

가정전문간호사의 죽음인식과 죽음 불안이 임종간호태도에 미치는 영향*

김 속 희¹⁾

서론

연구의 필요성

2026년에는 노인이 전체 인구의 20%를 차지하는 초고령화 시대를 맞아 우리나라는 고령화 정책으로 2008년 장기요양보험법과 2016년 환자연명의료결정법 제정과 같은 변화가 시작되고, 2018년 커뮤니티케어 추진 계획을 발표하고 지역사회 통합 돌봄 선도 사업이 시행되고 있다. 2017년 노인 실태조사 결과, 노인 대다수인 91.8%가 연명치료를 반대하고, 약 57.6%가 거동이 불편해졌을 때 재가서비스를 받으며 자신이 사는 곳에 계속 거주하겠다고 하였다[1]. 2021년 통계청[2]에 따르면 고령층의 증가로 사망자 수는 60대 이상 고령층이 증가하고, 그 중 80대 고령자 사망자 수가 가장 많았다. 임종 장소는 의료기관 74.8%, 주택 16.5%, 기타 8.7%로 일반적으로 임종간호를 받는 곳이 병의원, 요양병원의 병동이나 중환자실과 같이 의료기관 사망 비중이 전년(2020년)보다 0.8% 감소하였고 주택사망 비중이 0.9% 증가되었다[2]. 주택에서 사망할 경우 임종기 의료나 간호가 집에서 이루어지므로 초고령사회를 먼저 겪고 있는 일본은 자택 임종을 원하는 환자들에게 방문 진료, 재택의료를 권장하고 의료보험에서 비용을 적극 지원하고 있다. 임종기 환자는 병원에서의 무의미한 연명치료보다는 자기가 살던 곳에서 의료적 처치를 최소화하고, 이를 통해 치료비용을 절감하고 인권존중과 더불어 자연스러운 죽음을 맞이하길 원한다[3].

가정에서 품위 있는 죽음을 준비하기 위해서는 임종간호와 같

은 의료서비스의 도움이 요구된다. 가정에서의 임종간호는 가정간호사업이 시작된 1990년대부터 생의 말기 환자를 팀 접근법이 아닌 가정으로 가정전문간호사가 방문하여 임종간호 서비스를 시행해 왔다. 서울성모병원 가정간호센터에서는 호스피스 교육 이수 및 호스피스 완화 간호역량을 가진 가정전문간호사가 가톨릭교회 소속 성당들과 연계하고 완화의료센터와의 협조를 통해 임종간호를 시행하고 있다[4]. 이 프로그램은 호스피스가 제도화가 되기 전 가정간호사업 초기부터 가정형 호스피스시범사업까지 이미 죽음을 앞둔 환자들이 의료기관에서 임종을 맞이보다 가족의 정성어린 돌봄과 친숙한 환경인 가정에서 편안하게 죽음을 맞길 위하여 가정간호대상자에게 임종간호를 시행하고 있었다[5]. Yong [5]의 연구 결과 가정간호서비스 종결 사유는 호스피스 대상자 즉 말기 암환자 사망이 43.7%로 가장 많았고, 가정간호대상자로 암환자가 아닌 일반대상자 사망이 38%를 차지할 만큼 가정에서 많은 임종간호를 시행하였다. 노인 장기요양보험 제도가 도입된 2008년 이후 감소된 가정간호사업은 대상자가 증가 되지는 않았으나, 암환자, 수술 후 조기퇴원환자, 만성질환자, 노화로 인한 말기환자, 치매환자, 희귀난치성 질환 등 다양한 질환자가 가정에서 건강관리가 되고 있었다[4]. 지역사회 통합 돌봄 서비스와 같은 탈시설화의 시대적 변화 속에서 가정전문간호사들은 가정과 환자가 지내던 곳에서 가정간호서비스는 물론 임종간호를 시행해 오고 있다. 호스피스시범사업 시에는 가정전문간호사의 역량향상으로 호스피스 병동에서 퇴원하는 환자를 가정 호스피스로 연계하여 저렴한 비용으로 증상을 효율적으로 관리하여[4], 가정간호대상자와 가족들은 불안이 감소하였

주요어 : 죽음불안, 가정전문간호사, 죽음인식, 임종간호태도

* 이 결과물은 2022년도 남서울대학교의 교내연구비 지원에 의한 것임.

1) 남서울대학교 조교수(<https://orcid.org/0000-0002-9338-6269>) (교신저자 E-mail: rich30@nsu.ac.kr)

투고일: 2022년 7월 15일 수정일: 2022년 7월 29일 게재확정일: 2022년 11월 4일

고 가정에서도 편안함을 느껴 재가일수가 증가되고, 병상회전을 높여 국민의료비 절감에도 큰 역할을 하였다[4]. 임종에 임하는 태도를 겸비한 가정전문간호사는 여러 가정간호업무 수행과 함께 임종간호를 하게 되는 경우가 생기게 된다. Carney와 Burns [8]도 호스피스에 일차적으로 가정간호에 역점을 두고 있음을 보고하였다. 고령화시대에는 노인들이 자신에 살던 집[1]에서 총체적 돌봄인 임종간호를 가정에서 전문 간호사의 간호를 받고자 한다.

임종간호는 인간이 존엄성 유지와 삶의 질을 높이며, 평안하게 삶의 마지막 순간을 맞이하도록 신체적, 정서적, 사회적, 영적인 간호와 사별가족의 총체적인 돌봄이다[6]. 임종에 직면한 환자를 돌봄에 있어 가장 중요한 것은 간호제공자 자신의 죽음에 대한 의연한 태도와 그에 대처하는 능력이다[7]. 이 능력은 임종환자와 가족의 삶과 죽음을 인격적이고 품위 있게 만들 수 있으며[10], 환자와 그 가족에게 죽음에 대한 스트레스, 불안, 우울 등의 부정적인 감정을 해소시켜, 남은 삶을 돌보는데 긍정적인 태도를 나타낸다[9]. 임종간호태도는 말기 환자의 돌봄에 대해 간호사들이 가지는 긍정, 부정적 감정과 인식에 따라 태도가 긍정적일수록 임종환자를 보다 양질의 간호로 돌봄 제공을 할 수 있게 된다[12]. 임종간호를 위한 간호사의 긍정적인 임종간호태도가 말기 환자의 마지막 여정에 중요한 역할을 하게 된다.

죽음을 제대로 알고 받아들이면 우리의 삶에서 죽음의 불안과 공포에서 벗어나, 자유롭게 죽음을 인식 할 용기가 생기게 된다. 죽음인식이란 한 개인이 죽음에 대해 느끼고 있는 감정, 인지, 개인적 신념을 포괄하는 복합적인 개념으로, 개인의 가치관과 경험에 따라 개인마다 다르다[11]. 가정전문간호사는 병원에서도 다른 환경, 다양한 환자를 간호하며 임상과 다른 현장에서 죽음과 직면하게 된다. 죽음을 맞이하는 마지막 한 사람의 생의 간호를 시행하는 것이 간호사의 중요한 역할이다. 하지만 심리적 어려움과 혼자 임종을 감당해야 할 경우 죽음에 대한 부정적 인식을 가지게 되면 임종간호 태도에 영향을 미치게 된다. 이는 죽음에 대해 어떻게 인식하느냐에 따라 환자를 돌보는 태도가 달라짐을 의미하는 것이다.

죽음불안이란 의존성, 고통, 고독, 분리, 냉대, 사랑하는 사람과의 이별, 미지의 불확실성에 대해 인간이 보이는 심리적 과정이다[21]. 생의 말 환자를 돌보는 간호사는 고통 속에 임종을 맞는 대상자들을 돌보면서 자신과 타인의 죽음에 대한 불안이 높아지고, 임종환자와 공감을 나누며 보호자를 위로하고, 고통과 불안을 함께 경험하게 된다. 죽음 불안을 다차원적 구성요소로 살펴보면 죽음불안은 누구의 죽음이나에 따라 자신의 죽음 및 죽어가는 과정의 공포와 타인의 죽음 및 죽어가는 과정에 대한 불안으로 나눌 수 있다[20,21]. 죽음불안은 개인차가 있다. 죽음이 자신을 소멸한다고 생각하는 사람에게는 죽음불안이 무섭게 다가오지만, 죽음 후 소멸되지 않는다는 사람에게 죽음은 공포

와 두려움이 덜 할 것이다. 인지적인 면은 죽음의 의미를 설명하지만, 죽음불안은 정서적 면을 표현한다[20]. 죽음불안을 개인내적 귀결로 자기소멸에 대한 공포, 자기실현 상실에 대한 공포, 시신처리에 대한 공포와 대인적 귀결로 가족과 친구들에 대한 영향에 관한 공포, 자기 연장의 상실에 대한 공포, 분리와 고독에 대한 공포, 개인 초월적 귀결로 죽음의 불가지성에 대한 공포, 사후세계의 불가지성에 대한 공포, 내세에서의 처벌에 대한 공포로 구별하기도 하였다[20]. 이와 같이 개인의 죽음에 대한 부정적인 감정은 죽음 불안을 높이게 되고, 환자 죽음에 직면한 간호 시 지장을 주는 장애 요인이 되고, 총체적이고 적절한 간호를 제공하기 힘들게 한다. 임종환자를 보면 육체적, 정신적 피곤함과 환자를 못 살렸다는 죄책감, 무력감, 임종 시 보상 없는 헌신과 절망감은 심리적 고통과 죽음 불안이 생기게 된다. 죽음불안이 높으면 부정 정서가 나타나 임종환자의 돌봄을 회피하고 임종간호태도가 부정적으로 나타날 것이다. 임종환자에 노출이 잦은 근무환경은 자신의 죽음을 생각하게 되어, 죽음 불안이 높아 질 수 있고, 환자를 돌보는 태도에 직접적으로 부정적인 영향을 미친다[25].

선행 연구를 살펴보면, 임종간호태도에 대해 경력, 연령, 부서, 임종간호경험, 임종간호교육유무, 죽음인식, 죽음불안, 임종간호스트레스[19], 호스피스완화지식[17], 영성[13], 죽음준비교육 등이 영향을 주는 요인과 공감능력[13]과 같은 매개요인이 있었다. 근무지에 따라서 죽음관여도와 긍정적인 죽음인식이 높고, 최근 지인죽음을 경험한 경우에 암병동 간호사의 임종간호태도에 영향을 주었고[11], 중환자실 간호사들은 죽음인식이 높았으며 연령이 많을수록 죽음 불안은 낮았으며, 연령이 높을수록, 중환자실 근무기간이 길수록, 임상기간동안 죽음 경험 횟수가 많을수록[9], 친밀감 및 연명으로 결정인식이 임종간호태도에 영향을 미쳤다[14]. 예비 간호사인 간호 대학생들은 학습 경험, 자아 존중감[12], 호스피스완화지식[17], 죽음 교육프로그램[18]이 죽음불안[12,17]을 낮추며 긍정적인 임종간호태도에 영향을 나타내었다. 요양병원간호사는 좋은 친밀감[15], 학력과 종교, 임종간호경험, 임종간호교육경험, 영성이 높을수록 임종간호태도가 긍정적으로 나타났다. 긍정적인 임종간호태도는 환자와 가족의 삶과 죽음을 보다 인격적이고 품위 있게 만들 수 있다[10]. 선행연구에서 살펴 본 바와 같이 병원의 근무지별 간호사와 요양병원 간호사, 호스피스 간호사, 간호 대학생을 대상으로 한 임종간호태도 연구는 다양하게 진행되었다. 죽음을 경험하는 곳은 암병동, 중환자실 같은 병원의 특수부서, 요양병원, 요양시설뿐 아니라 가정과 다양한 지역사회에서 이루어진다. 가정에서도 임종을 맞는 환자와 가족에게 좀 더 나은 임종간호를 제공하기 위해 긍정적인 임종간호태도가 필요하다[9]. 가정간호를 하는 가정전문간호사들도 많은 임종환자를 돌보아 왔음에도 임종간호태도와 관련된 연구는 전반적으로 미흡한 실정이다.

이에 본 연구는 가정간호서비스를 시행하는 가정전문간호사들의 죽음의 인식, 죽음 불안과 임종간호태도의 수준을 파악하고 임종간호태도에 미치는 요인을 파악함으로써 가정에서 임종환자를 돌보는데 필요한 기초 자료를 제공하고, 질적인 임종간호태도를 향상시키기 위한 방안을 마련하는 데 기여하고자 한다.

연구 목적

본 연구 목적은 가정전문간호사의 죽음에 대한 인식, 죽음 불안, 임종간호태도의 상관관계와 임종간호태도에 영향을 미치는 요인을 확인하고자 함이다. 구체적 목적은 다음과 같다.

- 가정전문간호사의 죽음인식, 죽음불안, 임종간호태도의 정도를 파악한다.
- 가정전문간호사의 일반적 특성에 따른 임종간호태도의 차이를 파악한다.
- 가정전문간호사의 죽음인식, 죽음불안, 임종간호태도의 관계를 파악한다.
- 가정전문간호사의 임종간호태도에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 가정전문간호사의 죽음인식과 죽음불안을 파악하고 임종간호 태도에 미치는 영향요인을 확인하기 위한 서술적 조사 연구이다.

연구 대상

본 연구 대상자는 서울(18개 기관), 경기(11개 기관), 인천(6개 기관)의 의료기관 중심 가정간호사업소에 근무하고 있는 가정전문간호사를 편의 추출하여, 연구 목적을 설명 후 설문조사를 거절한 간호사를 제외한 128명의 가정전문간호사이다. 본 연구대상자 수는 G power 3.1.9.7 프로그램을 사용하여 산출하였다. 적정 표본크기는 유의수준 0.05, 검정력 80%, 중간효과 크기 0.15로 하여, 선행연구[11,16]을 토대로 추정예측요인 12개(연령, 사망종결, 종교, 학력, 결혼, 가정간호경력, 지인죽음, 임종간호교육경험, 연명치료, 장기기증, 죽음인식, 죽음불안)로 산출한 결과, 최소 표본크기는 127명 산출되었다. 탈락률 20%를 고려하여 152명에게 설문지를 배포하였으나, 설문지 미회수 4부, 응답 누락 20부를 제외하고 최종 128부를 최종 자료 분석에 사용하였다.

연구 도구

● 죽음인식

죽음인식 도구는 Inumiya [17]가 개발한 사생관 척도로 개발자로부터 전자메일로 도구 승인을 받아 사용하였다. 사생관 척도 원도구에는 내세지향성 및 현세 회귀성 2문항과 죽음불안영역 10문항이 포함되었으나, 사후세계의 지속과 현세에 다시 태어나는 내용과 죽음불안이 개인내적 귀결에 속하는 자아정체감의 확립이 중요한 청년기만의 특징으로 구성되어[20], 본 연구는 성인기와 노년기에 해당되는 대상자로 Hong [11]과 Park [19]의 연구를 참고하여 하위영역인 내세지향성 문항, 현세회귀성 문항과 죽음불안문항을 제외하였다. 죽음인식도구의 하부 영역은 죽음의 긍정적 의미 19문항, 죽음의 부정적 의미 16문항, 죽음관여도 10문항, 생명존중의지 12문항으로 총 57문항으로 구성하였다. 죽음인식도구는 리커트 척도로 각 문항에 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점, ‘매우 그렇다’ 7점으로 부정 문항은 역 문항으로 처리하였다. 최소 57점에서 399점으로 점수가 높을수록 죽음인식도가 높은 것을 의미한다. 신뢰도는 Inumiya [17]의 연구에서 죽음의 긍정적 의미는 Cronbach's $\alpha=.77$, 죽음의 부정적 의미 Cronbach's $\alpha=.72$, 죽음 관여도 Cronbach's $\alpha=.84$, 생명존중의지는 Cronbach' $\alpha=.77$ 이었다. 본 연구에서는 죽음인식의 하부 영역인 죽음의 긍정의미 Cronbach's $\alpha=.85$, 죽음의 부정의미 Cronbach's $\alpha=.79$, 죽음관여도 Cronbach's $\alpha=.84$, 생명존중의지는 Cronbach's $\alpha=.70$ 이었다.

● 죽음불안

죽음불안 도구는 Collet 와 Lester [18]가 개발한 척도를 Suh [22]가 수정해서 사용한 도구로 측정하였다. 죽음불안 도구는 개발자인 Collett와 Lester [18]로부터 전자메일로 도구 승인을 받아 사용하였다. 죽음불안 도구는 자신의 죽음에 대한 불안 9문항, 타인의 죽음에 대한 불안 10문항, 자신이 죽어가는 과정에 대한 불안 6문항, 타인이 죽어가는 과정에 대한 불안 10문항으로 총 35문항으로 구성되었다. 각 문항은 ‘거의 아니다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 4점의 리커트 척도로 최소 35점에서 최대 140점으로 점수가 높을수록 불안 정도가 높은 것을 의미한다. 부정 문항은 역 문항으로 처리 하였다. Suh [22]연구에서는 Cronbach's $\alpha=.80$ 이었고, 본 연구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.81$ 이었다.

● 임종간호태도

임종간호태도는 Frommelt와 Katherine [20]이 개발하고, Cho [18]가 수정, 보완, 번역한 임종간호태도 도구를 사용하였다. 본 도구는 개발자에게 전자메일로 사용승인을 받고 사용하였다. 이 도구는 말기환자 개인에 대한 태도 20문항, 가족구성원에 대한 태도 10문항, 총 30문항으로 구성되었다. 각 문항은 ‘전혀 그렇

지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 4점으로 점수의 범위는 최소 30점에서 최대 120점이며, 점수가 높을수록 임종간호태도가 긍정적인임을 의미한다. 부정문항은 역 문항 처리하였다. Cho [18]연구에서는 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.86$ 이었으며 본 연구에서 Cronbach's $\alpha=.77$ 이었다.

● 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 연령, 사망종결 횟수, 종교, 최종학력, 결혼, 가정방문경력, 지인죽음경험, 임종간호교육경험, 연명치료, 장기기증, 대상자가 죽음인식에 영향 끼친 요인, 임종간호 시 어려움 등 총 12문항으로 구성하였다.

자료 수집 방법

연구의 자료수집 기간은 2019년 5월3일부터 6월3일까지 수집하였다. 자료수집 절차는 서울, 경기도, 인천광역시에 위치한 의료기관 중심의 가정간호센터에 직접 방문하거나 가정간호사회 이사회나 보수 교육 시 연구의 필요성 및 목적을 설명하였다. 연구의 목적을 이해하고 연구에 자발적으로 동의한 가정전문간호사에게 서면 동의서에 서명한 후, 설문지를 배부하여 직접 작성하게 하고 연구자가 직접 수거 하였다. 시간부족과 당일 설문지 작성이 어려운 경우는 동의서와 함께 전자메일로 받았다. 설문 시간은 20-40분 정도 소요되었다.

자료 분석 방법

수집된 자료는 IBM SPSS Statistics 25.0 프로그램(IBM Corp., Armonk, NY, USA)을 이용하여 분석하였다. Kolmogorov-Smirnov^a & Shapiro-Wilk 분석 통해 정규성을 확인한 결과 유의확률이 0.05보다 크고, 왜도(-0.008)<2, 첨도(-0.096)<4로 정규성을 확인하였다. 대상자의 일반적 특성과 연구변수는 기술통계분석을 이용하여 빈도와 백분율, 평균, 표준편차로 구하였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 임종간호태도의 차이는 t-test와 one-way ANOVA와 사후 분석은 Scheffe test로 확인하였다. 죽음인식, 죽음불안, 임종간호태도의 관계는 상관관계분석(Pearson correlation analysis)로 분석하였다. 임종간호태도에 영향을 미치는 요인은 단계적 회귀분석 (Stepwise regression analysis)로 분석하였다.

윤리적 고려

본 연구는 윤리적 측면을 고려하기 위해 C대학 생명윤리위원회의 승인을 받아 시행하였다(IRB No. 1041078-201903-HRSB-086-01). 연구 대상자에게 연구 주제와 목적, 방법 및 설문지 작성 소요 시간을 설명하고 참여 동의서를 작성한 대상자에게 설

문지를 배부하였고, 작성 후 수거 하거나 당일 작성이 어려운 경우 동의서와 함께 전자메일로 수집하였다. 수집된 자료는 연구 이외의 목적으로 사용하지 않을 것과 연구 도중 참여를 원하지 않을 경우 언제든지 거부할 수 있음을 설명하였다. 설문 작성 후 감사의 인사와 소정의 선물을 제공하였다. 통계법 제 13조에 따라 학술적 통계목적으로 사용하였다. 개인정보보호법에 따라 분석 과정 시 익명으로 통계 처리 하였으며 수집된 자료는 연구자가 지정한 별도의 이동식 디스크에 보관하였다.

연구 결과

대상자의 특성

본 연구의 대상자는 모두 여성으로 평균연령은 51.13세였다. 가정간호 중 환자의 죽음으로 가정간호를 종결한 경우는 1년에 평균 12.27회 정도이며, 10건 이하(74.2%), 11~20건(10.9%), 20건 이상(14.8%)이었다. 종교는 가톨릭(41.4%), 기독교(33.6%), 불교(7.8%), 무교(17.2%)순으로 조사되었다. 최종학력은 학사(58.6%), 석사(38.3%), 박사(3.1%)이었다. 대상자 중 88.3%가 결혼하였으며, 가정간호경력은 평균 10.57년 동안 가정간호업무를 하고 있었다. 가정전문간호사는 93%가 가까운 가족이나 지인의 죽음을 경험 했고, 임종간호교육은 89.1%가 교육 받았으며, 보수교육(22.6%), 가정간호교육과정(27.4%), 호스피스교육과정(47%), 기타(3%)였다. 92.2%가 연명치료를 하지 않겠다고 하였으며, 70.3%가 장기기증을 하겠다고 하였다(Table 1).

죽음인식, 죽음불안, 임종간호태도의 수준

본 연구의 대상자의 죽음인식 수준은 7점 만점에 평균 4.95±0.47점으로 나타났다. 하위영역은 죽음의 긍정적 의미는 평균 5.31±0.81점, 부정적 의미는 4.43±0.91점, 죽음관여도는 4.79±1.07점, 생명존중의지는 5.22±0.89점 이었다. 죽음불안 수준은 4점 만점에 평균 2.55±0.29점이고, 하위영역은 자기죽음불안 2.50±0.45점, 타인죽음불안 2.80±0.28점, 자기죽음과정불안 2.53±0.37점, 타인죽음과정불안 2.37±0.41점이었다. 임종간호태도는 4점 만점에 3.25±0.27점이었다(Table 2).

일반적 특성에 따른 임종간호태도의 차이

일반적 특성에 따른 임종간호태도의 차이를 분석하였으나 연령, 가정방문 간호 중 환자의 죽음으로 가정 간호가 종결된 횟수, 학력, 결혼, 경력, 연명치료, 장기기증 등은 임종간호태도에 대한 집단 간 평균의 유의미한 차이를 나타내지 않았다. 종교는 유의수준 0.05수준에서 $F=2.84(p=0.04)$ 로 유의한 차이를 보였다.

사후분석으로 Scheffé test 결과, 기독교(3.17점)와 불교(3.17점)보다 가톨릭(3.32점)이 임종간호태도에 대한 평균점수가 높게 나타났다(Table 1).

죽음인식과 죽음불안, 임종간호태도의 관계

죽음인식과 죽음불안 임종간호태도의 상대적 영향력을 파악하기 위해 pearson 상관분석을 실시하여 각 변수간의 상관관계를

〈Table 1〉 Differences of Terminal care attitude according to General Characteristics (N=128)

Variables	n (%)	Mean±SD	t/F (p)
Age (year)		51.13±7.85	
30's	8 (6.3)	3.23±0.17	0.89 (.448)
40's	51 (39.8)	3.22±0.33	
50's	48 (37.5)	3.23±0.22	
60's over	21 (16.4)	3.24±0.22	
Number of home visits closed due to death/ year		12.27±14.39	
≤10	95 (74.2)	3.23±0.24	1.15 (.321)
11-20	14 (10.9)	3.33±0.39	
≥21	19 (14.8)	3.28±0.27	
Religion [†]			
Buddhism ^a	10 (7.8)	3.17±0.30	2.84 (.040) a,b<c
Christianity ^b	43 (33.6)	3.17±0.25	
Catholic ^c	53 (41.4)	3.32±0.25	
Noned	22 (17.2)	3.26±0.30	
Education			
Bachelor	75 (58.6)	3.20±0.27	2.34 (.100)
Master	49 (38.3)	3.31±0.26	
Doctor	4 (3.1)	3.25±0.27	
Marital status			
Unmarried	15 (11.7)	3.28±0.26	0.48 (.633)
Married	113 (88.3)	3.24±0.26	
Working period as a advanced practice home health care nurse (year)		10.57±6.25	
≤3(year)	21 (16.4)	3.32±0.26	1.41 (.243)
3-9	36 (28.1)	3.20±0.30	
10-19	66 (51.6)	3.24±0.26	
≥20	5 (3.9)	3.39±0.16	
Death experience of an acquaintance			
Yes	119 (93.0)	3.24±0.27	-0.58 (.566)
No	9 (7.0)	3.30±0.24	
End-of-life nursing education experience			
Yes	114 (89.1)		1.29 (.198)
No	14 (10.9)	3.16±0.25	
Conservative education	37 (22.6)		
Home Nursing Curriculum	45 (27.4)		
Hospice Curriculum	77 (47.0)		
Others	5 (3.0)		
Life-sustaining treatment			
Yes	10 (7.8)	3.36±0.26	1.44 (.152)
No	118 (92.2)	3.24±0.27	
Organ donation			
Yes	90 (70.3)	3.25±0.28	0.03 (.978)
No	38 (29.7)	3.24±0.25	

[†] Scheffé test.

알아보았다. 그 결과 임종간호태도는 죽음인식($r=.32$ $p<.001$)과는 정적 상관관계, 죽음불안($r=-.27$ $p=.002$)과는 부적 상관관계가 있었다. 임종간호태도와 죽음인식 하위요인의 상관관계는 죽음의 관여도와 상관관계가 가장 높은 정적 상관관계를 나타냈다

($r=.48$, $p<.001$). 그리고 임종간호태도와 죽음의 긍정적 의미($r=.21$ $p=.018$), 생명존중의 의미($r=.20$ $p=.024$)도 정적 상관관계를 보였다. 죽음인식의 하위요인 중 부정적 의미와 임종간호태도와는 유의한 상관관계를 보이지 않았다.

〈Table 2〉 Degrees of Perception, Death anxiety, Terminal care attitude (N=128)

Variables	Range	Mean ±SD	Min-max	Possible range	Mean SD
Perception of Death	1-7	282.53±25.14	221-335	57-399	4.95±0.47
Positive meaning of death	1-7	100.97±15.44	42-131	19-133	5.31±0.81
Negative meaning of death	1-7	70.95±14.52	28-109	16-112	4.43±0.91
Death concern	1-7	47.94±10.65	25-70	10-70	4.79±1.07
Life respect will	1-7	62.68±10.74	32-82	12-84	5.22±0.89
Death anxiety	1-4	89.34±10.24	40-127	35-140	2.55±0.29
Death anxiety of self	1-4	22.47±4.09	12-33	9-36	2.50±0.45
Death anxiety of others	1-4	27.98±2.84	22-39	10-40	2.80±0.28
Dying anxiety of self	1-4	15.20±2.23	10-23	6-24	2.53±0.37
Dying anxiety of others	1-4	23.69±4.11	11-39	10-40	2.37±0.41
Terminal care attitude	1-4	97.40±8.03	76-115	30-120	3.25±0.27

〈Table 3〉 Correlations between Death perception, Death anxiety, Terminal care attitude (N=128)

Variables	Terminal care attitudes	Death perception	Death anxiety	Death perception				Death anxiety			
				1	2	3	4	5	6	7	8
r (p)											
Terminal care attitudes	1										
Death perception	.32 ($<.001$)	1									
Death anxiety	-.27 (.002)	-.11 (.217)	1								
Death perception	1	.21 (.018)	.72 ($<.001$)	-.06 (.498)	1						
	2	-.17 (.051)	.45 ($<.001$)	.21 (.015)	.14 (.124)	1					
	3	.48 ($<.001$)	.44 ($<.001$)	-.17 (.059)	.22 (.014)	-.30 (.001)	1				
	4	.20 (.024)	.27 (.002)	-.29 (.001)	-.16 (.076)	-.20 (.027)	.12 (.190)	1			
Death anxiety	5	-.16 (.073)	-.14 (.109)	.81 ($<.001$)	-.18 (.044)	.14 (.105)	-.10 (.285)	-.18 (.046)	1		
	6	-.19 (.035)	.04 (.690)	.74 ($<.001$)	.11 (.212)	.10 (.248)	-.04 (.619)	-.17 (.053)	.45 ($<.001$)	1	
	7	-.14 (.120)	-.01 (.896)	.72 ($<.001$)	.06 (.480)	.28 (.001)	-.14 (.111)	-.35 ($<.001$)	.53 ($<.001$)	.46 ($<.001$)	1
	8	-.30 (.001)	-.15 (.090)	.79 ($<.001$)	-.08 (.346)	.17 (.057)	-.21 (.015)	-.25 (.005)	.42 ($<.001$)	.46 ($<.001$)	.40 ($<.001$)

1=positive meaning; 2=Negative meaning; 3=Death concern; 4=Life respect and will; 5=Death anxiety of self; 6=Death anxiety of others; 7=Dying anxiety of self; 8=Dying anxiety of others.

죽음 불안의 하위요인과 임종간호태도의 상관관계는 부적 상관관계를 보였다. 죽음 불안의 하위요인을 살펴보면, 타인죽음불안($r=-.19$ $p=.035$)과 타인죽음과정불안($r=-.30$ $p=.001$)은 임종간호태도와 부적 상관관계를 있었으며, 타인죽음과정불안이 임종간호태도와 가장 높은 부적 상관관계가 있었다.

임종간호태도의 영향을 미치는 요인

임종간호태도에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해서 일반적 특성에서 유의한 차이를 나타낸 종교와 임종간호태도와 상관관계가 있는 죽음인식(긍정적 의미, 죽음관여도, 생명존중), 죽음불안(타인죽음불안, 타인이 죽음과정불안)의 독립변수를 투입하여 단계적 다중회귀 분석을 실시하였다. 일반적 특성인 종교는 가변수(dummy variable)처리하였고, 분석 방법은 단계 선택(Stepwise)을 선택하였다. 분석결과 정규성 확인과 회귀모형의 적합성도 충족되었다($F=20.94$, $p<.001$). 공차(tolerance)는 0.95~0.99로 0.1 이상이고, 분산팽창인자(Variance Inflation Factor, VIF)는 1.01~1.05로 10이상을 초과하지 않아 다중공선성 문제는 없는 것으로 확인하였다. Durbin-Watson 통계량은 2이면 잔차가 자기상관이 없는 독립성을 갖는 것으로 본 연구의 값은 1.99로 2에 근접하여 자가 상관이 없는 것을 의미한다. 잔차 통계량을 살펴보면 표준화의 잔차의 범위가 -2.55~2.47로 2에 근접하여 등분산성을 만족하였다. 분석결과 임종간호태도에 영향을 미치는 주요 요인으로 죽음인식 중 죽음관여도($\beta=0.45$, $p<.001$)가 임종간호태도에 정적으로 유의한 영향을 미치고 있었다. 죽음불안 중 하위영역인 타인죽음과정불안($\beta=-0.23$, $p=.003$)은 부적 영향력을 미치는 것으로 나타났다. 일반적 특성의 독립변수 중 종교 더미변수 중 기독교($\beta=-0.26$, $p=.001$)가, 임종간호태도에 부적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 단계적 회귀분석을 통해 도출된 영향요인들은 임종간호태도에 대해 32.0%로 설명하는 것으로 나타났다(Table 4).

논 의

본 연구는 가정전문간호사의 죽음인식과 죽음불안 정도를 조

사하고, 변수들 간의 관계를 파악하여 임종간호태도에 영향을 미치는 요인을 확인하였다. 수행한 연구 결과를 중심으로 다음과 같이 논의하고자 한다

본 연구결과 대상자의 죽음인식의 점수는 7점 만점에 평균 4.95점으로 높은 수준이었다. 하위문항을 살펴보면 긍정적 의미는 7점 만점에 평균 5.31점, 부정적 의미는 7점 만점에 평균 4.43점, 죽음관여도는 7점 만점에 평균 4.79점, 생명존중의지는 7점 만점에 평균 5.22점으로 높게 나타났다. 동일한 도구로 측정된 연구를 살펴보면 Park [19]의 연구에서는 죽음의 긍정적 의미는 4.61점, 죽음의 부정적 의미는 4.52점, 죽음의 관여도는 4.27점, 생명존중 의지는 4.41점이었다. 암병동 간호사를 대상으로 한 Hong [11]의 연구에서 죽음의 긍정적 의미는 4.82점, 부정적 의미는 4.71점, 죽음의 관여도는 4.16점, 생명 존중의 의지는 4.60점이었다. 대학생 대상의 Inumiya [20] 연구에서 죽음의 긍정적 의미는 4.38점, 죽음의 부정적 의미는 4.63점, 죽음의 관여도는 4.34점, 생명존중 의지는 4.58점으로 나타났다. 가정전문간호사의 죽음인식 중 죽음의 긍정적 의미, 죽음관여도, 생명존중 의지가 일반간호사[19], 암병동 간호사[11], 대학생 등의 대상 [20]으로 한 연구들보다 평균이 높았고, 죽음의 부정적 의미는 낮았다. 이는 가정전문간호사가 죽음을 긍정적으로 인식하고 깊이 관여하며 생명존중의지가 다른 연구 대상자보다 높게 나타나고 있음을 알 수 있다. 가정전문간호사는 평균연령이 51세이고, 평균경력 10.57년, 지인죽음 경험(93.0%)과 임종교육경험(89.1%)이 높아, 죽음과의 밀접한 관계를 맺는 경험이 많고, 긍정적으로 인식하며, 죽음의 수용과 관심이 높고, 임종간호 시 죽음을 삶의 연속성으로 받아들여 간호와 완화치료를 마지막생명의 가치를 존중하며, 장기기증(70.3%)의지도 높은 것을 보면 생명존중의지가 높은 죽음인식을 하고 있다고 할 수 있다.

죽음불안 수준은 4점 만점에 평균 2.55점으로, 동일한 도구로 연구된 Park [19]의 연구는 2.58점, Park [24]의 연구에서 신규간호사 2.65점, Lee [25]의 연구는 요양병원간호사 2.53점으로 본 연구와 비슷한 수준으로 나타났다. 이는 간호사의 죽음불안정도는 근무상황과 근무지가 다르더라도 느끼는 불안수준은 비슷하게 나타남을 알 수 있었다. 죽음불안은 인간 존재의 한계 인식으로 부터 경험되는 삶의 필연적인 종말, 정지로 죽음의 사건과 죽

(Table 4) Influencing factor on Attitudes toward Terminal care (N=128)

Variables	B	SE	β	t	p	Tolerance	VIF
(Constant)	3.11	0.16		19.05	<.001		
Death concern	0.11	0.02	0.45	5.96	<.001	0.95	1.05
Religion [†]	-0.15	0.04	-0.26	-3.55	.001	0.99	1.01
Dying anxiety of others	-0.15	0.05	-0.23	-3.04	.003	0.95	1.05

$R^2=.34$, Adjusted $R^2=.32$, $F=20.94$, $p<.001$, Durbin-watson=1.99

[†]Dummy variable reference was Religion(Christianity)

어가는 과정에 대해 인간이 보이는 공포, 죽음의 혐오감, 죽음의 기피, 거부, 부정, 분노 등의 부정적 감정을 유발하는 심리적 과정을 말한다[26]. 죽음불안의 하위 영역별로 점수를 살펴보면 타인죽음불안 2.80점, 자신죽음과정불안 2.53점, 자신죽음불안 2.50점, 타인죽음과정불안 2.37점으로 가장 낮게 나타났다. 같은 도구를 수정하여 연구 한 Kim [30]연구는 5점 척도로 측정되었으며, 타인죽음불안이 3.93점으로 가장 높고, 자신죽음과정불안 3.56점, 타인죽음과정불안 3.40점, 자기죽음불안이 3.40점 순으로 나타났다. Lee [25]연구의 요양병원간호사도 본 연구와 비슷한 점수로 죽음불안이 2.53점이었고 하위 영역은 타인죽음불안이 2.83점, 타인죽음과정불안 2.50점, 자기죽음과정불안 2.49점, 자신죽음불안이 2.37점 이었다. 두 연구 모두 타인죽음불안이 본 연구와 같이 가장 높은 점수를 나타내었으나, 가장 낮은 것은 자기죽음불안으로 나타났다. 본 연구는 두 연구결과와 다르게 타인죽음과정불안이 가장 낮은 점수가 나타났다. Kim [30]의 연구에서 타인죽음불안이 가장 높은 것은 요양병원대상자가 대부분 중증 노인성 질환자로 끊임없는 간호수행에도 불구하고 별 다른 호전 없이 임종을 지켜보는 상황이 자주 반복됨을 경험하기 때문이라 하였다. 가정간호서비스 종결 사유를 보면 가정간호 대상자 중 호스피스 환자사망이 43.7%이고 일반가정간호환자 사망이 38%로 사망으로 종결된 경우가 가장 많았다[5]. 본 연구에서도 1년에 평균 12.27건 사망으로 가정간호를 종결하고 있다. 상태가 악화되어 병원 재입원 후 사망한 경우를 포함한다면 임종에 가까운 많은 상황을 접하고 있어 가정전문간호사도 요양병원간호사와 같이 대상자에게 지속적 간호를 제공함에도 의료 한계와 임종을 지켜보는 상황에 이르게 되므로 타인죽음불안이 높은 것으로 짐작된다[25]. 반면 본 연구는 두 선행연구와 다르게 죽음불안 하위 영역 중 타인죽음과정불안이 가장 낮게 나타났다. 미리 임종준비가 안된 경우 가정전문간호사가 가정에서 죽음 과정을 끝까지 함께하기 보다는 환자 상태가 악화되어 가정에서 임종을 맞이하면 사망진단과 사인 여부를 가정전문간호사가 진단할 수 없기 때문에 의료기관으로 이송하는 경우가 더 많이 발생한다. 그러므로 가정전문간호사의 죽음불안 하위영역 중 타인죽음불안은 높지만, 과정을 지켜보는 타인죽음과정불안이 낮게 나타난 것으로 사료된다.

본 연구의 임종간호태도의 수준은 3.25점(4점 만점)으로, 같은 도구를 사용한 Park [19]의 연구는 3.01점, 중환자실 간호사 대상의 Kang [14] 등의 연구에서는 2.98점, Hwang [27]의 연구는 2.82점, 종합병원 간호사 연구인 Kim [13]의 연구에서 2.86점, Kim 등[9]의 연구에서 2.92점, Kim과 Lee [28]의 연구에서는 2.86점, 요양병원 간호사를 대상으로 한 An과 Lee [15]의 연구에서 2.94점, 암환자를 돌보는 간호사를 대상으로 한 Noh 등[29]의 연구에서 2.90점으로 나타났다. 중환자실, 종합병원, 요양병원 등에서 근무하는 간호사들의 임종간호태도 점수는 2.82점~

3.01점으로 비슷하게 측정되었다. 도구 개발자의 Frommelt [23]의 연구에서 임종간호 태도가 평균 2점 이상인 경우 임종간호태도가 긍정적이라고 해석한 것에 근거하여 다른 연구에서도 임종간호태도 점수 2점 이상을 긍정적으로 보았다. 본 연구에서는 가정전문간호사의 임종간호태도의 수준은 임상의 다른 연구에 비해 보다 높은 긍정적인 수준(3.25점)임을 알 수 있었다.

본 연구 결과에서 가정전문간호사의 임종간호태도에 영향을 미치는 요인은 죽음의 관여도, 타인죽음과정불안, 종교로 나타났다. 죽음관여도는 죽음인식 중 가정전문간호사의 임종간호태도에 가장 정적 영향을 미치는 요인이다. Park [19]의 연구에서는 생명존중의 의지가 높을수록, Hong [11]의 연구에서는 죽음의 긍정적 의미에 대한 인식이 높을수록 임종간호태도가 높게 나타났다. 본 연구결과와 같이 죽음 관여도가 높을수록 임종간호태도가 높게 나타났다. 가정전문간호사는 죽음에 대한 관심, 자기의 죽음을 사유, 고민하고, 죽음에 대해 호기심을 가지는 죽음의 관여도가 높아지면 임종간호태도에 가장 영향을 미치는 것을 나타났다. 임종간호태도는 임종환자와 가족의 신체적, 정신적, 사회적, 영적 간호를 제공하는 완화와 지지의 서비스에 대한 호의적, 비호의적 반응을 일관성 있게 나타내는 복합적 태도이다 [19]. 이 태도의 출발점은 죽음의 관여도인 관심과 호기심이다. 관심은 간호의 증점, 죽음을 바라보는 관점, 임종환자를 바라보는 시각의 변화를 예측한다. 임종을 많이 맞이하는 암병동 간호사의 죽음의 관여도가 임종간호태도에 영향요인[11]이 된 것은 죽음을 가까이서 맞이하는 간호사들이 임종간호를 경험으로 체득한 후 죽음에 관심을 가지게 되는 것이라 생각한다. 가정전문간호사는 가정간호대상자의 죽음을 가장 가까이 그들의 삶속에서 함께 하기에 죽음의 관여도가 가장 영향력 있게 작용하였을 것이라 사료된다.

다른 영향요인으로 죽음불안 하위영역에서 타인죽음과정불안이 가정전문간호사의 임종간호태도에 부적 영향을 나타냈다. 현재 가정에서 임종을 맞길 원하는 대상자가 늘어나지만 가정 호스피스 실시기관은 부족하며 전국적으로 확대 실연은 되지 않은 상태이다. 가정간호를 받던 대상자가 집에서 임종하게 되면 자연스럽게 가정전문간호사가 임종간호를 수행하게 된다. 말기 암환자가 가정간호 대상자인 경우 호스피스 기관 입원 대기 중이거나 가정 호스피스 대기 중인 환자가 의뢰된 것이다. 가정전문간호사는 수술환자, 항암환자, 관 관리가 필요한 대상자의 여러 가지 다양한 가정간호 서비스가 이루어지는 중에 임종환자가 생기게 되면 자연스럽게 임종간호가 이루어지고, 혼자서 환자사정부터 임종간호, 보호자상담, 장례절차, 주치의 연락, 구급대 호출 등을 해야 될 때, 가족이나 보호자의 비협조와 임종간호경험이 부족하면 타인죽음과정불안이 높아져 부정적 임종간호태도가 나타나리라 여겨진다. 그러나 가정전문간호사는 죽음불안 수준 중에 타인죽음과정불안이 가장 낮은 것으로 나타났다. 이는 가정

전문간호사는 임종간호경험이 많으며 가정에서 환자뿐만 아니라 가족과 함께 임종간호를 수년간 해온 결과이고, 죽음을 자연스럽게 인식하여 타인죽음과정불안은 가장 낮아져 임종간호태도가 긍정적인임을 추론할 수 있었다. 고령화로 인해 집에서 임종할 경우가 많아지면, 재택임종간호가 이루어지기에는 가정 호스피스로만 충분하지 않다. 긍정적 임종간호태도를 가진 준비된 가정전문간호사가 수행하는 가정간호와 협업이 필요하다. 재택임종간호가 원활하게 수행되기 위해 임종간호정규교육과 숙련된 가정전문간호사의 경험 공유, 임종환자, 만성 환자, 모야환자, 상처와 수술환자 등으로 가정간호서비스 업무 분류와 전문화를 고려해 보고 업무과중을 줄이게 되면, 죽음불안은 감소되어 가정전문간호사 임종간호태도의 긍정적 향상을 꾀할 수 있게 될 것이다.

마지막 영향요인으로 대상자의 일반적 특성 중, 종교만 임종간호태도에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 종교는 가정전문간호사의 82.8%가 종교를 가지고 있으며 선행연구에서도 임종간호를 많이 경험하는 요양병원간호사들도 임종간호태도와 종교가 유의미한 차이를 보이며 대부분 종교의 중요성을 인식(81.4%)하였다[25]. Kim [9]의 연구에서도 삶에서 신앙이 차지하는 비율이 높을수록 본 연구에서와 같이 종교가 임종간호태도에 영향을 주는 요인이라 하였다. 종교간 차이를 살펴보면 임종간호태도에 대해 기독교가 부적 영향력을 미치는 것을 알 수 있었다. An[15]의 연구에선 기독교가 무교보다 유의하게 높게 나타났다. 종교는 연구 대상의 근무지가 종교재단이거나, 경우에 따라 다른 외생변인이 작용할 수 있어 종교 간에 임종간호태도의 비교 연구가 필요하다면 후속 연구가 되어져야 한다고 생각된다. 종교를 제외하고 대상자의 일반적 특성과 임종간호태도에 영향을 미치는 요인이 없었다.

본 연구에서 임종간호태도에 영향을 미치지 않은 요인인 죽음인식 중 죽음에 대한 긍정적 의미와 생명존중의지가 영향요인이기보다는 가정전문간호사들이 소유하고 있는 기본적 소양과 죽음 관여도에 영향을 주는 선행요인으로 작용되었을 것으로 생각되어 반복적 연구가 필요하다. 죽음 불안 중 타인죽음불안은 임종간호태도와 부적 상관관계가 있지만 가정전문간호사의 임종간호태도에 영향 미치는 요인은 아니었다. 하지만 선행연구[25,30]에서와 같이 지속적인 간호에도 호전이 없이 사망을 하거나 임종을 지켜보는 반복적 상황에 자주 놓이는 간호사들은 타인죽음불안이 공통적으로 높아지는 것으로 짐작해 볼 수 있다. 일반적 특성 중 가정간호경력에 따른 임종간호태도가 차이가 없었는데 요양병원간호사의 임종간호연구[25]에서도 경험빈도의 차이가 없었다. 중환자실 Kang [14]의 연구에서도 임상경력간의 차이가 없었다. 이는 임상경력이나 가정간호경력보다는 임종환자를 많이 만나고 개인적 경험에 따라 죽음인식이나 불안 등에 따라 태도가 달라지는 것이지만 단지 가정간호를 많이 했다고 임종간호태도에 영향을 미치는 것은 아니라고 생각된다. 본 연구에서 연령

이 임종간호태도에 영향이 없었고, Lee [25]연구에서도 연령은 차이가 없었다. 이는 Lee [25]의 연구나 본 연구의 대상자 평균 연령이 이미 높아 연령이 영향요인으로 작용되지 않은 것으로 생각된다. Park [19]의 연구에서 학력수준이 높을수록 임종간호태도가 긍정적이었는데, 본 연구에서는 학력수준이 임종간호태도에 영향이 미치지 않았다. 이는 가정전문간호사들은 호스피스 교육과정, 석사과정 등 계속적으로 연구와 학업을 병행하며 이미 자기개발을 하고 있는 결과라 생각된다. 연륜과 풍부한 임상경험의 이점을 바탕으로 혼자 근무하면서 환자와 보호자들의 건강문제를 해결해야 하므로 정규 교육뿐 만 아니라 스스로 학습수준도 높아졌을 것으로 예상된다.

본 연구를 통해 가정전문간호사의 임종간호태도에는 죽음의 관여도, 타인죽음과정불안, 종교가 영향을 미치는 요인으로 확인되었다. 죽음의 관여도를 높이고, 타인죽음과정불안을 관리하여, 임종간호태도가 긍정적으로 향상 될 교육프로그램 개발과 지속적인 연구가 더욱 필요하다. 앞으로 병원이 아닌 집에서 죽음을 맞이하는 임종환자의 질적 간호를 위해 정책의 변화와 함께 가정에서 이루어지는 체계적인 임종간호교육이 필요할 것으로 생각된다.

결론 및 제언

본 연구는 가정전문간호사의 죽음인식, 죽음불안의 임종간호태도와의 상관관계를 파악하고 임종간호태도에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위한 서술적 조사연구이다. 그 결과 가정전문간호사의 임종간호태도에 죽음인식 중 죽음관여도가 정적인 영향요인이었고, 죽음불안 중 타인죽음과정불안은 부적인 영향요인으로 나타났다. 대상자의 일반적 특성 중 종교가 임종간호태도에 영향을 미치는 요인으로 작용함을 알 수 있었다. 지역사회 가정전문간호사의 긍정적인 임종간호태도 향상을 위한 기초자료의 활용 및 후속 연구에 비교할 수 있는 근거를 제시하고자 함에 그 의의가 있다. 이 연구를 통해 다음과 같이 제언 하고자 한다. 본 연구는 서울, 경기, 인천지역의 가정간호사업소 중 35개 기관의 가정전문간호사만을 대상으로 2019년에 수집하여 연구 결과를 확대 해석하는데 신중을 기해야 하며 일반화하는 것은 제한이 있을 수 있다. 임종간호와 다른 가정간호서비스 융합과 총체적 돌봄 체계의 활성화를 위한 준비된 임종간호를 수행 할 가정전문간호사의 인력 충원을 제언한다. 가정에서 이루어지는 가정전문간호사의 체계화된 임종간호교육프로그램과 긍정적인 임종간호태도를 갖추기 위해서는 죽음학, 종교학, 철학 등 타 학문과 융합된 교육프로그램개발이 필요하다. 마지막으로 가정전문간호사의 임종간호스트레스, 임종간호수행 등 임종에 관한 후속 연구와 타학문과의 융합연구를 제언한다.

Conflicts of Interest

The authors declared no conflict of interest

References

- Jung KH, Oh YH, Lee YH, Oh MA, Kang EN, Kim KR et al. 2017 Senior Report. Policy Report. Korea institute for health and Social Affairs: Ministry of Health and welfare. 2017 November. Report No.:11-1352000-000672-12. http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032901&page=1&CONT_SEQ=344953
- Statistics Korea. 2021 Census Birth and death statistics [internet]. Seoul: Statistics Korea; 2021 [cited 2022 February 23]. Available from: https://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/2/3/index.board?bmo de=read&bSeq=&aSeq=416897&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt
- Kim CJ. Japan, 'death at home' increased by 43% after applying for medical visits. Chosun media. 2018. Aug 8;sect. 03.
- Home Care History Compilation Committee, 20- Year history and perspectives on home health care, HN Science press; 2014. p. 75-76.
- Yong JS, No YZ, Han SS, Kim MJ. Comparison between Home Care Nursing Interventions for Hospice and General Patients. *Journal of & Palliative Care*. 2002;6:15-38.
- No YZ, Han SS, Ahn SH, Kim ChG. Hospice and Death: hyunmunsa press; 1994. p.502.
- Kim BH, Jung Y, Park KB. The Analysis of activities and satisfaction of Volunteer for hospice care. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2002;5(2):163-171.
- Carney K, Burns N. Economics of Hospice Care. *Oncol Nurs Forum*. 1991;18(4):761- 768.
- Kim SR., 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. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2018;24(2):255-262. <https://doi.org/10.22650/JKCNr.2018.24.2.255>
- Ali, WGM, Ayou NS. Nurses'attitudes toward caring for dying patient in Mansoura university hospital. *Journal of Medicine and Biomedical Sciences*. 2010;1(1):16-23.
- Hong EM., Jun MD, Park ES, Ryu EJ. Death perceptions, death anxiety, and attitudes to death in oncology nurses. *Asian Oncology Nursing*. 2013;13(4):265-272.
- Yang SA. Convergence analysis of the factors influencing terminal care attitude. *Journal of the Korea Convergence Society*. 2015;6(4):73-88.
- Kim EH, Lim YM, The Mediating Effect of Compassionate Competence on the Relationship between Nurses' Spirituality and Attitude toward Care of Dying Patients, *Journal of East-West Nursing Research*. 2019;25(2):166-173. <https://doi.org/10.14370/jewnr.2019.25.2.166>
- Kang JH, Lee YM, Lee HJ. Effect of the Awareness of a Good Death and Perceptions of Life-sustaining Treatment Decisions on Attitudes of Intensive Care Nurses toward Terminal Care. *Journal of Korean Critical Care Nursing*. 2019;12(2):39-49. <https://doi.org/10.34250/jkccn.2019.12.2.39>
- AN MS, Lee KJ. Awareness of good death and attitudes toward terminal care among geriatric hospital nurses. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2014;17(3): 122-133. <http://dx.doi.org/10.14475/kjhpc.2014.17.3.122>
- Lee KJ, Park Y.S. Nurses' Spirituality and Attitude toward Terminal Care in Geriatric Hospital *Journal of digital convergence*. 2015;13(12):347-57. <http://dx.doi.org/10.14400/JDC.2015.13.12.347>
- Jang MY, Kim JY, Yang SK. Factors Affecting on Terminal Care Attitudes in Nursing Students. *Asia-pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, and Sociology*. 2016;6(11):269-281. <http://dx.doi.org/10.14257/AJMAHS.2016.11.07>
- Cho HJ, Kim ES. The Effect of the Death Education Program on the Death Anxiety and Attitudes toward Nursing Care of the Dying Patients of Nursing Student. *The Korean journal of hospice and palliative care*. 2005;8(2):163-172.
- Park HJ, Kang EH. Factors Influencing Nurses' Attitudes Toward Terminal Care. *Journal of Korean Critical Care Nursing*. 2020;13(1):76-86. <https://doi.org/10.34250/jkccn.2020.13.1.76>
- Inumiya YA, A study on development of a view of life and death scale and relationships among its elements. [dissertation], Seoul: Korea University; 2002. p.1-97.
- Collett L, Lester D. The fear of death and the fear of dying. *The Journal of Psychology*. 1969;72(2):179-81.
- Suh HK. The relationships among life satisfaction, locus of control, death anxiety as perceived by Korean and American all the adults using selected personal demographic variables. *The Journal of Korea Society for Health Education*. 1987; 4(2):1-41.
- Frommelt M, Katherine H. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *American Journal of Hospice & Palliative Care*. 1991;8(5):37-43.
- Park EJ, Seo MJ. The influence of death anxiety and terminal care stress on job satisfaction of new nurses. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*. 2019;28(4):230-241. <https://doi.org/10.5807/kjohn.2019.28.4.230>
- Lee LJ, Park HS. Death Anxiety and Terminal Care Performance of Nurses at Long Term Care Hospitals. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2017;20(1): 37-45. <https://doi.org/10.14475/kjhpc>.
- Seo HK, Attitudes of male and female older adults concerning death. *Journal of Korean Society for Health Education*. 1990;7(2):89-102.
- Hwang JO, Kim SH, Influence of Death Perception, Attitude Toward Terminal Care, Mental Health on the Terminal Care Stress of Intensive Care Unit Nurses. *Journal of Korean*

- Clinical Nursing Research. 2019;25(3):323-332.
<https://doi.org/10.22650/JKCNr.2019.25.3.323>
28. Kim MH, Lee ES, Nurses' stress, attitude and performance during terminal care towards do-not resuscitate patients. Chonnam Journal of Nursing Science. 2015;20(1):25-41.
29. Noh SS, Lee CK, Sung YH. Predictors of terminal care performance of clinical nurses for cancer patients. The Journal of Korea Critical Care Nursing. 2016;19(2):61-70.
30. Kim WS, Cho HH, Kwon SH. The influence of terminal care performance, death anxiety and self-esteem on terminal care stress of geriatric hospital nurses. Korean J Hosp Palliat Care. 2016;19:154-62.
<http://dx.doi.org/10.14475/kjhpc.2016.19.2.154>

Association of Perceptions and Anxiety of Home Health Nurses about Death, on their Attitudes to Terminal Care*

Kim, Suk-hee¹⁾

1) Assistant Professor, Namseoul University

Purpose: The purpose of this study was to identify the extent to which in-hospital-based home health nurses' perceptions and anxiety about death following terminal care, affects their attitudes toward terminal care. **Methods:** The subjects were 128 advanced practice nurses working in hospital-based facilities for home health care, located in Seoul, Gyeonggi-do, and Incheon Metropolitan City. Data were collected from May 3, 2019, to June 3, 2019, using structured questionnaires, on terminal care and related variables based on the literature. Data were analyzed by performing the Student's t-test, one-way ANOVA, Pearson's correlation, and multivariable stepwise regression using the SPSS Version 25.0 program. **Results:** The scores of the attitudes toward terminal care of home health care nurses was 3.25 points out of a possible 4 points. Factors affecting nurses' attitudes toward terminal care were their concern about death($\beta=0.45$, $p<0.001$), religion($\beta=-0.26$, $p=0.001$) and the anxiety of others about dying($\beta=-0.23$, $p=0.003$), which explained 32.0% of the observed variance concerning the factors affecting nurses' attitudes toward terminal care. **Conclusion:** Through this study, concern about death, anxiety about how other people process dying, and religion, were found to be associated factors. The more concerned the nurses were about death and the less their anxiety about how others process dying, the better the home health care nurses' attitude toward implementing terminal care.

Key words : Anxiety; Death; Home health nurse; Perception; Terminal care

* This work was supported by research grants from Namseoul University in 2022.

• Address reprint requests to : Kim Suk-hee
Namseoul University
91 Daehak-ro, Seonghwan-eup, Seobuk-gu, Cheonan-si, Chungcheongnam-do
Tel: +82-41-580-2715, Fax: +82-41-580-2931, E-mail: rich30@nsu.ac.kr