

간호사들의 죽음에 대한 성향과 임종간호수행 정도

박 순 주*·최 순 희**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

삶의 연장으로서 죽음을 맞이함에 있어서 대상자가 적극적인 자세로 죽음의 의미를 추구하고 또한 받아들일 수 있도록 도와주는 일은 전인간호를 실시해야 하는 간호사의 중요한 역할중 하나라고 하겠다(최공옥, 1991).

더우기 현대과학과 의료기술의 발달로 인해 치료가 불가능한 환자라 할지라도 생명을 연장시킴으로써 사람들의 수명은 더 길어지게 되었고 만성 질환으로 사망하는 경향 또한 증가함에 따라 간호사들이 임종환자들을 간호해야 할 경우가 더 많아졌다(Gow & William, 1977 ; Kastenbaum, 1986). 그러므로 간호사들은 임종을 맞이하는 환자의 상태를 예민하게 파악해야 하며 간호사의 느낌이나 생각에 의해서가 아니라 환자의 느낌, 태도 및 바램을 근거로 모든 간호 활동을 계획하고 시행해야 한다(김명자 등, 1993).

그러나 병원에 입원한 대부분의 임종환자들은 고독하게 죽어가고 있다. 임종환자들은 죽음을 예감할때 보통 때보다 훨씬 더 가까운 이들과 함께

함을 갈구한다(이원호 역, 1995). 이들 대부분은 자기의 죽음을 누군가와 나누고 싶어하고, 공포반응, 허탈감, 비애감, 회피감 등 여러가지 심리반응을 나타내고 있다(김정희, 1990 ; 조영숙, 1975). 이때 간호사들이 신체적 측면 위주의 임종간호에서 벗어나 정신적, 사회적, 영적인 측면에서도 책임있게 간호를 제공한다면 더욱 환자에게 유익한 전인적 임종간호가 될 것이다(김영순, 1988). 말기암환자를 대상으로 한 소와 조(1991)나 박(1989)의 연구들에서도 신체적, 정신적, 영적인 면에서 호스피스 간호를 제공하면 그 환자들의 신체적, 정신적, 영적인 고통, 갈등 및 불안이 현저하게 감소되며 그들의 삶의 질이 높아지고 좀 더 편안한 자세로 자신의 질병을 수용하여 임종에 대한 준비를 할 수 있다고 하였다.

그러나 대부분의 간호사들이 죽음에 대한 자신의 견해를 확실히 정립하지 않고 있기 때문에 임종환자를 간호해야 하는 상황에 직면하면 스트레스를 받고 불안해하거나 무관심한 표정을 지으며 회피하는 경향이 있다(이원호 역, 1995).

이와같이 간호사들이 죽음에 대한 갈등을 해결하지 못하거나 죽음에 대한 올바른 견해를 갖지 못하는 한 살 가망이 없는 환자의 요구를 파악하고

* 전남대학교 의과대학 간호학과 조교

** 전남대학교 의과대학 간호학과 교수

해결해 주는 간호를 하기 어렵다고 본다(전산초, 김조자, 최옥신, 유지수, 전경애, 1976). 간호사 자신이 죽음에 대한 확고한 신념이나 자세를 정립 하였을때 간호사는 죽는 이로 하여금 죽음을 삶의 한 과정으로 받아들이고 존엄성을 지닌 인간으로서 생을 조용히 끝마칠 수 있도록 간호해야 하는 책임과 의무를 수행할 수 있을 것이다(조영숙, 1982).

그러므로 앞으로 전인적 임종간호수행을 정립 하기 위해서는 먼저 간호사들의 죽음에 대한 성향과 이들이 수행하고 있는 임종간호의 정도와 실태를 파악할 필요가 있다.

이에 저자는 죽음에 대한 의미나 공포, 불안, 염려 등을 포함하는 다차원적 개념을 사용하여 간호사들의 죽음에 대한 성향 정도와 임상실무에서 수행되고 있는 신체적, 심리적, 영적 영역을 포함한 임종간호수행 정도를 살펴보고, 일반적 특성에 따른 죽음에 대한 성향, 임종간호수행 및 영역별 임종간호수행 정도, 그리고 죽음에 대한 성향과 임종간호수행 정도간의 관계를 파악함으로써 앞으로의 임종간호 계획과 수행에 대한 방안마련에 기초자료로 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 용어의 정의

1) 죽음에 대한 성향(death orientation)

죽음에 대한 성향은 죽음에 대한 염려, 불안, 두려움, 이해 및 죽음의 의미 등의 여러 요소가 복합된 다차원적 개념을 의미(Thorson & Powell, 1988)하며, 본 연구에서는 Thorson과 Powell(1988)의 죽음에 대한 성향 측정도구를 박(1992)이 번안하여 사용한 도구를 이용하여 측정 한 점수를 말한다.

2) 임종간호수행

임종간호수행은 임종환자와 그 가족에게 신체적, 정신적, 사회적, 영적 간호를 수행하는 완화와 지지의 서비스 제공을 의미(이화여자대학교 간호학연구소, 1990)하며 본 연구에서는 연구자가 기존문헌을 기반으로 작성한 간호사가 환자에게 제

공하는 신체적, 심리적, 영적인 영역으로 구성된 임종간호수행 측정도구로 측정 한 점수를 말한다.

II. 문헌고찰

1. 죽음에 대한 성향

생의 전 단계에 걸쳐 있는 대상자를 간호하는 간호사는 생의 마지막 단계에서 죽음을 맞이하는 대상자도 간호해야 하므로 죽음이나 임종 상황에 자주 직면하게 된다(민순, 1989). 특히 현대과학과 의료기술의 발달로 인해 치료가 불가능한 환자라 할지라도 생명을 연장시키는 도구를 사용함으로써 사람들의 수명이 더 길어지고, 만성질환으로 사망하는 경향 또한 증가함에 따라 간호사들이 임종환자를 간호해야 할 경우가 더 많아졌다(Gow & William, 1977; Kastenbaum, 1986). 따라서 간호사들의 죽음과 임종에 대한 반응들을 조사한 연구들이 보고되기 시작하였다.

죽음에 대한 연구에서 대부분의 간호사들이 죽음에 대한 자신의 견해를 확실히 정립하지 않고 있기 때문에 그러한 상황에 처했을 때 환자에게 도움을 주기 보다는 자신의 입장을 먼저 생각한다고 보고되고 있다(Baker & Sorensen, 1963). 그러나 죽음을 제대로 알고 받아들인다면 우리의 삶은 죽음의 불안과 공포에서 벗어나 자유로울 수 있을 것이다(Pincus, 1979). 그러므로 간호사들이 불안감이나 불편한 감정없이 임종하는 환자를 도우려면 먼저 죽음과 죽어가는 과정에 대한 자신의 태도를 인식해야 한다(Kubler-Ross, 1969).

사람들은 죽음을 긍정하면서도 동시에 부정하는 모순성을 보이기 때문에 죽음에 대한 반응들을 개념화하거나 적절히 측정하기가 어렵다(김영순, 1988). 그래서 연구자들은 죽음에 대한 태도(유계주, 1974)나 불안(윤희옥, 1985), 공포(최혜자, 1975) 등으로 죽음에 대한 반응을 측정하였다.

선행연구들을 자세히 살펴보면 죽음에 대한 태도를 조사한 연구에서 간호사들의 55%가 죽음에 대해 공포를 갖거나 죽음을 연기시키려는(유계주, 1974) 그리고 58.3%의 간호사들이 죽음을 부정

하고 거부하려는(권혜진, 1980) 부정적인 태도를 보였다. 반면에 간호사들의 85%가 죽음을 미리 준비해야 한다는 긍정적인 태도를 보이기도 하였다(박후남, 1994).

죽음에 대한 태도는 죽음의 종류, 죽음이 일어나는 현장, 종교, 문화적 배경, 철학, 생활 경험등에 따라 달라질 수 있으므로 그 태도가 다양하리라는 것은 쉽게 예측될 수 있다(Jeanne, Blumberg, & Drummond, 1971). 또한 죽음이나 임종의 현상은 객관적인 도구로 정확히 측정될 수 없으며 대상자의 개인적 특성에 따라 영향을 받을 수 있다고 본다.

윤(1985)의 연구에 의하면 간호사의 죽음에 대한 태도에 가장 영향을 미친 대상은 환자였고, 죽음에 대한 간호사의 태도에 잠정적으로 가장 영향을 준 것은 환자와 함께한 경험이라고(Alexander & Ritchie, 1990) 하였다. 즉 임종환자와 함께한 경험은 죽음에 대한 태도정립에 있어서 중요한 변수라고 할 수 있다(Golub & Reznikoff, 1971).

종교란 인간이 영혼(soul)을 통해 하나님(절대자)과의 관계를 보는 것이다(이원희, 1988). Norman(1966)은 종교를 갖고 있는 간호사는 환자의 여러가지 질문에 대한 답이 준비되었을 것이라고 하였고, 종교가 있는 간호사들은 죽음에 대해 더 긍정적인 반응을 보였다(박후남, 1994).

Kubler-Ross의 각 단계에 기초한 강의와 역할극 모델로 이루어진 교육 프로그램을 이용하여 간호사들의 죽음에 대한 태도를 측정한 결과 교육 후 죽음에 대하여 유의하게 더 긍정적인 태도를 나타냈고(Frommelt, 1991), 간호사들의 죽음에 대한 태도형성은 근무부서에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다(Golub & Reznikoff, 1971).

따라서 간호사들의 죽음에 대한 긍정적인 태도 변화가 필요함을 알 수 있으며, 기존연구들에서 죽음에 대한 반응을 태도나 불안 혹은 공포 등으로 다양하게 측정하여왔기 때문에 본 연구에서는 죽음에 대한 염려, 불안, 두려움, 이해 및 죽음의 의미 등을 포함하고 있는 다차원적 개념인 죽음에 대한 성향으로 측정해 볼 필요가 있다고 사료된

다. 또한 간호사들의 일반적 특성과 죽음에 대한 반응의 관계유무가 다양했기 때문에 관련되는 요인들을 재파악해 볼 필요가 있다고 본다.

2. 임종간호수행

죽어가는 사람을 돌보는 노력은 인류의 시작과 더불어 발전되어 왔다. 임종간호란 임종환자와 그 가족에 대한 종합적이고 전인적인 간호를 의미한다(이원호 역, 1995). 임종환자는 죽을때까지 신체적, 정신적, 영적으로 평온한 상태에서 남은 생을 의미있게 보내기를 원하므로 의료팀의 관심있는 따뜻한 돌봄이 필요하다(왕매련 등, 1990). 특히 간호사는 임종환자의 신체 및 정신 사회적 요구의 충족뿐만 아니라 영적 통합을 이루고 유지하는데 도움을 줄 수 있는 중요한 위치에 있다(이미형, 1985). 즉 임종이 가까운 환자 옆에 간호사가 조용히 앉아 있는 것만으로도 환자에게 안심과 평온을 줄 수 있다(Croushore, 1973). 그러나 간호사들은 임종환자를 부정적으로 이해하는 경향(김주희 등, 1992)을 보이고 있으며, 간호사들의 76.5%가 말기환자를 위한 간호준비가 부적절하다고 느끼고 있었다(Frommelt, 1991).

지금까지의 임종간호는 주로 신체적 측면에서 간호의 목표를 명백히 결정하고 이를 계속적으로 재평가하는 동시에 구체적인 신체적 증상을 관리해 왔다(김조자 등, 1992). 말기환자가 극심한 신체적 고통에 시달리게 되면 사회 심리적 및 영적 간호를 효과적으로 수행하기 어려우므로 무엇보다도 신체적 간호가 중요하다고 할 수 있다. 또한 말기환자를 위한 신체적 간호는 그들의 고통을 함께 나누는 기회가 될 뿐아니라 삶의 질을 증진시키고 안위를 높여주는 중재의 기회가 된다고 여겨진다.

얼마전까지만 해도 임종환자의 심리적 요구나 대인관계 등에 대해서는 별로 중요시 여기지 않았다(이대간호학연구소, 1990). 사회 심리적 요구란 어떤 외적인 도움이나 활동을 필요로 하는 조건, 결핍, 고통 등을 의미한다(노유자, 한성숙, 안성희, 김춘길, 1995). 김(1990)이나 조(1975)의 연

구에 의하면, 임종환자 대부분은 자기의 죽음을 누군가와 나누고 싶어하고 공포반응, 허탈감, 비애감, 회피감 등 여러가지 심리반응을 나타내고 있었다.

또한 환자가 죽음의 문제에 직면하게 되면 영적인 것에 관심을 갖게 된다. Fish와 Shelly(1978)에 의하면 영적 간호란 종교적 신앙에 기초하여 대상자가 절대자와 의미있는 관계를 갖도록 하거나 유지하도록 돕는 일련의 간호활동이라고 하였다(권혜진, 1989). 영적 간호는 환자가 마땅히 받아야 할 권리임에도 불구하고 간호실무에 있어서 일반적으로 신체적, 정신적 측면의 간호에 비해 소홀하게 다루어지고 있는 실정이다(정순화, 1990).

간호사들이 영적 간호를 제대로 수행하지 못하는 대부분의 원인은 인간의 영적 영역에 대하여 간호사 스스로 확신이 없고, 영적 간호에 대한 몰이해와 확인되지 않은 주관적 믿음에서 오는 확신의 부족과 관련된 간호사의 태도 때문이라 하였다(김옥란, 1981). 간호사들의 영적간호수행에 따른 문제들을 보면 시간이 부족해서, 지식이 부족해서, 신앙심이 부족해서 등으로 보고되고 있다(권혜진, 1989; 윤은주, 1987; Fish & Shelly, 1978).

호스피스 간호사와 일반 간호사를 대상으로 죽음에 대한 교육후 임종환자 간호에 대한 태도를 조사한 연구에서 두집단 모두 교육전보다 교육후에 임종환자 간호에 대한 긍정적인 태도변화를 보였으며, 두집단중 호스피스 간호사들이 더 긍정적인 경향을 보였다. 즉 죽음에 대한 교육과 임종환자 간호경험의 결합은 임종간호에 대해 더 긍정적인 태도변화를 일으켰다(Frommelt, 1991). 그리고 소와 조(1991)에 의하면 신체적, 정신적, 영적인 면을 합한 호스피스 간호가 말기암환자의 삶의 질을 높이는 데 효과적이었고, 박(1989)은 신체적, 정신적, 영적인 면에서 호스피스 간호를 제공하면 그 환자들의 신체적, 정서적, 영적인 고통, 갈등 및 불안이 현저하게 감소되어 좀 더 편안한 자세로 자신의 질병을 수용하며 임종에 대한 준비를 할 수 있다고 하였다.

이상을 종합해보면, 임종환자들은 신체적, 심리적, 영적인 측면에 대한 많은 요구를 가지고 있지

만, 그들의 요구는 거의 충족되지 못하고 있는 실정이며, 이를 충족시키는 간호사들의 임종간호수행에 대한 연구는 거의 이루어져 있지 않고 있음을 알 수 있었다. 그러므로 간호사들이 신체적 측면 위주의 임종간호에서 더 나아가 정신적, 사회적, 영적 측면을 포함한 전인적 임종간호수행을 위해서는 먼저 현재 임상에서 간호사들이 수행하고 있는 임종간호수행 정도를 파악하는 것이 필요하다.

간호사들이 자신의 역할에 대한 확고한 이념이나 신념이 없으면 역할수행에 많은 갈등을 경험하게 될 뿐 아니라(이숙진, 1985) 기능중심적인 간호에 치우치는 경향이 있다. 간호사들의 간호업무에 대한 태도점수가 높을수록 그 수행정도가 비례하여 높게 나타난 연구결과처럼(최순희, 김수진, 조복희, 1986) 행동의 의도는 대부분 태도 즉 행동의 방향을 정해주며 또한 통합시키는 내적요인으로 경험을 통하여 형성된 신념에 의해 결정된다(김원경, 1976; AJzen & Fishbein, 1972). 즉 간호사들의 죽음에 대한 성향은 임종간호를 수행하고자 하는 열의나 태도에 영향을 줄 수 있고 그 수행정도를 변화시킬 수 있다고 본다. 그러나 기존연구들에서 간호사들의 죽음에 대한 태도나 임종간호에 대한 태도 등만 조사하였고 태도와 임종간호수행의 관계에 대한 보고가 거의 없었으므로 죽음에 대한 성향과 간호사들의 임종간호수행 정도간에 어떠한 관계가 있는지를 파악해 볼 필요가 있다고 여겨진다.

따라서 본연구에서는 임종간호에 영향을 줄 수 있는 죽음에 대한 성향과 신체적, 심리적, 영적 영역을 포함하는 임종간호수행 정도 그리고 죽음에 대한 성향과 임종간호수행 간의 관계를 파악해 보고자 한다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 간호사들의 죽음에 대한 성향과 임종간호수행 정도 및 이들에 관련이 있는 요인들을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 광주광역시에 위치한 C대학병원의 간호사를 유한모집단으로 하고 다음의 기준에 의하여 128명을 편의표출하였다.

- 1) 병동에 근무하고 있는 간호사(분만실, 정신과 병동, 수술실, 중앙공급실, 인공신장실 제외)
- 2) 임종환자를 간호한 경험이 있는 간호사
- 3) 연구목적에 이해하고 참여를 수락한 간호사

3. 연구도구

본 연구에 사용될 도구는 대상자의 일반적 특성에 관한 6문항, 죽음에 대한 성향에 관한 25문항, 임종간호수행에 관한 22문항으로 총 53문항이다.

1) 죽음에 대한 성향 측정도구

죽음에 대한 성향 측정은 Thorson과 Powell (1988)의 죽음에 대한 성향 도구를 박(1992)이 번안하여 사용했던 도구로 총 25문항으로 구성된 4점척도이다. 점수범위는 최소 25점에서 최대 100점까지인데 평균점수가 75점 이상은 죽음에 대한 성향이 부정적인 것으로, 50점-75점 미만은 중간 수준으로, 50점 미만은 긍정적인 것으로 해석하였다. 본 연구의 Cronbach's Alpha=.83이었다.

2) 임종간호수행 측정도구

임종간호수행 측정은 연구자가 기존 문헌들(노유자 등, 1995; 김명자 등, 1993; 이대간호학연구소, 1990)을 기반으로 작성한 도구로 신체적 영역 8문항(1-8번), 심리적 영역 8문항(9-16번), 영적 영역 6문항(17-22번)의 총 22문항으로 구성된 4점척도이다. 점수범위는 최소 22점에서 최대 88점까지이며 점수가 높을수록 임종간호수행 정도가 높음을 의미한다. 본 연구의 Cronbach's Alpha=.93이었다.

4. 자료수집 방법

C 대학병원 간호부의 승인을 얻은 후 1996년

3월 13일부터 3월 19일까지 연구자가 각 병동의 수간호사와 간호사들에게 연구 목적을 설명한 후 질문지 189부를 직접 배부하였다. 그리고 연구자가 직접 회수한 질문지 150부(회수율 79%)중 응답이 불성실한 22부를 제외한 128부를 본 연구분석에 이용하였다.

5. 자료분석 방법

수집된 자료는 SAS Program을 이용하여, 간호사의 일반적 특성은 실수와 백분율로, 죽음에 대한 성향과 임종간호수행 정도는 최소값, 최대값, 평균과 표준편차로, 일반적 특성에 따른 죽음에 대한 성향과 임종간호수행 정도의 차이는 t 검정과 ANOVA 및 Duncan 검정으로 분석하였다. 그리고 죽음에 대한 성향과 임종간호수행 정도간의 관계는 Pearson's Correlation Coefficient로 분석하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 연령은 평균 28.6세였으며, 25-29세 이 46.9%로 가장 많았고, 결혼상태는 미혼이 약 2/3정도였다. 학력은 대졸 이상이 73.4%였고, 종교가 있는 군이 52.3%, 없는 군이 47.7%로 비슷한 분포를 보였다.

임상경력에는 평균 6.05년이었으며, 6년 이상이 37.4%로 가장 많았고 3년 미만과 3-5년인 군이 각각 31.3%로 동일한 분포를 보였다. 근무부서별로는 외과병동, 내과병동, 집중치료실 순으로 높게 나타났다.

2. 죽음에 대한 성향과 임종간호수행 정도

대상자의 죽음에 대한 성향 정도는 최소 37점, 최대 86점으로 평균 61.4점이었으며, 임종간호수행 정도는 최소 26점, 최대 88점으로 평균 45.5점이었다.

임종간호수행 정도를 각 영역별로 살펴보면 신체적 영역은 최소 10점, 최대 32점으로 평균 17.8점이었고, 심리적 영역도 최소 10점, 최대 32점으로 평균 19.5점이었으며, 영적 영역은 최소 6점, 최대 24점으로 평균 8.2점을 나타냈다.

각 영역에 따른 임종간호수행 정도를 항목별 평균으로 비교해 보면 심리적, 신체적, 영적 간호의 순으로 높은 경향을 나타냈다<표 1>.

<표 1> 죽음에 대한 성향과 임종간호수행 정도

	가능한 점수범위	최저-최고	평균(표준편차)	항목별 평균(표준편차)
죽음에 대한 성향	25-100	37-86	61.4(9.91)	2.5(.39)
임종간호수행	22- 88	26-88	45.5(9.27)	2.1(.42)
신체적 영역	8- 32	10-32	17.8(4.24)	2.2(.53)
심리적 영역	8- 32	10-32	19.5(4.23)	2.4(.53)
영 적 영역	6- 24	6-24	8.2(2.44)	1.4(.41)

3. 일반적 특성에 따른 죽음에 대한 성향 정도

<표 2> 일반적 특성에 따른 죽음에 대한 성향 정도

특 성 구 분	평균(표준편차)	t or F(p)
연 령 25세미만	62.7(7.67)	0.37(0.6930)
25-29세	60.7(10.17)	
30세이상	61.6(10.79)	
결혼상태 미 혼	62.4(9.48)	2.68(0.1041)
기 혼	59.4(10.54)	
학 령 전문대졸	62.0(10.95)	0.19(0.6666)
대졸이상	61.2(9.56)	
종 교 유 무	61.2(9.70) 61.7(10.22)	0.09(0.7669)
임상경력 3년미만	62.2(9.04)	0.24(0.7857)
3-5년	60.6(10.35)	
6년이상	61.4(10.39)	
근무부서 내과	59.3(11.47)	1.93(0.0945)
외과	61.3(9.72)	
부인과, 소아과	59.6(7.81)	
집중치료실	61.1(10.12)	
응급실	65.3(9.40)	
기타	67.8(6.54)	

*P<.05 by Duncan test

대상자의 일반적 특성에 따른 죽음에 대한 성향 정도는 본 연구에서 조사한 연령, 결혼상태, 학력, 종교, 임상경력, 근무부서에 따라 유의한 차이가 없었다. 그러나 미혼군이 기혼군보다, 근무부서별로는 응급실이 기타(피부과, 이비인후과, 특실병동 등)를 제외한 타부서보다 높은 경향을 보였다<표 2>.

4. 일반적 특성에 따른 임종간호수행 정도

대상자의 일반적 특성에 따른 임종간호수행 정도는 연령, 결혼상태, 종교, 임상경력, 근무부서에 따라 유의한 차이가 있었다.

즉 30세 이상군이 30세 미만의 두 군보다, 기혼군이 미혼군보다, 종교가 있는 군이 없는 군보다, 임상경력이 6년 이상인 군이 6년 미만의 두 군보다, 그리고 근무부서별로는 집중치료실이 타부서들보다 임종간호수행 정도가 각각 유의하게 높은 점수를 보였다<표 3>.

<표 3> 일반적 특성에 따른 임종간호수행 정도

특 성 구 분	평균(표준편차)	t or F(p)
연 령 25세미만	42.7(5.94)	* 11.48(.0001)
25-29세	43.0(8.38)	
30세이상	50.6(10.04)	
결혼상태 미 혼	43.7(7.51)	10.49(.0015)
기 혼	49.1(11.28)	
학 령 전문대졸	44.6(10.96)	.49(.4848)
대졸이상	45.9(8.62)	
종 교 유 무	47.2(9.84) 43.6(8.28)	5.01(.0270)
임상경력 3년미만	42.8(6.52)	* 10.30(.0001)
3-5년	42.8(8.51)	
6년이상	50.0(10.20)	
근무부서 내과	45.0(8.38)	* 3.73(.0036)
외과	44.9(7.48)	
부인과, 소아과	48.7(8.43)	
집중치료실	53.2(10.74)	
응급실	43.1(8.72)	
기타	49.8(8.29)	

*P<.05 by Duncan test

5. 일반적 특성에 따른 영역별 임종간호수행 정도

대상자의 일반적 특성에 따른 영역별 임종간호수행 정도를 살펴보면, 신체적 영역은 연령, 결혼상태, 임상경력, 근무부서에 따라 유의한 차이를 나타냈다. 심리적 영역은 연령, 결혼상태, 종교, 임상경력, 근무부서에 따라 유의한 차이를 나타냈다. 영적 영역은 연령, 결혼상태, 종교, 임상경력에 따라 유의한 차이를 나타냈다<표 4>.

6. 죽음에 대한 성향과 임종간호수행 정도의 관계

대상자의 죽음에 대한 성향과 임종간호수행 정도

간에는 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타났다.

그리고 죽음에 대한 성향과 영역별 임종간호수행 정도간의 관계도 신체적, 심리적, 영적 영역에서 모두 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타났다<표 5>.

<표 5> 죽음에 대한 성향과 임종간호수행 정도의 상관관계

	죽음에 대한 성향
임종간호수행	-.026 (.7746)
신체적 영역	-.127 (.1531)
심리적 영역	.059 (.5084)
영적 영역	.021 (.8088)

<표 4> 일반적 특성에 따른 영역별 임종간호수행 정도

영역 특성	신체적 M(SD)	t or F (p)	심리적 M(SD)	t or F (p)	영적 M(SD)	t or F (p)
연령						
25세미만	16.8(2.68)	7.26 (.0010)	18.7(3.28)	8.73 (.0003)	7.2(1.38)	8.30 (.0004)
25-29세	16.9(4.50)		18.4(4.03)		7.8(1.94)	
30세이상	19.7(4.02)		21.6(4.29)		9.3(3.08)	
결혼상태						
미혼	17.0(3.92)	9.72 (.0023)	19.0(3.82)	4.22 (.0419)	7.7(1.68)	10.45 (.0016)
기혼	19.4(4.44)		20.6(4.81)		9.1(3.31)	
학력						
전문대졸	17.6(4.55)	.19 (.6676)	18.7(4.11)	1.71 (.1934)	8.3(3.32)	.12 (.7343)
대졸이상	17.9(4.15)		19.8(4.25)		8.1(2.05)	
종교						
유	18.3(4.40)	1.42 (.2358)	20.2(3.97)	5.59 (.0196)	8.6(2.79)	5.41 (.0216)
무	17.4(4.05)		18.6(4.35)		7.7(1.86)	
임상경력						
3년미만	16.8(3.33)	7.03 (.0013)	18.6(3.47)	6.36 (.0023)	7.5(1.48)	8.80 (.0003)
3-5년	16.8(4.67)		18.5(4.13)		7.6(1.95)	
6년이상	19.6(4.05)		21.2(4.44)		9.3(3.02)	
근무부서						
내과	16.6(3.53)	6.23 (.0001)	19.2(3.83)	3.33 (.0075)	9.2(2.19)	.66 (.656)
외과	17.4(2.87)		18.2(3.41)		9.3(2.30)	
부인, 소아과	18.9(3.26)		20.3(4.35)		9.5(2.22)	
집중치료실	21.4(4.32)		21.7(4.58)		10.1(3.69)	
응급실	15.9(2.71)		17.8(3.96)		9.4(3.28)	
기타	18.1(3.24)		21.3(4.20)		10.4(2.23)	

*P<.05 by Duncan test

V. 논 의

간호사 자신의 죽음에 대한 성향이 어떠하며, 임종간호는 어느 정도로 수행되고 있는지 그리고 간호사의 죽음에 대한 성향과 임종간호수행 정도 간에 관계가 있는지를 파악하는 것은 실무에서 전인적 임종간호수행을 위한 계획에 필요한 기본적인 과정이라고 할 수 있다.

간호사들의 죽음에 대한 성향 정도는 평균 61.4점으로 나타났다. 이를 항목별 평균으로 환산해 보면 2.5점으로 죽음에 대한 성향 정도가 중간수준이라고 할 수 있는데 이는 호스피스 자원봉사자의 죽음에 대한 성향(항목별 평균=2.06점)보다는 조금 더 높게 나타나(박석춘, 1992) 간호사들이 죽음에 대해 더 부정적인 성향을 보이는 경향이 있다. 특히 죽음에 대한 불안, 염려, 위협 등을 나타낸 문항들에서 호스피스 자원봉사자들의 경우 1.45점에서 1.90점의 분포로 비교적 긍정적인 성향을 보인 반면, 간호사들은 1.79점에서 2.55점까지의 분포로 자원봉사자들보다 더 부정적인 성향을 나타냈다. 이는 자원봉사자들의 96.4%가 높은 종교성을 갖고 있었다는 점과 자원봉사를 하기 전에 호스피스 교육을 받는다는 점 등의 영향때문인 것으로 여겨진다. 따라서 간호사들이 죽음에 대한 긍정적인 성향을 지니도록 하기 위해서는 각 간호사의 종교나 임상경력 등에 대한 고려와 함께 죽음에 대한 지속적인 의식교육이 필요하다고 사료된다.

본 연구에서 연령, 결혼상태, 학력, 임상경력, 종교, 근무부서 등의 일반적 특성에 따라 죽음에 대한 성향 정도에 유의한 차이를 보이지 않았는데 이는 박(1992)의 결과와 동일하였으며, 죽음에 대한 태도를 조사한 전 등(1976)의 결과와도 유사하였다. 그러나 교육수준, 임종이나 죽음에 대한 교육, 임상경력이 증가함에 따라 죽음에 대한 불안이 증가한다고 한 연구들(Alexander & Ritchie, 1990; 윤희옥, 1986)이나 죽음에 대한 불안이 감소한다고 한 연구들(Frommelt, 1991; Stoller, 1980; Leaster et al., 1974)의 결과와는 차이를 보였다. 이러한 차이는 사용된 죽음에 대

한 반응을 측정하는 도구의 다양성에서 비롯된 것으로 여겨진다.

간호사들의 임종간호수행 정도는 가능한 점수 범위인 22-88점에서 평균 45.5점으로 나타났다. 이 평균을 100점 만점으로 환산했을 때 46.9점이므로 임종간호수행 정도는 낮은 편이었다. 이러한 결과는 임종환자에 대한 간호사들의 부정적인 이해(김주희 등, 1992)나 임종환자를 회피하려는 정서반응(조영숙, 1975) 등을 반영하는 것으로 간호사 자신의 임종환자에 대한 부정적인 태도가 임종간호수행에 영향을 미쳤을 것으로 여겨지므로 간호사들의 임종간호에 대한 태도변화와 이들의 임종간호수행에 영향을 미치는 저해요인의 파악이 필요함을 시사해준다 하겠다.

간호사들의 영역별 임종간호수행 정도를 비교해 보면 심리적 영역이 가장 높은 경향을 보였는데 이는 기존연구들(박후남, 1995; 전산초 등, 1976)에서 간호사들이 임종간호에서 신체적 측면을 가장 중요하게 생각하였으므로 신체적 간호수행 정도가 높을 것이라는 예측과 다소 차이가 있었다. 이런 차이는 간호사들이 신체적 간호를 수행하지 않는다고 보기보다는 종합병원의 현실정이 보호자를 상주시키고 있으므로 신체적 간호의 대부분이 가족들에 의해 수행되고 있기 때문인 것으로 사료된다.

또한 본 연구에서 영적 간호수행 정도가 가장 낮은 경향을 보인 결과는 94%의 간호사가 환자에게 영적 간호요구가 있다고 느꼈고, 99%의 간호사가 영적 간호가 필요하다고 생각하고 있지만 그 중 25%의 간호사만이 영적 간호를 수행해 보았다고 한 연구결과(권혜진, 1989)와 유사하다고 볼 수 있다. 그러나 임종환자의 영적요구를 충족시키기 위해 가장 적절한 사람이 간호사라고 한 결과(Taylor & Amenta, 1994) 등을 고려해 볼 때 영적인 문제를 전적으로 성직자에게 의존하기보다는 임상실무에서 영적 간호 제공을 위해 간호사들의 준비가 필요하다고 본다.

임종간호수행 정도에 유의한 차이를 보였던 대상자의 일반적 특성은 연령, 결혼상태, 종교, 임상경력 및 근무부서로 나타났다. 즉 임상경력이 6년

미만인 두군은 임종간호수행 정도가 비슷했으나 6년 이상인 군이 두군에 비해 임종간호 세 영역 모두에서 유의하게 높게 나타났다. 이는 경력이 많을수록 심리간호를 잘한다는 결과(기정숙, 1985)와 일맥상통하다고 볼 수 있다. 이와같이 임상경력이 낮은 군에서 임종간호수행 정도가 낮게 나타난 것은 임종간호를 할 기회가 적어서인지 아니면 죽음에 대한 불안이나 불편감 등으로 인해 간호를 회피한 결과인지 등의 그 원인을 규명해 볼 필요가 있겠다.

종교를 가진 군은 안 가진 군보다 임종간호수행 정도가 유의하게 높게 나타났으며, 영역별 임종간호수행 정도 비교에서도 심리적 영역과 영적 영역의 경우 종교를 가진 군에서 수행정도가 더 높았는데 이는 영적 간호 수행에 있어서 간호사의 종교적 특성이 밀접하게 관련되었다고 한 결과들(윤은주, 1987)과 유사하다고 할 수 있다.

근무부서별로는 집중치료실이 타부서들에 비해 임종간호수행 정도가 유의하게 높게 나타났다. 이는 타부서들과 달리 집중치료실은 각 환자마다 담당 간호사들이 있으며 보호자가 상주하지 않으므로 환자의 모든 요구들은 담당 간호사가 해결해야 하는 환경이며, 집중치료실 간호사들은 다른 병동보다 임종환자들을 자주 접한다는 점들이 임종간호수행에 영향을 미쳤을 것으로 사료된다. 그러나 영적 간호영역에서는 집중치료실이 타 부서에 비해 높은 영적간호수행의 경향을 보였지만 유의한 차이는 나타나지 않았는데 이는 영적 간호가 근무 환경이나 임종경험의 빈도보다는 종교적 특성같은 간호사 개인적인 특성의 영향을 더 받기 때문인 것으로 여겨진다.

본 연구에서 죽음에 대한 성향과 임종간호수행 정도간에 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 즉 간호사들의 죽음에 대한 성향은 중간정도이지만 임종간호수행 정도는 낮은편으로 나타났다. 이는 간호사의 대부분이 죽음에 대해 긍정적으로 생각하고 있고(황규정, 1981), 죽음에 대한 개념은 정립(김주희 등, 1992)했지만, 실무에서 임종환자를 간호할 때는 불안해하고 스트레스를 받는다는 결과들(이원호 역, 1995; Alexander & Ritchie,

1990)을 뒷받침해 준다고 볼 수 있다. 이는 또한 간호사들이 전적으로 죽음에 대한 불안이나 염려 등으로 인한 회피반응 또는 자아 방어반응으로 임종간호를 수행하지 않았다고보다는 고(1994)의 연구결과처럼 간호사가 임종환자 간호시 필요한 간호의 형태를 몰랐거나 임종환자와의 의사소통의 어려움 또는 시간이 없어서, 그리고 간호사들의 심리적 요인과 임상현장의 환경적 요인 등의 다른 변수들이 임종간호수행에 영향을 미쳤을 것으로 사료된다. 그러나 행동의 의도가 행동의 방향을 정해주며 통합시키는 내적요인임(김원경, 1976; Ajzen & Fishbein, 1972)을 고려해 볼때 이 두 변수간 관계는 호스피스 교육을 받은 간호사들을 대상으로 하거나 임종간호가 정책적으로 실시되고 있는 병원 간호사들을 대상으로 해서 재확인해 볼 필요가 있다고 본다.

따라서 본 연구결과에 의하면 임상현장에서 전인적 임종간호가 일반화되도록 하기 위해서는 간호사들의 죽음에 대한 긍정적인 성향으로의 변화와 임상현장에서의 임종간호수행을 위한 정책적인 방안모색이 필요하며 또한 임종간호수행에 직접적으로 영향을 미치는 여러측면의 요인들을 계속적으로 확인해야 할 필요성이 있다고 본다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 죽음을 맞이하는 대상자를 간호하는 간호사들의 죽음에 대한 성향과 임종간호수행 정도를 파악하여 전인적 임종간호가 일반화되는데 도움이 될 기초자료를 제공하고자 시도된 서술적 조사연구이다.

이를 위해 1996년 3월 13일부터 동년 3월 19일까지 광주광역시 소재의 C대학병원에 근무하고 있는 간호사 128명을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 연구도구는 Thorson과 Powell(1988)의 죽음에 대한 성향 측정도구를 박(1992)이 번안하여 사용한 도구와 연구자가 작성한 임종간호수행 측정도구를 사용하였다. 수집된 자료는 실수, 평균, 백분율, t-test, ANOVA와 Duncan 검증 및

Pearson's correlation coefficient를 산출하였으며, 연구결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 연령은 평균 28.6세로 25-29세가 가장 많았고(46.9%), 종교가 있는 군(52.3%)과 없는 군(47.7%)은 비슷한 분포를 보였다. 임상경력은 평균 6.05년으로 6년 이상이 가장 많았고(37.4%), 근무부서는 외과병동(34.4%), 내과병동(21.1%), 집중치료실(15.6%) 순으로 나타났다.
2. 죽음에 대한 성향 정도는 최소 37점, 최대 86점에서 평균 61.4점이며, 임종간호수행 정도는 최소 26점, 최대 88점에서 평균 45.5점으로 나타났다. 영역별 임종간호수행 정도를 항목별 평균으로 비교해 보면 심리적, 신체적, 영적 영역의 순으로 높은 경향을 보였다.
3. 죽음에 대한 성향 정도는 일반적 특성에 따라 유의한 차이를 나타내지 않았지만 미혼군이 기혼군보다, 근무부서별로는 응급실이 기타를 제외한 타부서보다 높은 경향을 보였다.
4. 일반적 특성에 따른 임종간호수행 정도는 연령, 결혼상태, 종교, 임상경력, 근무부서에 따라 유의한 차이를 나타냈다. 즉 30세이상군이 30세미만인 두 군보다, 기혼군이 미혼군보다, 종교가 있는 군이 없는 군보다, 임상경력이 6년이상인 군이 6년미만인 두 군보다 그리고 근무부서별로는 집중치료실이 타부서들보다 각각 유의한 차이로 높게 나타났다.
5. 일반적 특성에 따른 영역별 임종간호수행 정도를 살펴보면, 신체적 영역에서는 연령, 결혼상태, 임상경력, 근무부서에 따라, 심리적 영역은 연령, 결혼상태, 종교, 임상경력, 근무부서에 따라, 영적 영역은 연령, 결혼상태, 종교, 임상경력에 따라 유의한 차이를 나타냈다.
6. 죽음에 대한 성향과 임종간호수행 정도간에는 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 또한 영역별 임종간호수행과 죽음에 대한 성향 정도간에도 상관관계가 없었다.

이상으로부터 결론을 내리면 간호사들의 죽음에 대한 성향은 중간수준이었고 임종간호수행 정도는 낮은 편으로 나타났으며 영역별로는 영적간

호수행 정도가 가장 낮은 경향을 보였다. 따라서 모든 간호사들에게 죽음과 임종간호에 대한 지속적인 교육과 아울러 임상현장에서 전인적 임종간호가 일반화되도록 하는 방안의 모색이 필요하고 또한 죽음에 대한 성향과 임종간호수행에 영향을 미치는 다른요인들을 재확인 할 필요성을 시사해 준다고 하겠다.

본 연구 결과를 기반으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 도구의 표준화와 연구결과 일반화를 위해 표본수를 증가시켜 반복연구 할 것을 제언한다.
2. 임종환자 가족에 대한 간호측면도 포함한 임종간호수행 측정도구의 개발을 제언한다.
3. 임종간호수행 정도에 영향을 미치는 다른 주요인들을 파악하기 위한 반복연구를 제언한다.
4. 호스피스 교육을 받았던 간호사들 또는 호스피스가 정책적으로 시행되고 있는 병원에 근무하는 간호사들을 대상으로 죽음에 대한 성향과 임종간호수행 정도간의 관계를 파악하는 반복연구를 제언한다.

참 고 문 헌

고미자(1994). 죽음 및 임종환자간호에 대한 간호학사의 태도 조사 연구. 목포전문대학논문집, 제18집.

권혜진(1989). 간호사 및 간호학생의 영적 간호인지조사 연구. 간호학회지, 19(3), 233-239.

권혜진(1980). 죽음에 대한 성향에 관한 연구. 간호학회지, 10(2), 21-40.

김명자, 김금순, 김종임, 김정순, 박형숙, 송경애, 최순희(1993). 기본간호학 하권, 서울:수문사.

김영순(1988). 말기 암환자의 죽음에 대한 태도 조사 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

김옥란(1981). 임종환자의 심리상태와 이에 따르는 영적 간호. 중앙의학, 40(5), 379-383.

김원경(1976). 행동과학. 서울:박영사.

김정희(1990). 죽음 및 호스피스에 관한 의료인의

- 태도 조사 연구. 한양대학교 대학원 석사학위 논문.
- 김조자 등(1992). 성인간호학. 서울 : 수문사.
- 김주희, 전정자, 김분한(1992). 간호사와 간호학생의 임종환자 이해와 죽음에 대한 태도 조사 연구. 성인간호학회지, 4(1), 5-16.
- 가정숙(1985). 입원환자의 심리간호에 관한 연구. 조선대학교 대학원 석사학위논문.
- 노유자, 한성숙, 안성희, 김춘길(1995). 호스피스와 죽음. 서울 : 현문사.
- 민 순(1989). 암환자의 기독교 신앙 성숙과 불안과의 관계 연구. 간호학회지, 19(1), 118-126.
- 박석춘(1992). 호스피스 자원봉사자의 죽음의식에 관한 연구. 간호학회지, 22(1), 68-80.
- 박혜자(1989). 암환자를 위한 호스피스 케어에 관한 탐색적 연구. 대한간호, 28(3), 52-67.
- 박후남(1994). 죽음과 임종환자 간호에 대한 간호사의 태도. 최신의학, 37(8), 105-114.
- 소외숙, 조결자(1991). 호스피스 간호가 말기 암환자 삶의 질에 미치는 효과에 관한 연구. 간호학회지, 21(3), 418-435.
- 양매련, 조원정, 김조자, 이원희, 유지수(1990). 호스피스케어에 대한 평가 연구-세브란스 호스피스 중심으로-. 대한간호, 29(4), 51-72.
- 유계주(1974). 죽음의 태도에 관한 조사연구. 간호학회지, 4(1), 162-178.
- 윤은주(1987). 간호원의 종교적 특성과 영적 간호수행간의 관계 연구. 중앙의학, 52(9), 615-623.
- 윤희옥(1985). 간호원의 죽음에 대한 태도. 경북대학교 대학원 석사학위논문.
- 이미형(1985). 영적 간호 실시에 대한 간호원과 환자의 반응. 월간간호, 9(8), 51-60.
- 이숙진(1985). 간호원의 역할수행에 영향을 주는 요인에 대한 고찰. 월간간호, 94, 64-73.
- 이원호 역(1995). 죽음에의 대비교육. 히구치 가츠히코(엠펬이), 서울 : 문음사.
- 이원희(1988). 영적 간호. 대한간호, 27(1), 21-27.
- 이화여자대학교 간호대학 간호학연구소 엮음(1990). 임종과 간호 : 호스피스 케어. 서울 : 수문사.
- 전산초, 김조자, 최옥신, 유지수, 전경애(1976). 죽음과 살 가망이 없는 환자에 대한 간호학생과 간호원의 태도 조사 연구. 간호학논집, 1, 17-146.
- 정순화(1990). 간호사의 영적 간호교육이 환자의 영적 요구 인식과 간호수행에 미치는 영향, "과학의 날" 기념 간호학 종합 학술대회, 63-64.
- 조영숙(1982). 생명윤리와 죽음에 관한 고찰. 철도간전논문집, 2, 98.
- 조영숙(1975). 죽음을 앞둔 환자에 대한 간호학생과 간호원의 태도 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 최공옥(1991). 말기암환자의 임종 경험에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 최공옥(1980). 살가망이 없는 환자간호에 대한 교육이 간호학생의 태도에 미치는 경향에 관한 일 연구. 대한간호, 19(3), 50-59.
- 최순희, 김수진, 조복희(1986). 간호원들의 간호업무에 대한 태도 및 수행 정도에 관한 연구. 중앙의학, 50(3), 163-170.
- 최혜자(1975). 간호학생 및 간호원들의 죽음의 공포에 대한 조사 연구. 간호학회지, 5(1), 41-47.
- 황규정(1981). 살가망이 없는 환자 간호에 대한 간호원과 간호학생의 의식구조에 관한 일 연구. 가톨릭간호, 2, 67-76.
- AJzen, I & Fishbein, M(1972). Attitude of Normative Beliefs Influencing Behavior Intentions. Journal of Personality Social Psychology, 21, 1-9.
- Alexander, D. A. & Ritchie, E.(1990). 'Stresses' and difficulties in dealing with the terminal patient. Journal of Palliative Care, 6(3), 28-33.
- Baker, J. M. & Sorensen, K. C.(1963). A Patient's Concern with Death. A. J. N. July, 92.

- Croushore, T.(1973). Experience with dying patients—It's hard to sit with death. A. J. N. 73, 1060–1061.
- Fish, S. & Shelly, J. A.(1978). Spiritual Care—The Nurse's Role. New York : InterVarsity Christin Fellowship, 83–133.
- Frommelt, K. H. M.(1991). The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. The American Journal of Hospice & Palliative Care. 8(5), 37–43.
- Golub, S. & Reznikoff, M.(1971). Attitudes toward death. Nursing Research, 20(6), 503–508.
- Gow, C.M. & William, J.I.(1977). Nurses attitudes toward death and dying : Acausal interpretation. Soc. Sci. Med, 11, 191–198.
- Jeanne, E., Blumberg, L. E., & Drummond, E.(1971). Nursing care of the long term patient. New York : Springer Publishing Co. Inc., 108.
- Kastenbaum, R. J.(1986). Death, Society and Human Experience. 3rd ed., Columbus : Bell & Howell Co., 117–133.
- Kubler–Ross, E.(1969). On Death and Dying. New York : Macmillian Co., 31.
- Lester, D., Getty, C., & Kneisl, C. R.(1974). Attitudes of Nursing Students and Nursing Faculty toward Death. Nursing Research, 23, 50–53.
- Norman, A.(1966). The Pastoral care of the dying. London : S. P. C. K., 67.
- Pincus, L.(1979). 죽는 이와 남는 이를 위하여—이인복 역. 서울 : 교향성원.
- Stoller, E. P.(1980). Effect of Experience on Nurses' Responses to Dying and Death in the Hospital Setting. Nursing Research, 29(1), 35–38.
- Taylor, E. J. & Amenta, M.(1994). Midwifery to the soul while the body dies : spiritual care among hospice nurses. American Journal of Hopice & Palliative Care, 11(6), 28–35.
- Thorson, J. A. & Powell, F. C.(1988). Elements of Death Anxiety and Meaning of Death. Journal of Clinical Psychology, 44(5), 691–701.

Abstract

A Study on the Degrees of Death Orientation and Terminal Care Performance of Nurses

Park, Soon Joo* · Choi, Soon Hee**

This study has been done for the purpose of investigating the degrees of death orientation and terminal care performance. The factors related to these two variables, and the relationship between death orientation and terminal care performance.

The subjects of study were 128 nurses who implemented nursing care for terminally ill patients at C University Hospital in Kwang Ju city.

The data were collected from March 13 to 19, 1996, by means of Death Orientation by Thorson Powell(1988) and Terminal Care Performance Scale by researcher.

The data were analysed by t-test, ANOVA, Duncan test and Pearson's correlation coefficient.

* Chonnam National University Medical School
Department of Nursing

** Chonnam National University Medical School
Department of Nursing

The Results of this study were summarized as follows :

1. The mean score of death orientation was 61.4. The degree of death orientation showed no significant difference depending on the general characteristics of nurses.
2. The mean score of terminal care performance was 45.5. In comparison of the degree of terminal care performance among three domains, the mean score of each item tended to show higher degrees in order of 'Psychological domain(2.4)', 'Physical domain(2.2)', 'Spiritual domain(1.9)'.
3. The degree of terminal care performance showed significant differences in age ($F=11.48$ $p=.0001$), marital status($t=10.49$ $p=.0015$), religion($t=5.01$ $p=.0270$), period of clinical experience($F=10.30$ $p=.0001$) and ward unit($F=3.73$ $p=.0036$). The degree of terminal care performance in physical domain showed significant differences in age($F=7.26$ $p=.0010$), mari-

tal status($t=9.72$ $p=.0023$), period of clinical experience($F=7.03$ $p=.0013$), ward unit($F=6.23$ $p=.0001$). The degree of terminal care performance in psychological domain showed significant differences in age($F=8.73$ $p=.0003$), marital status($t=4.22$ $p=.0419$), religion($t=5.59$ $p=.0196$), period of clinical experience($F=6.36$ $p=.0023$), ward unit($F=3.33$ $p=.0075$).

The degree of terminal care performance in spiritual domain showed significant differences in age($F=8.30$ $p=.0004$), marital status($t=10.45$ $p=.0016$), religion($F=5.41$ $p=.0216$), period of clinical experience ($F=8.80$ $p=.0003$).

4. The relationship between the degrees of death orientation and terminal care performance showed no correlation($r=-.026$ $p=.7746$).

**Key Concept : death orientation
terminal care performance**