다는 윤리적 문제를 해결하기 위해 간호사가 사용하는 대처전략이 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 변수였을 가능성을 고려해볼 수 있겠다[2]. 요양병원 간호사를 대상으로 한 선행연구[5]에서 간호근무환경은 인간중심돌봄 향상을 위해서도 매우 중요한 요소임이 밝혀졌었다. 그러나 본 연구에서 밝혀진 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 요인들의 설명력이 16.1%로 나타난 바, 추후 요양병원 및 요양시설 간호사의 도덕적 고뇌를 보다 타당성 있게 설명할 수 있는 다양한 영향변수들을 밝히는 연구가 수행되어야 할 것이다. 또한 노인을 대상으로 돌봄을 제공하는 기관들은 인간중심 돌봄과 같이 도덕적 고뇌의 결과 나타나는 행위의 개념을 포함한 연구들도 수행되어야 할 것이다.

본 연구는 환경적 요인인 조직윤리풍토가 요양병원 및 요양시설 간호사의 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 주요변수임을 확인하였다는 점에서 의의가 있다. 그리고 본 연구의 결과는 요양병원 및 요양시설에서 환자를 간호하는 간호사들의 도덕적 고뇌를 줄이고 이직을 줄이는 방안을 모색하는 향후 연구에 도움이 될 것이라 기대한다. 그러나 본 연구는 수도권과 일개지역의 기관들에서 편의표집으로 대상자를 선정하여 일반화하기에는 제한점이 있으므로 대표성 있는 표본을 추출하여 반복연구를 할 필요가 있다.

V. Conclusions

본 연구는 요양병원과 요양시설에 근무하는 간호사를 대상으로 구조화된 설문지를 가지고 도덕적 고뇌의 정도를 파악하고, 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 요인을 파악하였다. 그 결과 요양병원 및 요양시설 간호사의 도덕적 고뇌 정도는 평균 73.81점으로 나타났으며, 요양병원 근무 간호사에 비해 요양시설 근무 간호사의 도덕적 고뇌가 더 높게 나타났다. 도덕적 고뇌의 하위요인들 중에서는 ‘무의미한 돌봄’의 점수가 가장 높았고, ‘윤리적 문제를 주장하는데 대한 제약’이 가장 낮게 나타났다. 본 연구대상자에서 조직윤리풍토와, 지난 1주일간 경험한 도덕적 고뇌정도가 도덕적 고뇌를 16% 설명하는 것으로 조사되었다. 본 연구결과를 기반으로 다음과 같이 제언한다. 첫째,

본 연구는 일부 요양병원 및 요양시설의 간호사를 대상으로 실시하여 연구결과를 일반화하기에 제한이 있으므로, 확률표집방법으로 표본을 추출하여 반복연구를 실시할 것을 제안한다. 둘째, 기관의 특성에 따라 도덕적 고뇌의 차이가 있으므로 요양병원과 요양시설 근무 간호사의 도덕적 고뇌 영향요인을 밝히는 비교연구를 제안한다. 셋째, 본 연구결과를 바탕으로 요양병원 및 요양시설 간호사의 도덕적 고뇌를 감소시키기 위한 전략 개발 시 조직의 윤리풍토 개선방안을 고려할 것을 제안한다.

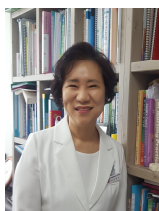
REFERENCES

- [1] Statics Korea. 2018 Statistics on the Aged [Internet]. Seoul: Statistics Korea; 2018 Sep 27 [updated 2018 Sep. 29; cited 2019 Apr. 13]. Available from <http://kostat.go.kr/wnsearch/search.jsp>
- [2] J. A. Kim, and Y. S. Kang, "Moral Distress and Moral Sensitivity of Nurses Working in Long Term Care Hospitals", *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, Vol. 19, No. 6 pp. 240-251, Jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5762/KAIS.2018.19.6.240>
- [3] E. H. Park, and N. Y. Kim, "The influence of Nursing Professionalism, Attitudes toward Advance Directive, and Death Anxiety on Terminal Care Performance of Nurses in Long-term Care Hospitals", *Korean Journal of Adult Nursing*, Vol. 30, No. 2, pp. 183-193, Apr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.7475/kjan.2018.30.2.183>
- [4] H. S. Kim, and K. H. Kim, "The Study of Work Environment of Nurses in Long-term Care Hospitals", *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, Vol. 20, No. 2, pp. 250-258, Feb. 2019. DOI: <https://doi.org/10.5762/KAIS.2019.20.2.250>
- [5] E. M. Park, and J. H. Park, "Influence of Moral Sensitivity and Nursing Practice Environment in Person-centered Care in Long-term Care Hospital Nurses", *Journal of Korean Gerontological Nursing*, Vol. 20, No. 2, pp. 109-118, Aug. 2018. DOI: <https://doi.org/10.17079/jkgn.2018.20.2.109>
- [6] Y. M. Joung, and J. S. Lee, "Nurses' Experiences of the Death of Patients in Geriatric Hospitals", *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol. 45, No. 4, pp. 513-522, Aug. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2015.45.4.513>
- [7] Y. Chae, S. J. Yu, E. J., Lee, K. J. Kang, M. S. Park, and M. Yu, "Validity and Reliability of the Korean version of the Moral Distress Scale-Revised for Korean Hospital Nurses", *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, Vol. 22, No. 2, pp. 228-239, May. 2016. DOI: <https://doi.org/10.5977/jkasne.2016.22.2.228>
- [8] Y. Chae, S. J. Yu, E. J. Lee, and E. H. Park, "The Relation Among Moral Distress, Physical Symptoms and Burnout of Hospital Nurses", *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, Vol. 23, No. 4, pp. 430-440, Nov. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5977/jkasne.2017.23.4.430>
- [9] A. B. Hamric, C. T. Borchers, and E. G. Epstein, "Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals", *AJOB Primary Research*, Vol. 3, No. 2, pp. 1-9, Feb. 2012.
- [10] D. Noh,, S. Kim, and S. Kim, "Moral Distress, Moral Sensitivity and Ethical Climate of Nurses Working in Psychiatric Wards", *Journal of Korean Academic Psychiatric Mental Health Nursing*, Vol. 22, No. 4, pp. 307-319. Dec. 2013. DOI: <https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2013.22.4.307>
- [11] M. J. De Villers, and H. A. DeVon, "Moral Distress and Avoidance Behavior in Nurses Working in Critical Care and Noncritical Care Units", *Nursing Ethics*, Vol. 20, No. 5, pp. 589-603, Nov. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733012452882>
- [12] K. B. Jeon, and M. Park, "Relationship of ICU Nurses' Difficulties in End-of-Life Care to Moral Distress, Burnout and Job Satisfaction", *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. Vol. 25, No. 1, pp. 42-51. Jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.11111/jkana.2019.25.1.42>
- [13] H. R. Rye, and K. S. Bang, "A Validation Study of the Korean Version of the Jefferson Empathy Scale for Health Professionals for Korean Nurses", *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol. 46 No. 2, pp. 207- 214, Apr. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2016.46.2.207>
- [14] H. Jo, and S. Kim, "Moral Sensitivity, Empathy and Perceived Ethical Climate of Psychiatric Nurses Working in the National Mental Hospitals", *Journal of Korean Academy of Psychiatric Mental Health Nursing*, Vol. 26, No. 2, pp. 204-215, Jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2017.26.2.204>
- [15] S. S. Han, J. H. Kim, Y. S. Kim, and S. H. Ahn, "Validation of a Korean version of the Moral Sensitivity Questionnaire", *Journal of Nursing Ethics*, Vol.17, No. 1, pp. 99-105, Jan. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733009349993>
- [16] S. B. Kim, Knowledge to Interruption of Life-Sustaining Treatment and Advance Directives in Nursing Students, Master's thesis, Chonbuk National University. Chonju, Korea, 2011. p.21.
- [17] L. L. Olson, "Hospital Nurses' Perceptions of the Ethical Climate of their Work Setting," *Journal of Nursing*

Scholarship, Vol. 30, No. 4, pp. 345-349, 1998.

- [18] J. I. Hwang, and H. A. Park, "Nurses' Perception of Ethical Climate, Medical Error Experience and Intent-to-leave," *Nursing Ethics*, Vol. 21, No. 1, pp. 28-42, Jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733013486797>
- [19] Y.-M. Lee, S.-J. Kim, and K. Kim. "Factors Influencing Work-related Burnout of Nurses and Caregivers in Nursing Homes", *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, Vol. 14, No. 4, pp. 1755-1764, Apr. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2013.14.4.1755>
- [20] H. Y. Chang. *Moral Sensitivity, Attitude, and Nursing Practices for Older People among Nurses in Long Term Care Hospitals*, Master's thesis, Ajou University, 2013. p.25.

Authors



Hyun Sook Kim received the B.S., M.S. and Ph.D. degrees in Nursing Science from Seoul National University, Korea, in 1982, 1999 and 2005, respectively. She also received the MSW degree in Social Welfare from Seoul Woman's

University, Korea, in 2010. Dr. Kim joined the faculty of the Department of Social Welfare at Korea National University of Transportation, Jeungpyeong, Korea, in 2000. She is currently a Professor in the Department of Nursing, Korea National University of Transportation. She is interested in hospice palliative care, health and welfare services for older adults, and psychological health.



Sujeong Yu received the B.S., M.S. and Ph.D. degrees in Nursing Science from Seoul National University, Korea, in 1990, 1994 and 2000. Dr. Yu is currently a Professor in the Department of Nursing, Sangji University, Wonju Korea.

She is interested in hospice palliative care especially end-of-life care, elder health, chronic disease management, and nursing education.



Kyung Choon Lim received the B.S., and M.S. degrees in Nursing Science from Seoul National University, Korea, in 1989 and 1996. She received her Ph.D degree in Nursing Science at University of California-San Francisco (UCSF) in

addition to have training at nine clinical settings in the USA as a post-master student in Gerontological Nurse Practitioner (GNP) program, UCSF. She is a GNP certified by the State of California, USA. Dr. Lim has worked as a faculty member in the Department of Nursing Science, Korea, since 2007. She is currently a Professor in the College of Nursing, Sungshin University, Seoul, Korea. She is interested in cognition enhancing programs for community-dwelling older adults, development and applying functional games, long-term care insurance system and policies related to the elderly, evidence-based nursing, development and outcome measurement of APN (Advanced Practice Nurses) roles, etc.