

임상간호사의 윤리풍토와 윤리적 간호역량이 도덕적 고뇌에 미치는 영향

하선미¹ · 윤영주²

김천대학교 간호학과 조교수¹, 문경대학교 간호학과 조교수²

Effects of Clinical Nurses' Ethical Climate and Ethical Nursing Competence on Moral Distress

Ha, Sun Mi¹ · Yoon, Yeong Ju²

¹Assistant Professor, Department of Nursing, Gimcheon University

²Assistant Professor, Department of Nursing, Munkyeong College

Purpose: This study aimed to identify the effects of clinical nurses' ethical climate and ethical nursing competence on moral distress. **Methods:** The participants were clinical nurses who provided direct nursing care; nurses with more than one year of work experience in general hospitals were targeted. The data were collected between January 3 and 19, 2024, and analyzed using t-test, analysis of variance, Games-Howell test, Pearson correlation coefficient, and multiple regression. **Results:** Moral distress was significantly and negatively correlated with ethical climate and ethical nursing competence. Factors affecting the moral distress of clinical nurses included having a position of charge nurse or higher, total clinical experience of more than 20 years, turnover intention from current job due to ethical issues, hospital sub factors of the ethical climate, and ethical behavior sub factors of ethical nursing competence, showing 27.0% explanatory power. **Conclusion:** Establishing a positive ethical climate and improving ethical nursing competence providing opportunities for nurses to raise and solve ethical issues will contribute to resolving nurses' ethical conflicts and reducing moral distress.

Key Words: Nurses; Ethics; Morals

서론

1. 연구의 필요성

임상간호사는 환자와 관련된 윤리적 문제들로 인해 도덕적으로 복잡한 임상 상황에 직면하는 경우가 많다[1]. 이에 Jame-

ton [2]은 개인이 옳다고 생각하는 행동을 수행하지 못하거나 잘못되었다고 생각하는 행동을 수행하도록 강요받았을 때 발생하는 일종의 심리적 불균형 상태인 도덕적 고뇌를 개념화하였다. 또한 Wilkinson [3]은 도덕적 고뇌를 심리적 불균형 상태에 부정적 감정 상태를 반영하도록 확장하였다. 특히 도덕적 고뇌는 윤리적 상황이 종료된 후에도 지속될 수 있으며, 지속

주요어: 간호사, 윤리, 도덕

Corresponding author: Yoon, Yeong Ju

Department of Nursing, Munkyeong College, 161 Daehak-gil, Hoggae-myeon, Mungyeong 36930, Korea.

Tel: +82-54-559-1281, E-mail: yunyj8887@gmail.com

- 이 논문은 2022년 한국간호행정학회의 연구비 지원에 의하여 수행되었음.

- This work was supported by the Korean Academy of Nursing Administration Research Grant in 2022.

Received: Feb 14, 2024 | **Revised:** Aug 27, 2024 | **Accepted:** Sep 1, 2024

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

적이고 해결되지 않은 도덕적 고뇌는 이전보다 더욱 강력한 경험으로 남아 더욱 광범위하고 체계적인 조직적 접근으로 해결해야 하는 크레센도 효과를 초래하게 된다[4].

간호사의 도덕적 고뇌 유발요인으로는 부적절한 진료행위와 간호행위, 불합리한 조직행정, 과중한 경제적 부담의 도덕적 문제를 내포한 간호 상황, 환자의 자율성 침해, 과중한 업무 부담과 인력 부족, 윤리적 갈등, 자율성 부족, 무의미한 환자 관리, 비윤리적인 업무환경 등이 있었다[1,5-8]. 이러한 도덕적 고뇌 유발 요인들로 인해 임상간호사는 정서적, 신체적, 직업적 영향을 받게 되는데[1,5-9], 불안, 수치심, 분노, 좌절, 슬픔, 회의감, 무력감, 죄책감, 정서적 해리 등의 부정적인 감정[5,6,9]과 불면증, 탈진, 근육통, 몸살, 감각 둔화 등의 신체적 증상[6,7]을 경험하였다. 또한 간호사의 도덕적 고뇌는 최적의 환자 간호를 제공하는 능력을 손상시키고, 에너지와 동기 부족, 소진, 직업적 정체성의 손상으로 이직의도를 높였다[1,5,6,8,9].

간호사의 도덕적 고뇌와 관련하여 중요한 주제인 윤리풍토는 조직 업무 풍토의 한 유형으로 윤리적으로 올바른 행동에 대한 공유된 인식과 조직에서 윤리적 문제를 다루는 방법이다[10]. 특히 간호사가 윤리적 문제에 직면했을 때 윤리풍토는 간호사 행동에 대한 기준이 되어 자신의 의사결정 과정과 간호의 질에도 영향을 미친다[11]. 이에 윤리풍토는 간호사의 윤리적 문제뿐만 아니라 간호업무 효율성에도 영향을 미치는 조직문화의 일부분으로[12], 긍정적인 윤리풍토는 간호사의 도덕적 고뇌 수준을 낮추고[10,13,14], 간호사의 직업 만족도를 높여 수준 높은 간호 제공에 도움이 되었다[11]. 반면 의사와의 협력이 제대로 이루어지지 않는 윤리풍토의 간호사는 도덕적 고뇌를 경험하였으며[13], 간호사 자신이 옳은 일을 하지 않았거나 할 수 없다는 것을 알고 있음에도 불구하고 그렇게 할 수 없다는 것을 알았을 때 고통, 두려움, 분노뿐만 아니라 무력감으로 직장을 그만두기도 하였다[15]. 이에 조직에서의 윤리적 문제가 어떻게 다루어지는지에 대한 윤리풍토를 확인하고, 윤리풍토와 간호사의 도덕적 고뇌 간의 관계를 좀 더 명확하게 규명할 필요가 있겠다.

윤리적 간호역량은 의료 환경에서 발생하는 윤리적 문제를 인식하는 간호사의 윤리적 민감성을 토대로 윤리적 지식을 활용하여 윤리적 성찰과 합리적인 의사결정 과정을 통해 윤리적인 행동과 태도를 취하는 것이다[16]. 이는 간호사가 합리적인 의사결정을 내리고 윤리적으로 지속 가능한 간호를 시행할 수 있도록 하는 중요한 요소로서[17], 의료 환경에서 윤리적으로 모호한 행동과 태도를 억제하는 데 결정적 역할을 할 수 있는 도덕적 역량이다[18]. 특히 윤리적 간호역량은 간호사의 옹호

역할을 지원하고[19], 도덕적 고뇌에 대한 더 나은 관리 촉진에 도움이 된다[20]. 이에 양질의 간호 제공을 위한 전제조건인 간호사의 윤리적 간호역량[18]과 도덕적 고뇌와의 관계를 확인하여 그 관계를 명확하게 하는 것은 중요하겠다.

임상간호사의 도덕적 고뇌는 개인적 차원에서 경험되는 문제이지만 근본적으로는 심각한 조직적 문제이며, 도덕적 고뇌를 해결하기 위해서는 특히 관리 및 개선할 수 있는 조직 환경에 주의를 기울여야 한다[21]. 이에 조직문화의 일부분으로 문화, 환경, 규칙 및 규정 등 다양한 요인에 의해 영향을 받는 윤리풍토[11]와 임상간호사가 윤리적 문제에 직면했을 때 이를 해결하기 위한 행동 기준이 되는 윤리적 간호역량[17]이 개인적 특성, 임상 상황, 조직적 요인의 영향을 받는 도덕적 고뇌[22]에 어떠한 영향을 미치는지 확인할 필요가 있겠다. 특히 도덕적 고뇌와 윤리풍토와의 관계는 많은 선행연구[10,11,13,14]를 통해 확인할 수 있었으나, 윤리적 간호역량과의 관계를 확인할 수 있는 연구는 제한적이었다. 이에 본 연구에서는 세 변수의 정도와 관계를 파악하고, 임상간호사의 도덕적 고뇌 해결을 위한 조직적 대처 전략을 마련하는데 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 임상간호사의 윤리풍토, 윤리적 간호역량, 도덕적 고뇌의 정도와 이들 간의 관계를 조사하여 임상간호사의 도덕적 고뇌를 해결하기 위한 조직적 대처 전략을 마련하는데 필요한 기초자료를 제공하고자 시행된 것으로 다음의 구체적인 목적을 갖는다.

- 연구대상자가 인식하는 윤리풍토, 윤리적 간호역량, 도덕적 고뇌의 정도를 측정한다.
- 연구대상자의 일반적 특성에 따른 도덕적 고뇌의 차이를 확인한다.
- 연구대상자의 윤리풍토와 윤리적 간호역량이 도덕적 고뇌와 어떠한 관계를 갖는지 확인한다.
- 연구대상자의 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 요인을 확인한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 임상간호사의 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 수행된 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구에서는 경상북도 소재 종합병원에 근무하며, 직접 간호를 제공하고 있는 임상간호사를 대상으로 하였다. 또한 본 연구의 목적과 내용을 이해하고 자발적 참여로 서면 동의하며, 종합병원 근무 기간이 1년 이상인 간호사를 표적으로 모집하였다. 간호업무 경험에서 윤리적 문제를 판단할 수 있는 능력이 1년 이상은 되어야 한다는 선행연구[23] 근거에 따라 근무기간을 고려하였다. 대상자 표본 크기는 G*Power 3.1.9.7 프로그램을 이용하여 다중회귀분석을 위한 선행연구[24]를 토대로 유의수준 .05, 효과크기 0.15, 검정력 .80, 예측변수 23개(일반적 특성 8개, 독립변수 15개)로 설정하였을 때 필요한 표본 수는 166명이었다. 탈락률 약 15%를 고려하여 설문지 196부를 배부하였고, 회수된 설문지 190부(회수율 96.9%) 중 불충분한 응답 3부를 제외한 187부를 최종 분석하였다.

3. 연구도구

본 연구의 연구도구는 이메일을 통해 원 도구 개발자 또는 번역자 승인을 받은 후 사용하였다.

1) 윤리풍토

윤리풍토는 Olson [11]이 임상간호사를 대상으로 병원의 윤리풍토를 측정하기 위해 개발한 Hospital Ethical Climate Survey (HECS) 도구를 Hwang과 Park [25]이 국내 실정에 맞게 번안하여 도구의 타당성을 검증한 한국어판 윤리풍토 측정 도구를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 26문항으로 동료 4문항, 환자 4문항, 관리자 6문항, 병원 6문항, 의사 6문항의 5개 하부요인으로 구성되어 있다. 각 문항은 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '항상 그렇다' 5점으로 점수가 높을수록 근무 환경에서의 윤리풍토에 대한 인식이 긍정적임을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Hwang과 Park [25]의 연구에서 Cronbach's α 는 .95였으며, 본 연구에서도 Cronbach's α 는 .95였고, 각 영역별로 동료, 환자, 관리자, 병원, 의사는 .78, .74, .92, .81, .81이었다.

2) 윤리적 간호역량

윤리적 간호역량은 Kang과 Oh [26]가 임상간호사를 대상으로 개발한 윤리적 간호역량 자가 평가도구를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 20문항으로 윤리적 태도 6문항, 윤리적 의사결정과 행동 6문항, 윤리적 민감성 4문항, 윤리적 성찰 2문항, 윤리적 지식 2문항의 5개 하부요인으로 구성되어 있다. 각 문

항은 '매우 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 4점으로 점수가 높을수록 간호사의 윤리적 간호역량이 높은 것을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Kang과 Oh [26]의 연구에서 Cronbach's α 는 .89였으며, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .88이었고, 각 영역별로 윤리적 태도, 윤리적 의사결정과 행동, 윤리적 민감성, 윤리적 성찰, 윤리적 지식은 .76, .73, .72, .71, .75였다.

3) 도덕적 고뇌

도덕적 고뇌는 Hamric 등[27]이 성인 환자를 간호하는 간호사의 Moral Distress Scaled-Revised Nurse Questionnaire (MDS-R)[Adult] 도구를 Chae 등[28]이 번안한 한국어판 도덕적 고뇌 측정도구(Korean MDS-R)를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 21문항으로 무의미한 돌봄 5문항, 간호 실무 5문항, 기관 및 상황적 요인 4문항, 윤리적 문제를 주장하는 데 대한 제약 3문항, 의사 실무 4문항의 5개 하부요인으로 구성되어 있다. 각 문항은 도덕적 고뇌의 경험 빈도('0'은 전혀 없음에서 '4' 매우 자주)와 불편 정도('0' 전혀 없음에서 '4' 매우 불편)를 5점 척도로 측정한 후 경험 빈도 점수와 불편 정도 점수를 곱하고, 각 문항의 점수를 더하여 총점으로 계산된다. 점수 범위는 최저 0점에서 최고 336점으로 점수가 높을수록 도덕적 고뇌가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Chae 등[28]의 연구에서 Cronbach's α 는 .91이었고, 본 연구에서도 Cronbach's α 는 .91이었으며, 각 영역별로 무의미한 돌봄, 간호 실무, 기관 및 상황적 요인, 윤리적 문제를 주장하는 데 대한 제약, 의사 실무는 .70, .67, .74, .91, .73이었다.

4. 윤리적 고려 및 자료수집

본 연구에 대한 윤리적 승인은 주저자 대학의 생명윤리위원회로부터 획득되었다(GU-202205-HRa-04-P). 자료수집 전 연구자들은 3곳의 각 병원 간호부장에게 연구목적과 내용, 자료수집방법을 설명하고 협조를 구하였다. 자료수집기간은 2024년 01월 03일부터 01월 19일까지였다. 설문조사는 익명으로 참여자의 개인정보 비밀 유지와 연구목적 이외에는 절대 사용하지 않을 것임을 설명하였으며, 연구참여를 원하지 않을 경우 언제든지 참여자 의사에 따라 철회할 수 있음을 설명하고 자발적 참여로 동의서 작성 후 설문지를 작성하였다. 설문지는 불투명한 봉투에 담아 간호부서에 배부하였고, 완료된 설문지도 불투명한 봉투에 담아 간호부서에서 취합한 후 간호부장이 수거하는 방식으로 자료를 수집하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 26.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 연구대상자의 일반적 특성은 평균과 표준편차로 분석하였다. 일반적 특성에 따른 윤리풍토, 윤리적 간호역량, 도덕적 고뇌의 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하였으며, 사후 검정은 집단 간 표본 수 차이로 Games-Howell로 확인하였다. 연구대상자의 윤리풍토, 윤리적 간호역량, 도덕적 고뇌 간의 상관관계는 Pearson correlation coefficient로 분석하였다. 연구대상자의 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 평균 연령은 33.78세로 20대(43.3%)가 가장 많았

으며, 여성이 82.9%였다. 기혼은 56.7%, 종교는 무교가 93.1%로 많았다. 간호사 직위는 일반간호사가 74.9%로 많았으며, 총 임상 경력은 평균 9.47년으로 1년 이상부터 5년 미만의 간호사가 36.9%로 가장 많았다. 또한 윤리적 사항으로 이직을 고려하거나 경험한 대상자는 각각 25.1%, 4.8%였으며, 현 직장에서의 윤리적 사항으로 이직 의도가 있는 대상자는 10.7%로 확인되었다(Table 1).

2. 대상자의 윤리풍토, 윤리적 간호역량, 도덕적 고뇌 정도

대상자의 윤리풍토는 5점 만점에 평균 3.74 ± 0.53 점으로 하부요인에서는 관리자가 4.10 ± 0.66 점으로 가장 높았고, 병원이 3.44 ± 0.63 점으로 가장 낮았다. 윤리적 간호역량은 4점 만점에 평균 3.14 ± 0.32 점으로 하부요인에서는 윤리적 태도가 3.32 ± 0.39 점으로 가장 높았고, 윤리적 성찰이 2.94 ± 0.55 점으로 가장 낮았다. 도덕적 고뇌는 최저 0점에서 최고 336점의 범위에

Table 1. Differences in Moral Distress according to General Characteristics of Nurses

(N=187)

Variables	Categories	n (%) or M±SD	Moral distress	
			M±SD	t or F (p)
Age (yr)	20~29 ^a	81 (43.3)	31.88±18.91	3.65 (.014) c > a*
	30~39 ^b	57 (30.5)	54.61±39.05	
	40~49 ^c	41 (21.9)	61.10±48.80	
	≥ 50 ^d	8 (4.3)	37.54±44.48	
		33.78±8.53		
Sex	M	32 (17.1)	41.31±42.70	-0.90 (.372)
	F	155 (82.9)	48.98±44.42	
Marital status	Unmarried	106 (56.7)	42.88±43.54	-1.71 (.089)
	Married	81 (43.3)	53.94±44.33	
Religion	Yes	69 (36.9)	58.41±44.23	2.58 (.011)
	No	118 (93.1)	41.39±42.99	
Position	Staff	140 (74.9)	39.36±40.37	-4.69 (< .001)
	≥ Charge nurse	47 (25.1)	72.40±45.91	
Total clinical experience (yr)	1~ < 5 ^a	69 (36.9)	36.62±45.41	5.15 (.001) e > a, b, c, d*
	5~ < 10 ^b	39 (20.9)	39.92±34.21	
	10~ < 15 ^c	29 (15.5)	53.69±34.31	
	15~ < 20 ^d	26 (13.9)	52.46±43.79	
	≥ 20 ^e	24 (12.8)	79.54±50.88	
Turnover experience in ethical issues		9.47±7.74		
	Yes ^a	9 (4.8)	50.89±61.06	3.26 (.040) c > b*
	No ^b	131 (70.1)	42.53±41.42	
	Consider ^c	47 (25.1)	61.38±45.84	
Turnover intention from current job to ethical issues	Yes	20 (10.7)	81.40±56.09	2.92 (.008)
	No	167 (89.3)	43.63±40.82	

*Games-Howell.

Table 2. Levels of Ethical Climate, Ethical Nursing Competence, and Moral Distress

(N=187)

Variables	M±SD	Range	Min-Max
Ethical climate	3.74±0.53	1~5	2.50~5.00
Colleague	3.99±0.59		2.25~5.00
Patient	3.71±0.54		2.75~5.00
Manager	4.10±0.66		2.50~5.00
Hospital	3.44±0.63		1.67~5.00
Doctor	3.56±0.61		2.17~5.00
Ethical nursing competence	3.14±0.32	1~4	2.30~4.00
Ethical behavior	3.32±0.39		2.33~4.00
Ethical decision making and action	3.13±0.37		2.00~4.00
Ethical sensitivity	3.02±0.48		1.25~4.00
Ethical reflection	2.94±0.55		2.00~4.00
Ethical knowledge	3.05±0.43		2.00~4.00
Moral distress	47.67±44.11	0~336	0.00~223.00
Futile care	14.59±12.96	0~80	0.00~57.00
Nursing practice	8.24±10.20	0~80	0.00~65.00
Institutional and contextual factor	14.76±13.39	0~64	0.00~60.00
Limit to claim the ethical issue	2.04±5.03	0~48	0.00~34.00
Physician practice	8.03±9.62	0~64	0.00~38.00

서 47.67±44.11점으로, 하부요인에서는 무의미한 돌봄 14.59±12.96점, 간호실무 8.24±10.20점, 기관 및 상황적 요인 14.76±13.39점, 윤리적 문제를 주장하는데 대한 제약 2.04±5.03점, 의사실무 8.03±9.62점으로 확인되었다(Table 2).

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 도덕적 고뇌의 차이

도덕적 고뇌는 연령($F=3.65, p=.014$)과 유의한 차이를 보였으며, 사후 검정 결과 40~49세가 20~29세 미만인 경우보다 유의하게 높았다. 또한 종교 있는 경우가 없는 경우보다($t=2.58, p=.011$), 책임간호사 이상의 직위가 일반 간호사보다($t=-4.69, p<.001$) 도덕적 고뇌가 유의하게 높았다. 총 임상 경력에서도 유의한 차이를 보였으며($F=5.15, p=.001$), 사후 검정 결과 20년 이상의 경우 1년 이상에서 20년 미만인 경우보다 모두 유의하게 높았다. 윤리적 사항으로 이직을 고려한 경우가 이직 경험이 없는 경우보다 유의하게 높았으며($F=3.26, p=.040$), 현 직장에서의 윤리적 사항으로 이직 의도가 있는 경우가 없는 경우보다($t=2.92, p=.008$) 유의하게 높았다(Table 1).

4. 윤리풍토, 윤리적 간호역량, 도덕적 고뇌 간의 상관관계

임상간호사의 도덕적 고뇌는 윤리풍토($r=-.25, p=.001$) 및 윤리적 간호역량($r=-.17, p=.020$)과 통계적으로 유의한 음의

상관관계가 있었다. 도덕적 고뇌의 하부요인 중 기관 및 상황적 요인은 윤리풍토의 모든 하부요인($r=-.15\sim-.28$)과 음의 상관관계가 있었다. 무의미한 돌봄은 윤리적 간호역량의 윤리적 민감성과 양의 상관관계가 있었고($r=.17, p=.023$), 윤리적 태도와 윤리적 의사결정, 윤리적 성찰, 윤리적 지식 하부요인($r=-.16\sim-.30$)과는 음의 상관관계가 있었다(Table 3).

5. 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 요인

임상간호사의 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 일반적 특성 중 유의한 차이가 있는 연령, 종교, 직위, 총 임상 경력, 윤리적 사항으로의 이직 경험, 현재 직장에서의 윤리적 사항으로의 이직 의도를 더미변수 처리 후 회귀분석에 포함하였다.

일반적 특성 변수와 상관분석에서 도덕적 고뇌와 유의미한 관계로 확인된 윤리풍토의 하부요인(동료, 환자, 관리자, 병원, 의사)과 윤리적 간호역량의 하부요인(윤리적 태도, 윤리적 의사결정과 행동, 윤리적 지식)이 도덕적 고뇌에 영향을 미치는지 파악하기 위해 다중회귀분석을 수행하였다. 독립변수 간 다중공선성의 공차한계가 0.34~0.97로 0.1 이상, 분산팽창 지수는 1.03~2.39로 10 이하로 나타나 다중공선성은 존재하지 않았다. Durbin-Watson은 2.004로 2에 가까워 잔차의 독립성이 검증되었으며, Cook's distance 값도 .00~.36으로 1.0을 초과하는 개체가 없는 것으로 나타나 회귀분석을 위한 가정은 충족되

었다. 회귀분석 결과 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 요인은 현직장에서 윤리적 사항으로 이직 의도가 있는 경우($\beta=.26, p<.001$), 윤리풍토의 병원 하부요인($\beta=-.23, p=.001$), 20년 이상의 총 임상 경력($\beta=.20, p=.006$), 윤리적 간호역량의 태도 하부

요인($\beta=-.18, p=.008$), 책임간호사 이상의 직위($\beta=.16, p=.032$)였으며, 유의한 변인들에 의한 도덕적 고뇌 설명력은 27.0%였다(Table 4).

Table 3. Correlation among Ethical Climate, Ethical Nursing Competence, and Moral Distress

(N=187)

Variables	Moral distress					
	Total	Futile care	Nursing practice	Institutional and contextual factor	Limit to claim the ethical issue	Physician practice
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Ethical climate	-.25 (.001)	-.23 (.001)	-.20 (.006)	-.25 (.001)	-.13 (.086)	-.20 (.005)
Colleague	-.17 (.021)	-.12 (.111)	-.19 (.010)	-.15 (.047)	-.20 (.005)	-.11 (.137)
Patient	-.23 (.002)	-.23 (.001)	-.16 (.025)	-.25 (.001)	-.13 (.087)	-.15 (.042)
Manager	-.18 (.016)	-.08 (.266)	-.19 (.010)	-.15 (.036)	-.17 (.023)	-.20 (.007)
Hospital	-.29 (< .001)	-.30 (< .001)	-.22 (.002)	-.28 (< .001)	-.09 (.211)	-.24 (.001)
Doctor	-.21 (.005)	-.27 (< .001)	-.11 (.145)	-.23 (.002)	.01 (.940)	-.15 (.037)
Ethical nursing competence	-.17 (.020)	-.21 (.004)	-.10 (.162)	-.19 (.009)	.03 (.683)	-.14 (.050)
Ethical behavior	-.27 (< .001)	-.30 (< .001)	-.17 (.024)	-.28 (< .001)	-.07 (.359)	-.24 (.001)
Ethical decision making and action	-.20 (.005)	-.26 (< .001)	-.10 (.174)	-.21 (.003)	.04 (.598)	-.20 (.005)
Ethical sensitivity	.14 (.061)	.17 (.023)	.07 (.317)	.10 (.165)	.09 (.250)	.14 (.053)
Ethical reflection	-.12 (.101)	-.16 (.033)	-.11 (.120)	-.14 (.062)	.08 (.264)	-.07 (.320)
Ethical knowledge	-.17 (.023)	-.23 (.002)	-.08 (.272)	-.18 (.016)	.01 (.875)	-.13 (.072)

Table 4. Factors Affecting Clinical Nurses' Moral Distress

(N=187)

Variables	Categories	B	S.E.	β	t	p
Age (yr)	20~39 (ref.) ≥ 40	0.16	1.93	.06	0.14	.570
Religion	Yes No (ref.)	0.12	1.94	.05	0.14	.940
Position	Staff (ref.) ≥ Charge nurse	15.72	7.29	.16	2.16	.032
Total clinical experience (yr)	1~< 20 (ref.) ≥ 20	26.32	9.49	.20	2.77	.006
Turnover experience in ethical issues	Yes No (ref.)	-0.01	-0.13	0.90	-0.01	.778
Turnover intention from current job to ethical issues	Yes No (ref.)	36.60	9.06	.26	4.04	< .001
Ethical climate	Colleague	0.10	1.25	.21	0.09	.566
	Patient	0.01	0.07	.95	0.01	.418
	Manager	0.03	0.32	.75	0.03	.550
	Hospital	-15.99	4.79	-.23	-3.34	.001
	Doctor	0.19	1.74	.08	0.13	.343
Ethical nursing competence	Ethical behavior	-20.73	7.69	-.18	-2.70	.008
	Ethical decision making and action	0.08	0.96	.34	0.07	.508
	Ethical knowledge	-0.03	-0.36	.72	-0.03	.749

$R^2=.29$, Adj. $R^2=.27$, $F=14.71$, $p<.001$

ref.=Reference.

논 의

본 연구에서의 윤리풍토는 평균 3.74점(5점 만점)으로 동일한 도구를 사용하여 종합병원 간호사의 윤리풍토를 확인한 선행연구결과인 3.79점[28]과 유사하였고, 5개 병원 중환자실 간호사의 윤리풍토 3.51점[11]보다는 높았다. 특히 본 연구의 윤리풍토 하부요인 중 관리자가 4.10점으로 가장 높았다. 이는 이란 중환자실 간호사의 3.80점[11]과 한국 종합병원 간호사의 3.80점[28]보다는 높았지만, 한국 혈액투석 간호사의 4.13점[29]보다는 낮았다. 윤리풍토는 조직문화의 한 부분으로 조직마다 윤리풍토와 관리자의 역할이 차이가 날 순 있지만 관리자가 요인이 매우 중요함을 확인하였다. 간호사들은 윤리적 기준을 토대로 규범적이고 신뢰할 수 있는 행동을 보여주는 관리자의 행동을 모방한다[10]. 또한 조직 내 관리자의 윤리적 태도와 행동은 긍정적인 윤리풍토를 조성함으로써 간호사들이 조직에 더욱 헌신하도록 장려한다[29]. 이에 간호조직은 윤리풍토 개선을 위해 무엇보다도 관리자의 역할과 리더십에 집중할 필요가 있겠다. 반면 본 연구의 윤리풍토 하부요인 중 병원이 3.44점으로 가장 낮았다. 이는 한국 종합병원 간호사의 3.70점[28]보다는 낮았지만, 한국 혈액투석 간호사의 3.35점[29]보다는 조금 높았고, 이란 중환자실 간호사의 2.61점[11]보다는 많이 높았다. 노인병원 간호사의 윤리적 갈등을 확인한 선행연구[15]에서 금전적 이익만을 위해 환자를 치료하는 병원의 변함 없는 비윤리적 태도에 간호사는 자신이 단지 직원 중 한 명일 뿐이라는 무력감으로 결국 사직하게 되었다. 간호사가 병원 윤리풍토를 낮게 평가한다는 것은 병원의 태도와 의사결정을 낮게 평가한다는 것으로 이는 조직의 간호사가 병원을 불신하여 결국 사직으로 이어지는 결과를 낳게 한다. 이에 병원은 조직에 속한 간호사들이 인식하는 병원의 문제점을 조직적 차원에서 확인하고 그 결과에 근거한 개선 노력이 필요하겠으며, 이러한 과정에서 조직의 간호사들도 좀 더 병원에 대한 확신으로 보다 긍정적인 윤리풍토를 조성하는 데 힘을 보태야 할 것이다.

본 연구에서의 윤리적 간호역량은 3.14점(4점 만점)으로 동일한 도구를 사용하여 감염병 전담병원 간호사의 윤리적 간호역량을 확인한 선행연구결과인 3.07점[30]보다는 높았다. 또한 윤리적 간호역량 하부요인 중 윤리적 태도가 3.32점으로 가장 높았고, 윤리적 성찰이 2.94점으로 가장 낮았다. 이는 선행연구[30]에서의 윤리적 태도 3.20점, 윤리적 성찰 2.72점으로 순위는 동일하였다. 윤리적 간호역량은 의료 환경에서 간호의 질 향상을 위해 기본적으로 필요한 부분이다[26]. 특히 윤리적 간호역량 중 윤리적 태도는 간호사의 개인적 능력에 반영되어

윤리적 실천을 이끌어내는 요인[31]으로 대상자의 어려움을 존중하고 반응하며 지지하는 방식으로 타인과 관계를 맺는 구체화되고 숙련된 역량이다[32]. 또한 윤리적 태도는 간호사 윤리강령과 윤리 원칙 준수를 토대로 확립되는 간호 전문직관[33]으로 간호사의 윤리적 간호역량이 발휘되는 최종 결과물[16]이라고 할 수 있겠다. 반면 윤리적 성찰은 간호사가 무엇을 알고 있고, 무엇을 하고, 무엇을 하는지에 대해 비판적으로 성찰하는 것[31]으로 자신의 신념과 생각을 명확히 하는 데 도움이 되는 사고방식이다. 특히 윤리적 문제에 대한 다양한 대안을 고려할 것을 요구하는 반복적인 성찰 과정으로, 이 과정에는 관련된 간호사를 포함한 다양한 이해관계자가 제시하는 신념과 가치에 의해 영향을 받는다[16]. 이에 간호사는 임상에서 윤리적 문제를 마주할 때 자신의 신념과 사고방식뿐만 아니라 많은 관계 속에서 문제를 해결하기 위한 최선의 의사결정을 하게 된다. 그러나 본 연구와 선행연구[30]에서 임상간호사의 윤리적 성찰이 가장 낮게 나타난 것은 간호사의 윤리적 성찰에 많은 어려움이 있음을 고려해 볼 수 있다. 이에 조직은 간호사의 윤리적 성찰 과정에서의 어려움을 같이 고민하고, 내부적으로 올바른 신념과 가치를 제시할 필요가 있겠다.

본 연구에서의 도덕적 고뇌는 47.67점(최대 336점)으로 동일한 도구를 사용하여 암 병동 간호사의 도덕적 고뇌를 확인한 선행연구결과인 172.50점[34], 한국 혈액투석 간호사의 98.55점[29], 이란 중환자실 간호사의 87.02점[11]보다는 많이 낮았다. 본 연구의 참여자들은 대부분 일반 병동의 간호사들로 선행연구에서 특성이 뚜렷한 부서의 간호사들보다 도덕적 고뇌 정도가 낮음을 확인할 수 있었다. 또한 도덕적 고뇌 하부요인 중 기관 및 상황적 요인이 14.76점으로 가장 높았고, 윤리적 문제를 주장하는 데 대한 제약이 2.04점으로 가장 낮았다. 이는 선행연구에서 무의미한 돌봄[8,11,13,29]과 간호실무[34]가 가장 높은 하부영역이었다는 점에서 차이가 있으나, 윤리적 문제를 주장하는 데 대한 제약이 가장 낮았다[29,34]는 점은 동일하였다. 본 연구의 참여자들이 도덕적 고뇌의 기관 및 상황적 요인을 가장 높게 측정한 것은 간호사의 도덕적 고뇌에 관한 통합적 문헌고찰 연구에서 불합리한 조직행정과 과중한 경제적 부담의 도덕적 문제를 내포한 간호 상황[5]이 간호사의 도덕적 고뇌 유발요인임을 생각해 볼 수 있다. 특히 근무하고 있는 기관에서의 불합리한 조건과 상황들은 간호사의 제한된 자율성과 타협된 의사결정 경험으로 이어져 환자를 간호하는 간호사의 역할에 악영향을 미친다. 이에 조직은 조직문화와 환경을 개선하기 위한 전략을 개발하여 간호사의 도덕적 고뇌에 대한 인식을 줄이기 위한 노력이 수반되어야 할 것이다.

도덕적 고뇌에 영향을 미치는 일반적 특성으로는 연령, 종교, 직위, 총 임상 경력에 있었다. 우선 40~49세 연령의 간호사가 20~29세 연령의 간호사보다 도덕적 고뇌 정도가 높았다. 선행연구에서의 도덕적 고뇌와 연령 관계를 살펴보면 연령에 따른 차이가 없거나[1,34], 젊은 간호사의 도덕적 고뇌가 높거나[8], 나이가 많을수록 도덕적 고뇌가 높음[5] 매우 일관되지 않은 연구결과를 확인할 수 있다. 또한 본 연구에서 총 임상 경력도 20년 이상의 간호사가 1년 이상~20년 미만의 간호사보다 도덕적 고뇌 정도가 높았다. 이는 병원 재직기간이 오래될수록 도덕적 고뇌 정도가 높았다[5]는 결과와 유사하지만, 임상 경력보다는 암 병동 경력[34] 또는 내·외과 및 중환자실 근무 경력이 짧은 간호사의 도덕적 고뇌 정도가 높았다[1]는 연구결과와 차이가 있었다. 본 연구에서 직위에서도 책임간호사 이상의 간호사가 일반간호사보다 도덕적 고뇌 정도가 높았다. 이는 직위가 높을수록 도덕적 고뇌 정도를 더 높게 경험한 연구[5]와 유사하였지만, 직위와는 차이가 없었다는 연구[13]와는 차이가 있었다. 특히 간호관리자로서의 전문적 경험과 훈련이 불충분한 경우 도덕적 고뇌의 빈도와 강도가 더 높았다는 연구결과[35]는 연령과 총 임상 경력뿐만 아니라 간호조직에서 관리자 역할 경험과 기간도 중요하게 고려해야 할 요인임을 생각해 볼 수 있겠다. 본 연구에서 종교가 있는 경우 도덕적 고뇌가 높은 것으로 확인되었으며, 이는 종교 유무에 따른 차이가 없었던[34] 연구결과와 차이가 있었다. 이러한 일반적 특성에 따른 도덕적 고뇌 차이는 서로 다른 조직 환경과 문화에 따른 차이로 생각해 볼 수 있겠으며, 좀 더 다양한 환경의 간호사를 대상으로 그들의 일반적 특성과 도덕적 고뇌와의 관계를 탐색하기 위한 반복 연구가 필요하겠다.

도덕적 고뇌에 영향을 미치는 또 다른 일반적 특성으로는 윤리적 사항으로의 이직 경험과 현 직장에서의 윤리적 사항으로의 이직 의도가 있었다. 본 연구의 참여자들은 윤리적 사항으로 이직을 고려한 경우가 이직하지 않은 경우보다 심각한 도덕적 고뇌를 경험하였다. 이는 약 43~51% 이상의 간호사가 과거에 도덕적 고뇌로 인해 이직을 고려하였으며[1,13], 약 3~8.5%의 간호사는 이직을 경험하였다[1,11]는 연구결과와 유사하다. 또한 본 연구에서 윤리적 사항으로 현재의 직장을 이직할 의향이 있는 간호사의 도덕적 고뇌 정도가 심각하게 높았다. 선행연구에서도 도덕적 고뇌로 인해 약 13~17%의 간호사가 이직 의도를 밝혔으며[11,13], 도덕적 고뇌 정도가 높은 간호사는 중간 또는 낮은 간호사에 비해 이직을 고려할 가능성이 약 3배 이상 높았다[8]. 옳은 일을 알면서도 할 수 없는 복잡한 감정의 도덕적 고뇌[2]는 간호사에게 옹호자로서의 역할 수행을 하지 못했

다는 제약으로 남겨진다. 또한 감당할 수 없는 도덕적 고뇌를 반복한 간호사들은 스스로 해결하기 어려운 윤리적 갈등과 병원의 무능함, 무력감을 느끼며, 간호에 대한 신념에 타협하기 보다는 도덕적 고뇌를 피하기 위한 최후의 수단으로 직장을 그만두겠다는 의도를 가지게 된다[15]. 이러한 이직 의도와 이직은 도덕적 고뇌에 대한 간호사의 대처 전략[5,6]이었다. 그러나 조직원 간의 원활한 토론과 자기성찰, 내러티브 글쓰기, 전문가 컨설팅, 역할 놀이 워크숍 등의 중재 적용으로 간호사의 도덕적 고뇌를 해결하고자 노력한 연구[36]를 토대로 간호사의 이직이 아닌 긍정적인 대처 전략의 시도가 필요하겠다.

본 연구에서 도덕적 고뇌는 윤리풍토와 유의한 음의 상관관계가 있었으며, 이는 대부분의 선행연구결과[5,9,10,13,14]와 일치한다. 도덕적 고뇌는 여러 가지 원인과 결과를 가진 주관적인 윤리적 현상[36]으로 조직의 문화적 맥락에서 설명되어야 하기에 윤리풍토와의 관계는 매우 중요하다. 특히 간호사가 인식하는 윤리풍토가 긍정적일수록 도덕적 고뇌 정도가 낮아져[13], 윤리풍토를 개선하는 것이 간호사의 도덕적 고뇌를 낮추고, 직무 만족도를 높이는 데 효과적이었다[11]. 또한 본 연구에서 도덕적 고뇌 하부요인 중 기관 및 상황적 요인은 윤리풍토의 모든 하부요인과 음의 상관관계가 있었으며, 그중 병원 윤리풍토와의 상관관계수 값이 가장 높았다. 간호사, 의사, 가족 간의 의사소통 부족과 불필요한 치료를 시행하는 비윤리적인 병원 환경은 간호사를 도덕적 고뇌에 빠뜨리는 상황으로[8] 부적절한 조직적 태도와 행동은 간호사의 사기를 저하시키고 간호의 질에도 영향을 미친다[37]. 또한 병원 윤리풍토는 간호사의 윤리적 의사결정과 행동에 매우 큰 영향을 미치기에 병원에서 양질의 간호를 제공하기 위해서는 조직의 윤리적 행동과 가치를 육성하는 것이 중요하다[10]. 이에 조직은 합리적이고 타당한 윤리적 지침을 마련하여 합의된 의사결정과 행동으로 긍정적인 윤리풍토를 조성할 필요가 있겠다.

본 연구에서 도덕적 고뇌는 윤리적 간호역량과 유의한 음의 상관관계가 있었으며, 특히 도덕적 고뇌 하부요인 중 무의미한 돌봄은 윤리적 간호역량의 윤리적 민감성과 양의 상관관계가 있었고, 윤리적 태도와 윤리적 의사결정, 윤리적 성찰, 윤리적 지식 하부요인과는 음의 상관관계가 있었다. 도덕적 고뇌와 윤리적 간호역량의 관계를 확인한 연구가 제한적이어서 직접적인 비교에는 어려움이 있지만 간호사 자신의 신념에 반하는 무의미한 돌봄은 도덕적 고뇌의 주요 원인으로, 환자에게 최선의 이익이 되지 않는 가족의 결정에 따르고 불필요한 검사와 치료를 제공하는 것이 간호사의 도덕적 고뇌 강도를 높이는 요인이다[8,11,13]. 반면 간호사는 윤리적, 임상적 문제를 식별하고 해

결에 도움을 주는 도덕적 대리인 역할 즉, 옹호자로서의 역할 수행을 하며[38], 이는 간호사의 윤리적 간호역량을 토대로 한다[16,19]. 그러나 간호사가 환자의 이익을 위해 옳다고 믿는 것과 상반된 의사결정 사이에서의 갈등 경험은 간호사로서 환자의 권리를 옹호할 수 없음을 깨닫게 되어 좌절과 실망을 느낀다[13,15]. 특히 간호사의 무의미한 돌봄 경험은 자신의 직업에서 무능하고 부정적하다고 느끼는 직업적 정체성의 손상으로 연결된다[9]. 이에 조직은 환자의 권리와 최선의 이익, 가치 보존을 위한 구체적인 조치 마련으로 환자를 우선으로 하는 간호사의 옹호 역할을 지원하고 윤리적 간호역량을 향상시켜 궁극적으로 도덕적 고뇌를 감소시키기 위한 노력이 요구된다.

본 연구에서 임상간호사의 도덕적 고뇌는 일반적 특성에서 책임간호사 이상의 직위와 20년 이상의 총 임상 경력, 현 직장에서의 윤리적 사항으로의 이직 의도가 있는 간호사가 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 또한 윤리풍토의 병원 하부요인, 윤리적 간호역량의 윤리적 태도 하부요인에 의해서도 설명되었다. 우선 임상간호사는 경력이 쌓일수록 임상에서의 윤리적 문제들이 완전하게 해결되지 않고 도덕적 잔여물로 남아 도덕적 고뇌가 증가함을 주장한 선행연구[4]는 본 연구결과와 유사하였다. 책임간호사 이상의 간호관리자는 일반 간호사가 고통받지 않는 간호 근무 환경을 유지하여 업무 수요를 증가시키는 임무를 맡는다[6]. 그러나 조직적 이유나 업무환경, 지원 부족 등으로 인해 일반 간호사가 잘못된 일을 강요당할 경우 간호관리자는 그 상황이 이해하기 어려웠고, 끊임없는 자책과 수치심으로 심각한 도덕적 고뇌를 경험하였다[9]. 반면 임상에서 윤리적 문제를 제기하고 결과에 영향을 미치는 간호사의 능력과 역할은 도덕적 고뇌를 낮추었다[39]. 이에 조직은 간호관리자가 윤리적 문제를 제기하고 해결할 수 있도록 권한을 부여하고 지원을 늘리는 것이 간호사의 도덕적 고뇌를 해결하는 핵심 접근 방법일 수 있음을 고려해야 할 것이다. 또한 임상간호사의 도덕적 고뇌는 현 직장에서의 윤리적 사항으로의 이직 의도가 있는 간호사일수록 증가하였다. 도덕적 고뇌는 임상에서 윤리적 문제 발생 시 느끼는 부정적인 심리 반응으로[5] 이직 의도가 있는 간호사는 가장 심각한 수준의 도덕적 고뇌를 경험하였으며[1], 도덕적 고뇌 정도가 높은 간호사는 이직 의도가 매우 높아[1,6,8,11,13,22,29] 이들의 관계가 매우 밀접함을 다시 한번 확인할 수 있었다.

본 연구에서 윤리풍토의 병원 하부요인은 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 중요한 요인이었다. 이는 간호사를 도덕적 고뇌 상황에 빠뜨리는 주된 원인이 비윤리적인 의료 환경[1,8,15]임을 제시한 선행연구결과와 유사하다. 임상에서 모든 윤리적 딜레

마와 갈등을 제거하는 것은 불가능할 수 있지만, 조직은 윤리적 문제를 좀 더 체계적으로 접근하고 해결하기 위한 절차와 규정을 마련하여 간호사의 직업적 가치와 개인적 가치 사이의 갈등이 도덕적 고뇌로 연결되지 않도록 노력해야 할 것이다. 또한 환자의 안녕을 중심으로 임상에서 올바른 의사결정을 내릴 수 있도록 하는 윤리적 간호역량[16]에서 환자를 옹호하는 윤리적 태도는 가장 핵심적인 요인이었다[26]. 불가피한 윤리적 갈등 상황에서 간호사 자신과 타인의 도덕성을 성찰하고 환자를 보다 적극적으로 돌보고 옹호함으로써 간호사 개인의 발전을 이루기도 하였다는 선행연구결과[40]를 토대로 간호사의 윤리적 태도가 윤리적 갈등과 도덕적 고뇌에 어떻게 작용하여 도움이 되었는지 추후 확인할 필요가 있겠다.

본 연구는 임상간호사의 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 요인들을 다차원적 관점에서 확인하였으며, 임상에서 도덕적 고뇌를 유발하는 윤리적 문제 상황을 해결하는데 기준이 되는 윤리적 간호역량과의 관계를 처음으로 확인하였다는 점에서 학문적 의의가 있다. 또한 임상에서 발생하는 윤리적 문제들을 해결하기 위한 조직적 차원에서의 규정과 지침 마련으로 간호사의 윤리적 딜레마와 혼란을 감소시켜 도덕적 고뇌로 인한 이직 의도와 이직을 해결하는 것이 중요함을 제시하였다는 점에서 실무적 의의가 있다. 본 연구는 일개 지역의 임상간호사를 편의 표본으로 추출하였으며, 연령과 직위, 총 임상 경력을 나누는 범주에서의 대상자 수 차이로 그 결과를 일반화하는 데 한계가 있다.

결 론

연구결과 임상간호사의 도덕적 고뇌에 영향을 미치는 요인 중 가장 유의성이 높은 요인은 현 직장에서의 윤리적 사항으로 이직 의도가 있는 경우였다. 이에 조직은 간호사의 이직 의도 원인을 확인하고, 근거에 따른 문제점을 해결하는 노력이 수반되어야 할 것이다. 특히 이직 의도가 윤리적 문제로 인한 것이라면 내부적으로 표준화된 규정과 지침을 마련하는 것이 시급하겠으며, 그에 따른 합당한 해결 과정으로 간호사의 혼란과 윤리적 딜레마를 해결할 수 있을 것이다. 또한 간호사가 윤리적 문제를 제기하고 해결할 수 있는 기회를 제공하는 긍정적인 윤리풍토 조성 and 윤리적 간호역량 향상은 간호사의 윤리적 갈등을 해결하고 도덕적 고뇌를 줄이는데 기여할 것이다.

본 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다. 우선 윤리적 문제를 해결하는 과정에서 임상간호사에게 일부 주도적인 권한을 부여하고 조직 차원에서 지원을 제공하는 것이 간

호사의 도덕적 고뇌를 낮추는 핵심이며, 이 과정에서의 간호사 경험을 확인해 볼 수 있겠다. 또한 도덕적 고뇌를 낮추기 위한 추가적인 대처 전략 마련 및 그 효과를 확인해 볼 수 있는 후속 연구를 제안한다.

REFERENCES

- Lusignani M, Gianni ML, Re LG, Buffon ML. Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *Journal of Nursing Management*. 2017;25(6):477-485. <https://doi.org/10.1111/jonm.12431>
- Jameton A. *Nursing practice: The ethical issues*. Prentice-Hall series in the philosophy of medicine. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1984.
- Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: Experience and effect. *Nursing Forum*. 1987;23(1):16-29. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.1987.tb00794.x>
- Epstein E, Hamric A. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics*. 2009;20:330-342.
- Park BH, Oh YJ. Moral distress experienced by nurses in South Korea: An Integrated Review. *Korean Journal of Medical Ethics*. 2016;19(3):312-327. <https://doi.org/10.35301/ksme.2016.19.3.312>
- Edwin HS, Trinkoff AM, Mills ME. Moral distress in nurse leaders - A scoping review of the literature. *Nursing Outlook*. 2023;71(5):102026. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2023.102026>
- Huffman DM, Rittenmeyer L. How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: A systematic review. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2012;24(1):91-100. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2012.01.004>
- Laurs L, Blaževičienė A, Capezuti E, Milonas D. Moral distress and intention to leave the profession: Lithuanian Nurses in municipal hospitals. *Journal of Nursing Scholarship: An official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*. 2020;52(2):201-209. <https://doi.org/10.1111/jnu.12536>
- Nasrabadi AN, Khoobi M, Cheraghi MA, Joolaei S. The lived experiences of clinical nurse managers regarding moral distress. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2018; 11(13):1-10.
- Koskenvuo J, Numminen O, Suhonen R. Ethical climate in nursing environment: A scoping review. *Nursing Ethics*. 2019; 26(2):327-345. <https://doi.org/10.1177/0969733017712081>
- Olson LL. Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1998;30(4):345-349. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01331.x>
- Asgari S, Shafipour V, Taraghi Z, Yazdani-Charati J. Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. *Nursing Ethics*. 2019;26(2):346-356. <https://doi.org/10.1177/0969733017712083>
- Hou Y, Timmins F, Zhou Q, Wang J. A cross-sectional exploration of emergency department nurses' moral distress, ethical climate and nursing practice environment. *International Emergency Nursing*. 2021;55:100972. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.100972>
- Noh YG, Lee OS. Ethical climate of nurses in Korea: A scoping review. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2022;28(5):487-498. <https://doi.org/10.1111/jkana.2022.28.5.487>
- Kim M, Oh Y, Kong B. Ethical conflicts experienced by nurses in geriatric hospitals in South Korea: "if you can't stand the heat, get out of the kitchen". *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;7(12):4442. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124442>
- Lechasseur K, Caux C, Dollé S, Legault A. Ethical competence: An integrative review. *Nursing Ethics*. 2018;25(6):694-706. <https://doi.org/10.1177/0969733016667773>
- Clark A, Taxis JC. Developing ethical competence in nursing personnel. *Clinical Nurse Specialist*. 2003;17:236-237. <https://doi.org/10.1097/00002800-200309000-00005>
- Koskenvuo J, Stolt M, Suhonen R, Leino-Kilpi H. Healthcare professionals' ethical competence: A scoping review. *Nursing Open*. 2019;6(1):5-17. <https://doi.org/10.1002/nop2.173>
- Bu X, Jezewski MA. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;57(1):101-110. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04096.x>
- Comrie RW. An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity. *Nursing Ethics*. 2012;19(1):116-127. <https://doi.org/10.1177/0969733011411399>
- Epstein EG, Hurst AR. Looking at the positive side of moral distress: Why it's a problem. *The Journal of Clinical Ethics*. 2017;28(1):37-41. <https://doi.org/10.1086/JCE2017281037>
- Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*. 2012;3(2):1-9. <https://doi.org/10.1080/21507716.2011.652337>
- Shin JH, Jeong SH, Lee MH, Yang YR. Experiences of ethical issues and needs for ethics education in clinical nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2015;21(3): 327-339. <https://doi.org/10.1111/jkana.2015.21.3.327>
- Park BH, Oh YJ. Impact of ethical climate and ethical leadership perceived by nurses on moral distress. *Journal of the Korean Data Analysis Society*. 2017;19(2):1099-1116.
- Hwang JI, Park HA. Nurses' perception of ethical climate,

- medical error experience and intent-to-leave. *Nursing Ethics*. 2014;21(1):28-42. <https://doi.org/10.1177/0969733013486797>
26. Kang BR, Oh HY. Development of ethical nursing competence self-rating scale for clinical nurses. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2020;35(5):482-493. <https://doi.org/10.7475/kjan.2020.32.5.482>
27. Chae YR, Yu SJ, Lee EJ, Kang KJ, Park MS, Yu M. 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*. 2016;22(2):228-239. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2016.22.2.228>
28. Lee MA, Park HJ, Kim BH. Relationship between ethical climate, workplace bullying, and turnover intention of hospital nurses in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2023;29(4):457-467. <https://doi.org/10.11111/jkana.2023.29.4.457>
29. Kim H, Kim H, Oh Y. Impact of ethical climate, moral distress, and moral sensitivity on turnover intention among haemodialysis nurses: A cross-sectional study. *BMC Nursing*. 2023; 22(1):55. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01212-0>
30. Mo MR. Factors associated with nurses' intention to care for patients with COVID-19 in hospitals dedicated to infectious diseases: The moderating effect of ethical nursing competence [master's thesis]. Ulsan: Ulsan University; 2022. p. 1-70.
31. Cannaerts N, Gastmans C, Dierckx de Casterlé B. Contribution of ethics education to the ethical competence of nursing students: Educators' and students' perceptions. *Nursing Ethics*. 2014;21(8):861-878. <https://doi.org/10.1177/0969733014523166>
32. Benner P, Tanner C, Chesla C. Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and, ethics. 2nd ed. New York, NY: Springer; 2009. p. 1-497.
33. Um YR, Kang SY, Noh WJ. Changing to positive ethics in hospital nurses through 'Theatre of situations'. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2012;18(1):1-12. <https://doi.org/10.22650/JKCNr.2012.18.1.1>
34. Kim SM, Shin YS. The relationships between moral distress and quality of nursing care in oncology nurses. *Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. 2020;26(4): 366-373. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2020.26.4.366>
35. Faraco MM, Gelbcke FL, Brehmer L, Ramos F, Schneider DG. Moral distress-associated sociodemographic and occupational aspects in nursing managers at federal university hospitals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2022;56:e20210447. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0447en>
36. Morley G, Field R, Horsburgh CC, Burchill C. Interventions to mitigate moral distress: A systematic review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2021;121:103984. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103984>
37. Fischer Gronlund CE, Söderberg AI, Zingmark KM, Sandlund SM, Dahlqvist V. Ethically difficult situations in hemodialysis care-nurses' narratives. *Nursing Ethics*. 2015;22(6):711-722. <https://doi.org/10.1177/0969733014542677>
38. Wocial LD, Bledsoe P, Helft PR, Everett LQ. Nurse ethicist: Innovative resource for nurses. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*. 2010;26(5):287-292. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2010.06.003>
39. Rathert C, May DR, Chung HS. Nurse moral distress: A survey identifying predictors and potential interventions. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;53:39-49. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.007>
40. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics*. 2015;22(1):15-31. <https://doi.org/10.1177/0969733013502803>