

중환자실 간호사의 연명의료에 대한 태도, 역할인식 및 간호 스트레스

이수정¹ · 김혜영²

대구 파티마병원 중환자실 간호사¹, 계명대학교 간호대학 조교수²

Attitude, Role Perception and Nursing Stress on Life Sustaining Treatment among Intensive Care Unit Nurses

Lee, Su Jeong MSN, RN¹ · Kim, Hye Young Ph.D., RN²

¹Nurse, Daegu Fatima Hospital, Daegu

²Assistant Professor, College of Nursing, Keimyung University, Daegu, Korea

Purpose: The aims of the study were to investigate relationships among intensive care unit (ICU) nurses' attitude, role perception, and nursing stress related to life sustaining treatment (LST), and secondly, to identify factors influencing nursing stress about LST. **Methods:** Participants were 202 conveniently sampled ICU nurses from general hospitals in Korea with over 300 beds. From December 1, 2015 to January 31, 2016, data were collected using structured questionnaires. The questionnaire was designed to measure nursing stress related to LST. Content validity and reliability was established for the instrument. **Results:** Relationships were found between attitude and role perception, and between role perception and nursing stress about LST. Participants' role perception, gender, education level, and the experience of dealing with family members of patients receiving LST accounted for 13% of variance in nursing stress about LST. **Conclusion:** Results confirmed that ICU nurses' role perception affects nursing stress about LST. Accordingly, the nursing education programs related to LST should aim to enhance role perception of nurses, and strategies to reduce the nursing stress about LST of the nurses in ICU need to be further developed.

Key Words: Intensive care units, Life support care, Nursing

서론

1. 연구의 필요성

연명의료(life-sustaining treatment)란 말기 환자의 상병

원인을 직접 치료하거나 주된 병적 상태를 개선할 수는 없지만 생명을 연장할 수 있는 의학적 시술로, 치료 효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다[1]. 중환자실의 경우, 사망가능성이 높은 환자의 입실로 연명의료나 그 중단에 대해 결정해야 하는 경우가 많다[2,3]. 실제로 중환자실에 입원하는 환

주요어: 중환자실, 연명의료, 간호

Corresponding author: Kim, Hye Young

College of Nursing, Keimyung University, 1095 Dalgubeol-daero, Dalseo-gu, Daegu 42601, Korea.
Tel: +82-53-580-3934, Fax: +82-53-580-3916, E-mail: hye11533@kmu.ac.kr

- 이 논문은 제1저자 이수정의 석사학위논문을 수정하여 작성한 것임.

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

Received: Jan 27, 2017 / Revised: Mar 19, 2017 / Accepted: Apr 22, 2017

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.

자의 6~11%가 연명의료를 받고 있고, 중환자실에서 발생하는 사망의 50~90%가 연명의료중단과 관련이 있다고 알려져 있다[4]. 2009년에 전국의 연명의료중단 대상자 현황을 조사한 연구결과를 보면, 의료기관별로 평균 6.1명 연명의료 환자가 중환자실에 있으며, 대학병원과 국공립병원에, 그리고 입원 병상 수가 많을수록 이들의 비율이 높았다[5].

의학기술의 발달로 병원은 점차 전문분야로 세분화되고 조직구조도 복잡해져, 이로 인한 구성원의 이질성 증가로 다양한 형태의 스트레스가 존재한다[6]. 특히, 간호사는 환자의 질병과 죽음을 다루는 업무, 교대근무 조건, 점점 더 높은 수준의 간호 요구 등으로 인하여 높은 스트레스를 경험하는 것으로 보고된다[7,8]. 고도의 의료기술과 장비를 이용하는 대부분의 연명의료는 중환자실에서 이루어지는데[4] 중환자실 간호사는 생명이 위급한 환자와 연명의료 환자 모두에게 고도의 기술과 판단을 요하는 특수간호와 포괄적이면서도 숙련된 간호를 제공해야 하며 환자간호에 대한 책임감으로 인해 간호수행의 어려움을 호소한다[9,10]. 또한 연명의료 환자간호에 있어 환자의 생명과 직결되는 상황에서 복잡한 기계와 장비조작의 부담감과 보호자와의 관계, 눈에 띄지 않으나 반복되는 과중한 간호업무로 스트레스를 경험하고 있다[9]. 간호사들이 경험하는 스트레스가 높아지면 업무만족 저하 및 좌절, 이직의도가 높아지고 양질의 환자간호 제공이 어려워진다[11,12].

첨단 연명의료기술의 발전은 과거에 치료와 완치가 불가능하였던 환자에게 인공호흡기 치료나 비경구적 영양공급 등과 같은 집중치료를 가능하게 하면서 중증 환자의 회복에 도움을 주며 수명을 연장시키고 있다. 하지만 연명의료기술은 회복 불가능한 환자에게 양질의 수명 연장보다 신체적, 정신적 고통의 기간을 연장시킴으로써 인간의 존엄성을 상실시킬 수 있다는 우려도 낳고 있다[13]. 이로 인하여 연명의료의 중단과 지속 등을 두고 보호자와 의료인간에 혹은 의료인들 사이에 갈등 상황과 윤리적 문제가 논의되고 있으며[14] 대상자에 따라서 연명의료에 대하여 다양한 태도를 보이고 있다. 연명의료에 대한 태도는 주관적이고 개별화된 경험으로 개인의 경험적 특성과 사회문화적 가치관에 따라 다양하게 나타난다[15]. 환자 곁에서 24시간 간호를 시행하는 간호사의 돌봄은 환자 및 보호자의 의사결정 및 태도에 중요한 영향을 미치며 대상자의 의지를 지지해준다[16]. 중환자실 간호사를 대상으로 한 선행연구에 의하면 이들은 연명의료 환자를 간호하면서 이의 중단과 지속과정에서 윤리적 딜레마를 경험하며 의료인의 연명의료에 대한 태도와 경험이 환자 및 보호자의 연명의료 지속과 중단 결정과정에 직접적인 영향을 미치고 있다고 한다[9,17]. 그러므로 간

호사를 포함한 의료진은 주기적으로 연명의료에 대한 환자의 태도만 아니라 자신의 태도도 파악할 필요가 있다.

중환자실 간호사들은 다른 누구보다 환자와 가까운 곳에서 지속적인 접촉을 가지며 환자의 요구와 의사를 가장 잘 파악할 수 있기 때문에 간호사 스스로 연명의료 결정과정에 적극적으로 참여해야 한다고 인식하고 있고[16,18] 연명의료 결정과정에서 간호사의 역할을 정보제공자, 지지자, 대변자 등으로 규정하며 적극적인 참여의 필요성[19]을 이야기하고 있다. 하지만, 임상현장의 간호사들은 환자 및 보호자와의 의사소통 부재, 의료진간 협업의 부재, 자신감 부족, 불분명한 역할범위 등을 이유로 참여를 주저하고 있다[20]. Park과 Yun의 연구[17]도 이들이 중환자실에서 연명의료 중인 환자 간호에 있어 간호사로서의 역할 한계에 힘들어하고 고통스러움을 호소한다고 보고하였다. 즉, 간호사가 자신의 윤리적 가치관에 따라 의사결정을 하고 환자의 옹호자로서 역할을 해야 하지만 이에 대한 지지체계가 없어 의기소침해지고 스트레스를 받는 원인이 되기도 하였다[21]. 그럼에도 불구하고, 간호사는 중환자 간호에 있어 중심 역할을 하는 환자의 옹호자요 대변자로서 자신의 역할을 명확히 인식하여 연명의료 결정과정에 참여할 수 있어야 한다[22].

현재까지 국내의 선행연구를 살펴보면, 중환자실 간호사의 연명의료 관련 태도와 역할인식을 주요 변수로 하는 연구[22-24]는 진행되었지만, 그 결과가 일관적이지 않았으며, 연명의료에 대한 태도와 간호사의 역할인식 간 관계를 살펴본 연구는 수행되지 않았다. 또한 연명의료 환자 간호 시 중환자실 간호사가 스트레스를 받는 것으로 알려져 있으나[9,17] 연명의료 간호 스트레스에 관한 양적 연구도 시행된 적이 없어 중환자실 간호사의 연명의료 간호에 대한 연구가 필요하다.

이에 본 연구는 중환자실 간호사의 연명의료에 대한 태도, 역할인식 및 간호 스트레스를 파악하고 세 변수간 관계를 확인하고자 한다. 또한 중환자실 간호사의 연명의료 간호 스트레스에 미치는 영향요인을 파악하여 임상현장에서 간호사들에게 적용할 수 있는 효과적인 연명의료 교육 프로그램 개발에 기초 자료로 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 중환자실 간호사의 연명의료에 대한 태도, 역할인식 및 연명의료 간호 스트레스 정도와 이들 간의 상관관계를 확인하고, 연명의료 간호 스트레스의 영향요인을 파악하기 위함이다. 이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 중환자실 간호사의 연명의료에 대한 태도 및 역할인식, 연

명의료 간호 스트레스 정도를 파악한다.

- 중환자실 간호사의 특성에 따른 연명의료에 대한 태도, 역할인식 및 연명의료 간호 스트레스의 차이를 파악한다.
- 중환자실 간호사의 연명의료에 대한 태도, 역할인식과 연명의료 스트레스와의 상관관계를 파악한다.
- 중환자실 간호사의 연명의료 간호 스트레스에 미치는 영향요인을 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 연명의료 중인 환자를 간호하는 중환자실 간호사의 연명의료에 대한 태도와 역할인식 및 간호 스트레스 정도와 이들의 연명의료에 대한 태도와 역할인식 및 간호 스트레스 간의 관계를 조사하고, 연명의료 간호 스트레스에 미치는 영향요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 D시에 소재한 500병상 이상의 5개 종합병원과 S시와 B시 및 K도 지역에 소재한 300병상 이상의 6개 종합병원의 중환자실 간호사를 대상으로 하였다. 구체적인 대상자 선정 기준은 다음과 같다.

- 상급 종합병원 및 종합병원 중환자실에 근무하고 있는 간호사
- 연명의료 환자를 간호한 경험이 있는 간호사

본 연구의 대상자 표본 수는 다중회귀 분석 표본 수 결정을 위한 G*Power 3.1.9.2 프로그램을 이용하여 유의수준 $\alpha = .05$, 검정력(1- β) 0.95, 회귀분석의 중간 효과크기 .15, 독립변수는 15개를 기준으로 적용하였을 때 최소 표본 수가 199명으로 산출되었고, 탈락률을 고려하여 206부의 설문지를 배포하였다. 배부된 설문지 총 206부의 설문지 중 205부가 회수되어 99.5%의 회수율을 나타내었고, 회수된 설문지 중 미완성 응답 3부를 제외한 후 최종 202부가 자료분석에 사용되었다.

3. 연구도구

본 연구의 측정도구는 구조화된 설문지를 사용하였으며, 설문지의 내용은 대상자의 특성에 관한 11문항, 연명의료에 대한 태도 17문항, 연명의료에 대한 역할인식 13문항 및 연명의료

간호 스트레스 28문항으로 구성되었다. 도구의 구체적인 내용은 다음과 같다.

1) 연명의료에 대한 태도

연명의료에 대한 태도의 측정은 Park [25]의 도구를 기초로 하여 Byun 등[17]이 수정·보완하여 이용한 도구를 본 연구의 목적에 맞게 연구자가 수정·보완하여 사용하였다. Byun 등 [17]의 도구에서는 총 문항이 19개로 본 연구에서는 역문항 2개를 삭제하고 ‘회복 불가능한 환자’라는 표현을 ‘연명의료 중인 환자’로 수정하였다. 연명의료에 대한 태도 문항은 연명의료에 대해 긍정적인 태도를 기술하는 3개의 문항과 연명의료에 대해 부정적인 태도를 기술하는 14개의 문항으로 총 17개의 문항으로 구성되어 있다. 긍정적인 태도를 기술하는 3개의 문항은 역문항으로 환산하였다. 본 도구는 5점 척도로 ‘매우 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 5점까지의 척도로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 연명의료에 대해 부정적인 태도를 의미한다. Byun 등[17]의 연구에서 도구의 신뢰도 계수 Cronbach’s α 는 .88이었다. 본 연구에서의 신뢰도 계수는 .78이었다.

2) 연명의료에 대한 역할인식

연명의료에 대한 역할인식 측정은 Byun 등[17]이 간호사 70명을 대상으로 사전 조사하여 구성한 도구를 사용하였다. 역할인식에 대한 문항은 총 13문항으로 구성되어 있으며 5점 척도로 각 문항마다 ‘매우 그렇지 않다’ 1점, ‘그렇지 않다’ 2점, ‘보통이다’ 3점, ‘그렇다’ 4점, ‘매우 그렇다’ 5점으로 점수화 하여 점수가 높을수록 연명의료 중인 환자간호 시 적극적인 간호사의 역할을 인식하고 있음을 의미한다. 이 중 한 문항은 역문항으로 환산하였다. Byun 등[17]의 연구에서 도구의 신뢰도 계수 Cronbach’s α 는 .88이었다. 본 연구에서의 신뢰도 계수는 .87이었다.

3) 연명의료 간호 스트레스

연명의료 간호 스트레스 측정을 위하여 연명의료 및 간호 스트레스 관련 선행연구[9,15,18,26,27]를 토대로 항목들을 구성하여 타당도와 신뢰도의 검증 과정을 거쳐 사용하였다. 개발과정은 심층면담과 문헌고찰을 통해 초기 39개 문항을 구성하였고, 초기 문항은 중환자실 수간호사 1명, 10년차 이상의 경력을 가진 중환자실 간호사 3명, 간호학과 교수 3명으로 구성된 전문가 집단의 내용타당도 검증을 거쳤다. 이 과정에서 내용이 중복되거나 맞지 않는 11개 항목을 제외한 총 28개 항목으로 연명의료 환자간호 경험이 있는 중환자실 간호사 166명을 대

상으로 탐색적 요인분석을 실시하였다. 요인회전방법은 직각회전방법인 Varimax rotation을 적용하였고 요인의 수는 Eigen value 1.0 이상, 요인적재 기준 .40 이상으로 분석하였다. 요인분석 결과 총 6개 요인으로 추출되었으며 이들 요인의 전체 설명력은 62.3%로 나타났다. 본 도구의 요인별 문항 수는 요인별로 2~8개의 문항이 포함되어 있고 6개의 요인은 '임종 간호 부담', '정신적 소진경험', '보호자와의 갈등', '연명의료 장비 조작 부담', '대상자에 대한 연민', 및 '연명의료 중단과 연장의 딜레마'로 구성된다. 본 연구에서 개발된 도구는 각 항목에 대해 '전혀 스트레스를 받지 않는다' 1점, '스트레스를 받지 않는다' 2점, '보통이다' 3점, '스트레스를 받는다' 4점, '매우 스트레스를 받는다' 5점으로 점수화하는 Likert 척도로 구성되었으며, 점수가 높을수록 연명의료 간호 스트레스 정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서 개발된 연명의료 간호 스트레스 도구의 신뢰도 계수 Cronbach's α 는 요인별로 .64~.92를 보였으며, 28개 전체 문항의 신뢰도 계수는 .93이었다.

4. 자료수집

자료수집은 2015년 12월 1일부터 2016년 1월 31일까지 11개 종합병원의 중환자실 간호사를 대상으로 실시되었다. 기관의 협조가 필요한 경우 병원의 간호부서장에게 전화나 직접 방문을 통하여 연구의 목적과 절차에 대하여 설명하였다. 중환자실 간호사들에게 연구목적과 내용을 설명한 후 연구참여에 동의한 간호사에게 약 15~20분 정도 소요되는 설문조사를 실시하였다.

5. 윤리적 고려

본 연구는 K대학교 생명윤리위원회의 승인(IRB No: 40525-201510-HR-79-01)을 받았다. 설문조사 시작 전에 연구대상자에게 본 연구의 목적과 방법을 설명하고 언제든지 연구참여를 중단할 수 있음을 알려주었다. 응답한 설문지는 익명으로 처리되며 연구결과는 연구목적 외에는 사용하지 않는다고 설명한 후 참여를 희망하는 대상자들에게 서면동의를 받고 자료수집을 진행하였다.

6. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 이용하여 대상자의 특성은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 구하고, 대상

자의 연명의료에 대한 태도, 역할인식 및 간호 스트레스는 평균과 표준편차를 구하였다. 연명의료 간호 스트레스 도구는 내용의 구성타당도 확인을 위해 Factor analysis를 시행하였다. 대상자의 특성에 따른 연명의료에 대한 태도, 역할인식 및 간호 스트레스의 차이는 independent t-test 혹은 One-way ANOVA로 분석하고, Scheffé test로 사후 검정하였다. 대상자의 연명의료에 대한 태도, 역할인식 및 간호 스트레스 간 관계는 Pearson's correlation coefficients값을 구하고 연명의료 간호 스트레스 영향요인은 단계적 다중 회귀분석(stepwise multiple regression)을 이용하여 분석하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 대부분이 여성(92.1%)으로 연령은 26~30세가 35.1%로 가장 많았다. 미혼이 72.8%였고 종교가 없다고 응답한 대상자가 59.4%, 최종학력은 4년제 대학 이상이 55.9%로 대부분이 일반간호사(90.1%)였다. 이들의 임상경력은 25~60개월이 28.2%로 가장 많았는데 중환자실 실무 경력은 13~36개월이 30.7%, 37~83개월이 29.7%, 84개월 이상이 21.3%순으로 나타났다. 현재 근무 중인 부서는 내과계 중환자실이 33.2%로 가장 많았다. 최근 1년 이내 친인척의 연명의료 경험이 없다고 응답한 대상자가 93.1%였고, 거의 대부분(97.5%)이 사전연명의료의향서가 필요하다고 응답하였다.

2. 대상자의 연명의료에 대한 태도, 역할인식 및 간호 스트레스

1) 연명의료에 대한 태도

대상자의 연명의료에 대한 태도의 평균평점은 3.33 ± 0.46 점으로 문항별로 살펴보면 '환자는 본인의 죽음을 결정할 권리가 있다' 항목이 4.20 ± 0.91 점으로 가장 높았고, '연명의료 중인 환자의 경우 심정지가 예상될 때 심폐소생술 금지 승낙서를 받는 것은 바람직하다'가 3.91 ± 0.90 점, '연명의료 중인 환자가 치료과정의 고통보다는 연명의료 중단을 선택할 경우 그것은 환자를 위한 방법이다'가 3.68 ± 0.82 점 순으로 조사되었다. 가장 점수가 낮은 문항은 '아무런 치료나 처치 없이 죽어가는 것을 보고만 있는 것은 의료인으로서 있을 수 없는 일이다'로 2.57 ± 0.91 점이었다(Table 2).

Table 1. Attitude, Role Perception, and Nursing Stress on Life Sustaining Treatment based on Nurses' General Characteristics (N=202)

Variables	Categories	n (%) or M±SD	Attitude		Role perception		Nursing stress	
			M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Gender	Male	16 (7.9)	3.43±0.51	0.92	3.73±0.59	-1.74	3.40±0.63	-2.77
	Female	186 (92.1)	3.32±0.46	(.358)	3.95±0.49	(.084)	3.76±0.48	(.006)
Age (year)	≤25 ^a	57 (28.2)	3.21±0.42	2.25	3.83±0.46	3.90	3.73±0.37	2.14
	26~30 ^b	71 (35.1)	3.38±0.46	(.084)	3.86±0.55	(.010)	3.64±0.57	(.096)
	31~35 ^c	26 (12.9)	3.27±0.41		3.99±0.48	a, b < d	3.70±0.46	
	≥36 ^d	48 (23.8)	3.42±0.52		4.12±0.43		3.88±0.54	
		30.69±7.04						
Marital status	Single	147 (72.8)	3.29±0.46	-1.95	3.89±0.49	-2.03	3.71±0.51	-1.01
	Married	55 (27.2)	3.43±0.46	(.053)	4.05±0.51	(.044)	3.79±0.48	(.316)
Religion	Catholic	38 (18.8)	3.46±0.39	1.88	4.01±0.43	1.44	3.79±0.48	0.39
	Christian	23 (11.4)	3.42±0.55	(.134)	4.03±0.51	(.232)	3.66±0.50	(.762)
	Buddhism	21 (10.4)	3.29±0.49		4.03±0.40		3.70±0.44	
	None	120 (59.4)	3.28±0.46		3.87±0.53		3.73±0.53	
Education level completed	College	89 (44.1)	3.36±0.43	0.90	3.84±0.55	-2.43	3.60±0.51	-3.30
	≥Bachelor	113 (55.9)	3.30±0.49	(.370)	4.01±0.44	(.016)	3.83±0.48	(.001)
Job position	Staff nurse	182 (90.1)	3.32±0.47	1.34	3.91±0.50	1.25	3.71±0.50	1.51
	Charge nurse	12 (5.9)	3.54±0.37	(.265)	4.12±0.46	(.290)	3.95±0.52	(.223)
	Head nurse	8 (4.0)	3.30±0.48		4.06±0.32		3.85±0.54	
Working experience as a nurse (month)	≤24 ^a	50 (24.7)	3.18±0.45	3.65	3.92±0.41	6.67	3.72±0.43	3.11
	25~60 ^b	57 (28.2)	3.28±0.45	(.014)	3.73±0.56	(<.001)	3.62±0.50	(.028)
	61~120 ^c	46 (22.8)	3.43±0.44	a < c, d	3.98±0.51	b < d	3.70±0.56	b < d
	≥121 ^d	49 (24.3)	3.43±0.49		4.14±0.40		3.91±0.49	
		86.64±83.83						
Working experience as an ICU nurse (month)	≤12 ^a	37 (18.3)	3.18±0.51	3.59	3.99±0.46	1.10	3.73±0.56	1.36
	13~36 ^b	62 (30.7)	3.25±0.43	(.015)	3.85±0.50	(.349)	3.63±0.42	(.255)
	37~83 ^c	60 (29.7)	3.45±0.47	a < c	3.93±0.55		3.80±0.58	
	≥84 ^d	43 (21.3)	3.39±0.41		4.01±0.45		3.78±0.44	
		54.32±50.89						
Working department	Medical ^a	67 (33.2)	3.36±0.46	0.44	4.03±0.45	3.46	3.73±0.53	4.47
	Surgical ^b	55 (27.2)	3.29±0.44	(.725)	3.91±0.46	(.017)	3.81±0.44	(.005)
	Neuro-Surgical ^c	47 (23.3)	3.29±0.51		3.75±0.60	c < a	3.53±0.45	c < b, d
	Others ^{†d}	33 (16.3)	3.38±0.45		4.03±0.43		3.90±0.55	
Personal experience with LST in the past year	Yes	14 (6.9)	3.31±0.36	-0.18	3.87±0.37	-0.46	4.05±0.59	2.47
	No	188 (93.1)	3.33±0.47	(.860)	3.94±0.51	(.649)	3.71±0.49	(.014)
Necessity of having advance directives	Yes	197 (97.5)	3.34±0.45	1.55	3.94±0.49	2.09	3.74±0.50	1.78
	No	5 (2.5)	3.01±0.79	(.122)	3.48±0.57	(.038)	3.34±0.49	(.076)

a, b, c, d=Scheffé post hoc; ICU=intensive care unit; LST=Life sustaining treatment; [†]Medical-Surgical integrated intensive care unit.

2) 연명의료에 대한 역할인식

대상자의 연명의료에 대한 역할인식의 평균평점은 3.93 ±0.50점이었으며, 문항별로 살펴보면 ‘연명의료중단을 결정한 환자라도 간호사는 마지막까지 최선을 다해야 한다’는 항목이 4.31±0.76점으로 가장 높았고, ‘환자의 신체적 통증이 심한 경우 통증을 경감시키는 것이 우선되어야 한다’가 4.26±0.67점, ‘간호사는 환자와 환자가족에게 정서적으로 지지해주어야

한다’가 4.26±0.80점, ‘간호사는 객관적이고 전문적인 입장에서 필요한 정보를 제공하고 그들의 판단을 존중해주어야 한다’는 항목이 4.20±0.64점 순으로 나타났다. 가장 점수가 낮은 문항은 3.00±1.04점으로 ‘연명의료중단에 대한 결정은 환자 또는 환자가족이 결정하므로 간호사는 참여하지 않는다’로 나타났다(Table 2).

Table 2. Nurses' Attitude and Role Perception about Life Sustaining Treatment

(N=202)

Variables	Items	M±SD
Nurses' attitude about LST	· Even for a LST patient, life should be extended using every available treatment methods. †	3.45±1.08
	· If a LST patient and family request WLST due to financial difficulties, it should be allowed.	3.55±0.82
	· If a patient choose WLST instead of pursuing painful treatment, it can be a way for the patient.	3.68±0.82
	· WLST can be one of the methods for older patients with incurable diseases to end their life.	3.64±0.91
	· If a LST patient or family request WLST due to religious faith, it should be respected.	3.57±0.97
	· If a LST patient or family refuse airway intubation, it should be discontinued even if it is needed.	3.30±0.95
	· A LST patient or family request, pressor-agents should be stopped even if blood pressure is low.	3.38±0.93
	· CPR for cardiac arrest should be performed for a patient on LST. †	3.16±1.19
	· A patient's family has a right to choose WLST on behalf of the patient.	3.30±0.99
	· A patient has a right to choose WLST.	4.20±0.91
	· WLST should be allowed for organ transplant.	2.76±0.99
	· Use of ventilator for unconscious patient on LST should be discontinued if the pt's family request.	2.76±1.03
	· Weaning ventilator according to the family's request is an act of consideration for the patient.	3.01±0.99
	· Medical staff's decision of WLST is advisable if a patient with incurable status have no supporting family.	2.95±1.03
	· A LST patient should be discharged under family's signature if the family want.	3.40±0.97
	· It is advisable to get a consent on CPR prohibition when cardiac arrest is expected for the LST patient.	3.91±0.90
	· It is unacceptable for health professionals just to watch patient dying without providing any treatments. †	2.57±0.91
Total		3.33±0.46
Nurses' role perception about LST	· Nurses should support a patient and family emotionally.	4.26±0.80
	· Nurses should explain thoroughly on disease and prognosis to a patient and family.	4.05±0.83
	· Nurses should take care of a patient as much as they can until the last even when WLST is decided.	4.31±0.76
	· Nurses should help a patient with incurable status to spend time with his/her family.	4.02±0.77
	· Nurses should offer necessary information from objective and professional perspective, and respect a patient and family's decision.	4.20±0.64
	· Nurses should act as a mediator between doctor and family.	4.02±0.78
	· While a patient and/or family can decide WLST, nurses should not be involved. †	3.00±1.04
	· Nurses should support a patient or family to get religious support if they want.	3.89±0.88
	· Nurses should participate in the decision making of WLST with the doctor, patient, and family.	3.68±0.83
	· Nurses should play a role of counselor for a patient and family.	3.96±0.70
	· Nurses should help a patient die peacefully.	4.16±0.67
	· Pain relief should be done first when a patient's physical pain is severe.	4.26±0.67
	· A patient and family can be influenced by nurses' belief in WLST.	3.31±1.04
	Total	

† Reverse score; WLST=Withdrawal of Life sustaining treatment; LST=Life sustaining treatment.

3) 연명의료 간호 스트레스

대상자의 연명의료 간호 스트레스의 평균평점은 3.73±0.50 점으로 문항별로 살펴보면 ‘보호자가 위급한 환자의 상황을 두고 우선순위가 아닌 일에 몰두할 때’가 4.29±0.70점으로 가장 높았고, ‘주치의가 명확하지 않은 처방을 내릴 때’가 4.28±0.66점, ‘응급상황에 빠른 대처를 할 수 없을 때’가 4.07±0.78 점 순으로 조사되었다. 가장 점수가 낮은 문항은 2.95±0.90점으로 ‘연명의료의 지속을 결정한 이후 갑자기 연명의료의 중단을 결정할 때’로 나타났다(Table 3).

3. 대상자 특성에 따른 연명의료에 대한 태도, 역할인식 및 간호 스트레스

본 연구에서 대상자 특성에 따른 연명의료에 대한 태도의

차이를 보면 임상간호경력(F=3.65, p=.014)과 중환자실경력(F=3.59, p=.015)에 있어서 유의한 차이를 보였다. 구체적으로 살펴보면, 임상간호경력에서는 24개월 이하의 집단보다 61개월 이상의 집단의 연명의료에 대한 태도 점수가 높게, 중환자실경력에서는 12개월 이하의 집단보다 37~83개월의 집단이 높게 나타났다.

대상자 특성에 따른 연명의료에 대한 역할인식의 차이를 보면 연령(F=3.90, p=.010), 결혼상태(t=-2.03, p=.044), 최종학력(t=-2.43, p=.016), 임상간호경력(F=6.67, p<.001), 현재근무부서(F=3.46, p=.017), 사전연명의료의향서 필요성(t=2.09, p=.038)에서 유의한 차이가 나타났다. 구체적으로 살펴보면, 연령에서 30세 이하보다 36세 이상의 집단이 높게, 결혼 상태에서 기혼보다 미혼이 높게, 최종학력에서 3년제 졸업자보다 4년제 이상의 학력소지자의 역할인식 점수가 높게 나타났다.

Table 3. Nursing Stress on Life Sustaining Treatment

(N=202)

Factor	Questions	M±SD
Burden of LST care	· When I see myself become insensitive as I take care of a patient on LST	3.57±0.99
	· When I feel doubt about my job after caring of a patient on LST	3.50±1.03
	· When I feel demotivated after caring of a patient on LST	3.37±0.99
	· When I feel I have to care of a patient on LST again	3.33±1.01
	· When I have to care of patients on LST often	3.53±0.97
	· When I cannot inform a LST patient's family on hopeless recovery	3.69±0.84
Subtotal		3.50±0.82
Experience of mental exhaustion	· When there are not many things I can do for a LST patients	3.62±0.75
	· When a patient's condition gets worse despite of LST	3.70±0.88
	· When a patient cannot receive LST due to his/her economic reason	3.63±0.79
	· When I feel empathy with a LST patient	3.64±0.95
	· When a patient who has been on LST for a long time finally dies	3.62±0.93
	· When a patient dies even after aggressive LST(e.g. CRRT, CPR)	3.58±0.85
	· When I see myself thinking about stopping LST for a patient without recovery	3.57±0.86
	· When difficult to care of a LST patient systematically	3.76±0.67
Subtotal		3.64±0.59
Conflict with a LST patient's family	· When a family's demands increase after LST decision made	3.76±0.86
	· When a family blame medical team	3.96±0.86
	· When a family get angry or deny their loved one's situation	3.98±0.83
	· When a LST patient causes too much workload on me	3.91±0.85
	· When there is conflict between family's demand and doctor's decision	3.86±0.77
	· When a LST patient's treatment plan and direction is unclear	3.81±0.78
Subtotal		3.88±0.59
Burden of operating LST equipment	· When my skill and knowledge for caring a LST patient is insufficient	3.96±0.77
	· When I am not able to respond to emergency quickly	4.07±0.78
Subtotal		4.01±0.69
Compassion for LST patients	· When a family is focusing on non-priority when a LST patient is in emergency	4.29±0.70
	· When a doctor orders continuation of LST without properly explaining about a patient's condition to his/her family	4.02±0.75
	· When a doctor makes unclear order	4.28±0.66
Subtotal		4.20±0.54
Dilemma related to LST extension or cessation	· When I have to decide to discontinue LST suddenly after decision made on LST	2.95±0.90
	· When LST patient care is continued despite a heavy workload	3.80±0.91
	· When what a family wants for LST patient's treatment plan is unclear	3.71±0.78
Subtotal		3.49±0.62
Total		3.73±0.50

LST=life sustaining treatment; CRRT=continuous renal replacement therapy; CPR=cardiopulmonary resuscitation.

임상간호경력에서 60개월 이하의 집단보다 120개월 이상의 집단이 높게, 현재근무부서에서는 신경외과계 중환자실보다 내과계 중환자실의 역할인식 점수가 높게 나타났다. 또한 사전 연명의료의향서가 필요하다고 생각하는 집단이 필요 없다고 생각하는 집단보다 역할인식의 점수가 높았다.

연명의료 간호 스트레스의 경우 성별($t=-2.77, p=.006$), 최종학력($t=-3.30, p=.001$), 임상간호경력($F=3.11, p=.028$), 현

재근무부서($F=4.47, p=.005$) 및 최근 1년 이내 친인척의 연명의료경험($t=2.47, p=.014$)에서 차이가 유의하였다. 구체적으로 살펴보면 남성보다 여성이 높게, 최종학력에서는 3년제 졸업자보다 4년제 이상의 학력소지자의 연명의료 간호 스트레스 점수가 높았다. 임상간호경력에서는 25~60개월 집단보다 121개월 이상 집단이, 현재 근무부서에서는 신경외과계 중환자실보다 외과계 중환자실과 기타 중환자실의 연명의료 간호 스트

레스 점수가 높았다. 또한, 최근 1년 이내 친인척의 연명의료경험이 있는 경우가 경험이 없는 경우보다 간호 스트레스 점수가 높았다(Table 1).

4. 연명의료에 대한 태도, 역할인식 및 간호 스트레스와의 상관관계

대상자의 연명의료에 대한 태도, 역할인식 및 간호 스트레스 간의 상관관계 결과는 Table 4와 같다. 연명의료에 대한 역할 인식은 간호 스트레스($r=.26, p<.001$)와 태도($r=.18, p=.012$)에 각각 유의한 양의 상관관계가 있었지만 간호 스트레스와 태도($r=.07, p=.351$)의 상관관계는 유의하지 않았다.

5. 중환자실 간호사의 연명의료 간호 스트레스 영향요인

중환자실 간호사의 연명의료 간호 스트레스 영향요인을 파악하기 위해 단변량 분석에서 유의한 차이를 보인 학력, 최근 1년 이내 친인척의 연명의료경험 유무, 성별과 연명의료 간호 스트레스와 유의한 상관관계가 있었던 간호사의 연명의료에 대한 역할인식을 독립변수로 하여 단계별 다중회귀분석을 실시하였다. 변수 증명목변수인 학력, 최근 1년 이내 친인척의 연명의료경험 유무, 성별은 더미변수로 처리하여 분석하였다. 단계별 다중회귀분석의 다중공선성(multicollinearity) 여부를 확인하기 위해 독립변수 간의 상관관계, 허용도(tolerance), 분

산팽창 지수(Variance Inflation Factor, VIF), Durbin-Watson test를 실시하였다. 각 변수의 다중공선 허용치(tolerance)가 .948~.976으로 0.1 이상이었으며, 분산팽창요인(Variance inflation factor)이 1.024~1.054로 10보다 낮았으므로 독립변수 간의 다중공선성(multicollinearity) 문제가 없는 것으로 나타났다. 또한 잔차의 독립성을 검정하기 위해 Durbin-Watson의 값을 구한 결과 1.743로 2에 가깝게 나타나 오차의 자기상관성이 없는 것으로 나타나 잔차의 등분산성과 정규분포성 가정을 만족하였기 때문에 회귀분석의 결과는 타당한 것으로 확인되었다.

학력, 최근 1년 이내 친인척의 연명의료경험 유무, 성별과 연명의료에 대한 역할인식을 설명변수로 회귀분석을 실시한 결과, 회귀모형은 유의하게 나타났지만($F=8.44, p<.001$), 설명력은 13%로 낮았으며 중환자실 간호사의 연명의료 간호 스트레스를 설명하는 유의한 변수는 연명의료에 대한 역할인식($\beta=.23, p=.001$), 학력($\beta=-.16, p=.022$), 최근 1년 이내 친인척의 연명의료경험 유무($\beta=.15, p=.026$), 성별($\beta=-.14, p=.044$)이었다. 즉, 연명의료 간호 스트레스에 가장 많은 영향을 미치는 요인은 연명의료에 대한 역할인식이었으며, 남성보다 여성이, 3년제 대학 졸업자보다 4년제 대학 이상의 졸업자가, 최근 1년 이내 친인척의 연명의료 경험이 없는 자보다 경험이 있는 간호사에서 연명의료 간호 스트레스가 유의하게 높았으며, 전체 설명력은 13%로 나타났다(Table 5).

Table 4. Correlational Relationships among the Key Variables (N=202)

Variables	Attitude	Role perception	Nursing stress
	r (p)	r (p)	r (p)
Attitude	1		
Role perception	.18 (.012)	1	
Nursing stress	.07 (.351)	.26 (<.001)	1

Table 5. Influencing Factors on Nursing Stress related to Life Sustaining Treatment (N=202)

Variables	B	SE	β	t	p
(Constant)	2.90	.28		10.42	<.001
Role perception of LST	0.23	.07	.23	3.34	.001
Education level completed (4-year college)	-0.16	.07	-.16	-2.31	.022
Personal experience of LST in the past year (Yes)	0.30	.13	.15	2.24	.026
Gender (Male)	-0.25	.12	-.14	-2.03	.044
Adjusted R ² =.13, F=8.44, p<.001					

LST=Life sustaining treatment.

논 의

본 연구는 연명의료 중인 환자를 간호하는 중환자실 간호사의 연명의료에 대한 태도, 역할인식 및 간호 스트레스 간의 관계를 파악하고, 연명의료 간호 스트레스에 미치는 영향요인을 조사하였다. 본 연구에서 중환자실 간호사의 연명의료에 대한 태도는 5점 만점에 평균 3.33점, 역할인식은 3.93점, 간호 스트레스는 3.73점으로 측정되었다.

중환자실 간호사의 연명의료에 대한 태도를 연구한 Byun 등[22]의 연구는 3.28점, Lee와 Kang [23]의 연구는 3.36점으로 본 연구와 유사한 결과를 보고하였다. Byun 등[22]의 연구에 참여한 중환자 가족의 연명의료에 대한 태도는 3.26점으로 중환자실 간호사보다 낮게, Lee와 Kang [23]의 연구에 참여한 중환자 가족의 태도는 3.63점으로 중환자실 간호사보다 높게 나타났다. 의사를 대상으로 한 연구[23]에서는 3.30점으로 본 연구결과와 유사하였다. 연명의료에 대한 태도 문항 중 ‘환자는 본인의 죽음을 결정할 권리가 있다’는 항목이 4.20점으로 가장 높게 나타났는데, 이는 환자의 의지와 무관하게 이루어지는 연명의료에 대해 부정적인 입장임을 의미한다고 볼 수 있다. 즉 연명의료의 중단이나 연장을 위해서는 환자의 자기결정권이 존중되어야 한다는 것으로 이는 본 연구에서 중환자실 간호사의 97.5%가 사전연명의료의향서가 필요하다고 응답한 결과와도 상통한다고 볼 수 있다. 가정전문간호사를 대상으로 한 Kwon과 Ahn [24]의 연구에서도 연명의료에 대한 태도가 부정적일수록 환자의 자기결정권에 대한 인식 정도가 높게 나타났다. 이 결과는 연명의료 중인 환자의 간호사들은 연명의료 유지를 무의미하게 여기는 한편 자신의 연명은 자신이 결정하는 것이 옳다고 생각하는 것으로 해석될 수 있고 이는 중환자실 간호사가 윤리적 딜레마를 경험한다는 선행연구결과[9,17,21]를 지지하는 것이기도 하다. 본 연구에서 임상간호경력이 61개월 이상인 중환자실 간호사들이 24개월 이하의 간호사들보다 연명의료에 대한 태도가 부정적으로 나타났으며 중환자실 경력이 38~83개월 사이의 간호사들이 12개월 이하인 간호사보다 부정적인 것으로 조사되었다. 대상자의 특성에 따른 연명의료에 대한 태도를 보고한 선행연구가 많지는 않지만, 이 결과는 연명의료의 경험이 있거나 연령 및 교육수준이 높을수록 연명의료에 대한 태도가 부정적이었다는 선행연구결과[28]를 뒷받침한다.

본 연구에서 연명의료에 대한 역할인식은 5점 만점에 평균 3.93점이었는데, 동일한 도구를 사용한 Byun 등[22]의 연구에서 보고한 4.04점보다는 낮고, Lee와 Kang [23]의 연구결과와

는 같은 점수였다. 본 연구결과는 동일한 도구를 사용하여 중환자 가족을 대상으로 한 선행연구결과[22,23]보다 낮았는데, 간호사들 스스로 인식하는 역할의 정도보다 중환자 가족들은 연명의료결정과정에서의 간호사의 역할을 적극적인 참여로 기대하고 있음을 보여주는 것이다. 하지만 실제 임상 현장의 간호사들은 연명의료결정과정은 치료의 일부로 의사의 권한이라 여기고 있고 자신들은 최소한으로 개입한다고 하였으며 환자나 보호자들이 간호사에게 궁금증을 이야기하며 중재의 역할을 요청하지만 의사와 간호사 사이의 의사소통 부족으로 인해 문제가 있음을 보고하였다[27].

연명의료에 대한 역할인식에 있어서는, 36세 이상인 간호사들이 30세 이하의 간호사들보다 점수가 높게 나타났고, 미혼보다 기혼 간호사들이, 전문학사 간호사들보다 학사 이상의 간호사들이, 임상간호 경력이 120개월 이상인 간호사들이 25~60개월 사이의 간호사들보다 높았다. 종합하면 간호사의 교육정도 및 임상경력 및 연령이 높을수록 연명의료 결정과정에 적극적으로 참여해야 한다고 인식하고 있었다. 상담자, 옹호자 및 중재자는 간호사의 중요한 역할 중 하나로 간호사는 연명의료 결정상황에서 보호자와 의사 사이에서 의견을 조율하고 중재하며 보호자 편에서 옹호자와 상담자의 역할을 한다[9]. 따라서 연명의료 결정과정에 간호사의 적극적인 참여를 위해 간호사의 역할을 명확히 규정하는 연구가 필요하며 간호교육과정에도 연명의료 및 의사소통 관련 교육이 제공되어야 할 것으로 사료된다.

본 연구대상자들의 연명의료에 대한 간호 스트레스는 평균 3.73점으로 측정되었는데 중환자실 간호사들은 연명의료 환자 간호 시에 보통수준 이상의 스트레스를 경험하는 것으로 볼 수 있다. 연명의료 환자간호 경험을 조사한 Lee와 Kim [9]의 연구도 중환자실 간호사들은 눈에 띄지 않는 간호의 반복, 의료기계와 장비조작의 부담감 및 보호자의 과중한 요구로 인해 연명의료 간호로 인한 스트레스 수준이 높다고 보고하였다. 연명의료 간호 스트레스에서 최종학력은 유의한 차이를 나타낸 변수 중 하나인데, 본 연구에서는 학사 이상인 간호사의 스트레스 점수가 전문학사 간호사보다 높았다. 교육수준이 높을수록 전문적 직무에 더욱 집중하기에 그들의 수준이 충족되지 않을 때, 그리고 개방적이지 않은 수직 서열화된 관료적 분위기의 병원 근무로 인해 직업적 전문성의 결여와 전문적 자율성 부족을 경험하여 스트레스가 높다는 선행연구결과[29]가 이를 뒷받침한다. 본 연구결과, 현재 근무부서에 따라 연명의료 간호 스트레스에 유의한 차이가 있었는데, 중환자실 간호사의 연명의료 간호 스트레스 관련 연구가 없어 비교는 어렵지만, 병원마

다 중환자실 인력 상황 및 유형에 따른 업무 차이가 중환자실 간호사의 스트레스에 영향을 미쳤을 것으로 사료된다. 하지만 업무부서에 따른 중환자실 간호사의 소진과 업무 스트레스의 차이가 유의하지 않았다는 Park과 Kim [10]의 보고는 중환자실 특성에 따른 직무 스트레스의 차이를 보고한 선행연구[12]와 상반되어 중환자실 유형에 따른 연명의료 간호 스트레스에 대한 반복연구가 필요할 것으로 사료된다.

연명의료 간호 스트레스 항목 증가장 점수가 높았던 항목이 ‘보호자가 위급한 환자의 상황을 두고 우선순위가 아닌 일에 몰두할 때’로 나타났는데, 이 외에도 ‘환자의 보호자가 환자상태를 부정하며 화를 낼 때’, ‘환자의 보호자가 의료진을 원망할 때’ 등 보호자와의 갈등상황으로 인해 스트레스를 경험하는 항목의 점수가 높았다. 이는 환자상태의 악화로 의료진과 보호자의 관계가 불편할 때, 화풀이 대상으로 간호사에게 공격적인 태도를 취할 때, 의료진과 치료대상자 및 보호자간의 믿음이 상실되었을 때 정신적인 스트레스를 경험한다고 보고한 선행연구결과[9]와 일부 일치한다. 간호사들이 스트레스를 반복하여 경험할 경우, 직무만족도와 간호수행이 저하되고 이직도 고려하는 것으로 알려져 있다[12]. 따라서 중환자실 간호사의 연명의료 간호 스트레스를 감소시키는 방안에 대한 중재연구를 제안한다.

본 연구의 주요 변수들 간의 관계에서 연명의료에 대한 태도와 간호 스트레스는 상관관계가 나타나지 않았으나, 태도와 역할인식, 역할인식과 간호 스트레스 간에는 각각 양의 상관관계가 있었다. 이는 중환자실 간호사의 연명의료에 대한 역할인식이 높을수록 간호 스트레스 정도는 높아지고, 태도는 부정적인 것을 의미하는데, 연명의료 결정상황에서 보호자와 의사 사이에서 간호사가 적극적인 중재자, 상담자 및 지지자의 역할을 해야 할 것으로 인식은 하지만 해야 할 역할이 많아지면서 스트레스를 받는 정도가 증가된 것으로 판단된다. 하지만 본 연구의 변수들 간 상관관계가 약하고 세 변수들 간의 관계를 살펴본 선행연구가 거의 없어 일반화하는데 주의할 필요가 있다.

본 연구에서 연명의료 간호 스트레스에 영향을 미치는 요인으로는 학력, 성별, 최근 1년 이내 친인척의 연명의료 경험, 연명의료에 대한 역할인식 등이었으며, 이들 변수는 13%의 설명력을 나타냈다. 특히 연명의료 간호 스트레스에 가장 큰 영향을 미친 변수는 연명의료에 대한 역할인식이었다. 즉 연명의료 환자간호에 있어 간호사의 역할이 얼마나 적극적이어야 하는지에 대한 스스로의 역할인식은 연명의료 간호 스트레스 수준에 가장 큰 영향을 미치고 있다. 이는 최근 들어 임상간호사들이 의료소비자들의 요구에 부응하여 간호서비스를 제공하기 위

해 과도한 업무와 역할이 더 증가되고 다양해짐에 따라 간호 스트레스 정도가 증가하는 것을 반영하는 것이기도 하다[30]. 특히 중환자실에서는 연명의료의 첨단 장비와 기술이 더욱 요구되기에 이러한 심리적 압박감은 업무 스트레스에 영향을 미칠 수 있다. 따라서 연명의료 환자를 간호하는 중환자실 간호사들의 역할 관련 간호 스트레스 감소 프로그램의 개발과 적용이 필요할 것으로 사료된다.

본 연구에서 연명의료 간호 스트레스에 영향을 미치는 요인들의 설명력은 13%로 낮게 나타났다. 이는 연명의료에 대한 역할인식을 제외한 나머지 변수인 성별, 학력, 최근 1년 이내 친인척의 연명의료 경험 등이 결정적인 변수였음을 의미한다. 연명의료 간호 스트레스 영향요인에 대한 선행연구가 없어서 관련 변인의 선택이 대상자의 일반적 특성과 연명의료 경험, 사전연명의료의향서 필요, 연명의료에 대한 태도와 역할인식 등으로 제한적이고 탐색적인 수준에서 이루어졌지만 추후에는 간호 스트레스에 영향을 줄 수 있는 다양한 변수를 포함한 연구가 필요하다.

본 연구결과를 요약하면, 중환자실 간호사들의 연명의료에 대한 태도, 역할인식 및 간호 스트레스 정도는 높았고 역할인식은 간호 스트레스 및 태도와 유의한 상관관계가 있었으며, 중환자실 간호사의 연명의료 간호 스트레스에 가장 큰 영향을 미친 변수는 역할인식이었다. 하지만 세 변수간의 상관관계 정도가 높지 않았고 설명력도 낮아서 반복 연구가 필요하다. 본 연구는 연명의료 환자를 간호하는 간호사들이 스트레스를 경험하는 것으로 알려져 있지만 그 스트레스 정도를 살펴본 연구는 없었기에 연명의료에 대한 간호 스트레스에 관해 조사한 점에서의 의의가 있다.

본 연구결과는 중환자실 간호사의 연명의료 관련 간호 스트레스를 감소시키기 위한 대처방안 마련에 활용될 것으로 기대한다. 본 연구에 참여한 간호사들은 연명의료 결정과정에 간호사의 적극적인 참여의 중요성을 인식하고 있지만 인식정도가 높을수록 스트레스와 부정적인 태도도 높아져, 연명의료 환자간호 시 간호사의 역할 관련 간호사 대상의 교육 프로그램이 필요할 것으로 사료된다. 중환자실 간호사들의 연명의료에 대한 태도, 역할인식 및 간호 스트레스에 대한 본 연구결과는 간호사들을 위한 연명의료 관련 간호 스트레스의 감소를 위한 교육 중재 프로그램의 개발에 기여할 수 있을 것이다.

결론 및 제언

본 연구는 중환자실 간호사의 연명의료에 대한 태도, 역할인

식 및 간호 스트레스 정도와 이들 간의 관계를 분석하고, 간호 스트레스에 미치는 영향요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

본 연구결과, 중환자실 간호사의 연명의료에 대한 태도는 임상간호 경력, 중환자실 경력에 따라 차이가 있었고, 역할인식은 연령, 결혼상태, 최종학력, 임상간호 경력, 현재근무부서, 사전연명의료의향서 필요성에 따라 차이가 있었다. 연명의료에 대한 간호 스트레스는 성별, 최종학력, 임상간호경력, 현재근무부서, 최근 1년 이내 친인척의 연명의료경험 유무에 따라 차이가 있게 나타났다. 중환자실 간호사의 연명의료에 대한 태도는 역할인식과는 상관관계가 있었으나 간호 스트레스 간에는 없었다. 연명의료에 대한 역할인식은 간호 스트레스와 상관관계가 있었다.

이상의 본 연구결과를 바탕으로 다음을 제언한다. 첫째, 본 연구는 일부 지역의 중환자실 간호사를 편의 추출하여 수집한 결과로 전체 중환자실 간호사들에게 일반화하기에는 한계가 있기에 다양한 지역에서 대상자 수를 확대한 반복연구를 통해 연명의료에 대한 태도, 역할인식 및 간호 스트레스 정도를 확인한 필요가 있다. 둘째, 본 연구의 자료수집 시 중환자실 규모 및 중환자실의 종류, 환자의 질병 정도가 고려되지 않았기에 표본 크기를 확대한 후속연구를 제언한다. 셋째, 연명의료 결정 과정에 간호사들의 명확한 역할규명과 관련한 구체적이고 체계적인 교육 프로그램에 관한 연구 시행을 제언한다. 넷째, 중환자실 간호사의 연명의료에 대한 간호 스트레스에 영향을 미치는 다양한 변수를 포함하여 연명의료 간호 스트레스에 대한 연구를 시행하고 이를 통해 간호사들의 연명의료 스트레스를 감소시키기 위한 중재연구를 제언한다.

REFERENCES

1. Ministry of Health and Welfare. Provided the legal basis for hospice care, palliative care and withdrawing of life-sustaining treatment [Internet]. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2016 [cited 2016 February 7]. Available from: http://www.mohw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=329848
2. Monteiro F. Family reliance on physicians' decisions in life-sustaining treatments in acute-on-chronic respiratory diseases in a respiratory ICU: a single-center study. *Respiratory Care*. 2014;59(3):411-9. <https://doi.org/10.4187/respcare.02695>
3. Vanderspank-Wright B, Fothergill-Bourbonnais F, Brajtmann S, Gagnon P. Caring for patients and families at end of life: The experiences of nurses during withdrawal of life-sustaining treatment. *Dynamics*. 2011;22(4):31-5.
4. Jox RJ, Krebs M, Fegg M, Reiter-Theil S, Frey L, Eisenmenger W, et al. Limiting life-sustaining treatment in German intensive care units: a multiprofessional survey. *Journal of Critical Care*. 2010;25(3):413-9. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2009.06.012>
5. Bae JM, Gong JY, Lee JR, Heo DS, Koh YS. A survey of patients who were admitted for life-sustaining therapy in nationwide medical institutions. *The Korean Journal of Critical Care Medicine*. 2010;25(1):16-20. <https://doi.org/10.4266/kjccm.2010.25.1.16>
6. Heo KS. A Study on the relationships between job characteristics and organizational commitment of hospital organization. *Journal of Human Resource Management Research*. 2005;12(1):21-45.
7. Golubic R, Milosevic M, Knezevic B, Mustajbegovic J. Work related stress, education and work ability among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(10):2056-66.
8. Hoffman AJ, Scott LD. Role stress and career satisfaction among registered nurses by work shift patterns. *Journal of Nursing Administration*. 2003;33(6):337-42.
9. Lee SJ, Kim HY. Experience of life-sustaining treatment in patient care among intensive care unit nurses: phenomenological approach. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2016;23(2):172-83. <https://doi.org/10.7739/jkafn.2016.23.2.172>
10. Park HS, Kim KN. Factors affecting burnout in ICU nurses. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2010;17(3):409-18.
11. Lim DS, Cho BH. The Study on stress, hardiness, and professional burnout of intensive care unit nurses. *Journal of the Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2007;14(1):120-7.
12. Cho YA, Kim GS, Kim ES, Park HM, Yoo M, Lim EO, et al. A correlational study on ICU nurses' job stress, the way of coping, and the turnover intention. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2009;15(3):129-41.
13. Yaguchi A, Truog RD, Curtis JR, Luce JM, Levy MM, Mélot C, et al. International differences in end-of-life attitudes in the intensive care unit: Results of a survey. *Archives of Internal Medicine*. 2005;165(17):1970-5. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.17.1970>
14. Kim MS. Social perception of euthanasia [Internet]. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2002 [cited 2015 November 16]. Available from: <https://www.kihasa.re.kr/web/publication/pdsdebate/view.do?menuId=47&tid=57&bid=-1&ano=176>
15. Yeun EJ, Lee MY, Song MS. Attitudes toward life sustaining treatment (LST) among Korean adults: An application of Q-methodology. *Journal of Korean Society for the Scientific Stu-*

- dy of Subjectivity. 2011;22:129-45.
16. Scherer Y, Jezewski MA, Graves B, Wu YWB, Bu X. Advance directives and end-of-life decision making survey of critical care nurses' knowledge, attitude, and experience. *Critical Care Nurse*. 2006;26(4):30-40.
 17. Park MO, Yun HJ. Nurse's experience dealing with ethical dilemma in intensive care unit. *Asia-pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, and Sociology*. 2016; 6(8):81-93. <https://doi.org/10.14257/AJMAHS.2016.08.36>
 18. Park YO, Chang BH, Yoo MS, Cho YS, Kim HS. Nurses' perception over withdrawal of life-sustaining treatment. *Korean Journal of Medical Ethics Education*. 2004;7(2):198-216.
 19. Adams JA, Bailey Jr. DE, Anderson RA, Docherty SL. Nursing roles and strategies in end-of-life decision making in acute care: a systematic review of the literature. *Nursing Research and Practice*. 2011;2011:1-15. <https://doi.org/10.1155/2011/527834>
 20. Silén M, Svantesson M, Ahlström G. Nurses' conceptions of decision making concerning life-sustaining treatment. *Nursing Ethics*. 2008;15(2):160-73.
 21. Lee SH, Kim JS, Hwang MJ, Hwang BD, Park YJ. Ethical dilemma associated with DNR: The Attitude of clinical nurse. *Clinical Nursing Research*. 1998;4(1):147-62.
 22. Byun EK, Choi HR, Choi AL, Hong KH, Kim NM, Kim HS. An investigative research on the attitudes of intensive care unit nurses and families on terminating life support. *Clinical Nursing Research*. 2003;9(1):112-24.
 23. Lee HK, Kang HS. Attitudes and awareness towards the withdrawal of life-sustaining treatment among nurses, physicians, and families of intensive care unit patients. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2010;16(3):85-98.
 24. Kwon YO, Ahn SH. The Attitude and perception on withdrawal of futile life sustaining treatment and patient self determination right among home care nurses. *Journal of the Korean Bioethics Association*, 2013;14(2):53-66.
 25. Park GS. The study of consciousness of euthanasia among health professionals: Q-methodological approach [master's thesis]. Seoul: Dankook University; 2000.
 26. Kim AK, Park GS. The study of meaning in euthanasia and hospice nursing among nurses. *The Journal of Fundamentals of Nursing*. 2000;7(3):379-90.
 27. Yi MS, Oh SE, Choi EO, Kwon IG, Kwon SB, Cho KM, et al. Hospital nurses' experience of Do-Not-Resuscitate in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2008;38(2):298-309. <https://doi.org/10.4040/jkan.2008.38.2.298>
 28. Ha MO. Nurses' awareness and attitudes concerning the termination of life sustaining medical care [master's thesis]. Seoul: Kyung Hee University; 2010.
 29. Kim SJ. Experienced stress and adaptation of intensive care unit nurse [master's thesis]. Gwangju: Chosun University; 200
 30. Han SS, Kim OS, Joo YS, Choi ED, Han JW. Effects of nurses' mentoring on turnover intention: Focused on the mediating effects role stress and burnout. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2013;43(5):605-12. <https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.5.605>