



수술실 간호사의 윤리적 이슈에 대한 인식 유형: Q방법론적 접근

김진남¹ · 정석희²

¹전북대학교병원 간호부, ²전북대학교 간호대학 · 간호과학연구소

Types of Perception toward Ethical Issues in Perioperative Nurses: Q-Methodological Approach

Kim, Jin Nam¹ · Jeong, Seok Hee²

¹Department of Nursing, Chonbuk National University Hospital, Jeonju

²College of Nursing · Research Institute of Nursing Science, Chonbuk National University, Jeonju, Korea

Purpose: This study was aimed at identifying the types of perceptions of ethical issues among perioperative nurses. **Methods:** Q-methodology focusing on individual subjectivity was used with data collected in November 2016. Thirty-four Q-statements were selected and scored by the 35 participants on a 9-point scale with normal distribution. Participants were perioperative nurses working in advanced general hospitals and general hospitals. The data were analyzed using the PC-QUANL program. **Results:** A total of 35 perioperative nurses were classified into 4 factors based on the following viewpoints: self-centered (type 1), onlooking and avoiding (type 2), patient-centered (type 3), and problem-centered (type 4). The 4 factors accounted for 57.84% of the total variance. Individual contributions of factors 1, 2, 3, and 4 were 41.80%, 7.18%, 5.20%, and 3.66%, respectively. **Conclusion:** The major contribution of this study is the clarification of perioperative nurses' subjective perceptions of ethical issues. These findings can be used in formulating effective strategies for nursing educators, professional nurses, and nursing administrators to improve ethical decision-making abilities and to perform ethical nursing care by the appropriate management of ethical issues in everyday nursing practice.

Key words: Nursing Ethics; Perioperative Nursing; Nurses; Perception; Q-Sort

서론

1. 연구의 필요성

간호사에게 직업윤리는 생명윤리를 바탕으로 인류와 사회에 봉사하는 전문직으로서 직업적 목적과 기능, 이념을 인간중심으로 이루는데 매우 중요하다. 이러한 측면에서 전문직 간호사는 임상현장에서 환자를 보호하고, 더 나아가 이들의 실존적 옹호자로서의 역할을 수

행해야 하며, 비윤리적인 행위는 거부하고 윤리적 규약을 지키는 등 전문직 간호사로서 윤리적 간호를 제공해야 할 책임과 의무가 있다.

윤리적 이슈란 개인이나 조직이 옳은(윤리적이거나) 또는 옳지 않은(비윤리적인) 대안들 중에서 하나를 선택해야만 하는 문제나 상황을 의미하는데[1], 간호사는 간호 실무에서 인간권리나 환자간호, 의료진과의 관계 등과 관련된 다양한 윤리적 이슈를 직면하게 된다. 이러한 윤리적 이슈는 간호사들에게 윤리적 딜레마를 경험하게 하

주요어: 간호윤리, 수술간호, 간호사, 인식, Q 방법론

* 이 논문은 제1저자 김진남의 석사학위논문인 축약본임.

* This manuscript is a condensed form of the first author's master's thesis Chonbuk National University.

Address reprint requests to : Jeong, Seok Hee

College of Nursing, Chonbuk National University, 567 Baekje-daero, Deokjin-gu, Jeonju 54896, Korea

Tel: +82-63-270-3117, Fax: +82-63-270-3127, E-mail: awesomeprof@jbn.u.ac.kr

Received: May 9, 2018 Revised: November 13, 2018 Accepted: November 14, 2018

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NoDerivs License. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>)

If the original work is properly cited and retained without any modification or reproduction, it can be used and re-distributed in any format and medium.

여 윤리적 갈등과 스트레스를 유발하고, 간호업무수행에 영향을 미쳐 환자의 건강회복에 부정적인 결과를 초래할 수 있으며[2,3], 더 나아가 간호사가 속한 조직의 성과에도 영향을 미칠 수 있다.

수술실은 독립된 공간에 위치하며 외부와의 엄격한 통제가 이루어지는 역동성과 긴장감이 높은 부서로 의료사고에 대한 위험도가 높은 곳이다. 이곳에서 환자들은 침습적인 처치가 이루어지는 동안 의료진에게 전적으로 의존하게 되는데, 이러한 수술실 환경 및 대상자의 특성과 관련하여 수술실 간호사들은 일반병동에서 근무하는 간호사들과는 다른 차원의 윤리적 이슈들을 경험하게 된다. 선행연구에서는 수술실 간호사들이 윤리적 갈등을 야기할 상황에 노출되는 빈도가 높다고 하였다[4-6]. 예를 들어 수술 시 마취상태인 대상자들은 의식이 있는 대상자들에게는 발생하지 않을 수 있는 일명 유령수술인 대리수술 등의 상황에 노출될 수 있다[7,8]. 또한 수술실 간호사들은 폐쇄적인 환경에서 의사와 팀을 이루어 근무하기에 일반병동과는 다르게 환자-보호자와의 관계보다는 의료진 간의 관계에서 언어폭력과 성희롱과 같은 윤리적 이슈를 경험할 수 있다[8,9]. 이러한 윤리적 이슈들은 수술실 간호사들이 전문직 간호사로서의 역할을 수행하는데 갈등을 야기하거나 부정적인 요소로 작용할 수 있다. 따라서 수술실 간호사들이 경험하는 윤리적 이슈들은 간호를 제공받는 대상자, 간호사, 그리고 간호사가 속한 조직을 위해서도 올바르게 적절한 방향으로 해결될 필요가 있다[2].

국외에서는 수술실 간호사가 경험하는 윤리적 이슈나 갈등, 딜레마 등에 대한 연구가 비교적 활발하게 이루어지고 있으나[4-6,10-12], 윤리적 문제는 개인의 신념, 전통적 가치관 등 문화적 영향을 받기 때문에 외국에서 이루어진 연구결과들을 우리나라 수술실 간호사들에게 그대로 적용하는 데는 제한이 있다. 국내에서는 간호사들을 대상으로 윤리적 딜레마와 의사결정, 대처유형, 윤리적 가치관, 윤리적 민감성, 도덕적 고뇌, 생명의료윤리 의식, 그리고 최근 들어 윤리적 이슈에 대한 연구 등이 이루어졌으며, 수술실 간호사만을 대상으로 한 윤리 관련 연구는 뇌사자 장기 이식 수술에 참여한 간호사의 윤리가치에 대한 연구를 찾아볼 수 있다[13]. 그 외 국내 연구들[2,14,15]은 수술실 간호사를 일반병동 간호사들과 함께 전체연구 대상으로 포함시키고 있어 수술실 간호사들만의 특성 및 현황을 파악하기 어려웠다. 최근에 국내에서 이루어진 간호사의 윤리적 이슈 경험에 대한 연구[16]는 수술실 간호사를 대상자에서 제외하고 있어 우리나라 수술실 간호사들의 윤리적 이슈에 대한 구체적이고 심도 있는 경험 및 특성을 파악하는 데 제한이 있다.

수술실 간호사들이 경험하는 윤리적 이슈들은 개인의 의사결정을 통해 다양한 방식의 대처 및 행동으로 연결되는데, 이러한 대처는 현상을 어떻게 바라보고 받아들이는지에 대한 인식에 의해 영향을 받는다. 따라서 수술실 간호사들의 윤리적 이슈에 대한 인식이 어떠

한가에 대한 탐색이 먼저 이루어져야 할 필요가 있다. 간호사들의 윤리적 이슈에 대한 인식은 간호사 스스로 경험하는 것으로 매우 개인적이고 주관적일 수 있기 때문에 스스로의 언어로 표현하게 하고, 그 진술문들 속에 내재되어 있는 본질을 파악하고 의미를 해석하는 것이 필요한데, 이를 위해 Q방법론을 적용할 수 있다. Q방법론은 통합체이론을 바탕으로 대상자의 반응을 객관적으로 측정하고 대상자의 관점에서 내적 인식이나 느낌, 태도, 반응 유형을 파악하는데 유용한 방법론이다[17].

이에 본 연구에서는 수술실에서 발생하는 윤리적 이슈에 대한 올바른 의사결정의 방향을 모색하고 효과적으로 관리할 수 있는 전략을 수립하는데 유용한 기초자료를 제공하고자 Q방법론을 적용하여 지극히 개인적이고 주관적일 수 있는 수술실 간호사의 윤리적 이슈에 대한 인식을 스스로의 언어로 표현하게 하고, 그 진술문들 속에 내재되어 있는 본질을 파악하고 의미를 해석하여 그들의 윤리적 이슈에 대한 인식을 유형화하고 그 특성을 구체적으로 파악하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 수술실 간호사의 윤리적 이슈에 대한 인식을 유형화하는 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다. 첫째 수술실 간호사의 윤리적 이슈에 대한 인식을 유형화한다. 둘째 수술실 간호사의 윤리적 이슈에 대한 인식 유형별 특성을 분석하고 기술한다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 수술실 간호사의 윤리적 이슈에 대한 인식의 주관성을 파악하여 그 유형을 분류하고 분석 및 기술하기 위하여 Q방법론을 적용한 탐색적 연구이다.

2. 연구 과정

1) Q모집단 및 Q표본의 구성

본 연구에서는 Q모집단 구성을 위해 간호사의 윤리적 이슈에 대한 문헌고찰과 함께 윤리적 이슈를 경험하는 수술실 간호사를 대상으로 심층면담과 개방형 설문을 실시하여 수집된 자료를 바탕으로 Q모집단을 구성하였다.

(1) Q모집단 구성을 위한 심층면담

Q모집단을 구성하기 위한 면담 대상자는 통상적으로 10인 미만인 권고되며, 연구 주제와 이해관계가 없는 사람들로부터도 다양한 진술이 나올 수 있기에[17], 본 연구에서는 2016년 10월 11일부터 10월 17일까지 J도 내의 상급종합병원에 근무하는 수술실 간호사 3명, 마취과 의사 1명, 마취과 간호사 1명, 수술실 임상실습을 마친 간호

대학생 1명, 수술에 참여하는 전담간호사 1명의 총 7명을 대상으로 심층면담을 실시하였다. 면담은 대상자가 원하는 장소에서 대상자당 1회씩, 회당 30분~60분정도 소요되었다. 면담시에는 녹음 및 필기를 통해 자료의 누락을 최소화하고 자료 분석의 정확도를 높였으며, 면담 과정 중에 본인이 원치 않는 경우에는 전체 또는 특정부분에 대해 녹음하지 않았다. 면담에 들어가기 전에 먼저 대상자들에게 윤리적 이슈에 대한 정의 등을 설명하였고, 한국형 윤리적 이슈 도구 [16]의 일부 문구 등을 예시를 보여줌으로써 윤리적 이슈에 대한 이해를 증진시켰다. 면담질문은 윤리적 이슈에 대한 수술실 간호사의 인식에 대한 내용을 중심으로 반응, 대처 등을 포함하여 진행하였다. 주된 면담질문은 '수술실 업무를 하면서 직접적, 간접적으로 경험한 윤리적 이슈는 무엇입니까?', '윤리적 이슈를 경험 하였을 때 당신은 어떤 느낌이었습니다?', '윤리적 이슈를 경험하였을 때 본인은 어떻게 반응 또는 대처하였습니까?', '윤리적 이슈를 경험하였을 때 다른 동료들이나 부서장 및 병원 조직의 반응이나 대처는 어떠하였습니까?', '윤리적 이슈를 경험하였을 때 개인 및 부서장, 조직차원에서 어떻게 대처하는 것이 이상적이라고 생각하십니까?' 등이 포함되었다. 면담과정 동안 연구자는 대상자가 자신의 이야기를 잘 풀어나갈 수 있도록 반응을 보임으로써 대상자의 개인적인 경험이나 생각들을 더 많이 표현할 수 있도록 하였다. 또한 면담 과정 동안 명확하지 않은 대답이나 구체적인 대답이 필요한 부분에 대해서는 추가적인 설명을 요청하였다. 면담이 종료된 후 대상자는 본인이 임의로 정한 이름으로 기록하고 면담일시, 면담 내용 중 특이사항이나 연구자의 느낌을 기록하였으며, 녹음된 내용은 가능한 빠른 시일 내에 반복적으로 들으면서 대상자의 말을 그대로 기록하는 방법으로 녹취록을 작성하였다. 이렇게 정리된 면담 자료는 반복적으로 읽고 들으면서 부족한 부분은 다음 면담대상자에게 보완하여 진행할 수 있도록 하였다.

(2) Q모집단 구성을 위한 개방형 설문

설문조사는 개방형 질문을 이용하여 2016년 10월 17일부터 10월 18일까지 J도 내 상급 종합병원 및 종합병원 수술실 간호사 30명을 대상으로 진행하였다. 개방형 질문지에는 윤리적 이슈에 대한 수술실 간호사의 견해, 느낌과 태도, 대처 등의 문항들을 포함하였으며, 심층면담 대상자와 동일한 방법으로 윤리적 고려를 수행하였다.

(3) Q모집단 구성추출, 정리 및 Q표본 선정

수술실 간호사의 심층면담 녹취록과 개방형 설문조사 결과를 반복해서 읽으면서 수술실 간호사의 윤리적 이슈와 관련하여 의미있는 문장이라 판단되는 곳에 밑줄을 그어가며 대상자의 진술에 내포된 주관적 의미, 사고, 느낌을 파악하였다. 이를 바탕으로 1차 129개의 Q진술문을 추출하였다. 추출된 Q진술문을 반복적으로 읽고 검토하여 윤리적 이슈의 주제에 따라 분류하여 정리하였으며, 유사한 진술

문이나 두 가지 이상의 의미를 가진 진술문이 있는지 검토하면서 제외하거나 분리하는 작업을 시행하여 재구성하고, 반복적으로 읽고 내용을 검토하며 관련 선행연구와 문헌고찰을 참고하여 보완하였다. 그 결과 수술실 간호사의 윤리적 이슈와 관련된 Q모집단의 진술문은 최종 72개로 구성되었다. 추출된 72개의 Q모집단의 진술문은 Q표본을 설정하기 위하여 윤리적 이슈의 대상 및 인식의 영역에 따라 분류하였다. 1) '의사와 관련된 것' 대 '의사와 관련되지 않은 것', 2) 개인과 관련된 '사적인 것' 대 개인이 아닌 사회의 여러 사람이나 단체와 관련된 '공적인 것'에 따라 2×2 영역으로 나눈 후 각 영역별로 비슷한 수의 Q표본이 배치되어 어느 한 영역에도 치우치지 않도록 하였다. 그 결과 최종적으로 34개의 Q표본이 구성되었다. Q표본이 정해지면 균형을 위하여 긍정과 부정의 진술문 수가 거의 동수가 되도록 하고 또 이것들은 중립에 비해 많도록 조정되어야 하므로 [17], 선정된 34개의 Q표본을 검토하여 긍정과 부정, 중립의 진술문 수를 조정하였다. 조정된 Q표본은 Q방법론 전문가 1인 및 간호학과 교수 1인의 검토를 거쳐 최종 확정하였다. Q진술문의 추출과정과 범주화 작업, 그리고 최종 Q표본의 선정과정은 Q방법론 전문가 1인과 연구팀의 의견이 합치될 때 까지 수차례에 걸쳐 자문을 받고 검토하여 수정·보완하였다.

2) P표본의 선정

Q방법론에서 P표본의 수는 일반적으로 40 ± 20 명 정도가 권고된다 [17]. 이에 본 연구에서는 J도 내에 위치한 상급종합병원과 종합병원 수술실에 근무하고 있는 간호사 중 윤리적 이슈의 경험이 있는 35명을 편의표집 하였다. 또한 수술실 근무경력에 따라 윤리적 이슈에 대한 인식이 다양하게 나타날 수 있으므로 근무경력이 다양하게 포함될 수 있도록 표집하였다.

3) Q표본의 분류

Q표본 분류 기간은 2016년 11월 7일부터 11월 18일까지였다. Q표본 분류 과정은 비교적 조용한 곳으로 대상자가 원하는 장소에서 진행하였다. Q표본 분류에 앞서 P표본 대상자에게 연구 주제와 목적, Q카드 분류방법에 대하여 설명하고 연구 참여의 동의를 구한 후 자발적으로 동의한 대상자에게 각각의 Q카드를 읽게 한 후 의문이 있거나 이해가 되지 않는 문항이 있는지 확인하였다. 그 후 각각의 Q카드를 연구대상자의 주관에 따라 가장 긍정(+4), 중립(0), 가장 부정(-4)의 9점 척도상의 Q분포도에 배열하도록 하였다. 분류가 완료된 이후에는 대상자에게 양극인 가장 긍정(+4)과 가장 부정(-4)으로 분류한 총 4개의 진술문을 가장 긍정 또는 가장 부정하는 이유들에 대해 작성하도록 하였으며, 필요시 추가 면담을 실시하였다. Q표본의 분류가 끝난 후 질문지를 사용하여 대상자의 일반적 특성에

대해 조사하였다. Q표본 분류와 면담 시간은 대상자 당 30분~60분 정도 소요되었다.

3. 윤리적 고려

본 연구는 C대학교 생명윤리심의위원회의 승인(IRB NO. JBNU 2016-08-012-001)을 받았다. 참여 대상자를 윤리적으로 보호하기 위해 연구의 목적과 내용을 연구 안내문을 통하여 설명하였으며, 동의서에는 자의에 따라 연구에 참여가 가능하며 언제든지 철회가 가능할 뿐만 아니라 연구 참여의 거부나 중도 철회에 대한 불이익이 없음을 명시하였다. 녹음파일을 비롯한 응답한 내용은 연구 목적 외의 다른 목적으로 사용되지 않을 것이며, 개인의 비밀이 보장될 것이라는 내용과 함께 연구자의 이름 및 연락처를 기재하였다. 그 후 동의서는 2장을 작성하여 한 장은 대상자에게 제공하였으며 서면 동의를 받은 뒤 질문에 응답하게 하였다. 또한 대상자의 익명성을 보장하기 위해 응답지와 동의서를 각각의 봉투에 따로 넣어 제출하도록 하였으며, 개개인의 정보는 기밀로 간주하고 식별코드를 사용함으로써 개인정보보호를 보장하였다. 설문 응답에 대한 충실성과 회수율을 높이기 위해 모든 대상자에게 소정의 선물을 제공하였다.

4. 자료 분석 방법

수집된 자료는 Q표본 분포도에서 가장 부정하는 경우부터 차례로 1, 2, 3, 4점을 부여하고, 중립인 경우 5점, 가장 긍정하는 경우에 9점을 부여하여 점수화하였다. 코딩한 자료는 PC-QUANL Program을 이용하여 주요인 분석방법을 실행하였다. 이상적인 유형의 수를 결정하기 위해 Eigen value 1.0 이상을 기준으로 요인의 수를 다양하게 입력시켜 산출된 결과 중 최선이라고 판단된 유형을 선택하여 분석하였다. 다음으로 Q유형의 분석 및 명명을 위하여 각 유형별 34개 Q항목의 표준점수, 각 유형별 인자 가중치, P표본의 일반적 특성을 토대로 윤리적 이슈에 대한 수술실 간호사의 인식 유형을 분석하고, 통계결과 및 대상자가 제시한 자료 등을 고려하여 최종 유형을 명명하였다.

연구 결과

1. Q유형 형성

P표본을 축으로 하는 요인분석 결과 수술실 간호사의 윤리적 이슈에 대한 인식은 4개의 요인으로 분류되었다. 본 자료에서는 요인의 수를 다양하게 입력하여 PC-QUANL Program에서 산출한 결과 수행가능 요인 중 전체 변량의 설명량 및 상관관계를 고려했을 때 4개의 요인으로 분류하는 것이 적절하다고 판단되었다. 요인분석에서 요인 I은 1유형, 요인 II는 2유형, 요인 III은 3유형, 요인 IV는 4유형

을 각각 형성하였다. 4개의 요인은 전체 변량의 57.84%를 설명하였으며 각 요인별 설명력은 요인 I이 41.80%, 요인 II가 7.18%, 요인 III이 5.20%, 요인 IV가 3.66%로 나타났다(Table 1).

P표본 총 35명 중 제1유형은 9명, 제2유형에 12명, 제3유형에 6명, 제4유형은 8명으로 분류되었다. 유형별 P표본 중에서 인자 가중치가 높은 사람은 각 유형을 분류하는데 기여한 사람으로서 자신이 속한 유형을 대표하는 전형적인 특성을 보여줄 수 있는 대상자임을 의미한다(Table 1).

2. 유형별 특성

1) 제1유형: 자아중심형

제1유형에 속한 수술실 간호사는 총 9명으로 연령은 25세에서 49세 사이로 모두 여자였으며, 학력은 3년제, 4년제, 대학원 재학 중이었고 간호사 총 경력과 수술실 근무경력은 각각 1년 10개월에서 28년으로 동일하였으며, 이들의 직위는 일반간호사나 책임(방장)간호사로 나타났다(Table 1).

제1유형이 강하게 동의하는 항목은 ‘Q3. 내가 참여한 수술에서 윤리적 이슈가 발생하면 자책감과 회의를 느낀다(Z=1.96)’, ‘Q11. 한번 발생한 윤리적 이슈가 반복적으로 일어날 것 같아 불안하다(Z=1.58)’등으로 나타났으며(Table 2), 제1유형은 윤리적 이슈에 대해 관심을 갖고 있지만 다른 유형에 비해 윤리적 이슈를 지극히 자기 개인과 관련지어 자아중심적으로 인식하는 양상을 나타냈다. 이는 제1유형이 타유형에 비해 높게 동의한 항목(Z diff ≥ +1.00)이 ‘Q11. 한번 발생한 윤리적 이슈가 반복적으로 일어날 것 같아 불안하다(Z diff=2.22)’, ‘Q3. 내가 참여한 수술에서 윤리적 이슈가 발생하면 자책감과 회의를 느낀다(Z diff=1.14)’, ‘Q22. 윤리적 이슈가 발생했을 때 내가 관련된 일이 아니어도 관심을 갖는다(Z diff=1.03)’라는 점에서도 확인할 수 있다(Table 3). 반면 제1유형이 강하게 비동의한 항목은 ‘Q19. 집도의가 수술에 참여하지 않거나 중요한 부분만 수술하고 나가는 경우에 환자나 보호자에게 사실을 말하기는 쉽다(Z=-1.98)’, ‘Q6. 의사가 권위를 내세워 비윤리적인 지시를 했을 때 내가 맞서서 잘못되었다고 말하는 것은 힘들지 않다(Z=-1.69)’등이었다(Table 2). 타유형에 비해 낮게 동의를 보인 항목(Z diff ≤ -1.00)은 ‘Q24. 의사사고나 폭언, 폭행 등을 행하는 의사는 공개되어야 마땅하다(Z diff=-1.31)’ 등으로 나타났다(Table 3).

제1유형에서 인자 가중치가 1.27로 가장 높은 30번 대상자[P30]는 25세 여성으로 미혼이며 종교는 없고 4년제 간호대학을 졸업하였다. 간호사 총 임상경력과 수술실 근무기간은 각각 2년 7개월로 동일하였다. P30이 가장 동의한 ‘Q11. 한번 발생한 윤리적 이슈가 반복적으로 일어날 것 같아 불안하다’를 선택한 이유는 “윤리적 이슈를 경험했던 적이 있었는데 그 윤리적 이슈와 관련해서 나의 잘못이 얼마

Table 1. Eigen Value, Variance, Factor Weights, and Characteristics of Participants

Type (n)	Eigen value	Variance (cumulative)	ID	Gender	Age (yr)	Marital status	Religion	Educational level	Total clinical career (yrs)	Current department career (yrs)	Position	Factor weight	Factors matrix					
													1	3	4	Com.	Pure	
1 (n=9)	14.63	.42 (.42)	30	F	25	Single	No	Bachelor	2.58	2.58	Staff	1.27	.68	.46	.08	.08	.68	.68
			11	F	26	Single	Protestant	Bachelor	3.33	3.33	Staff	1.24	.68	.31	.28	.17	.66	.69
			10	F	25	Single	Protestant	Bachelor	2.08	2.08	Staff	1.03	.63	.25	.29	.40	.70	.56
			33	F	25	Single	Catholic	Bachelor	1.83	1.83	Staff	1.03	.63	.40	.18	.09	.59	.66
			14	F	49	Single	No	Diploma	28.00	28.00	Charge	0.90	.59	.20	.26	.45	.66	.52
			3	F	25	Single	Protestant	Bachelor	2.17	2.17	Staff	0.83	.57	.16	.22	.29	.48	.67
			28	F	25	Single	No	Bachelor	2.58	2.58	Staff	0.79	.55	.21	.05	.15	.37	.82
			15	F	34	Married	Protestant	Bachelor	12.67	12.67	Staff	0.67	.50	.06	.02	.49	.49	.51
			16	F	29	Married	No	Bachelor	8.83	8.33	Staff	0.55	.44	.26	.38	.22	.46	.43
2 (n=12)	2.51	.07 (.49)	24	F	36	Married	No	Bachelor	12.25	12.25	Staff	1.59	.12	.73	-.08	.03	.56	.96
			17	F	31	Single	Catholic	Diploma	9.08	9.08	Staff	1.40	.27	.70	.22	.13	.63	.78
			2	F	33	Married	Protestant	Bachelor	10.00	10.00	Staff	1.39	.21	.70	.42	.10	.73	.68
			1	F	37	Married	No	Diploma	10.92	10.92	Staff	1.11	.05	.65	.25	.22	.53	.79
			18	M	29	Married	Buddhism	Bachelor	4.67	4.67	Staff	1.00	.10	.62	.24	.21	.49	.78
			12	F	32	Married	Catholic	Diploma	8.92	8.92	Staff	0.99	.05	.65	.25	.22	.53	.79
			4	F	53	Married	Protestant	Bachelor	28.00	25.00	Charge	0.91	.29	.59	.34	.22	.59	.59
			29	F	28	Single	No	Bachelor	5.42	5.42	Staff	0.88	.37	.58	.14	.22	.54	.62
			13	F	31	Married	Protestant	Bachelor	9.25	9.25	Staff	0.82	.20	.56	.40	.01	.52	.61
			8	M	31	Married	No	Bachelor	4.67	4.67	Staff	0.72	.09	.52	.18	.33	.42	.65
			21	F	30	Single	No	Bachelor	7.58	7.58	Staff	0.60	.38	.47	.11	.04	.38	.58
			31	F	43	Married	Protestant	Master	20.00	20.00	Charge	0.53	.19	.43	.23	.40	.43	.43
3 (n=6)	1.82	.05 (.54)	22	F	31	Married	No	Bachelor	11.00	10.00	Staff	1.44	.05	.29	.71	.04	.60	.85
			20	F	25	Single	Protestant	Bachelor	1.58	1.58	Staff	1.35	.13	.37	.70	.16	.67	.73
			27	F	25	Single	Protestant	Bachelor	4.42	4.42	Staff	1.12	.48	.27	.65	.06	.72	.58
			23	F	52	Married	Buddhism	Master	30.00	30.00	Charge	1.06	.26	-.01	.64	.32	.57	.71
			9	F	40	Married	Protestant	Bachelor	9.33	9.33	Staff	1.04	.37	.32	.63	.35	.76	.52
			5	F	49	Married	Buddhism	Diploma	26.83	26.00	Charge	0.78	.12	-.11	.55	.11	.34	.88
4 (n=8)	1.28	.04 (.58)	35	F	40	Married	No	Bachelor	17.83	17.83	Charge	2.38	.27	.02	.16	.81	.76	.87
			26	F	25	Single	No	Diploma	4.67	4.67	Staff	1.15	.34	.34	.19	.66	.69	.62
			32	F	25	Single	No	Bachelor	1.92	1.92	Staff	0.82	.48	.07	.54	.56	.84	.38
			34	F	37	Married	No	Bachelor	14.75	14.75	Staff	0.76	.10	.24	.43	.54	.54	.54
			7	F	31	Single	No	Diploma	6.83	6.83	Staff	0.75	.27	.47	.05	.54	.58	.49
			6	F	52	Married	Protestant	Master	17.67	17.67	Charge	0.75	.13	.20	.52	.53	.61	.47
			25	F	33	Married	Buddhism	Bachelor	9.00	6.00	Staff	0.69	.03	.19	.43	.51	.48	.54
			19	F	34	Married	Protestant	Bachelor	13.58	13.58	Staff	0.68	.46	.45	.23	.51	.73	.35

Com.=communality.

나 무서운 것인지 직접 느껴보았으며 항상 수술에 들어갈 때 마다 불안함이 마음속에 내재되어있는 것처럼 느껴졌다”고 하였다. 가장 비동의한 ‘Q18. 윤리적 이슈가 발생했을 때 내가 잘못을 지적하고 고치려고 해봤자 동료들은 바뀌지 않을 것이라고 생각한다’를 선택한 이유는 “윤리적 이슈가 발생해서 부서원끼리 서로 공유를 한 적이 많이 있는데 그럴 때마다 동료의 문제가 나도 그럴 수 있겠다라고 느껴지면서 그런 일이 생기지 않도록 노력해야겠다는 다짐을 많이 했기 때문에 동료들 역시 나의 지적에 수긍하고 조심해야겠다는 생

각이 들 것 같다”라고 하였다.

유형 내 진술문에 동의 및 비동의 분포와 P표본 대상자들의 Q진술문 선택에 대한 주관적인 이유를 종합해볼 때, 수술실 간호사의 윤리적 이슈에 대한 인식 제1유형은 특징적으로는 다른 세 개의 유형들과 달리 유일하게 ‘한번 발생한 윤리적 이슈가 반복적으로 일어날 것 같아 불안하다’고 하였으며, 타 유형보다 윤리적 이슈를 자기 개인의 차원에서 바라보기 때문에 Q진술문에서 불안감이나 자책감, 회의감을 느끼는 등의 개인의 정서중심으로 반응하는 경향이 두드러

Table 2. Q Statements and Z-Scores according to Types

No	Q statements	Z-scores			
		Type 1 (n=9)	Type 2 (n=12)	Type 3 (n=6)	Type 4 (n=8)
1	Even if I need to participate in the operation of patients who can threaten my health (patients with HIV, tuberculosis, etc.), I actively nurse them.	-0.08	-0.93	0.27	-0.19
2	Ethical issues such as special treatment for VIP patients should be put to an end.	0.18	0.09	1.74	-0.02
3	I feel guilty and skeptical when ethical issues arise in the surgery in which I participated.	1.96	0.50	0.28	1.68
4	I talk to the physician about it after the surgery because it is likely to interfere with the operation if the physician uses abusive language with me.	-1.05	-1.37	-1.33	0.78
5	It is advantageous to have someone I know in hospitals when ethical issues occur.	-1.13	-1.04	-0.22	-0.30
6	It is not hard to confront the physician and say that it is wrong when he/she exerts his/her authority and gives unethical instructions.	-1.69	-2.00	-0.83	-1.70
7	Generally, ethical issues related to physicians go unmentioned in many cases.	-0.14	0.68	0.10	-0.23
8	When I come to be directly involved in ethical issues, it is better that my colleagues profess ignorance.	-0.60	-0.66	-0.85	-1.57
9	If ethical issues occur in the operation in which I participated, I do not mention it and let it pass unless the operating surgeon points out the issue out of concern that it may ruin the flow of the operation.	-0.89	0.40	-1.49	-0.80
10	Even when ethical issues are covered, nurses in the operating room share information about it.	1.30	0.66	1.09	1.14
11	I am anxious as I feel that the ethical issues that once occurred are going to occur repeatedly.	1.58	-0.27	-1.20	-0.46
12	Regarding the ethical issues related to physicians, I can point it out as a nurse but I do not expect the physicians to change their behavior considerably.	0.33	1.02	1.00	1.05
13	In the context of ethical issues, I think it is right to act in accordance with the physician's decision.	-1.60	-1.25	-1.74	-1.30
14	When ethical issues related to count error occur, the medical staffs who participated in the operation together seem to want to shift the responsibility to nurses.	-0.09	1.10	-0.31	0.76
15	When ethical issues occur, the reaction varies depending on whether the subject is a physician or a nurse.	0.36	0.58	1.09	-0.29
16	Regarding the physician who often uses abusive language during the operation, I think "that's just how he (or she) is" and do not focus much on it.	-0.39	0.30	-1.09	-1.19
17	I think most of the responsibility for the problems related to ethical issues that occur during operation lies with physicians.	-1.33	-1.18	-0.78	-1.00
18	When ethical issues occur, I think that colleagues will not change even if I try to point out the faults and fix the problem.	-1.17	-0.42	-1.26	-0.94
19	It is easy to tell the facts to the patient or caregiver if the operating surgeon does not participate in the operation or only participates in the important parts of the operation.	-1.98	-2.01	-1.96	-2.06
20	When ethical issues occur, it should be handled in accordance with the procedures prescribed by the hospital, such as reporting to the manager and writing a report.	0.91	0.65	1.05	1.12
21	When ethical issues occur, an atmosphere exists where nurses cannot tell about the issues to a physician because of being a nurse.	-0.22	1.11	0.22	0.23
22	When ethical issues occur, I pay attention to it even if I am not involved.	1.37	0.23	0.19	0.59
23	Measures and plans should be prepared at the medical community level in order to solve ethical issues.	1.04	0.30	0.50	1.68
24	Physicians who make a medical accidents, use of abusive language, or assault should be disclosed to others.	0.26	1.53	2.06	1.13
25	Looking at my colleagues who behave unethically with regard to the boundary between disinfection and non-disinfection occurring during the operation preparation or operation procedure, I reflect on myself and promise myself to maintain the principles.	1.35	0.58	0.68	0.62
26	When ethical issues occur, it should be disclosed to the patient or caregiver as it is and compensation for the victim needs to be made.	-0.42	-0.40	1.16	0.90
27	When witnessing the physician's ethical issues, it is hard to point it out in many cases.	0.51	1.09	0.55	0.14
28	If the operating surgeon does not participate in the operation or participates only in the important parts of the operation and leaves, it is rare to connive at it.	-1.21	-1.80	-0.58	-1.45
29	When a physician uses abusive language with me during the operation, I want to get out of the way as I feel uncomfortable and it wounds my self-respect.	0.78	0.68	0.93	-0.77

Table 2. Continued

No	Q statements	Z-scores			
		Type 1 (n=9)	Type 2 (n=12)	Type 3 (n=6)	Type 4 (n=8)
30	Medical staffs are desensitized to their own ethical issues and tend to turn a blind eye to other medical staffs like them.	0.14	0.85	0.37	0.03
31	I think the authority of nurses is too weak for them to actively play a role as the patient's advocate when ethical issues occur.	0.29	1.14	0.44	0.70
32	When ethical issues occur, they are settled quietly within the hospital in many cases.	0.61	1.13	-0.52	-0.03
33	When ethical issues occur, I check the professional medical staff's advice, experience, and various data and think about solutions.	0.17	-1.32	-0.30	0.52
34	For the prevention of ethical issues, I think managers should educate medical staffs regarding this matter and present plans.	0.86	0.03	0.74	1.24

HIV=Human immunodeficiency virus; VIP=Very important person.

*Z-score \pm 1.0 or more consensus item.

Table 3. Z-Score Differences by Types

Type	No	Q Statements	Z-Score	Average	Difference
1	11	I am anxious as I feel that the ethical issues that once occurred are going to occur repeatedly.	1.58	-0.64	2.22
	3	I feel guilty and skeptical when ethical issues arise in the surgery in which I participated.	1.96	0.82	1.14
	22	When ethical issues occur, I pay attention to it even if I am not involved.	1.37	0.34	1.03
	24	Physicians who make a medical accidents, use of abusive language, or assault should be disclosed to others.	0.26	1.57	-1.31
2	9	If ethical issues occur in the operation in which I participated, I do not mention it and let it pass unless the operating surgeon points out the issue out of concern that it may ruin the flow of the operation.	0.40	-1.06	1.46
	16	Regarding the physician who often uses abusive language during the operation, I think "that's just how he (or she) is" and do not focus much on it.	0.30	-0.89	1.19
	32	When ethical issues occur, they are settled quietly within the hospital in many cases.	1.13	0.02	1.11
	21	When ethical issues occur, an atmosphere exists where nurses cannot tell about the issues to a physician because of being a nurse.	1.11	0.08	1.03
	33	When ethical issues occur, I check the professional medical staff's advice, experience, and various data and think about solutions.	-1.32	0.13	-1.45
3	2	Ethical issues such as special treatment for VIP patients should be put to an end.	1.74	0.08	1.66
	26	When ethical issues occur, it should be disclosed to the patient or caregiver as it is and compensation for the victim needs to be made.	1.16	0.03	1.13
	24	Physicians who make a medical accidents, use of abusive language, or assault should be disclosed to others.	2.06	0.97	1.08
	11	I am anxious as I feel that the ethical issues that once occurred are going to occur repeatedly.	-1.20	0.29	-1.48
	3	I feel guilty and skeptical when ethical issues arise in the surgery in which I participated.	0.28	1.38	-1.10
	32	When ethical issues occur, they are settled quietly within the hospital in many cases.	-0.52	0.57	-1.09
	9	If ethical issues occur in the operation in which I participated, I do not mention it and let it pass unless the operating surgeon points out the issue out of concern that it may ruin the flow of the operation.	-1.49	-0.43	-1.06
4	4	I talk to the physician about it after the surgery because it is likely to interfere with the operation if the physician uses abusive language with me.	0.78	-1.25	2.03
	23	Measures and plans should be prepared at the medical community level in order to solve ethical issues.	1.68	0.61	1.06
	33	When ethical issues occur, I check the professional medical staff's advice, experience, and various data and think about solutions.	0.52	-0.48	1.00
	29	When a physician uses abusive language with me during the operation, I want to get out of the way as I feel uncomfortable and it wounds my self-respect.	-0.77	0.80	-1.56

VIP=Very important person.

저 '자아중심형'이라고 명명하였다.

2) 제2유형: 방관회피형

제2유형에 속한 수술실 간호사는 총 12명으로 연령은 28세에서 53세 사이로 남자 2명, 여자 10명이었으며 학력은 RN-BSN, 3년제, 4년제, 대학원 재학, 대학원 졸업까지 다양하였고, 간호사 총 경력과 수술실 근무경력은 각각 4년 8개월에서 28년이었으며, 이들의 직위는 일반간호사나 책임(방장)간호사로 나타났다(Table 1).

제2유형이 가장 동의하는 항목은 'Q24. 의료사고나 폭언, 폭행 등을 행하는 의사는 공개되어야 마땅하다($Z=1.53$)', 'Q31. 윤리적 이슈가 발생하면 환자의 옹호자 역할을 적극적으로 하기에는 간호사의 힘이 너무 약하다고 생각한다($Z=1.14$)', 'Q32. 윤리적 이슈가 발생하면 병원 내부에서 조용히 해결하는 경우가 많다($Z=1.13$)' 등으로 나타났다(Table 2), 제2유형은 다른 유형과 비교했을 때 윤리적 이슈를 자신보다는 타인이나 외부와 관련된 것으로 바라보며 제 3자의 입장에서 바라보려는 특징을 나타냈다. 이는 제2유형이 타 유형에 비해 높게 동의한 항목($Z \text{ diff} \geq +1.00$)이 'Q9. 내가 참여한 수술에서 윤리적 이슈가 발생하면 수술의 흐름이 깨질 것을 우려하여 당사자인 집도위가 지적하지 않는 이상 나는 말하지 않고 넘어 간다($Z \text{ diff}=1.46$)', 'Q16. 수술 중에 자주 폭언을 하는 의사에 대해서 "저 사람은 원래 그런 사람이야"라고 생각하며 크게 의미를 두지 않는다($Z \text{ diff}=1.19$)', 'Q32. 윤리적 이슈가 발생하면 병원 내부에서 조용히 해결하는 경우가 많다($Z \text{ diff}=1.11$)', 'Q21. 윤리적 이슈가 발생하면 간호사라는 이유로 의사에게 말하지 못하는 분위기가 존재한다($Z \text{ diff}=1.03$)'라는 점에서 뒷받침되고 있다(Table 3). 반면 가장 비동의한 항목은 'Q19. 집도위가 수술에 참여하지 않거나 중요한 부분만 수술하고 나가는 경우에 환자나 보호자에게 사실을 말하기는 쉽다($Z = -2.01$)', 'Q6. 의사가 권위를 내세워 비윤리적인 지시를 했을 때 내가 맞아서 잘못되었다고 말하는 것은 힘들지 않다($Z=-2.00$)' 등이었다(Table 2). 이를 통해 제2유형이 윤리적 이슈를 소극적으로 제 3자의 방관자적 입장에서 바라보며, 굳이 스스로 해결하려고 하기 보다는 타인 중심에서 상황을 해석하고 묵인·회피하는 양상을 나타낼 수 있다. 이는 타유형에 비해 'Q33. 윤리적 이슈가 발생했을 때 나는 전문 의료진의 조언과 경험, 각종 자료를 확인하면서 해결방법에 대해서 생각해본다($Z \text{ diff}=-1.45$)' 항목에 낮게 동의를 보인 점에서 뒷받침 될 수 있다(Table 3).

제2유형에서 인자 가중치가 1.59로 가장 높은 24번 대상자[P24]를 살펴보면 연령 36세 여성으로 기혼이며 종교는 없고 4년제 간호대학을 졸업하였다. 간호사 총 임상경력과 수술실 근무기간은 각각 12년 3개월이었다. 일반간호사로 3교대 근무를 하고 있으며 계약형태는 정규직으로 상급종합병원에 근무하고 있다. P24가 가장 동의

한 'Q16. 수술 중에 자주 폭언을 하는 의사에 대해서 "저 사람은 원래 그런 사람이야"라고 생각하며 크게 의미를 두지 않는다'를 선택한 이유는 "찾은 폭언을 하는 의사는 사람이 아닌 것처럼 생각된다. 사람인 나는 개 짖는 소리는 무시한다. 폭언을 들으면 기분이야 나쁘겠지만 내가 뭐라고 해서 바뀔 사람이라면 처음부터 그렇게 생각하지 않았을 것이다."라고 하였다. P24가 가장 비동의한 'Q28. 집도위가 수술에 참여하지 않거나, 중요한 부분만 수술하고 나가는 경우 이를 묵인하는 경우는 적다'를 선택한 이유는 "대부분의 수술에서 집도위는 수술의 메인이 끝나면 나가는 것이 현 상황이다. 그것을 너무나 당연히 받아들이고 이행중이다."라고 설명하였다.

유형 내 진술문에 동의 및 비동의 분포와 P표본 대상자들의 Q진술문 선택에 대한 주관적인 이유를 종합해볼 때, 제2유형은 윤리적 이슈가 주로 타인이나 외부와 관련된 것이므로 제3자적 입장에서 방관자적 자세를 취하는 유형으로 나타났다. 또한 자신이 직접 해당 윤리적 이슈에 관여하거나 해결하지 않으며, 표면적으로 권위나 권력에 맞서 대응하지 않고 이를 묵인하거나 회피하는 경향을 나타내는 특징을 갖고 있어 '방관회피형'이라고 명명하였다.

3) 제3유형: 환자중심형

제3유형에 속한 수술실 간호사는 총 6명으로 25세에서 52세 사이로 모두 여자였으며, 학력은 RN-BSN, 3년제, 4년제, 대학원 졸업이었고, 간호사 총 경력과 수술실 근무경력은 각각 1년 7개월에서 30년으로 동일하였으며, 직위는 일반간호사나 책임(방장)간호사로 나타났다(Table 1).

제3유형이 가장 동의하는 항목은 'Q24. 의료사고나 폭언, 폭행 등을 행하는 의사는 공개되어야 마땅하다($Z=2.06$)', 'Q2. VIP환자에 대한 특별대우와 같은 윤리적 이슈는 없어야 한다($Z=1.74$)', 'Q26. 윤리적인 이슈가 발생하면 환자나 보호자에게 내용을 사실대로 공개하고 피해를 입은 대상자에게 보상을 해야 한다($Z=1.16$)' 등으로 나타났다(Table 2), 제3유형은 윤리적 이슈에 대해서 환자 옹호자의 입장에서 환자 중심으로 생각하는 특징을 보이고 있다. 또한 윤리적 이슈의 상황에서 원칙을 준수하고자 하며, 다른 유형에 비해 적극적으로 자신의 의견을 표출하려는 것을 알 수 있다. 이는 제3유형이 타 유형에 비해 높게 동의한 항목($Z \text{ diff} \geq +1.00$)이 'Q2. VIP환자에 대한 특별대우와 같은 윤리적 이슈는 없어야 한다($Z \text{ diff}=1.66$)', 'Q26. 윤리적인 이슈가 발생하면 환자나 보호자에게 내용을 사실대로 공개하고 피해를 입은 대상자에게 보상을 해야 한다($Z \text{ diff}=1.13$)', 'Q24. 의료사고나 폭언, 폭행 등을 행하는 의사는 공개되어야 마땅하다($Z \text{ diff}=1.08$)'라는 점에서 뒷받침되고 있다(Table 3). 반면 가장 비동의한 항목은 'Q19. 집도위가 수술에 참여하지 않거나 중요한 부분만 수술하고 나가는 경우에 환자나 보호자

에게 사실을 말하기는 쉽다($Z=-1.96$), 'Q13. 윤리적 이슈의 상황에서는 의사의 결정에 따라 행동하는 것이 맞다고 생각한다($Z=-1.74$)' 등 이었다(Table 2). 이는 제3유형이 다른 유형과 마찬가지로 집도의가 수술에 참여하지 않거나 중요한 부분만 수술하고 나가는 경우에 환자나 보호자에게 그 사실을 말하기는 어렵지만 다른 유형에 비해 윤리적 이슈가 발생했을 때 환자 옹호자로서 환자의 중심에서 인식하고 적극적으로 의견을 제시함을 알 수 있다. 또한 타유형에 비해 낮게 동의를 보인 항목($Z \text{ diff} \leq -1.00$)이 'Q32. 윤리적 이슈가 발생하면 병원 내부에서 조용히 해결하는 경우가 많다($Z \text{ diff}=-1.09$)', 'Q9. 내가 참여한 수술에서 윤리적 이슈가 발생하면 수술의 흐름이 깨질 것을 우려하여 당사자인 집도의가 지적하지 않는 이상 나는 말 하지 않고 넘어간다($Z \text{ diff}=-1.06$)' 등으로 나타난 점에서 뒷받침 되고 있다(Table 3).

제3유형에서 인자 가중치가 1.44로 가장 높은 22번 대상자[P22]를 살펴보면 31세 여성으로 기혼이며 종교는 없고 RN-BSN을 졸업하였다. 간호사 총 임상경력 11년으로 수술실 근무기간은 10년이고, 3교대 근무를 하는 일반간호사였다. P22가 가장 동의한 'Q24. 의료사고나 폭언, 폭행 등을 행하는 의사는 공개되어야 마땅하다'를 선택한 이유는 "의료사고와 관련해서 가장 윤리적인 방법은 원칙적으로 환자나 보호자에게 공개하는 것이 맞다고 생각했기 때문이다. 내가 그 환자나 보호자의 입장이라고 생각했을 때 아무것도 모르고 넘어가게 될 것을 생각하면 너무나 끔찍한 일이 아닐 수 없다. 우리가 조금만 그 입장에서 생각한다면 정답은 정해져있는 것이 아닐까 생각한다. 물론 같은 의료인 입장에서 너무 한다고 생각할 수도 있겠지만 더 이상의 악순환이 반복되지 않기 위해서는 공개하는 것이 맞다."라고 제시하였다. P22가 가장 비동의한 'Q11. 한번 발생한 윤리적 이슈가 반복적으로 일어날 것 같아 불안하다'를 선택한 이유는 "한번 발생한 윤리적 이슈에 대해서 우리가 공유하고 적극적으로 대책을 마련하고 예방법을 생각한다면 다시 발생하게 되는 것을 막을 수 있을 것이라고 생각하기 때문이다. 또한 한번 잘못된 일은 스스로 다시 일어나지 않도록 더욱 신중하게 일을 하게 되므로 내가 준비가 되어있다면 다시 일어날 것이라는 불안감은 크지 않다."고 제시하였다.

유형 내 진술문에 동의 및 비동의 분포와 P표본 대상자들의 Q진술문 선택에 대한 주관적인 이유를 종합해 볼 때, 제3유형은 윤리적 이슈를 주로 환자 중심의 입장에서 인식하려고 노력하는 유형으로, 특징적으로 다른 유형들에 비해 수술실 안에서 수술환자를 대변할 수 있는 사람은 간호사라고 인식하고 환자의 옹호자이자 대변자로 자신의 의견을 적극적으로 표출하는 경향을 나타내 '환자중심형'이라고 명명하였다.

4) 제4유형: 문제중심형

제4유형에 속한 수술실 간호사는 총 8명으로 25세에서 52세 사이로 모두 여자였으며 학력은 3년제, 4년제, 대학원 재학, 대학원 졸업이었고 간호사 총 경력과 수술실 근무경력 1년 11개월에서 17년 10개월로 동일하였으며, 직위는 일반간호사나 책임(방장)간호사로 나타났다(Table 1).

제4유형이 가장 동의하는 항목은 'Q3. 내가 참여한 수술에서 윤리적 이슈가 발생하면 자책감과 회의를 느낀다($Z=1.68$)', 'Q23. 윤리적 이슈의 해결을 위해 의료계차원의 대책과 방안을 마련해야 한다($Z=1.68$)'등으로 나타났으며(Table 2), 제4유형은 윤리적 이슈가 발생했을 때 자책감과 회의를 느끼지만 이를 해결하기 위한 대책과 더불어 예방하기 위한 방법에 대해서도 긍정적인 인식을 보이며 근거중심으로 적극적이며 원칙적으로 인식하는 것을 알 수 있다. 이는 제4유형이 타유형에 비해 높게 동의한 항목($Z \text{ diff} \geq +1.00$)이 'Q4. 내가 참여한 수술에서 의사가 나에게 폭언하면 수술에 방해가 될 것 같아 수술이 끝난 후 그것에 대해서 해당 의사에게 이야기한다($Z \text{ diff}=2.03$)', 'Q23. 윤리적 이슈의 해결을 위해 의료계차원의 대책과 방안을 마련해야 한다($Z \text{ diff}=1.06$)', 'Q33. 윤리적 이슈가 발생했을 때 나는 전문 의료진의 조언과 경험, 각종 자료를 확인하면서 해결방법에 대해서 생각해본다($Z \text{ diff}=1.00$)'라는 점에서 뒷받침되고 있다(Table 3). 반면 가장 비동의한 항목은 'Q19. 집도의가 수술에 참여하지 않거나 중요한 부분만 수술하고 나가는 경우에 환자나 보호자에게 사실을 말하기는 쉽다($Z=-2.06$)', 'Q6. 의사가 권위를 내세워 비윤리적인 지시를 했을 때 내가 맞서서 잘못되었다고 말하는 것은 힘들지 않다($Z=-1.70$)'등 이었다(Table 2). 이를 통해 제4유형이 다른 유형과 마찬가지로 집도의가 수술에 참여하지 않거나 중요한 부분만 수술하고 나가는 경우에 환자나 보호자에게 그 사실을 말하기는 어렵고 권위에 맞서서 잘못되었다고 말하는 것은 힘들지만 발생한 윤리적 이슈를 해결하거나 개선해야 할 문제로 받아들이고 이를 해결하거나 예방하기 위해 근거중심으로 생각하고 그에 따른 의료계차원의 대책과 방안에 대한 필요성을 중요하게 생각하는 등 윤리적 이슈에 대해서 다른 유형들에 비해 문제 중심적으로 인식하고 있는 특징을 보이고 있다(Table 3).

제4유형에서 인자 가중치가 2.38으로 가장 높은 35번 대상자[P35]를 살펴보면 40세 여성으로 기혼이며 종교는 없고 4년제 간호대학을 졸업하였다. 간호사 총 임상경력 11년으로 수술실 근무기간은 각각 17년 10개월로 동일하고 책임간호사로 근무하고 있다. P35가 가장 동의한 'Q23. 윤리적 이슈의 해결을 위해 의료계차원의 대책과 방안을 마련해야 한다'를 선택한 이유로는 "윤리적 이슈에 대한 기준점이거나 대책을 마련해 주면 수술실 업무를 하는데 있어서 마음이 좀 더 편해질 것 같다."라고 제시하였으며, P35가 가장 비동의한 'Q19. 집

도의가 수술에 참여하지 않거나 중요한 부분만 수술하고 나가는 경우에 환자나 보호자에게 사실을 말하기는 쉽다'를 선택한 이유로는 "윤리적 이슈가 발생하면 내부적으로 비밀로 하고 환자나 보호자에게 말한 경우가 없었기 때문에 보호자나 환자에게 사실대로 말하는 것은 쉽지 않다."라고 하였다.

유형 내 진술문에 동의 및 비동의 분포와 P표본 대상자들의 Q진술문 선택에 대한 주관적인 이유를 종합해 볼 때, 제4유형은 주로 윤리적 이슈를 해결되어야 할 문제로 인식하는 유형으로, 특징적으로 다른 유형들에 비해 윤리적 이슈를 해결하기 위해 다양한 근거를 찾고, 이를 기반으로 문제를 해결하려고 노력하는 경향을 나타내 '문제중심형'이라고 명명하였다.

위에 제시한 4개의 유형이 독립적이면서도 상호공존적인 특성을 나타내는 가운데 모든 유형에서 일치된 견해를 보인 항목은 'Q10. 윤리적 이슈가 덮어질 경우에도 수술실내 간호사들끼리는 이에 대한 정보를 서로 공유하게 된다(평균 $Z=1.05$)', 'Q13. 윤리적 이슈의 상황에서는 의사의 결정에 따라 행동하는 것이 맞다고 생각한다(평균 $Z=-1.48$)', 'Q17. 수술 중에 발생하는 윤리적인 이슈와 관련된 문제에서 대부분의 책임은 의사에게 있다고 생각한다(평균 $Z=-1.08$)', 'Q19. 집도의가 수술에 참여하지 않거나 중요한 부분만 수술하고 나가는 경우에 환자나 보호자에게 사실을 말하기는 쉽다(평균 $Z=-2.03$)'로 나타났다. 즉 이들은 윤리적 이슈의 상황에서 서로 의견을 교환하고 그 책임이나 의사결정에 있어서 의사뿐만 아니라 간호사도 역할이 있다고 생각하지만 윤리적 이슈의 상황에서 문제가 발생했을 때 그 사실을 드러내기는 쉽지 않다는 공통된 특성을 보였다.

논 의

본 연구는 수술실 간호사의 윤리적 이슈에 대한 인식을 유형화하고 유형별 특성을 탐색하고자 실시되었다. 본 연구 결과 수술실 간호사의 윤리적 이슈에 대한 인식은 '자아중심형', '방관회피형', '환자중심형', '문제중심형'의 네 가지 유형으로 도출되었다.

첫 번째 인식유형은 '자아중심형'으로 전체 대상자 중 25.7%가 이 유형에 해당하였다. 이 유형은 윤리적 이슈를 자기 개인의 차원에서 바라보기 때문에 Q진술문에서 불안감을 느끼거나 자책감, 회의 등의 개인의 정서중심으로 반응하는 경향이 두드러졌다. 이러한 특성은 윤리적 이슈에 직면하는 간호사들이 자신의 도덕적 신념 및 원칙대로 행동하지 못할 경우 도덕적 고뇌를 경험하며 죄책감, 화남, 불안 등의 부정적인 심리적 반응을 경험한다고 한 선행연구[18]의 결과와 유사하였다.

침습적인 절차를 겪는 수술환자를 돌보는 수술실 환경이나 주로 폐쇄적인 환경에서 의사와 팀을 이루어 밀접하게 상호작용하는 업무

특성상, 수술실 간호사는 환자의 자율성 또는 사생활 침해, 유명수술, 의료진 간의 언어폭력과 성희롱 등 일반병동의 간호사와는 조금 다른 차원의 윤리적 이슈에 노출되면서 윤리적 갈등을 자주 경험한다[9,19]. 실제 임상상황에서 윤리적 이슈가 발생하게 되면 이 유형의 간호사들은 어떤 문제를 개인의 자아에 집중해서 내재화시키기 때문에 이것이 과도할 경우에는 정신적 스트레스와 신체화 등 부정적인 반응까지도 유발할 수 있으며[14,20], 본인이 겪었던 윤리적 문제와 비슷한 종류의 수술에 다시 참여하거나 또는 당시 윤리적 이슈의 상황에 함께 참여했던 의료진과 다시 만나게 되는 상황에서 불안감을 경험할 수 있다. 간호사가 경험하는 윤리적 이슈는 간호단위 및 병원의 조직 내에서 발생하는 것이기에 개인적 차원보다는 간호 전문직 차원에서 고려되고 다루어져야 할 필요가 있다. 선행연구에서는 간호사들이 윤리적 문제를 다룰 때 상급간호와 동료간호사 또는 의사와 상의하는 비율이 높다고 하였다[16,21]. 따라서 이 유형에 속한 간호사들이 자신들의 의견이나 감정을 바람직한 형태로 정직하게 표출할 수 있도록 돕는 지지적 동료애, 서로 도와주기, 업무 나누기, 동료에게 관심 갖기 등의 해소 방안을 마련해 줄 필요가 있다. 또한 국내의 선행연구에서 간호사의 98.6%가 의료인의 임상윤리자문서비스가 필요하다고 응답한 결과[2]등을 바탕으로 병원에서 임상윤리자문서비스의 제공 및 활성화를 고려해볼 필요가 있다. 또한 외국의 의료기관에서 활동하는 임상윤리전문가의 사례에 대한 보고 [22]등을 참고로 윤리적 이슈 상황에서 전문적인 도움을 제공할 수 있는 임상윤리전문가들을 활용하는 것 또한 좋은 전략이라고 생각한다. 더 나아가 간호관리자는 각 유형별로 윤리적 스트레스 정도를 파악하여 이직과 같은 부정적인 결과를 초래하지 않도록 관리하고, 개별적으로 배려하는 변혁적 리더십을 발휘하도록 노력하는 것[23]이 필요하다.

두 번째 인식유형은 '방관회피형'으로 전체 대상자 중 가장 많은 34.3%가 이 유형으로 분류되었다. 이 유형은 윤리적 이슈가 주로 타인이나 외부와 관련된 것이므로 자신이 직접 해당 윤리적 이슈에 관여하거나 해결하지 않고 제 3자적 입장에서 방관자적 자세를 취하며, 권위나 권력에 맞서 대응하지 않고 이를 묵인하거나 회피하는 경향을 보였다. 또한 다른 유형에 비해 윤리적 이슈의 원인과 책임이 외부 중에서도 특히 의사와 관련되어 있다는 인식을 가지고 있는 것으로 나타났다.

한국간호사 윤리강령[24]에 따르면 간호사는 의료와 관련된 전문직 및 다른 영역의 직원들과 협력할 때, 간호대상자 및 사회에 대한 윤리적 의무를 준수해야 하며, 인간생명의 존엄성과 안전에 위배되는 생명과학기술을 이용한 기술로부터 간호대상자를 보호해야 한다. 또한 미국수술간호사협회[19]는 수술실 간호사에게 환자의 수술적, 외과적 절차에 참여하는 모든 의료진을 존중하고, 집도의와 마취과

의사뿐만 아니라 동료간호사와 보조 직원들과의 협력을 강조하고 있다. 이러한 측면에서 볼 때 환자안전에 위험을 초래할 수 있는 윤리적 이슈 발생 시 이를 제3자적 방관자의 자세에서 바라보거나 이를 회피하는 것은 대상자의 옹호자로서 책임이 있는 간호사들에게 지양되어야 할 태도라 할 수 있다.

또한 윤리적 이슈가 의사와 관련될 때 두드러지는 이 유형의 특징은 수술실 간호사가 소속간호사로서 의사의 보조자적인 역할을 한다는 우리나라의 전통적인 의사-간호사 수직적 구조의 직업관과 관련되어 있을 수 있다. 최근에는 간호전문직의 발전을 통해 의사와의 관계가 상하관계가 아닌 협력자적인 관계로 변화하고 있지만 아직도 병원 내부에서는 전통적인 관점으로 간호사와 의사의 관계를 인식하는 경우가 많다. 병원에서 근무하는 간호사 993명을 대상으로 윤리적 이슈에 대해서 연구한 Park 등[15]의 연구에 따르면 수술실 간호사들이 가장 혼란이나 갈등을 경험하는 윤리적 이슈는 '간호사의 사간의 관계 갈등'으로 나타났다. 수술실 간호사는 업무특성상 환자나 보호자를 직접 만나기보다는 수술을 준비하고 집도의와 함께 수술에 참여하는 업무가 많은 부분을 차지한다. 따라서 윤리적 이슈의 주체가 수술실 내부의 의사나 동료간호사가 되는 경우가 많을 수 밖에 없는 구조이다. 최근 수술실 간호사와 의사와의 협력관련 연구 [25]에 의하면 간호사와 의사의 협력, 특히 환자의 정보를 함께 공유하는 것은 간호업무성과에 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 그러므로 수술실 간호사와 의사와의 협력 및 환자정보 공유는 윤리적 이슈를 감소시키거나 윤리적 이슈에 대하여 긍정적인 방향으로 대처하거나 해결하는데 도움이 될 것으로 생각된다. 그리고 선행 연구[26]의 결과, 수술실 간호사가 병동 간호사보다 의료진과의 대인관계나 의사소통능력이 낮았으므로 수술실 간호사의 의사소통 및 대인관계 능력을 증진시키기 위한 노력이 필요하다고 생각한다. 또한 Wall 등[27]은 간호사들이 위계에 의한 상황적 제약으로 환자와 관련된 윤리적 의사 결정권이 부족함으로써 도덕적 고뇌가 발생하거나 증가할 수 있기 때문에 의료 환경에서 동료와의 상호존중 및 협력하는 조직의 윤리적 풍토가 중요하다고 하였다. 따라서 간호사들이 자신의 의견을 적극적으로 표출하고, 윤리적 이슈와 관련한 간호사의 사간의 갈등을 해결하도록 돕는 방안을 모색하는 것이 필요하다.

세 번째 인식유형은 '환자중심형'으로, 전체 대상자 중 17.1%가 포함되었다. 이 유형은 윤리적 이슈를 주로 환자 중심의 입장에서 인식하려고 노력하는 유형으로, 다른 유형들에 비해 환자의 옹호자이자 대변자로 자신의 의견을 적극적으로 표출하는 경향을 나타냈다.

수술 환자는 수술실에서 일어나는 일을 예측하기 어렵고 가족이 없는 상태에서 의료인들과 함께 하는 불안을 경험할 수 있다. 따라서 간호사는 윤리적으로 힘든 상황일지라도 환자를 우선적으로 고려하도록 노력할 필요가 있다.

간호사는 인간의 존엄성과 인권을 옹호함으로써 국가와 인류 사회에 공헌하는 숭고한 사명을 부여 받았으며, 간호 대상자의 건강과 안전이 위협받는 상황에서 적절한 조치를 취해야 한다[24]. 미국수술간호사협회[19]는 수술실에서 환자의 자율성과 존엄성, 인간의 권리가 보호되어야 하며, 간호사는 환자의 도덕적, 법적 권리에 대해 잘 알고 환자를 보호하고 지원할 의무가 있다고 하였다. 따라서 수술실 간호사는 수술 환자의 실존적 옹호자로서 역할을 수행해야 한다.

이러한 환자의 옹호자 및 대변자로서 역할은 간호 전문직에게 요구되는 중요한 덕목 중의 하나이다. 그러나 병원이나 조직에서 요구하는 규칙과 규정 때문에 환자 중심의 소신을 지키기 어려운 상황이 발생할 경우 간호사가 경험하는 윤리적 딜레마나 스트레스를 관리할 수 있도록 관심을 가져야 하겠다.

네 번째 인식유형은 '문제중심형'으로, 이 유형은 전체 대상자 중 22.9%가 해당하였다. 이 유형은 주로 윤리적 이슈를 해결되어야 할 문제로 인식하는 유형으로, 다른 유형들에 비해 윤리적 이슈를 해결하기 위해 다양한 근거를 찾고, 이를 기반으로 문제를 해결하려고 노력하는 경향을 나타냈다. 윤리적 문제는 합리적이고 체계적인 의사결정 단계를 거쳐 해결되어야 하므로 윤리관련 지식과 의사결정 능력을 함양할 수 있는 구체적인 노력이 필요하다고 생각한다. 그리고 윤리적 이슈를 문제로 인식하고 해결할 때 간호사의 비판적 사고능력이 주요한 핵심역량으로 긍정적인 역할[28]을 할 수 있을 것으로 보인다. 이에 수술실 간호사가 경험하는 윤리적 이슈에 대하여 각 유형별로 근거기반의 비판적 사고능력을 향상시키는 체계적인 교육프로그램을 개발하고 적용하는 것이 필요하며, 이를 통하여 근거기반 실무의 문화가 정착되기를 기대한다.

본 연구의 결과, 모든 P표본의 의견이 일치한 항목은 전체 34개 진술문 중에서 4개였다. 그 중 평균 표준점수 절대값이 가장 큰 항목은 '집도의가 수술에 참여하지 않거나 중요한 부분만 수술하고 나가는 경우에 환자나 보호자에게 사실을 말하기는 쉽다'였다. 즉, 이 항목은 수술 시에 비밀리에 의사가 교체되는 대리수술인 일명 유령수술[7]에 대한 내용으로 최근 우리나라에서도 뉴스보도 등을 통해 사회적 관심이 집중되어 있다. 이러한 유령수술과 관련하여 수술실 간호사들은 환자나 보호자에게 사실을 말하는 것을 어려워함을 알 수 있었으며, 때로는 제2유형의 대표전형을 나타내는 P24의 진술과 같이 대부분의 수술에서 집도의가 수술의 중요 부분이 끝나면 나가는 현 상황을 당연히 받아들이고 있기도 하였다. 간호사의 윤리적 딜레마에 대한 체험의 의미를 확인한 Park [14]은 간호사들이 협동자의 실수에 대해 노출하는 것을 관행상 힘들어 하는 등 직면한 다양한 입장때문에 업무현장에서 목격하는 현상에 대해서 공개와 비공개외의 기로에서 심적 고통을 받고 있다고 하였다. 또한 선행 연구 [29]에서 간호사들이 윤리적 딜레마나 도덕적 고뇌 발생 시 수동적

으로 회피 혹은 묵인한다고 하였다. Schroeter [30]는 수술실 간호사가 흔히 경험하는 윤리적 이슈들로 ‘환자나 보호자에게 진실을 말하는 문제’나 ‘허위진실을 제공하는 의료공급자와의 근무’를 제시하였다. 수술실은 폐쇄된 공간의 특성상 윤리적 이슈가 발생했을 때 외부로 알려지지 않고 내부적으로 조용히 해결되는 경우가 많다. 환자나 보호자에게 많은 부분이 공개되어있는 병동이나 외래와는 다르게 수술실에서는 수술에 참여하는 의료진들 사이의 합의에 의해 어떠한 문제나 사실들이 묵인되는 경우가 종종 발생하게 된다. 해당 문제가 공개되었을 때의 파장이 생각보다 훨씬 클 수 있기 때문에 수술실 내부의 대부분의 의료진은 윤리적 이슈로 발생하는 많은 문제들이 외부로 공개되지 않기를 바라는 것으로 생각된다. 따라서 수술실 간호사가 윤리적인 입장에서 환자의 옹호자나 대변인으로 행동하고자 하더라도 이를 실천하기 어려운 상황이 될 수 있다. 이는 Park [14]이 제시하였듯이 의사의 치료에 대한 고집, 의사와의 위계질서 및 간호사의 자율성 한계 등으로 간호사들이 윤리적 판단을 내리는 것을 망설인다고 한 것과 같은 맥락에서 이해될 수 있다. 그럼에도 불구하고 간호사는 이러한 유행수술의 문제점에 대해 인식하고 수술실에서 이러한 일들이 발생되지 않도록 가능한 범위 내에서 대상자 옹호자로서의 역할 및 전문직 간호사로서의 책임을 다할 수 있는 방안을 모색하는 것이 필요하다.

본 연구는 Q방법론적 접근을 통하여 수술실 간호사의 윤리적 이슈에 대한 인식 유형을 4가지로 제시하였다. 그러나 이 방법론은 개인의 주관성에 중점을 두고 있으므로, 본 연구결과 도출된 윤리적 이슈에 대한 인식 유형들에 대해 간호전문직 차원에서 어떤 유형은 긍정적이고, 어떤 유형은 부정적이라고 단언하여 평가하지 않도록 주의해야 할 필요가 있다. 따라서 추후에는 본 연구결과 도출된 수술실 간호사들의 윤리적 이슈에 대한 인식 유형들과 다른 다양한 변수들과의 관계를 탐색함으로써 간호전문직이 지향해야 하는 유형을 제시하는 연구들이 이루어질 필요가 있다. 더불어 다소 문제가 되거나 갈등을 일으키는 윤리적 이슈라 할지라도 이를 공개하여 함께 토론하는 장을 마련하는 등 올바른 윤리적 의사결정 방향을 찾거나 적극적인 해결방법을 찾기 위해 노력하는 것이 필요하다. 본 연구는 국내·외에서 처음으로 Q방법론을 적용하여 수술실 간호사들이 실제 간호현장에서 경험하는 윤리적 이슈에 대한 인식을 유형화함으로써 간호실무 및 관련 간호지식체 발전에 기여하였다는데 의의가 있다. 그러나 윤리적 이슈에 대한 인식유형을 규명하는 데 있어 현상에 대한 인식과 그에 따른 반응을 명확하게 분리하는데 어려움이 있어 인식유형의 일부 명명에서 윤리적 이슈에 대한 반응을 일부 포함하고 있는 제한점이 있다.

결론

본 연구를 통해 수술실 간호사의 윤리적 이슈에 대한 4가지 인식 유형이 확인되었다. 본 연구결과는 수술실 간호사들이 윤리적 이슈에 대한 올바른 인식을 통해 대상자 및 간호전문직을 위한 윤리적 의사결정 및 윤리적 간호 수행을 증진시키는 구체적인 실행전략 개발에 유용하게 이용될 수 있다.

본 연구의 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 본 연구에서 제시된 윤리적 이슈 인식유형별로 대상자들의 특성을 파악하는 프로파일링(profiling) 연구가 필요하다. 둘째, 본 연구결과를 통해 확인된 4가지 인식유형에 따른 간호사들의 윤리적 스트레스, 대처, 그리고 윤리적 의사결정 등 다양한 변수들과의 관계를 탐색하는 연구가 필요하다. 셋째, 본 연구결과를 바탕으로 각 인식유형별로 간호사의 윤리적 의사결정 능력을 향상시키기 위한 개별화된 프로그램을 개발하고 그 효과를 검증하는 연구가 필요하다. 넷째, 본 연구결과를 간호대학생 및 간호사 대상의 간호윤리 교육에 활용할 것을 제언한다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

REFERENCES

1. Business Dictionary. Ethical issue [Internet]. Austin (TX): WebFinance Inc; c2018 [cited 2018 Sep 06]. Available from: <http://www.businessdictionary.com/definition/ethical-issue.html>.
2. Lee KJ, Yoo SY. Relationships between nurses' ethical dilemma, coping types, job satisfaction and turnover intention in Korea. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2011;17(1):1-15.
3. Oh YJ, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics*. 2015;22(1):15-31. <https://doi.org/10.1177/0969733013502803>
4. King CA. Ethics and human rights issues in nursing practice: A survey of perioperative nurses. *Perioperative Nursing Clinics*. 2008;3(3):191-196. <https://doi.org/10.1016/j.cpen.2008.04.009>
5. Reeder JM. Ethical dilemmas in perioperative nursing practice. *The Nursing Clinics of North America*. 1989;24(4):999-1007.
6. Ganz FD, Berkovitz K. Surgical nurses' perceptions of ethical dilemmas, moral distress and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68(7):1516-1525. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05897.x>

7. Sung SY. Trends of United States court cases on ghost surgery. *Korean Journal of Medical Ethics*. 2015;18(3):296-313.
8. Shapshay SM, Healy GB. The ethics of running multiple operating rooms simultaneously: Is this ghost surgery? *The Laryngoscope*. 2016;126(9):1959-1960.
<https://doi.org/10.1002/lary.26022>
9. Park EK, Na YK. A study on verbal abuse experience, sexual harassment damages and self-esteem of operating room nurses. *Korean Journal of Scientific Criminal Investigation*. 2015;9(4):266-274.
<https://doi.org/10.20297/jsci.2015.9.4.266>
10. Asl ZE, Abdollahzadeh F, Lotfi M, Aghazadeh Attari AM, Asghari E. The relationship of ethical climate and nurses' job satisfaction in the operating room: A cross-sectional study. *Nursing and Midwifery Studies*. 2017;6(3):137-139.
https://doi.org/10.4103/nms.nms_15_17
11. Oliveira MAN, Oliveira TAVA, Fontoura EG, Freitas KS. Experiences of ethical dilemmas by the surgical team faced with iatrogenes. *Journal of Nursing UFPE on Line*. 2017;11(7):2795-2802.
12. Smith Z. Duty and dilemma: Perioperative nurses hiding an objection to participate in organ procurement surgery. *Nursing Inquiry*. 2017;24(3):e12173. <https://doi.org/10.1111/nin.12173>
13. Seo HE, Kim M. Operation room nurses' ethical value regarding their attitude and meaning of life about organ transplantation in brain death. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2016;28(4):355-366. <https://doi.org/10.7475/kjan.2016.28.4.355>
14. Park HJ. Ethical dilemma of nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2009;15(1):128-135.
15. Park MH, Jeon SH, Hong HJ, Cho SH. A comparison of ethical issues in nursing practice across nursing units. *Nursing Ethics*. 2014;21(5):594-607. <https://doi.org/10.1177/0969733013513212>
16. 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>
17. Kim HG. Understanding of Q-methodology for the study of subjectivity. *The Seoul Journal of Nursing*. 1992;6(1):1-11.
18. Noh DB, Kim SA, Kim SH. Moral distress, moral sensitivity and ethical climate of nurses working in psychiatric wards. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013;22(4):307-319.
<https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2013.22.4.307>
19. Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). Guidelines for perioperative practice. Denver (CO): AORN; 2015. p.711-732.
20. Kang JY, Joo ES. The influence of occupational stress and negative affect on somatization among female office workers: The mediation effectiveness of focusing manners. *The Korean Journal of Woman Psychology*. 2014;19(1):31-54.
<https://doi.org/10.18205/kpa.2014.19.1.002>
21. Kim MS, Kim CH, Hong J, An AR, Choi EK, Keam B, 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 Journal of Medical Ethics*. 2017;20(4):376-385.
22. Bruce CR. Emergent ethics consultation requested from the operating room. *The American Journal of Bioethics*. 2015;15(1):69. <https://doi.org/10.1080/15265161.2015.975599>
23. Jeon JM, Lee KS, Park CJ, Woo HY. Effects of nurses' transformational leadership on job attitude: The mediating effects psychological capital. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*. 2016;17(7):228-236.
<https://doi.org/10.5762/KAIS.2016.17.7.228>
24. Korean Nurses Association. Code of ethics for Korean nurses [Internet]. Seoul: Korean Nurses Association; c2018 [cited 2018 Sep 10]. Available from: http://www.koreanurse.or.kr/about_KNA/ethics.php.
25. Jeong S, Jeong SH, Lee MH, Kim HK. Effects of perceived collaboration with nurses and physicians on nursing performance in perioperative nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2018;24(3):253-264.
<https://doi.org/10.1111/jkana.2018.24.3.253>
26. Lim EJ, Yi YJ. Comparison of operating room nurses and general ward nurses on communicative competence and interpersonal relationship ability within the medical team. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2014;20(3):313-321.
<https://doi.org/10.1111/jkana.2014.20.3.313>
27. Wall S, Austin WJ, Garros D. Organizational influences on health professionals' experiences of moral distress in PICUs. *HEC Forum*. 2016;28(1):53-67.
<https://doi.org/10.1007/s10730-015-9266-8>
28. Kim EH, Hong SJ, Kim HS. Correlations between the ethical values and critical thinking disposition in nursing student. *Asia-Pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, and Sociology*. 2015;5(6):99-109.
29. Jeong JM, Park JH, Jeong SH. Case development on nurses' ethical dilemmas with physicians' and nurses' decision making. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2013;19(5):668-678.
<https://doi.org/10.1111/jkana.2013.19.5.668>
30. Schroeter K. Ethical perception and resulting action in perioperative nurses. *AORN Journal*. 1999;69(5):991-1002.
[https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)62297-7](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)62297-7)