

## 일 지역 요양시설의 임종돌봄서비스\*

김정희<sup>1)</sup> · 문경숙<sup>2)</sup> · 신복순<sup>2)</sup> · 장은아<sup>2)</sup>

### 서 론

#### 연구의 필요성

평균수명 연장에 따른 인구의 고령화로 2000년에 7.2%였던 65세 이상 노인 인구비율이 2015년에는 13.1%(Statistics Korea, 2015)로 계속 증가하고 있다. 노년기는 누구나 생의 말기를 경험하는 시기로서 노인 개인과 가족이 평안한 죽음과 좋은 이별을 경험할 수 있도록 돕는 것은 노인을 돌보는데 있어 매우 중요하다.

우리나라에서 노인부양과 돌봄이 사회적 문제로 대두되어 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도를 도입한 이후, 노인요양시설은 2012년도 기준으로 등록된 2,610개소에 118,631명의 노인이 입소하고 있어 도입 당시에 비해 2배 이상 증가하였다(Ministry of Health & Welfare, 2012). 노인요양시설은 지속적인 간호서비스와 만성질환 관리가 필요한 노인들이 입소하므로 임종까지 시설에 거주하는 경우가 대부분이다. 요양시설에 입소하면 임종에 가까울 때 호스피스서비스를 받기 위한 새로운 기관으로의 이동은 이루어지지 않고 있다. 임종이 임박했을 때 병원으로 이송되는 경우도 있지만 이는 의료서비스의 제공보다는 임종이라는 사건을 맞이하는 형식적인 절차에 불과하므로 실제로 요양시설이 임종 장소라고도 할 수 있다. 이러한 현상은 가속화된 인구 고령화로 인해 앞으로 크게 증가할 것으로 예측된다.

말기질환을 가진 사람들을 돌보는 호스피스서비스가 우리나라

라보다 일찍 시작된 미국의 경우 요양시설 입소노인의 여명이 6개월 이내로 예측되면 지역의 호스피스기관으로 연계되어 제공되는 서비스를 선택할 수 있으며, 통증관리, 입원가능성 감소, 기분장애 감소, 억제대나 정맥 영양공급 같은 침습적 처치 감소 등으로 삶의 질이 향상되었음이 보고되었으며(English & Gong, 2001), 질적으로 높은 수준의 신체적 돌봄이 제공되는 것은 노인 가족에게 매우 중요하였다(Goodridge, Bond, Cameron, & McKean, 2005). 요양시설에서 전문간호사의 활동이 가능하여 복잡한 증상 관리, 전인적 완화돌봄, 사전돌봄계획, 가족과 거주노인 교육 등이 제공되고 있다(Hanson & Henderson, 2000).

우리나라에서 호스피스서비스는 2015년부터 제도권 내에서 제공되는 변화를 이루었으나 관련 서비스가 활성화되어 있지 못하여 지역의 관련 기관에 호스피스서비스를 의뢰할 수 상황은 아니다. 요양시설 142개소와 3개 요양병원을 포함한 경험적 연구에서 5%만이 호스피스팀 구성이 되었다고 보고되었으며, 5.3%만이 호스피스 서비스를 공식적인 프로그램으로 제공하는 것으로 나타나(Yoo, 2008) 요양시설에서의 노인들의 임종 관련 요구가 충족되지 못하고 있음을 보여주었다. 또한 임종준비에 관련된 서비스는 일부지역의 요양시설의 프로그램 및 전문적 서비스 중에서 가장 만족도가 낮아 시설에서 생의 마지막을 보내는 노인들에 대한 준비가 부족하다고 지적되었다(Lee, 2009). 반면에, 노인시설에서 임종을 준비하는 노인들의 삶의 질 향상을 위해 호스피스 서비스는 필수적이다(Yoon, 2002). 그러나 우리나라의 현재 실정에서 노인요양시설에서

주요어 : 요양시설, 임종돌봄서비스, 노인

\* 이 논문은 인하대학교의 지원에 의하여 연구되었음.

1) 인하대학교 간호학과 교수(교신저자 E-mail: junghee@inha.ac.kr)

2) 인하대학교 간호학과 박사과정

투고일: 2015년 10월 30일 수정일: 2015년 12월 1일 게재확정일: 2015년 12월 7일

임종노인의 욕구충족을 통한 삶의 질 향상을 기하기 위해서는 외부의 자원을 활용하기 어려우므로 시설에 근무하는 인력을 대상으로 노인을 위한 호스피스 돌봄과 교육을 통해 (Kim, 2011) 요양시설의 인력자원이 개발되어야 할 것이다. 간호 인력은 요양시설의 주요 인력으로서 노인복지법상 배치 기준에 간호사와 간호조무사를 구분하여 명시하고 있지 않아 실제 배치된 간호인력에 따라 이들이 제공하는 임종돌봄서비스의 차이가 있을 수 있으므로 이에 대한 연구가 필요하다고 본다.

우리나라의 요양시설 대상 임종 관련 연구는 이상징후 관리(Lim, Chang, Seo, & Lee, 2010-b), 임종경험(Ahn et al., 2014), 간호사의 영성(Seo & Sung, 2012)과 임종간호태도(Kim, 2013)를 주제로 하였으며 임종돌봄을 임종노인 뿐 아니라 가족, 주변노인, 직원을 포함하여 분석한 연구는 없었고 간호사 배치에 따른 차이를 분석한 연구도 찾아볼 수 없었다. 따라서 본 연구는 시설에서 임종을 경험하게 되는 노인들의 신체적 증상 관리와 함께 심리사회적, 영적 요구까지 포함되는 전인적 돌봄에 관련된 서비스 제공 실태와 임종노인의 가족 및 시설 내 주변노인과 직원에게 제공되는 서비스를 파악함으로써 추후 질적인 임종돌봄서비스를 제공하는데 기초자료를 제공하고자 한다.

## 연구 목적

본 연구는 노인요양시설에서 임종노인과 가족, 주변노인, 직원에게 제공되는 서비스의 양상을 파악하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 간호인력이 처음 임종을 예측하는 증상을 파악하고 이들 증상 인식에 대한 간호사와 간호조무사간 차이를 파악한다.
- 영역별 임종돌봄 서비스를 파악하고 시설의 간호사 배치 유무에 따른 차이를 파악한다.
- 임종 후 가족과 주변 노인, 직원에게 제공하는 서비스를 파악한다.
- 시설에서 제공한 임종돌봄 서비스에 대한 직원의 만족도와 문제점을 파악한다.

## 용어의 정의

호스피스는 “죽음을 앞둔 말기환자와 그 가족을 돌보는 행위로서, 환자가 삶의 마지막 순간을 편안하게 임종을 맞이하도록 신체적, 정서적, 사회적, 영적으로 도우며, 사별 가족의 고통과 슬픔을 경감시키기 위한 총체적 돌봄”(Catholic University Hospice Education Research Institute, 2006)이다. 본 연구에서 호스피스를 의미하는 임종돌봄은 요양시설에서 죽음

이 예견된 입소노인에게 제공되는 신체적, 심리사회적, 영적 돌봄을 포함하여 임종 후 사후처치, 임종노인의 가족과 시설에 거주하는 주변 노인 및 노인을 돌보던 직원에게 제공하는 서비스를 의미한다.

## 연구 방법

### 연구 설계

일 지역에 소재하는 장기요양시설의 임종돌봄 서비스를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 연구 대상

I 지역에 위치한 요양시설로서, 노인장기요양홈페이지를 참고하여 2014년 8월 현재 국민건강보험공단에서 시행하는 “장기요양기관평가”를 최소 1회 받은 경험이 있는 기관 114개소를 대상으로 하였다. 장기요양기관평가는 현재 2년에 1회 시행되고 있으므로 평가를 받았다는 것은 요양시설의 개소년도를 고려할 때 임종돌봄 경험이 갖추어져 있다고 볼 수 있다. 한편, 연구에 참여하는 기관이 적을 수 있음을 감안하여 이들 114개 기관 전체에 연구참여 동의서를 발송하여 최종 97개 기관을 대상으로 자료를 수집하였으며 참여율은 85%였다. 모집단이 작을 때 표본크기 산출공식(Israel, 2013)에 의해 89개가 산출되어 97개 기관 수는 적절하다고 평가된다.

### 연구 도구

면담용 설문지는 관련 문헌고찰에 의해 요양시설에 적용 가능하도록 작성한 기초 설문지를 본 연구자들이 작성하여 노인요양서비스와 임종서비스 분야에 전문적 지식을 갖춘 간호학 전공 교수 3인에게 영역별 항목의 삭제 또는 수정내용 검토를 요청하여 내용의 타당성을 조사하였다. 본 연구에 사용된 변수로 임종예측증상, 임종돌봄 서비스, 사후처치 영역에서 삭제 항목은 없었으며 수정의견으로는 명시된 서비스를 제공하지 못한 이유의 추가, 가족에게 정서적지지 제공의 추가, “음식물 섭취 감소 또는 연하곤란”의 개별 항목화 등이 지적되었다. 단, 심리사회적 서비스와 영적 서비스부분은 일부 문항의 모호함을 감안하여 호스피스 관련 분야의 간호 전문가 2인을 추가하여 문항의 타당성을 검토하였다. 임종돌봄 서비스 항목 중에서 원할 때 함께 있어주는 항목은 심리사회적 항목으로 분류될 수도 있다는 의견이 있었으나 한국인 암환자들에서 영적요구의 핵심적인 항목으로 분석된 결과(Yong, Kim, Han, & Puchalski, 2008)에 따라 영적항목으로 분류하였다.

작성된 설문지는 연구대상지역에 포함되지 않은 서울과 경기도지역의 5개 요양기관을 대상으로 본 연구자들이 임종돌봄의 책임을 맡은 직원과의 면담을 거쳐 문장 어휘의 난이도와 문항의 이해도 등을 평가하는 사전조사를 거쳐 완성하였다. 수정내용에는 신체적 돌봄 항목에서 산소포화도와 Input/Output에 대한 “감시”를 같은 항목의 “측정”으로 변경하였다. 사후처치에서 “제거해야 할 관이나 튜브가 있는지 확인 한다”에서 “튜브” 대신에 “장치”로 수정하였으며, 시설의 입소노인의 암병력에 대한 질문은 과거에 경험한 암이 아닌, 조사당시 병력에 암이 있는 노인을 명시하는 것이 포함되었다.

최종 설문지는 요양시설의 특성, 임종돌봄 관련 자원, 임종예측 증상 13개 항목, 신체적 돌봄 13개 항목, 심리사회적 돌봄 5개 항목, 영적 돌봄 8개 항목 등을 포함하였으며 본 연구에서는 임종예측 증상과 돌봄 관련 항목, 직원의 서비스 만족도와 문제점을 분석하였다. 분석에 사용된 임종돌봄서비스 전체 26개 문항의 Cronbach's alpha는 .83이었으며 영역별로는 신체적 돌봄 .79, 심리사회적 돌봄 .40, 영적 돌봄 .73이었다.

## 자료수집 및 분석방법

전체 114개 시설을 대상으로 연구자들이 연구안내문과 연구협조문을 발송한 후 연구참여에 동의한 기관을 방문하여 임종돌봄에 책임을 맡고 있는 직원과의 설문지를 이용한 면담을 통해 자료를 수집하였다. 면담은 연구에 대한 설명과 자발적 참여 등에 대한 내용으로 구성된 동의서에 서명을 받은 후 진행하였다. 예외적으로 1개 기관은 도서지역에 위치하여 우편으로 설문지를 발송한 후 면담직원의 동의여부를 확인한 후 전화면담을 통해 자료를 수집하였다. 자료수집 기간은 2014년 10월부터 12월까지였다. 연구수행과정에 나타날 수 있는 대상자 보호와 자료 관리 등에 관련된 제반 윤리적 문제방지를 위해 본 연구자들이 소속된 대학의 기관생명 윤리위원회의 승인(1400831-1A)을 거쳤다.

수집된 자료는 SAS(Statistical Analysis System) 9.4 프로그램을 이용하여 아래와 같이 분석하였다.

- 대상 시설의 특성은 백분율과 평균, 표준편차, 범위를 적용하여 분석하였다.
- 최초의 임종예측 증상 인식, 영역별 임종돌봄 서비스와 직원의 임종돌봄 서비스에 대한 만족도와 문제점 분석에는 백분율을 적용하였다.
- 임종예측증상의 간호사와 간호조무사간 차이, 임종돌봄 서비스 수행에 있어 간호사 배치 유무에 따른 차이 분석에는  $\chi^2$ 검정과 Fisher's exact test를 적용하였다.

## 연구 결과

### 연구대상 시설의 특성

본 연구 대상 97개 시설의 종교적 특성은 기독교가 46개(47.4%)였으며 종교가 없는 곳이 44개(45.4%)였다. 간호사가 없는 시설이 61개(62.9%)로 시설 당 평균 간호사수는 0.45명이었다. 2개(2.1%)시설은 간호조무사가 없이 간호사만 배치되어 있었으며 전체 시설 당 간호조무사는 평균 1.92명이었다. 입소노인들이 30명 이하인 시설은 44개(45.4%)였으며 25개(25.8%)시설은 60인을 초과하여 평균 45.93명의 노인이 입소하고 있었다. 자신의 의사를 표현할 수 있는 노인비율이 50% 이상인 경우는 27개(27.8%)시설이었으며 전체 평균은 44.01%로 절반에 미치지 못했다. 44개(45.4%)시설에는 암병력이 있는 노인이 입소하고 있었으며 시설 당 평균은 1.26명이었다. 5개(5.1%)시설은 시설 내에서 임종을 금지하는 규정이 있었다. 지난 1년간 시설 내 임종노인의 수는 평균 4.73명이었고 임종이 없었던 시설은 16개(16.5%)였다. 65개(67.0%)시설에서는 지난 1년간 임종이 예견되어 시설에서 외부로 이동한 사례가 있었고 이동한 노인은 전체시설에서 평균 3.61명이었다 (Table 1).

### 첫 임종예측증상

임종한 노인의 각 사례에서 처음으로 임종을 예측하였던 증상에 대해 면담대상이 사회복지사였던 11개 시설을 제외하고 간호사(32개) 및 간호조무사(54개)와 면담한 86개 시설의 응답결과는 Table 2와 같다. 제시된 13개 항목 각각에 대해 반 이상의 응답자가 선택한 증상은 호흡곤란 75명(87.2%), 혈압감소 66명(76.7%), 의식변화 58명(67.4%), 청색증 57명(66.3%), 음식물섭취 감소 48명(55.8%) 순이었다. 이외에 사지냉감(46.5%), 연하곤란(44.2%), 소변양 감소(32.6%), 실금(25.6%), 혼돈(22.1%) 순으로 나타났다.

집단별 차이를 보면, 음식물섭취감소를 첫 임종예측증상으로 응답한 경우 간호사집단은 71.9%이었으나 간호조무사집단은 46.3%로 나타나 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=5.331, p=.021$ ). 연하곤란을 첫 임종예측증상으로 보고한 경우 간호사집단은 62.5%로 간호조무사집단 33.3%보다 유의하게 많았다( $\chi^2=6.931, p=.009$ ). 사지냉감의 경우 간호사집단 62.5%, 간호조무사집단 37.0%로 유의한 차이가 있었다( $\chi^2=5.237, p=.022$ ). 소변양 감소를 첫 임종예측증상으로 판단하는 경우는 간호사집단 53.1%와 간호조무사집단 20.4%였고( $\chi^2=9.818, p=.002$ ), 혼돈은 간호사집단 37.5%와 간호조무사집단 13.0%가 응답하여( $\chi^2=7.028, p=.008$ ) 간호사집단에서의 비율이 유의하게 더

&lt;Table 1&gt; Characteristics of the Facilities

(N=97)

Variables	n (%)	Mean±SD (Range)
Religion		
None	44 (45.4)	
Protestantism	46 (47.4)	
Catholicism	6 ( 6.2)	
Buddhism	1 ( 1.0)	
Residents (person)		
≤30	44 (45.4)	45.93±28.52
31-60	28 (28.9)	(10-153)
>60	25 (25.8)	
Nurse (person)		
0	61 (62.9)	0.45±(.68)
1	30 (30.9)	(0-30)
≥2	6 ( 6.2)	
Nurse's aide (person)		
0	2 ( 2.)	1.92±1.35
1	49 (50.5)	(0-8)
≥2	46 (47.4)	
Communicable elders (%)		
≤25	23 (23.7)	44.01±24.64
≤26-50	47 (48.5)	(0-100)
≤51-75	12 (12.4)	
≥76%	15 (15.4)	
Elders having cancer history (person)		
0	53 (54.6)	1.26±2.65
1-5	41 (42.3)	(0-20)
10-20	3 ( 3.1)	
Rule prohibiting dying in the facility		
doesn't have	92 (94.9)	
have	5 ( 5.1)	
Death in the previous year (person)		
0	16 (16.5)	4.73±5.73
1-5	53 (54.6)	(0-38)
6-10	18 (18.6)	
≥11	10 (10.3)	
Moved out due to impending death in the previous year*		
0	32 (33.0)	3.61±6.01
1-3	38 (39.2)	(0-33)
4-6	13 (13.4)	
≥7	14 (14.4)	

높았다(Table 2).

### 임종돌봄 서비스

전체 97개 시설 중에서 지난 1년간 제공한 신체적 임종돌봄서비스 중 90% 이상의 시설에서 제공한 서비스로는 활력징후 측정 96.9%, 호흡곤란 완화를 위한 체위변경 93.8%, 피부위생 92.8%, 식이형태 변화 92.8%, 욕창예방을 위한 체위변경 91.8% 순이었다. 이외에도 기도흡인(85.6%), 배변배뇨 관리

(83.5%), 산소공급(81.4%)이 80% 이상의 시설에서 제공되었다. 한편 경관영양 34.0%, 진통제 투여 33.0%, 수액요법 27.8%, 산소포화도 측정 23.7%은 서비스 제공도가 낮아 전체 1/3이하의 시설에서만 제공되었다. 신체적 임종돌봄 서비스의 간호사배치에 따른 분석에서 경관영양 경험비율은 간호사가 배치된 시설집단에서는 47.2%였으나 간호사가 없는 시설에서는 26.2%였다( $\chi^2=4.445$ ,  $p=.035$ ). 진통제 투여 경험에 있는 시설의 비율이 간호사가 배치된 시설 집단에서는 47.2%였으나 간호사가 없는 시설 집단에서는 24.6%에 불과하였다( $\chi^2$

<Table 2> First Predicting Symptoms of Death Reported by Nurses and Nurse's Aides (N=86)

Variables		Total	Nurses	Nurse's aides	$\chi^2$ (p)
		n (%)	n (%)	n (%)	
Dyspnea	Yes	75 (87.2)	30 (93.8)	45 (83.3)	(.199)*
	No	11 (12.8)	2 ( 6.3)	9 (16.7)	
Pain	Yes	9 (10.5)	3 ( 9.4)	6 (11.1)	(>.999)*
	No	77 (89.5)	29 (90.6)	48 (88.9)	
Decrease in BP	Yes	66 (76.7)	27 (84.4)	39 (72.2)	1.663 (.197)
	No	20 (23.3)	5 (15.6)	15 (27.8)	
Decrease in food intake	Yes	48 (55.8)	23 (71.9)	25 (46.3)	5.331 (.021)
	No	38 (44.2)	9 (28.1)	29 (53.7)	
Dysphagia	Yes	38 (44.2)	20 (62.5)	18 (33.3)	6.931 (.009)
	No	48 (55.8)	12 (37.5)	36 (66.7)	
Cyanosis	Yes	57 (66.3)	25 (78.1)	32 (59.3)	3.200 (.074)
	No	29 (33.7)	7 (21.9)	22 (40.7)	
Cold extremities	Yes	40 (46.5)	20 (62.5)	20 (37.0)	5.237 (.022)
	No	46 (53.5)	12 (37.5)	34 (63.0)	
Change in level of consciousness	Yes	58 (67.4)	26 (81.3)	32 (59.3)	4.425 (.035)
	No	28 (32.6)	6 (18.8)	22 (40.7)	
Incontinence	Yes	22 (25.6)	8 (25.0)	14 (25.9)	.009 (.924)
	No	64 (74.4)	24 (75.0)	40 (74.1)	
Decrease in urine output	Yes	28 (32.6)	17 (53.1)	11 (20.4)	9.818 (.002)
	No	58 (67.4)	15 (46.9)	43 (79.6)	
Confusion	Yes	19 (22.1)	12 (37.5)	7 (13.0)	7.028 (.008)
	No	67 (77.9)	20 (62.5)	47 (87.0)	
Restlessness	Yes	5 ( 5.8)	3 ( 9.4)	2 ( 3.7)	(.356)*
	No	81 (94.2)	29 (90.6)	52 (96.3)	
Say good-bye, symbolic language	Yes	9 (10.5)	1 ( 3.1)	8 (14.8)	(.145)*
	No	77 (89.5)	31 (96.9)	46 (85.2)	

\* Fisher's exact test

=5.246,  $p=.022$ )(Table 3).

심리사회적 임종돌봄 서비스 중에서 “무의식이나 반응을 하지 못해도 말을 하면서 서비스를 제공”하는 것은 96.9%의 시설에서 긍정적으로 응답하여 대부분 시행하는 것으로 나타났다. 다음으로 “대상 노인에게 말을 걸어서 요구 표현을 도움”(93.8%)과 “가족이 방문하도록 하여 작별인사를 도움”(92.8%)이 대상 시설의 90% 이상에서 제공한 것으로 나타났다. 이와는 대조적으로 “대상 노인의 친구나 지인이 방문하도록 하여 작별인사를 도움”은 전체 시설의 38.1%에 불과하였으며 “대상 노인에게 임종상태를 알려줌”은 18.6%로 가장 낮게 제공된 심리사회적 서비스였다. 대상 노인의 친구나 지인이 방문하도록 하여 작별인사를 돕는 서비스는 간호사가 배치된 시설 집단에서는 52.8%였으나 간호사가 없는 시설 집단에서는 29.5%에 불과하였다( $\chi^2=5.200$ ,  $p=.023$ ). 대상 노인에게 임종상태를 알려주는 서비스는 간호사가 배치된 시설 집단에서는 30.6%였으나 간호사가 없는 시설 집단에서는 11.5%로 훨씬 낮은 비율이었다( $\chi^2=5.453$ ,  $p=.020$ ).

영적인 임종돌봄 서비스 중에서 “대상 노인의 믿음이나 영적신념을 존중함”은 93.8%의 시설에서 제공하여 조사대상의

90% 이상이 시행하는 유일한 서비스였다. 다음으로 “원할 때 함께 있어줌”(87.6%), “대상 노인의 이야기를 경청함”(84.5%), “함께 기도하거나 성경 또는 불경을 읽어줌”(83.5%), “종교예식이나 성직자 만남을 주선함”(78.4%) 순이었으며 “죽음 관련 느낌을 표현하도록 도와줌”은 반에 미치지 못하는 46.4%로 가장 낮았다. 간호사배치 유무별 분석에서는 “죽음 관련 느낌을 표현하도록 도와줌”에서 유의한 차이를 보여, 간호사가 있는 시설 집단이 66.7%로 간호사가 없는 시설 집단 34.4%보다 서비스제공 비율이 훨씬 높았다( $\chi^2=9.462$ ,  $p=.002$ )(Table 4).

### 사후처치

시설에서 사망하는 경우 수행하는 사후처치는 전체에서 74개(76.3%) 시설만이 과거에 제공한 사례가 있다고 답하여 이들을 대상으로 구체적인 사후처치를 질문하였다. 항목별로는 “자세를 가지런히 한다”(98.7%), “옷이나 수의로 갈아입힌다”와 “실금관리를 한다”가 각각 94.6%, “턱을 고정 시킨다” 91.9%, “제거해야 할 관이나 장치가 있는지 확인한다” 89.2%, “몸을 닦는다” 78.4% 순이었다. 이들 항목의 간호사배치 유무

〈Table 3〉 Provision of Terminal Physical Care by Placement of Nurse

(N=97)

Variables		Total	Facilities without nurse	Facilities with nurse	$\chi^2$ ( <i>p</i> )
		n (%)	n (%)	n (%)	
Tube feeding	Yes	33 (34.0)	16 (26.2)	17 (47.2)	4.445 (.035)
	No	64 (66.0)	45 (73.8)	19 (52.8)	
Fluid therapy	Yes	27 (27.8)	14 (23.1)	13 (36.1)	1.352 (.245)
	No	70 (72.2)	47 (77.1)	23 (63.9)	
Analgesic administration	Yes	32 (33.0)	15 (24.6)	17 (47.2)	5.246 (.022)
	No	65 (67.0)	46 (75.4)	19 (52.8)	
Change food type	Yes	90 (92.8)	58 (95.1)	32 (88.9)	(.418)*
	No	7 ( 7.2)	3 ( 4.9)	4 (11.2)	
Management of elimination	Yes	81 (83.5)	49 (80.3)	32 (88.9)	.663 (.415)
	No	16 (16.5)	12 (19.7)	4 (11.1)	
Measurement of vital sign	Yes	94 (96.9)	59 (96.7)	35 (97.2)	(>.999)*
	No	3 ( 3.1)	2 ( 3.3)	1 (2.8)	
Position change for relieving dyspnea	Yes	91 (93.8)	57 (93.4)	34 (94.4)	(>.999)*
	No	6 ( 6.2)	4 ( 6.6)	2 (5.6)	
Oxygen saturation measurement	Yes	23 (23.7)	13 (21.3)	10 (27.8)	.523 (.469)
	No	74 (76.3)	48 (78.7)	26 (72.2)	
Oxygen supply	Yes	79 (81.4)	47 (77.1)	32 (88.9)	2.100 (.147)
	No	18 (18.6)	14 (23.0)	4 (11.1)	
Tracheal suction	Yes	83 (85.6)	51 (83.6)	32 (88.9)	0.512 (.475)
	No	14 (14.4)	10 (16.4)	4 (11.1)	
Input/output measurement	Yes	68 (70.1)	40 (65.6)	28 (77.8)	1.609 (.205)
	No	29 (29.9)	21 (34.4)	8 (22.2)	
Skin hygiene	Yes	90 (92.8)	56 (91.8)	34 (94.4)	(>.999)*
	No	7 ( 7.2)	5 ( 8.2)	2 ( 5.6)	
Position change for pressure ulcer prevention	Yes	89 (91.8)	55 (90.2)	34 (94.4)	(.706)*
	No	8 ( 8.3)	6 ( 9.8)	2 ( 5.6)	

\* Fisher's exact test

별 분석에서는 “제거해야 할 관이나 장치가 있는지 확인한다”에서만 유의한 차이를 보여, 간호사가 있는 시설 집단에서는 모두 수행했으나 간호사가 없는 시설 집단에서는 83.3%만이 수행한 것으로 나타났다( $p=.045$ )(Table 5).

### 임종 후 가족, 주변 노인, 직원에게 제공하는 서비스

노인의 임종 후에 가족에게 서비스를 제공하는 경우는 43개(44.3%)로서 전체 시설의 절반에 미치지 못하였다. 서비스 내용은 조문(24.7%)과 안부전화(22.7%)였으며 4.1%는 가족에게 시설의 종교행사 참여를 권유하였다.

친밀했던 거주노인에게 서비스를 제공하는 시설은 60개(61.9%)였다. 입원했다고 안심시킴이 36.1%로 가장 많았고 위로/말뭉/정서지지를 13.4%에서 제공했으며 그 외 서비스는 5% 미만의 시설에서 제공하는 것으로 나타났는데 시간이 지난 후 사실을 알림, 기도회에 함께 참석, 상황에 맞게 이야기 해줌 등이었다.

직원서비스는 11개(11.3%)시설만 제공하는 것으로 나타났는

데, 돌보는 노인의 임종 후 격려의 말로 위로 6.2%, 년차 휴가 사용 2.1%였다(Table 6).

### 임종돌봄 서비스에 대한 직원의 만족도와 문제점

시설에서 지난 1년간 제공한 임종돌봄 서비스에 대해 직원이 느끼는 만족도는 전체 97명의 면담 직원 중 76.3%는 매우 만족하거나(27.8%) 만족하는(48.5%)것으로 나타났으며 불만족하는 경우는 3.1%에 불과하였다. 서비스를 제공하는데 있어 문제점을 제시한 77명(74.2%)의 복수응답을 분석한 결과, 보호자의 비협조적 태도(28.9%)가 가장 많았는데 무관심, 병원 이송을 미룸, 시설 내규에 반한 내부 임종을 원함, 갑작스런 임종에 대한 문제제기 등이 포함되었다. 다음으로 제한적인 의료처치(12.4%), 임종시기 예측의 어려움(11.3%), 교육부족(9.3%), 임종방 없음(8.3%), 인력부족(7.2%) 순이었다(Table 7).

<Table 4> Provision of Terminal Psychosocial and Spiritual Care by Placement of Nurse (N=97)

Variables		Total		Facilities without nurse	Facilities with nurse	$\chi^2$ (p)
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
p s y c h o s o c i a l	Talking to an elder to help her/him express needs	Yes	91 (93.8)	57 (93.4)	34 (94.4)	(>.999)*
	No	6 ( 6.2)	4 ( 6.6)	2 ( 5.6)		
h o s p i t a l	Informing an elder of death	Yes	18 (18.6)	7 (11.5)	11 (30.6)	5.453 (.020)
	No	79 (81.4)	54 (88.5)	25 (69.4)		
s o c i a l	Talking while providing services to those in unconscious or nonresponding state	Yes	94 (96.9)	58 (95.1)	36 (100.0)	(.293)*
	No	3 ( 3.1)	3 ( 4.9)	0 ( .0)		
a l	Allow for a family visit in order to say good bye	Yes	90 (92.8)	57 (93.4)	33 (91.7)	(.708)*
	No	7 ( 7.2)	4 ( 6.6)	3 ( 8.3)		
a l	Helping an elderly person say good-byes through a visit with friends and acquaintances	Yes	37 (38.1)	18 (29.5)	19 (52.8)	5.200 (.023)
	No	60 (61.9)	43 (70.5)	17 (47.2)		
S p i r i t u a l	Respect the faith or spiritual belief of the elder	Yes	91 (93.8)	57 (93.4)	34 (94.4)	(>.999)*
	No	6 ( 6.2)	4 ( 6.6)	2 ( 5.6)		
S p i r i t u a l	Helping to express feelings related to death	Yes	45 (46.4)	21 (34.4)	24 (66.7)	9.462 (.002)
	No	52 (53.6)	40 (65.6)	12 (33.3)		
S p i r i t u a l	Provide opportunities for forgiveness and reconciliation	Yes	59 (60.8)	34 (55.7)	25 (69.4)	1.785 (.182)
	No	38 (39.2)	27 (44.3)	11 (30.6)		
S p i r i t u a l	Being supportive to have hope for afterlife	Yes	68 (70.1)	41 (67.2)	27 (75.0)	.655 (.418)
	No	29 (29.10)	20 (32.8)	9 (25.0)		
S p i r i t u a l	Be with the elder when he/she desires company	Yes	85 (87.6)	56 (91.8)	29 (80.6)	(.121)*
	No	12 (12.4)	5 ( 8.2)	7 (19.4)		
S p i r i t u a l	Listen to the elder	Yes	82 (84.5)	50 (82.0)	32 (88.9)	.830 (.363)
	No	15 (15.5)	11 (18.0)	4 (11.1)		
S p i r i t u a l	Arrange religious ceremony or meeting with minister	Yes	76 (78.4)	46 (75.4)	30 (83.3)	.838 (.360)
	No	21 (21.7)	15 (24.6)	6 (16.7)		
S p i r i t u a l	Pray together or read religious scriptures to the elder	Yes	81 (83.5)	50 (82.0)	31 (86.1)	.282 (.595)
	No	16 (16.5)	11 (18.0)	5 (13.9)		

\* Fisher's exact test

<Table 5> Provision of Mortuary Care by Placement of Nurse (N=74)

Variables		Total		Facilities without nurse	Facilities with nurse	$\chi^2$ (p)
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Identify tubes or equipment that need to be removed	Yes	66 (89.2)	40 ( 83.3)	26 (100.0)	(.045)*	
	No	8 (10.8)	8 ( 16.7)	0 ( 0.0)		
Position the body evenly	Yes	73 (98.7)	48 (100.0)	25 ( 96.2)	(.351)*	
	No	1 ( 1.4)	0 ( 0.0)	1 ( 3.9)		
Fix the jaw	Yes	68 (91.9)	43 ( 89.6)	25 ( 96.2)	(.416)*	
	No	6 ( 8.1)	5 ( 10.4)	1 ( 3.9)		
Change clothes or shroud	Yes	70 (94.6)	46 ( 95.8)	24 ( 92.3)	(.609)*	
	No	4 ( 5.4)	2 ( 4.2)	2 ( 7.7)		
Clean the body	Yes	58 (78.4)	36 ( 75.0)	22 ( 84.6)	.920 (.338)	
	No	16 (21.6)	12 ( 25.0)	4 ( 15.4)		
Manage incontinence	Yes	70 (94.6)	45 ( 93.8)	25 ( 96.2)	(>.999)*	
	No	4 ( 5.4)	3 ( 6.3)	1 ( 3.9)		

\* Fisher's exact test

논 의

임종을 처음 예측하는 증상으로 호흡곤란, 의식변화, 청색증이 높게 나타난 것은 Lim 등(2010-b)이 수행한 요양시설 근

무간호사 면담에서 표정, 색, 호흡양상 같은 모습의 변화가 거주노인의 이상 징후를 확인하는 표현진술에서 가장 많은 빈도를 보인 것과 거의 일치하고 있다. 한편, 통증이 매우 낮은 비율로 나타난 결과는 외국의 장기요양시설에서 사망한

&lt;Table 6&gt; Services for Family, Residential Elders, and Staff after the Death of Caring Elder (N=97)

Variables	n (%)
Services for family	
none	54 (55.7)
condolence	24 (24.7)
greeting call	22 (22.7)
recommend to join the religious service provided by the facility	4 ( 4.1)
Services for residential elders	
none	37 (38.1)
reassuring that the deceased elder is hospitalized	35 (36.1)
comfort, companion, emotional support	13 (13.4)
inform the fact after time passes	4 ( 4.1)
attend prayer meeting together in remembrance of the deceased	4 ( 4.1)
talking appropriately to the situation	4 ( 4.1)
change rooms if under severe anxiety	2 ( 2.1)
comfort with food	2 ( 2.1)
encourage to join provided programs	2 ( 2.1)
take for a walk	1 ( 1.0)
Services for staff	
none	86 (88.7)
comfort with words of encouragement	6 ( 6.2)
use yearly vacation	2 ( 2.1)
several hours' rest	1 ( 1.0)
one day off for new staff	1 ( 1.0)
reflect in recognizing best staff	1 ( 1.0)
multiple responses	

&lt;Table 7&gt; Staff Satisfaction and Difficulties toward Terminal Care (N=97)

Variables	n (%)
Staff satisfaction	
Very satisfied	27 (27.8)
Satisfied	47 (48.5)
Moderate	20 (20.6)
Dissatisfied	3 ( 3.1)
Difficulties in service provision	
none	25 (25.8)
negative family attitude to end-of-life care at an facility	28 (28.9)
difficulty in prescribing medicine	12 (12.4)
difficulty in predicting time to death	11 (11.3)
insufficient education	9 ( 9.3)
no room available for the dying	8 ( 8.3)
insufficient manpower	7 ( 7.2)
insufficient professional manpower at night	3 ( 3.1)
psychological burden facing death	2 ( 2.1)
Inadequate protection of human rights to death	2 ( 2.1)
others	4 ( 4.1)
multiple responses	

환자의 마지막 48시간 기록 분석(Hall, Schroder, & Weaver, 2002)에서 유병률이 호흡곤란, 통증, 격한 호흡 순으로 보고한 연구와 Goodridge 등(2005)의 연구에서 보고된 통증관리를 위한 진통제 투여가 매우 높게 나타난 결과, 요양시설의 간호 부서장들이 제시한 질적인 말기돌봄의 중심지표에 “효과적 통

증관리 증진”이 포함된 결과(Brazil et al., 2006)와는 차이가 있었다. 본 연구대상 시설에 입소한 의사소통이 가능한 노인 비율이 평균 44%였으며 전체시설 중 54.6%는 입소노인 중 암병력이 없는 것으로 조사되어 임종노인의 통증을 파악하지 못함으로써 임종예측증상으로 통증이 낮게 나타났다고 판단하



기는 어렵다고 본다. 국내 Lim, Chang과 Kim(2010-a)의 요양 시설에 근무하는 간호사면담 연구에서도 임종정후로 통증에 대한 언급은 거의 없었다고 보고하였는데 이는 이들 국가 간 요양시설 입소노인의 병력 차이에 기인한다고 생각되며 우리나라의 경우 암 등의 병력으로 통증을 많이 호소하는 경우 요양시설에서의 적극적인 통증관리가 어려우므로 의료기관으로 이송되기 때문일 것으로 생각된다.

응답 간호인력에 따라 유의한 차이를 보인 첫 번 임종예측 증상으로는 음식물섭취 감소, 연하곤란, 사지냉감, 소변양 감소, 혼돈이었으며 이들 증상은 음식물섭취감소를 제외하고는 응답 증상 중에서 적용되는 순위가 낮았다. 이러한 증상의 임종예측에 대한 상대적인 모호함으로 인해 간호조무사집단에 비해 교육과 실무배경이 다른 간호사집단에서 임종예측과 연결하는 비율이 더 높았을 것으로 보인다. 최초의 임종예측증상을 파악하는 것은 임종예측시기와 함께 요구되는 서비스 제공과 밀접한 관련이 있는 것으로 외국의 요양시설 연구에서 입소노인의 사망을 예측하는 직원 능력이 입소노인을 호스피스에 의뢰하고 서비스를 받는 기간에 중요했다는 보고(Welch, Miller, Martin, & Nanda, 2008)가 뒷받침해준다. 본 연구응답자들의 11.3%는 임종예측시기의 어려움을 임종돌봄의 문제점으로 지적하기도 하였다. 이와 관련하여 국내 선행 연구에서는 요양시설 간호업무에 임종정후 사정이 강조되었다(Lim et al., 2010-a; Ahn et al., 2014).

시설 내 임종을 금지하는 규정은 5%에 불과하였으나 요양 시설에서 임종이 가까울 때 응급실로의 이송을 원칙으로 한다는 사례(Lim et al., 2010-b)와 일치하는 상황으로 본 연구에서 임종이 임박하여 이송을 미루는 보호자들의 비협조적인 태도로 이어지는 문제를 초래하는 것으로 지적되기도 했다. 요양시설에서 노인이 죽음에 직면하게 될 때 낯설면서도 회생가능성이 없고 오히려 죽음을 지연시킬 불필요한 서비스가 제공될 수 있는 응급실로 이송하기 보다는 거주하던 공간에서 편안한 임종이 가능하도록 시설 내 여건을 조성함이 적절하다고 사료된다.

지난 1년간의 신체적 임종돌봄 항목 중에서 경험률이 가장 낮은 것은 산소포화도 측정이었다고 다음으로 수액요법, 진통제 투여, 경관영양 순이었는데, 이들 서비스를 제공하지 않았던 이유로는 필요성이 없었다는 시설이 가장 많았으며, 이외에 요양원에서의 제한적 처치로 인해 제공이 불가능하였고, 소수의 시설에서는 보호자가 원하지 않았음도 보고되었다. 이는 Lim 등(2010-b)의 연구에서 간호사들이 지각한 이상징후 관리의 장애요인으로 지적한 내용과 일부 일치하였는데, 이들 장애요인은 노인요양시설에서의 제한된 의료행위와 간호행위, 적극적인 처치를 보호자가 원하지 않는 것, 노인은 살만큼 살았다는 사회전반의 인식, 시설 내 환자관리지침과 인력부족이

었다. 반면, 진통제 투여는 앞의 임종예측증상에서도 언급되었듯이 국외 선행연구(Brazil et al., 2006; Goodridge et al., 2005; Hall et al., 2002)와 차이가 있었는데 이는 우리나라 요양시설에 거주하는 노인의 특성과 시설 내 제한된 의료처치에 기인한다고 본다.

심리사회적 돌봄에서 대상노인에게 말을 걸어서 요구표현을 돕는 항목이 93.8%로 가장 높게 나타난 것은 대상자 욕구를 반영하고자 하는 실천으로 볼 수 있다. 반면, 대상노인에게 임종상태를 알려주는 항목은 18.6%로서 전체 26개 돌봄항목 중 가장 낮았는데 제공하지 않은 이유로는 대상노인의 의식이 없음, 시기를 맞추기 어려움, 노인의 정서적 안정을 위함, 알리기가 쉽지 않거나 가족에게 일임함 등이었다. 이와 관련하여, Ye와 Lee(2015)는 노인병원에서 죽음에 대해 노인에게 알리는 것은 노인환자의 자기결정권이 없는 상태에서 보호자의 결정에 따르게 되어 자신의 죽음을 준비하지 못하는 데 대한 간호사들의 안타까움을 보고하였다. 국외 요양시설 돌봄 직원들은 좋은 죽음의 주요 특성으로 증상관리, 적절한 윤리적 결정, 정서적·영적 준비를 지적하였다(Hanson & Henderson, 2000). 좋은 죽음을 맞기 위해 죽음에 임박하기 이전 요양시설에 입소하는 시점부터 노인이 자신의 죽음에 대한 준비를 하도록 도울 수 있어야 하며 이를 위해서는 노인 돌봄인력의 적극적 개입이 필요하다고 본다.

영적돌봄 중에서 죽음관련 느낌을 표현하도록 도와주는 항목이 46.4%로 가장 낮았는데 그 이유로서 말 건네기가 조심스러움과 간호사가 대처할 수 없음이 포함되어 관련 교육의 필요성을 보여주었다. 선행연구에서 임상 간호사의 영적건강은 영적간호수행(Yoon, 2009), 임종간호스트레스, 임종간호태도와 유의한 관계를 보였으며, 영적건강이 종합병원 간호사들의 임종간호스트레스의 주요 예측요인이었을 뿐 아니라(Ji & You, 2014) 노인요양시설 간호사의 호스피스 간호수행에 간호사의 영성이 높은 설명력을 보였다(Seo & Sung, 2012). 따라서 요양시설에 근무하는 돌봄인력의 영적건강을 증진시키는 노력을 통해 질적인 임종돌봄이 이루어질 수 있도록 함이 필요하다.

신체적, 심리사회적, 영적 돌봄의 영역별 평균 비율에서 영적 돌봄이 75.6%로 가장 높았고 신체적 돌봄(69.8%), 심리사회적 돌봄(68.0%) 순으로 나타난 것은 Woo, Kim과 Kim(2013)의 상급종합병원에 근무하는 임종환자 간호 경험이 있는 간호사 연구에서 임종간호수행이 신체적 영역, 심리적 영역, 영적 영역의 순서로 나타난 것과는 대조적이었다. 이는 돌봄대상자의 중증도에 따라 증상완화를 위한 신체적 간호의 범위가 다르게 나타나는 근무기관의 특성에 기인하는 것으로 생각된다.

임종돌봄 전체 26개 항목 중에서 간호사 배치유무에 따라

유의한 차이를 보인 항목은 경관영양, 진통제투여, 대상노인에게 임종상태를 알려줌, 대상노인의 친구나 지인이 방문하도록 하여 작별인사를 도움, 죽음관련 느낌을 표현하도록 도와주는 5개 항목이었다. 특히 대상노인에게 임종상태를 알려주는 항목과 죽음관련 느낌을 표현하도록 도와주는 항목에서 유의한 차이를 보인 것은 이들 돌봄인력간 교육과정과 실무 경험의 차이에 상당부분 기인한다고 본다. 이에 관련하여, 노인요양병원 간호사들이 요구하는 교육영역에 정서적 지지를 포함하는 호스피스와 죽음을 긍정적으로 받아들이 불안과 스트레스를 줄이고 좋은 죽음을 맞도록 돕는 죽음준비교육이 포함되었다(An & Lee, 2014). 요양시설 거주 노인들의 특성으로 인해 이들을 돌보는 직원들은 죽음에 대한 심도있는 이해로 죽음불안을 감소시키고 돌봄현장에서 죽음에 직면하는 노인들에게 질적인 돌봄을 제공할 수 있도록 지지되어야 한다.

노인의 사후에 주변의 거주노인에게는 주로 입원했다고 안심시키거나(36.1%), 정서지지(13.4%)를 제공하는 등 소극적인 대처를 하는 것으로 나타났다. 그러나 사실과 다르게 입원했다고 안심시키기 보다는 사실대로 알리고 지지함으로써 시설의 다른 노인이 죽음에 대해 생각해보며 삶을 정리하고 성장할 수 있는 기회가 될 수 있도록 함이 바람직하다고 본다. Katz, Sidell과 Komaromy(2001)가 영국에서 수행한 연구에서도 설문에 참여한 시설의 80%에서 다른 거주자들에게 사망이 숨겨졌는데 관리자들은 거주자들의 부정적 반응을 막기 위해 분위기를 가능한 침착하고 정상적으로 유지하려 한 것으로 나타났다. 캐나다 일부지역 연구 결과(Brazil et al., 2004) 직접 돌봄제공자들은 장기요양시설에서 임종돌봄의 질에 기여하는 것으로 거주자들의 욕구에 응하는 것과 가족지지, 죽음을 의미있는 사건으로 인식하는 것을 포함하였는데, 직원과 거주자들 모두 임종한 노인의 죽음을 인정할 수 있도록 시설에서 진행되는 추도식 같은 행사의 중요성을 언급하였다. 이러한 유형으로 간주되는 요양시설에서의 축복 기도 의식에 대해(Maitland, Brazil, & James-Abra, 2012) 직원, 거주자, 가족으로 구성된 참석자들은 거주노인의 죽음과 자신들의 슬픔을 공식적으로 인정하는 기회를 제공했음을 느낀 긍정적 경험을 보고했으며 직원들과 거주자들은 가족에게 조의를 표할 수 있는 기회에 감사했다. 임종한 사람의 삶을 기리기 위해 그 사람에 대한 이야기를 나누는 것은 의식의 가장 중요한 측면으로 직원과 거주자들의 사별욕구를 관리하기 위한 공식적 지지로서 임종돌봄 관리 모델에 통합되어야 한다고 하였다.

노인의 사망 후 직원에게 제공되는 서비스가 있는 경우는 대상 시설의 11.3%에 불과하였으며 주로 격려의 말로 위로하는 수준이었다. 한편, 간호하던 노인의 죽음에 대해 간호사들은 슬픔, 우울, 죄책감, 두려움 등의 부정적 감정과 스트레스를 경험할 뿐 아니라 이직을 고려하기 까지 하며(Ye & Lee,

2015), 허탈감 등의 정서적 고뇌(Lim et al., 2010-a)를 경험하고, 사망한 노인과 남은 가족에 대한 “연민으로 감정을 주체하지 못하고 눈물을 흘리다가 업무에 복귀하였다”고 한다(Ahn et al., 2014). 영국의 요양시설 관리자들을 대상으로 한 연구에서 대부분의 관리자들은 임종노인을 돌보는 직원에 대한 지지가 필요하다고 하였으며, 노인의 사후에 지지는 즉석에서 제공되고 직원의 이야기를 공감하며 듣고 직원끼리 위로하는 것으로 대부분 선임직원이 후임직원을 지지했다고 보고하였다(Katz et al., 2001). 앞에서 소개된 직원, 가족, 거주 노인 모두 참석할 수 있는 추모모임 같은 외국의 사례는 노인의 사후에 지지가 필요한 대상자 모두를 함께 지지할 수 있는 방법으로 우리나라의 요양시설에서 적용될 수 있다고 본다.

본 연구의 제한점으로 도구개발 과정에서 관련 전문가의 수적 제한으로 인해 내용타당도의 양적평가를 하지 못했다. 특히, 측정된 임종돌봄 항목 중 심리사회적돌봄 5개 항목의 내적일관성이 .40으로 낮게 나타났으므로 추후 관련 항목 수를 추가하여 신뢰도를 높이는 노력이 필요하다. 또한 조사당시 114개소의 모집단에서 연구 참여에 동의하지 않은 17개 기관의 연구내용이 다르게 나타날 수 있는 가능성을 배제할 수 없다. 마지막으로 본 연구는 모집단을 일 지역에 위치한 장기요양시설로 한정하고 있으므로 연구결과를 타 지역으로 일반화할 때 유의해야 한다.

## 결론 및 제언

본 연구는 요양시설에서 제공되는 임종돌봄서비스 양상을 파악하기 위해 I 지역에 위치한 요양시설을 대상으로 수행되었다. 첫 임종예측증상에서 음식물섭취감소, 연하곤란 같은 모호한 증상의 경우 간호사집단에서 간호조무사집단보다 임종예측증상으로 간주하는 경향을 보였다. 신체적 돌봄영역에서 경관영양, 진통제투여, 수액요법, 산소포화도 측정은 제공도가 낮았으며 경관영양과 진통제 투여에서 간호사가 배치된 시설에서 제공비율이 더 높았다. 대상노인에게 임종상태를 알려주는 서비스는 18.6%로 전체 돌봄서비스 중 가장 낮았다. 영적 서비스 중에서 죽음관련 느낌을 표현하도록 도와주는 것은 46.4%에 불과하였다. 이들 낮은 비율을 보인 서비스는 간호사가 배치된 시설에서 수행비율이 더 높았다. 사후처치는 76.3%만이 과거 사례가 있다고 하였으며 제거해야 할 판이나 장치가 있는지 확인하는 것은 간호사가 배치되지 않은 경우 83.3%만 수행하였다. 노인의 임종 후 서비스를 제공하는 비율로 가족에게는 44.3%, 시설 내 주변 노인 61.9%, 특히 돌봄을 맡았던 직원에게 11.3%로 매우 낮았다. 임종돌봄서비스에 대해 면담직원들의 76.3%는 만족하였다.

이상의 결과에 기초하여 요양시설 돌봄인력의 죽음에 대한 이해를 증진할 수 있도록 교육적인 지지와 행정적인 지지를 통하여 죽음을 긍정적으로 바라보고 시설내의 임종돌봄에 적극적으로 대처할 수 있도록 함이 필요하다. 임종돌봄의 구체적 지침에 임종노인과 가족, 시설에서 밀접하게 접촉했던 노인에게 포괄적이며 질적인 임종돌봄이 이루어질 수 있는 기준을 마련하여야 한다고 본다. 이를 위해 직원들을 대상으로 한 임종돌봄 교육을 강화하여 자질향상을 꾀함과 동시에 장기요양시설의 평가항목에 임종돌봄서비스를 포함하는 방안을 제언한다.

## References

- Ahn, S. Y., Kim, H. K., Kong, E. S., Kim, N. C., Kim, C. G., Song, M. S., Lee, Y. W., Chan, S. O., Cho, M. O., & Choi, K. S. (2014). Nurses' experience of end-of-life care for older adults. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 16(2), 118-129.
- An, M. S., & Lee, K. J. (2014). Awareness of good death and attitudes toward terminal care among geriatric hospital nurses. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 17(3), 122-33.
- Brazil, K., Krueger, P., Bedard, M., Kelley, M. L., McAiney, C., Justice, C., & Taniguchi, A. (2006). Quality of care for residents dying in Ontario long-term care facilities: findings from a survey of directors of care. *Journal of Palliative Care*, 22(1), 18-25.
- Brazil, K., McAiney, C., Caron-O'Brien, M., Kelley, M. L., A., O'Krafka, P., & Sturdy-Smith, C. (2004). Quality end-of-life care in long-term care facilities: service providers' perspective. *Journal of Palliative Care*, 20(2), 85-92.
- Catholic University Hospice Education Research Institute (2006). *Hospice and palliative care*, Seoul : Koonja Publishing Company.
- English, D., & Gong, J. (2001). Why hospice care belongs in nursing homes, Part 1. *Nursing Homes*, 50(4), 46-50.
- Goodridge, D., Bond, J. B., Cameron, C., & McKean, E. (2005). End-of-life care in a nursing home: a study of family, nurse and healthcare aide perspectives. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(5), 226-232.
- Hall, P., Schroder, C., & Weaver, L. (2002). The last 48 hours of life in long-term care: a focused chart audit. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(3), 501-506.
- Hanson, L., & Henderson, M. (2000). Care of the dying in long-term care settings. *Clinics in Geriatric Medicine*, 16(2), 225-237.
- Israel, G. D. (2013). *Determining sample size*. University of Florida IFAS Extension1-5. <http://edis.ifas.ufl.edu/pdf/IFAS/PD00600.pdf>.
- Ji, S. I., & You, H. S. (2014). The impact of clinical nurses' terminal care attitude and spiritual health on their terminal care stress. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 17(4), 232-240.
- Katz, J. S., Sidell, M., & Komaromy, C. (2001). Dying in long-term care facilities: Support needs of other residents, relatives, and staff. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 18(5), 321-326.
- Kim, B. H. (2011). Current and future of hospice and palliative care in South Korea. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 14(4), 191-196.
- Kim, H. (2013). *Attitudes toward death and end-of-life care among nurses in nursing homes*. Master's thesis. Seoul National University, Seoul.
- Lee, M. (2009). *The present and the improving way of the senior recuperation facility in service field*. Master's research report. Ulsan University, Ulsan.
- Lim, S. H., Chang, S. O., & Kim, M. S. (2010-a). Nurses' perceptions regarding sign & symptom management in end of life care in nursing homes. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 17(2), 209-219.
- Lim, S. H., Chang, S. O., Seo, K. H., & Lee, S. J. (2010-b). Nurses' perceptions regarding identification and management of change in the condition of residents at risk in nursing homes. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 12(1), 81-94.
- Maitland, J., Brazil, K., & James-Abra, B. (2012). "They don't just disappear": acknowledging death in the long-term care setting. *Palliative and Supportive Care*, 10(4), 241-247.
- Ministry of Health & Welfare. (2012). *2012 Welfare Facilities for the Aged*.
- Seo, Y. S., & Sung, K. W. (2012). Influence of nurses' spirituality on hospice nursing intervention in long-term care facilities. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 14(1), 12-20.
- Statistics Korea. (2015). *2015 Statistics on the Aged*.
- Welch, L. C., Miller, S. C., Martin, E. W., & Nanda A. (2008). Referral and timing of referral to hospice care in nursing homes: the significant role of staff members. *The Gerontologist*, 48(4), 477-484.
- Woo, Y. W., Kim, K. H., & Kim, K. S. (2013). Death anxiety and terminal care stress among nurses and the relationship to terminal care performance. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 16(1), 33-41.
- Ye, M. J., & Lee, J. S. (2015). Nurses' experiences of the death of patients in geriatric hospitals. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 45(4), 513-522.
- Yong J. J., Kim, J. Han, S. S., & Puchalski C. M. (2008). Development and validation of a scale assessing spiritual needs for Korean patients with cancer. *Journal of Palliative Care*, 24(4), 240-246.
- Yoo, H. S. (2008). *A study on the hospice service in the elderly welfare facilities*. Master's thesis. Sahmyook University, Seoul.
- Yoon, E. (2002). A study on the actual condition of hospice service in nursing home. *Journal of Welfare for the Aged Institute*, 15(0), 91-120.
- Yoon, M. (2009). The spiritual well-being and the spiritual

## Terminal Care in Nursing Homes\*

Kim, Jung Hee<sup>1)</sup> · Mun, Kyung Sook<sup>2)</sup> · Shin, Bok Soon<sup>2)</sup> · Jang, Eun A<sup>2)</sup>

1) Professor, Department of Nursing, Inha University

2) Doctoral Student, Department of Nursing, Inha University

**Purpose:** This study aimed at understanding terminal care provided in nursing homes. **Method:** An interview survey with staff in charge of terminal care was conducted in 97 nursing homes using questionnaires. The questionnaire was reviewed by 3 experts and pretested at 5 facilities. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and Fisher's exact test. **Result:** Dyspnea was the most prevalent symptom predicting death. The most prevalent services were vital sign check for physical care, providing services by talking despite an unconscious state for psychosocial care, and respecting the faith of the elder for spiritual care. Employment of a registered nurse showed a significant difference in tube feeding ( $p=.035$ ), analgesic administration ( $p=.022$ ), informing the elder of end-of-life state ( $p=.020$ ), helping an elderly person say good-byes through a visit with friends and acquaintances ( $p=.023$ ), and helping express feelings related to death ( $p=.002$ ). Lack of service was noticed for elderly resident, family, and staff after death of an elder. Problems related to terminal care were indifference of family members, difficulty in obtaining medical prescription, difficulty in predicting death, and so forth. **Conclusion:** Terminal care must be improved by making specific guidelines and it must become a part of nursing home evaluation.

**Key words :** Nursing Homes, Terminal Care, Death, Aged

\* This work was supported by INHA UNIVERSITY Research Grant.

• Address reprint requests to : Kim, Jung Hee

Department of Nursing, Inha University

Inharo 100, Nam-gu, Incheon, Republic of Korea, 22212

Tel: 82-32-860-8204 Fax: 82-32-874-5880 E-mail: junghee@inha.ac.kr