

중환자실 환자가 경험한 인간중심 간호에 관한 질적 내용분석

홍희진¹ · 강지연²

¹ 부산대학교병원 외상중환자실 간호사, ² 동아대학교 간호학과 교수

A Qualitative Content Analysis of the Person-Centered Care Experienced by Critical Care Patients

Hong, Hee Jin¹ · Kang, Jiyeon²

¹ Staff Nurse, Trauma ICU, Pusan National University Hospital, Busan

² Professor, Department of Nursing, Dong-A University, Busan

Purpose : To explore the person-centered care (PCC) experienced by critical patients. **Method :** This qualitative study deductively examined the attributes of the PCC model proposed by Jakimowicz and Perry. The participants were 16 patients who were recently discharged from intensive care units at a university hospital. Data were collected through in-depth interviews and were analyzed using the deductive method of content analysis. **Results :** A total of 4 categories, 16 subcategories, and 33 codes were generated from 171 meaningful statements. The final 4 categories were “compassionate presence,” “professional interaction,” “outstanding competency,” and “patient identity.” These were consistent with the main attributes of Jakimowicz and Perry’s model. However, most of the codes belonged to the “compassionate presence” and “patient identity” categories. Among the attributes of the model, “continuity of nursing,” “therapeutic relationship,” “expert knowledge,” “clinical knowledge,” “evidence-based intervention,” and “patient’s rights” were not derived as codes. **Conclusion :** These findings deepen the understanding of the PCC model from the patient’s point of view. The main attributes of PCC identified in the current study can be applied to the development of practical guidelines for intensive care nursing. In addition, we recommend the development of a PCC measurement tool for critical care patients.

Key words : Critical care, Intensive care units, Nursing, Patients-centered care, Qualitative research

투고일 : 2018. 5. 1 1차 수정일 : 2018. 5. 18 게재확정일 : 2018. 5. 19

주요어 : 중환자, 중환자실, 간호, 환자중심간호, 질적연구

* 이 논문은 제1저자 홍희진의 석사학위논문을 수정하여 작성한 것임.

이 연구는 2017년 한국중환자간호학회 학술연구지원사업의 지원을 받아 수행되었음

이 논문은 2016년도 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 기초연구사업임(과제번호: NRF-2016R1D1A1B03936044)

Address reprint requests to : Kang, Jiyeon

Department of Nursing, Dong-A University, 1 Dongdaesin-dong 3-ga, Seo-gu, Busan 49201, Korea

Tel : +82-51-240-2871, Fax : +82-51-240-2920, E-mail : jykang@dau.ac.kr

I. 서론

1. 연구의 필요성

중환자실 환자들은 대부분 질병상태가 심각하고 생명의 위기에 처해 있어 지속적인 관찰을 필요로 한다. 이런 환자들의 특성 때문에 중환자실에서는 첨단 의료기기를 활용한 집중적인 치료와 간호가 제공된다. 하지만 첨단 의료기기의 과도한 사용은 의료진이 환자보다는 기계장치에 더 민감하게 반응하는 윤리적 딜레마를 야기할 수 있다(Wikstrom, Cederborg, & Johanson, 2007). 또한 고도의 생명유지 기구들에 둘러싸여 인간으로서의 위엄을 잃은 중환자실 환자의 모습은 개별적인 인간이기 보다는 단순한 치료 대상으로 느껴지기도 한다(Price, 2013).

과거에는 지속적 진정치료로 인해 많은 중환자실 환자들이 의식이 없는 상태로 집중치료를 받아왔다. 그러나 지속적 진정치료가 인공호흡기 유지기간과 재원일수를 연장시키고 사망률을 증가시킨다는 결과가 보고되면서 가벼운 진정치료를 선호하는 추세로 치료의 방향이 변화되고 있다(Kelly, Fong, Hirsch, & Nolan, 2014). 집중치료 중에도 의식을 유지하고 의사소통할 수 있는 중환자들이 자신의 가치와 욕구를 표현할 수 있게 됨에 따라, 중환자 치료와 간호의 방향 역시 과거의 전통적인 틀에서 벗어나 인간중심의 총체적인 돌봄 위주로 전환될 필요가 있다(Cabrini et al., 2015).

인간중심 간호(person-centered care)는 환자중심 간호, 대상자중심 간호, 환자-가족중심 간호라고도 한다. 인간중심 간호란 대상자를 존중하고, 개별 대상자의 신체적·심리적·사회적·영적 요구에 초점을 맞추는 것이다(Morgan & Yoder, 2012). 미국의학협회에서 환자중심 돌봄을 정의한 이후 인간중심 간호를 측정하기 위하여 다양한 도구들이 개발되었고(Hudon, Fortin, Haggerty, Lambert, & Poitras, 2011), 인간중심 돌봄에 관한 중재연구(Ekman et al., 2012)도 보고되었다. 또한 중환자실에서의 인간중심 간호에 대한 개념 분석이 시도되었는데 Jakimowicz와 Perry (2015)는 인간중심 중환자 간호의 주요 속성으로 공감(compassionate presence), 전문성(professional presence), 생의학적 간호실무(biomedical nursing practice), 환자의 존엄성(patient identity)을 제시했다. 여기에

서 공감은 간호사가 연민의 본성을 바탕으로 중환자실에 입원한 환자를 돌보고, 안심시켜주며, 지지해주는 것을 의미한다. 전문성은 임상적 추론을 바탕으로 의사결정과 문제해결을 하는 간호의 특성을 의미하며 전문성에는 간호사-환자 상호작용, 환자 파악, 치료적 관계, 의사소통, 옹호, 간호의 지속성이 포함된다. 생의학적 간호실무는 중환자의 건강을 회복하고 유지하기 위하여 간호사가 수행해야 하는 것으로 전문지식, 임상적 기술, 임상적 지식, 근거기반 중재가 포함된다. 마지막으로 환자의 존엄성은 중환자실 입원으로 인해 독자성을 위협받는 환자를 존엄한 인간으로 대하는 것으로서 개별성 유지, 안위 보장, 사생활 보호, 가족의 참여, 자율성 존중, 의사결정 공유, 권리 보장 등이 포함된다.

인간중심 간호에 대한 국내 연구로는 유방암 여성을 대상으로 인간중심 간호에 대한 인식을 조사한 연구(Kang & Suh, 2015)가 있다. 또한 요양병원 간호사의 인간중심 돌봄과 간호서비스 질의 상관관계를 알아본 연구(Sagong & Lee, 2016)가 보고되었다. 이처럼 국외에서는 인간중심 간호에 대한 개념분석, 측정도구, 중재 등 다양한 연구들이 보고되고 있으나, 국내 선행 연구들은 인간중심 간호에 대한 인식조사나 변수 간의 상관관계만을 제시하고 있어, 실제 인간중심 간호의 본질을 이해하는 데에는 한계가 있다. 더욱이 중환자를 대상으로 한 인간중심 간호 연구는 찾아보기 힘들다. 호주에서 Jakimowicz와 Perry (2015)가 인간중심 중환자간호의 개념분석을 시도하여 주요 속성을 제시하였지만 실제 중환자의 경험을 바탕으로 이루어진 연구가 아니었고, 또 국내와는 사회문화적 차이가 있어 이를 그대로 적용하기는 어렵다고 판단된다.

인간중심 중환자 간호의 본질을 심층적으로 이해하기 위해서는 실제 중환자실에 입원하였던 환자의 경험을 분석할 필요가 있다. 질적 내용분석은 탐구하고자 하는 현상에 대한 이해를 위해 연구 자료를 객관적이고 체계적으로 분석함으로써 타당한 추론을 이끌어내는 연구 방법이다. 질적 내용분석에는 귀납적 방법과 연역적 방법이 있으며 그 중 연역적 내용분석은 기존의 이론이나 가설에 비추어 개념을 재검증하는데 유용한 방법이다(Elo & Kyngas, 2008). 본 연구에서는 Jakimowicz와 Perry (2015)가 제시한 속성에 근거하여 인간중심 중환자 간호에 대하여 연역적 내용분석을 시도하였다. 이를 통하여 중환자실에서의 인간중심 간호에 대한 이

해를 돕고 추후 관련 증재 개발 및 간호 수행에 기초가 되는 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 중환자실 환자들이 경험한 인간중심 간호의 속성을 확인하는데 있다. 이를 위한 연구 질문은 ‘중환자실 환자들이 경험하는 인간중심 간호란 무엇인가?’이다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 중환자실 환자가 경험한 인간중심 간호의 본질과 의미를 밝히기 위해 인간중심 중환자 간호의 속성을 연역적으로 확인한 질적 내용분석 연구이다.

2. 연구 참여자

B시에 위치한 P대학교병원 중환자실에 입원한 경험이 있는 사람을 참여자로 선정하였다. 가능한 다양한 환경에서의 경험을 분석하고자 특정 중환자실을 지정하지는 않았으나, 기억을 회상할 수 있어야 하므로 퇴실 후 기간에는 제한을 두었다. 구체적 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 중환자실에 72시간 이상 입원한 경험이 있는 자
- 2) 중환자실에서 퇴실한지 7일 이내인 자
- 3) 면담을 할 수 있을 정도로 건강이 회복된 자
- 4) 의식이 명료하고 인지기능이 정상인 자

참여자는 이론적 표출법에 의해 자료가 포화상태에 이를 때 까지 추가하였으며 총 16명이었다. 참여자 면담은 한명씩 진행하였는데 8번째 참여자부터는 중복되는 내용이 반복적으로 나왔고, 10번째 참여자 면담 시 전혀 새로운 내용이 나오지 않아 자료가 포화상태가 되었다는 판단 하에 면담을 종료하였다. 이후 반복적 분석과정을 통해 그 의미가 부족하다고 생각되는 속성이 있어 보충을 위해 목적적 자료 수집을 실시하였고, 이에 따른 추가 면담 참여자는 총 6명이었다.

3. 자료수집

질적 내용분석을 위한 자료는 연구 참여자와의 개별 심층면담을 통하여 수집하였다. 1차면담은 2017년 8월 2일부터 10월 31일까지, 추가 면담은 2017년 11월 8일부터 11월 15일까지 시행되었다. 참여자 1인당 면담에 소요된 시간은 30-70분이었다. 면담은 참여자들의 사생활이 보호되고, 이야기의 흐름에 방해받지 않는 조용한 장소에서 실시하였다. 입원환자의 경우 병원 내 세미나실과 1인실 병실, 퇴원환자의 경우 집 근처의 카페에서 면담하였다.

모든 면담은 연구자 중 1인이 진행하였다. 면담은 연구자 소개와 인사로 시작하였다. 면담자는 반구조적이고 개방적인 형태의 질문을 사용하였고, 자신이 원하는 답을 의도적으로 유도하지 않기 위해 노력하였다. 참여자들의 이해를 돕기 위하여 인간중심 간호에 대하여 간략하게 설명 한 다음 “중환자실에서 경험한 인간중심 간호경험에 관하여 이야기 해 주십시오”라는 주 질문을 하였다. 참여자들이 가능한 자유롭게 주제에 대해 이야기하도록 격려하고 그 외 추가적인 질문은 보조질문 목록을 준비하여 면담을 진행하였다. 보조질문의 목록은 Jakimowicz와 Perry (2015)가 제안한 인간중심 중환자 간호의 속성인 공감, 전문성, 생의학적 간호실무, 환자의 존엄성에 기반을 두어 작성하였다. 면담 종료 시 참여자가 진술한 인간중심 간호에 대해 간략히 정리해 참여자의 경험과 일치하는 지 확인하는 과정을 거쳤고, 더 이상 이야기 할 것이 없다고 언급했을 때 면담을 종료하였다.

면담내용은 연구 참여자의 동의를 구한 후 녹음기로 녹음하였고, 면담 시 참여자의 표정이나 어조 등을 주의 깊게 관찰하며 참여자의 비언어적 표현을 면담 직후 현장 메모하였다. 녹음된 참여자의 진술내용은 당일 면담자가 직접 녹음내용을 여러 번 반복해서 들으며 참여자가 표현한 언어 그대로 필사하였다. 한 사람의 참여자와 면담을 하고, 그 참여자와의 면담내용을 바탕으로 다음 참여자와의 면담을 진행하는 순환적 방법으로 자료를 수집하였다.

4. 자료 분석

수집한 자료는 Elo와 Kyngas (2008)의 질적 내용분

석 중 연역적 방법으로 분석하였다. 질적 내용분석은 자료로부터 재현 가능하고 타당한 추론을 이끌어내는 연구방법이다. 연구방법은 준비, 조직화, 보고의 세 단계를 거친다. 먼저 준비 단계에서 연구의 주제로 인간중심 중환자 간호의 속성을 분석하기로 결정하였고, 기존 문헌(Jakimowicz & Perry, 2015)의 인간중심 중환자 간호 속성을 연역적 방법을 통해 확인하고자 다음 5단계 과정을 수행하였다.

1단계는 기존 문헌 분석 및 범주화 매트릭스 개발 단계이다. 1단계에서는 Jakimowicz와 Perry (2015)가 제시한 인간중심 중환자 간호의 4가지 주요 범주인 공감, 전문성, 생의학적 간호실무, 환자의 존엄성과 각 속성의 하위 영역들을 바탕으로 범주화 매트릭스를 개발하였다. 2단계는 주요 속성을 범주화하는 단계이다. 개발된 범주화 매트릭스를 통해 주요 범주와 하위 영역을 초기 코딩 범주로 설정하고 범주화하였으며 각각의 범주에 조작적 정의를 내렸다. Jakimowicz와 Perry (2015)가 정의한 바와 같이 공감은 연민, 돌봄, 안심, 정서적지지로, 전문성은 간호사-환자 상호 작용과 환자 파악, 치료적 관계, 의사소통, 옹호, 간호의 지속성으로 구분하였다. 생의학적 간호실무는 전문지식, 임상적 기술, 임상적 지식, 근거기반 중재로 구분하였고 환자의 존엄성은 개별성, 안위, 사생활 보호, 가족참여, 자율성, 의사결정 공유, 권리로 범주화하였다(Table 1). 3단계 자료수집 단계에서는 2단계의 범주와 코드를 토대로 주 질문과 보조질문을 작성하여 자료를 수집하였다. 4단계는 자료 코딩 단계로 수집된 자료를 반복해서 읽으며 연구의 주제인 인간중심 중환자 간호 경험에 대한 의미 있는 진술을 찾아내어 표시하였고, 표시된 구절은 개별 코딩 후 미리 정해진 범주에 따라 분류하였다. 마

지막 5단계는 보고 단계로 각각의 범주가 중환자실 환자의 인간중심 간호에 어떤 의미를 가지고 있는지 분석하여 의미를 재구성하고 텍스트로 기술하였다.

이후 인간중심 중환자 간호라는 본질적 주제의 타당성을 확인하기 위해 연구 참여자 2인에게 총체적으로 기술된 자료를 보여주어 본인의 경험과 일치하는지 확인하는 참여자 검증의 과정을 거쳤다. 또한 연구의 신뢰성인 중립성을 높이기 위하여 질적 연구 경험이 풍부한 2인의 간호학과 교수에게 연구의 전 과정과 분석결과에 대하여 검토 받았으며 의미 있는 진술, 코드, 범주에 대한 반복적 수정작업을 거쳤다.

5. 연구의 엄격성

본 연구에서는 엄격성을 높이기 위하여 Guba와 Lincoln (1981)이 제시한 질적 연구 평가 기준인 사실적 가치(truth value), 일관성(consistency), 적용성(applicability), 중립성(neutrality)을 확보하고자 노력하였다. 먼저 사실적 가치를 높이기 위하여 참여자가 자신의 인간중심 간호 경험을 충분히 진술할 수 있도록 편안한 장소, 시간, 분위기에서 면담을 진행하였고, 참여자가 겪은 경험 그대로를 해석하고자 노력하였다. 면담 종료 시 참여자가 진술한 인간중심 간호에 대해 간략하게 요약하여 설명함으로써 자신의 경험과 일치하는지를 확인하였고, 최종 분석 결과는 참여자 2인에게 보여주어 사실적 가치를 확인하였다. 일관성을 유지하기 위하여 연구를 진행하는 동안 연구 주제와 주 질문을 계속 떠올리며 자료수집과 분석이 순환적으로 이루어지도록 하였다. 또한 질적 연구 경험이 풍부한 간호학 교수 2인에게 자문을 구하였고, 자료수집과 분석과정에

Table 1. Categorization Matrix for Main Attributes of Person-Centered Critical Care Nursing

Research question	Compassionate presence	Professional presence	Biomedical nursing practice	Patient identity
What is person-centered nursing experienced by a critical care patient?	<ul style="list-style-type: none"> • Compassion • Caring • Assurance • Emotional support 	<ul style="list-style-type: none"> • Nurse-patients interactions • Knowing the patients • Therapeutic relationship • Communication • Advocacy • Continuity of care 	<ul style="list-style-type: none"> • Expertise • Clinical Skills • Clinical Knowledge • Evidence-based intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Unique individual • Comfort • Privacy • Family participation • Autonomy • Shared decision making • Rights

대하여 지속적으로 토론하였다. 적용성을 높이기 위하여 다양한 질병의 내·외과계 중환자실 환자를 참여자로 선정하였으며 자료수집과 분석을 동시에 진행하여 참여자의 진술에 더 이상 새로운 내용이 나오지 않는 포화상태가 될 때까지 자료를 수집하였다. 또한 연구 결과를 중환자실에 입원 경험이 있으나 연구에 참여하지 않은 환자 1인에게 제공하여 적용 가능성을 확인하였다. 마지막으로 중립성을 지키기 위하여 참여자로부터 나온 자료와 연구자의 편견, 문헌고찰 자료를 서로 구분하는 등 객관성을 잃지 않도록 의도적으로 노력하였고 가치중립적인 태도로 연구를 통해 얻은 자료로부터만 이해를 얻으려 시도하였다.

6. 윤리적 고려

본 연구는 P대학교 기관생명윤리위원회의 승인(IRB No. H-1707-013-056)을 받았으며, 해당 병원 간호부서의 허락을 구한 후 진행하였다. 연구 참여자에게 연구의 목적과 방법, 자료의 익명성, 비밀 보장성 등을 설명하였고, 자발적으로 연구에 참여하기로 동의한 참여자에게 서면동의를 받고 면담을 진행하였다. 수집된 자료는 연구 참여자의 개인정보 없이 번호를 붙여 사용

하였으며, 관련 자료들은 암호화된 컴퓨터와 잠금 장치가 있는 서랍장에 보관하여 연구자 이외에는 접근할 수 없도록 하였다.

III. 연구결과

1. 참여자의 특성

본 연구의 참여자는 총 16명으로 평균 나이는 51 ± 12 세였다. 구체적으로 20대가 1명, 30대가 1명, 40대가 5명, 50대가 5명, 60대가 4명이었으며 성별은 남성 13명, 여성이 3명이었다. 중환자실 입원 중 진료부서는 외상외과, 신경외과, 외과, 순환기내과, 신장내과, 일반내과로 다양하였다. 중환자실 재실 기간은 평균 9.8일이었고 최소 3일에서 최대 30일 동안 집중치료를 받았다(Table 2).

2. 중환자실 환자들이 인식한 인간중심 간호

Jakimowicz와 Perry (2015)가 제안한 인간중심 중환자간호 속성에 대한 4개의 범주와 21개의 하위범주

Table 2. Characteristics of Participants

ID	Gender	Age	Department	Duration of intensive care unit admission (days)
1	Male	58	Trauma	8
2	Male	44	Neurosurgery	5
3	Male	48	Trauma	3
4	Male	46	Cardiovascular	6
5	Male	66	Nephrology	21
6	Male	68	Cardiovascular	5
7	Male	62	Trauma	13
8	Male	45	Trauma	5
9	Male	35	Nephrology	5
10	Female	50	Trauma	5
11	Male	56	Neurosurgery	3
12	Male	20	Trauma	4
13	Male	58	Nephrology	20
14	Female	60	General medicine	15
15	Male	54	Neurosurgery	10
16	Female	48	General medicine	30

를 토대로 수집한 자료를 질적 내용분석 한 결과, 본 연구에서는 171개의 의미 있는 진술과 33개의 코드가 도출되었다. 각 코드들의 유사점과 차이점을 고려하여 미리 정해진 범주와 하위범주로 분류한 결과 총 4개의 범주와 16개의 하위범주를 확인할 수 있었다. 최종 4개의 범주는 참여자 진술의 의미를 반영하여 ‘공감’, ‘전문적 상호작용’, ‘탁월한 실무능력’, ‘환자의 존엄성’으로 재

명명하였다(Table 3).

1) 공감

인간중심 중환자 간호의 첫 번째 범주는 공감이다. 공감에는 연민, 돌봄, 안심, 정서적 지지의 하위범주들이 포함된다. 공감은 중환자실 간호사가 환자의 처지를 이해하고 연민하는 마음으로 정성껏 보살펴주고자 하는

Table 3. Codes and Categories of Person-Centered Critical Care Nursing

Code	Sub-category	Category
Understanding my position		
Considering as if his/her own situation	Compassion	
Soothing my mind		
A friendly attitude	Caring	Compassionate presence
Sincerity		
Being there 24 hours	Reassurance	
Relieving		
Empowerment	Emtional support	
Warm touch		
Easy familiarity	Nurse-patient interactions	
Mutual trust		
Knowing me better than myself	Knowing the patient	
Various ways of communication		Professional interaction
A detailed explanation	Communication	
Clear answers		
My spokesperson	Advocacy	
Fitting to my level		
Rapid response		
Resolving emergency situations	Clinical skills	Outstanding competency
Skilled device operation		
Interesting in my non-patient life		
Understanding my daily habits	Individuality	
Considering my preferences		
Religious consideration		
Resolving thirst		
Personal hygiene		
Back massage	Comfort	Patient identity
Position change		
Creating a therapeutic environment		
Avoiding unnecessary exposure	Privacy	
Being with family	Family participation	
Self-determination	Autonomy	
Participating in treatment decisions	Shared decision making	

것이다. 중환자실에 입원한 참여자들은 움직이지 못하는 몸과 혼자 남겨졌다는 느낌 때문에 불안과 공포를 느꼈다. 하지만 그들은 자신을 공감해주고 24시간 상냥한 태도로 곁에서 함께 해주는 간호사에게 마음을 열 수 있었고 안도감을 느꼈다. 또한 참여자들이 중환자실에서 두렵고 지쳐있을 때 간호사가 건네 준 힘을 북돋아주는 격려의 말이나 따뜻한 손길이 힘든 입원생활을 견디게 하는 버팀목이 되었다.

연민

...물이 너무 먹고 싶어서 물을 달라고 하니 관이 있어서 안 된다 하더라고요. 나도 알긴 아는데 답답하니까 막 난리를 치고... 그래서 짜증날 법도 한데 (간호사가) 옆에 와서 물 많이 먹고 싶죠? 힘든 거 아는데 먹고 싶은 거 아는데 지금은 내(환자)를 위해서 안 된다 하면서 좀 참아보라고 하더라고요. 뭐 물은 못 먹어도 그래 이야기 해주니까 기분이 좀 풀리고...(참여자 15).

돌봄

...(간호사들이) 다른 일까지 하면서 등도 근질어 주고 (등 마사지), 욕창 생길까 싶어서 그걸 그렇게나 정성을 다해서 하는데 나는 억수로 고맙지. 등도 불어주고 이래 하는 게(참여자 1).

안심

그때 얼마나 괴로웠는데요. 허 다 묶어놓고 물도 못 먹으니까 딱 간혀 있다는 느낌에 빨리 깨야겠다는 생각 밖에 안 들대요. 지금 안 움직이면 나는 죽어서 영안실에 갈 수도 있겠다. 너무 끔찍하고 무서웠어요. 그러고 있는데 손으로 글을 쓸 수 있겠구나 싶더라고요. 그래서 "(중환자실 간호사한테)무섭다. 곁에 있어줘라" 그렇게 썼더니 (간호사가) 아 두려우시구나. 내가 옆에 있을게요. 계속 곁에 있을 거니까 걱정하지 말라고 말해주니까 좀 마음이 놓였어요(참여자 16).

정서적 지지

그 분이 딱 와서 내 손을 탁 잡아주고 흔들어주거든요(하이파이브 시늉). 그것 하나라도 환자에게는 크죠. 간호사가 한번이라도 손을 잡아주면 굉장히 용기를 얻게 되요(참여자 13).

2) 전문적 상호작용

중환자실 환자가 경험한 인간중심 간호의 두 번째 범주는 전문적 상호작용이다. 전문적 상호작용은 간호사-환자 상호작용, 환자파악, 의사소통, 옹호의 하위범주로 구성된다. 전문적 상호작용은 중환자실 간호사가 환자와의 공식적, 비공식적 의사소통을 통해 교류하는 것을 의미한다. 참여자들은 간호사와의 친근하고 일상적인 상호작용을 통하여 자신에 대한 관심을 느꼈으며, 동시에 자신의 질병과 치료과정 뿐 아니라 전반적인 상태를 잘 파악하고 있는 간호사를 더욱 신뢰하게 되었다. 중환자실에 입원한 참여자들은 원활한 의사소통이 불가능한 경우가 많았다. 참여자들이 말을 할 수 없는 상태일 때 간호사들은 여러 방법으로 소통하려 노력하였다. 또한 간호사는 각종 검사, 치료, 간호 전 환자와 가족에게 세심하게 설명해주었고, 그들의 질문에 명확한 답변을 주려고 노력하였다. 이러한 간호사들의 특성 때문에 참여자들은 간호사를 자신의 상황이나 상태를 대변하고 다른 의료인으로부터 옹호해준다고 인식하였다.

간호사-환자 상호작용

그냥 와서 약만 주고 하는 것 보다 오며가며 인사도 해주고 오늘은 날씨가 추워요... 오늘은 무슨 날이예요... 이런 말 해주니까 딱딱한 분위기에 좀 가깝게 느껴지고 그 간호사가 기다려졌어요(참여자 2).

환자 파악

거기(중환자실 침대에) 누워서 보면 의사도 오고 인턴도 오고 교수도 오고하지만 내 옆에 있는 건 간호사라 그런지 내가 이렇다, 저렇다, 혈압이고 뭐고, 내 상태를 제일 잘 알더라고요. 똥 못 누는 것까지 이야기 하던데... 그러니까 나보다 나를 더 잘 알고, 잘 해 줄라하고...(참여자 15).

의사소통

중환자실에서는 기다림의 연속이었어요. 얼른 벗어나고 싶은데, 몸은 안 따라주고. 내가 언제 이거(기도내관) 빼냐고 물어봐도 그냥 얼버무리는 사람도 있는데, 어떤 간호사는 숨 잘 쉬고 기침 잘 하면 빨 수 있다, 몇 분 뒤에 피 검사해보고 빨 수 있다고 이렇게 분명하게 말해주니까. 그러면 또 기다릴만하고(참여자 11).

옹호

(의사가 나한테 설명할 때는) 사실 못 알아듣는 말이 많지. 무슨 시술을 한다하고 뭘 해야 좋다하고. CT 하나 찍는데도 무슨 주사가 안 좋다 하는데 어렵고...내가 바빠 보이는 사람 계속 붙잡고 물어보기도 미안하고. 그래서 못 알아듣고 있으면 간호사가 와서 내한테 맞게 쉽게 이야기 해줄 땐 고맙고 그랬어요(참여자 15).

3) 탁월한 실무능력

인간중심 중환자간호의 세 번째 범주는 탁월한 실무 능력이다. 중환자실 간호사는 질병의 중등도가 높은 중환자실 환자의 다양한 응급상황에 대처하므로 그에 맞는 임상적 기술을 보유하고 있다. 생명이 위급한 상황에서의 신속한 대응, 긴급 상황에 대한 적절한 대처 및 각종 중환자실 장비 및 기기를 능숙하게 다루는 중환자실 간호사의 전문성은 참여자들에게 신뢰감을 주었다.

임상적 기술

...옆에 환자가 안 좋아가지고 알람이 울리고 난리였는데, (간호사가) 딱 보고 있다가 알람 울리고 급박하면 바로 와가지고 이리저리 하니깐 (환자가) 괜찮아지고. 그런 거 뿐 아니라 내가 어디 안 좋다 해도 바로바로 와가지고 해결해주고. 아주 전문가더라고(참여자 11).

누워서 보니까. 옆에 환자가 어디 검사 가는데. 그 사람은 나보다 줄이랑 기계랑 주렁주렁 더 달고 있는데...호흡기도 달고 있고. 나는 그 기계 무서워서 손도 못 대겠는데 간호사들이 몇 명 와서 어찌어찌 탁탁 만지니까 검사가 가지대요. 그거 보면서 아 중환자실 간호사는 대단하다 싶더라고(참여자 15).

4) 환자의 존엄성

참여자들이 경험한 인간중심 간호의 4번째 범주는 환자의 존엄성으로 개별성, 안위, 사생활보호, 가족참여, 자율성, 의사결정 공유의 하위범주가 포함된다. 이 범주는 간호사가 환자 개개인의 독특성을 인정하면서 편안하게 해주며 치료 및 간호에 관한 의사결정 시 환자와 가족을 참여시키는 것을 의미한다. 중환자실 간호사는 참여자들을 단순히 환자로만 보지 않고, 그들의 개인적인 삶에 대해 관심을 보이고, 일상습관을 이해하는 한편, 선호도를 고려하고, 종교적 신념을 배려해 주었다. 이러한 개인적 특성에 대한 이해를 바탕으로 갈증, 개인위생, 등 마사지, 체위변경, 치료적 환경조성

등 참여자들을 편안하게 해주려 노력하였다. 또한 치료 중에 참여자들의 사생활이 노출되지 않도록 배려하였고, 가족이 간호에 참여할 수 있도록 허용해주시기도 하였다. 뿐만 아니라 과거 의료진의 주도 하에 진행되던 중환자실 치료에서 벗어나 스스로 치료나 간호에 대해 결정하거나 치료과정에 참여할 수 있도록 지지해준 중환자실 간호사와의 경험을 진술한 참여자도 있었다. 간호사들의 환자에 대한 이러한 인간적 존중과 배려에 참여자들은 간호사를 더욱 믿고 의지하게 되었다.

개별성

(침대에서 기저귀에) 그냥 거기서 보라던데 그게 잘 안 되더라고. 그래서 그릇(변기) 위에서도 해보고. 다른 사람들은 다 그렇게 한다던데 그래도 나는 변을 못 보니까 요런 의자(이동식 좌변기)를 가져와서 내가 거기 앉을 수 있게 부축해서 도와주더라고. 깨끗하게 두 번째 번 닦아 주고. 내가 속으로 너무 미안하고 고마워서... 역시 중환자실 간호사는 다르다 했어요(참여자 6).

안위

입이 바짝 마르면 (요구하지 않아도 간호사가) 거즈에 물 묻혀가지고 입에 싹 올려주고... 그 때는 정말 천국에 온 것 같은 느낌이었어요. 입술에 젖어드는 느낌이 정말 고맙더라고(참여자 2).

사생활 보호

일단 화장실을 못 가서 침대에서 소변을 통에다 해결했어요. 침대에서 소변보는 거 부끄러워하니깐 커튼을 쳐주더라고. 조심해서 보라고 하면서 다 보고 바로 불러달라고 해주고(참여자 4).

가족참여

그냥 멍했어요. 팔이랑 다리 보는데... 앞이 캄캄하고 솔직히 좀 불안하지. 어이구 이만큼 다쳤으니깐 앞으로 어찌누. 확 죽어 부렸으면 좋았을 걸. 그래도 중환자실이지만 간호사가 가족들과 함께 할 수 있게 해줘서... 서로 힘내자는 그런 말 들으니까... 내가 마음을 좀 잡았죠(참여자 2).

자율성

요새는 옛날처럼 의사가 해라하면 그냥 하고. 그렇게 함부로 못해요. 내가 한다해야지 하지. 머 제일 처음 병

원 올 때는 사고 나서 실려 왔지만, 내 정신 있고는 내가 다 결정하는 거지. 나는 머 특히 가족이 멀리 있으니까 내가 다 직접 결정할 수 있도록 간호사가 챙겨주더라고요. 두 번째 수술도 그렇고...(참여자 13).

의사결정 공유

내가 가족이라고는 나이 많은 어머니랑 여동생뿐이거든. 근데 여동생은 서울에 있어서 잘 오지도 못해요. 그래도 간호사가 통화로 (여동생에게)다 이야기해주고. 첫 번째 수술은 이렇게 됐고, 두 번째 수술은 이렇게 하려고 한다. 괜찮겠냐고 다 확인하는 거 같더라고. 그래서 간호사가 나한테 여동생도 이렇게 한다더라 이야기까지 다 되었다고 말해주고(참여자 15).

IV. 논 의

본 연구에서는 인간중심 중환자 간호의 본질을 이해하기 위하여, Jakimowicz와 Perry (2015)가 제안한 인간중심 중환자 간호의 속성을 중환자실에 입원한 경험이 있는 참여자를 통하여 확인하였다. 중환자실 입원 경험이 있는 16명의 환자와 심층면담을 통해 수집한 자료를 연역적으로 질적 내용 분석한 결과, ‘공감’, ‘전문적 상호작용’, ‘탁월한 실무능력’, ‘환자의 존엄성’의 4개 범주가 확인되었다.

본 연구에서 확인한 이 4개의 범주는 기존 인간중심 중환자 간호의 속성과 일치하지만, 하위범주에서 차이가 있었다. Jakimowicz와 Perry (2015)가 인간중심 중환자 간호로 간호사의 ‘전문성’과 ‘생의학적 간호실무’를 강조한데 반해 실제 중환자실 환자들은 ‘공감’이나 ‘환자의 존엄성’에 중점을 두고 경험을 진술했다. 총 33개의 코드 중 22개가 상기 범주에 해당되었다. 특히 간호사들이 자신의 입장을 이해해주고 마음을 달래주며 24시간 함께해 줌으로써 안도하고 정서적 지지를 받은 경험, 환자를 개별적인 인간으로 대해주고 치료적 환경을 조성해주며 손과 발이 되어 안위를 느낀 참여자들의 경험을 확인할 수 있었다. 이러한 공감과 존엄성에 관한 참여자들의 진술은 폐쇄적 환경의 중환자실에서 간호사에게 모든 것을 의지할 수밖에 없는, 즉 신체적·심리적으로 무력한 중환자실 환자의 특수한 상황이 잘 반영하고 있었다. ‘전문성’과 ‘생의학적 간호실무 범주’의 경우 간호사의 의사소통과 상호작용 및 실무 능

력의 중요성은 확인되었으나 간호의 지속성이나 간호사의 전문지식과 근거기반 중재에 대한 내용은 참여자들의 경험 속에서 확인하기 어려웠다. 간호의 지속성은 단순히 병원 안에서 제공되는 간호를 넘어서 환자가 병원 밖인 지역사회에 나가서도 연속적으로 제공받는 간호를 의미하며 환자 삶의 질을 향상시키기 위해 그 필요성이 지속적으로 강조되고 있다(Siow, Wypij, Berry, Hickey, & Curley, 2013). 그러나 본 연구 참여자들은 인간중심 간호의 일부로서 간호의 지속성을 인식하지 못하였고 그 때문에 하위범주로 확인되지 않았던 것으로 판단된다.

중환자실에서 환자들이 경험한 인간중심 간호의 첫 번째 범주는 ‘공감’이다. 공감은 환자를 연민해주고 돌봐주는 간호사의 존재로 인해 환자가 안심하고 정서적으로 지지받는 것을 의미한다(Jakimowicz & Perry, 2015). 관련 선행 연구(Hudon, Fortin, Haggerty, Lambert, & Poitras, 2011)에서도 인간중심 간호의 하위영역으로 격려, 정서적 지지를 제시하였는데 본 연구에서는 이러한 내용과 유사한 참여자들의 경험이 범주화되었다. 특히 중환자실 환자들은 간호사가 가까이에서 24시간 곁을 지켜주는 것만으로도 안심하였는데, 이는 중환자 간호의 특수한 상황이 반영된 것으로, 다른 치료 영역에 비해 중환자실에서 간호사의 같이 있어 줌(presence)이 중요하다는 것을 보여주는 결과이다. Johnson (2004)은 중환자실 환자는 간호사의 존재 자체만으로 편안함과 안전함을 느낀다고 하였다. 같이 있어주길 원한다는 것은 중환자실 환자가 외로움이나 고립감을 경험한다는 것을 의미할 수 있다. Baumgarten와 Poulsen (2015)은 질적 연구를 통하여 중환자실 환자의 외로움이나 고립감을 감소시키려면 간호사나 가족이 함께 해야 된다고 제안하였다. 따라서 중환자실 간호사는 간호사의 존재 자체가 중재임을 인식해야 하며, 가족 및 간호사의 같이 있어줌을 향상시킬 수 있는 중재 및 정책에 대한 추후 연구가 필요하다.

두 번째 범주는 ‘전문적 상호작용’이다. 전문적 상호작용은 간호사가 환자와 의사소통하며 관계를 유지하고, 총체적인 환자 상태 파악을 바탕으로 환자를 옹호함으로써 전문적인 관계를 형성하는 것을 의미한다(Jakimowicz & Perry, 2015). Jakimowicz와 Perry (2015)는 이를 ‘전문성’으로 명명하였으나 ‘탁월한 실무능력’과 범주의 명명에서 그 차이가 불분명하였다.

해당 범주의 하위범주와 코드 내용을 고려해 본 연구에서는 ‘전문성’을 ‘전문적 상호작용’으로 재명명하였다. 한편, Jakimowicz와 Perry (2015)가 언급한 전문성에 대한 하위범주인 ‘치료적 관계’와 ‘간호의 지속성’이 본 연구에서는 확인되지 않았다. 치료적 관계의 경우 환자와 의사소통하고 관계를 맺으며 옹호하는 하위범주 모두를 아우르는 개념이라 따로 구분되지 않은 것으로 판단된다. 간호의 지속성은 앞에서 언급한대로 참여자들이 환자 입장에서 인식하기 힘든 내용이기 때문에 도출되지 못한 것으로 사료된다. 인간중심 간호에 대한 선행 연구들(Morgan & Yoder, 2012; Sidani & Fox, 2014)에서는 환자와의 소통을 가장 필수적인 간호라고 언급하고 있다. 인간중심 간호에서 의사소통은 중요한 의미를 가지고 있으며 이미 메타분석 연구(Venetis, Robinson, Turkiewicz, & Allen, 2009)를 통하여 인간중심 돌봄이 의사소통을 촉진하고 그 결과로 서비스의 질이 향상되고 환자의 건강 예측이 개선됨이 보고되었다. Slatore 등(2012)은 중환자실 간호사의 의사소통을 질적으로 분석하였는데, 환자와 가족들은 간호사와 일상적인 농담을 나누고 손이나 팔을 잡는 등의 비언어적 소통을 선호하고 있음을 보고하였다. 이상의 선행 연구들은 주로 환자, 보호자, 간호사, 의사간의 의사소통을 다루고 있다. 하지만 본 연구에서는 이 밖에도 다른 의료인으로부터 환자 자신을 대변해주거나 이해하기 힘든 의학적 설명을 자신의 편에서 쉽게 이해할 수 있게 번역해주는 중환자실 간호사의 역할이 확인되었다. 이 내용은 중환자실 환자가 간호사를 자신의 옹호자로 간주하고 있음을 유추할 수 있는 부분이다. Jakimowicz와 Perry (2015)는 외부와 차단된 중환자실 환자와 가족에게 간호사는 공식적, 비공식적 정보의 제공자이자 해설자이고 이러한 소통이 긍정적 간호사-대상자 관계형성에 초석이 된다고 하였다. 따라서 중환자실 간호사는 간호의 전문성이 비단 지식이나 기술에만 국한된 것이 아니라 전반적인 환자와의 소통 및 관계를 포함하고 있음을 인식할 필요가 있다.

세 번째 범주는 탁월한 실무능력이다. 탁월한 실무능력은 신속한 대응이나 긴급 상황 해결, 생명 유지기기를 능숙히 다루는 중환자실 간호사의 능력을 의미한다(Jakimowicz & Perry, 2015). 이는 이전의 인간중심 간호의 영역에서는 언급되지 않은 중환자실만의 특성을 반영한 범주이다. Jakimowicz와 Perry (2015)는 ‘탁

월한 실무능력’을 ‘생의학적 간호실무’로 명명하였으나 앞서 언급하였듯이 다른 범주인 ‘전문성’과 그 의미에서 차별성이 모호하여 본 연구에서는 ‘탁월한 실무능력’으로 재명명하였다. 또한 Jakimowicz와 Perry (2015)는 ‘생의학적 간호실무’에서 전문지식, 임상적 기술, 임상적 지식, 근거기반 증재가 하위범주로 구분되었지만 본 연구에서는 임상적 기술만이 하위범주로 도출되었다. 이는 이미 전문지식이나 근거기반 증재가 중환자 간호에서 이루어지고 있으나 환자들이 직접적으로 인식하지 못해 도출되지 않은 것으로 생각된다. 이미 중환자실 간호사에게는 근거 기반적 전문 지식과 고수준의 임상적 기술이 요구된다고 선행연구에서 보고된 바 있다(Davidson et al, 2007). 본 연구에서 실제 입원경험이 있는 참여자들이 인간중심 중환자 간호로 중환자실 간호사의 탁월한 실무능력에 대해 언급하였다는 것은 중요한 의의가 있다고 생각한다. 중환자실 간호사의 탁월한 실무능력은 이처럼 환자에게도 중요하게 여겨지는 부분이지만, 국내 간호 교육의 현실은 중환자 간호 교육 과정이 점점 더 위축되어 가고 있는 실정이다(Yi et al., 2017). 이러한 상황은 실제 현장의 요구에 부응하지 못하는 것으로 해석될 수도 있으므로 중환자 간호사의 탁월한 실무능력을 확보할 수 있는 대책이 마련될 필요가 있다.

네 번째 범주는 환자의 존엄성으로 본 연구 참여자들이 가장 많이 진술한 범주이다. 환자의 존엄성은 인간으로서의 개별성을 이해하고 손과 발이 되어 안위를 제공하며 사생활을 보호해주고 가족을 참여시키며 환자의 자율성을 도모하고 의사결정을 공유하는 것을 의미한다(Jakimowicz & Perry, 2015) Jakimowicz와 Perry (2015)가 환자의 존엄성의 하위범주로 제안한 ‘권리’는 본 연구에서 확인할 수 없었다. 권리는 모든 환자가 공정하고 평등한 대우를 받는 것을 의미하며 아직까지 중환자의 권리에 대한 인식이 부족함을 짐작할 수 있다. 인간의 존엄성은 Gill (2013)이 인간중심 간호를 단순한 욕구 충족에서 벗어나 환자의 가치, 사회적 상황, 생활방식을 고려하여 환자를 개별적인 존재로 인식하는 것이라고 정의한 것과 유사한 맥락이다. 또한 O’Connell과 Landers (2008)는 간호사가 환자의 고통과 문화의 개별성을 이해하는 것이 치료적 관계에서 중요함을 보고한 바 있다. 본 연구 참여자들은 간호사가 자신의 일상에 대하여 관심 보이는 것을 인간중심 간호라 하였

다. 이는 환자가 아닌 인간으로서 관심 받고 싶은 마음이 드러난 것이라고 해석할 수 있다. 중환자실 환자들의 경험에 대한 질적 연구(Storli, Lindsest, & Asplund, 2008)에서도 간호사가 중환자실 내 첨단 기계와 장비 속에 숨어 있는 환자를 기억해야 한다고 했다. 이는 인간성이 상실되기 쉬운 중환자실 상황에서 중환자실 간호사가 인간으로서 환자를 존중하고 개인으로서의 독특성을 인정해야 함을 의미한다.

환자의 존엄성 증 안위는 자료 분석 시 가장 많은 진술을 포함했던 하위 범주이다. 중환자실 간호로 당연하다고 간주되는 갈증해결이나 신체 청결, 등 마사지, 체위변경이 환자의 입장에서 인간중심 간호로 가장 큰 부분을 차지하고 있었다는 것은 안위 제공의 중요성에 대하여 제고하게 한다. Aro, Pietilä와 Vehviläinen-Julkunen (2012)은 환자들이 생각하는 중환자실에서의 가장 중요한 요구는 신체적 편안함과 안전감을 느끼는 것이라 보고했다. 중환자실 치료의 결과로 생존을 유일하게 간주 하던 시대는 지났다(Cabrini et al., 2015). 중환자실 생존자들이 중환자실 치료로 인하여 퇴원 후까지 광범위한 신체적·정신적 장애를 경험한다는 선행연구(Elliott et al., 2014)를 고려한다면 중환자실에서 질병 치료뿐 아니라 신체적·정서적으로 편안함을 제공하는 것도 인간중심 간호의 중요한 부분임을 알 수 있다.

본 연구 결과, 환자의 존엄성 범주에 인간중심 간호 관련 선행 연구들에서는 보고되지 않은 ‘치료적 환경 조성’이라는 새로운 코드가 추가로 도출되었다. 이는 실제 중환자실 환자에게 중환자실의 조명이나 소음, 온도 조절이 중요한 의미를 지닌다는 점에서 의의가 있다. Cabrini 등(2015)은 중환자실에서의 인간중심 돌봄을 위해서는 자연 채광, 소음 방지, 수면 방해 요소 차단, 사생활 보호 등 물리적 환경에 대한 환자의 총체적 요구에 접근해야 한다고 하였다. 중환자실의 소음이나 불결함, 24시간 환한 불빛, 밤낮이 구별되지 않는 환경이 환자들을 불안하게 하고, 심하게는 정서적 장애를 야기할 수도 있다(Lof, Berggren, & Ahlstrom, 2006). 최근 국내에서 타당화된 중환자실 환자 가족의 만족도 조사 도구(Kim et al., 2017)에서도 치료적 환경조성을 중요하게 간주하고 있음을 확인 할 수 있다. 이상으로 미루어 볼 때 중환자실에서의 환경적 지지는

인간중심 중환자 간호의 주요 요소라고 할 수 있다.

인간중심 중환자 간호에서 가족의 참여는 큰 의미를 지니고 있다. 인간중심 중환자 간호는 환자-가족중심 간호라고도 불린다. 환자-가족중심 간호에 관한 선행연구(White et al., 2012)를 살펴보면 중환자실에서의 ‘가족참여’로 인하여 환자의 가치와 요구에 대한 논의가 촉진됨으로써 간호의 질이 향상될 수 있음을 알 수 있다. 또한 중환자실 가족의 방문과 참여는 부정적 영향보다는 긍정적인 결과를 초래한다(Vahedian-Azim, Ebadi, Jafarabadi, Saadat, & Ahmadi, 2014). 이상의 연구들은 중환자실 방문 시간의 자유화와 가족 참여를 통해 환자의 불안 및 스트레스 호르몬이 감소하고 의식수준을 향상시켜준다는 결과를 보고하고 있다. 또한 중환자실에서의 환자-가족중심 간호 중재에 대한 연구를 고찰한 Mitchell 등(2016)은 환자와 가족들이 간호사가 고유한 자신만의 문화를 고려하길 원한다고 보고했으며, 이는 인간중심의 개념인 개별성과도 연결되는 내용이다. 따라서 향후 중환자실에서의 인간중심 간호를 위해서는 간호사와 가족과의 상호작용 증진이 필수적임을 알 수 있다.

본 연구는 이론적 모델에서 제시한 인간중심 중환자 간호의 속성을 토대로 실제 중환자실 입원환자들이 경험한 인간중심 간호를 심층적으로 탐구하였다는 데 의의가 있다. 특히 간호사의 ‘24시간 함께 함’이라는 코드나 ‘탁월한 실무능력’ 범주는 타 분야의 인간중심 간호 연구에서는 제시하지 않았던 내용이다. 따라서 본 연구 결과를 바탕으로 중환자실에서의 인간중심 간호의 의미를 더 구체적으로 이해하고, 타 분야와의 차이점을 보완한 인간중심 중환자 간호 측정도구를 개발하며 교육 및 중재 프로그램을 개발하여 적용할 것을 제안한다. 또한 중환자 간호사의 생의학적 간호실무와 전문성을 확보하기 위한 간호교육과 실무 차원에서의 노력 및 정책개발이 필요하다.

본 연구의 제한점은 참여자들이 인간중심 간호에 대한 구체적인 정의를 모르는 상태에서 면담을 진행하였으므로 주제에 대한 심도 깊은 답변을 얻지 못했을 가능성이 있다는 점이다. 또한 기존 인간중심 중환자 간호의 속성을 토대로 면담을 진행했기 때문에 다른 관점의 새로운 범주를 확인하기에 제한적일 수 있다.

V. 결론

본 연구에서는 Jakimowicz와 Perry (2015)가 제안한 인간중심 중환자 간호의 속성을 확인하기 위해 중환자실에서 환자들이 실제 경험한 인간중심 간호를 연역적으로 질적 내용분석 하였다. 16명의 중환자가 경험한 인간중심 간호의 범주는 ‘공감’, ‘전문적 상호작용’, ‘탁월한 실무능력’, ‘환자의 존엄성’이었다. 공감은 환자를 연민해주고 돌보아주는 간호사의 존재로 인해 환자가 안심하고 정서적으로 지지를 받는 것을 의미한다. 전문적 상호작용은 간호사가 환자와 의사소통하고 상호작용하며 전반적인 환자의 상태를 파악하고, 환자를 옹호해주는 전문적인 치료적 관계 형성을 의미한다. 탁월한 실무능력으로 신속한 대응이나 긴급 상황 해결, 생명유지기기를 능숙히 다루는 중환자실 간호사의 능력을 의미한다. 마지막으로 환자의 존엄성은 인간으로서의 개별성을 이해하고 손과 발이 되어 안위를 제공하며 치료적 환경을 조성하고 사생활을 보호해주며 가족을 참여시키고 환자의 자율성을 도모하며 의사결정을 공유하는 것을 의미한다. 이상의 연구 결과를 바탕으로 첫째, 중환자실 환자 가족과 중환자실 간호사의 입장에서 경험한 인간중심 중환자 간호의 의미와 실체를 탐색하는 질적 연구를 제안한다. 둘째, 중환자실에서의 인간중심 간호의 속성을 반영한 측정도구의 개발이 필요하다. 셋째, 본 연구에서 도출된 인간중심 중환자 간호의 속성을 바탕으로 실제 중환자 간호 실무에서 활용할 수 있는 간호 중재를 개발하고 이를 적용할 것을 제안한다.

REFERENCES

- Aro, I., Pietilä, A. M., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing, 21*(13-14), 1847-1858.
- Baumgarten, M., & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29*(2), 205-214.
- Cabrini, L., Landoni, G., Antonelli, M., Bellomo, R., Colombo, S., Negro, A., . . . Zangrillo, A. (2015). Critical care in the near future: patient-centered, beyond space and time boundaries. *Minerva Anestesiologica, 82*(5), 599-604.
- Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., . . . Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine, 35*(2), 605-622.
- Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L. E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., & Swedberg, K. (2012). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: The PCC-HF study. *European Heart Journal, 33*(9), 1112-1119.
- Elliott, D., Davidson, J. E., Harvey, M. A., Bemis-Dougherty, A., Hopkins, R. O., Iwashyna, T. J., . . . Needham, D. M. (2014). Exploring the scope of post-intensive care syndrome therapy and care: engagement of non-critical care providers and survivors in a second stakeholders meeting. *Critical Care Medicine, 42*(12), 2518-2526.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing, 62*(1), 107-115.
- Gill, P. S. (2013). Patient engagement: an investigation at a primary care clinic. *International Journal of General Medicine, 6*, 85-98.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Hudon, C., Fortin, M., Haggerty, J. L., Lambert, M., & Poitras, M. E. (2011). Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Annals of Family Medicine, 9*(2), 155-164.
- Jakimowicz, S., & Perry, L. (2015). A concept analysis of patient-centred nursing in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing, 71*(7), 1499-1517.
- Johnson, P. (2004). Reclaiming the everyday world: how long-term ventilated patients in critical care seek to gain aspects of power and control over their environment. *Intensive and Critical Care Nursing, 20*(4), 190-199.
- Kang, J., & Suh, E. E. (2015). Perceptions of quality of patient-centered nursing care among women with breast cancer. *Perspectives in Nursing Science, 12*(2), 115-123.
- Kim, Y., Min, J., Lim, G., Lee, J., Lee, H., Lee, J., . . . Lee, Y. J. (2017). Transcultural adaptation and

- validation of the family satisfaction in the intensive care unit questionnaire in a Korean sample. *Korean Journal of Critical Care Medicine*, 32(1), 60-69.
- Kelly, F. E., Fong, K., Hirsch, N., & Nolan, J. P. (2014). Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. *Clinical Medicine*, 14(4), 376-379.
- Lof, L., Berggren, L., & Ahlstrom, G. (2006). Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admission and ICU stay-3 and 12 months after discharge. *Intensive & Critical Care Nursing*, 22(3), 154-166.
- Mitchell, M. L., Coyer, F., Kean, S., Stone, R., Murfield, J., & Dwan, T. (2016). Patient, family-centred care interventions within the adult ICU setting: an integrative review. *Australian Critical Care*, 29(4), 179-193.
- Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6-15.
- O'Connell, E., & Landers, M. (2008). The importance of critical care nurses' caring behaviours as perceived by nurses and relatives. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(6), 349-358.
- Price, A. M. (2013). Caring and technology in an intensive care unit: an ethnographic study. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 278-288.
- Sagong, H., & Lee, G. E. (2016). Person-centered care and nursing service quality of nurses in long-term care hospitals. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 27(4), 309-318.
- Sidani, S., & Fox, M. (2014). Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 134-141.
- Siow, E., Wypij, D., Berry, P., Hickey, P., & Curley, M. A. (2013). The effect of continuity in nursing care on patient outcomes in the pediatric intensive care unit. *Journal of Nursing Administration*, 43(7-8), 394-402.
- Slatore, C. G., Hansen, L., Ganzini, L., Press, N., Osborne, M. L., Chesnutt, M. S., & Mularski, R. A. (2012). Communication by nurses in the intensive care unit: qualitative analysis of domains of patient-centered care. *American Journal of Critical Care*, 21(6), 410-418.
- Storli, S. L., Lindseth, A., & Asplund, K. (2008). A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care. *Nursing in Critical Care*, 13(2), 86-96.
- Vahedian-Azimi, A., Ebadi, A., Jafarabadi, M. A., Saadat, S., & Ahmadi, F. (2014). Effect of massage therapy on vital signs and GCS scores of ICU patients: a randomized controlled clinical trial. *Trauma Monthly*, 19(3), e17031.
- Venetis, M. K., Robinson, J. D., Turkiewicz, K. L., & Allen, M. (2009). An evidence base for patient-centered cancer care: a meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. *Patient Education and Counseling*, 77(3), 379-383.
- White, D. B., Cua, S. M., Walk, R., Pollice, L., Weissfeld, L., Hong, S., . . . Arnold, R. M. (2012). Nurse-led intervention to improve surrogate decision making for patients with advanced critical illness. *American Journal of Critical Care*, 21(6), 396-409.
- Wikstrom, A. C., Cederborg, A. C., & Johanson, M. (2007). The meaning of technology in an intensive care unit-an interview study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 23(4), 187-195.
- Yi, Y. H., Son, Y. J., Kang, J. Y., Kim, B. J., Kim, J. Y., Lee, Y. M., . . . Ha, Y. K. (2017). Critical care nursing courses in bachelor of science in nursing programs: present and future directions. *Journal of Korean Critical Care Nursing*, 10(3), 1-8.