Journal of Korean Clinical Nursing Research
Vol.29 No.1, 75-84, April 2023
ISSN (Print) 1598-9186 | ISSN (Online) 2287-3694
https://doi.org/10.22650/JKCNR.2023.29.1.75

병원 성인 환자의 사후 간호 프로토콜 개발

김기경[1] · 김앵도[2] · 안경아[3] · 천주영[4]

[1]연세대학교 원주간호대학 교수, [2]원주세브란스기독병원 간호국장, [3]강남세브란스병원 간호국장,
[4]성신여자대학교 간호대학 부교수

Development of a Protocol for Nursing Care after Death for Adult Patients in Hospitals

Kim, Ki Kyong[1] · Kim, Aeng Do[2] · Ahn, Kyung Ah[3] · Cheon, Jooyoung[4]

[1]Professor, Wonju College of Nursing, Yonsei University
[2]Director, Department of Nursing, Wonju Severance Christian Hospital
[3]Director, Division of Nursing, Gangnam Severance Hospital, Yonsei University Health System
[4]Associate Professor, College of Nursing, Sungshin Women's University

Purpose: This study developed a protocol for nursing care after death for adult patients in hospitals. **Methods:** This was a methodological study to develop a care after death protocol. The preliminary protocol was developed based on a literature review, guidelines, and practice recommendations from groups of experts and clinical nurses. Content validity was evaluated by a group of experts (n=6) and nurses (n=30) in two hospitals. **Results:** The preliminary protocol recommendations were modified by validation and the open-question analysis results. The final protocol comprised three general recommendations and 43 recommendations in five steps that are verification and notification of a death, personal care of the body, viewing the patient, patient transfer, and documentation and self-care. **Conclusion:** This study result provides nurses with a consensus information on patient care after death and family support in a hospital setting. This nursing protocol is expected to improve the quality of care after death for adult patients and their families, and can be used for developing educational and emotional support for nurses to accomplish their important role.

Key words: Death, Nurses, Protocol, Patients

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라에서 2021년 기준 사망자의 74.8%가 의료기관에서 사망하였으며, 연령별 분포를 보면 65세 이상의 사망자 중 76.8%가 의료기관에서 사망하는 것으로 나타났다[1]. 이는 2020년 캐나다의 의료기관 사망자 비율 54.7%[2]와 비교할 때 매우 높은 수치이다. 노인 대상 조사연구에서 선호하는 임종 장소로 자택이 37.7%로 가장 많았고 일반병원 19.3%, 요양병원 13.1% 순임에도 불구하고 가정에서 의료 및 간병 서비스 이용이 어려운 이유로 병원 임종을 선호하는 것으로 보고되었다[3]. 이와 같은 이유로 의료기관에서의 환자 임종 비율이 높은 현상은 지속될 것으로 예상되며, 따라서 병원 간호사들에게 환자 사망 이후 간호 수행에 대한 역량이 더욱 요구된다.

영국에서는 환자가 사망한 이후 간호에 대한 정의와 책임 범위를 정하기 위해 '사후 간호(care after death)'라는 용어를 도입하였다[4-7]. 사후 간호는 환자 사망 직후 간호사가 수행

주요어: 죽음, 간호사, 프로토콜, 환자

Corresponding author: Cheon, Jooyoung
College of Nursing, Sungshin Women's University, 55 Dobong-ro, 76 Ga-gil, Gangbuk-gu, Seoul 01133, Korea.
Tel: 82-2-920-2713, Fax: 82-2-920-2091, E-mail: jcheon@sungshin.ac.kr

* 본 논문은 2021년 정부(과학기술정보통신부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 진행된 연구임(No 2021R1F1A1052571).
투고일: 2023년 1월 31일 / 심사의뢰일: 2023년 2월 3일 / 게재확정일: 2023년 2월 20일

하는 절차로써 고인의 몸에 대한 개인 돌봄과 가족을 위한 심리적 · 사회적 · 영적 돌봄으로 정의되며[6,7]. 이때 개인 돌봄(personal care)은 사후 환자의 몸에 대한 신체적 준비를 말하며 고인의 외관과 상태, 그리고 위엄을 유지하기 위한 것이다[4-8]. 국내에서 Park [9]은 사후 간호를 생전의 모습에 가깝도록 외모를 준비하는 것으로 보았으며, Park과 Kim [10]은 사후 간호를 고인의 외관을 갖추어 드리는 몸 돌봄과 유가족 돌봄으로 정의하였다. 이와 같이 국내외 문헌은 공통적으로 사후 간호를 사망 이후 환자의 존엄성을 유지하기 위한 고인의 몸 돌봄과 가족 돌봄으로 정의하고 있다.

국외 문헌은 사후 간호가 생애 말 간호의 가장 마지막 단계로 간호사의 중요한 책임이며, 인간중심간호(person-centered care)의 연속[4]이라 하였으며, 국내 중환자 간호사 경험연구에서 참여자들은 사후 간호를 간호사이기에 할 수 있는 고유한 역할이자 가치 있는 역할로 인식하는 것으로 나타났다[10]. 또한 사후 간호 과정에서 고인에게 예우를 갖추는 일종의 의례 행위를 통하여 유족은 심리적 위로를 받을 뿐만 아니라[4] 간호사 또한 유대감을 나눴던 환자에 대한 감정을 정리하고 임종 상황에 대처하게 하며[6] 긍정적인 임종 경험을 유도하고[10], 정서적 소진을 예방한다[7,11].

그럼에도 불구하고 실제 임상에서 간호사들은 사후 간호에 대한 교육이나 지침(guidelines)을 제공받지 못하고 있으며[12,13], 명확한 역할 인식 없이 업무의 하나로 사후 간호를 수행하는 과정에서 정서적 소진을 경험하는 것으로 나타났다[10,13]. 한편 영국[5], 호주[14] 등은 국가와 국가 간 연합 프로젝트[15]를 통하여 사후 간호에 대한 지침을 개발하여 관련 인력의 교육과 실무에 활용하고 있다. 영국의 사후 간호 지침의 경우 병원을 포함한 모든 장소에서 성인 임종 시 돌봄을 지원하기 위해 개발되어 보건의료인 대상의 직무교육과 실무에 활용되고 있으며[5], 이러한 지침은 간호사의 사후 간호 수행능력을 향상시키고 가족과 의사소통에 대한 자신감과 의사소통 능력 향상에 도움을 주는 것으로 나타났다[5]. 반면, 우리나라의 경우 사후 간호에 대한 지침 또는 프로토콜(protocols)은 개발되어 있지 않으며, 임종간호, 완화간호, 생애 말 간호를 주제로 하는 문헌에서 사후 간호를 일부 다루고 있으나 사망 전 임종기 환자 간호에 초점을 두기 때문에 그 내용이 부분적이며[9,16], 중환자실 간호사 대상 연구에서 사후 간호에 대해 교육과 지침의 부재로 인하여 사후 간호 역할에 대한 인식이 불명확함을 보고하였다[10]. 사후 간호 지침은 간호사의 사후 간호 수행을 도울 뿐만 아니라 유가족과의 대화에 자신감과 능력[5]을 향상하고, 긍정적인 사후 간호 경험을 유도하므로[10,11] 사후 간호에 대한 체계적 실무지침 개발이 필요하다.

사후 간호 프로토콜은 환자가 사망한 이후 단계별 간호 수행을 위하여 간호사를 안내하고 교육하는 합의된 서면 지침을 말한다. 일반적으로 프로토콜은 누가, 왜, 무엇을, 언제, 어떻게 제공하는지 명확하고 구체적으로 제시하며, 기존 문헌상의 근거뿐만 아니라 전문가 의견을 존중한다는 측면에서 근거기반 권장 사항인 지침과 구분된다[17]. 이러한 프로토콜은 간호의 일관성을 향상시키고, 근거기반 간호에 기여하며, 이용자 만족과 간호인력 개발에 유용하다[18]. 따라서 사후 간호 프로토콜의 개발은 사망한 환자의 존엄성을 유지하고 가족을 지지하는 간호 수행을 위한 실질적인 지침으로 활용되며, 의료기관이 사후 간호의 질을 보장하기 위한 교육 프로그램을 개발하는데 근거가 될 수 있다[4,10]. 이에, 병원에서 성인 환자가 임종하였을 때 사후 간호를 체계적으로 수행하는데 지침으로 활용할 수 있는 사후 간호 프로토콜의 개발이 필요하다.

2. 연구목적

본 연구는 병원에서 임종한 성인 환자의 사후 간호 프로토콜을 개발하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

1) 예비 사후 간호 프로토콜을 작성한다.
2) 예비 사후 간호 프로토콜에 대한 전문가 타당도를 파악한다.
3) 예비 사후 간호 프로토콜에 대한 사용자 타당도를 파악한다.
4) 최종 사후 간호 프로토콜을 개발한다.

Ⅱ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 병원에서 임종한 성인 환자를 위한 사후 간호 프로토콜을 개발하기 위한 방법론적 연구로서 예비 사후 간호 프로토콜을 도출한 후 전문가 타당도와 사용자 타당도 검증을 통해 사후 간호 프로토콜을 개발하였다.

2. 연구진행 절차

1) 예비 사후 간호 프로토콜 개발

예비 사후 간호 프로토콜은 대한의학회 임상진료지침 개발 절차[19]를 참고하여 연구자들이 본 프로토콜 개발을 위해 필요하다고 합의한 절차 즉, 개발 목적과 범위 설정, 핵심 질문 선정, 관련 문헌과 지침 검색, 운영실태와 전문가 자문 절차를 통

해 프로토콜 권고안을 도출하였다.

(1) 목적과 적용 대상, 핵심 질문 선정

개발 목적은 '사후 환자의 몸 돌봄을 통해 존엄성을 유지하고 가족의 애도 및 사별 과정을 돕는' 간호사의 업무수행을 위한 체계적인 실무지침을 제공하기 위함이며, 프로토콜의 적용 대상은 의료기관 일반병실, 중환자실 등에서 임종한 성인 환자와 그의 가족이다. 프로토콜의 핵심 질문을 '인간으로의 존엄성을 사후 에도 유지하기 위한 환자 간호와 가족 지지를 위한 간호는 무엇인가?'와 '사후 간호 과정에서 고려하여야 할 원칙은 무엇인가?'로 선정하였다.

(2) 관련 문헌 및 지침 검색

간호사의 사후 간호에 관련된 국내외 문헌과 지침을 검색하였다. 국내 문헌은 한국학술정보(KISS)와 학술연구정보서비스(RISS)를 이용하여 2012년 1월부터 2022년 12월까지 검색어 '사후 간호', '사후 돌봄', '임종 후 간호'로 검색한 결과 2편이 검색되었고, 이 중 1편은 법의학적 사후 처치에 관한 내용으로 본 연구 취지에 부합하지 않아 분석에서 제외하였다. 이에 '임종간호'를 검색어로 추가하여 검색한 결과 학술논문 102건과 학위논문 140건이 검색되었으며, 검색된 문헌의 제목과 내용 검토를 통하여 본 연구주제와 관련된 5편의 논문을 선정하였다[9,10,12,13,20]. 국외 문헌의 경우 PubMed를 통해 2012년 1월부터 2022년 12월까지 검색어 care after death AND hospital nurse로 검색하여 80개의 관련 문헌이 검색되었고, 검색된 문헌의 제목과 초록을 통해 본 연구와 관련 없다고 판단되는 문헌을 삭제하고, 내용 평가를 통해 'care after death', 'care body after death', 'care patient after death', 'last office'에 대한 내용으로 예비 사후 간호 프로토콜 도출에 도움이 될 것으로 평가된 6개 문헌을 선정하였다[4,6-8,11,21]. 또한 사후 간호 지침 검색을 위하여 일반검색 사이트인 Google을 사용하여 검색어 'care after death', 'care body after death'로 검색하였을 때 실무지침을 의미하는 'guideline' 형태로 검색된 문헌 중 최신판으로 업데이트된 영국[5], 호주[14], 국가 간 프로젝트[15]를 통한 지침을 선정하였다.

(3) 사후 간호 운영실태조사 및 전문가 자문

국내 3개의 의료기관을 대상으로 사후 간호를 위한 내부지침과 운영실태를 조사하였다. Do Not Resuscitate (DNR) 병동, 중환자실, 요양병원에서 근무 경력 10년 이상인 간호사 3명을 대상으로 전문가 자문회의를 개최하였고, 이를 통해 해당 부서의 임종 환자의 전형적 사례, 사후 간호 내용, 사후 간호 제공에 필요한 교육내용 등에 대해 자문을 받았다. 또한 호흡기내과 의사, 감염전문간호사, 병원 장례식장에 근무하는 상장례지도사가 참여한 전문가 세미나를 5회 개최하여 일반적 상례 예법과 운영실태, 사후 간호 시 고려할 종교·문화적 상례 예법에 대하여 고찰하였다.

(4) 권고안 도출

본 연구는 프로토콜 개발을 위하여 사후 간호 관련 국내외 문헌과 지침을 포함한 체계적 문헌 고찰에 기초하여 사후 간호 관련 내용을 도출하고 공통된 사항과 차이점을 목록화하였으며, 이를 바탕으로 사후 간호 운영실태조사 및 전문가 자문을 실시하여 사후 간호 수행 절차별 흐름도, 고려해야 할 환자의 임상 특성, 의료환경의 특성, 환자·가족의 요구를 반영한 수행 절차를 도식화하고 해당 사후 간호 수행 항목을 구성 및 영역별로 범주화하여 사후 간호 권고안을 도출하였다. 호흡기내과 교수, 상장례학과 교수, 사회복지학과 교수, 호스피스완화의료센터 간호관리자로 구성된 전문가 자문팀과 3차례의 세미나를 운영하여 권고안의 적절성, 추가 보안 사항, 임상 적용 가능성과 권고 수준에 대한 자문을 받아 수정 및 보완하였다.

2) 전문가 타당도 조사

전문가 타당도 조사 참여자는 종합병원 임상 경력 10년 이상이면서 임종간호에 대한 교육 또는 연구 경험이 있는 호흡기내과 전문의 1명, 중환자실 간호관리자 2명, DNR 병동 간호관리자 1명, 호스피스병동 간호관리자 1명과 호스피스전공 간호학 교수 1명이다. 도구의 내용타당도 검증을 위한 전문가 수는 3명 이상 10명 이하가 바람직하며[22], 측정내용의 전문영역에 따라 연구자가 전문가 수를 결정하는 것이 일반적임에 따라 본 연구에서 전문가 집단을 6명으로 구성하였다.

3) 사용자 타당도 조사

사용자 타당도 조사의 참여자는 2개 종합병원의 중환자실과 말기 환자가 주로 입원하는 내과병동에서 6개월 이상 재직 중인 일반간호사로서 본 연구목적과 취지에 대해 이해하고 연구참여에 동의한 자이다. 참여자는 2개 종합병원에서 2022년 1월 20일부터 2월 28일까지 각 15명씩 총 30명이 모집되었다. 프로토콜 개발에 관한 선행연구 중에서 본 연구와 같은 도구를 사용한 선행문헌[23,24]을 참고하여 조사에 참여할 대상자 수를 30명으로 편의 표출하였다.

4) 사후 간호 프로토콜 최종 개발

예비 사후 간호 프로토콜에 대한 전문가 타당도와 사용자

타당도 검증, 전문가 및 사용자의 개방형 질문에 대한 의견을 반영하여 권고안을 수정 및 보완하여 최종 사후 간호 프로토콜을 개발하였다.

3. 연구도구

1) 전문가의 내용타당도 조사

프로토콜의 예비문항 내용이 사후 간호의 구성개념과 구성요소를 적절하게 대표하며 진행순서가 적절한지 여부 즉, 적합성(relevancy)에 대한 전문가 평가를 위하여 프로토콜 각 문항을 '적합하지 않음' 1점에서 '매우 적합함' 4점으로 평가하도록 하고[25], 그 외 적합성 향상을 위한 문항 수정 의견을 묻는 개방형 질문을 추가하였다.

2) 사용자 타당도 조사

전문가 타당도 검증을 거쳐 수정된 예비 프로토콜에 대한 사용자 타당도는 프로토콜 적합성 평가도구와 프로토콜 사용 후 만족도 조사도구를 활용하여 조사하였다. 적합성 평가는 Choi 등[22]이 사용한 도구를 저자의 사용승인을 받아 총 5문항을 '매우 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 4점으로 Likert 4점 척도로 측정하였으며 본 연구에서 도구 신뢰도 Cronbach's α는 .78이었다. 프로토콜 사용 후 만족도는 Ko [26]가 개발한 도구를 사용승인을 받아 본 연구주제에 맞게 문장을 일부 수정하여 사용하였다. 총 17개 문항으로 '매우 그렇다' 5점에서 '매우 그렇지 않다' 1점으로 Likert 5점 척도로 측정하였으며, 개발 당시 신뢰도 Cronbach's α는 .97, 본 연구에서 도구 신뢰도 Cronbach's α는 .93이었다. 그 외 프로토콜에 추가되어야 할 내용과 실무 적용 시 장단점에 대한 개방형 질문을 조사지에 추가하였다.

4. 자료수집방법

본 연구는 기관생명윤리심의위원회의 승인 이후인 2022년 1월 17부터 2월 31일 사이 진행되었다. 전문가 타당도 조사의 경우 대상자 선정기준에 부합하는 전문가 집단을 구성한 후 연구자가 직접 연구목적과 설문 내용을 설명한 후 연구참여의 서면 동의를 받고 질문지를 통해 조사하였으며, 필요시 유선 또는 비대면으로 추가적 질문 및 의견교환을 하였다. 사용자 타당도 조사를 위하여 해당 병원 간호국을 통해 참여자를 공개 모집하였다. 모든 지원자는 연구목적과 설문 내용에 대한 설명을 듣고 연구참여에 서면 동의한 후 사용자 타당도 조사에 참여하였다. 훈련받은 연구보조원이 참여자에게 예비 프로토콜에 대한 설명이 포함된 교육용 자료를 제공하고 일대일로 15~20분간 프로토콜에 대해 설명을 제공하였으며, 참여자는 예비 프로토콜을 2주 이상 임상실무에 적용한 후 조사지를 작성하도록 하였다. 작성된 조사지는 익명성 보장을 위해 연구자가 제공한 불투명 봉투에 넣고 봉인하여 연구자가 정한 회수 상자에 제출하도록 하였으며, 참여자 모두에게 소정의 답례품을 제공하였다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 IBM SPSS/WIN 25.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 전문가 타당도 조사에서 전문가 간의 동의 정도에 대한 검정값인 문항 수준 내용타당도 지수(Item-Level Content Validity Index, I-CVI)는 4점 척도로 측정된 각 항목별 점수 3점 또는 4점 점수를 준 전문가의 비율에 근거하여 계산하였으며, 척도 수준 내용타당도 지수(scale's content validity universal agreement, S-CVI/UA)는 전체 항목 중 I-CVI가 1.0으로 평가된 항목의 비율로 계산하였다. 사용자 타당도 조사에서 예비 프로토콜의 적합성과 사용 후 만족도는 기술통계를 활용하여 실수와 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다.

6. 윤리적 고려

본 연구는 연구가 시행되는 기관생명윤리심의위원회(Institutional Review Board, IRB)의 승인(IRB No. CR321139)을 받은 후 시행되었다. 대상자에게 서면으로 연구목적 및 절차, 참여 거절 또는 중단 시 불이익을 받지 않음을 설명하였고, 대상자가 자발적으로 참여 의사를 밝힌 경우 서면 동의서를 받았다. 또한, 대상자에게 자료수집 과정에서 개인을 식별할 수 있는 정보를 수집하지 않으며, 수집된 자료는 연구 외 다른 목적으로 사용하지 않고, 참여자 개인정보는 익명으로 코딩하여 연구자 간에 식별할 수 없도록 처리하며, 자료의 기밀 유지를 위하여 보안장치를 사용하고, 연구종료 후 전자문서와 메일, 종이 문서 모두를 3년 보관 이후 절차에 따라 폐기됨을 설명하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 예비 사후 간호 프로토콜 구성

예비 사후 간호 프로토콜은 일반 사항 3개와 5개 단계별 수행 사항 45개로 총 48개의 권고안으로 구성되었다. 3차례의 전

문가 세미나를 통해 일반 사항은 3개의 영역에서 3개의 권고안이 선택되었으며, 수행 사항은 5개 단계의 11개 영역에서 45개의 권고안이 선택되었다.

2. 예비 사후 간호 프로토콜의 전문가 타당도 검증 결과

예비 프로토콜의 타당도 검증을 의뢰한 전문가 집단의 평균 연령은 50.0±4.3세, 평균 임상 경력은 21.5±10.3년, 해당 부서 임상 경력은 12.3±10.8년이며, 모두 사후 돌봄 수행 경험을 가지고 있다. 예비 프로토콜의 전문가 타당도는 문항수준 내용타당도 지수인 I-CVI에서 47개 항목이 1.0, 1개 항목이 0.83이었고, 척도 수준 내용타당도 지수인 S-CVI/UA는 0.98이었다. 이는 6명 이상의 전문가 평가 시 I-CVI가 .78 이상, S-CVI가 .90 이상이어야 한다는 기준[25]을 충족하였다. I-CVI 0.83점인 1개의 항목(사후 돌봄 시작 알림)에 대한 전문가 개선 의견을 반영하여 가족에게 사후 돌봄 시작을 알릴 때 가족의 사후 돌봄 참여 의사를 함께 확인하도록 내용을 수정하는 등 총 4개 항목의 내용과 2개 항목의 권고 수준을 수정하였으며, 수정된 프로토콜을 간호대학 교수, 임상 경력 20년 이상의 간호관리자 각 2명으로 구성된 연구팀이 불분명하거나 혼동을 줄 부분이 있는지 평가하여 문항 내용을 최종 검토하였다.

3. 예비 사후 간호 프로토콜의 사용자 타당도 검증 결과

사용자 타당도 조사 대상자의 연령은 29세 이하인 경우가 15명(50.0%)으로 가장 많았고, 여성이 29명(96.7%)이며, 2개 종합병원에서 각 15명이 참여하였다. 근무부서는 중환자실 16명(53.3%), 일반병동 14명(46.7%)이며, 책임간호사 26명(86.7%), 임종간호 교육받은 경험 있는 경우 12명(40.0%), 현 부서 임상 경력 4~6년이 17명(56.7%)이었다(Table 1).

Table 1. Characteristics of Participants in Content Validity (*N*=30)

Characteristics	Categories	n (%)
Age (yr)	20~29	15 (50.0)
	30~39	9 (30.0)
	≥40	6 (20.0)
Gender	M	1 (3.3)
	F	29 (96.7)
Hospital	A	15 (50.0)
	B	15 (50.0)
Unit	Intensive care unit	16 (53.3)
	General unit	14 (46.7)
Position	Staff nurse	4 (13.3)
	Charge nurse	26 (86.7)
Education	Diploma	1 (3.3)
	Bachelor's degree	24 (80.0)
	≥Master's degree	5 (16.7)
Experience of end-of-life education	Yes	12 (40.0)
	No	18 (60.0)
Total clinical career (yr)	≤3	4 (13.3)
	4~6	14 (46.7)
	≥7	12 (40.0)
Current clinical career (yr)	≤3	9 (30.0)
	4~6	17 (56.7)
	≥7	4 (13.3)

Table 2. Propriety and Satisfaction with Protocols (*N*=30)

Variables	Likert scale	M±SD
Propriety of protocols	4	3.11±0.39
Satisfaction with protocols	5	3.98±0.48

M=mean; SD=standard deviation.

1) 프로토콜 적합성 및 사용 후 만족도

예비 프로토콜의 적합성에 대한 점수는 4점 만점에 평균 3.11±0.39점이었다(Table 2). 문항별 점수를 살펴보면, '업무 수행에 필요한 정보를 포함하고 있다'가 3.43±0.50점으로 가장 높게 측정되었고, '내용이 이해하기 쉬운 용어로 표현되어 있다'가 3.23±0.43점, '대상자의 상태에 따라 개별적인 적용이 가능하다'가 3.20±0.40점, '임상 현장에서 실제 사용이 가능하다'가 3.03±0.67점이었으며, '간호사의 효율적 시간 활용에 도움이 된다'가 2.67±0.39점으로 가장 낮게 측정되었다.

프로토콜 사용 후 만족도는 5점 만점에 평균 3.98±0.48점으로 이 중 만족도 점수가 높은 세 문항은 '프로토콜이 사후 간호를 위한 간호사 교육에 활용 가능하다' 4.37±0.62점, '사후 간호 수행에 유용하다' 4.23±0.63점, '유가족의 간호만족도에 긍정적 영향을 미칠 것이다' 4.23±0.68점 순으로 나타났으며, 점수가 낮은 세 문항은 '사후 간호 과정에서 업무 스트레스가 감소한다' 3.00±0.95점, '사후 돌봄과정에서 업무 만족도가 증가한다'가 3.40±0.97점, '의료진 간 의사소통이 용이하다'가 3.73±0.64점이었다.

2) 개방형 질문 분석 결과

예비 프로토콜에 추가되어야 할 사항에 대한 개방형 질문에 대하여 사후 처치 키트, 자세한 간호기록 사항이 필요하며, 사망 확인 시 심전도 출력 · 확인은 의료기관마다 방침이 달라서 제외되어야 한다는 의견이 있었다. 프로토콜 적용의 장점으로 빠트림 없이 체계적이고 일관된 사후 처치를 할 수 있음

Table 3. Protocol for Nursing Care after Death for Adult Patients

Categories	Recommended protocols by category
Purpose	· Maintaining patient dignity by treating their body with dignity, respecting their wishes, and supporting the grieving and bereavement process of the family
Preparation of equipment	· Dressing items and sets; body washing supplies; occlusive tape, tape, gloves and an apron; clean sheets, incontinence pad, diapers; notification of death forms (morgue tag); clean personal clothing
Issues for prior check	· Religion, preferred religious/spiritual/cultural wishes (of patient & family); wish (of family) to take part in personal care; risk of infection; medical procedures (e.g. suture, organ/tissue donation, post-mortem)
Step 1	Verification and notification of death
Communication	· Inform the doctor to verify patient's death and record the time of verification of death in the patient documentation · Inform the family about the patient's death very carefully if they weren't with the patient when he/she died · (In case of a shared room) inform other patients in the immediate vicinity of the person's death in a sensitive manner
Supporting the grieving family	· Stay with the family and accept the family's grief reactions · Allow them enough time to process what has happened, and be prepared to listen from family rather than speak · Avoid judgemental statements or offering rationalizations for the death, and commend for family's hard work first · Guide the family's anticipatory grief leading to the natural grieving process after death · Honor the religious/spiritual/cultural wishes of the patient and their family
Step 2	Personal care of the body
General principle	· (If possible) two or more nurses perform personal care as a team · Treat the patient's body with respect to maintain their dignity · Check any wishes from patient and family relating to care after death, and respect their wishes and any spiritual, religious or cultural rituals · Screen the patient's bed area to ensure the patient's privacy and to avoid causing distress to other patients · Inform the family of the personal care process and support the family members present who wish to be involved in personal care (e.g. wiping, dressing) · Check the infection control issues in advance and implement infection control according to the standard precautions · Follow appropriate personal protective equipment guidelines (e.g. gloves, an apron)
Removal of mechanical devices	· Remove all invasive catheters and medical devices (e.g. nasogastric tubes, indwelling catheters, drains, and central venous catheter) · Use absorbent and occlusive dressing to prevent any leakage from wounds or drainage sites
Washing (cleaning) and dressing	· Wash the patient face and body using toiletries, alcohol swab, paper towel and bowl · Clean the patient from top (face first) to bottom and minimize exposure to the body · Use pads/diapers to absorb possible leaks of fluid from the urethra, vagina or rectum · Remove jewelry in the presence of another person and placed in a valuable property envelope; clearly document any ornaments worn by patient · Dress the patient in clean personal clothing (as per family's preferences) and (if possible) cover with a clean sheet/a blanket (if possible)
Managing the appearance and positioning'	· (If possible) lay the patient on their back, straighten their arms, legs, fingers, and place a pillow under the head · Close the eyes by lightly pressing down on the eyelids for 30 seconds · (If the jaw needs more support) place a small towel (rolled up towel) or bibs underneath the chin · Clean the mouth and teeth or dentures, (if possible) reinsert dentures or place the dentures in a labeled container · Tidy the patient's appearance, so that the family can remember the last appearance in a positive manner
Step 3	Viewing the patient
Supporting the family in saying goodbye to the patient	· Invite the family to view the patient and ensure enough time and quiet environment to be with the patient · Reassure family that everything has been done to care after death for the patient and to maintain their dignity · Support the family's grief reactions with compassion, through active listening, and by being together · Honor and support the religious/spiritual/cultural consciousness for parting (e.g. prayer, hymn, pastoral care or chaplain support) · (If preferred by the team members) pray for the soul of the patient by implementing the agreed rituals (e.g. silence, prayer)
Guiding the family on next steps	· Inform family about the bereavement services they can access, (if possible) refer to the hospital bereavement services · Guide the family through next steps (e.g. discharge, issuance of death certificate, and funeral service)
Step 4	Patient transfer
Preparing the patient for transfer to the mortuary	· Apply patient identification band to the patient's wrist or ankle · Attach the notification of death form (morgue tag) to the sheet for transfer to the mortuary · If there is a risk of infection, attach a biohazard label to the morgue tag · Wrap the whole body in a sheet under the patient and taped it lightly · See off the patients and family
Step 5	Documentation and self-care
Documentation	· Record all actions carried out in the medical and nursing documentation · Perform measures to reduce the risk of cross-infection (e.g. dispose the used equipment; decontaminate used bed, table and room by washing)
Supporting the nurse	· Make time to sit with team colleagues to recognize their distress following care after death · Provide appropriate support for the nurses (e.g. debriefing and reviewing care provided at death and the process of care after death; talking to the manager about their feelings; speaking to colleagues about their experience; and consulting a counselor or psychologist)

(12명), 신규간호사 교육과 업무에 도움 됨(3명), 임종 환자에게 예우를 갖출 수 있음(3명), 사후 돌봄 중요성 인식(3명), 유가족의 만족도 증가(2명), 영적 간호 수행(2명)으로 나타났다. 반면 프로토콜 적용 시 어려운 점으로, 사후 돌봄을 위한 시간 부족(10명), 사별 가족의 정서적 지지(7명), 코로나 상황에서의 돌봄(2명), 가족 참여 의사 확인(2명), 문화적 선호 확인(1명), 팀원과 성찰 시간 갖기(1명), 다인실에서 종교적 의례(1명) 등이 제시되었다. 신규간호사 대상 사후 간호 교육에 포함되어야 할 사항에 대하여 사후 처치 및 몸 돌봄 교육(8명), 프로토콜을 이용한 교육(8명), 보호자의 정서적 지지(7명), 간호사 자기돌봄(4명), 임종 환자를 대하는 마음가짐(3명), 퇴원 등 절차(2명)로 나타났다.

4. 사후 간호 프로토콜의 개발

예비 프로토콜에 대한 전문가와 사용자 타당도 검증 결과와 개방형 의견을 반영하여 예비 사후 간호 프로토콜 권고안 1개(심전도 출력 관련)를 삭제하고 중복된 의미의 문장을 삭제하고 내용을 보완하여 최종적으로 사후 간호의 일반 사항에서 3개의 권고안과 사후 간호 수행 5개 단계 즉, 사망 확인 및 알림, 사후 개인 몸 돌봄, 환자 면회, 환자 운구, 기록 및 자기돌봄에서 43개의 권고안이 채택되어 총 46개 권고문으로 구성된 사후 간호 프로토콜을 개발하였다(Table 3).

Ⅳ. 논 의

본 연구는 병원에서 임종한 성인 환자의 사후 간호를 체계적으로 수행하기 위하여 합의된 절차와 지침으로 구성된 프로토콜을 개발하고자 시도되었다. 본 프로토콜에서 사후 간호 수행을 5개 단계 즉, 사망 확인 및 알림, 사후 개인 몸 돌봄, 환자 면회, 환자 운구, 기록 및 자기돌봄으로 구성되었는데, Henry와 Wilson [4]은 사후 간호 수행경로를 사망 확인 및 필요시 검시 절차, 개인 돌봄, 영안실 이동, 장례식장 이동으로 구분하였으며, Park [9]은 사망 확인, 사후 간호, 가족 지지, 장례식장 이동으로 구분함으로써 본 연구결과와 유사하였다. 다만, 본 프로토콜과 기존 문헌[4-9]의 차이점은 본 프로토콜에서는 사후 간호 진행 단계에 따라 가족 지지의 주요 내용이 변화되는 것을 반영하고자 가족 지지를 별도로 구분하지 않고 단계별 수행내용마다 포함될 수 있도록 기술하고 있다. 프로토콜 개발 관련 선행연구[22,26]와 비교할 때 본 연구에 참여한 간호사들은 프로토콜의 적합성과 만족도에 대해 대체로 긍정적 평가를 하였음을 알 수 있었다. 특히 사후 간호 프로토콜의 적용이 체계적인 사후 간호 수행, 교육에의 활용, 가족 만족도 향상, 사후 간호의 중요성 인식에 긍정적임을 나타냄으로써 일관된 간호 수행, 이용자 만족 향상 및 간호인력 개발에 유용하다는 프로토콜의 긍정적인 효과[17]가 본 연구에서 확인되었다. 다만, 사용자들은 프로토콜이 있음에도 불구하고 사후 간호를 위한 시간 부족, 가족 지지의 어려움 등을 느끼고 있었으며, 이에 사후 간호 업무수행을 지지하기 위한 행정적 노력과 가족 지지를 위한 간호사 대상 교육·훈련 프로그램이 필요함을 시사하였다.

사후 간호의 목적은 고인의 몸을 인격적으로 대우하고 가족의 애도와 사별 과정을 돕기 위함으로 이러한 취지는 사후 간호에 대한 국내외 문헌[4-10]과 지침[5,14,15]에서 제시한 내용과 유사하였다. 영국 문헌에서 사용한 '마지막 임무(last offices)'라는 용어[4,6,21]는 고인의 몸 돌봄 역할에 초점을 두는 반면, 사후 간호(care after death)라는 용어는 포괄적인 간호를 의미하는 것으로[8] 본 프로토콜은 사후 간호의 범위에 고인의 몸에 대한 신체적 돌봄뿐만 아니라 환자의 문화·종교·영적 바램 존중, 사생활 보호와 같은 사후 에도 인간이 누려야 할 권리 보호를 포함하고자 하였다. 이를 위하여 본 프로토콜에서 환자와 가족의 종교, 문화·종교적 바램, 가족의 사후 돌봄 참여 의사 등을 사전에 파악하여 문서화하도록 함으로써 이를 사후 간호 계획에 반영하도록 하였다.

사망 확인(verification of death)은 사람이 사망했음을 공식적으로 확인하는 과정으로 우리나라는 직접 진찰하거나 검안한 의사만이 사망 확인 및 사망진단서를 작성(의료법 제17조)할 수 있는 반면 지역사회에서 사망 비율이 높은 영국의 경우 훈련받은 간호사, 구급대원 등에게 공식 사망 확인 권한을 부여하고 있으며, 이에 따른 환자 확인, 감염병 통지, 신체 내 의료장치 관리 등의 책임이 부여[27]되어 우리나라와 차이를 나타내었다.

환자가 임종한 직후 간호사는 의사, 간호관리자, 가족 그리고 다인실의 경우 인근 환자에게 환자의 임종 사실을 알리는 역할을 수행하도록 기대되는데, 이러한 역할은 매우 조심스러운 일이므로 간호사는 큰 심리적 부담을 가지게 된다. 다수의 문헌에서 간호사들은 환자의 임종 후 슬픔을 겪고 있는 가족과의 의사소통에 많은 어려움을 호소하였다[10,12,13]. 이런 상황에서 간호사의 대처방안으로 가족과 함께 있기, 가족이 말한 내용을 그대로 말하기(name), 이해(understand), 존중(respect), 지원(support) 그리고 탐색(explore)을 위한 개방형 질문으로 대화하도록 제안하고 있다[23,28]. 또한, 가족에게 죽음에 대해 판단하거나 합리화하는 말을 하지 않으며, 지금까지의 가족의 노고를 우선적으로 인정하는 것을 권고

[9,16]하고 있다. 본 프로토콜은 이와 같은 문헌의 권고 사항을 집약하여 가족의 애도 과정을 지지하기 위한 간호사 역할에 대해 구체적으로 제시하였으며, 특히 예기 애도(anticipatory grief) 즉, 임종 전에 슬픔[24]을 느끼던 가족이 막상 임종의 순간에 불안, 고통, 분노, 허탈감 또는 죄책감과 같은 다양한 감정과 반응에 적절히 대응하도록 하여 자연스럽게 사후 애도 과정으로 안내하는 역할을 제시하였다.

사후 개인 몸 돌봄은 생존했던 환자의 외모, 상태 및 품위를 보존함으로써 인간으로서의 존엄성을 유지하기 위한 돌봄이다[9]. 본 프로토콜에는 2명 이상의 간호사가 팀으로 사후 간호를 수행하도록 권고하였는데, 선행문헌[8]은 사후 간호은 혼자 수행하지 않고 두 명의 간호인력이 수행할 것을 권고 하고 있으며 이는 혼자 수행하기보다 팀으로 수행하는 것이 개별화된 사후 간호에 유리하기 때문이다[4]. 특히 신규간호사의 사후 간호 수행 시 경험이 풍부한 선임간호사가 사후 간호을 함께하고 멘토링하는 것이 필요하다[10,11]. 사후 몸 돌봄의 시작은 환자 몸에 삽입된 각종 의료적 장치를 제거하는 것으로 Park와 Kim [10]은 이를 환자에서 한 인간으로 '본래의 모습'으로 되돌리기 위한 처치과정으로 묘사하였다. 본 프로토콜에서는 삽입된 의료적 장치 제거 및 드레싱 방법을 포함하여 간호 처치에 대해 제시하였는데, 국외 지침에서는 정맥관, 배액관, 카테터 등 삽입된 관을 제거하기보다 관을 막아둔 채 장례전문가에게 안전한 제거 및 처리를 맡기고 있어[4] 의료인이 이를 직접 관리하는 우리나라와 차이를 보였다.

고인의 몸을 닦고 옷을 입히는 행위는 고인에 대한 존경을 표하고 인간으로서의 위엄을 유지하기 위한 돌봄 행위이다[10]. 다수의 문헌에서는 가족이 고인과 신체적으로 접촉하는 마지막 기회이므로 가족의 사별 과정을 촉진하기 위해 가족에게 몸 닦기 등에 참여할 의사를 확인하여 기회를 주는 것을 권고하고 있다[6-10]. 국외와 달리 국내의 경우 가족 참여 필요성에 대해 간호사가 소극적인 것으로 나타났는데[10], 가족의 치유 과정 촉진과 같은 여러 순기능을 고려할 때 본 프로토콜에서 가족의 참여기회 독려를 권고 사항으로 포함하였다. 가족은 임종 당시 장면에 대한 기억을 평생 간직하기 때문에 가족이 고인의 마지막에 대한 긍정적 이미지를 가지는 것은 매우 중요하며[6-10], 이와 같은 이유로 선행 지침에서 가족의 위로와 지지 측면에서 고인의 면회 과정을 중요하게 다루고 있다[5,8,9]. 따라서 본 프로토콜에서는 가족이 사랑했던 가족으로서의 고인의 마지막 모습을 기억할 수 있도록 외관을 갖추어 드리는 부분을 자세하게 기술하였고, 가족이 고인과 함께 시간을 보낼 수 있도록 충분한 시간과 조용한 면회 환경을 마련하도록 권고하였다.

간호사는 사후 간호를 수행할 때 고인과 그 가족의 문화적, 종교적 신념을 고려해야 하며[7] 다수의 문헌에서 그들의 종교적·영적·문화적 의례에 대해 사전에 선호도를 파악하고 이를 존중하도록 강조하고 있다[4-8,10]. 사후 의례의 의미와 범위는 국가, 지역, 개인별로 다양한데, 우리나라의 경우 고인의 몸과 옷을 바로 잡는 행위를 정성을 다해 수행함으로써 예를 표하도록 하고 있다[10]. 고인에 대한 사후 의례는 유족에게 심리적 위로를 줄 뿐만 아니라[9] 간호사의 정서적 대처에 도움을 주므로[6] 사후 의례 행위의 중요성을 인식할 필요가 있다. 또한 선행문헌[16,28]에서 간호사는 자신과 팀 구성원의 종교·문화적 신념과 가치를 우선시하지 않아야 하며, 고인과 가족의 신념과 가치에 대해 무비판적인 자세로 존중해야 함을 강조함에 따라 본 프로토콜에서 이와 같은 사항을 집약하여 권고 사항으로 제시하였다. 코로나 상황 등으로 가족 방문이 제한되는 상황에서 간호사가 환자 또는 가족의 요청에 따라 자신의 신념과 무관하게 영적 안내자의 역할 수행을 요청받은 경우가 있다. 이러한 경우를 대비하여 고인의 명복을 비는 의미의 묵념, 기도 등 합의된 의례를 시행하는 것을 본 프로토콜에 권고 사항으로 포함하였다. 임종 후에도 감염병 환자의 감염력은 일정 시간 유지되고 감염병 여부를 떠나서 표준주의에 따라 기본적인 감염관리지침을 준수하여야 하므로[29] 사후 처치 시 환자의 혈액 또는 체액에 노출되지 않도록 마스크, 장갑, 앞치마 등의 보호장구를 착용하도록 본 프로토콜에서 권고하였으며, 고인을 운구하기 전에 환자의 감염 위험성 여부를 확인하여 신원 확인서에 위험표시(biohazard) 등을 표시하도록 지침을 제공하였다.

반복되는 환자의 임종 경험과 임종한 환자를 돌보는 과정에서 간호사는 많은 정서적 부담감을 가지게 되며 이는 소진으로 이어지므로[30] 이러한 심리적 어려움에 대처할 수 있도록 적절한 지원이 필요하다. 본 프로토콜에는 사후 간호를 수행한 이후 간호사 스스로 자기돌봄(self-care)을 위한 구체적인 지침을 제공하였는데, 임종과 사후 간호 과정을 돌이켜 보고 동료와 자신의 감정, 경험을 나누는 비공식적 성찰 시간은 그들의 상실과 슬픔을 탐색하고 말로 표현하도록 지지하는 중요한 중재이다[28]. 특히 임종상황에 대한 경험이 적은 신규간호사를 위하여 사후 간호 프로토콜을 활용한 교육 프로그램 개발이 필요하며, 간호사의 슬픔, 무력감 등 감정을 그들의 방식으로 다루도록 지원하기 위해[30] 추후 본 교육 프로그램에 자기돌봄을 위한 훈련 프로그램도 포함되어야 할 것이다.

본 프로토콜은 국내외 지침 및 문헌과 비교할 때 사후 간호의 주요 내용은 유사하나[4,9] 사후 간호를 수행단계별로 구분하고 간호 수행과 가족 지지 관련 사항을 단계에 따라 체계적으로 제시하였다는 점에서 기존 지침 등[4-9]과 차이가 있다.

본 프로토콜은 임종 직후 가족과 의사소통에 어려움을 겪는 우리나라 간호사들을 위하여[10,12,13] 가족의 애도 과정을 안내하는 간호사 역할을 구체적으로 제시하였으며, 고인에 대한 의례 행위가 가족뿐만 아니라 간호사의 정서적 대처에 도움을 주는 점[6]을 고려하여 묵념, 기도 등 우리나라 병원에서 적용 가능한 의례 행위를 제시하였다는 점에서 그 의의가 있다. 또한 임종 후 소홀하기 쉬운 감염관리를 위해 표준주의에 따른 기본적 감염관리 사항[29]에 대한 지침을 제공하였으며, 사후 간호를 제공하는 간호사의 자기돌봄(self-care)을 위한 지침을 프로토콜에 포함하였다는 점에서 다른 지침과 차별화되었다. 그럼에도 불구하고 본 프로토콜은 대한의학회 임상진료지침 개발절차[19]를 참고하여 연구자들 합의에 따른 임의 절차에 따라 개발되었으므로 근거기반 프로토콜 개발을 위한 절차상 제한점이 있어 추후 연구는 이에 대한 보완이 필요하다.

사후 간호는 간호의 마지막 단계에서의 돌봄 행위이긴 하지만 궁극적으로 상장례 절차로 이어지는 경로의 첫걸음이다. 이 경로에는 간호사, 의사, 영안실 직원, 검시관, 장의사 및 사별 팀을 포함한 많은 전문가 그룹이 참여하게 된다. 따라서 본 사후 간호 프로토콜은 간호사에 초점을 두어 개발되었지만, 간호사를 포함하여 관련 전문인력을 대상으로 한 사후 간호 교육에 활용될 수 있으며, 다학제간 협력을 위하여 필요한 사항을 지속적으로 포함하여 '사후 간호'을 위한 프로토콜로 확장해 나갈 수 있을 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 임종 시기의 환자 돌봄에 초점을 두고 병원에서 임종한 성인 환자의 체계적인 사후 간호를 위하여 방법론적 접근을 통해 국내 처음으로 사후 간호 프로토콜을 개발하였다는데 그 의의가 있다. 문헌 고찰과 전문가 자문을 통하여 도출한 예비 권고안을 전문가와 사용자 타당도 검증을 걸쳐서 최종 프로토콜을 개발하였으며, 이는 일반 사항 3개, 사후 간호 5개 단계별 수행 사항 43개를 포함한 총 46개의 권고 사항으로 구성되었다. 이러한 권고진술문은 우리나라의 사회문화적 특성과 의료기관 임상 현장의 상황을 고려하여 개발되었으며, 사후 간호 수행 과정을 5개의 단계로 구성하고 수행단계에 따라 권고 사항을 제시하였다는 점에서 기존 사후 간호 지침과 차별화된다.

사후 간호는 의료기관뿐만 아니라 다른 사망 장소 즉, 자택, 노인요양시설 등에서도 중요하게 다루어져야 하는 보건의료·복지서비스이다. 따라서, 본 프로토콜은 관련 보건의료인력뿐만 아니라 사회복지인력, 상장례 관련 인력 등을 포함하여 임종기 돌봄 관련 분야 종사자가 실무 수행에 활용할 수 있다. 이에, 본 연구의 프로토콜을 활용하여 신규간호사 대상 멘토링 프로그램, 간호사 직무교육 등 다양한 사후 간호 교육 프로그램 개발을 위한 후속 연구가 이어지길 바라며, 나아가 사후 간호 교육 프로그램의 효과를 검증하기 위한 연구를 제안하는 바이다.

CONFLICTS OF INTEREST
The authors declared no conflict of interest.

참고문헌

1. Statistics Korea. Birth and death statistics 2021 [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; 2022 [cited 2023 Jan 10]. Available from: https://kostat.go.kr/board.es?mid=a10301020100&bid=204&act=view&list_no=416897&tag=&nPage=5&ref_bid=203,204,205,206,207&keyField=T&keyWord=.
2. Statistics Canada. Deaths, by place of death(hospital or non-hospital) [Internet]. Ottawa: Statistics Canada; 2022 Jan 24 [cited 2023 Jan 10]. Available from: https://doi.org/10.25318/1310071501-eng.
3. Eo Y, Ko JE. Preferred place of death and its determinants among Korean older adults. Journal of Korea Academia-Industrial Cooperation Society. 2022;23(8):590-597. https://doi.org/10.5762/KAIS.2022.23.8.590
4. Henry C, Wilson J. Personal care at the end of life and after death. Nursing Times. 2012;108(online issue). Available from: https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2012/05/120805-Innov-endoflife.pdf.
5. Hospice UK, National Nurse Consultant Group(Palliative Care). Care after death: Guidance for staff responsible for care after death. 3rd ed. London: Hospice UK; 2020.
6. Martin S, Bristowe K. Last offices: Nurses' experiences of the process and their views about involving significant others. International Journal of Palliative Nursing. 2015;21(4):173-178. https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.4.173
7. Olausson J, Ferrell BR. Care of the body after death. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2013;17(6):647-651. https://doi.org/10.1188/13.CJON.647-651
8. Greenway K, Johnson P. How to care for a patient after death in hospital. Nursing Standard. 2016;30(33):36-39. https://doi.org/10.7748/ns.30.33.36.s43
9. Park MH. Development and effects of dying care pathway for the terminal cancer patients [dissertation]. Seoul: Catholic University of Korea; 2011. p. 1-68.
10. Park JY, Kim KK. ICU nurses' experiences with patient care after death. Journal of Korean Academy of Nursing Administration. 2022;28(1):43-56. https://doi.org/10.11111/jkana.2022.28.1.43

11. Gerow L, Conejo P, Alonzo A, Davis N, Rodgers S, Domian EW. Creating a curtain of protection: Nurses' experiences of grief following patient death. Journal of Nursing Scholarship. 2010;42(2):122-129. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01343.x
12. Park JY. Intensive care unit nurses' experiences of caring for dying patients [master's thesis]. Seoul: Seoul National University; 2018. p. 1-95.
13. Yi MJ, Lee JS. Nurses' experiences of the death of patients in geriatric hospitals. Journal of Korean Academy of Nursing. 2015;45(4):513-522. https://doi.org/10.4040/jkan.2015.45.4.513
14. State of Queensland, Queensland Health. Care plan for the dying person: Health professional guidelines [Internet]. Brisbane(AU): State of Queensland, Queensland Health; 2019 Feb [cited 2023 Jan 10]. Available from: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0023/833315/cpdp-care-plan-hp-guidelines.pdf.
15. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care [Internet]. 4th ed. Richmond(VA): National Coalition for Hospice and Palliative Care; 2018 [cited 2019 Apr 22]. Available from: https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp/.
16. Korean Hospice & Palliative Nurses Association. Hospice palliative nursing. Seoul: Hyunmoonsa; 2021.
17. Health Service Executive (IE). HSE Procedure for developing policies, procedures, protocols and guidelines [Internet]. Revision 3. Document Reference No. OQR029 Burton upon Trent (GB): Association of Health Professions in Ophthalmology; 2012 Mar [cited 2023 Jan 10]. Available from: https://www.ahpo.net/assets/hseprocedurefordevelopingppgsrevisedpdf.pdf.
18. Barto D. Nurse-driven protocols. Nursing Critical Care. 2019; 14(4):18-24. https://doi.org/10.1097/01.CCN.0000560104.63793.d9
19. Korean Medical Guideline Information Center. Development of medical guideline [Internet]. Seoul: Korean Academy of Medical Sciences; 2008 [cited 2022 Jul 1]. Available from: https://www.guideline.or.kr/evaluation/index.php?sub=1.
20. Seol EM, Koh CK. Experiences of critical care nurses caring for dying patients. Journal of Korean Critical Care Nursing. 2018;11(2):1-10.
21. Wilson J, Thompson-Hill J, Chaplin D. National guidance on last offices would prevent family distress. Nursing Times. 2010 Jul 12;106(27):8.
22. Choi HK, Kang MJ, Kang HJ, Kim EH, Bang KS. Development of an evidence-based nursing protocol for management of peripheral catheters in children. Journal of Korean Clinical Nursing Research. 2016;22(1):56-67.
23. Oates JR, Maani-Fogelman PA. Nursing grief and loss [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cited 2023 Jan 10]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518989/.
24. Bouchal SR, Rallison L, Moules NJ, Sinclair S. Holding on and letting go: Families' experiences of anticipatory mourning in terminal cancer. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2015; 72(1):42-68. https://doi.org/10.1177/0030222815574700
25. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nursing Research. 1986;35(6):382-386. https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017
26. Ko MR. Development and application of standardized nursing protocol for spinal surgery patient [master's thesis]. Daejeon: Eulji University; 2018. p. 1-68.
27. Hospice UK, National Nurse Consultant Group(Palliative Care). Care after death: Registered nurse verification of expected adult death(RNVoEAD) guidance. 5th ed. [Internet]. London: Hospice UK; 2022 Jun [cited 2022 Jul 4]. Available from: https://www.hospiceuk.org/publications-and-resources/care-after-death-registered-nurse-verification-expected-adult-death.
28. Kim HS, Kang KA, Jung Y, Kim CH, Yu SJ, Kwon SH, et al. ELNEC pediatric palliative care train-the-trainer program. Seoul: Hyunmoonsa; 2021.
29. Korean Society for Healthcare-associated Infection Control and Prevention. Infection control and prevention in healthcare facilities. 5th ed. Seoul: Hanmi Medical Publishing; 2019.
30. Kravits KG. Self-care. In: Ferrell BR, Paice J, editors. Oxford textbook of palliative nursing. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2019. p. 817-823.