

Original Article

간호사의 죽음불안과 임종간호스트레스 및 임종간호수행

우영화 · 김경희* · 김기숙[†]

중앙대학교병원 15병동, *중앙대학교 간호학과, [†]창원대학교 간호학과

Death Anxiety and Terminal Care Stress among Nurses and the Relationship to Terminal Care Performance

Young Wha Woo, R.N., MSN, Kyung Hee Kim, R.N., Ph.D.* and Ki Sook Kim, R.N., Ph.D.[†]

Unit 15, Department of Nursing, Chung-Ang University Hospital, Seoul, Department of Nursing, *Chung-Ang University, Seoul, [†]Changwon National University, Changwon, Korea

Purpose: This study was conducted to examine how nurses' death anxiety and terminal care stress affect their terminal care performance in the clinical setting. **Methods:** The study enrolled 180 registered nurses with experience of attending dying patients at a university hospital located in Seoul, Korea. Collected data were analyzed with descriptive statistics, one-way ANOVA and Pearson's correlation using SPSS 18.0 for Windows. **Results:** Nurses showed significant differences in the level of death anxiety and terminal care stress as well as terminal care performance by working division, marital status, educational background and hospice training. A significant relationship was found between terminal care stress and terminal care performance. **Conclusion:** The study results showed that efforts to ease nurses' death anxiety and terminal care stress could improve their terminal care performance. Further study should be conducted to investigate other factors that affect nurses' terminal care performance from various perspectives and develop a terminal care manual which can be used as guidance for nurses in charge of terminal patient care.

Key Words: Death, Anxiety, Terminal care, Stress, Nursing services

서론

1. 연구의 필요성

우리나라는 전통적으로 임종을 가족과 친지에 의해 집에서 행하였으나 오랜 관습에서 벗어나 병원에서 임종을 맞이하는 경우가 늘어나고 있다. 통계청의 사망원

인통계 자료를 이용하여 임종장소를 분석한 결과, 1998년 28.5%였던 병원에서의 임종이 2006년도에는 54.7%, 2010년에는 67.6%로 십여 년 전보다 2배 이상 상승되었으며 현재도 꾸준히 상승되고 있다(1).

현재 대부분의 의료기관은 질병치료 중심으로, 임종환자들은 바쁜 업무 등의 이유로 종종 소외되거나 방치되기도 하며(2), 무의미한 연명치료를 위해 필요하지 않

Received November 29, 2012, Revised December 26, 2012, Accepted February 5, 2013

Correspondence to: Ki Sook Kim

Department of Nursing, Changwon National University, 20, Changwondaehak-ro, Uichang-gu, Changwon 641-773, Korea.

Tel: +82-55-213-3572, Fax: +82-55-213-3579, E-mail: kskim2011@changwon.ac.kr

This article is a revision of the first author's master's thesis from Chung-Ang University.

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

은 검사와 치료가 계속되기도 한다(3).

임종환자들은 죽음에 대한 두려움은 물론 사랑하는 사람과의 이별로 인한 슬픔, 즉, 고립과 외로움, 절망감, 불안과 공포 등의 부정적 사회적, 심리적 반응을 겪는다. 임종환자의 가족 또한 슬픔, 나약함, 위축감을 경험하고, 의료비 지출에 따른 경제적인 부담으로 일상적인 평형 상태가 깨질 뿐만 아니라 상실이라는 커다란 위기를 맞게 된다(4). 임종환자와 가족들은 무엇보다도 질환에 따른 환자의 신체적인 고통을 덜기 위한 전문적인 통증관리와 환자의 불편감의 해결을 원하고 있으며(5), 임종 과정에서 다양한 간호요구를 보임과 동시에 의료정보의 제공, 신체적, 정서적 영역의 간호를 바란다(6). 체계적인 임종간호는 임종 환자와 가족의 죽음에 대한 스트레스, 불안 및 우울감을 감소시킬 뿐만 아니라 환자 및 가족이 지각한 환자의 죽음의 질에 대한 만족도를 높이는 결과를 가져온다(7). 따라서 간호사는 임종간호를 통하여 대상자가 적극적인 자세로 죽음의 의미를 추구하고 받아들일 수 있도록 도와주어야 한다. 이러한 돌봄 정신은 호스피스 간호사뿐 아니라 일반 간호사에게도 매우 중요한 역할이다(8). 간호사들은 이러한 임종간호 제공시 자신을 하나의 간호도구로 사용하기 때문에 간호사 개인의 심리적, 영적 특성과 수용성에 따라 임종간호수행에 영향을 미칠 수 있다(9).

그러나, 간호사는 임종을 앞둔 환자를 돌보면서 육체적인 피로와 함께 환자를 살리기 위해 아무것도 할 수 없다는 무력감, 환자가 죽을 경우 보상 없는 헌신과 절망감 등과 같은 심리적인 고통으로 일반 환자를 간호할 때와는 또 다른 스트레스를 경험하게 된다(8). 간호사들은 불안, 분노를 표현하는 임종환자들을 대하는데 어려움을 호소하고, 임종환자들의 고통과 요구가 증가할수록 간호사는 에너지가 소모되며 가중된 스트레스는 직업적 소진으로 이어지면서 환자를 돌보는데 소극적인 태도를 취하게 되고 심지어 이직과도 연결된다(10,11). 또한 임종을 맞이하는 환자와 가족은 다양한 심리적 사회적 어려움을 안고 있어서 고도의 숙련된 간호를 필요로 하지만 일부 간호사들은 이들을 방치할 뿐 아니라 자신도 많은 고통과 어려움을 겪고 있다(2). 죽음에 대한 가치관이 정립되지 않은 상태에서 간호를 하게 되어 타인의 죽음을 바라볼 때 불안, 우울감, 부담감 등 부정적 심리를 지니게 되어 임종환자에게 무관심한 표정을 짓거나 회피하는 경향이 생긴다(12). 이러한 간호사의 죽음불안은 임종환자와 가족과의 관계에서 적극적 의사소통을 할 수 없게 한다(13). 이와 같이 간호사의 높은

스트레스와 죽음불안 정도는 임종환자 간호의 장애 요인이 되기 때문에 간호사는 효율적인 임종간호를 제공하지 못하고, 기본적인 업무만을 수행하게 되므로 효율적인 임종간호를 제공하기 위한 전략이 필요하다.

지금까지의 임종간호와 관련된 연구는 임종간호 경험(2,8,14) 등 질적 접근 및 임종징후(15), 간호학생을 대상의 프로그램 중재연구(16)가 이루어진바 있으며 임종간호수행과 간호사의 죽음에 대한 태도 및 성향, 영적 안녕과의 관련성을 보고한 연구가 있다(9,17). 죽음불안과 관련된 연구는 대부분 환자 중심의 연구이며 간호사를 대상으로 한 연구는 제한적이고(16), 수행된 연구도 대부분이 중환자실이나 호스피스 시설, 너싱홈 등 일부 특수 병동 환자 및 간호사를 주로 연구대상으로 하고 있다(5,18). 또한 다양하게 연구되고 있는 간호사의 업무 스트레스 관련 요인에 비해 임종간호 스트레스에 대한 연구는 대처방법 외에 거의 연구되지 않았다(19). 그러나 임종환자를 간호하는 간호사의 경우 죽음의 가치관을 정립하지 못한 상태에서 죽음을 부정적으로 인식하고, 특히 일반병동에 근무하는 간호사는 죽음에 대한 이해와 준비가 부족하여 임종간호수행의 장애요인이 되고 있는데 반해(20), 간호사의 효율적 임종간호수행 및 죽음불안, 임종간호스트레스와 관련된 연구는 미흡한 실정이다. 따라서 본 연구는 임상 간호사를 대상으로 간호사의 죽음불안, 임종간호스트레스, 임종간호수행을 파악하고 변수간의 상관관계를 규명하여 효율적인 임종간호중재를 개발하는데의 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 간호사의 죽음불안과 임종간호스트레스 및 임종간호수행에 관한 상관관계를 확인하고자 함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 죽음불안, 임종간호스트레스 및 임종간호수행을 파악한다.
- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 죽음불안, 임종간호스트레스 및 임종간호수행의 차이를 확인한다.
- 3) 대상자의 임종간호수행과 죽음불안 및 임종간호스트레스와의 상관관계를 확인한다.

대상 및 방법

1. 연구설계

본 연구는 간호사들의 죽음불안과 임종간호스트레스

및 임종간호수행 정도를 파악하고 제 변수간의 상관관계를 확인하기 위한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집 방법

대상자는 서울시에 소재한 일개 상급 종합병원에서 근무하는 간호사 중 임종환자를 간호한 경험이 있는 간호사 180명이다. 연구시작 전 연구자가 서울시 소재 일개 상급 종합병원 간호부로부터 자료수집 허락을 받았으며 연구자 소속 대학의 연구윤리위원회로부터 연구승인을 받았다. 자료수집은 2011년 12월부터 2012년 1월까지 진행되었다. 설문지 배부 시 연구자가 각 병동의 수간호사와 간호사에게 연구의 목적을 설명하였고, 설문조사에 참여할 것을 서면 동의한 간호사에게 설문지를 배부하고, 설문지 작성 후 밀봉하여 일정 장소에 보관하도록 한 후 연구자가 직접 수거하였다. 설문지는 간호사가 자가 측정하는 방법으로 작성하도록 하였고 총 200부의 설문지를 배부하여 196부(98%)를 회수하였다. 회수된 설문지 중 내용이 불충분한 자료 16부를 제외한 180부(90%)를 본 연구에 사용하였다. 표본수를 산출하기 위하여 G*power 3.1.3 프로그램을 이용하여 계산한 대상자 수는 상관분석의 경우 중간정도의 효과크기(r) 0.3과 유의수준(α) 0.05, 검정력 95%를 기준으로 했을 때 양측검정의 경우 138명이었으므로 적절하여 본 연구의 최종 대상자 180명은 충분하다고 할 수 있다.

3. 연구 도구

1) 죽음불안: 죽음불안은 Thorson과 Powell(21)이 개발한 RDAS (Revised Death Anxiety Scale)를 Park(22)이 한국인을 대상으로 수정 보완한 도구로 측정하였다. 연구시작 전 James Thorson에게 이메일로 연구목적과 범위를 알리고 사용 허락을 받았다. 본 도구는 총 34문항으로 죽음의 의미, 고립, 타인에 대한 염려, 사후의 불확실성, 능력 상실, 부존재, 죽음의 장소 및 방법 등 7가지 하부영역으로 구성되어 있으며, 각 문항에 대하여 ‘아주 그렇다’(4점)에서 ‘전혀 그렇지 않다’(1점)까지 응답하도록 하였다. 점수가 높을수록 죽음에 대한 염려나 불안정도가 높은 것을 의미한다. 도구의 신뢰도 Cronbach's α 값은 Park(22)의 연구에서 0.96이었으며, 본 연구에서는 0.91이었다.

2) 임종간호스트레스: 임종간호스트레스는 Lee 등(19)의 도구로 측정하였다. 본 도구는 총 40문항으로 환자 및 보호자의 임종에 대한 부정적 태도, 시간 할애의 어려움, 부담감, 업무량과중, 인간적 갈등, 기술부족, 의료한

계에 대한 갈등 등 7가지 하부영역으로 구성되어 있다. 각 문항에 대하여 ‘매우 그렇다’(5점)에서 ‘전혀 아니다’(1점)까지 응답하도록 하였으며, 점수가 높을수록 임종간호스트레스가 높은 것을 의미한다. 도구의 신뢰도 Cronbach's α 값은 Lee 등(19)의 연구에서 0.93이었으며, 본 연구에서는 0.95였다.

3) 임종간호수행: 임종간호수행은 Park과 Choi(17)가 개발한 도구를 이용하여 측정하였다. 총 22문항으로 신체적 영역, 심리적 영역, 영적 영역 등 3개의 하부영역으로 구성되어 있으며, ‘항상 그렇다’(4점)에서 ‘전혀 그렇지 않다’(1점)까지 4점 Likert척도이다. 점수가 높을수록 임종간호수행정도가 많은 것을 의미한다. 도구의 신뢰도 Cronbach's α 값은 개발당시 0.96이었으며, 본 연구에서는 0.86이었다.

4. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS (Statistical package for the social science) 18.0 windows program을 이용하여 분석하였으며, 통계분석에 이용된 구체적인 방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율, 평균 및 표준편차 등으로 제시하였다.
- 2) 대상자의 죽음불안, 임종간호스트레스 및 임종간호수행은 평균 및 표준편차 등으로 제시하였다.
- 3) 대상자의 일반적 특성에 따른 임종간호수행, 죽음불안, 임종간호스트레스의 차이는 t-test와 ANOVA, Duncan 검정으로 알아보았다.
- 4) 대상자의 임종간호수행과 죽음불안 및 임종간호스트레스의 관계는 Pearson's correlation Coefficient로 파악하였다.

결 과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 연령은 평균 28세였으며 28세 이상 89명(49.4%), 25~27세가 60명(33.3%), 25세 미만이 31명(17.2%)이었다. 대부분 미혼 144명(80.0%)이었으며. 종교는 ‘없다’가 95명(52.8%), ‘있다’가 85명(47.2%)이었다. 임상경력은 평균 5년 8개월이었고, 5년 이상이 95명(52.8%)으로 가장 많았다. 교육정도는 전문대학졸업이 96명(53.3%), 4년제 대학 졸업 62명(34.4%), 대학원 이상 22명(12.2%)이었다. 일반간호사가 168명(93.3%), 책임간호사 이상이 12명(6.7%)이었다. 근무부서는 내과병동이 75명(41.7%)으로 가장 많았고, 중환자실이 46명(25.6%), 기타는 27명(15.0%), 외

과병동이 18명(10.0%), 응급실은 14명(7.8%) 순이었다. 호스피스 교육 경험 유무에 대해서는 ‘없다’가 124명(68.9%), 가족 및 친지의 임종 경험의 경우 ‘있다’가 114명(63.3%)이었다(Table 1).

2. 죽음불안, 임종간호스트레스 및 임종간호수행 정도

죽음불안, 임종간호스트레스 및 임종간호수행은 Table 2와 같다. 죽음불안 평균평점은 2.72점(±0.45)이었다. 각 영역별로는 고립, 타인에 대한 염려, 능력 상실, 죽음 장소 및 방법, 죽음의 의미, 부존재, 사후의 불확실성 순이었다. 임종간호스트레스는 평균 3.84점(±0.47)이었으며 업무량 과중, 의료한계에 대한 갈등, 환자 및 보호자의 임종에 대한 부정적 태도, 임종환자와의 인간적 갈등, 임종환자에 대한 시간 할애의 어려움, 전문지식과 기술 부족, 임종환자 간호에 대한 부담감 순이었다. 임종간호수행은 평균평점은 2.42점(±0.43)이었으며 영역별로 살펴보면, 신체적 영역, 심리적 영역, 영적 영역 순으로 나타났다.

Table 1. General Characteristics (N=180).

Variables	Categories	N (%)	Mean (±SD)
Age	< 25	31 (17.2)	28.03 (±4.20)
	25 ~ 27	60 (33.3)	
	≥ 28	89 (49.4)	
Marriage	No	144 (80.0)	
	Yes	36 (20.0)	
Religion	Have	85 (47.2)	
	None	95 (52.8)	
Clinical experience (years)	2 <	27 (15.0)	5.65 (±4.28)
	2 ~ 4	58 (32.2)	
	≥ 5	95 (52.8)	
Education level	College	96 (53.3)	
	University	62 (34.4)	
	Graduate school	22 (12.2)	
Position	Staff nurse	168 (93.3)	
	≥ Charge nurse	12 (6.7)	
Department	Internal medicine ward	75 (41.7)	
	Surgery ward	18 (10.0)	
	ICU	46 (25.6)	
	ER	14 (7.8)	
	Others	27 (15.0)	
Experience of hospice education	Yes	56 (31.1)	
	No	124 (68.9)	
Experience of death family of close relatives	Yes	114 (63.3)	
	No	66 (36.7)	

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 죽음불안, 임종간호스트레스 및 임종간호수행

대상자의 일반적 특성에 따른 죽음불안은 근무부서 (F=2.47, P=0.046)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었으며 중환자실에서의 죽음불안이 가장 높았다. 임종간호스트레스는 결혼여부(t=4.93, P=0.028), 현재직위 (F=4.65, P=0.032), 근무부서(F=2.56, P=0.040)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 기혼인 경우가 임종간호스트레스가 높았으며 책임간호사가 일반간호사보다 높은 것으로 나타났다. 그러나 결혼여부와 현재 직위를 공변량으로 통제하고 각각의 효과를 검정한 결과 현재직위를 통제한 후 결혼여부에 따른 임종간호스트레스는 차이가 있었으며(F=4.498, P=0.035), 결혼여부를 공변량으로 하고 현재직위에 따른 임종간호스트레스를 확인한 결과 통계적으로 유의하지 않았다(F=3.445, P=0.065). 또한 근무부서에 따라서는 기타 부서의 간호사가 가장 임종간호스트레스가 높았으며

Table 2. The Levels of Death Anxiety, Terminal Care Performance, Terminal Care Stress (N=180).

Variables	Categories	Mean (±SD)
Terminal care performance	Physical area	2.76 (±0.56)
	Psychological area	2.69 (±0.49)
	Spiritual area	1.59 (±0.60)
	Subtotal	2.42 (±0.43)
Terminal care stress	Negative attitude for patient and his/her family members	3.92 (±0.58)
	Difficulty of sharing time to dying patient	3.81 (±0.56)
	Burden about bereavement care	3.57 (±0.65)
	Overloaded duty	4.02 (±0.66)
	Human relation conflict with dying patient	3.91 (±0.57)
Death anxiety	Insufficiency in professional knowledge and skill	3.77 (±0.64)
	Conflict about medical limit	3.92 (±0.58)
	Subtotal	3.84 (±0.47)
	Meaning of death	2.63 (±0.48)
	Isolation	3.34 (±0.56)
	Concerned about those who get left	3.05 (±0.52)
	Uncertainty after death	2.46 (±0.61)
	The loss of the ability	2.73 (±0.59)
Do not exist	2.60 (±0.64)	
Place of death, and how	Place of death, and how	2.80 (±0.59)
	Subtotal	2.72 (±0.45)

응급실, 내과병동, 외과병동, 중환자실 순으로 나타났다. 사후분석결과 기타부서의 간호사가 외과병동, 중환자실 간호사보다 임종간호스트레스를 더 높게 인지하고 있었다. 임종간호수행은 결혼여부($t=4.710, P=0.031$), 교육정도($F=4.673, P=0.010$), 근무부서($F=12.307, P<0.001$), 호스피스 교육경험($t=5.233, P=0.023$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 기혼이 미혼보다 임종간호수행이 많았고 교육정도에 따라서는 대학원이상, 전문대학, 4년제 대학 졸업 순으로 임종간호수행을 많이 하고 있는 것으로 나타났다. 사후분석결과 대학원 이상 학력이 전문대학졸업, 4년제 대학 졸업 간호사보다 임종간호수행을 많이 하고 있었다.

근무부서에 따라서는 중환자실, 기타병동, 외과병동, 내과병동, 응급실 순으로 임종간호수행빈도가 높았다. 사후분석을 실시한 결과, 중환자실과 기타가 임종간호수행을 가장 많이 하는 집단으로 나뉘었고, 그 다음으로 내과병동, 마지막으로 응급실로 나뉘었다. 호스피스

교육경험이 있는 경우 교육경험이 없는 경우보다 임종간호수행을 더 많이 실시한 것으로 나타났다(Table 3).

4. 임종간호수행과 죽음불안, 임종간호스트레스의 상관관계

임종간호수행과 죽음불안, 임종간호스트레스의 상관관계 분석 결과, 전체적으로 임종간호수행은 임종간호스트레스와 정상관관계가 있는 것으로 나타났다($r=0.134, P=0.037$). 임종간호수행 중 신체적 영역은 죽음불안 중 ‘타인에 대한 염려’($r=0.144, P=0.027$), ‘죽음 장소 및 방법’($r=0.125, P=0.048$)와 정상관관계가 있었으며 임종간호스트레스 중 ‘부정적태도’($r=0.151, P=0.022$), ‘시간할애의 어려움’($r=0.154, P=0.019$), ‘인간적 갈등’($r=0.193, P=0.005$)과 정 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 임종간호수행 중 심리적 영역은 ‘부정적 태도’($r=0.232, P=0.001$), ‘시간할애의 어려움’($r=0.202, P=0.003$), ‘부담감’($r=0.161, P=0.015$), ‘업무량 과중’($r=0.135, P=0.036$), ‘인간적 갈등’($r=0.216,$

Table 3. Differences Death Anxiety, Terminal Care Performance and Terminal Care Stress by General Characteristics.

Variables	Categories	Terminal care performance		Terminal care stress		Death anxiety	
		M (±SD)	t/F (P)	M (±SD)	t/F (P)	M (±SD)	t/F (P)
Age	<25	2.42 (±0.42)	2.00 (0.138)	3.84 (±0.43)	1.86 (0.158)	2.86 (±0.40)	1.84 (0.161)
	25~27	2.33 (±0.44)		3.74 (±0.49)		2.73 (±0.46)	
	≥28	2.48 (±0.43)		3.90 (±0.47)		2.68 (±0.45)	
Marriage	No	2.38 (±0.42)	4.71 (0.031)	3.79 (±0.48)	4.93 (0.028)	2.74 (±0.47)	0.740 (0.391)
	Yes	2.55 (±0.45)		2.67 (±0.34)			
Religion	Have	2.42 (±0.47)	0.028 (0.867)	3.86 (±0.50)	0.600 (0.439)	2.66 (±0.46)	3.07 (0.081)
	None	2.41 (±0.39)		3.81 (±0.45)		2.78 (±0.42)	
Clinical experience (years)	2<	2.46 (±0.44)	1.88 (0.155)	3.84 (±0.45)	0.010 (0.986)	2.88 (±0.40)	2.38 (0.095)
	2~4	2.33 (±0.44)		3.83 (±0.50)		2.74 (±0.53)	
	≥5	2.46 (±0.42)		3.84 (±0.47)		2.67 (±0.40)	
Education level	College [Ⓐ]	2.38 (±0.42)	4.67 (0.010) ^{Ⓐ, Ⓑ<Ⓒ}	3.78 (±0.44)	1.77 (0.173)	2.71 (±0.46)	0.78 (0.459)
	University [Ⓑ]	2.37 (±0.41)		3.86 (±0.45)		2.78 (±0.42)	
	Graduate school [Ⓒ]	2.67 (±0.44)		3.98 (±0.63)		2.65 (±0.45)	
Position	Staff nurse	2.40 (±0.43)	2.47 (0.118)	3.81 (±0.46)	4.65 (0.032)	2.73 (±0.45)	0.22 (0.637)
	≥Charge nurse	2.60 (±0.43)		4.11 (±0.47)		2.66 (±0.44)	
Department	Internal medicine ward [Ⓐ]	2.33 (±0.37)	12.30 (<0.001) ^{Ⓓ<Ⓐ<Ⓒ, Ⓔ}	3.83 (±0.47)	2.56 (0.040) ^{Ⓑ, Ⓒ<Ⓔ}	2.62 (±0.42)	2.47 (0.046) ^{Ⓐ<Ⓒ}
	Surgery ward [Ⓑ]	2.46 (±0.40)		3.76 (±0.55)		2.79 (±0.27)	
	ICU [Ⓒ]	2.61 (±0.36)		3.71 (±0.46)		2.87 (±0.51)	
	ER [Ⓓ]	1.87 (±0.53)		3.89 (±0.34)		2.64 (±0.40)	
	Others [Ⓔ]	2.59 (±0.35)		4.06 (±0.42)		2.76 (±0.46)	
Experience of hospice education	Yes	2.52 (±0.46)	5.23 (0.023)	3.91 (±0.38)	2.53 (0.113)	2.75 (±0.45)	0.19 (0.658)
	No	2.37 (±0.41)		3.79 (±0.50)		2.71 (±0.45)	
Experience of death family of close relatives	Yes	2.44 (±0.45)	1.27 (0.261)	3.86 (±0.43)	1.55 (0.214)	2.73 (±0.39)	0.05 (0.810)
	No	2.37 (±0.39)		3.77 (±0.53)		2.71 (±0.53)	

Table 4. Correlations among Terminal Care Performance, Death Anxiety and Terminal Care Stress.

TCP*	Death anxiety r (P)								Terminal care stress r (P)							
	MD	IS	CL**	UD ^{††}	LA ^{††}	DE ^{§§}	PD	Sub total	NA ^{¶¶}	DS ^{***}	BB ^{†††}	OD ^{†††}	HC ^{§§§}	IK	CL ^{¶¶¶}	Sub total
PA [†]	-0.003 (0.485)	0.068 (0.182)	0.144 (0.027)	0.023 (0.382)	0.038 (0.305)	0.064 (0.197)	0.125 (0.048)	0.042 (0.289)	0.151 (0.022)	0.154 (0.019)	0.075 (0.159)	0.026 (0.366)	0.193 (0.005)	0.061 (0.210)	0.081 (0.141)	0.143 (0.027)
PSA [†]	-0.016 (0.415)	0.030 (0.346)	0.072 (0.169)	0.013 (0.429)	0.048 (0.261)	0.067 (0.186)	0.050 (0.252)	0.023 (0.382)	0.232 (0.001)	0.202 (0.003)	0.161 (0.015)	0.135 (0.036)	0.214 (0.002)	0.070 (0.174)	0.131 (0.040)	0.225 (0.001)
SA [§]	0.009 (0.454)	-0.207 (0.003)	-0.048 (0.261)	0.096 (0.100)	0.095 (0.103)	0.048 (0.260)	0.012 (0.436)	0.013 (0.431)	-0.040 (0.298)	-0.055 (0.232)	0.041 (0.291)	-0.115 (0.062)	-0.109 (0.072)	-0.126 (0.046)	-0.074 (0.160)	-0.074 (0.163)
Sub total	-0.005 (0.475)	-0.035 (0.323)	0.080 (0.142)	0.053 (0.240)	0.074 (0.161)	0.077 (0.153)	0.085 (0.129)	0.034 (0.324)	0.153 (0.020)	0.136 (0.034)	0.119 (0.057)	0.024 (0.374)	0.139 (0.031)	0.010 (0.448)	0.064 (0.196)	0.134 (0.037)

*TCP: terminal care performance, †PA: physical area, †PSA: psychological area, §SA: spiritual area, ||MD: meaning of death, ||IS: isolation, **CL: concerned about those who get left, ††UD: uncertainty after death, ††LA: the loss of the ability, §§DE: do not exist, ||PD: place of death, and how, ¶¶NA: negative attitude for patient and his/her family members, ***DS: difficulty of sharing time to dying patient, †††BB: burden about bereavement care, †††OD: overloaded duty, §§§HC: human relation conflict with dying patient, ||||IK: insufficiency in professional knowledge and skill, ¶¶¶CL: conflict about medical limit.

P=0.002), ‘의료한계에 대한 갈등’(r=0.131, P=0.040)과 정 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 임종간호수행 중 영적 영역은 죽음불안 중 ‘고립’(r=-0.207, P=0.003)과 부적 상관관계가 있었으며 임종간호스트레스 중 ‘전문 지식과 기술부족’(r=-0.126, P=0.046)과 부적 상관관계가 있었다(Table 4).

고 찰

본 연구는 간호 실무 현장에서 간호사의 죽음불안과 임종간호스트레스 및 임종간호수행의 상관관계를 확인하여 효율적인 임종간호 증진에 개발에 필요한 기초자료를 제공하고자 시도되었다. 연구결과를 중심으로 다음과 같이 논의하고자 한다. 본 연구의 자료 분석 결과 간호사의 죽음불안은 2.72점으로 나타났는데 이는 동일한 죽음불안 측정도구로 호스피스 자원봉사자들을 대상으로 한 Kim과 Lee(23)의 연구에 비해(평균 2.12점) 높은 점수였다. 이는 본 연구는 약 70%의 대상자가 호스피스 교육을 받은 경험이 없는 간호사로 대부분이 호스피스 기본교육을 이수한 자원봉사자를 대상으로 한 선행연구와 비교하였을 때 죽음불안이 상대적으로 높은 결과로써 간호사 계속교육에서의 호스피스 교육 확대에 대한 시사점이 크다 하겠다.

간호사의 일반적 특성에 따른 죽음불안 차이를 분석한 결과, 근무부서에 따라 유의한 차이가 있었다. 본 연구에서는 중환자실 간호사의 죽음불안이 2.87점으로 가장 높았는데 중환자실은 다른 부서에 비해 죽음으로 인

한 외상후 스트레스 장애(Post Traumatic Stress Disorder, PTSD) 등 스트레스의 위험이 특히 높으며(24) 이러한 죽음을 자주 접하는 근무부서의 특성이 죽음불안에 영향을 주었다고 생각된다. 따라서 간호사의 죽음불안 관리 프로그램 개발 시 환자의 중증도 및 사망률을 고려하고 근무부서별 차등 교육 방안을 모색해야 할 것이다.

본 연구와 동일한 임종간호스트레스 측정도구를 이용한 선행연구(19)에서 간호사들의 임종간호스트레스가 3.80점 이상으로 본 연구결과(3.84점)와 유사한 스트레스 정도였으며 업무량 과중이 임종간호스트레스 중 가장 많은 것으로 나타나 선행연구와 동일한 결과로 나타났다. 이는 임종간호가 간호사에게 업무과다를 가져오고, 임종 후 행정적인 업무 절차가 지연될 경우 간호사들은 높은 임종간호스트레스를 받게 되는 것으로 유추할 수 있다. 또한 임상간호사를 대상으로 업무가 가중될 때 간호사들은 높은 업무 스트레스를 받으며 자발적 이직으로까지 이어진다고 보고한 Lee 등(10)의 연구결과에서도 나타난 바와 같이 업무과다는 업무 스트레스로 이어진다. 따라서 간호사의 임종간호스트레스, 나아가 업무 스트레스 감소를 위하여 업무 만족도와 효율성을 높이는 인력의 배치나 행정적인 협조를 통해 업무량 과중 조절을 위한 구체적 방안 모색이 필요하다.

간호사의 일반적 특성 중, 본 연구의 대상자의 결혼 여부에 따라 임종간호스트레스 수준에 유의한 차이가 있으며, 기혼일 경우 미혼보다 임종간호스트레스가 높다는 기존 선행연구(19)와 일치하였다. 또한, 본 연구에서는 간호사의 직위와, 근무부서에 따라 임종간호스트

레스 수준에 유의한 차이가 있었다. 책임간호사 이상이 일반간호사보다 임종간호스트레스가 높았는데, 이는 임상경력이 증가할수록 임종간호스트레스가 높아졌다는 선행연구(19)와 유사한 결과이다. 그러나 본 연구에서 기혼여부와 직위를 각각 공변량으로 하고 변수에 미치는 효과를 검정한 결과, 결혼여부는 직위에 따른 임종간호스트레스에 영향을 미치지 않으나 현재직위는 기혼여부에 따른 임종간호스트레스의 차이에 영향을 주는 것으로 나타났다. 따라서 간호사에게 결혼여부보다는 현재의 직위 및 임상경력이 임종간호스트레스에 보다 영향력 있는 변수로 나타났는데, 이는 임상 경력이 많아지고 책임간호사 이상의 직위에 있는 간호사는 임종간호 시 환자와 보호자의 고통에 공감대 형성이 높아지기 때문으로 생각된다. 또한 간호사 개인의 발달 과정 상, 결혼, 출산 등이 성취되어야 할 시기로, 병동에서의 위치에서 해야 할 업무의 증가는 스트레스로 이어지는데 이러한 또 다른 스트레스로 인해 임종간호스트레스 또한 높게 지각된 것인지 고려해 볼 필요가 있다. 따라서 임종간호스트레스를 감소시키기 위해 병동의 관리자는 개인의 발달과정 또한 잘 성취될 수 있도록 관심을 갖고 이에 따른 스트레스를 낮추도록 돕고, 임종간호스트레스 해소 교육 및 활동 방안 모색 시 직위와 임상경력을 고려해야 할 것이다. 또한 다학제간 의료종사자의 정기적 모임과 스트레스 인식 교육 및 임종간호 역할 인식 함양을 통해 임종간호스트레스를 중재할 수 있을 것이다(11).

본 연구 결과 임종간호수행은 2.42점이었으며 신체적 영역 2.76점, 심리적 영역 2.70점, 영적 영역 1.59점 순이었다. 영적 영역의 임종간호수행 점수가 가장 낮은 것은 영적간호영역이 환자에게 성경(불경 등)을 읽어주기, 함께 기도(선 등)하기, 찬송가를 불러주기 등의 개인의 종교와 관련이 있어 간호사가 대상자들에게 더욱 신중히 접근하게 되기 때문으로 생각된다. 그러나 임종간호를 받는 가족과 환자는 전문가로부터의 심리적, 영적인 부분에 대한 도움 요구가 크기 때문에(6,25), 간호사들이 영적 영역에 대한 체계적인 간호를 할 수 있도록 임종간호 교육 시 영적 간호부분의 중요성과 영적 간호방법을 보완하고 이와 더불어 종교봉사활동 단체, 원목실 등과의 연계를 통해 임종환자와 가족의 영적 영역의 요구를 충족시키는 방안을 확대해야 할 것이다.

임종간호수행의 경우 기혼자, 대학원 이상의 학력, 기타 및 중환자실병동, 호스피스 교육 경험이 있는 경우가 임종간호수행을 많이 하는 것으로 나타났는데 이는

보호자가 없는 공간에서 전적으로 24시간 간호사가 간호를 수행하는 중환자실 및 우리나라 병원문화상 보호자가 상주하며 환자의 신체적인 간호를 많이 하는 내·외과 병동, 임종환자간호 이전에 응급간호가 우선이 되어야 하는 응급실 등 각 병동의 환경 상 차이와 임종환자를 접하는 정도의 차이가 임종간호수행에 영향을 미쳤을 것으로 사료된다. 또한 본 연구에서 대학원 이상의 교육 정도와 호스피스 교육 받은 경험이 있는 군이 임종간호수행이 높았으며, 임종간호 교육은 임상간호사의 임종간호 지식과 기술의 차이를 줄일 수 있다(26,27). 따라서 임종간호수행 증진의 효율적 방안으로써 임종환자가 많은 근무부서의 간호사 배치 시 간호사의 학력 고려와 부서별 호스피스 및 임종 관련 교육의 체계적 제공이 필요할 것이다.

본 연구 결과 전체적으로 임종간호수행이 높을수록 임종간호스트레스가 증가하였으나 하부영역 중 신체적, 심리적 영역과 달리 영적 영역은 상관성을 찾을 수 없었다. 임종환자에 대한 시간할애의 어려움과 임종간호수행의 상관성을 고려하면 간호사들은 바쁜 업무에 쫓기고 임종간호로 인해 업무가 가중되면서 임종간호스트레스를 받게 되어 신체증상과 관련된 증상완화 간호에 치중하게 된 결과로 사료된다. 따라서 효율적 인력 배치와 업무의 절차의 간소화를 통해 간호사는 대상자에게 신체증상 간호뿐만 아니라 영적통합을 이루고 도움을 주는 전인적 간호를 제공해야 할 것이다. 또한 임종간호스트레스는 임종간호에 대한 준비가 부족할 경우 발생하게 되기 때문에(28), 사전의료의향서(Advanced Directives) 등으로 환자와 의료진의 제도적인 사전 대비와 함께 교육을 통한 준비과정이 임종간호스트레스 감소를 위해 필요할 것이다(29). 특히 간호사의 호스피스 교육은 임종간호수행 증가와 유의미한 관계를 보이며(30), 간호사 개인의 영성(spirituality)에 의해 영적간호 수준이 달라질 수 있고 영적 간호가 포함된 호스피스 교육으로 영성을 증진시킬 수 있다(9). 따라서 간호사를 대상으로 한 체계적이고 정기적인 호스피스교육은 효율적 임종간호수행 제공과 영적간호증진에 기여할 수 있을 것이다.

이상 본 연구는 지금까지 다루어지지 않았던 간호 실무 현장에서 간호사의 임종간호수행과 임종간호스트레스, 죽음불안간의 상관관계를 확인하고, 간호사의 임종간호수행과 관련 있는 요인을 파악함으로써 임종간호수행을 증진시킬 수 있는 중재안 개발에 대한 구체적 방향을 제시할 수 있다는 점에서 의의를 찾을 수 있다.

본 연구를 바탕으로 간호사들에게 죽음의 개념, 죽음의 태도, 죽음불안 등의 구체적이고 체계적인 죽음교육을 통하여 죽음불안을 감소시키는 노력과 업무의 간소화, 적절한 인력의 배치로 업무 부담감을 줄여 임종간호스트레스 감소 방안을 간구하여야 할 것이다. 또한 간호사 교육을 위한 임종 전·후 관리, 의사소통 방법 등의 임종간호방법이 제시된 구체적인 매뉴얼 보급 및 호스피스 교육 등 주기적인 교육을 통하여 임종간호수행의 질 향상을 도모할 수 있을 것이다.

요 약

목적: 본 연구는 간호사의 죽음불안과 임종간호스트레스 및 임종간호수행과의 관계를 확인하고 임상간호 현장에서 임종간호수행의 질 향상을 도모하기 위해 시도되었다.

방법: 연구의 대상은 180명의 서울시내 일개 대학병원에 근무하는 임종간호경험이 있는 간호사이다. 자료의 분석은 SPSS 18.0 프로그램을 이용하여 서술통계와 One-way ANOVA, Pearson's 상관계수를 확인하였다.

결과: 대상자의 일반적 특성에 따른 죽음불안과 임종간호스트레스, 임종간호수행의 차이는 근무부서, 결혼 여부, 교육정도 및 호스피스 교육경험에 따라 차이가 있었다. 또한 임종간호스트레스와 임종간호수행 간에는 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

결론: 간호사들의 죽음불안과 임종간호스트레스 감소를 위한 노력을 통해 임종간호수행의 향상을 가져올 수 있을 것으로 사료된다. 따라서 간호사의 임종간호수행 향상을 위해서는 이에 영향을 미치는 요인을 파악하고 다양한 수준에서 간호사의 임종간호수행을 위한 프로그램 개발과 호스피스교육이 필요할 것이다.

중심단어: 죽음, 불안, 임종간호, 스트레스, 간호서비스

참 고 문 헌

1. Statistics Korea: 2010 annual report on the cause of death statistics [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; c2011. [cited 2011 Sep 15]. Available from: <http://www.kostat.go.kr>.
2. Yi M. Nurses' experience of caring for dying patients in hospitals. *J Korean Acad Nurs* 2003;33:553-61.
3. HIRAS: Analysis medical treatment payment 2005-2010 [Internet]. Seoul: Health Insurance Review & Assessment Service; c2010. [cited 2012 April 20]. Available from: <http://www.hira.or.kr>.
4. Choi ES, Kim KS. Content analysis with counseling cancer patients and their relatives in outpatient hospice office. *Korean J Rehabil Nurs* 2005;8:50-8.
5. Mularski RA, Puntillo K, Varkey B, Erstad BL, Grap MJ, Gilbert HC, et al. Pain management within the palliative and end-of-life care experience in the ICU. *Chest* 2009;135:1360-9.
6. Choi JY. A comparison of perceived nursing needs among oncology nurses, patients with non-terminal cancer and patients with terminal cancer. *J Korean Acad Nurs* 2005;35:1135-43.
7. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMC* 2010;340:c1345.
8. Kang SE, Lee BS. The lived experience of nursing care for the dying patients in clinical nurses. *J Korean Acad Nurs Admin* 2001;7:237-51.
9. Seo YS, Sung KW. Influence of nurses' spirituality on hospice nursing intervention in long-term care facilities. *J Korean Gerontol Nurs* 2012;14:12-20.
10. Lee EH, Chang SJ, Kim HO, Roh JH, Park EJ, Won JU. Relationship between job stress and turnover of registered nurses in a university hospital. *Korean J Occup Environ Med* 2007;19:93-104.
11. Tunnah K, Jones A, Johnstone R. Stress in hospice at home nurses: a qualitative study of their experiences of their work and wellbeing. *Int J Palliat Nurs* 2012;18:283-9.
12. Han J, Lee N. Nursing students' attitude toward death and perception on hospice care. *J Korean Oncol Nurs* 2009;9:95-103.
13. Deffner JM, Bell SK. Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: a quantitative study. *J Nurses Staff Dev* 2005;21:19-23.
14. Cho MO. Experiences of ICU nurses on temporality and spatiality in caring for dying patients. *Qual Res* 2010;11:80-93.
15. Lim SH, Chang SO, Kim MS. Nurses' perceptions regarding sign and symptom management in end of life care in nursing homes. *J Korean Acad Fundam Nurs* 2010;17:209-19.
16. Kim SN, Kim HJ, Choi SO. Effects of a hospice and palliative care education program including meaning in life on attitudes toward end-of-life care and meaning in life among nursing college students. *J Korean Acad Soc Nurs Edu* 2011;17:454-63.
17. Park SJ, Choi SH. A study on the degrees of death orientation and terminal care performance of nurses. *J Korean Acad Fundam Nurs* 1996;3:285-97.
18. Hansen L, Goodell TT, Dehaven J, Smith M. Nurses' perceptions of end-of-life care after multiple interventions for improvement. *Am J Crit Care* 2009;18:263-71.
19. Lee HY, Lee YO, Choi EY, Park YM. A comparison on stress and coping of bereavement care between nurses in the cancer unit and nurses in the general unit. *J Korean Oncol Nurs* 2007;7:26-35.
20. Cho IH, Kim BH. The study on perception about cancer patients.

- J Korean Oncol Nurs Nursing 2001;1:252-3.
21. Thorson JA, Powell FC. A revised death anxiety scale. *Death Stud* 1992;16:507-21.
 22. Park EK. Development of an instrument to measure death anxiety [master's thesis] Seoul: Korea University.; 1995. Korean.
 23. Kim MH, Lee BS. Death anxiety and attitude on death in hospice volunteers. *Keimyung J Nurs Sci* 2009;13:85-94.
 24. Mealer M, Jones J, Moss M. A qualitative study of resilience and posttraumatic stress disorder in United States ICU nurses. *Intensive Care Med* 2012;38:1445-51.
 25. Ward-Griffin C, McWilliam CL, Oudshoorn A. Relational experiences of family caregivers providing home-based end-of-life care. *J Fam Nurs* 2012;18:491-516.
 26. Callahan MF, Breakwell S, Suhayda R. Knowledge of palliative and end-of-life care by student registered nurse anesthetists. *AANA J* 2011;79(4 Suppl):S15-20.
 27. Choi M, Lee J, Kim SS, Kim D, Kim H. Nurses' knowledge about end-of-life care: where are we? *J Contin Educ Nurs* 2012; 43:379-84.
 28. Caton AP, Klemm P. Introduction of novice oncology nurses to end-of-life. *Clin J Oncol Nurs* 2006;10:604-8.
 29. Crump SK, Schaffer MA, Schulte E. Critical care nurses' perception of obstacle, supports, and knowledge needed in providing quality end-of-life care. *Dimens Crit Care Nurs* 2010;29:297-306.
 30. Chi KA, Kim EJ. Factors influencing nurse's attitude toward hospice. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;14: 285-91.