

중환자실 간호사의 임종간호 어려움과 임종간호 교육요구 조사: 혼합연구방법

김현숙, 최은경*, 김태희, 윤혜영, 김은지, 홍진주, 홍정아, 김건아, 김성하
세브란스병원 간호국, *연세대학교 간호대학 & 김모임 간호학 연구소

Difficulties in End-of-Life Care and Educational Needs of Intensive Care Unit Nurses: A Mixed Methods Study

Hyun Sook Kim, R.N., Eun Kyoung Choi, R.N., Ph.D.*, Tae Hee Kim, R.N., Hye Young Yun, R.N.,
Eun Ji Kim, R.N., Jin Ju Hong, R.N., Jeong A Hong, R.N., Geon Ah Kim, R.N. and Sung Ha Kim, R.N.

Department of Nursing, Severance Hospital, *Yonsei University College of
Nursing & Mo-Im Kim Nursing Research Institute, Seoul, Korea

Purpose: This study aimed to identify the difficulties with end-of-life care (EOLC) experienced by intensive care unit (ICU) nurses and to investigate their educational needs for EOLC. **Methods:** Mixed methods were used to survey ICU nurses at a university hospital. Quantitative data (N=106) were collected through a questionnaire and analyzed using an independent samples t-test, ANOVA, Mann-Whitney U test and Scheffé test. Qualitative data (N=19) were collected through focus group interviews and analyzed through qualitative content analysis. **Results:** The mean score on the difficulty of EOLC was 3.41 out of 5. The education needs derived from the qualitative analysis was categorized into four themes: 1) guidelines on professional EOLC, 2) spiritual care, 3) a program to take care of feelings of patients, families and nurses, and 4) activities to think about death. **Conclusion:** This study confirmed that ICU nurses were experiencing an extreme difficulty in providing EOLC. In addition, a qualitative analysis confirmed that they needed an EOL nursing program. To mitigate the difficulties experienced by nurses involved in EOLC, there is an urgent need to develop an education program for EOLC tailored to nurses' needs.

Key Words: Intensive care units, Nurses, Terminal care, Needs assessment

Received February 21, 2019
Revised May 16, 2019
Accepted May 17, 2019

Correspondence to
Eun Kyoung Choi
Yonsei University College of Nursing &
Mo-Im Kim Nursing Research Institute,
50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu,
Seoul 03722, Korea
Tel: +82-2-2228-3340
Fax: +82-2-392-5440
E-mail: ekchoi@yuhs.ac

서론

1. 연구의 필요성

대부분의 사람들은 생의 마지막을 인간적이고 편안하게 마무리할 수 있기를 바라며(1), 집에서 임종을 맞이하고 싶어한다. 그러

나 의료기관에서 임종을 맞이하는 경우가 2017년에 전체 사망자 중에 76.2%로 지속적으로 증가하는 추세이다(2). 의료기관에서의 사망이 증가함으로써 죽음을 앞둔 간호 대상자들에게 임종간호의 제공이 필요하다는 것을 시사한다.

인간을 대상으로 하는 간호는 대상자의 총체적 차원, 즉 신체적, 정서적, 영적 측면 모두에 관심을 가지는 전인 간호를 통하여

간호사는 임종간호를 제공 할 수 있어야 한다(3). 임종간호는 생의 마지막 단계에 있는 사람들이 최대한 편안하게 임종을 맞을 수 있도록 제공하는 지지와 돌봄을 의미한다(4). 간호사는 죽음에 대해 스스로의 정의와 인식을 가지고, 간호 대상자가 죽음을 자연의 순리로 받아들일 수 있게 도와야 한다(5). 또한 존엄한 임종이 될 수 있도록 배려할 뿐만 아니라, 가족들이 이별의 순간에 대한 준비를 할 수 있도록 도와야 한다(5). 임종간호를 체계적으로 간호사가 수행을 한다면 임종간호 대상자와 가족의 죽음에 대한 부정적인 감정이나 스트레스를 감소 시킬 수 있고, 임종 전 삶에 대해 마무리 할 수 있는 시간을 줄 수 있을 것이다(6,7). 이에 임종을 앞둔 간호 대상자와 가족을 간호하는 간호사들은 임종간호의 필요성을 인식하여 임상에서 임종간호수행이 잘 이루어지도록 해야 하나 그렇지 못하다(8). 그리고 대부분의 간호사는 죽음에 대한 자신의 견해를 확실히 정립하지 못한 채로 임종간호를 해야 하는 상황에 직면하게 되면(9) 임종환자를 부정적으로 이해하고 스트레스를 받게 된다(10).

중환자 의학이 발달하고 있음에도 불구하고, 중환자실 입실환자의 대부분은 중증도가 매우 높고(11), 18.8%의 간호 대상자는 사망 1개월 전 중환자실 치료를 경험하였다(9). 중환자실에서 근무하는 간호사는 환자 상태에 즉각적으로 반응 할 수 있는 근무 환경과 중증도가 높은 환자를 돌보기 때문에 임종간호수행정도가 병동에 비해 높았다(4,11,12). 따라서 중환자실 간호사는 대상자의 임종 상황을 병동보다 빈번하게 경험하게 되고(12), 대상자의 갑작스러운 죽음에 대한 불안, 대상자의 임종과정을 받아들이는 방법의 미숙, 감정적인 좌절, 소진 등을 더 자주 경험하게 된다(13). 또한 임종간호 시 업무가 급격히 증가되고 임종간호에 대한 스트레스를 느끼며, 임종간호에 대한 준비가 부족함을 경험한다(14). 그러므로 중환자실 간호사는 다른 간호실무 현장에서 일하는 간호사보다 더욱 임종간호를 위한 준비가 필요하다(13).

임종간호의 어려움과 임종간호수행과 관련된 연구에서 임종간호수행에 대하여 영향을 미치는 요인으로 임종간호에 대한 태도(8), 임종간호스트레스(4,7)가 영향을 미친다고 하였다. 또한 병동 간호사를 대상으로 한 연구에서는 임종간호수행능력이 중간 정도로 측정되어 임종간호수행능력을 높일 수 있는 방안을 마련해야 한다고 하였고(15), 중환자실 간호사의 임종간호수행정도가 병동 간호사보다 유의하게 높게 나타났다고 하였다(12).

이처럼 임종관련 연구는 죽음에 대한 성향과 임종간호수행정도(16), 간호사들의 임종간호수행에 대한 태도(17,18), 임종간호스트레스(7,17-19), 임종간호수행에 미치는 영향(8,16,19)에 대하여 양적 연구방법으로 주로 이루어져 왔으며, 이에 본 연구는 임종간호 제공 시 중환자실 간호사가 느끼는 어려움의 정도를 양적 연구방법으로 검증하고, 질적 연구방법을 통하여 중환자실 간

호사가 느끼는 어려움에 대한 연구 참여자들의 관점을 재확인하고 임종간호 교육요구의 내용을 파악하는 혼합 연구방법을 사용하고자 한다(20). 본 연구를 기초로 중환자실 간호사를 대상으로 하는 임종간호교육프로그램을 개발하여 중환자실 간호사의 임종간호의 어려움을 감소시키고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 임종간호 제공 시 중환자실 간호사가 느끼는 어려움과 임종간호 교육 요구를 확인하는 것이다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 임종간호 제공 시 중환자실 간호사가 느끼는 어려움의 정도를 확인한다.
- 2) 일반적인 특성에 따른 임종간호 제공 시 중환자실 간호사가 느끼는 어려움의 정도에 대한 차이를 확인한다.
- 3) 중환자실 간호사의 임종간호 교육요구를 확인한다.
- 4) 임종간호 제공 시 중환자실 간호사가 느끼는 어려움에 대한 양적, 질적 자료를 통합하여 분석한다.

대상 및 방법

1. 연구 설계

본 연구는 중환자실 간호사를 대상으로 구조화된 설문지를 통해 임종간호 제공 시 중환자실 간호사가 느끼는 어려움을 서술적으로 조사하고, 중환자실 간호사의 임종간호 경험 내용과 임종간호 교육요구를 포커스그룹 인터뷰를 통해 질적으로 파악한 후, 수렴적 설계(convergent design) (20)방법을 사용하여 결과를 비교 통합하는 혼합연구방법(21,22)을 적용하였다.

2. 연구 대상

본 연구는 서울 소재 S병원의 8개 중환자실에서 3개월 이상 근무하고 있는 임종간호 경험이 있는 간호사(23)를 대상으로 진행되었다. 양적 연구 대상자는 106명, 질적 연구 대상자는 19명, 총 125명에게 연구가 진행되었다. 양적 연구의 대상자는 Cohen의 공식(24)에 따라 G*Power 3.1.9.2 프로그램을 이용하였다. ANOVA를 분석방법으로 하여 양측검정, 유의수준 0.05, 검정력 80%, 중간효과크기 0.25일 때 95명이 산출되었다. 탈락률 10%을 고려하여 110명에게 배부하였고, 109명의 자료가 회수되었으며(회수율 99.09%), 응답이 불충분한 자료 3명을 제외한 총 106명을 최종 대상으로 하였다.

질적 연구 대상자는 Park과 Kim(25)의 간호사의 경력구분에 따라 1그룹은 3개월 이상 1년 미만, 2그룹은 1년 이상 3년 미만,

3그룹은 3년 이상 6년 미만, 4그룹은 6년 이상으로 나누었고 각 경력별 5명을 선정, 총 20명으로 하였다. 자료수집은 포커스그룹 인터뷰로 진행되었으며, 설문지에 응답한 사람은 제외하였다. 2 그룹에서 불참한 대상자 1명을 제외(참석률 95%)한 19명을 최종 대상으로 하였다.

3. 연구 도구

1) 임종간호 제공 시 중환자실 간호사가 느끼는 어려움

양적 연구방법의 도구는 Kinoshita와 Miyashita(26)가 개발한 '임종간호 제공 시 중환자실 간호사가 느끼는 어려움(Difficulties Felt by ICU Nurses providing End-of-life care, DFINE)' 도구를 이용하였으며 일반적 특성 13문항과 임종간호 제공 시 어려움에 관한 28문항으로 구성되었다. 하위 범주는 5가지로 임종 장소로서의 중환자실의 한계(4문항), 임종간호를 위한 자원 부족(6문항), 임종간호제공에 대한 심리적 부담(7문항), 환자 및 환자 가족에 대한 임종간호의 어려움(7문항), 임종기 환자의 적극적 치료에 대한 갈등(4문항)이다. Likert 5점 척도로, 점수가 높을수록 임종간호 제공 시 어려움의 정도가 높은 것을 의미한다.

영문으로 된 도구는, 원저자에게 도구 사용을 승인 받아 한국어로 번역한 후 원 도구와 번역한 도구를 이중 언어자인 간호사 3인이 확인하는 커미티접근(Committee approach) 방법(27)을 사용하였다. 이후 전문가집단을 통하여 내용 타당도 검증을 실시하여 국내에서 사용하기에 도구는 적합한 내용으로 구성되었는지 평가하였다. Lynn(28)이 내용 타당도를 위한 전문가 집단 수는 3명 이상 10명 이하가 바람직하다고 제시한 것에 근거하여, 간호학 박사 2인, 호스피스 전문가 1인, 간호대학 교수 2인, 총 5명으로 구성된 전문가 집단이 내용 타당도를 검증하였으며, 내용타당도 지수(Content validity Index)는 평균 0.99로 모든 문항이 타당하였다.

개발 당시 도구의 신뢰 계수 Cronbach's α 는 0.74였으며(26), 본 연구에서는 0.85이었다.

2) 임종간호 경험과 임종간호에 대한 교육 요구도

질적 연구방법은 포커스그룹 인터뷰로 진행되었고, 사용된 면담 지침서는 중환자실 간호사의 임종간호 경험에 대하여 포커스 집단 인터뷰로 진행된 Kisorio와 Langley(14)의 연구에서 사용한 질문 8가지에 근거하여 작성되었으며, 전문가집단을 통하여 최종 인터뷰 질문을 6가지로 선정하였다. 질문의 내용은 다음과 같다.

• 도입질문: 중환자실에서 임종환자를 간호 할 때, 일반환자와 임종이 가까운 환자와 비교해서 어떤 생각과 태도를 가지고 간호하는지 말씀해주세요.

• 전환 질문: 중환자실에서 임종환자 간호를 해 본 경험이 있을 것입니다. 임종간호를 할 때 어떤 점이 어렵거나 쉬웠습니까?

• 핵심 질문: 임종간호가 어렵다고 느껴질 때는 무엇이 부족하다고 생각하십니까? 임종간호교육에 포함되어야 하는 교육내용으로 무엇이 포함된다고 생각하십니까?

• 마무리 질문: 앞으로 중환자실에서 임종간호는 어떠하면 좋을지 말씀해 주세요. 그밖에 더 나누고 싶은 이야기가 있으면 말씀해주세요.

질적 연구의 엄밀성을 확보하기 위하여 Lincoln와 Guba(29)이 제시한 신뢰성(credibility), 적합성(fittingness), 감사가능성(auditability), 확인가능성(confirmability)의 4가지 준거를 적용하였다. 신뢰성은 최대한 빠른 시간 내에 녹음 내용에 대하여 직접 필사하고 자료가 누락되지 않도록 하여 확보하였다. 분석과 해석의 신뢰성을 위하여 면담자와 보조자가 다시 확인하여 수정하는 과정을 거쳐 보편성과 타당성을 확인하였다. 적합성은 연구에 참여하지 않은 10년 이상의 중환자실 간호사 2인과 질적 연구 경험이 있는 간호학 교수 1인에게 본 연구의 결과가 의미 있고 적용 가능함을 확인하였다. 감사가능성은 연구의 시작시점부터 종료시점까지 연구 과정을 상세하게 기록하였다. 확인가능성은 연구자의 선 이해와 가정을 미리 고찰하여 이를 전 과정에서 인식함으로써 연구자의 편견과 선입견을 최소화 하였다.

4. 자료 수집 방법

본 연구는 연구대상자 보호를 위하여 S병원 연구심의위원회(승인 번호: 4-2017-0915)와 간호국 승인을 받은 후, 양적 자료와 질적 자료를 수집하는 전 과정에서 대상자에게 연구의 목적과 취지, 참여의사의 자율성, 자율적인 철회 가능성, 개인정보의 비밀 보장 등에 대하여 설명한 후 서면 동의를 받았다.

양적 자료의 수집은 2018년 1월 한 달 간 진행되었다. 자발적으로 참여에 동의한 대상자에게 연구의 목적과 취지, 진행 과정을 설명한 후 구조화된 설문지를 배부하였다. 수집된 자료는 작성자의 개인정보가 노출되지 않도록 회수용 봉투를 비치하고 밀봉하여 회수하였다. 익명성을 보장하기 위해 개인을 식별할 수 있는 문항을 포함하지 않았다.

질적 자료의 수집은 2018년 1월 31일부터 2월 21일까지 포커스그룹 인터뷰로 진행되었다. 포커스 인터뷰는 그룹은 4그룹, 한 그룹당 5명씩, 1번씩 인터뷰를 진행하였다. 각 그룹별 대상자들이 한번에 모일 수 있는 시간을 고려, 시간을 배정하였다. 그리고 각 그룹별 인터뷰 장소는 참여자의 편의를 고려하여 근무지에서 멀지 않은 병원 내 회의실에서 이루어졌다. 인터뷰에 소요된 시간은 약 60분이었다. 인터뷰 대상자에게 연구의 목적과 진행에 대한 설명을 한 뒤 구두 동의를 받았고, 인터뷰가 진행되는 당일,

연구의 목적과 인터뷰 진행과정에 대해 설명한 후 연구동의서에 서면 동의를 받았다. 면담 내용은 모두 녹음될 것이며 참여자의 사생활을 보호하고, 신분이 노출되지 않도록 익명으로 처리할 것임을 설명하였다. 중요한 내용을 메모하면서 녹음을 진행하였고, 편안한 분위기에서 자유로운 인터뷰가 진행되도록 하였다.

5. 자료 분석 방법

양적 자료분석은 SPSS win 23.0 (IBM, Seoul, Korea) 프로그램을 이용하여 대상자의 일반적인 특성은 빈도와 백분율, 임종간호 제공 시 중환자실 간호사가 느끼는 어려움 정도는 평균과 표준 편차로 분석하였다. 일반적 특성에 따른 임종간호 제공 시 중환자실 간호사가 느끼는 어려움의 차이는 Independent t-test, ANOVA, Mann-Whitney U test로, 사후 검정은 Scheffé test를 사용하였다.

질적 자료분석은 포커스그룹 인터뷰 내용은 녹음하여 전체 내용을 필사하고 반복적으로 읽으면서 내용의 정확성을 확인하였고, Elo, Kyngäs의 내용분석방법(content analysis)을 사용하였다(30). 분석된 혼합연구 결과는 양적, 질적 연구결과를 통합하여 비슷한 것과 다른 것에 대해 확인하고, 추론을 통하여 주요 내용이 양적 연구와 질적 연구에서 모두 확인(confirmation)된 것과 질적 연구를 통해 양적 연구의 내용이 확대(expansion)된 내용으로 비교하여 분석하였다(20).

결과

1. 양적 연구 결과

1) 임종간호 제공 시 중환자실 간호사가 느끼는 어려움의 수준

‘임종간호 제공 시 중환자실 간호사가 느끼는 어려움’은 5점 만점에서 평균 3.41±0.39점으로 측정되었다. 하부 범주에서는 ‘임종장소로서 중환자실의 한계(3.61±0.69)’, ‘임종간호를 위한 자원 부족(3.57±0.62)’, ‘임종기 환자의 적극적인 치료에 대한 갈등(3.03±0.63)’, ‘환자 및 환자 가족에 대한 임종간호의 어려움(3.44±0.45)’, ‘임종간호 제공에 대한 심리적 부담(3.57±0.59)’의 순으로, 모두 평균 3.0점 이상의 어려움을 나타내었다.

세부 문항 중 ‘환자가 죽음을 피할 수 없다면 빨리 중환자실을 떠나는 편이 낫다(3.93±0.81)’, ‘생명유지를 위한 치료는 과도하게 제공되는 경우가 자주 있다(3.90±0.82)’, ‘환자는 중환자실에서 사망하기를 원하지 않을 것 같다(3.84±0.86)’, ‘임종간호 제공을 위한 간호사의 롤 모델이 없다(3.80±0.75)’, ‘임종과 관련된 환자의 요구를 충족하여 주기가 어렵다(3.78±0.69)’ 항목은 28개의 문항 중 가장 점수가 높았다(Table 1).

2) 일반적 특성에 따른 임종간호 제공 시 중환자실 간호사가 느끼는 어려움

본 연구에서 ‘임종간호 제공 시 중환자실 간호사가 느끼는 어려움’

Table 1. Difficulties Felt by ICU Nurses Providing End-of-Life Care (Quantitative) (N= 106).

Theme	Mean±SD
Difficulties felt by ICU nurses (total)	3.41±0.39
Limitation of ICU as a dying place.	3.61±0.69
ICU is not an appropriate place to die.	3.14±1.00
Patients cannot approach peaceful death in the ICU.	3.52±0.99
Patients do not want to die in the ICU, I suppose.	3.84±0.86
When death is unavoidable, the patient had better leave the ICU quickly.	3.93±0.81
Lack of resources of end-of-life care.	3.57±0.62
No time to care for dying patient.	3.25±0.97
Nursing system for end-of-life care is not established.	3.45±0.94
No time to discuss among nurses about end-of-life care.	3.56±0.84
More nurses are needed for providing end-of-life care.	3.60±0.86
There are nurses to consult about end-of-life care.	3.77±0.75
There are no model nurses in providing for end-of-life care.	3.80±0.75
Psychological burden on the providing of end-of-life care.	3.03±0.63
I am frightened to tell the family that a patient's condition is worsening.	3.59±0.95
I often feel a pang of guilt when I face patient death.	3.06±0.98
I want to avoid the family when a patient's conditioning is worsening	3.03±1.06
I often feel that it is my responsibility when a patient's condition is worsening.	2.45±0.84
No confidence to provide end-of-life care.	2.96±0.82
I would like to avoid care for dying patients, if possible.	3.12±1.00
No knowledge and skills to provide end-of-life care.	3.00±0.85
The difficulties of end-of-life care for patients and their families.	3.44±0.45
Not enough contact with families.	3.56±0.76
It is difficult to provide care for families in the ICU.	3.72±0.81
It is difficult to fulfill patients' wishes of end of life.	3.78±0.69
No wish to develop a relationship with the family.	2.64±0.87
It is difficult to provide care for dying patients in the ICU.	3.32±0.86
Family has difficulty accepting death in the ICU.	3.57±0.77
It is difficult to fulfill family's wishes.	3.53±0.73
Conflict on excessive treatment when a patient is in the end-of-life phase.	3.57±0.59
Doctors are too late in deciding that treatment is ineffective, I feel.	3.42±0.94
It is difficult to attend to the family when a patient is dying.	3.53±0.82
Life-sustaining treatment is often given excessively.	3.90±0.82
Even in the end-of-life phase, limits on visiting hours and people are unavoidable.	3.43±1.03

ICU: Intensive Care Unit.

Table 2. Difficulties Felt by ICU Nurses providing End-of-Life Care by General Characteristics (Quantitative) (N=106).

Characteristics	Categories	n (%)	Difficulties felt by ICU nurses (total)		Limitation of ICU as a dying place		Lack of resources of end-of-life care		Psychological burden on the providing of end-of-life care		The difficulties of end-of-life care for patients and their families		Conflict on excessive treatment when a patient is in the end-of-life phase	
			M±SD	F/t (P)	M±SD	F/t (P)	M±SD	F/t (P)	M±SD	F/t (P)	M±SD	F/t (P)	M±SD	F/t (P)
Marital status	Single	76 (71.7)	3.41±0.48	0.01 (0.995)	3.60±0.71	-0.31 (0.758)	3.52±0.62	-1.35 (0.181)	3.09±0.65	1.65 (0.103)	3.47±0.43	1.03 (0.305)	3.50±0.58	-1.97 (0.052)
	Married	30 (28.3)	3.41±0.38		3.64±0.64		3.70±0.61		2.87±0.56		3.37±0.49		3.74±0.57	
Age (yr)	Child no	7 (6.6)	3.29±0.45	(0.413)*	3.21±0.53	(0.037)*	3.74±0.69	(0.962)*	2.96±0.46	(0.501)*	3.29±0.63	(0.631)*	3.29±0.57	(0.025)*
	Child yes	23 (21.7)	3.44±0.36		3.77±0.62		3.69±0.60		2.85±0.60		3.40±0.46		3.88±0.50	
Clinical experience in ICU (mo)	20~29(a)	62 (58.5)	3.42±0.41	1.54 (0.220)	3.67±0.70	1.03 (0.361)	3.50±0.64	1.94 (0.149)	3.14±0.67	4.81 (0.010)	3.46±0.45	1.70 (0.189)	3.47±0.56	2.37 (0.099)
	30~39(b)	34 (32.1)	3.45±0.37		3.47±0.74		3.74±0.57		2.99±0.51	Scheffé a>c	3.49±0.43		3.74±0.58	
Work department	≥40(c)	10 (9.4)	3.21±0.35		3.73±0.40		3.43±0.62		2.50±0.50		3.20±0.48		3.60±0.68	
	≤12(a)	11 (10.4)	3.36±0.53	0.20 (0.897)	3.46±0.91	0.20 (0.893)	3.42±0.92	0.71 (0.551)	3.42±0.62	2.02 (0.116)	3.30±0.46	0.60 (0.617)	3.18±0.59	3.54 (0.017)
Job position	13~36(b)	22 (20.7)	3.38±0.37		3.65±0.52		3.44±0.58		3.08±0.55		3.47±0.38		3.39±0.55	Scheffé a<d
	37~72(c)	30 (28.3)	3.45±0.41		3.67±0.81		3.62±0.54		3.03±0.77		3.51±0.51		3.63±0.52	
Religion	≥73(d)	43 (40.6)	3.41±0.37		3.59±0.63		3.64±0.62		2.91±0.54		3.43±0.45		3.72±0.59	
	Adult ICU	87 (82.1)	3.39±0.83	-1.12 (0.267)	3.66±0.63	1.44 (0.163)	3.55±0.62	-0.74 (0.461)	2.96±0.61	-2.70 (0.008)	3.42±0.46	-1.05 (0.299)	3.57±0.59	0.22 (0.829)
Previous end-of-life care experience (In recent month)	Pediatric ICU	19 (17.9)	3.50±0.34		3.36±0.88		3.67±0.66		3.38±0.62		3.54±0.43		3.54±0.58	
	Staff nurse	77 (72.6)	3.40±0.40	-0.55 (0.581)	3.58±0.72	-0.58 (0.561)	3.56±0.63	-0.39 (0.698)	3.06±0.66	0.85 (0.397)	3.43±0.47	-0.69 (0.493)	3.50±0.57	-2.01 (0.047)
Experience	Unit manager	29 (27.4)	3.44±0.39		3.67±0.62		3.61±0.62		2.95±0.56		3.49±0.40		3.75±0.61	
	Yes	55 (51.9)	3.39±0.42	-0.64 (0.525)	3.62±0.66	0.08 (0.937)	3.56±0.67	-0.28 (0.782)	2.98±0.66	-0.87 (0.384)	3.41±0.47	-0.72 (0.474)	3.56±0.62	-0.04 (0.965)
Experience	No	51 (48.1)	3.43±0.37		3.60±0.73		3.59±0.57		3.09±0.60		3.48±0.43		3.57±0.55	
	No experience	38 (35.8)	3.39±0.35	-0.42 (0.677)	3.44±0.76	-1.89 (0.061)	3.54±0.59	-3.31 (0.741)	3.15±0.53	1.46 (0.147)	3.42±0.35	-0.49 (0.624)	3.46±0.51	-1.39 (0.167)
Experience	Experience	68 (64.2)	3.42±0.42		3.70±0.64		3.59±0.64		2.96±0.68		3.46±0.50		3.63±0.62	

Table 2. Continued.

Characteristics	Categories	n (%)	Difficulties felt by ICU nurses (total)		Limitation of ICU as a dying place		Lack of resources of end-of-life care		Psychological burden on the providing of end-of-life care		The difficulties of end-of-life care for patients and their families		Conflict on excessive treatment when a patient is in the end-of-life phase	
			M±SD	F/t (P)	M±SD	F/t (P)	M±SD	F/t (P)	M±SD	F/t (P)	M±SD	F/t (P)	M±SD	F/t (P)
Previous education on end-of-life care	No experience	65 (61.3)	3.46±0.42	1.66 (0.100)	3.63±0.75	0.34 (0.731)	3.65±0.65	1.58 (0.117)	3.09±0.70	1.17 (0.245)	3.48±0.48	0.90 (0.371)	3.63±0.58	1.44 (0.153)
	Experience	41 (38.7)	3.33±0.35		3.58±0.60		3.45±0.57		2.94±0.51		3.39±0.41		3.46±0.60	
Previous personal experience with loss	No experience	17 (16.0)	3.44±0.39	0.39 (0.695)	3.87±0.70	1.70 (0.092)	3.62±0.64	0.34 (0.736)	2.97±0.76	-0.46 (0.648)	3.42±0.56	-0.23 (0.818)	3.63±0.49	0.51 (0.613)
	Experience	89 (84.0)	3.40±0.40		3.60±0.68		3.56±0.62		3.04±0.61		3.45±0.43		3.55±0.60	
Life satisfaction	Satisfied	49 (46.2)	3.43±0.44	0.44 (0.647)	3.61±0.70	0.03 (0.968)	3.65±0.68	0.95 (0.389)	3.05±0.68	1.39 (0.255)	3.42±0.50	0.60 (0.552)	3.58±0.61	0.37 (0.694)
	Usual	42 (39.6)	3.37±0.36		3.62±0.68		3.54±0.51		2.94±0.65		3.43±0.42		3.52±0.57	
	Not satisfied	15 (14.2)	3.47±0.33		3.57±0.73		3.41±0.71		3.25±0.37		3.56±0.38		3.67±0.56	

*non parametric test (Mann-Whitney U test).
ICU: Intensive Care Unit.

움'은 일반적 특성에 따라 통계적으로 유의한 차이가 나지 않았다.

그러나 하부 범주에서 '임종장소로서의 중환자실의 한계'에서 자녀가 있는 경우가 없는 경우에 비해 통계적으로 유의하게 높았다($t=-2.34, P=0.041$). '임종간호 제공에 대한 심리적 부담'은 연령과 부서에 따라 유의한 차이를 보였고 20~29세가 40세 이상에 비해 심리적 부담이 높았고($F=4.81, P=0.010$), 소아중환자실 간호사가 성인중환자실 간호사에 비해 심리적 부담이 높았다($t=-2.70, P=0.008$). '임종기 환자의 적극적 치료에 대한 갈등'도 자녀가 있는 경우가 없는 경우에 비해 통계적으로 유의하게 높았다($t=-2.68, P=0.012$). 또한 중환자실 경력과 직위에서는 1년 미만인 간호사에 비해 6년 이상인 간호사가, 일반간호사에 비해 책임간호사가 갈등이 유의하게 높았다($F=3.54, P=0.017, t=-2.01, P=0.047$).

'임종간호를 위한 자원의 부족'과 '환자 및 환자 가족에 대한 임종간호의 어려움'에서는 일반적 특징에 따른 유의한 차이는 없었다(Table 2).

2. 질적 연구 결과

임종간호 제공 시 중환자실 간호사가 느끼는 어려움에 대한 5개 주제와 14개의 하부주제가 도출되었으며, 교육 요구 4개의 주제가 도출되었다(Table 3).

1) 임종간호 제공 시 중환자실 간호사가 느끼는 어려움

(1) 임종 장소로서의 중환자실의 한계

① 임종을 준비할 수 있는 공간이 조성이 안됨

중환자실 환자들은 예상하지 못한 상황에서 임종을 맞이하는 경우가 많다. 사생활이 보장되기 힘들고 다양한 의료장비와 중환자들로 인한 소음으로 가족들이 환자 임종에 집중하고 슬퍼할 수 있는 공간 조성이 안 되어있다고 하였다.

“갑작스럽게 심폐소생술로 갑자기 돌아가시게 되거나..., 보호자들이 오셔서 울음소리나 그런 것들이..., 그분들도 마음 놓고 할 수가 없고, 폐쇄된 공간이 아니라서...주변 환자들도 같이 동요가 되고...”(1그룹 참여자)

② 가족과 함께 있을 수 없는 환경

중환자실 입실로 서로 분리되고, 준비되지 않은 상태에서 임종을 맞이하는 환자와 환자 가족은 함께 하지 못하여, 하고 싶은 말, 남기고 싶은 추억들을 같이 할 수 없는 아쉬움을 표현하였다.

“환자도 준비되지 않고 보호자도 준비되지 않고 보내버린다

Table 3. Difficulties Felt by ICU Nurses Providing End-of-Life Care (Qualitative) (N=19).

Variable	Theme	Category
Difficulties felt by ICU nurses providing end-of-life care	Limitation of ICU as a dying place	No space to prepare for patient's end-of-life phase Restricted environment to spend time with families Consideration on surrounding patients' agitation
	Lack of resources of end-of-life care	No time for end-of-life care due to administrative works Work overload due to the increased severity of the patient's state right before death Lack of time to provide end-of-life care, share emotions and grieve due to caring other patients Lack of training and counseling on death for patients and family
	Psychological burden on the providing of end-of-life care	Nurses' emotions when facing a patient's end-of-life phase: Guilty, mechanical sensation, depressed feeling, shock, fear, difficulty of judgment Nurses' concern for patients in their end-of-life phase and their families: Consolation, psychological conflict, empathy, regret
	The difficulties of end-of-life care for patients and their families	The difficulties of end-of-life care for patients' families in the end-of-life phase The difficulties of end-of-life care for patients' families who encounter the unprepared sudden death of patients The difficulties of end-of-life care for patients' families who are dissatisfied and uncooperative
	Conflict on excessive treatment when a patient is in the end-of-life phase.	Skepticism over end-of-life phase treatment Conflict over the restriction of family visits for end-of-life phase patient
	Educational needs	Guidelines of professional end-of-life care
Spiritual care		
Program of affective care for feelings of patients, families, and nurses		
Activities for contemplating upon death		

ICU: Intensive Care Unit.

는..., 정말 슬픈 것 같아요. 가족 분들도 정말 마지막이라는 걸 모르고..., 하고 싶은 말들을 하고 뭔가 남기고 싶은 추억들..., 뭔가 아쉬움 등이 많았던 것 같아요”(4그룹 참여자)

③ 주변 환자 동요에 대한 고려

중환자실 간호사는 임종환자로 인하여 다른 환자들이 동요하거나, 섬망이 발생하는 것을 걱정하여 그들을 진정시키는데 어려움을 겪고 있다고 하였다.

“환자가 사망하면 그 보호자의 슬픔도 이해해요. 주변 환자들이 힘들어하면 어떡해요... 섬망이 심해지면 그 환자들 간호하기가..., 주변 환자 컨트롤 하는 것... 힘든 것 같아요.” (4그룹 참여자)

(2) 임종간호를 위한 자원 부족

① 임종기 행정 업무로 임종간호 시간 부족

중환자실 간호사는 환자가 사망하면 사망처리, 행정적인 업무

를 하는데 치우치게 되어 임종 환자나 가족을 옆에서 돌볼 수 있는 시간이 부족하다고 하였다.

“임종간호 했을 때의 절차 같은 것이 있잖아요, ...그런 거 하기에 급급해가지고 환자한테 서류는 뭐가 필요한지 챙기느라, 환자에 대한 배려... 보호자에 대한 입장도 생각을 전혀 못했었어요” (2그룹 참여자)

② 임종 직전 높은 중증도로 인한 업무과다

중환자실에서 임종 직전에 있는 환자들은 복잡하고 높은 중증도를 가지고 있다. 일반 중환자와 임종환자를 같이 보는 중환자실 간호사는 심신의 부담을 느끼게 되고 어렵다고 하였다.

“일반 환자분과 중증도가 많이 차이가 나가지고 힘들어요. ... 임종 직전 환자를 간호를 할 때 마음의 부담이 먼저 가게 되는 것 같아요” (2그룹 참여자)

③ 다른 환자 간호 업무로 인한 임종간호 시간 부족

임종환자나 가족들에게 애도를 표하거나 사후준비 등을 교육할 시간이 부족하다고 하였다. 또한 임종환자나 가족들, 다른 의료진과 감정을 공유하고 나눌 시간이 있기를 원한다고 표현하였다.

“충분한 시간이 보호자들에게 제공되지 않는다는 게 단점 이구요. …저희는 돌아가시자마자 새로운 응급실 환자를 받아야 하기 때문에… 너무 바쁘다 보니까… 이미 돌아가신 분한테는 전혀 신경 쓰지 못하게 되는 여건이 뭐라고 할까…; 애도할 시간이 없는 것도 같고…” (1그룹 참여자)

④ 환자 및 환자 가족에 대한 임종 관련 교육 및 상담 부족

중환자실 간호사는 임종에 대해 환자 및 가족들에게 교육 및 상담이 부족하다고 하였으며 환자의 임종준비를 하도록 도와주고 싶다고 하였다.

“보호자가 죽음에 대해서 준비를 할 수 있게…; 보호자에 대한 간호가 이전부터 많이 주어졌으면 좋겠는데…; 그런 것들이 굉장히 부족한 상황이고, 교육도 없어서… 많이 어려움을 겪었던 것 같아요” (3그룹 참여자)

(3) 임종간호 제공에 대한 심리적 부담

① 임종상황에 대해 간호사가 느끼는 힘든 감정

중환자실 간호사는 첫 사망 환자를 간호할 때 충격을 느끼며, 환자의 불안정한 상태로 인해 자신의 행동이 환자의 상태를 악화시킬 수 있다는 두려움과 죄책감을 가지게 되고, 감정을 배제하고 업무에 집중하는 자신의 모습에 인간미 없는 로봇 같다는 감정을 느낀다고 하였다.

“평소랑 다른 없는 행위인데도, 갑자기 잘못되면 어떡하지…” (1그룹 참여자)

“사실 저희 간호사는 Care라는 개념에 더 가깝게 환자에게 접근하는데 그런 것 같지 않을 때가 있어서, 인간미가 없는 로봇 같은 느낌이 들 때가 있어요…” (2그룹 참여자)

“임종은 항상 힘든 것 같아요. …경력이 많다고 해서 무뎠다는 것은 없는 것 같아요” (4그룹 참여자)

② 환자와 환자 가족에 대한 간호사의 마음 쓰임

중환자실 간호사는 임종상황에서 환자와 환자 가족에게 위로가 되는 말과 태도를 건네고 싶고 남겨진 환자 가족에 대한 안타까

운 감정을 가지고 있다. 또한 자신에게 의미 있는 존재가 된 환자의 임종 시 감정 이입을 하며, 환자나 환자 가족이 진실된 답변을 요구할 때 상황에 따라 진실을 이야기할 수 없음을 갈등한다고 하였다.

“임종간호의 경험을 했을 때, 위로가 되지 않을지언정 위로의 말을 건네고 싶었는데 차마 그런 말이 입에서 잘 안 나오더라구요…” (1그룹 참여자)

“제가 감정이입이 심해서…; 일단 제 부모님이라면 어떨까”(2그룹 참여자)

(4) 환자 및 환자 가족에 대한 임종간호의 어려움

① 준비되지 않은 갑작스러운 죽음 시 가족에 대한 임종간호의 어려움

중환자실 환자들이 갑작스럽게 상태가 변화되어 사망하는 경우 가족들을 응대하는 것은 어렵고 힘들다고 하였다.

“준비되지 않은 죽음은 조심스럽더라고요…; 올라오자마자 돌아가시는 분들도 계시고… 그분들한테는 청천병력 같은 거예요…” (1그룹 참여자)

② 임종기 가족에 대한 임종간호의 어려움

중환자실 간호사는 임종기 환자 가족을 대할 때 환자의 죽음에 대하여 어떻게 공감하고 슬퍼해야 하나, 무슨 말을 해야 할 지, 어떻게 해야 할 지 힘들어하고 어려움을 겪고 있다고 표현하였다.

“환자의 죽음과 슬픔을 공감해야 되는 게 필요하다는 걸 알고 있는데…; 쉽지가 않더라고요… 어떻게 대해야 하고, 어떤 식으로 간호를 해야 할 지…; 막막한 상황이… 아직도 잘 모르겠어요.” (3그룹 참여자)

③ 불만스럽고 비협조적인 가족에 대한 임종간호의 어려움

갑자기 가족의 태도가 돌변하거나 이해 못하는 경우 중환자실 간호사는 어려움을 느끼고 있었다.

“성질을 내는 분들이 있더라고요…; 저희가 감내해야 하는 부분이지만, 보호자를 응대하는 게… 예민해져 있으니, 그게 제일 힘든 것 같아요.” (1그룹 참여자)

(5) 임종기 환자의 적극적 치료에 대한 갈등

하는 것은 아닌지 회의를 느낀다고 하였다.

① 연명치료에 대한 회의

중환자실 간호사는 연명 치료를 하고 있는 환자들에 대해 제공 되는 치료의 범위와 득실 여부에 대해 갈등하고, 환자를 힘들게

“치료적인 선을 넘었을 때는 보내드리는 것이 맞다 라고 생각이 들었어요.” (1그룹 참여자)

Table 4. Comparison of Quantitative and Qualitative Studies on the Difficulties Experienced by ICU Nurses Providing End-of-Life Care.

Domain	Quantitative	Qualitative quotes	Inference
1. Limitation of ICU as a dying place	1. When death is unavoidable, the patient had better leave the ICU quickly (M±SD=3.93±0.81) 2. Patients do not want to die in the ICU, I suppose (M±SD=3.84±0.81)	1. There should be a room for patients to comfortably prepare for death (Group 3) 2. I want to create an atmosphere where dying patients, families, and health professionals gather together and have warm conversations (Group 3) 3. Because patients' beds are usually in an open space, surrounding patients can also get agitated. I hope this can improve (Group 1)	Expansion They said that in an environment where isolation rooms are not common, emotional aspects of surrounding patients should also be considered
2. Lack of resources for end-of-life care	1. There are no role-model nurses in providing for end-of-life care (M±SD=3.80±0.75) 2. No time to care for dying patient (M±SD=3.25±0.97)	1. I do not have enough time to provide appropriate end-of-life care because I spend too much time finding out what documents are required in such situations (Group 2) 2. It is simply difficult to care patients in end-of-life phase, because the severity is too high compared to general ICU patients (Group 2) 3. The disadvantage is that insufficient time is given to families. We are also so busy getting a new patient as soon as a patient passes away, so we cannot care for the deceased. I think we do not even have time to mourn (Group 1)	Expansion Many nurses in the ICU felt that time for end-of-life care was insufficient due to high severity of the patient in the end-of-life phase and increased administrative duties required to care for them
3. Psychological burden on the providing of end-of-life care	1. I am frightened to tell the family that a patient's condition is worsening (M±SD=3.59±0.95) 2. I often feel a pang of guilt when I face patient death (M±SD=3.06±0.98) 3. I would like to avoid care for dying patients, if possible (M±SD=3.12±1.00)	1. It's just an ordinary act, but what if it goes wrong all of a sudden? (Group 1) 2. Dying seems to be always hard. I don't think that experience makes you feel dull about death (Group 4) 3. I wanted to send condolences even though it would not be of any comfort for the families (Group 1) 4. I feel too much empathy for the deceased, so I keep thinking what if he or she was my parents (Group 2)	Expansion In quantitative studies, psychological burden was measured the lowest score, but qualitative studies showed that psychological burden accounted 37.1 percent of the content analysis data
4. The difficulties of end-of-life care for patients and their families	1. It is difficult to fulfill patients' wishes (M±SD=3.78±0.69) 2. It is difficult to provide care for families in the ICU (M±SD=3.72±0.81)	1. I know it's necessary to empathize with families of the deceased patients, but when there are patients on their deathbeds and their families, I don't know how to treat them and how to nurse them. I just go blank (Group 3) 2. I get cautious especially when facing unprepared deaths (Group 1) 3. There are people who get angry. It is difficult to deal with a guardian. I think the guardian becomes extremely sensitive (Group 1)	Expansion Qualitative research shows that end-of-life care for families is more difficult than caring for the patient. They said it was difficult to provide the end-of-life care especially for families whose family member suddenly passed away or those who were dissatisfied and uncooperative with the care
5. Conflict on excessive treatment when a patient is in the end-of-life phase	1. Life-sustaining treatment is often given excessively. (M±SD=3.90±0.82) 2. Even in the end-of-life phase, limits on visiting hours and people are unavoidable (M±SD=3.43±1.03)	1. When you're over the therapeutic limit, you feel it's right to give up (Group 1) 2. There is a belief that the patient does not want to experience the moment of dying alone. But it's hard because I can't keep letting a patient's family in (Group 1)	Confirmation They said that they felt conflicts over providing the excessive treatment and restricting family visits even during the dying phase

② 중환자 면회 제한에 대한 갈등

임종 직전에 환자와 가족은 함께 있기를 원한다. 그러나 중환자 실이라는 특성 상 면회시간이 제한되어 있어 간호사는 이로 인한 내적 갈등을 느끼고 있다고 하였다.

“마지막을 혼자 보내드리고 싶지 않다는 생각 때문에 보호자를 꼭 뵈었으면 좋겠다는 생각이..., 그렇다고 보호자를 계속 들여보낼 수도 없는 상황이고...”(1그룹 참여자)

2) 임종간호교육 요구

(1) 전문적인 임종간호 가이드라인

중환자실에서의 임종은 빈번하게 일어나는 일이지만 체계적으로 상황에 맞는 임종간호가 어려워 중환자실 간호사는 전문적인 임종 가이드라인이 만들어지고 교육 받기를 원한다고 하였다.

“의료인으로서 보호자들한테 마지막 환자 상태가 어떠했고, 그래서 이렇게 돌아가셨다라는 설명과 함께..., 전문적으로 임종간호를 제공할 수 있는 것이 무엇일까 하는 가이드라인을 제공해주었으면...”(1그룹 참여자)

(2) 영적 간호

중환자실 간호사는 임종 환자의 영적인 부분에 대하여 간호할 수 있기를 원하였고 종교에 맞는 간호가 필요하다고 하였다.

“영적인 간호 부분들을 섹션을 나눠서 했으면...”(1그룹 참여자)

(3) 환자, 환자 가족, 간호사 감정 돌봄 교육 프로그램

임종 과정은 환자, 환자 가족, 간호사, 모두가 참여하는 과정이다. 특히 중환자실 간호사는 이 과정 중에 본인의 감정을 다치지 않고 보호받기를 원하고, 환자와 환자 가족의 감정도 어루만져 주기를 원한다. 환자와 환자 가족의 심리를 체험하고 공감하고 의사 소통하는 방법, 애도하는 방법에 대하여 배우고 싶어하였다. 또한 동료 간호사와 임종간호 경험을 나눔으로써 심리적, 감정적으로 어려웠던 부분을 공감하고 격려할 수 있는 시간을 갖기를 원한다고 표현했다.

“감정적인 부분, 간호사의 감정, 보호자의 감정을 같이 어루만져줄 수 있는 커뮤니케이션을 배우는 것이...”(1그룹 참여자)

(4) 죽음에 대해 생각해보고 이해해보는 체험

“입관 체험... 내가 죽는다고 생각해 보는 체험... 유연장을 남

겨 보고... 죽음 자체를 이해하는데 많이 도움이 되었다.”(2그룹 참여자)

3. 양적 연구와 질적 연구결과 통합

양적 연구와 질적 연구를 통합한 결과 5가지 하부 범주 중 4가지 주제가 확장되었고, 1개의 주제가 확인되었다. ‘임종장소로서의 중환자실의 한계’에서는 격리실이 보편화되지 않은 중환자실의 환경에서 임종간호 시 다른 환자에 대한 고려가 필요하다고 하였다. ‘임종간호를 위한 자원 부족’에서는 생과 사를 넘나드는 환자를 간호하는 중환자실 간호사에게 임종환자의 높은 중증도와 임종 시 추가되는 행정 업무로 인해 임종간호 시간이 부족하다고 하였다. ‘임종간호 제공에 대한 심리적 부담’에서는 양적 연구에서는 가장 점수가 낮았으나 질적 연구에서는 죄책감, 로봇 같은 느낌, 가라앉은 감정, 충격, 두려움, 판단의 어려움, 위로, 갈등, 감정이입, 안타까움 이라는 다양한 심리적 부담과 관련하여 내용분석자료의 37.1%를 차지하였다. ‘환자 및 환자 가족에 대한 임종간호의 어려움’에서는 질적 연구에서 환자에 대한 임종간호 보다 가족에 대한 임종간호가 더 어렵다고 하였으며, 특히 예측되지 않은 상태에서 갑작스럽게 환자의 죽음을 맞은 가족이나 불만이 많고 비협조적인 가족에 대한 임종간호가 어렵다고 하였다. ‘임종기 환자의 적극적 치료에 대한 갈등’에서는 임종기 환자에게 과도한 치료를 진행하는 것과, 중환자실 특성 상 면회제한을 하는 것에 대해 많은 갈등을 느낀다고 하였다(Table 4).

고찰

본 연구는 혼합 연구방법을 통하여 임종간호 제공 시 중환자실 간호사가 느끼는 어려움의 정도를 확인하고 교육에 대한 요구를 확인하였다.

양적 연구결과에서는 임종간호 제공 시 중환자실 간호사가 느끼는 어려움 중 ‘임종장소로서 중환자실의 한계’가 가장 큰 어려움으로 도출되었다. 중환자실 간호사는 중환자실이 임종하기에 적합하지 않은 장소라고 인식하고 있었다. 본 연구와 같은 도구를 사용한 Tirgari 등(31)의 연구에서도 동일한 결과를 나타냈다. 임종간호 장애요인에 대한 체계적 분석연구(9,32)와 질적 연구(13)에서도 중환자실 환경이 혼잡하여 편안한 임종을 하기에는 적합하지 않은 장소라고 한 결과와 같은 맥락이다. 이는 입실 대상자의 임상 상태가 수시로 변화하고 안정과 감염예방을 위하여 면회제한 해야 하는 중환자실의 환경적인 특성으로 인한 것으로 본다. 또한, 본 연구의 질적 연구결과에서 도출된 내용으로는 다른 환자간호가 임종환자로 인하여 어려움이 있다고 하였다.

‘임종간호를 위한 자원의 부족’세부 문항 중 ‘임종간호를 제공

하는 간호사 롤모델이 부재하다'라는 부분이 Tirgari 등(31)의 연구에서도 높은 점수를 나타내었다. 특히, 중환자실 간호사의 임종간호는 경험에 의해 이루어져 경력이 낮은 간호사는 임종상황에 있어 당황스러움과 혼란스러움을 경험한다(4). 지금까지는 임종간호가 도제식 교육이 되고 있기 때문에 경력간호사가 부족한 현 임상실무에서 향후 개선되기 힘든 부분이다. 이를 개선하려면 임종간호에 대한 체계적인 교육시스템이 필요하다. 본 연구의 질적 연구결과에서도 임종간호와 관련된 전문적인 가이드라인에 대한 교육을 원하였다. 따라서, 체계적인 임종간호 가이드라인과 교육프로그램을 통해 임종간호에 대한 간호사 롤모델을 양성하여 중환자실 안에서 교육의 선 순환이 이루어져야 하겠다.

본 연구의 양적 연구결과에서 '임종간호 제공에 대한 심리적 부담'은 중환자실 간호사의 임종간호 어려움 중 제일 낮은 점수로 보고되었다. 그러나, 질적 연구결과에서는 다양한 심리적 부담과 관련된 표현이 내용 중 37.1%에 해당할 정도로 많은 부분을 차지하였다. 이는 양적 연구에서는 질문 문항의 표현이 한정적이거나, 질적 연구에서는 같은 경험을 가진 대상자들이 그룹 인터뷰를 진행하면서 본인의 공통된 경험을 더 쉽게 표출할 수 있는 질적 연구의 강점이 반영된 결과로 보여진다. 또한, 양적 연구가 보편적인 법칙을 발견하거나 가설 검증에 목적을 두고 있는 반면, 질적 연구는 연구 대상자와의 관계의 의미 해석에 중점을 두고 자연스러운 실제 환경에서 연구가 진행되는 것과 관련된 것으로 보인다(20). 구체적으로 살펴볼 때, 연령이 낮은 간호사와 소아중환자실 간호사가 '임종간호 제공에 대한 심리적 부담'을 통계적으로 유의하게 느끼고 있었다. 선행연구에서도 소아를 돌보는 간호사는 성인을 돌보는 간호사에 비해 심리적으로 취약하고, 소아가 사망하였을 때 더 심한 상실감과 슬픔을 경험하였다(33). 또한, Tirgari 등(31)의 연구에서처럼 본 연구에서도 환자의 상태가 악화되고 있다는 이야기를 가족에게 해야 하는 것에 어려움을 느끼는데, 이는 중환자실 환자 가족의 경우 준비하지 못한 죽음이 많아, 무슨 말을 해야 할 지 모르는 경우가 대부분이기 때문이다(4,5,14). 따라서, 호스피스 의료진의 의사소통 방법인 Buckman의 '나쁜 소식 전하기' 모델(34)처럼 중환자실 간호사에게도 '나쁜 소식 전하기' 교육이 필요하다. 또한, 중환자실 간호사는 자신이 돌보던 환자에 대한 임종 후 미안함과 죄책감을 갖게 된다고 하였으나 다른 한편으로는 반복되는 임종간호로 인간미 없는 로봇 같다는 느낌을 가지고 있었는데 이는 선행연구(12)의 결과와 같은 맥락이다. 또한 중환자실 간호사(9,12)와 호스피스·완화병동 간호사(35)를 대상으로 한 선행연구에서 빈번하게 임종상황에 노출되다 보니 예전과 다르게 감정이 메마르고 무뎠다는 자신을 발견한다고 보고한 부분과 일치한다. 그러나 본 연구에서 일부 대상자들은 임종간호를 계속 한다고 해서 감정이 무뎠다는

것 같지 않다고 표현하기도 하여 이들을 위한 심리적 중재가 필요함을 보여준다. 본 연구의 질적 연구결과에서 중환자실 간호사 자신뿐만 아니라 환자와 가족까지도 심리적인 간호가 포함되는 환자·환자 가족·간호사 감정 돌봄 교육프로그램이 필요하다고 하였으며, 이는 중환자실 간호사들이 자신의 자신의 감정을 이해와 치유 받기를 원한다고 한 Kisorio와 Langley(14)의 연구결과와 일치하였다. 이에 임종간호 시 중환자실 간호사가 심리적 부담을 줄일 수 있는 방법을 모색하는 교육이 필요하겠다.

'환자 및 환자 가족에 대한 임종간호의 어려움'에서의 질적 연구결과, 본 연구의 중환자실 간호사는 환자보다 오히려 가족에게 임종간호 제공의 어려움을 느끼고 있었다. 국내 중환자실 간호사 대상 임종간호 관련 연구(4)에서도 가족들이 끊임없이 환자상태를 질문하고 상황에 대하여 받아들이는 것을 어려워하여, 24시간 환자와 같이 해야 하는 간호사는 임종간호에 부담과 어려움을 나타내었다.

'임종기 환자의 적극적 치료에 대한 갈등'은 본 연구의 양적 연구결과에서는 중간 정도의 어려움을 느끼는 반면 같은 연구 도구를 사용한 Tirgari 등(31)의 연구에서는 가장 큰 어려움을 호소하였다. 이란에서는 연명치료에 대해서 무슬림(Muslims)의 '해를 입히지 마라(do no harm)'라는 원칙을 기본으로 하고 있으며, 의료진은 생명을 위협하는 질병이라도 치료할 수 있다는 믿음이 있다면 치료해야 한다고 생각하고 있어, 국내와 연명의료중단에 대한 종교, 사회문화적 차이를 보였다(31). 또한 세부 문항에서 '생명 유지를 위한 치료는 과도하게 제공되는 경우가 자주 있다'가 높았고, 본 연구의 질적 연구결과에서도 임종환자에 대한 연명 치료에 대한 회의를 느낀다고 하였으며, 다른 질적 연구(12)에서도 무의미한 생명연장을 위한 치료 중단에 대해서 긍정적인 태도를 보였고, 연명치료는 죽음을 조금이라도 미루기 위한 부질없는 치료로 느껴진다고 보고하였다.

본 연구에서 중환자실 간호사들은 임종간호교육이 이루어진다면 교육내용에 전문적인 임종간호 가이드라인, 영적 간호, 환자·환자 가족·간호사 감정 돌봄 교육프로그램, 죽음에 생각해보고 이해해 보는 경험이 포함되기를 원했다. 미국에서는 중환자실 간호사를 위한 The End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) Critical Palliative Care 프로그램이 진행되고 있으며 일반적인 통증이나 증상 관리, 중환자실에서의 윤리적인 이슈, 문화적으로 고려할 사항, 의사 소통, 상실, 우울, 사별과 관련된 내용, 삶의 마지막 시간과 관련된 내용, 리더십에 관한 내용이 포함되어 있다(36). 국내에서는 호스피스 완화의료 인력전문 표준 교육과정이 진행되고 있으며 내용으로는 통증관리, 신체증상관리, 팀 구성원의 스트레스관리, 환자의 정신증상관리, 말기 환자의 돌봄과 관련된 내용, 영적 돌봄, 사별가족 돌봄, 사회적 돌봄,

나쁜 소식 전하기, 역할극, 미술 치료, 이완명상 등을 포함하고 있고(37) 교육이 잘 이루어지고 있었다.

또한 암환자를 돌보는 간호사가 임종 관련 간호교육을 8시간 받은 경우, 임종간호수행 및 죽음인식, 임종간호태도가 그렇지 않은 군에 비해 높았으며(8), 임종간호수행과 관련된 연구에서 신체적 임종간호 수행뿐만 아니라 심리적, 영적 영역을 포함하는 임종간호교육 프로그램을 통하여 임종간호수행의 질적 향상을 올릴 필요가 있다고 하였다(38). 중환자실 간호사를 대상으로 했던 임종간호수행에 미치는 요인에서도 임종간호교육의 경험이 있는 간호사는 33.2%로 측정되었다(4). 선행 연구의 교육내용과 교육의 필요성을 참고하여 본 연구의 질적 연구 결과에서 나온 교육 요구 내용을 바탕으로 중환자실 간호사에게 맞는 내용을 선별하고, 특화된 교육 과정을 개발 할 필요가 있겠다.

본 연구는 중환자실 간호사를 대상으로 임종간호 시 어려움에 대하여 국내에서 처음으로 시도된 혼합연구이며, 중환자실 간호사 임종간호교육에 기초 자료로 제공될 수 있는데 의의가 있다. 그러나 본 연구의 대상자가 일개 병원으로 국한되어 일반화의 제한점이 있다. 따라서, 임종간호의 어려움과 임종간호 교육요구에 대해 반복적인 확대 적용 연구를 제언한다. 또한 포커스그룹 인터뷰를 통해 중환자실 간호사는 임종간호 시 심리적 부담이 높다는 것을 확인할 수 있었으며, 중환자실 간호사를 대상으로 임종

간호 시 심리적인 어려움을 효과적으로 측정할 수 있는 도구개발을 제언한다.

요약

목적: 중환자실 간호사가 경험하는 임종간호 어려움에 대해 확인하고 임종 간호 시 필요한 교육요구도를 확인하기 위한 혼합연구이다.

방법: 대상자는 중환자실에 근무하는 간호사로 106명은 설문지를, 19명은 초점집단인터뷰로 연구가 진행되었다. 자료분석은 SPSS win 23 프로그램을 이용, 서술 통계, Independent t-test, ANOVA, Mann-Whitney U test, scheffé test 이용하여 분석, 초점집단인터뷰는 내용 분석 방법을 사용하였다.

결과: 중환자실 간호사는 임종간호에 대해 업무적, 심리적으로 어려움을 느끼고 있었으며, 임종간호에 대한 체계적인 교육에 대한 요구와 일부 요구된 교육 내용을 확인하였다.

결론: 이러한 결과를 바탕으로 만들어진 임종간호 교육프로그램을 통하여 중환자실 간호사의 임종간호의 어려움을 감소시키고, 나아가 환자 및 보호자가 중환자실에서 평화로운 임종기를 보내는데 도움이 되었으면 한다.

중심단어: 중환자실, 간호사, 임종간호, 교육요구

REFERENCES

1. Ranse K, Yates P, Coyer F. Modelling end-of-life care practices: Factors associated with critical care nurse engagement in care provision. *Intensive Crit Care Nurs* 2016;33:48-55.
2. KOSIS [Internet]. Preliminary results of birth and death statistics in 2017. Daejeon: Statistics Korea; 2018 [cited 2018 Feb 28]. Available from: <http://kostat.go.kr>.
3. Lee YS, Convergence study for understanding nursing students' holistic nursing attitudes. *J Korea Convergence Soc* 2019;10:361-70.
4. Ko MJ, Moon SH. Factors influencing performance of end-of-life care by ICU nurses. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs* 2016;25:327-37.
5. Mani ZA. Intensive care unit nurse experiences of providing end-of-life care. *Middle East J Nurs* 2016;10:3-9.
6. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ* 2010;23:340:c1345.
7. Kim WS, Cho HH, Kwon S. The Influence of Terminal care performance, Death and Self-Esteem on Terminal care stress of Geriatric Hospital Nurses. *Korean J Hosp Palliat Care* 2016;19:154-62.
8. Noh Seou Suk, Lee Chang Kwan, Sung Yong Hee. Predicators of terminal care performance of clinical nurses for cancer patients. *J Korean Crit Care Nurs* 2016;9:61-70.
9. Espinosa L, Young A, Walsh T. Barriers to Intensive Care Unit nurses providing terminal care: an integrated literature review. *Crit Care Nurs Q* 2008;31:83-93.
10. Kim JH, Chun CJ, Kim BH. A study on understanding and attitude to the dying patients of nursing students and nurses. *J Korean Acad Soc Adult Nurs* 1992;4:5-16.
11. Moon JY, Shin YS. The end-of-life care in the intensive care unit. *Korea J Crit Care Med* 2013;28:163-72.
12. Park JY. Intensive care unit nurses' experiences of caring for dying patients [master's thesis]. Seoul: Seoul National Univ.; 2018. Korean.
13. Seol EM, Koh CK. Experiences of critical care nurses caring for dying patients. *J Korean Crit Care Nurs* 2018;11:1-10.
14. Kisorio LC, Langley GC. Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive Crit Care Nurs* 2016;33:30-8.

15. Jo KH, Park AR, Lee JJ, Choi SJ. The effect of suffering experience, empathy ability, caring behaviors on terminal care performance of clinical nurses. *Korean J Hosp Palliat Care* 2015;18:276-84.
16. Park SJ, Choi SH. A study on the degrees of death orientation and terminal care performance of nurses. 1996;3:285-97.
17. Kim S, No MJ, Moon KE, Cho HJ, Park Y, Lee NJ, et al. Intensive care unit nurses' Death perception, End of life stress and end of life nursing attitudes. *J Korean Clin Nurs Res* 2018;24:255-62.
18. Yi YH, Yang HM. Nurses' grief experience and attitudes toward bereavement/ end-of-life care of families dying Infants in the Neonatal Intensive care units. *J Korean Data Analysis Soc* 2015;17:1045-60.
19. Baek EK, Choi EJ. Terminal care stress, job satisfaction and terminal care performance for nurses in internal medicine wards. *Korean J Hosp Palliat Care* 2015;18:267-75.
20. Creswell JW. A concise introduction to mixed methods research. Los Angeles: SAGE;2015.
21. Caruth GD. Demystifying mixed methods research design: A review of the literature. *MIJE* 2013;3:112-22.
22. Son HM. Application of mixed method research. *J Korean Assoc Qual Res* 2018 ;3:31-9.
23. Yoon SH. A study on new graduate nurses' clinical of adaptation. *J Korean Acad Nurs Adm* 2002;8:55-72.
24. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ:Lawrence Earlbaum Associates;c1988.
25. Park JE, Kim SS. Development of a nursing competency scale according to a clinical ladder system for intensive care nurses. *J Korean Acad Nurs Adm* 2013;19:501-12.
26. Kinoshita S, Miyashita M. Development of scale for "difficulties felt by ICU nurses providing end-of-life care" (DFINE): a survey study. *Intensive Crit Care Nurs* 2011;27:202-10.
27. Cha ES, Kim KH, Erlen JA. Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. *J Adv Nurs* 2007;58:386-95.
28. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res* 1986;35:382-5.
29. Lincoln YS, Guba EG: SAGE Publishing. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills:Sage Publications;c1985.
30. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62:107-15.
31. Tirgari B, Forouzi MA, Razban F, Alimirzaei R. Difficulties felt by intensive care unit nurses in providing end-of-life care in Southeast Iran. *J Hosp Palliat Nurs* 2016;18:443-9.
32. Beckstrand RL, Hadley KH, Luthy KE, Macintosh JLB. Critical care nurses' suggestions of improve end-of-life Care obstacles, minimal change over 17 years. *Dimens Crit Care Nurs* 2017;36:264-70.
33. Kang HJ, Bang KS. Neonatal intensive care unit nurses' experience in caring for infants who are dying. *Child Health Nurs Res* 2013;19:252-61.
34. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gloger G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000;5:302-11.
35. Kwon SH, Tae YS, Hong MJ, Choi GH. Hospice palliative nurses' experience of caring for terminal cancer patients. *Asian Oncology Nursing* 2015;15:264-75.
36. Ferrell BR, Dahlin C, Campbell ML, Paice JA, Malloy P, Virani R. End-of-life Nursing Education Consortium (ELNEC) Training Program: improving palliative care in critical care. *Crit Care Nurs* 2007;30:206-12.
37. Kang JA, Yoo YS, Park JN, Kim WC, Nam EJ, Koh SJ, et al. The effects of the pilot program in standard curriculum of hospice and palliative care education. *Korean J Hosp Palliat Care* 2008;11:206-12.
38. Son YL, Seo YS. A study on ethical attitude to DNR and terminal care performance of hospital nurse. *Korean Clinical Health Science* 2015;3:361-71.