

# 종합병원 간호사의 연명의료 간호역할 인식, 좋은 죽음 인식이 연명의료 간호 스트레스에 미치는 영향

김수현<sup>1)</sup> · 정미숙<sup>2)</sup> · 장명옥<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>충남대학교병원 간호사, <sup>2)</sup>충남대학교 간호대학 부교수, <sup>3)</sup>충남대학교 간호대학 조교수

## The Relationship of Role Perception of Life-Sustaining Treatment and Good Death Perception with Nursing Stress on Life-Sustaining Treatment in General Hospital Nurses

Kim, Su Hyun<sup>1)</sup> · Jung, Mi Sook<sup>2)</sup> · Jang, Myoungock<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>RN, Department of Nursing, Chungnam National University Hospital

<sup>2)</sup>Associate Professor, College of Nursing, Chungnam National University

<sup>3)</sup>Assistant Professor, College of Nursing, Chungnam National University

**Purpose:** Nursing stress on life-sustaining treatment of nurses is a significant contributing factor to nursing care performance and patient care outcomes. We need to investigate the factors associated with nursing stress on life-sustaining treatment in hospital settings. The purpose of this descriptive study was to examine the relationship of role perception of life-sustaining treatment and good death perception with nursing stress on life-sustaining treatment among nurses in hospital settings. **Methods:** Using a cross-sectional study design, we recruited nurses at a hospital located in a metropolitan city in Korea. The nurses completed structured questionnaire questions which were composed of well-validated questionnaires. Descriptive statistics and hierarchical multiple regression model were utilized for data analysis. **Results:** A total of 205 nurses participated in the study (female 93.2%; aged 20~29 years 63.0%; single status 78.5%). In the hierarchical multiple regression model, there was a significant positive relationship between role perception of life-sustaining treatment and nursing stress on life-sustaining treatment ( $\beta=.27, p<.001$ ). Higher education level and working at a ward setting were also significantly related to nursing stress on life-sustaining treatment ( $\beta=.13, p<.046$  for education level;  $\beta=.22, p=.001$  for work setting). However, there was no relationship between good death perception and nursing stress on life-sustaining treatment. **Conclusion:** Education programs to reduce nursing stress on life-sustaining treatment are needed to develop for nurses who have higher role perception of life-sustaining treatment with higher education level working at ward settings in hospitals.

**Key words:** Nurses, Stress, Role, Death, Life Support Care

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

현대 의학의 발달은 인간의 건강과 생명을 유지해주었지

만, 그 결과로 인해 많은 환자가 가족으로부터 기관과 의료인에게 옮겨져 병원에서 임종을 맞게 되었다[1]. 국민 연명의료 통계자료에 따르면 2020년 우리나라 사망 환자 75.6%가 상급 종합병원에서 죽음을 맞이하고 있다[2]. 임종과정 중에 환자에게 의학적 기술을 통한 상병의 직접적인 치료나 병적 상태의

**주요어:** 간호사, 스트레스, 역할, 좋은 죽음, 연명의료

**Corresponding author:** Jang, Myoungock

College of Nursing, Chungnam National University, 266 Munhwa-ro, Jung-gu, Daejeon 35015, Korea.  
Tel: 82-42-580-8326, Fax: 82-42-580-8309, E-mail: m5jang@cnu.ac.kr

\* 본 논문은 제1저자 김수현의 2022년 석사학위논문을 수정한 논문임.

\* 25th East Asian Forum of Nursing Scholars (EAFONS)(2022.4.21~22.) 포스터 전시(초록).

투고일: 2022년 9월 29일 / 심사위원회: 2022년 10월 6일 / 게재확정일: 2022년 10월 24일

개선 없이 임종 과정의 기간만을 연장하는 의료를 제공하는 것을 연명의료라고 한다[3]. 우리나라는 2016년에 이르러 호스피스·완화의료와 임종 과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률이 제정되었다. 법이 제정된 이후 현재까지 존엄하고 편안한 생애 말기를 위한 준비된 죽음에 대한 국민적 관심과 실제적 욕구가 높아지고 있지만[4], 연명의료결정법 시행 후에도 의료현장에서는 연명의료를 받는 환자들의 비율은 여전히 높은 것을 알 수 있다.

임상현장에서 간호사가 경험하는 스트레스는 복잡하고 다양한 간호 업무, 빠른 대처가 요구되는 응급상황, 보호자의 간호 요구와 간호사의 전문실무역량 간 차이가 벌어질 때 심화되는 것으로 보고된다[5]. 연명의료서비스가 요구되는 환자를 보살피는 간호사는 연명의료 간호 스트레스를 경험하는데, 연명의료 간호 스트레스란 간호사가 대상자와 가족에 대한 종합적이고 전인적인 연명의료 간호를 제공하는 동안 경험하는 생리적, 심리적, 사회적 스트레스를 말한다[6]. 간호사의 높은 연명의료 간호 스트레스는 연명의료 간호 수행에 가장 영향을 많이 미치는 장애 요인으로 나타났다[7]. 즉, 높은 연명의료 간호 스트레스는 간호사의 업무 만족도를 저하시키고, 이직 의도를 증가시켜 양질의 간호 제공을 어렵게 한다[8]. 고령화와 만성질환자의 증가 양상을 고려할 때 연명의료 간호서비스에 대한 사회적 요구는 지속적으로 증가할 것으로 예상되므로[4], 양질의 연명의료 간호서비스 제공에 장애요인이 될 수 있는 연명의료 간호 스트레스의 요인을 규명하여 전략적 해결 전략을 위한 초석을 제공하는 것이 중요하다.

연명의료에 관한 해외 연구를 살펴보면 주로 질적연구를 통해 임상 현장 실무자와 환자를 대상으로 연명의료 중단 과정에서 간호사의 역할에 대한 탐색이 이루어졌다[9]. 연구결과에 따르면 연명의료 과정에서 간호사는 증상 관리를 위한 직접 간호업무 수행 뿐만 아니라 환자가 평화로운 죽음을 맞이할 수 있도록 환자, 보호자, 의사와의 사이에서 원활한 의사소통을 제공하며 팀내 중추 역할을 담당한다[10]. 반대로 환자의 연명의료 의사결정 시 적극적으로 참여를 하지 못하거나 정보제공자의 역할을 적절하게 수행하지 못할 때 높은 연명의료 간호 스트레스와 좌절감을 경험하는 것으로 나타났다[11].

연명의료 간호 스트레스에 대한 국내 연구는 그 결과가 외국의 연구와 다르게 나왔으며 여전히 중환자실 간호사를 대상으로 하는 연구가 주를 이루는 등 아직 미흡한 실정이다[12]. 중환자실 간호사를 대상으로 한 국내 연구에서는 연명의료에 대한 간호사의 역할 인식이 더 높을수록 연명의료를 하는 간호사의 스트레스는 더 높은 것으로 나타났다[6]. 여러 근무부서에서 일하는 간호사를 대상으로 실시된 한 연구에서는 응급

실, 혈액투석실, 수술실이나 내과병동에 근무하는 간호사인 경우 중환자실에 근무하는 간호사보다 연명의료 간호 스트레스가 더 높은 것으로 나타났다[13,14]. 이러한 차이는 중환자실뿐만 아니라 일반 병동에서도 연명의료를 제공하는 경우가 많아지는 임상간호 상황과 관련이 있을 것으로 추정된다. 그러므로 중환자실뿐만 아니라 연명의료 간호 서비스를 제공해야 하는 일반병동 간호사를 대상으로 연명의료에 대한 간호역할 인식과 연명의료 간호 스트레스에 대한 연구 확대가 필요하다.

간호사의 좋은 죽음 인식은 연명의료 간호 스트레스의 영향요인이다[8,15,16]. 좋은 죽음이란 자기 조절감을 발휘할 수 있고 인간으로서 존엄성을 가지며, 주위 사람들과 최상의 관계를 유지하여 신체적, 정서적, 영적으로 평안하고 준비된 죽음을 맞이할 수 있는 것을 말한다[17]. 죽음에 직면한 환자를 간호할 때 좋은 죽음에 대한 인식과 태도를 함양하는 것이 연명의료 지속과 중단의 과정에 있는 말기 환자에게 양질의 간호를 제공할 수 있는 것으로 나타났다[16,18]. 죽음에 대해 부정적인 인식을 가진 간호사는 말기 환자 간호에 적절한 대응 방법을 찾지 못하여 간호 부담감이 높고, 환자와 보호자의 부정적인 태도와 의료 한계에 대한 갈등이 높았다[19]. 중환자실 간호사를 대상으로 죽음 인식을 조사한 연구에서 죽음에 대한 불안과 부정도가 높을수록 간호사의 연명의료 간호 스트레스가 높게 나타났다[20]. 좋은 죽음 인식에 대한 연구도 여전히 중환자실 간호사를 중심으로 이루어져 있어 연명의료를 제공하는 일반 병동에서 근무하는 간호사의 좋은 죽음 인식과 연명 간호 스트레스의 관계를 확인하는 연구가 필요하다.

간호사의 연명의료 간호 스트레스에 대한 선행연구[6,8-20]의 결과를 종합해 보면 대부분 중환자실 간호사를 대상으로 연구가 이루어져 있으며 그 주요 영향요소로 연명의료에 대한 간호역할 인식과 좋은 죽음 인식이 소개되고 있으나 그 관계가 일정하게 나타나지 않고 있다. 이에 본 연구는 종합병원 중환자실과 병동 간호사를 대상으로 연명의료 간호 스트레스를 확인하고, 연명의료에 대한 간호역할 인식과 좋은 죽음 인식이 연명의료 간호 스트레스에 영향을 미치는지 파악하여 임상 현장에서 간호사들에게 적용할 수 있는 연명의료 교육 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 실시되었다.

## 2. 연구목적

본 연구는 종합병원 간호사의 연명의료 간호 스트레스를 확인하고 연명의료 간호 스트레스의 영향 요인으로 연명의료에

대한 간호역할 인식과 좋은 죽음 인식 간의 관계를 파악하기 위해 실시되었다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 1) 간호사의 연명의료에 대한 간호역할 인식, 좋은 죽음 인식, 연명의료 간호 스트레스를 확인한다.
- 2) 간호사의 일반적 특성에 따른 연명의료 간호 스트레스를 비교한다.
- 3) 간호사의 연명의료에 대한 간호역할 인식, 좋은 죽음 인식, 연명의료 간호 스트레스의 상관관계를 확인한다.
- 4) 간호사의 연명의료에 대한 간호역할 인식과 좋은 죽음 인식이 간호사의 연명의료 간호 스트레스에 미치는 영향을 측정한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 종합병원 간호사의 연명의료 간호 스트레스를 확인하고 연명의료 간호 스트레스의 영향 요인으로 연명의료에 대한 간호역할 인식과 좋은 죽음 인식과의 관계를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구대상자는 D광역시에 소재한 일개 대학병원에서 근무하는 간호사를 대상으로 편의 표출하여 시행하였다. 구체적인 대상자 선정기준은 1) 연명의료를 하는 환자를 간호한 경험이 있는 자, 2) 본 연구의 목적을 이해하고 연구참여에 동의한 자이다. 입원 환자와 직접 의사소통을 하지 않는 외래, 수술실, 마취과에 근무하는 간호사와 환자의 직접 간호 업무에 참여하지 않은 수간호사, 행정담당 간호사는 연구대상에서 제외하였다. 또한, 연명의료를 제공받는 환자를 간호하는 경험이 없는 간호사는 연명의료 간호 스트레스를 경험하지 않기 때문에 연구대상에서 제외하였다.

연구대상자 수는 중환자실 간호사를 대상으로 연명의료 간호 스트레스에 관련된 요소를 찾기 위해 시행한 선행연구 [6]를 참고하여 G\*Power 3.1.9.7 프로그램을 통해 산출하였다. 다중회귀분석을 진행할 경우 유의수준( $\alpha$ ) .05, 검정력( $1-\beta$ ) .95, 효과크기 0.13 기준으로 10개의 변수를 고려할 때 총 197명으로 결정되었다. 탈락률 10.0%를 고려하여 총 220명을 편의 추출하였다. 총 220부 중 220부 모두 회수되었고, 응답이 불충분한 15부를 제외한 총 205부를 최종 분석에 포함하였다.

### 3. 연구도구

본 연구의 측정도구는 타당도와 신뢰도가 확보된 구조화된 도구들이며 사용 전 도구 개발자로부터 도구 사용에 대한 허락을 받은 후 사용되었다. 설문지의 내용은 대상자의 일반적 특성에 관한 11문항, 연명의료 간호 스트레스 28문항, 연명의료에 대한 역할 인식 13문항 및 좋은 죽음 인식 17문항의 총 69 문항으로 구성되었다. 도구의 구체적인 내용은 다음과 같다.

#### 1) 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 총 11문항으로 성별, 나이, 결혼상태, 종교, 최종학력, 직위, 임상경력, 현재 근무부서의 8문항과 1년 이내 가족 및 친지의 연명 치료에 대한 경험 여부, 연명 중단 및 간호사의 참여 여부에 대한 의견, 사전의료의향서 작성 필요 여부에 대한 의견을 묻는 대상자의 연명의료 중단 관련 특성 3문항으로 구성되었다.

#### 2) 연명의료 간호 스트레스

연명의료 간호 스트레스는 Lee와 Kim [6]이 중환자실 간호사를 대상으로 개발한 도구를 사용하였다. 본 도구는 총 28문항이며 6개의 하위 영역인 '대상자에 대한 연민', '연명의료 중단과 연장의 딜레마', '정신적 소진 경험', '보호자와의 갈등', '연명의료 장비 조작 부담', '연명의료 간호 부담'으로 구성되었다. 문항은 5점 Likert 척도로 각 문항마다 '매우 그렇지 않다(1점)'에서 '매우 그렇다(5점)'까지 측정하였다. 총 점수는 평균 점수로 최저 1점에서 최고 5점까지 분포하며 점수가 높을수록 스트레스 정도가 높은 것을 의미한다. 개발 당시 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$  는 .93[6]이었고, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$  는 .91이었다.

#### 3) 연명의료에 대한 간호역할 인식

연명의료에 대한 간호역할 인식은 Byun 등[21]이 중환자실 간호사를 대상으로 구성한 도구를 사용하여 측정하였다. 연명의료에 대한 간호역할 인식에 대한 문항은 총 13문항으로 구성되어 있으며 5점 Likert 척도로 각 문항마다 '매우 그렇지 않다(1점)'에서 '매우 그렇다(5점)'까지 측정하며 이 중 한 문항은 역문항으로 환산하여 점수화 하였다. 총 점수는 평균 점수로 1점에서 5점으로 분포하며 점수가 높을수록 연명의료 중 인 환자 간호 시 적극적인 간호사의 역할을 인식하고 있음을 의미한다. 개발 당시의 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$  는 .88이며[21], 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$  는 .81이었다.

#### 4) 좋은 죽음 인식

좋은 죽음에 대한 인식은 Schwartz 등[22]의 'Measure of Concept of a Good Death'를 Lee [23]가 한글로 번안한 좋은 죽음에 대한 인식 도구를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 총 17 문항이며 3개 하부 영역인 임상 증상조절 영역(clinical) 5문항, 삶의 마감 영역(closure) 9문항, 통제감 유지 영역(personal control) 3문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 4점 Likert 척도로 이루어졌으며 '전혀 중요하지 않다(1점)'에서 '매우 중요하다(4점)'까지 측정할 수 있다. 총 점수는 평균 점수로 최저 1점에서 최고 4점으로 점수가 높을수록 좋은 죽음에 대한 인식 정도가 높음을 의미한다. 한글로 번안한 당시 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .87이었고[23], 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .80이었다.

#### 4. 자료수집방법

본 연구의 자료수집기간은 2021년 9월 15일부터 9월 22일 까지이며, D 광역시에 소재한 일개 대학병원 간호부의 허가를 받은 후 진행하였다. 조사는 연구자에 의해 일대일 면대면 조사로 진행되었다. 연구자는 참여 대상자에게 연구의 목적을 설명하고 연구대상자 선정 절차를 밝은 후 대상자의 자발적 참여 의사를 확인한 다음에 연구참여 동의서를 서면으로 받았다. 설문지 작성 시 대상자가 솔직한 답변과 충분한 설문지 응답 시간을 제공하기 위하여 연구자는 설문지를 배부한 후 자리를 이탈하고 설문지 응답이 끝난 후 설문지를 수거하였다. 설문지 작성 시간은 약 15~20분 정도 소요되었다.

#### 5. 자료분석방법

설문지를 통해 수집된 자료는 엑셀 스프레드시트에 옮겨졌으며 최종 입력된 데이터는 IBM SPSS/WIN 23.0 프로그램을 사용하여 자료분석을 하였으며, 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율로 분석하였으며, 주요 변수의 수준을 파악하기 위해 평균, 표준편차 등의 기술통계 분석을 하였다.
- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 연명의료 간호 스트레스는 Independent t-test와 One-way ANOVA로 분석하였고 사후 검정을 위해 Scheffé test를 사용하였다.
- 3) 연명의료 간호 스트레스와 연명의료에 대한 간호역할 인식, 좋은 죽음 인식 간의 상관관계를 파악하기 위하여 Pearson's correlation coefficient를 실시하였다.

4) 연명의료 간호 스트레스에 미치는 영향요인을 확인하기 위하여 Hierarchical multiple regression analysis를 실시하였다. 연명의료 간호 스트레스에 영향을 미치는 변수를 파악하기 위해 단변량 분석에서 연명의료 간호 스트레스에 통계적으로 유의하게 나타난 일반적 특성 변수를 확인하였다. 변수들의 다중공선성을 확인하였고 Durbin-Watson 검정통계로 잔차들 간에는 상관관계를 확인 후 회귀모형의 적합성을 측정하였다. 모델 1에 일반적 특성 변수를 투입하였고 모델 2에는 연명의료에 대한 간호역할 인식과 좋은 죽음 인식을 투입하였다.

#### 6. 윤리적 고려

본 연구는 C 병원 기관생명윤리위원회(Institutional Review Board, IRB)의 승인(IRB No. CNUH 2021-07-114)을 받은 후 진행하였다. 대상자에게 설문지를 배포하기 전에 대상자에게 연구의 목적, 방법에 대한 설명과 함께 동의서에 사인을 받았다. 또, 연구에 참여하기를 원치 않을 경우 언제든지 철회할 수 있으며 그 경우 자료는 즉시 폐기됨을 설명하였다. 수집된 자료는 연구 기간 동안 연구자가 따로 보관하여 연구자료가 유출되지 않도록 보안에 주의를 기울였다. 엑셀 스프레드시트에 입력된 자료는 대상자 개인 정보가 식별되지 않게 코드화를 하였다. 설문조사가 완료된 후에 대상자에게 소정의 답례품을 제공하였다.

### III. 연구결과

#### 1. 대상자의 일반적 특성과 일반적 특성에 따른 연명의료 간호 스트레스

대상자의 일반적 특성으로는 전체 대상자 205명의 대다수(93.2%)가 여성이었고 대상자의 연령은 63.0%가 20대로 가장 많았으며, 26.8%가 30대였고 10.2%가 40대 이상이었다. 대상자 중 78.5%는 미혼이었고 61.0%의 간호사가 종교가 없다고 대답하였다. 대상자의 학력 수준을 보면 대부분 대학교 졸업자(77.6%)였으며 직위로는 일반 간호사가 186명(90.7%), 책임간호사가 19명(9.3%)이었다. 근무 경력이 1년 미만인 대상자가 25명(12.2%), 1년에서 3년 미만의 대상자가 56명(27.3%), 3년에서 5년 미만인 대상자가 30명(14.6%), 5년에서 10년 미만인 대상자가 52명(25.4%), 마지막으로 10년 이상인 대상자는 42명(20.5%)으로 나타났다. 중환자실 간호사가 92명(44.9%)이었고 병동 간호사가 113명(55.1%)이었다. 연명의료와 관련된

특성으로는 10명(4.9%)의 간호사가 1년 이내 가족 및 친지의 연명의료 경험이 있다고 대답했다.

대상자의 일반적 특성에 따른 연명의료 간호 스트레스를 분석한 결과 종교, 학력, 현재 근무부서에 따른 연명의료 간호 스트레스는 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 구체적으로 살펴보면, 종교를 가진 간호사가 그렇지 않은 간호사보다 연명의료 간호 스트레스가 유의하게 높은 것으로 나타났으며( $t=2.40, p=.017$ ), 석사 이상 졸업자가 학사 졸업자보다 연명의료 간호 스트레스가 더 높았고( $t=-2.48, p=.014$ ), 병동 근무 간호사가 중환자실 간호사보다 스트레스가 유의하게 높았다( $t=-3.30, p=.001$ ). 성별, 나이, 결혼상태, 현재 직위, 근무 경력, 1년 이내 가족 및 친지의 연명의료 경험, 연명의료 중단 의사결정 시 간호사의 참여 여부에 따른 연명 간호 스트레스의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다(Table 1).

## 2. 대상자의 연명의료 간호 스트레스, 연명의료에 대한 간호역할 인식 및 좋은 죽음 인식

연명의료 간호 스트레스 점수는 5점 만점에 평균 평점은  $3.69 \pm 0.48$ 점이었고, 하위영역별 수준을 살펴보면 대상자에 대한 연민이  $4.15 \pm 0.43$ 점, 연명의료중단과 연장의 딜레마가  $3.69 \pm 0.59$ 점, 정신적 소진 경험이  $3.59 \pm 0.61$ 점, 보호자와의 갈등은  $3.96 \pm 0.55$ 점, 연명의료 장비 조작 부담이  $3.85 \pm 0.77$ 점, 그리고 연명의료 간호 부담은  $3.31 \pm 0.80$ 점이었다. 연명의료에 대한 간호역할 인식점수는 5점 만점에  $3.94 \pm 0.40$ 점이었고, 좋은 죽음 인식 점수는 4점 만점에 평균  $2.77 \pm 0.35$ 점으로 나타났다. 하위영역별로 살펴보면 임상 증상 영역(clinical)은  $2.46 \pm 0.46$ 점, 삶의 마감 영역(closure)은  $3.10 \pm 0.43$ 점, 통제감 유지 영역(personal control)은  $2.30 \pm 0.62$ 점이었다 (Table 2).

**Table 1.** General Characteristics of Participants and the Relationship of Nursing Stress on Life-Sustaining Treatment (N=205)

Variables	Categories	n (%)	Nursing stress on LST	
			M±SD	t or F (p)
Gender	M	14 (6.8)	3.58±0.48	-0.94 (.351)
	F	191 (93.2)	3.70±0.48	
Ages (yr)	≤ 25	47 (23.0)	3.61±0.39	1.36 (.257)
	26~29	82 (40.0)	3.68±0.47	
	30~39	55 (26.8)	3.74±0.53	
	≥ 40	21 (10.2)	3.85±0.56	
Marital status	Single	161 (78.5)	3.68±0.45	-0.75 (.455)
	Married	44 (21.5)	3.75±0.61	
Religion	Yes	80 (39.0)	3.80±0.48	2.40 (.017)
	No	125 (61.0)	3.63±0.48	
Education level	Bachelor	159 (77.6)	3.65±0.47	-2.48 (.014)
	≥ Master degree	46 (22.4)	3.85±0.49	
Job position	Staff nurse	186 (90.7)	3.68±0.48	0.26 (.210)
	Charge nurse	19 (9.3)	3.83±0.56	
Length of clinical career years (yr)	< 1	25 (12.2)	3.68±0.45	0.80 (.525)
	1~< 3	56 (27.3)	3.65±0.37	
	3~< 5	30 (14.6)	3.72±0.52	
	5~< 10	52 (25.4)	3.65±0.53	
	≥ 10	42 (20.5)	3.81±0.55	
Current work unit	ICU	92 (44.9)	3.58±0.50	-3.30 (.001)
	Ward	113 (55.1)	3.79±0.45	
Experience with death of family or relatives during the previous year	Yes	10 (4.9)	3.64±0.29	-0.38 (.705)
	No	195 (95.1)	3.70±0.49	
Thought about necessity of advance directive from patients	Yes	201 (98.0)	3.69±0.48	-0.86 (.392)
	No	4 (2.0)	3.90±0.47	
Nurses' participation in decision-making process to discontinue LST	Necessary	120 (58.5)	3.70±0.47	1.18 (.309)
	Not necessary	25 (12.2)	3.56±0.34	
	Don't know	60 (29.3)	3.74±0.56	

LST=life-sustaining treatment; ICU=intensive care unit; M=mean; SD=standard deviation.

**Table 2.** Level of Role Perception of Life-Sustaining Treatment, Good Death Perception, and Nursing Stress on Life-Sustaining Treatment (N=205)

Variables	M±SD	Possible range
Role perception of LST	3.94±0.40	1~5
Good death perception (total)	2.77±0.35	1~4
Clinical	2.46±0.46	1~4
Closure	3.10±0.43	1~4
Personal control	2.30±0.62	1~4
Nursing stress on LST (total)	3.69±0.48	1~5
Compassion for LST patients	4.15±0.43	1~5
Dilemma related to LST extension or cessation	3.69±0.59	1~5
Experience of mental exhaustion	3.59±0.61	1~5
Conflict with LST patient's family	3.96±0.55	1~5
Burden of operating LST equipment	3.85±0.77	1~5
Burden of LST care	3.31±0.80	1~5

LST=life-sustaining treatment; M=mean; SD=standard deviation.

**Table 3.** Correlation between Role Perception of Life-Sustaining Treatment, Good Death Perception, Nursing Stress on LST (N=205)

Variables	Role perception	Good death perception	Nursing stress on LST
	r (p)	r (p)	r (p)
Role perception	1		
Good death perception	0.18 (0.008)	1	
Nursing stress on LST	0.29 (< 0.001)	0.08 (0.250)	1

LST=life-sustaining treatment.

**Table 4.** Factors Associated with Nursing Stress on Life-Sustaining Treatment (N=205)

Variables	Model 1				Model 2			
	B	SE	β	p	B	SE	β	p
Religion (no religion)*	0.13	0.07	0.13	.048	0.09	0.07	0.09	.170
Education level (bachelor's degree)*	0.17	0.08	0.15	.032	0.15	0.08	0.13	.046
Current work unit (ward setting)*	0.20	0.07	0.20	.003	0.22	0.06	0.22	.001
Role perception					0.33	0.08	0.27	< .001
Good death perception					0.04	0.09	0.03	.647
	Adjusted R <sup>2</sup> =.08, F=6.86, p< .001				Adjusted R <sup>2</sup> =.15, F=9.06, p< .001			

\*Reference; SE=standard error.

### 3. 연명의료 간호 스트레스, 연명의료에 대한 간호역할 인식, 좋은 죽음 인식의 상관관계

간호사의 연명의료 간호 스트레스, 연명의료에 대한 간호역할 인식, 좋은 죽음 인식의 상관관계 분석에서 연명의료 간호 스트레스는 연명의료에 대한 간호역할 인식과 통계적으로 유의한 양의 상관관계가 있었다( $r=0.29, p<.001$ ). 하지만 나머지 변수와는 유의한 상관관계를 보이지 않았다(Table 3).

### 4. 간호사의 연명의료 간호 스트레스의 관련 요인

연명의료 간호 스트레스에 영향을 미치는 변수를 파악하기 위해 일반적 특성에서 연명의료 간호 스트레스에 통계적으로 유의하게 나타난 종교, 최종학력과 현재 근무부서와 연명의료에 대한 간호역할 인식과 좋은 죽음 인식을 독립변수로 하고 명목변수는 더미변수 처리하여 다중회귀분석을 하였다. 변수들의 다중공선성을 확인한 결과 공차한계(Tolerance limit)는 0.70~1.00으로 0.10보다 크고, 분산팽창계수는 1.00~1.30으로

10보다 크지 않으므로 다중공선성에는 문제는 없는 것으로 나타났다. Durbin-Watson 통계량은 2.02로 0 또는 4에 가깝지 않기 때문에 잔차들 간에는 상관관계가 없어 회귀모형은 적합하였다.

모델 1에는 종교, 최종학력, 근무부서가 투입되었으며 연명의료 간호 스트레스에 영향을 미치는 요인은 종교( $\beta=.13$  [SE=.07],  $p=.048$ ), 최종학력( $\beta=.15$  [SE=.08],  $p=.032$ ), 근무부서( $\beta=.20$  [SE=.07],  $p=.003$ )으로 나타났으며 설명력은 8.0%였다. 모델 2에 연명의료에 대한 간호역할 인식과 좋은 죽음 인식을 추가로 투입한 결과 최종 학력( $\beta=.13$  [SE=.08],  $p=.046$ ), 근무부서( $\beta=.22$  [SE=.06],  $p=.001$ ), 연명의료에 대한 간호역할 인식( $\beta=.27$  [SE=.08],  $p<.001$ )이 연명의료 간호 스트레스에 유의한 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 모델 2의 설명력은 15.0%로 모델 1에 비하여 7.0%가 증가한 것으로 나타났다 (Table 4).

#### IV. 논 의

본 연구는 연명의료를 제공하는 종합병원 간호사 205명을 대상으로 연명의료 간호 스트레스 정도를 파악하고 연명의료 간호 스트레스의 영향 요인으로 연명의료에 대한 간호역할 인식과 좋은 죽음 인식 간의 관계를 파악하였다. 위계적 회귀분석 결과 간호사의 연명의료 간호 스트레스에 영향을 미치는 요인으로는 최종학력, 근무부서, 연명의료에 대한 간호역할 인식으로 나타났다. 다시 말해 석사 이상 학력을 가진 간호사가 학사 학력을 가진 간호사보다, 병동에서 근무하는 간호사가 중환자실에 근무하는 경우보다, 연명의료에 대한 간호역할 인식이 높을수록 연명의료 간호 스트레스가 높게 나타났다.

본 연구에 참여한 간호사들의 연명의료에 대한 역할 인식은 5점 만점에  $3.94 \pm 0.40$ 점으로, 이는 동일한 도구를 사용하여 중환자실 간호사의 연명의료 역할 인식을 보고한 Byun 등 [21]의 연구에서 3.94점, 중환자실 간호사를 대상으로 한 Lee와 Kim [6]의 연구에서 3.93점, 종합병원 간호사를 대상으로 한 Lee [13]의 연구의 3.94점과 유사한 수준이었다. 또한 좋은 죽음 인식은 본 연구에서는 4점 만점에  $2.77 \pm 0.35$ 점으로 나타났다. 이는 동일한 도구를 사용하여 요양병원 간호사를 대상으로 수행된 Song과 Lee [16]의 연구에서는 3.15점, 종합병원 간호사를 한 Choi와 Kim [24]의 연구에서는 2.98점, 대학병원 간호사를 대상으로 한 Cho와 Ki [25]의 연구에서 3.0점으로 선행연구보다는 낮은 수준이었다. 선행연구들의 결과와 직접적인 비교는 어렵지만 본 연구대상자의 연령분포 중 20대가 가장 많아 선행연구의 대상자의 연령군보다는 낮은 편이다.

하위 영역인 임상 증상, 삶의 마감, 통제감 유지 중 삶의 마감 영역이 가장 높게 나타났으며 이 결과는 종합병원 간호사를 대상으로 한 Kim 등[8]의 연구와 중환자실 간호사를 대상으로 한 Kim [19]의 연구와 유사하며, 이는 간호사가 임종 간호를 수행하는데 환자 및 보호자와의 감정적, 정서적 및 지적 관계를 지속해서 맺음으로써 전인적인 간호를 제공하는 중추적인 역할을 담당하고 있다고 보고한 Kang과 Han [26]의 연구와 일맥상통한 결과였다.

본 연구에 참여한 간호사의 연명의료 간호 스트레스는 5점 만점에  $3.69 \pm 0.48$ 점으로 나타났다. 중환자실 간호사를 대상으로 동일한 도구를 사용하여 측정한 연구[6,27]에서 연명의료 간호 스트레스 점수는 각각 3.71점과 3.74점이었으며, 일반 병동 간호사를 포함한 Lee [13]의 연구에서는 3.78점으로 본 연구와 유사한 수준의 연명의료 간호 스트레스를 경험하고 있는 것으로 알 수 있다. 연명의료 간호 스트레스의 하부 영역별로 분석하였을 때, 대상자에 대한 연민이  $4.15 \pm 0.43$ 점으로 가장 높았으며 이는 다른 선행연구와 비슷한 것으로 나타났다 [6,8,13]. 간호사는 연명의료를 받는 환자에 대한 연민과 관련된 스트레스를 가장 많이 받는 것으로 나타나, 의미 없는 연명의료를 받는 환자를 볼 때 간호사가 높은 스트레스를 경험한다는 선행연구[28]의 결과와 연결 지을 수 있다. 회복이 불가능한 환자를 희망적으로 바라보는 보호자, 보호자가 응급상황에 중요하지 않은 것에 대해 요구할 때, 의사와 환자, 보호자의 의견이 상충할 때 간호사가 경험하는 대상자에 대한 연민으로 인해 연명의료 간호 스트레스를 경험하는 것으로 확인되었다[8].

종합병원 간호사의 연명의료 간호 스트레스의 영향요인을 알아보기 위하여 위계적 회귀분석을 시행한 결과, 최종학력, 근무부서, 연명의료에 대한 간호역할 인식 세가지 요인이 연명의료에 대한 간호 스트레스 관련 요인으로 나타났다. 연명의료 간호역할 인식은 가장 큰 영향 요인으로 연명의료 간호 스트레스와 양의 관계가 있었다. 이는 연명의료에 대한 간호역할 인식이 높을수록 연명의료 간호 스트레스가 높다는 국내에서 시행된 선행연구결과와 일치하였다[6,13]. 반면 본 연구결과와 달리 국외에서 수행된 연구에서는 연명의료에 대한 간호역할 인식이 연명의료 간호 스트레스를 줄이는 것으로 나타났다[11]. 이 상반된 결과는 국내 의료현장의 의료기관 종별 및 규모별 간호인력 분포의 불균형으로 인한 간호인력의 부족과 관련이 있는 것으로 제시된다[29]. 즉, 간호사는 연명의료 결정 과정에서 환자의 옹호자, 정보제공자로서 자신의 역할을 적극적으로 수행하지만, 동시에 실제 임상 환경에서 주어지는 과중한 연명의료와 관련된 업무 부담으로 인해 높은 스트레스도 경험하는 것으로 생각된다.

또한, 병동 간호사가 중환자실 간호사보다 높은 연명의료 간호 스트레스를 경험하는 것으로 나타났다. 이 결과는 여러 근무부서의 간호사를 포함한 연구에서 병동 간호사의 연명의료 간호 스트레스가 중환자실 간호사의 연명의료 간호 스트레스보다 더 높게 나온 선행연구[8,13]의 결과와 동일하다. 이는 병동과 중환자실의 환경적 영향이나 업무의 내용이 다르기 때문에 생기는 간호사들의 경험의 차이로 이해할 수 있다. 중환자실의 경우 보호자의 면회 통제가 가능하며 전담 의사의 지원으로 환자 상태 악화 시 빠르고 적절한 중재가 가능하지만, 병동은 간호 의존도가 높은 만성질환 환자들이 입원하고, 보호자가 상주하고 있어 환자와 보호자의 요구가 높은 편이며, 연명의료 환자 간호에 필요한 자원이 중환자실보다는 비교적 충족되지 않은 것으로 인해 높을 수 있는 것으로 보인다. 학력에 따라 경험하는 연명의료 간호 스트레스가 다른 결과는 연명의료 간호에 대한 지식 수준에 따라 연명의료에 대한 역할에 좀 더 인지하는 선행연구[6]와 연결될 수 있으며, 추후 연구를 통해 그 원인에 대해 구체적인 규명이 필요하다. 본 연구에서는 좋은 죽음 인식과 연명의료 간호 스트레스의 관계는 유의하지 않았다. 이 결과는 중환자실 간호사와 종합병원 간호사를 대상으로 유의한 관련성을 제시한 선행연구[8,20]와는 다른 결과이다. 본 연구의 결과를 토대로 환자가 죽음을 받아들이지 못하고 죽음을 준비하지 못한 상태에서 생명을 연장하기 위한 연명의료를 제공할 때 간호사의 좋은 죽음 인식은 연명의료 간호 스트레스에 영향을 미치지 않는다고 볼 수 있다. 이보다는 환자가 죽음을 겸허히 받아들이고 죽음을 맞이하는 과정인 연명의료 중단상태에서 간호사의 죽음인식이 간호사의 간호수행에 더 영향을 줄 가능성을 배제할 수 없다. 추후 연구를 통해 그 관계를 명확히 규명할 필요가 있다.

이상 본 연구의 결과를 요약하면, 종합병원 간호사들의 연명의료 간호 스트레스와 연명의료에 대한 간호역할 인식은 선행연구와 비슷한 수준을 보였으며 좋은 죽음 인식은 선행연구보다 다소 낮은 수준을 보였다. 높은 연명의료에 대한 간호역할 인식과 석사 이상 학력 수준을 가진 병동 간호사인 경우 더 높은 연명의료 간호 스트레스를 경험하는 것으로 나타났으며, 좋은 죽음 인식은 연명의료 간호 스트레스의 영향요소가 아닌 것으로 나타났다. 연명의료에 대한 지식과 연명의료에 대한 간호역할 인식은 높아지더라도 현실적으로 부족한 제도 개선과 다양한 병동 업무 부담, 의사와 환자, 보호자 사이에서의 역할 갈등, 그리고 간호사들이 자신의 역할을 인식하더라도 적극적으로 대처하지 못할 때 오는 갈등으로 스트레스는 더 높을 것으로 시사된다. 병동에 근무하는 간호사들이 연명의료에 대한 스트레스를 더 많이 경험하고 있다는 것은 병동 간호사

들을 대상으로 연명의료 스트레스에 대처하는 방법을 향상시키기 위한 후속 연구가 필요하다. 더 나아가 병동 간호사를 대상으로 연명의료 서비스에 대한 교육을 제공하고 간호 인력을 수급하여 병동에서 제공되는 연명의료의 질을 향상시킬 수 있는 방법을 개발하는 정책연구도 필요하다는 것을 시사한다.

본 연구는 일개 지역의 종합병원 간호사를 편의 표집으로 조사한 것으로 이 결과를 국내 종합병원 간호사를 대표하는데 한계가 있으며, 설문조사를 실시한 서술적 조사연구이므로 변수 간의 인과관계를 파악하는데 한계가 있다. 또한, 연명의료에 대한 간호역할 인식, 좋은 죽음 인식 외 연명의료 간호 스트레스를 설명하는 다른 변수를 규명하는 노력이 필요하다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 연명의료 환자를 간호하는 간호사의 연명의료 간호 스트레스 정도를 파악하고 연명의료에 대한 간호역할 인식과 좋은 죽음 인식 및 연명의료 간호 스트레스와의 관계를 규명하기 위한 서술적 조사연구이다. 본 연구결과 간호사의 연명의료 간호 스트레스는 연명의료에 대한 간호역할 인식, 근무부서, 학력 수준에 따라 유의한 차이가 있었다.

본 연구의 결과를 토대로 다음과 같이 제언한다.

첫째, 본 연구는 한 지역의 일개 종합병원 간호사를 편의 추출하여 수집한 결과이므로 종합병원 간호사 전체에 적용하여 일반화하기에 한계가 있으므로 지역과 의료기관의 다양성을 고려한 반복 연구가 필요하다.

둘째, 간호사의 연명의료 간호 스트레스에 미치는 영향요인을 파악한 내용을 적용하여 중환자실과 병동 간호사들을 대상으로 연명의료 간호 교육으로 일반적인 스트레스 대처법과 동시에 연명의료에 대한 스트레스에 대한 대처 방법을 향상시킬 수 있는 중재 프로그램을 개발하고 평가하는 연구가 필요하다. 더 나아가 간호 인력을 수급하여 병동에서 제공되는 연명의료의 질을 향상시킬 수 있는 방법을 개발하는 정책연구도 필요하다.

셋째, 연명의료 결정 과정에서 간호사들의 명확한 역할 규명을 위해 구체적인 연구와 교육이 필요하다.

## CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

## 참고문헌

1. Kang JH, Han SJ. A Study of intensive care unit nurses' understanding of the meaning of death, death anxiety, death con-



- cern and respect for life. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2013;16(2):80-89.  
<https://doi.org/10.14475/kjhpc.2013.16.2.080>
2. Statistics Korea. Statistics for mortality in 2020 [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; 2021 Sep 27 [cited 2022 Apr 8]. Available from:  
[https://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=403046](https://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=403046).
  3. Browning AM. CNE article: Moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. *American Journal of Critical Care*. 2013;22(2):143-151.  
<https://doi.org/10.4037/ajcc2013437>
  4. Korean National Institute for Bioethics Policy. Two years since the implementation of the life-sustaining medical decision system, the use of the system continues to increase [Internet]. Seoul: Korean National Institute for Bioethics Policy; 2020 Feb 4 [cited 2022 Apr 2]. Available from:  
[https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=352677&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EC%97%B0%EB%AA%85](https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=352677&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EC%97%B0%EB%AA%85).
  5. Lee SJ, Kim HY. Experience of life-sustaining treatment in patient care among intensive care unit nurses: Phenomenological approach. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2016;23(2):172-183.  
<https://doi.org/10.7739/jkafn.2016.23.2.172>
  6. Lee SJ, Kim HY. Attitude, role perception and nursing stress on life sustaining treatment among intensive care unit nurses. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2017;29(2):131-142.  
<https://doi.org/10.7475/kjan.2017.29.2.131>
  7. Ko MJ, Moon SH. Factors influencing performance of end-of-life care by ICU nurses. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2016;25(4):327-337.  
<https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2016.25.4.327>
  8. Kim SK, Kim SH, Yun HY. Factors that influence end-of-life care provided by nurses in general hospitals. *Korean Journal of Medical Ethics*. 2019;22(1):53-72.  
<https://doi.org/10.35301/ksme.2019.22.1.53>
  9. Taylor IH, Dohle A, Hofso K, Steindal SA. Intensive care nurses' experiences of withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care patients: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2020;56:102768.  
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102768>
  10. Birchley G. Doctor? Who? Nurses, patient's best interests and treatment withdrawal: When no doctor is available, should nurses withdraw treatment from patients? *Nursing Philosophy*. 2013;14(2):96-108.  
<https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2012.00553.x>
  11. Zuleta-Benjumea A, Munoz SM, Velez MC, Krikorian A. Level of knowledge, emotional impact and perception about the role of nursing professionals concerning palliative sedation. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(21-22):3968-3978.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.14582>
  12. Choi JH, Choi ES. Trends in nursing research on life-sustaining treatment in South Korea after the enforcement of the Act on Decisions on Life-Sustaining Treatment. *Journal of Hospice and Palliative Care*. 2022;25(1):25-41.  
<https://doi.org/10.14475/jhpc.2022.25.1.25>
  13. Lee MR. Attitude, role perception and nursing stress on life sustaining treatment of nurses. *Journal of Digital Convergence*. 2020;18(7):347-355.  
<https://doi.org/10.14400/JDC.2020.18.7.347>
  14. Son YJ, Park JS. Effects of perception of death, terminal care stress, and resilience on the terminal care performance of clinical nurses. *Journal of East-West Nursing Research*. 2021;27(2):124-133. <https://doi.org/10.14370/jewnr.2021.27.2.124>
  15. Noh SS, Lee CK, Sung YH. Predictors of terminal care performance of clinical nurses for cancer patients. *Journal of Korean Critical Care Nursing*. 2016;9(2):61-70.
  16. Song EH, Lee HK. Effects of good death awareness and spiritual well-being on elderly nursing performance of geriatric hospital nursing providers. *Journal of the Korean Applied Science and Technology*. 2019;36(3):975-984.  
<https://doi.org/10.12925/jkocs.2019.36.3.975>
  17. Lee KJ, Hwang KH, Park JS, La JR, Hong JA. Concept analysis of good death. *Hospice/Palliative Care of the Catholic University of Korea*. 2006;10(1):23-39.
  18. Kim SH, Kim EY. Effects of awareness of good death and end-of-life care attitudes on end-of-life care performance in long-term care hospital nurses. *Journal of Hospice and Palliative Care*. 2021;24(1):26-35.  
<https://doi.org/10.14475/jhpc.2021.24.1.26>
  19. Kim OJ. Intensive care nurses' good death awareness, end-of-life care stress, and end-of-life care competency [master's thesis]. Pusan: Catholic University of Pusan; 2020. p. 1-83.
  20. 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>
  21. Byun EK, Choi HR, Choi AL, Hong KH, Kim NM, Kim HS. An investigative research on the attitudes of intensive care unit nurses and families on terminating life support. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2003;9(1):112-124.
  22. Schwartz CE, Mazor K, Rogers J, Ma Y, Reed G. Validation of a new measure of concept of a good death. *Journal of Palliative Medicine*. 2003;6(4):575-584.  
<https://doi.org/10.1089/109662103768253687>
  23. Lee SH. Concept of a good death and attitude toward care of the dying in general hospital nurses [master's thesis]. Seoul: Seoul National University; 2017. p. 1-78.
  24. Choi SY, Kim KH. The influence of moral sensitivity, knowledge of advanced directives, good death perception on nurses' attitudes toward the withdrawal of life-sustaining treatment in

- a general hospital. *Korean Journal of Rehabilitation Nursing*. 2020;23(2):120-131.  
<https://doi.org/10.7587/kjrehn.2020.120>
25. Cho EA, Ki JS. Effects of perception of good death and knowledge toward advance directive on attitude toward withdrawal of life-sustaining treatment among university hospital nurses. *Journal of the Korea Contents Association*. 2021;21(4):688-698. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2021.21.04.688>
26. Kang JH, Han SJ. A study of intensive care unit nurses' understanding of the meaning of death, death anxiety, death concern and respect for life. *Journal of Hospice and Palliative Care*. 2013;16(2):80-89.  
<https://doi.org/10.14475/kjhpc.2013.16.2.080>
27. Um JK, Suh GH, Park SA. Life-sustaining treatment attitude, stress and advanced directives awareness in ICU nurses. *Journal of the Korea Bioethics Association*. 2018;19(1):37-50.  
<https://doi.org/10.37305/JKBA.2018.06.19.1.37>
28. De Villers MJ, DeVon HA. Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units. *Nursing Ethics*. 2013;20(5):589-603.  
<https://doi.org/10.1177/0969733012452882>
29. Pak SY. Issues and challenges of nursing workforce supply to improve the quality of health care services. *Korean Journal of Converging Humanities*. 2018;6(1):31-54.  
<https://doi.org/10.14729/converging.k.2018.6.1.31>