



암 병동 간호사의 도덕적 고뇌와 암 환자 간호의 질과의 관계*

김새미¹⁾ · 신용순²⁾

1) 한양대학교 대학원, 박사과정 · 2) 한양대학교 간호학부, 부교수

The relationships between moral distress and quality of nursing care in oncology nurses*

Kim, Sae Mi¹⁾ · Shin, Yong Soon²⁾

1) Doctoral Student, School of Nursing, Hanyang University

2) Associate Professor, School of Nursing, Hanyang University

Purpose: The study aimed to investigate the relationship between moral distress and the quality of nursing care. **Methods:** This cross-sectional correlation study included nurses working at oncology nursing units of two secondary general hospitals in Seoul and Gyeonggi-do, Korea. A total of 207 nurses participated. Moral distress was measured by the Moral Distress Scale-Revised Nurse Questionnaire and quality of nursing care was evaluated by the Quality of Oncology Nursing Care Scale. Data were collected from October 5 to 31, 2018. Data analysis included descriptive statistics, independent t-test, ANOVA, Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis. **Results:** The quality of oncology nursing care showed a negative correlation with moral distress ($r=-.19, p=.007$). The factors affecting the quality of oncology nursing care were religion ($\beta=-.22, p=.001$), clinical experience in oncology units ($\beta=.27, p=.007$), and moral distress ($\beta=-.16, p=.018$). Moral distress showed a statistically significant predictive power of 13% in the regression model ($F=8.70, p<.001$). **Conclusion:** The findings of this study suggest that management of moral distress is important to increase the quality of oncology nursing care.

Keywords: Morals, Oncology nursing, Nurses

서론

연구의 필요성

암의 진단과 치료, 그리고 추적 관찰에 이르는 장기적인 의료서비스를 제공하는 의료진 중에 가장 다수를 차지하는 집단은 암 환자를 간호하는 간호사들이다[1]. 암 환자를 돌보는 것은 긴 과정

이며 까다롭고, 암 진단을 받은 환자에게 큰 영향을 주기 때문에 질 높은 간호가 중요하다[2].

간호사에게는 어느 직업보다 윤리적, 도덕적 기능이 강조되며 간호사의 행동은 개인의 도덕적 신념과 윤리적 가치관의 영향을 받는다[3]. 이처럼 간호사는 자신의 도덕적 가치를 기반으로 윤리적 문제를 관찰하고, 평가하고 판단한다[4]. 그러나 복잡한 임상현장에서 간호사는 자신의 윤리적 의사결정에 의해서만 행동할 수

주요어: 도덕적, 종양 간호, 간호사

Address reprint requests to: Shin, Yong Soon

School of Nursing, Hanyang University, 222, Wangsimni-ro, Seongdong-gu, Seoul, 04763, Republic of Korea

Tel: +82-2-2220-0798, Fax: +82-2-2220-1163, Email: ysshin2k@hanyang.ac.kr

* 이 논문은 제 1저자 김새미의 석사 학위논문을 수정하여 작성한 것임

* This manuscript is a revision of the first author's master's thesis from Hanyang University.

Received: July 30, 2020 **Revised:** October 16, 2020 **Accepted:** October 23, 2020

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.

있는 것이 아니기 때문에 간호사는 윤리문제를 동반하는 상황에서 불편한 감정을 경험하게 된다[5]. Jameton [6]는 이러한 상황을 “도덕적 고뇌”라고 언급하며, 도덕적으로 무엇이 옳은지 알고 있지만 여러 가지 제약으로 인해 옳음을 수행하지 못하는 상황에서 느끼는 부정적 감정 또는 반응 이라고 정의하였다. 도덕적 고뇌라고 불리는 불쾌한 경험은 간호사들이 직면 한 주요 문제 중 하나이다[7]. 올바른 결정을 행동화 할 수 없는 제약에는 경직된 조직 구조, 서열화 된 조직 분위기, 부족한 의사결정권, 권한 부족, 인력 부족, 자원부족, 관리자의 지지부족 등 개인이 속한 조직에 의한 상황적 요인 모두가 포함된다[8]. 간호사는 도덕적 고뇌로 인해 회피, 묵인, 마찰, 이직 등의 부정적 행동반응과 분노, 좌절, 죄책감, 속상함, 답답함, 속으로 삼킴, 불안, 안타까움, 미움, 간호직에 대한 회의, 점차 무더짐과 같은 부정적 정서반응을 나타낼 수 있다[9]. 결국 간호사, 환자, 가족과 병원에게 영향을 미치며, 간호의 질을 저하시키고 업무 불만족과 신체적, 정신적 스트레스 및 소진, 이직에 영향을 미치게 된다[3].

간호는 환자의 건강 회복, 유지 및 증진을 위한 핵심적인 역할을 담당하는 전문 분야로서, 간호 실무에 대한 질 관리 또한 중요한 부분으로 인식된다[10]. 그러나 도덕적 고뇌는 간호사의 독립적인 전문성과 자율성을 저하시키고 전문적인 간호 수행에 직접적인 영향을 줄 수 있다[11].

간호사의 도덕적 고뇌에 관한 연구는 측정도구 개발 이후 다양한 임상 간호사를 대상으로 연구가 진행되었으나 암 환자를 돌보는 간호사들을 대상으로 한 연구는 많지 않고, 대부분 질적연구 [12]이거나 대상자 수가 적어 제공되는 정보가 제한적이다[13]. 뿐만 아니라 도덕적 고뇌가 암 환자 간호의 질과의 관련성에 대해서는 아직까지 충분히 알려져 있지 않다.

암 환자 간호에서 발생하는 문제의 특성은 급성 질환자 간호와 관련된 문제의 특성과는 다르며, 이를 해결하기 위하여 새로운 접근이 요구된다[14]. 암 환자는 암 진단에 대한 고지, 새로운 치료법 적용, 연명의료중단, 호스피스, 임종 간호 등 진단부터 사망까지 모든 단계에서 도덕적인 경험 및 의사결정이 요구된다. 따라서 암 환자를 돌보는 간호사의 도덕적 고뇌를 파악하고, 암 환자 간호의 질과의 관계를 확인할 필요가 있다.

그러므로 본 연구에서는 암 병동 간호사의 도덕적 고뇌와 암 환자 간호의 질과의 관계를 알아보고, 암 병동 간호사의 도덕적 고뇌가 암 환자 간호의 질에 미치는 영향을 확인하고자 한다.

연구 목적

본 연구의 목적은 암 환자를 돌보는 간호사들의 도덕적 고뇌와 암 환자 간호의 질과의 관계를 파악하고, 암 환자 간호의 질에 미치는 영향 요인을 확인하고자 함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 도덕적 고뇌와 암 환자 간호의 질 수준을 파악한다.

- 일반적 특성에 따른 대상자의 도덕적 고뇌와 암 환자 간호의 질 차이를 확인한다.
- 대상자의 도덕적 고뇌와 암 환자 간호의 질과의 관계를 확인한다.
- 암 환자 간호의 질에 영향을 미치는 요인을 확인한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 암 병동에서 환자를 돌보는 간호사의 도덕적 고뇌와 암 환자 간호의 질과의 관계와 암 환자 간호의 질에 미치는 요인을 알아보는 횡단적 상관관계 연구이다.

연구 대상 및 표집 방법

경기도 소재 A 암 전문 종합병원과 서울시 소재 B 종합병원의 암 병동에 근무하는 간호사 중 암 병동 근무 경력 1년 이상, 직접 간호 실무를 수행하는 간호사를 대상으로 하였으며, 관리자와 환자 비 접점부서 간호사는 제외하였다.

대상자 표본크기는 G power 3.1 프로그램을 사용하여 산출한 결과, 유의수준 .05, 검정력 .95를 기준으로 다중 회귀분석으로 중간 효과크기 .15를 확인하기 위한 독립변수 11개를 투입한 최소 표본수는 178명 이었다. 탈락률 20%를 고려하여 총 210명에게 설문지를 배부하였고, 수거된 설문지 중 불충분한 응답이 포함된 3부를 제외한 207부를 통계분석에 이용하였다.

본 연구는 최종 독립변수가 8개로 도덕적 고뇌와 암 환자 간호의 질 이외에 직무 스트레스, 간호사-환자 상호작용, 이직의도라는 독립변수가 있었으나 연구 진행 과정에서 변수를 제거하여 11개의 변수가 포함된 대상자 수가 계산되었다.

연구 도구

● 도덕적 고뇌(Moral Distress)

도덕적 고뇌는 Hamric 등[15]이 개발한 Moral Distress Scaled-Revised Nurse Questionnaire (MDS-R) [Adult]를 한국어로 번역하고 수정 보완된 한국어판 도덕적 고뇌 측정도구(Korean MDS-R)를 이용하여 측정하였다[16]. 이 도구는 간호사에게 도덕적 고뇌를 초래하는 임상 상황 및 내적 및 외적 제약을 포함하는 무의미한 돌봄, 간호 실무, 기관 및 상황적 요인, 윤리적 문제를 주장하는데 대한 제약, 의사 실무 등 5개의 하위요인, 총 21문항으로 구성되어있다. 각 문항에서 도덕적 고뇌의 빈도(0:전혀 없음-4:매우 자주)와 불편감의 정도(0:전혀 없음-4:매우 불편함)를 5점 리커트 척도로 측정한다. 도덕적 고뇌 점수의 각 문항은 빈도×불

편감으로 산출되고, 21문항의 값을 합한 것이 총 도덕적 고뇌의 값으로 산출된다. 점수 범위는 0-336점이며, 점수가 높을수록 도덕적 고뇌가 큰 것을 의미한다. 도구 개발 당시 Cronbach's alpha는 .91이었으며, 본 연구에서는 .83이었다.

● 암 환자 간호의 질(Quality of Oncology Nursing Care)

암 환자 간호의 질은 Charalambous과 Adamakidou [17]가 개발한 Quality of Oncology Nursing Care Scale (QONCS)을 본 연구자가 도구의 원 저자로부터 도구사용 허락 후 원 도구의 문항을 영어에서 한국어로 번역하였다. 그 이후 한국어와 영어에 능통한 간호대학 교수 1인이 다시 영어로 역번역하였으며, 원 도구와 역번역한 내용을 이중언어가 가능한 간호대학 박사과정생 2인에게 문항의 의미 차이가 있는지 확인하도록 하였다. 문항들이 적절한지 확인하기 위해 간호학 교수 1인, 수간호사 2인, 석사 이상의 종양전문간호사 2인을 통해 내용 타당도지수를 산출하였다. Scale's Content Validity/Averaging (S-CVI/Ave)점수가 .90 이상되는 것을 내용 타당도 기준으로 정하였다. 환자를 지지하고 확인함, 영적 돌봄, 소속감, 가치, 존중 등 4개 하위항목이 포함된 총 34개 문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 5점 리커트 척도로(1:전혀 그렇지 않다-5:매우 그렇다)로 측정하며, 점수가 높을수록 간호사가 환자에게 제공하는 간호의 질을 높게 인식하고 있는 것을 의미한다. 도구 개발 당시 Cronbach's alpha .95이었으며, 본 연구에서는 .93이었다.

자료 수집 방법 및 윤리적 고려

자료 수집은 A병원의 의생명연구심의위원회(Institutional Review Board, IRB)의 승인(NCC2018-0189)을 받은 후 시행하였다. 자료 수집 전 연구자가 해당병원의 간호부와 각 병동 관리자에게 연구의 목적과 내용, 자료수집 방법을 설명하고 자료 수집에 대한 협

조와 허락을 받았다. 각 병동에 방문하여 연구의 목적, 정보의 비밀유지, 참여의 자발성, 연구에 참여함으로써 얻을 수 있는 이점과 문제점, 연구에 참여하기를 원하지 않을 때 그만둘 수 있다는 점에 대해 충분히 설명한 후에 자발적으로 연구에 참여할 것을 동의한 간호사에 한하여 서면 동의를 받고 설문지를 배부하였다. 자료 수집기간은 2018년 10월 5일부터 2018년 10월 31일까지였으며, 설문지 작성에 소요되는 시간은 약 20분이었다. 주요 변수 측정 이외에 나이, 성별, 최종 학력, 총 임상 근무 경력, 암 병동 경력, 근무 병동, 최근 1년 이내 윤리적 교육 이수 여부 등을 조사하였다.

자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS WIN 25.0 통계 프로그램을 이용하여 분석하였다.

대상자의 일반적 특성과 도덕적 고뇌, 암 환자 간호의 질 수준은 빈도와 백분율 및 평균과 표준편차로 요약하였다. 일반적 특성에 따른 도덕적 고뇌, 암 환자 간호의 질과의 차이는 t-test, ANOVA, Scheffé 사후검증을 실시하였다. 암 병동 간호사의 도덕적 고뇌와 암 환자 간호의 질과의 관계는 Pearson's correlation으로 분석하였고, 암 환자 간호의 질에 영향을 미치는 관련 요인을 파악하기 위해 다중회귀분석을 하였다. 모든 분석에서 유의수준은 .05로 하였다.

연구 결과

도덕적 고뇌와 암 환자 간호의 질

본 연구 대상자의 도덕적 고뇌와 암 환자 간호의 질 총점과 하위영역별 수준은 Table 1과 같다. 도덕적 고뇌 평균은 172.50±38.33

Table 1. Moral Distress and Quality of Oncology Nursing Care of Participants (N=207)

Variables	Mean ±SD	Actual range
Moral distress	172.50±38.33	98-282
Futile care	43.30±14.18	13-80
Nursing practice	52.73±12.30	30-80
Institutional and contextual factor	29.30±8.91	9-64
Limit to claim the ethical issue	18.98±6.94	5-40
Physician practice	28.19±10.06	7-60
Quality of oncology nursing care	3.47±0.40	2.53-4.65
Being supported and confirmed	3.74±0.49	2.63-5.00
Being cared for religiously and spiritually	2.34±0.52	1.00-3.83
Sense of belonging	3.59±0.60	1.40-5.00
Being valued	3.74±0.55	2.25-5.00
Being respected	3.77±0.56	2.67-5.00

점이었다. 하위 영역에서 무의미한 돌봄이 43.30±14.18점, 간호 실무 영역 52.73±12.30점, 기관 및 상황적 요인 29.30±8.91점, 윤리적 문제를 주장하는데 대한 제약 18.98±6.94점, 의사 실무 28.19±10.06점으로 측정되었다.

암 환자 간호의 질은 5점 만점에 3.47±0.40이었다. 하위 영역에서 존중 항목이 3.77±0.56으로 가장 높았고, 영적 돌봄 항목이 2.34±0.52로 가장 낮았다.

일반적 특성에 따른 도덕적 고뇌와 암 환자 간호의 질

대상자의 일반적 특성에 따른 도덕적 고뇌와 암 환자 간호의 질 차이에 대한 결과는 Table 2와 같다. 도덕적 고뇌는 암 병동 경력에 따라 차이가 있었는데, 5년 이상의 경력자가 5년 미만보다 도덕적 고뇌가 더 심하였다($t=-2.15, p=.033$). 암 환자 간호의 질은 연령에 따라($F=3.47, p=.033$), 임상 경력에 따라($F=5.96, p=.001$), 암 병동 경력에 따라($t=4.19, p<.001$), 종교 유무($t=3.10, p=.002$)에 따라 차이가 있었다. 즉, 암 병동 간호사의 연령이 많을수록, 총 임상 경력이 10년 이상인 경우(3.61±0.41)가 3년 미만인

경우(3.40±0.37)와 5년 미만인 경우(3.35±0.37)보다, 암 병동 경력이 5년 이상인 경우(3.61±0.42)가 5년 미만인 경우(3.38±0.37)보다, 종교가 있는 경우(3.58±0.36)가 없는 경우(3.40±0.42)보다 암 환자 간호의 질이 더 높았다.

도덕적 고뇌와 암 환자 간호의 질과의 관계

암 병동 간호사의 도덕적 고뇌는 암 환자 간호의 질과 약한 음의 상관관계($r=-.19, p=.007$)를 보였다(Table 3). 도덕적 고뇌의 하위 요인 중 암 환자의 간호의 질과 상관관계를 나타낸 것은 무의미한 돌봄($r=-.21, p=.002$)과 간호실무($r=-.22, p=.002$)영역이었다.

도덕적 고뇌는 암 환자 간호의 질 중 영적 돌봄을 제외하고 나머지 하위요인들과 상관계수 $r = -.27 \sim -.01$ 로 대부분 약한 음의 관계를 보였다.

암 환자 간호의 질에 미치는 영향 요인

암 환자 간호의 질에 대한 관련 요인을 파악하기 위하여 단변량

Table 2. Differences in Moral Distress and Quality of Oncology Nursing Care according to Participants' General Characteristics (N=207)

Characteristics	Categories	n	Moral distress		Quality of oncology nursing care		
			Mean±SD	t or F (p)	Mean±SD	t or F (p)	Scheffé
Age (year)	≤25	66	167.69±36.56	1.12 (.328)	3.41±0.37	3.47 (.033)	
	26 ~ 29	85	172.53±35.61		3.44±0.39		
	≥30	56	178.13±43.92		3.59±0.46		
Education	College	24	163.00±30.76	-1.29 (.197)	3.53±0.44	0.68 (.494)	
	University	183	173.74±39.12		3.47±0.41		
Nursing unit	Gastrointestinal cancer	45	170.56±35.89	0.80 (.117)	3.57±0.41	1.67 (.161)	
	Liver cancer	39	166.02±42.41		3.38±0.38		
	Female productive cancer	35	184.02±39.10		3.39±0.46		
	Lung cancer	34	173.91±37.26		3.50±0.37		
	Prostate cancer	15	167.26±37.14		3.59±0.46		
	Hemato-oncology	14	168.93±37.14		3.58±0.41		
	Other cancer	25	173.20±38.03		3.38±0.36		
Experience as a nurse (year)	< 3 ^a	72	166.59±40.27	1.99 (.117)	3.40±0.37	5.96 (.001)	a,b<c, b<d
	3 ~ < 5 ^b	50	169.46±32.85		3.35±0.37		
	5 ~ < 10 ^c	50	183.06±35.75		3.61±0.35		
	≥ 10 ^d	35	173.94±43.21		3.61±0.41		
Experience in oncology (year)	1 ~ < 5	122	167.76±37.29	-2.15 (.033)	3.38±0.37	-4.19 (<.001)	
	≥ 5	85	179.31±39.01		3.61±0.42		
Religion	Yes	84	170.73±34.41	-0.55 (.583)	3.58±0.36	3.10 (.002)	
	No	123	173.72±40.89		3.40±0.42		
Consider quitting or leave a position because of moral distress	Yes	151	173.63±39.91	-0.69 (.491)	3.48±0.41	-0.26 (.799)	
	No	56	169.48±33.87		3.46±0.41		
Ethics education within 1 year	Yes	99	168.46±36.16	-1.46 (.147)	3.48±0.42	0.42 (.673)	
	No	108	176.20±40.04		3.46±0.39		

논 의

분석에서 유의한 변수였던 연령, 종교 유무, 암 병동 경력 및 도덕적 고뇌를 독립변수로 투입하여 다중회귀분석을 시행하였으며 결과는 Table 4와 같다. 종교는 더미 변수로 전환하여 독립변수로 투입하였다. 단변량 분석에서 임상 경력과 암 병동 경력은 상관성이 높아 다중공선성의 문제가 있을 수 있어, 임상경력을 제외하고 분석하였다.

회귀 분석 가정 충족을 위하여 우선 회귀 분석에 투입한 독립변수들의 정규성이 만족되었음을 확인하였고, 독립변수들 간의 상관관계에서 상관계수 절대값 .80 이상의 변수가 없어 변수 간의 독립성을 확인하였다. Drubin-Watson 통계량은 1.95로 절대 값이 2에 가까워 잔차들 간의 상호 독립성을 확인하였다. 공차한계는 0.44-0.99로 0.1이상이었으며, 분산팽창인자(Variance Inflation Factor, VIF)는 1.00-2.26으로 10이상을 넘지 않아 다중공선성의 문제가 없는 것으로 판단되었다. 이상의 결과를 통하여 본 연구의 회귀 분석을 위한 가정이 모두 만족됨을 확인하였다.

환자 간호의 질에 영향을 미치는 요인은 종교가 있음($\beta=-.22, p=.001$), 암 병동 경력($\beta=.27, p=.007$), 도덕적 고뇌($\beta=-.16, p=.018$)가 유의한 예측 변수로 13%의 설명력을 보였다($F=8.70, p<.001$). 암 환자 간호의 질의 영향 요인은 암 병동 경력, 종교가 있음, 도덕적 고뇌 순으로 파악되었다.

본 연구는 암 병동 간호사의 도덕적 고뇌와 암 환자 간호의 질과의 관계를 파악하고, 암 환자 간호의 질에 미치는 영향 요인을 알아봄으로 질 높은 간호를 제공하기 위한 방안을 마련하는데 기초자료를 제공하고자 시도되었으며, 본 연구 결과에 대한 논의는 다음과 같다.

본 연구 결과 암 병동 간호사의 도덕적 고뇌 평균 점수는 172.50점으로, 대학병원 간호사들을 대상으로 한 Chae 등[16]의 연구에서 72.51점, 암 병동 간호사를 대상으로 한 Sirilla [18]의 연구에서 81.36점으로 본 연구에서 선행 연구와 비교하여 도덕적 고뇌가 높은 것으로 나타났다. 본 연구 결과는 선행 연구 결과에 비해 큰 차이가 나는데, 선행연구에서 근무 병동을 내·외과로 구분한 반면, 본 연구 대상의 병원은 내·외과가 통합되어있는 암 종별 센터로 차이가 있었을 것이라 생각된다. 또한, 본 연구는 수도권 암센터 두 곳이 대상으로 환자 중증도가 높아 그에 따라 간호사가 겪는 복합적인 상황으로 도덕적 고뇌의 점수가 높은 것이라 생각된다.

또한, 본 연구에서 도덕적 고뇌는 암 병동 경력을 제외하고, 학력, 총 임상 경력, 근무 병동, 최근 1년 이내 윤리 교육 이수 여부에 따라 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 유사한 선행연구가

Table 3. Correlation between Moral Distress and Quality of Oncology Nursing Care (N=207)

Variables	Moral distress					
	Total	Futile care	Nursing practice	Institutional and contextual factor	Limit to claim the ethical issue	Physician practice
	r (p)					
Quality of oncology nursing care	-.19 (.007)	-.21 (.002)	-.22 (.002)	-.12 (.075)	-.06 (.399)	-.01 (.992)
Being supported and confirmed	-.18 (.009)	-.21 (.002)	-.21 (.007)	-.11 (.127)	-.03 (.724)	-.02 (.749)
Being cared for religiously and spiritually	-.10 (.156)	-.05 (.513)	-.08 (.232)	-.02 (.782)	-.08 (.245)	-.14 (.048)
Sense of belonging	-.21 (.003)	-.19 (.007)	-.20 (.004)	-.14 (.038)	-.15 (.035)	-.05 (.522)
Being valued	-.22 (.001)	-.20 (.003)	-.27 (<.001)	-.14 (.044)	-.11 (.102)	-.03 (.689)
Being respected	-.23 (.001)	-.24 (<.001)	-.25 (<.001)	-.12 (.076)	-.11 (.116)	-.04 (.577)

Table 4. Factors Predicting of Quality of Oncology Nursing Care (N=207)

Variables	Quality of oncology nursing care							
	B	SE	β	t	p	R ²	Adjusted R ²	F (p)
(Constant)	3.20			12.66	<.001			
Age	-0.01	0.01	-.01	-0.13	.898			
Religion*	-0.18	0.05	-.22	-3.31	.001	.147	.130	8.70 (<.001)
Experience in oncology	0.22	0.08	.27	2.71	.007			
Moral distress	-0.02	0.01	-.16	-2.39	.018			

*Dummy variable: Religion (0=yes, 1=no)

부족하여 정확한 비교가 어려우나, 병원 간호사를 대상으로 한 국외 문헌 고찰에서 일반적 특성에 따른 도덕적 고뇌의 차이가 일관되지 않은 것으로 나타남을 확인할 수 있다[19]. 추후 국내 암 병동 간호사를 대상으로 반복 연구를 통해 일반적 특성에 따른 도덕적 고뇌의 차이를 확인할 필요가 있다.

대상자의 도덕적 고뇌는 암 환자 간호의 질과 음의 상관관계가 나타났다. Hamric 등[15]은 도덕적 고뇌가 지속되면 간호사는 환자와 거리를 두게 되고, 다른 의료인들과 의사소통이 감소되며 좋은 간호를 제공하지 못하고, 감정적인 스트레스와 소진으로 발전할 수 있다고 하였다. 암 환자 간호의 질은 도덕적 고뇌의 무의미한 돌봄 영역과 음의 상관관계가 나타났는데, 항암 병동 간호사들을 대상으로 한 Seo와 Yi [20]의 연구에서 간호사들은 환자를 간호하는 현상을 호전되지 않는 환자 돌봄의 좌절, 치료 득과 실의 딜레마, 보람 없는 돌봄의 반복이라고 표현하였다. 무의미한 돌봄과 의료 한계에 대한 심리적 갈등이 결국 간호사의 죄책감, 자책으로 위축되고, 간호 현장으로부터 벗어나고 싶은 마음[21]으로 연결되어 암 환자 간호의 질에 부정적 관련이 있는 것으로 나타난 것이라 생각된다.

또한, 본 연구에서는 도덕적 고뇌의 하부 영역인 간호 실무와 암 환자 간호의 질은 음의 상관관계가 나타났는데, 선행 연구에서 간호사들이 도덕적 고뇌를 경험하게 하는 실무 상황에는 심폐소생술과 관련된 상황을 포함하여 무의미한 말기 환자의 치료, 환자나 가족과의 정보 공유, 간호사의 자율성 결여, 업무 인프라, 관계 문제, 간호 기술의 부족, 인간화 부족, 의사소통의 부족이 있었다[22]. 간호 실무 영역이 직접적으로 암 환자 간호의 질과 관련이 있고, 도덕적 고뇌의 하부 영역에서 가장 점수가 높았던 만큼 간호 실무 영역에서 확인된 도덕적 고뇌를 해결하기 위한 중재 방안이 필요할 것으로 생각된다. 예를 들어, 도덕적 고뇌의 징후를 인식하고, 원인을 알아내고 발생을 줄이기 위한 전략에 대해 나누는 다학제 접근의 직원 윤리 회의, 도덕적 고뇌에 대해 자문을 구할 수 있는 멘토제 등이 있다. 다음으로 도덕적 고뇌의 세 번째 하부 영역인 기관 및 상황적 요인과 암 환자 간호의 질은 관련이 없는 것으로 나타났는데, Park과 Oh [8]에 따르면 국내의 경우 간호 윤리에서 행위에 따른 결과의 원인을 간호사 개인 차원의 도덕성을 강조하며 개인의 도덕성을 높이기 위한 연구들이 수행되었기 때문에 상황적 제약으로 인한 간호사 개인의 도덕적 고뇌에 대한 고려가 충분히 이루어지지 않아 개인에게 초점이 맞추어져 있다고 하였다. 따라서, 기관 및 상황적 요인과 관련이 없다고 보고되었다고 생각된다. 기관 및 상황적 요인과 관련된 도덕적 고뇌와 암 환자 간호의 질을 직접적으로 알아 본 연구는 없지만 국외에서는 도덕적 고뇌를 조직적 차원에서 해결해야 하는 것에 초점을 두고 있는 것으로 보아 이 요인 또한 무시할 수 없는 부분으로 보인다.

도덕적 고뇌의 네 번째 하부영역인 윤리적 문제를 주장하는데 대한 제약과 암 환자 간호의 질은 관련이 없었으나, 우리나라는

유교문화권의 영향으로 의사부권주의와 조직서열 문화가 지배적인 환경이어서[8] 오늘날 보건의료 조직 내에서 환자의 권리 옹호를 위한 간호사의 윤리적 의사결정 참여기회나 권한은 매우 제한적이다. 이러한 상황이 지속되면 간호사는 윤리적 문제에 대해 회피하게 되며 침묵을 유지한다고 하였다[23]. 이처럼 문제에 대해 적극적으로 주장하지 못하고 수동적인 태도가 지속되어 환자의 옹호자 역할을 제대로 하지 못함으로 간호의 질에 영향을 미칠 것으로 생각된다. 그러나 본 연구에서는 도덕적 고뇌의 하부 영역 중 윤리적 문제를 주장하는 데에 대한 제약 항목 점수가 가장 낮은 것으로 보아 병원의 윤리적 환경이나 도덕적 민감성, 리더나 개인의 성격 유형, 전문직 자율성 등의 다른 요인의 영향이 있었을 것으로 추측할 수 있다.

도덕적 고뇌의 하부 영역인 의사 실무와 암 환자 간호의 질은 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 그러나 간호사는 실무현장에서 환자-간호사-의사의 세 축을 중심으로 한 위치에 있으며 의료적 의사 결정 과정에서 간호사와 의사의 역할과 상호협동이 중요하다[24]. 또한, 본 연구에서 도덕적 고뇌 점수가 높은 상위 항목 중 의사 실무에 해당되는 문항이 4문항 중 2문항이 포함된다. 해당 문항은 “의사가 환자나 가족에게 ‘잘못된 희망’을 주는 것을 목격한다”가 16점 만점에 10.21±4.53점, “의대생들이 단순히 기술 향상을 위해 환자에게 고통스러운 시술을 하는 것을 목격한다”가 9.05±2.69점이었었다. 따라서 암 병동 간호사가 경험하는 의사 실무와 관련된 도덕적 고뇌를 감소시키는 방안을 모색해야 할 필요가 있을 것으로 생각된다.

암 병동 간호사의 도덕적 고뇌와 암 병동 경력이 암 환자 간호의 질에 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 도덕적 고뇌는 간호사에게 자신의 행동에 핑계를 대거나 책임을 지지 않고 일에 소홀하게 만들며, 간호와 병원 조직을 비난하며 점점 직무 불만족을 야기한다고 하였다. 결국 소진, 사직, 높은 간호사 이직률로 나타나게 된다. 또한, 도덕적 고뇌는 간호사의 도덕적 민감성을 감소시키고, 수동적인 태도와 침묵 하게 만들고, 도덕적 문제에 대한 도전을 막는다[15]. 환자를 옹호 할 수 없게 만드는 기관의 문제, 의료진간 관계나 문제, 부족한 직원 수, 적절한 치료를 제공할 수 없는 상황, 잘못된 의사소통, 신뢰가 깨짐이 도덕적 고뇌를 일으키는 원인이 된다고 하였다[5]. 결국 낮은 간호의 질은 불안정한 환자 간호, 회피, 환자로부터 거리두기, 재원기간을 길게 만들기까지 한다[25]. 도덕적 고뇌가 암 환자 간호의 질에 영향을 미친다는 본 연구 결과를 직접 비교할 수 있는 선행연구는 없지만, 위와 같이 도덕적 고뇌가 환자 간호에 부정적 영향을 미치는 것을 확인할 수 있다.

암 병동 경력이 암 환자 간호의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다는데, 이는 경력이 높아지면서 임상에 적응하고, 암 병동 간호사는 반복적인 치료과정으로 오랜 기간 환자와 신뢰관계를 형성하게 되기 때문으로 생각된다[26]. 그리고 암 병동 간호사들은

암 환자들을 위한 준 무균 간호 및 다양한 특수검사, 장기적인 항암화학요법이나 방사선 치료에 따른 부작용을 간호하는 등 간호 요구도와 의존도가 높은 특수한 업무를 주로 하고 있기 때문에 [27] 경력이 중요한 요인으로 작용한 것으로 보인다. 더 나아가 Park [28]은 양질의 간호 서비스를 제공하기 위해 간호사의 양적 확대보다는 간호인력 보유와 적정 간호인력 구성에 초점을 맞추어야 한다고 하였다. 이를 통해 기존에 있는 경력 간호사들을 잘 유지하는 것이 암 환자 간호의 질 유지에 도움이 될 것으로 생각되므로 간호사들을 환자로부터 멀어지게 만드는 도덕적 고뇌에 대한 반복연구와 분석을 통한 대안 마련이 필요할 것이다. 더 나아가 부족한 암 환자 간호의 질에 관한 개념 분석을 포함하여 다양한 요인 탐색 후 경력에 따른 암 환자 간호의 질 향상에 필요한 이론과 실무 관련 교육을 제공할 수 있을 것으로 사료된다.

다음으로 종교가 있음이 암 환자 간호의 질에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 암 병동 환자들은 삶과 관련된 불확실성을 가지고 살아가는데, 종교가 있는 암 병동 간호사가 암 환자의 삶과 죽음에 대한 생각이나 종교적 성향, 선호도, 영적 문제 등을 세심하게 접근할 수 있어 암 환자 간호의 질에 영향을 미칠 것으로 생각된다.

한편, 본 연구는 몇 가지 제한점을 갖는다. 첫째, 본 연구 결과는 13%의 낮은 설명력을 보였는데, 이는 암 환자 간호의 질에 영향을 미치는 모든 변수를 분석에 포함하지 못하여 나타난 결과로 생각된다. 따라서 포괄적인 분석을 통한 추후 연구가 필요할 것으로 사료된다. 둘째, 일부 지역의 암 병동에 근무하는 간호사를 대상으로 실시하였으므로 암 병동 간호사 전체의 특성으로 연구결과를 일반화하기에는 주의가 필요하다.

결론 및 제언

본 연구는 암 병동 간호사의 도덕적 고뇌, 암 환자 간호의 질의 수준과 이들의 관계, 암 환자 간호의 질에 미치는 영향 요인을 확인하고자 하였다. 본 연구 결과 암 환자 간호의 질은 도덕적 고뇌와는 음의 상관관계, 암 병동 경력과 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 암 환자 간호의 질에 영향을 주는 요인은 종교, 도덕적 고뇌와 암 병동 경력인 것으로 확인되었고, 이들 세 변수가 암 환자 간호의 질을 13% 설명할 수 있는 것으로 나타났다.

본 연구는 국내에서 부족한 암 병동 간호사를 대상으로 한 도덕적 고뇌와 암 환자 간호의 질에 영향을 미치는 요인을 알아보고자 한 연구임에 의미가 있다. 암 병동 간호사의 도덕적 고뇌는 간호사뿐만 아니라 간호 실무 중 암 환자와 관련된 간호의 질에도 영향을 미치므로 더욱 더 중요하며, 본 연구 결과를 바탕으로 반복 연구를 통해 도덕적 고뇌가 높은 항목을 중점적으로 도덕적 고뇌를 감소시키는 중재 방안 마련에 대한 기초자료가 될 수 있을 것이다.

그러나 암 환자 간호의 질은 간호사 본인이 생각한 수행 정도를 측정하는 것으로, 암 환자 간호의 질을 객관적으로 측정할 수 있는 도구 개발이 필요하다. 또한, 암 환자 간호의 질을 간호사와 환자에게 동시에 측정하여 간호사와 환자의 간호의 질 인식과 요구의 정도의 차이를 비교하여 차이가 많이 나는 항목을 중심으로 실무적인 측면에서 개선해 나가는 중재방안을 개발하고 적용하면 암 환자 간호의 질 향상에 도움이 될 수 있을 것이다. 더 나아가 암 병동 경력이 암 환자 간호의 질에 영향을 미치는 요인으로 확인되었으므로 간호사 경력별로 도덕적 고뇌와 간호의 질 수준을 파악하여 암 병동 간호사 보유를 위한 해당 경력에 맞는 맞춤형 중재 방안 마련의 기초 자료가 될 수 있을 것이다.

Conflict of interest

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

Funding

None

Acknowledgements

None

Supplementary materials

None

References

1. Kim S, Kim JH, Park JY, Suh EY, Yang HJ, Lee SY, et al. Oncology nurses' professional quality of life in a tertiary hospital. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2010; 16(3):145-155.
2. Radwin L. Oncology patients' perceptions of quality nursing care. *Research in Nursing & Health*. 2000;23(3):179-190. [https://doi.org/10.1002/1098-240x\(200006\)23:3<179::aid-nur2>3.0.co;2-t](https://doi.org/10.1002/1098-240x(200006)23:3<179::aid-nur2>3.0.co;2-t)
3. Burston AS, Tuckett AG. Moral distress in nursing: Contributing factors, outcomes and interventions. *Nursing Ethics*. 2013; 20(3):312-324. <https://doi.org/10.1177/0969733012462049>
4. Ko HK, Chin CC, Hsu MT. Moral distress model reconstructed

- using grounded theory. *Journal of Nursing Research*. 2018; 26(1):18-26. <https://doi.org/10.1097/jnr.000000000000189>
5. Corley MC. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;33(2):250-256.
 6. Jameton A. Nursing practice, the ethical issues. *International Journal of Nursing Studies*. 1984;22(4):331-343.
 7. 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>
 8. 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.
 9. You MS. Concept analysis of moral distress in nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2004;10(1): 49-62.
 10. Kim MJ, Lee EN. Development of an instrument to measure intra-operative caring behaviors perceived by regional anesthesia patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2012; 42(5):749-758.
 11. Shafipour V, Esmacili R, Heidari MR, Aghaei N, Saadatmehr SR, Sanagoo A. Investigating the level of moral distress and its related factors among nurses in Mazandaran burn center. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015;25(126):58-67.
 12. Lievrouw A, Vanheule S, Deveugele M, De Vos M, Pattyn P, Belle V, et al. Coping with moral distress in oncology practice: Nurse and physician strategies. *Oncology Nursing Forum*. 2016;43(4):505-512. <https://doi.org/10.1188/16.ONF.505-512>
 13. Mehlis K, Bierwirth E, Laryionava K, Mumm FH, Hiddemann W, Heußner P, et al. High prevalence of moral distress reported by oncologists and oncology nurses in end of life decision making. *Psych-Oncology*. 2018;27(12):2733-2739. <https://doi.org/10.1002/pon.4868>
 14. Seo MJ. Burnout and coping type of oncology nurse [Unpublished master's thesis]. Seoul: Yonsei University; 2001. p. 1-66.
 15. 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>
 16. 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 Korean Academic Society of Nursing Education*. 2016;22(2):228-239.
 17. Charalambous A, Adamakidou T. Construction and validation of the Quality of Oncology Nursing Care Scale (QONCS). *BMC Nursing*. 2014;13(1):48-58. <https://doi.org/10.1186/s12912-014-0048-4>
 18. Sirilla J. Moral distress in nurses providing direct care on inpatient oncology units. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2014;18(5):536-541. <https://doi.org/10.1188/14.CJON.536-541>
 19. Oh YJ, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing ethics*. 2015;22(1): 15-31. <https://doi.org/10.1188/14.CJON.536-541>
 20. Seo JY, Yi MS. Hermeneutic phenomenological study on caring experience of nurses working in a chemotherapy ward in Korea. *Asian Oncology Nursing*. 2017;17(1):55-67. <https://doi.org/10.5388/aon.2017.17.1.55>
 21. No JY, Ahn HR. Compassion fatigue experience of oncology nurses. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*. 2016;17(1):304-314. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.E61-E66>
 22. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski -Barlem JG, Silveira RSD. Moral distress in everyday nursing: Hidden traces of power and resistance. *Revista Iatino-Americana De Enfermagem*. 2013;21(1):293-299. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000100002>
 23. Austin CL, Robert S, Phillip JF. Moral distress in physicians and nurses: Impact on professional quality of life and turnover. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2017;9(4):399-406. <https://doi.org/10.1037/tra0000201>
 24. Park AR, So HS, Chae MC. Recognition of patients, families, nurses, and physicians about clinical decision-making and biomedical ethics. *Asian Oncology Nursing*. 2014;14(1): 23-31. <https://doi.org/10.5388/aon.2014.14.1.23>
 25. Johnstone MJ, Hutchinson A. 'Moral distress'-time to abandon a flawed nursing construct? *Nursing Ethics*. 2015;22(1):5-14. <https://doi.org/10.1177/0969733013505312>
 26. Bahrami M. Why differences exist? An interpretive approach to nurses' perception of cancer patients' quality of life. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2011;16(1): 117-124.
 27. Kim HR, Kwon IS. A phenomenological study on oncology adaptation experiences of new nurses. *Asian Oncology Nursing*. 2014;14(2):127-138. <https://doi.org/10.5388/aon.2014.14.2.127>
 28. Park SY. Issues and challenges of nursing workforce supply to improve the quality of health care services. *Korean Journal of Converging Humanities*. 2018;6(1):31-54.