

## 상급종합병원 중환자실 간호사의 좋은 죽음인식, 연명의료결정 인식 및 연명의료중단 결정 후 간호활동의 중요도 변화

조규영<sup>1</sup> · 배혜리<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 부경대학교 간호학과 교수

<sup>2</sup> 부산대학교병원 응급의료중환자실 간호사

---

### Awareness of good death, perception of life-sustaining treatment decision, and changes in nursing activities after decision to discontinue life-sustaining treatment among nurses in intensive care units at tertiary general hospitals

Cho, Gyoo Yeong<sup>1</sup> · Bae, Hye Ri<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Professor, Department of Nursing, Pukyong National University

<sup>2</sup> Registered Nurse, Emergency Intensive Care Unit, Pusan National University Hospital

**Purpose :** This study aims to explore nursing activities after the decision to discontinue life-sustaining treatment, awareness of a good death, and perception of life-sustaining treatment decisions among nurses in intensive care units (ICUs) at tertiary general hospitals. **Methods :** Participants were 173 nurses working in two tertiary general hospitals. The data were collected using structured questionnaires and analyzed using an independent t-test, paired t-test, one-way ANOVA, Scheffé's test, and Pearson's correlation coefficient. **Results :** Participants were 173 nurses working in two tertiary hospitals. The nursing activity increase was the greatest in the spiritual domain, and the physical domain was where the activities decreased the most. There were significant associations between Awareness of good death (Clinical) and Perception of life-sustaining treatment decision( $r=.26, p<.001$ ), Awareness of good death (Closure) and Perception of life-sustaining treatment decision( $r=.36, p<.001$ ), and Awareness of good death (Personal control) and Perception of life-sustaining treatment decision( $r=.49, p<.001$ ). **Conclusion :** Based on the results, systematic education programs and job training are required to improve the awareness regarding good death and perception of life-sustaining treatment decision for nurses in ICUs where discontinuing life-sustaining treatment decisions are made.

**Key words :** Intensive care unit, Nursing care, Death, Life-sustaining treatment

---

투고일 : 2023. 8. 19 1차 수정일 : 2023. 9. 5 2차 수정일 : 2023. 10. 13 3차 수정일 : 2023. 10. 20 게재확정일 : 2023. 10. 22

주요어 : 중환자실, 간호활동, 죽음, 연명치료

Address reprint requests to : Bae, Hye Ri <https://orcid.org/0009-0005-6962-2558>

Emergency ICU, Pusan National University Hospital, Busan, 179, gudeocro Seo-gu, Busan, 49241, Korea

Tel : +82-51-240-7654, Fax : +82-51-629-5789, E-mail : bhl6142@naver.com

## I. 서론

### 1. 연구의 필요성

국립연명 의료관리기관에 따르면 의료 기술의 발달은 건강 증진뿐 아니라, 생명을 유지시킬 수 있는 의술을 다양하게 발전시켰고, 일부 의학 기술은 사람을 치료하는 데 쓰이기도 하지만 때로는 환자를 회복시키지는 못한 채 생명을 연장시키는 기술로 사용되기도 한다고 하였다[1]. 이에 따라 인간다운 삶의 질이 유지되지 않은 채 신체적, 정신적 고통을 받으며 삶을 유지하는 환자 수가 증가하였다[2]. 따라서 인간으로서의 존엄과 가치에 대해 사회적으로 제기되면서 환자의 삶의 질 보장과 죽음에 대한 자기결정을 존중하는 연명의료에 대한 관심이 증가하고 있다[3]. 이에 국립연명 의료기관을 통해 2016년 2월 「호스피스·완화의료 및 임종단계에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(이하 “연명의료결정법”)이 제정되었고, 법에 따라 연명 의료결정제도가 2018년 2월 4일부터 시행되고 있다[4]. 연명의료결정제도가 시행된 이후 연명의료중단 등 결정 이행서 통보 현황을 살펴보면 2018년 3월 1380명에서 2023년 9월 308,923명으로 증가하고 있다[1]. 연명의료중단은 의료인의 신념과 태도에 영향을 받을 수 있는데 환자를 살리고 치료하는 행위가 아니라 그 결과가 죽음으로 이어진다는 점에서[5], 연명의료중단을 논의할 때 환자의 ‘좋은 죽음’을 달성하기 위해 개인의 사회적 지위와 상황을 고려하는 것이 필수적일 수 있다[6]. ‘좋은 죽음’이란 품위 있는 죽음, 임종을 맞는 순간에도 존엄성을 갖는 것으로 사용되며 의료진과 환자 및 가족의 소통을 통해 연명의료를 피하고 존엄성을 유지한 채 편안하게 임종하고 가족은 죽음에 대해 긍정적으로 느끼는 과정을 말한다[7]. 중환자실 간호사가 죽음에 대한 태도가 어떠한가에 따라 죽음을 앞둔 환자에 심리적 영향을 미칠 수 있는데, 중환자실 간호사가 죽음에 대한 태도가 긍정적일수록 환자는 적극적인 자세로 죽음의 의미를 받아들일 수 있다[8]. 중환자실에서 환자 사망은 간호 실무에서 피할 수 없는 측면임으로 중환자실 간호사가 ‘좋은 죽음’을 인식하고 간호하는 것이 중요하다고 하겠다[9].

임종과정에 있는 환자를 간호하는 중환자실 간호사의 죽음 인식이 긍정적일수록 연명의료결정 인식이 긍

정적으로 나타났다[10]. 연명의료 결정 인식이란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 주된 병적 상태를 개선할 수는 없지만 생명을 연장할 수 있는 연명의료를 보류하거나 중단하는 것에 대해 우리가 이해하고 연명의료에 대해 생각하고 인식하는 것을 의미한다[11]. 간호사들은 존엄한 죽음을 위해 결정되는 연명의료중단에 대해 긍정적으로 받아들이며 연명의료중단을 시행하여도 최선의 간호를 해야 하는 것으로 인식하고 있다[12]. 그러나 중환자실 간호사들은 연명의료결정법 시행 이후 다양한 육체적, 심리적, 관계적 갈등을 경험하는데 동일한 공간에 연명의료중단 결정을 내린 환자와 일반 중환자가 섞여 있어 효율적인 간호업무를 수행 하는데 방해를 받는다고 하였다. 또한, 연명의료중단 시행 이후 시술행위들이 세분화됨(혈액투석, 체외막형 산화장치, 인공호흡기, 승압제, 항균제 등)에 따라 환자가 연명의료에 대한 치료 범위 선택이 가능하게 되었지만[13], 연명의료중단 후 환자 간호에 대한 간호프로토콜이 없어 주로 자신의 경험대로 환자 간호를 하고 있다[14]. 그러므로 연명의료중단 결정 이후 중환자실 간호사의 간호 활동에 대해 파악할 필요가 있다.

중환자실에서 연명의료중단과 관련된 연구를 살펴보면 연명의료중단 시행 이전, 대학병원 중환자실 간호사를 대상으로 Do-Not-Resuscitate (DNR) 결정 환자에 대한 간호 활동의 변화에 관한 연구[15]가 있었다. 연명의료중단 시행 이후, 사전연명의료의향서 지식[16], 간호사의 연명의료중단 태도[17], 중환자실 의료진들의 윤리적 딜레마[18], 임종간호에 대한 간호사들의 지식과 태도[19] 등의 연구가 이루어지고 있다.

그러나 임상 현장에서 연명의료중단 결정 이후 중환자실 간호사의 간호 활동에 대하여 파악한 연구는 없었으며, 좋은 죽음인식과 연명의료결정 인식을 포함한 연구는 찾아볼 수가 없었다. 따라서 본 연구는 중환자실 간호사의 좋은 죽음인식, 연명의료결정 인식 및 연명의료중단 후 간호 활동의 중요도 변화에 대해 알아보고자 수행되었다.

### 2. 연구 목적

본 연구는 상급종합병원 중환자실 간호사의 좋은 죽음인식과 연명의료결정 인식 및 연명의료중단 결정 후

간호 활동의 중요도 변화 정도를 파악하는 것으로 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 1) 중환자실 간호사의 일반적 특성을 파악한다.
- 2) 중환자실 간호사의 일반적 특성에 따른 좋은 죽음 인식과 연명의료결정 인식과 연명의료결정 인식 정도를 파악한다.
- 3) 중환자실 간호사의 좋은 죽음인식과 연명의료결정 인식 정도를 파악한다.
- 4) 중환자실 간호사의 연명의료중단 결정 후 간호 활동 빈도와 중요도 변화를 파악한다.
- 5) 중환자실 간호사의 좋은 죽음인식, 연명의료결정 인식 및 연명의료중단 결정 후 간호 활동의 중요도 변화 간의 상관관계를 파악한다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구 설계

상급종합병원 중환자실 간호사를 대상으로 좋은 죽음인식, 연명의료결정 인식 및 연명의료중단 결정 후 간호 활동의 중요도 변화를 파악하기 위한 서술적 조사 연구이다.

### 2. 연구 대상

연구대상자는 B광역시에 소재한 P 상급종합병원, U광역시에 소재한 U 상급종합병원에서 중환자실에 근무한 지 3개월 이상 연명의료중단 경험이 있는 중환자실 간호사이고, 경력 3개월 미만 간호사는 간호 근무환경 적응 및 오리엔테이션 기간 중으로 근무환경 인식 및 간호 수행에 대한 평가가 어려울 것으로 예상되어 제외하였다[20].

본 연구에 필요한 상관관계 분석의 적정 표본의 수는 유의수준  $\alpha$ 는 0.05, 검정력 .95, 효과크기 .25로 G\*power 3.1.9.2 프로그램을 이용하여 산출한 결과, 최소 표본 수는 164명으로 산출되었다. 이에 탈락률 10% 고려하여 총 180부 배부하였으며, 이 중 불성실하게 응답한 7부를 제외한 총 173부를 분석하였다.

### 3. 연구도구

#### 1) 좋은 죽음인식

좋은 죽음인식 측정도구는 Schwartz 등[21]이 개발한 The concept of a good death measure를 Jeong [22]이 번안하고 수정한 도구를 사용하였다. 총 17문항으로 임상증상 5문항, 친밀감 9문항, 통제감 3문항으로 3개의 하위영역으로 구성되어 있다. 각 문항에 대한 응답은 ‘전혀 중요하지 않다’(1점), ‘중요하지 않다’(2점), ‘중요하다’(3점), ‘매우 중요하다’(4점)의 4점 Likert 척도로 측정하였고 총점의 점수가 높을수록 좋은 죽음 인식이 높음을 의미한다. Schwartz 등(2003) [21]이 개발할 당시의 도구 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .87이었고, Jeong[22]의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .82이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha$ 는 .86이었다.

#### 2) 연명의료결정 인식

연명의료결정 인식 측정도구는 환자의 상병 원인을 치료하거나 주된 병적 상태를 개선할 수는 없지만 생명을 연장할 수 있는 연명의료를 보류하거나 중단하는 것에 대해 이해하고 판단하는 의식 활동을 측정하는 도구(Korea Ministry of Government Legislation, 2018) [11]로 본 연구에서는 Han[23]이 수정·보완한 도구를 사용하였으며 총 30문항으로 각 문항에 대한 응답은 ‘전혀 그렇지 않다’(1점), ‘그렇지 않다’(2점), ‘그렇다’(3점), ‘매우 그렇다’(4점)의 4점 Likert 척도로 측정하였다. Han[23]의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .82이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha$ 는 .80이었다.

#### 3) 중환자실 간호 활동

중환자실 간호 활동 측정도구는 Cho[15]가 수정·보완한 DNR 결정 후 중환자실 간호사의 간호 활동의 중요도 변화에 관한 도구를 이용하였다. 연명의료중단 이행서가 작성되기 이전 간호 활동과 이행서가 작성되고 난 이후 간호 활동 총 44문항으로 신체적 30문항, 정서적 6문항, 영적 5문항, 사회적 3문항으로 중환자실 간호 활동 빈도에 대하여 ‘증가’(1점), ‘변화 없음’(0점), ‘감소’(-1점)로 측정하였으며 점수의 범위는 ‘-1~+1’이다. 연명의료중단 결정 후 간호활동의 중요도 변화는 44개 설문 문항에 각각에 대하여 연명의료중단 전의 중요

도와 연명의료중단 후의 중요도를 표시하여 각 문항에 대한 응답은 '전혀 중요하지 않다'(1점), '중요하지 않다'(2점), '중요하다'(3점), '매우 중요하다'(4점)의 4점 Likert 척도로 측정하였으며 중요도의 변화는 연명의료중단 결정 후의 중요도 값에서 연명의료중단 결정 전의 중요도 값을 뺀 값으로 측정, 양의 값은 중요도의 증가, 음의 값은 중요도의 감소를 의미하며 점수의 범위는 '-3~+3'이다. Cho[15]의 연구에서는 Cronbach's  $\alpha$  는 .97이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha$ 는 .92이었다.

#### 4. 자료 수집 방법 및 기간

B광역시 P대학교의 기관 생명윤리위원회(institutional review board, IRB)의 승인(승인번호:1041386-202301-HR-2-02)을 받아 2023년 2월 1일부터 4월 30일까지 설문 조사하였다. 자료 수집에 앞서 연구자가 각 연구 대상 병원의 간호부에 협조를 받고 연구를 진행하였다. 연구 대상자의 윤리적 측면을 고려하여 연구의 목적과 방법, 비밀보장 및 연구자료 관리, 설문지 작성방법에 대하여 충분한 설명 후 연구 참여에 동의한 경우 설문지에 응하도록 하였다. 연구 대상자에게 원하는 경우는 언제든지 참여를 중단할 수 있음을 설명 후 설문지를 배부하였다. 설문지 작성이 완료 후에는 밀봉된 봉투에 담아 연구자가 직접 수거하였다. 설문지 작성 시 15~20분이 소요되었으며 소정의 답례품(의료용 펜라이트)을 지급하였다.

#### 5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/WIN 27.0 program을 이용하여 분석하였고 다음과 같다.

- 1) 중환자실 간호사의 일반적 특성을 빈도와 백분율로 분석하였다.
- 2) 중환자실 간호사의 일반적 특성에 따른 좋은 죽음인식, 연명의료결정 인식을 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 3) 중환자실 간호사의 일반적 특성에 따른 좋은 죽음인식, 연명의료결정 인식의 차이는 independent t-test와 one-way ANOVA로 분석하였으며 사후검정은 Scheffé로 분석하였다.

4) 중환자실 간호사의 연명의료결정 후 간호 활동은 실수와 백분율로 파악하고 중요도 변화는 paired t-test로 분석하였다.

5) 중환자실 간호사의 좋은 죽음인식, 연명의료결정 인식, 연명의료 결정 후 간호 활동의 중요도 변화의 상관관계는 Pearson's correlation coefficients로 분석하였다.

### III. 연구결과

#### 1. 중환자실 간호사의 일반적 특성

총 173명 중 성별은 여성이 158명(91.3%), 남성이 15명(8.7%)이었으며, 연령은 26세 미만 27명(15.6%), 26세 이상-29세 이하 79명(45.6%), 30세 이상-34세 이하 52명(30.1%), 35세 이상 15명(8.7%)이었다. 종교는 불교 20명(11.5%), 기독교 27명(15.6%), 가톨릭교 15명(8.7%), 무교 111명(64.2%)이었다. 결혼은 기혼이 47명(27.2%), 미혼이 126명(72.8%)이었다. 학력은 전문학사 3명(1.8%), 학사 122명(70.5%), 석사과정 이상 48명(27.7%)이었다. 간호사 총 경력은 1년 미만 9명(5.2%), 1년 이상-5년 미만이 66명(38.1%), 5년 이상-10년 미만 69명(39.9%), 10년 이상이 29명(16.8%)이었다. 현 병동 경력은 1년 미만이 10명(5.8%), 1년 이상-5년 미만이 71명(41.0%), 5년 이상-10년 미만 69명(39.9%), 10년 이상이 23명(13.3%)이었다. 근무부서는 Trauma intensive care unit 56명(32.3%), Medical intensive care unit 23명(13.3%), Emergency intensive care unit 37명(21.4%), Coronary intensive care unit 25명(14.5%), Neurosurgical intensive care unit 13명(7.5%), Surgical intensive care unit 19명(11.0%)이었다. 죽음 교육 여부에서는 교육을 받은 경우가 76명(43.9%), 안받은 경우가 97명(56.1%)이었다. 연명의료 결정 법률제정 시행 여부를 아는 사람은 160명(92.5%)으로 가장 많았고 모른다는 13명(7.5%)이었다(Table 1).

#### 2. 중환자실 간호사의 좋은 죽음인식, 연명의료결정 인식 정도

중환자실 간호사의 좋은 죽음인식의 총 점수는 48.76

Table 1. General Characteristics of Awareness of Good death, Perception of Life-sustaining Treatment Decision (N=173)

| Characteristics  | Categories   | n(%)      | Awareness of good death |             | Perception of life-sustaining treatment decision |            |
|--|--------------|-----------|-------------------------|-------------|--|------------|
|  |              |           | Mean ±SD                | t or F(p)   | Mean ±SD   | t or F(p)  |
| Gender   | Female       | 158(91.3) | 2.85±.37                | 3.41(.065)  | 2.66±.23   | .35(.852)  |
|  | Male         | 15(8.7)   | 3.07±.51                |             | 2.67±.32   |            |
| Age(year)  | <26          | 27(15.6)  | 2.81±.33                | 2.79(.425)  | 2.66±.20   | .19(.980)  |
|  | 26-29        | 79(45.6)  | 2.87±.37                |             | 2.67±.20   |            |
|  | 30-34        | 52(30.1)  | 2.85±.32                |             | 2.65±.19   |            |
|  | ≥35          | 15(8.7)   | 2.98±.70                |             | 2.59±.50   |            |
| Religion   | Buddhism     | 20(11.5)  | 3.01±.34                | 5.21(0.157) | 2.75±.24   | 5.94(.115) |
|  | Christianity | 27(15.6)  | 2.93±.36                |             | 2.62±.14   |            |
|  | Catholicism  | 15(8.7)   | 2.69±.61                |             | 2.53±.20   |            |
|  | None         | 111(64.2) | 2.84±.36                |             | 2.67±.23   |            |
| Marital status   | Married      | 47(27.2)  | 2.83±.47                | -.76(.509)  | 2.67±.31   | .41(.121)  |
|  | Unmarried    | 126(72.8) | 2.88±.36                |             | 2.67±.20   |            |
| Education lever  | Diploma      | 3(1.8)    | 2.88±.10                | .64(.726)   | 2.76±.10   | 1.13(.568) |
|  | Bachelors    | 122(70.5) | 2.89±.38                |             | 2.67±.21   |            |
|  | ≥Masters     | 48(27.7)  | 2.81±.44                |             | 2.64±.31   |            |
| Total clinical career(year)  | <1           | 9(5.2)    | 2.95±.54                | 2.27(.518)  | 2.64±.24   | .33(.954)  |
|  | 1- $<$ 5     | 66(38.1)  | 2.83±.33                |             | 2.69±.20   |            |
|  | 5- $<$ 10    | 69(39.9)  | 2.86±.36                |             | 2.65±.38   |            |
|  | ≥10          | 29(16.8)  | 2.93±.54                |             | 2.64±.38   |            |
| Career at current workplace(year)                                  | <1           | 10(5.8)   | 2.95±.51                | 3.02(.388)  | 2.65±.23   | 1.42(.703) |
|  | 1- $<$ 5     | 71(41.0)  | 2.85±.32                |             | 2.70±.20   |            |
|  | 5- $<$ 10    | 69(39.9)  | 2.82±.42                |             | 2.62±.27   |            |
|  | ≥10          | 23(13.3)  | 3.01±.42                |             | 2.68±.21   |            |
| Current workplace  | TICU         | 56(32.3)  | 2.91±.39                | 4.49(.481)  | 2.67±.21   | 6.75(.240) |
|  | MICU         | 23(13.3)  | 2.91±.30                |             | 2.72±.18   |            |
|  | EICU         | 37(21.4)  | 2.75±.47                |             | 2.61±.33   |            |
|  | CCU          | 25(14.5)  | 2.79±.30                |             | 2.61±.12   |            |
|  | NSICU        | 13(7.5)   | 2.91±.44                |             | 2.63±.18   |            |
|  | SICU         | 19(11.0)  | 2.95±.37                |             | 2.75±.28   |            |
| Experience receiving education about death                         | Yes          | 76(43.9)  | 2.89±.36                | .64(.698)   | 2.66±.19   | .06(.267)  |
|  | No           | 97(56.1)  | 2.85±.42                |             | 2.66±.27   |            |
| Recognition of legislation for life-sustaining treatment decisions | Yes          | 160(92.5) | 2.86±.39                | .07(.795)   | 2.66±.24   | .00(.970)  |
|  | No           | 13(7.5)   | 2.88±.41                |             | 2.66±.19   |            |

\* $p < .05$ ; TICU=Trauma intensive care unit; MICU=Medical intensive care unit; EICU=Emergency intensive care unit; CCU=Coronary intensive care unit; NSICU=Neurosurgical intensive care unit; SICU=Surgical intensive care unit; SD=Standard deviation

Table 2. Mean Score for Awareness of Good death, Perception of Life-sustaining Treatment Decision (N=173)

| Variables  | Categories       | Mean±SD    | Average  |
|--|------------------|------------|----------|
| Awareness of good death                          | Total            | 48.76±6.67 | 2.86±.39 |
|  | Clinical         | 12.89±2.32 | 2.57±.46 |
|  | Closure          | 7.91±1.90  | 2.63±.63 |
|  | Personal control | 27.96±3.99 | 3.10±.44 |
| Perception of life-sustaining treatment decision |                  | 79.91±7.11 | 2.66±.24 |

SD=Standard deviation

±6.67점이었으며, 4점 만점으로 환산했을 때 2.86±.39점이었다. 하위영역별 점수가 임상증상 2.57±.46점, 통제감 2.63±.63점, 친밀감 3.10±.44점의 순으로 나타났다. 연명의료결정 인식의 총 점수는 79.91±7.11점이었으며, 4점 만점으로 환산했을 때 2.66±.23점이었다(Table 2).

### 3. 중환자실 간호사의 연명의료 결정 중단 후 간호 활동 변화

중환자실 간호사의 44개 항목 중 간호 활동이 증가한 간호사의 수는 26.7명(15.4%), 유지 122.6명(70.9%), 감소 23.7명(13.7%)이었다. 활동 감소가 가장 많은 영역은 신체적 영역 31.4명(18.2%)이었고, 정서적 영역 8.6명(4.9%), 사회적 영역 6명(3.5%), 영적 영역 5.4명(3.1%) 순이었다. 간호사의 활동이 가장 많이 감소한 항목은 신체적 영역 중 '뇌압, 중심정맥압, 폐동맥뻘기압 측정하여 확인한다' (46.2%), '수혈간호를 한다' (44.5%), '감염확인을 위해 채혈 및 배양검사 간호를 수행한다' (36.4%) 순이었다. 활동 증가가 가장 많은 영역은 영적 영역으로 증가율이 41.4%이었고, 이후 사회적 영역 38.7%, 정서적 영역 33.1%, 신체적 영역 5.3% 순이었다. 영적 영역에서 '애도과정을 긍정적으로 경험하도록 격려한다' (47.4%), '환자의 개인적인 기호에 관심을 갖고 필요시 도움(소장하던 담요, 음악 제공)을 준다' (45.1%), '종교의식 참여를 원할 경우 환경을 마련해 주며 종교 지도자를 원할 때 정보를 제공한다' (41.0%) 순이었다. 사회적 영역에서 '가족들과 같이 있기를 원하는 경우 동의하에 같이 있을 수 있게 한다' (48.6%), '교우나 친지의 방문을 격려한다' (37.6%), '환자 가족이 경제적 어

려움을 호소할 때 사회사업실에 의뢰한다' (30.1%) 순이었다. 정서적 영역에서 '환자 간호의 전반적 사항에 대해 보호자와 적극적인 의사소통을 한다' (45.1%), '보호자의 감정을 표현하게 하고 호소를 들어준다' (38.7%), '통증과 불편감의 줄이기 위해 약물 사용에 대하여 의사 및 보호자와 상의한다' (34.7%) 순이었다(Table 3).

### 4. 연명의료 결정 후 간호 활동의 중요도 변화

연명의료 결정 후 간호 활동별로 중요도 변화를 분석한 결과 신체적 영역 모든 항목에서 통계적으로 유의하게 감소하였다. 정서적 영역 6개 항목 중 '환자의 프라이머시를 보호한다(t=-2.24, p<.026)', '통증과 불편감의 해소를 위한 진정제 사용에 대하여 의사 및 보호자와 상의한다(t=-2.78, p<.006)', '보호자의 호소를 경청하고 감정상태를 표현하게 한다(t=2.20, p<.029)'의 3개 항목이 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 영적 영역 5개 항목 중 1개의 항목을 제외한 '보호자가 원할 때 함께 있어 준다(t=5.15, p<.001)', '환자의 개인적인 기호에 관심(준중)을 갖고 필요시 도움(소장하던 담요, 음악을 제공)을 준다(t=2.34, p<.020)', '긍정적으로 애도과정(존엄한 죽음)을 경험하도록 격려한다(t=4.09, p<.001)', '종교의식 참여를 원할 경우 환경을 마련해 주며 원목자 및 영적 지도자를 원할 때 안내 및 정보를 제공한다(t=4.99, p<.001)'가 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 사회적 영역 3개 항목 중 2개 항목 '교우나 친지의 방문을 격려한다(t=5.40, p<.001)', '가족들과 같이 있기를 원하는 경우 동의하에 같이 있을 수 있게 한다(t=5.03, p<.001)'가 통계적으로 유의한 차이가 있었다(Table 4).

Table 3. Frequency of Nursing activities After the Decision to Discontinue Life-sustaining Treatment (N=173)

|                  | Nursing activities   | Frequency n(%) |            |          |
|------------------|--|----------------|------------|----------|
|                  |  | Increase       | No change  | Decrease |
| Physical domain  | 1. Assess level of consciousness using glasgow coma scale (GCS) or pupil reflex  | 19(11.0)       | 126(72.8)  | 28(16.2) |
|                  | 2. Assess sensory, motion, and circulation   | 7(4.0)         | 139(80.3)  | 27(15.6) |
|                  | 3. Assess defecation, urination patterns and disability conditions   | 2(1.2)         | 139(80.3)  | 32(18.5) |
|                  | 4. Assess gastrointestinal functions   |                | 124(71.7)  | 49(28.3) |
|                  | 5. Maintain foley catheter   |                | 133(76.9)  | 40(23.1) |
|                  | 6. Measure body temperature  | 2(1.2)         | 152(87.9)  | 19(11.0) |
|                  | 7. Monitor none invasive blood pressure  | 7(4.0)         | 148(85.5)  | 18(10.4) |
|                  | 8. Monitor blood pressure using A-line   | 15(8.7)        | 134(77.5)  | 24(13.9) |
|                  | 9. Judge and intervene electrocardiography (EKG)   | 15(8.7)        | 112(64.7)  | 46(26.6) |
|                  | 10. Monitor invasive pressure (central venous pressure [CVP], pulmonary capillary wedge pressure [PCWP], pulmonary arterial pressure [PAP], intracranial pressure [ICP]) | 2(1.2)         | 91(52.6)   | 80(46.2) |
|                  | 11. Thoroughly monitor and management for fluid and total parenteral nutrition (TPN)   | 1(0.6)         | 131(75.7)  | 41(23.7) |
|                  | 12. Perform cold and warm therapy on body temperature  | 4(2.3)         | 153(88.4)  | 16(9.2)  |
|                  | 13. Assess patient's condition and recommend medication capacity adjustment  | 13(7.5)        | 119(68.8)  | 41(23.7) |
|                  | 14. Perform blood transfusion  | 1(0.6)         | 95(54.9)   | 77(44.5) |
|                  | 15. Perform nursing intervention on skin damage  | 8(4.6)         | 147(85.0)  | 18(10.4) |
|                  | 16. Perform insertion and maintenance care on peripheral venous line, central venous line  | 4(2.3)         | 155(89.6)  | 14(8.1)  |
|                  | 17. Assess skin damage   | 9(5.2)         | 142(82.1)  | 22(12.7) |
|                  | 18. Monitor electrolyte test result and manage balance   | 1(0.6)         | 113(65.3)  | 59(34.1) |
|                  | 19. Maintain levin-tube and perform feeding care   | 2(1.2)         | 136(78.6)  | 35(20.2) |
|                  | 20. Perform maintenance care of endotracheal tube and tracheostomy   | 2(1.2)         | 154(89.0)  | 17(9.8)  |
|                  | 21. Perform nursing care based on infection control guideline  |                | 157(90.8)  | 16(9.2)  |
|                  | 22. Perform nursing on blood sampling and culture test for infection control   |                | 110(63.6)  | 63(36.4) |
|                  | 23. Perform nursing care related to diagnostic test  | 4(2.3)         | 110(63.6)  | 59(34.1) |
|                  | 24. Observe patient response (physiological responses, facial expression, body posture, articulation) on pain and discomfort   | 49(28.3)       | 118(68.2)  | 6(3.5)   |
|                  | 25. Apply developed nursing guidelines   | 3(1.7)         | 141(81.5)  | 29(16.8) |
|                  | 26. Perform nursing interventions (maintain comforting posture, usage of prn painkillers) for controlling pain and discomfort, and assess patient's response             | 60(34.7)       | 107(61.8)  | 6(3.5)   |
|                  | 27. Perform facial wash and partial bath nursing   | 13(7.5)        | 149(86.1)  | 11(6.4)  |
|                  | 28. Perform oral care  | 12(6.9)        | 147(85.0)  | 14(8.1)  |
|                  | 29. Exchange patient gowns and sheets  | 9(5.2)         | 144(83.2)  | 20(11.6) |
|                  | 30. Perform nursing for prevention of skin damage  | 10(5.8)        | 146(84.4)  | 17(9.8)  |
| Subtotal mean    | 9.1(5.3)   | 132.4(76.5)    | 31.4(18.2) |          |
| Emotional domain | 31. Protect patient's privacy  | 25(14.5)       | 137(79.2)  | 11(6.4)  |
|                  | 32. Consult with doctors and families on usage of sedatives drug for relieving pain and discomfort   | 60(34.7)       | 107(61.8)  | 6(3.5)   |

| Nursing activities  | Frequency n(%) |             |            |
|---|----------------|-------------|------------|
|   | Increase       | No change   | Decrease   |
| 33. Listen courteously to families complaints and allow emotional expressions   | 67(38.7)       | 100(57.8)   | 6(3.5)     |
| 34. Actively communicate with families about overall patient care   | 78(45.1)       | 90(52.0)    | 5(2.9)     |
| 35. Actively communicate with doctors about overall patient care  | 57(32.9)       | 99(57.2)    | 17(9.8)    |
| 36. Ensure smooth relationship between families and the medical team  | 56(32.4)       | 110(63.6)   | 7(4.0)     |
| Subtotal mean   | 57.2(33.1)     | 107.2(62)   | 8.6(4.9)   |
| 37. Keep company with families upon their need  | 64(37.0)       | 103(59.5)   | 6(3.5)     |
| 38. Have a warm-hearted, kind attitude toward patients and families   | 63(36.4)       | 106(61.3)   | 4(2.3)     |
| 39. Provide assistance (offer stocked blankets, music) upon their need with concern (respect) for patient's personal preference                             | 78(45.1)       | 88(50.9)    | 7(4.0)     |
| 40. Encourage to experience grieving process in a positive way  | 82(47.4)       | 87(50.3)    | 4(2.3)     |
| 41. Provide environment for participation in religious rituals if desired; provide a guide and information if a chaplain or a spiritual leader is requested | 71(41.0)       | 96(55.5)    | 6(3.5)     |
| Subtotal mean   | 71.6(41.4)     | 96(55.5)    | 5.4(3.1)   |
| 42. Encourage visits from friends and relatives   | 65(37.6)       | 100(57.8)   | 8(4.6)     |
| 43. Allow to stay together with the family if desired upon agreement  | 84(48.6)       | 84(48.6)    | 5(2.9)     |
| 44. Consult department of social work service when patient's family appeals to their financial difficulties   | 52(30.1)       | 116(67.1)   | 5(2.9)     |
| Subtotal mean   | 67(38.7)       | 100(57.8)   | 6(3.5)     |
| Total   | 26.7(15.4)     | 122.6(70.9) | 23.7(13.7) |

**5. 중환자실 간호사의 좋은 죽음인식, 연명의료 결정 인식, 연명의료 중단 결정 후 간호 활동의 중요도 변화 간의 상관관계**

대상자의 좋은 죽음인식, 연명의료 결정 인식, 연명의료 중단 결정 후 간호 활동의 중요도 변화 간의 상관관계에서 좋은 죽음인식 하위 영역 중 임상증상은 통제감과 양의 상관관계( $r=.41, p<.001$ ), 친밀감과 양의 상관관계( $r=.46, p<.001$ )이었으며, 통제감은 친밀감과 양의 상관관계( $r=.48, p<.001$ )으로 나타났다. 연명의료 결정 인식은 좋은 죽음인식 하위 영역 중 임상증상과 양의 상관관계( $r=.26, p<.001$ )이었으며, 통제감과 양의 상관관계( $r=.36, p<.001$ ), 친밀감과 양의 상관관계( $r=.49, p<.001$ )가 있는 것으로 나타났다. 연명의료 중단 결정 후 간호 활동의 중요도 변화와 좋은 죽음인식 하위 영역에서 임상증상( $r=-.02, p<.839$ ), 통제감( $r=.04, p<.593$ ), 친밀감( $r=.05, p<.487$ )과 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 연명의료 중단 결정 후 간호 활동의

중요도 변화와 연명의료 결정 인식에서도 ( $r=.14, p<.064$ )으로 나타나 상관관계가 없는 것으로 나타났다 (Table 5).

**IV. 논 의**

본 연구는 중환자실 간호사의 좋은 죽음인식, 연명의료결정 인식 및 연명의료중단 결정 후 간호활동의 중요도 변화 간의 관계를 알아보고 연명의료중단 결정 후 간호 활동이 어떻게 변화하는지를 파악하여 중환자실 간호사의 효율적인 간호 활동을 위한 기초자료를 마련하기 위하여 수행하였다.

중환자실 간호사의 일반적 특성에 따른 좋은 죽음인식과 연명의료결정 인식은 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다. 중환자실 간호사를 대상으로 한 Lee 등[17]의 연구에서는 남자가 여자보다 좋은 죽음 인식 점수가 높으며 Kang 등[10]의 연구에서는 임상경력과

Table 4. Differences in Importance of Nursing Activities before and after the Decision to Discontinue Life-sustaining Treatment in Intensive Care Unit (N=173)

|  | Nursing activities |                  | t(p)                     |
|--|--------------------|------------------|--------------------------|
|  | Before<br>Mean±SD  | After<br>Mean±SD |                          |
| Physical domain  |                    |                  |                          |
| 1. Assess level of consciousness using glasgow coma scale (GCS) or pupil reflex  | 3.63±.55           | 3.29±.71         | -0.34±.64<br>-6.98(.001) |
| 2. Assess sensory, motion, and circulation   | 3.53±.60           | 3.20±.67         | -0.32±.60<br>-7.20(.001) |
| 3. Assess defecation, urination patterns and disability conditions   | 3.40±.65           | 3.08±.72         | -0.32±.78<br>-5.39(.001) |
| 4. Assess gastrointestinal functions   | 3.25±.65           | 2.90±.75         | -0.35±.72<br>-6.43(.001) |
| 5. Maintain foley catheter   | 3.39±.62           | 3.01±.69         | -0.38±.68<br>-7.22(.001) |
| 6. Measure body temperature  | 3.38±.62           | 3.07±.70         | -0.31±.62<br>-6.46(.001) |
| 7. Monitor none invasive blood pressure  | 3.52±.57           | 3.17±.71         | -0.35±.61<br>-7.52(.001) |
| 8. Monitor blood pressure using A-line   | 3.53±.60           | 3.18±.74         | -0.34±.66<br>-6.79(.001) |
| 9. Judge and intervene electrocardiography (EKG)   | 3.54±.60           | 3.06±.84         | -0.48±.83<br>-7.64(.001) |
| 10. Monitor invasive pressure(central venous pressure [CVP], pulmonary capillary wedge pressure [PCWP], pulmonary arterial pressure[PAP], intracranial pressure [ICP]) | 2.93±.82           | 2.42±.93         | -0.51±.87<br>-7.65(.001) |
| 11. Thoroughly monitor and management for fluid and total parenteral nutrition(TPN)  | 3.38±2.37          | 2.90±.73         | -0.47±.45<br>-2.54(.012) |
| 12. Perform cold and warm therapy on body temperature  | 3.27±.61           | 3.03±.62         | -0.24±.61<br>-5.24(.001) |
| 13. Assess patient's condition and recommend medication capacity adjustment  | 3.48±.54           | 3.05±.75         | -0.43±.76<br>-7.37(.001) |
| 14. Performe blood transfusion   | 3.38±.70           | 2.73±.82         | -0.64±.88<br>-9.64(.001) |
| 15. Perform nursing intervention on skin damage  | 3.36±.62           | 3.09±.68         | -0.28±.65<br>-5.61(.001) |
| 16. Perform insertion and maintenance care on peripheral venous line, central venous line  | 3.37±.63           | 3.01±.67         | -0.36±.72<br>-6.62(.001) |
| 17. Assess skin damage   | 3.35±.58           | 3.07±.66         | -0.28±.69<br>-5.43(.001) |
| 18. Monitor electrolyte test result and manage balance   | 3.44±.61           | 2.84±.81         | -0.60±.82<br>-9.65(.001) |
| 19. Maintain levin-tube and perform feeding care   | 3.26±.65           | 2.94±.72         | -0.32±.68<br>-6.15(.001) |
| 20. Perform maintenance care of endotracheal tube and tracheostomy   | 3.49±.57           | 3.10±.63         | -0.38±.68<br>-7.41(.001) |
| 21. Perform nursing care based on infection control guideline  | 3.47±.60           | 3.02±.78         | -0.46±.81<br>-7.41(.001) |
| 22. Perform nursing on blood sampling and culture test for infection control   | 3.20±.72           | 2.69±.87         | -0.51±.94<br>-7.17(.001) |
| 23. Perform nursing care related to diagnostic test  | 3.24±.68           | 2.73±.85         | -0.51±.83<br>-8.13(.001) |
| 24. Observe patient response (physiological responses, facial expression, body posture, articulation) on pain and discomfort   | 3.63±.50           | 3.43±.60         | -0.20±.64<br>-4.07(.001) |

| Nursing activities   | Before   |          | After      |             | After-Before<br>Mean±SD | t(ρ) |
|--|----------|----------|------------|-------------|-------------------------|------|
|  | Mean±SD  | Mean±SD  | Mean±SD    | Mean±SD     |                         |      |
| 25. Apply developed nursing guidelines   | 3.19±.63 | 2.92±.77 | -0.27±.74  | -4.83(.001) |                         |      |
| 26. Perform nursing interventions (maintain comforting posture, usage of prn painkillers) for controlling pain and discomfort, and assess patient's response | 3.64±.50 | 3.51±.60 | -0.13±.67  | -2.60(.010) |                         |      |
| 27. Perform facial wash and partial bath nursing   | 3.24±.65 | 3.14±.67 | -0.09±.59  | -2.05(.042) |                         |      |
| 28. Perform oral care  | 3.28±.61 | 3.12±.64 | -0.16±.63  | -3.40(.001) |                         |      |
| 29. Exchange patient gowns and sheets  | 3.14±.69 | 3.00±.73 | -0.14±.64  | -2.85(.005) |                         |      |
| 30. Perform nursing for prevention of skin damage  | 3.36±.61 | 3.10±.71 | -0.27±.75  | -4.64(.001) |                         |      |
| 31. Protect patient's privacy  | 3.45±.54 | 3.35±.61 | -0.11±.61  | -2.24(.026) |                         |      |
| 32. Consult with doctors and families on usage of sedatives drug for relieving pain and discomfort   | 3.62±.52 | 3.49±.60 | -0.13±.63  | -2.78(.006) |                         |      |
| 33. Listen courteously to families complaints and allow emotional expressions  | 3.34±.59 | 3.44±.60 | 0.10±.59   | 2.20(.029)  |                         |      |
| 34. Actively communicate with families about overall patient care  | 3.42±.51 | 3.47±.59 | 0.05±.58   | 1.17(.242)  |                         |      |
| 35. Actively communicate with doctors about overall patient care   | 3.43±.04 | 3.41±.04 | -0.02±.61  | -0.37(.711) |                         |      |
| 36. Ensure smooth relationship between families and the medical team   | 3.35±.04 | 3.43±.04 | 0.08±.59   | 1.82(.071)  |                         |      |
| 37. Keep company with families upon their need   | 2.95±.06 | 3.27±.05 | 0.32±.81   | 5.15(.001)  |                         |      |
| 38. Have a warm-hearted, kind attitude toward patients and families  | 3.61±.23 | 3.42±.46 | -0.19±3.10 | -0.81(.420) |                         |      |
| 39. Provide assistance (offer stocked blankets, music) upon their need with concern(respect) for patient's personal preference                               | 3.31±.04 | 3.45±.04 | 0.14±.78   | 2.34(.020)  |                         |      |
| 40. Encourage to experience grieving process in a positive way   | 3.30±.04 | 3.53±.04 | 0.23±.72   | 4.09(.001)  |                         |      |
| 41. Provide environment for participation in religious rituals if desired; provide a guide and information if a chaplain or a spiritual leader is requested  | 3.16±.05 | 3.43±.04 | 0.27±.72   | 4.99(.001)  |                         |      |
| 42. Encourage visits from friends and relatives  | 2.83±.06 | 3.17±.05 | 0.34±.83   | 5.40(.001)  |                         |      |
| 43. Allow to stay together with the family if desired, upon agreement  | 3.18±.05 | 3.46±.04 | 0.28±.73   | 5.03(.001)  |                         |      |
| 44. Consult department of social work service when patient's family appeals to their financial difficulties  | 3.43±.04 | 3.44±.04 | 0.01±.53   | .14(.887)   |                         |      |

SD=Standard deviation

Table 5. Correlation between Awareness of Good Death, Perception for Life-sustaining Treatment Decision, and Nursing Activities after the Decision to Discontinue Life-sustaining Treatment (N=173)

| Variables  |                  | Clinical       | Closure       | Personal control | Perception of life-sustaining treatment decision | Nursing activities after the decision to discontinue life-sustaining treatment |
|--|------------------|----------------|---------------|------------------|--|--|
|  |                  | r( $\rho$ )    |               |                  |  |  |
| Awareness of good death  | Clinical         | 1              |               |                  |  |  |
|  | Closure          | .41<br>(.001)  | 1             |                  |  |  |
|  | Personal control | .46<br>(.001)  | .48<br>(.001) | 1                |  |  |
| Perception of life-sustaining treatment decision                               |                  | .26<br>(.001)  | .36<br>(.001) | .49<br>(.001)    | 1  |  |
| Nursing activities after the decision to discontinue life-sustaining treatment |                  | -.02<br>(.839) | .04<br>(.593) | .05<br>(.487)    | .14<br>(.064)                                    | 1  |

중환자실 경력에서 좋은 죽음인식 점수가 높게 나타났다. 이는 추후 연구를 통해 중환자실 간호사의 일반적 특성에 따른 좋은 죽음인식을 알아볼 필요가 있겠다. 또한, 연명의료결정 인식은 Kang 등[10]의 연구에서 연령, 결혼유무, 최종학력, 임상경력 및 중환자실 경력에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 이는 2018년 2월 이후 연명의료결정법이 처음 시행되고 얼마 되지 않았을 때 시행한 연구이므로, 중환자실 간호사가 연명의료결정 인식에 대한 체계적인 교육이 부족하여 간호사 개개인의 연명의료결정 인식을 가지고 중환자 간호 활동을 하였다고 생각된다. 그러나, 시간이 지나면서 연명의료결정법이 체계적으로 자리잡히고 임상 현장에 적용되면서 중환자실 간호사의 일반적인 특성은 크게 영향을 받지 않은 것으로 생각된다.

중환자실 간호사의 좋은 죽음인식은 평균 2.86점에 하부영역의 점수 친밀감 3.10점, 통제감 2.63점, 임상증상 2.57점으로 나타났다. Lee 등[17]의 연구에서 평균 3.00점에 하부영역의 점수 친밀감 3.21점, 통제감 2.76점, 임상증상 2.76점, Cho과 Ki[24]의 연구에서 평균 3.00점에 하위영역의 점수 친밀감 3.21점, 통제감이 2.65점, 임상증상 2.83점으로 본 연구에서 평균 점수가 조금 낮게 나타났다. 이는 하부영역 중 임상증

상 점수가 낮아 점수 차이가 나타나는 것으로 생각된다. 그러나 하부영역 중 친밀감은 3.10점으로 점수가 높게 나타났는데 Lee 등[17], Kang 등[10], Cho과 Ki [24]의 연구에서도 친밀감이 높게 나타나 본 연구결과와 일치하였다. 친밀감은 죽음과정에 대한 정신적, 사회적 및 영적 측면과 관련 있는 영역으로 죽음과정에서 임상적 또는 생의학적 측면에 초점을 두는 임상증상 영역, 죽음과정에서 신체 기능, 의식 및 의사소통을 조절하는 통제감 영역보다 친밀감 영역을 더 중요하게 생각하는 것을 확인할 수 있었다. 이는 Schwartz 등[21]의 연구에서 좋은 죽음이란 죽음을 삶의 한 과정으로 수용하고 사랑하는 사람과 함께 있을 때 자연스럽게 평화롭게 죽는 것이라고 보고한 연구결과를 지지한다고 볼 수 있다. 또한, 연명치료를 받고 있는 환자 곁에 가장 오래 머물러 있는 중환자실 간호사가 수명을 연장하면서 고통을 받는 환자들의 존엄성 있는 죽음을 긍정적으로 받아들이는 결과라고 생각된다.

중환자실 간호사의 연명의료결정 인식은 2.66점으로 Han[23]의 연구에서 2.95점으로 본 연구보다 높게 나타났다. Han[23]의 연구는 상급종합병원, 종합병원 및 요양병원의 병동 간호사를 대상으로 연명의료결정 인식을 측정하여 본 연구 대상자와 달라서 연명의료결정 인

식의 점수 차이가 나타났다고 생각된다. 또한, 동일항 도구로 5점 Likert 척도를 사용한 Kang 등[10]의 연구에서는 3.55점으로 나타났다. 본 연구의 연명의료결정 인식은 4점 척도로 측정하여 5점 척도로 환산하여도 Kang 등[10]의 연구 결과보다 낮게 나타났다. 이는 추후 반복 연구를 통해 확인해 볼 필요가 있겠다.

중환자실 간호사는 연명치료를 받고 있는 환자를 간호하는 것 이외에도 환자와 보호자에게 임종과정에 대한 교육과 환자의 연명의료중단을 작성할 시 담당의 및 주치의와 의사소통을 연결해주는 역할을 한다. 따라서, 환자 간호와 교육자, 의사소통의 매개자 역할 등을 하는 중환자실 간호사에게 연명의료 및 임종 간호교육을 제공하여 올바른 연명의료결정 인식을 가질 수 있도록 하여야 한다.

중환자실 간호사의 연명의료중단 결정 후 간호 활동 빈도 변화는 본 연구에서 유지가 70.9%(122.6명)로 가장 많았다. Cho[15]의 연구 93.1%(144.3명), Lee과 Jang[25]의 연구 59.2%(102.4명)으로 유지가 많았다. 이것은 연명의료중단을 결정했는지라도 환자에게 기본간호 및 처치는 제공해야 한다는 생각으로 간호 활동 빈도는 변화하지 않는 것으로 볼 수 있다. 또한, 연명의료 중단 결정 후 동의서에 치료 범위만 기재되어 있고 간호 제공 부분은 기재되어 있지 않아 간호 활동 빈도에 크게 변화가 없는 것으로 생각된다. 본 연구에서 간호 활동 감소가 가장 많은 영역은 신체적 영역이었고, 활동 증가가 가장 많은 영역은 영적 영역이었다. Cho[15]의 연구에서 영적 영역 빈도가 증가하여 본 연구 결과와 일치하였다. 그러나, Lee과 Jang[25]의 연구는 사회적 영역 빈도가 증가하여 본 연구 결과와 일치하지 않았다. 이는, Lee과 Jang[25]의 대상자는 중환자실 간호사와 병동 간호사가 합해진 숫자로 본 연구 대상자 보다 3배가 많아 간호 활동 중 사회적 영역 빈도가 증가한 것으로 생각된다. 각각의 연구마다 간호사들의 활동 빈도 차이가 나타나는 이유는 의료기관의 규모 차이와 간호사 근무부서의 차이로 의료기관마다 간호의 우선순위가 서로 다른 결과라고 볼 수 있다.

연명의료중단 결정 후 간호 활동의 중요도는 각 항목에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 그중 신체적 영역은 모두 감소하는 것으로 나타났다. 간호 활동의 증가와 감소는 의사의 처방과도 관련이 있을 수 있다[25]. 연명의료중단에 따른 의사의 처방이 줄어들거나 바뀔

수 있기 때문에 이와 관련하여 추후 연구를 통해 확인할 필요가 있겠다. 정서적 영역 중 '보호자의 감정을 표현하게 하고 호소를 들어준다', 영적 영역 중 '환자와 보호자에게 친절하고 따뜻한 마음으로 대한다', 사회적 영역 중 '교우나 친지의 방문을 격려한다'가 증가하는 것으로 나타났다. 이는 Cho[15]의 연구결과와 일치하였다. 이러한 결과는 중환자실이라는 특수한 공간에서 생명 연장을 위한 신체적 간호 활동을 제공하기보다는 정서적, 영적, 사회적 간호 활동을 제공해야 함을 보여준다. 그러나, 본 연구에서 정서적 영역 중 '환자의 프라이버시를 보호한다'는 문항은 중요도가 감소하는 것으로 나타나 Cho[15]의 연구와 일치하지 않았다. 이는 중환자실에서 연명의료중단 결정환자와 중증환자를 동시에 돌봐야 하는 중환자실 간호사의 업무로 인해 나타난 결과라고 판단된다. 따라서, 효율적인 간호를 위해 연명의료중단 결정 후 간호 활동에 대한 업무량을 파악하고 조절할 필요가 있으며, 연명의료중단 후 간호 업무 프로토콜 개발이 필요하다고 생각된다. 또한, 연명의료중단 후 간호업무 프로토콜 개발 및 적용을 통해 중환자실의 병상 회전을 및 불필요한 처치로 인한 의료비 증가를 막을 수 있을 것으로 생각된다. 그리고, 어떤 상황에서든 간호사는 환자의 안위를 가장 먼저 생각해야 하므로 환자 존중을 위해 연명의료 교육을 의무화하여 간호사 직무교육으로 추진하여야 할 것이다.

중환자실 간호사의 좋은 죽음인식과 연명의료결정 인식 및 연명의료중단 결정 후 간호 활동 변화간의 상관관계에서는 좋은 죽음인식의 하부영역인 임상증상, 통제감, 친밀감이 연명의료결정에 대한 인식과 양의 상관관계가 나타났다. 이는 중환자실 간호사를 대상으로 한 Kang 등[10]의 연구, 일반 간호사를 대상으로 한 Park과 Kang[26]의 연구결과와도 일치하였다. 따라서 좋은 죽음인식과 연명의료결정 인식을 높이기 위한 교육을 중환자실 간호사뿐만 아니라 의료인, 환자 및 보호자에게도 적용하여야 할 것이다. 그러나 본 연구에서 연명의료중단 결정 후 간호 활동은 좋은 죽음인식과 연명의료결정 인식과 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 좋은 죽음인식과 연명의료중단 결정 후 간호 활동 간의 상관관계를 알아보는 선행연구가 없었으며 연명의료결정 인식과 연명의료중단 결정 후 간호 활동 간의 상관관계를 파악하는 연구 또한 없었으므로 추후 반복연구를 통하여 상관관계를 파악할 필요가 있다고 생각된다.

본 연구는 B광역시 상급종합병원과 U광역시 상급종합병원, 총 2개의 상급종합병원에서 근무하는 중환자실 간호사를 임의 표출하였으므로 다양한 지역 및 기관 간 격차 등을 비교·분석하지 못하였다는 한계가 있어 연구 결과를 확대해석하는데 제한이 있다. 또한, 좋은 죽음인식과 연명의료결정 인식 및 연명의료중단 결정 후 간호 활동의 중요도 변화 간의 상관관계는 없었으므로 이를 파악하기 위한 반복 연구가 필요하다. 그러나, 본 연구는 연명의료법 시행 후 연명의료중단 결정 환자의 간호 활동을 파악하여 중환자실 간호사의 효율적인 간호 활동을 정련화시키는 근거를 제시하였으며 좋은 죽음인식과 연명의료결정 인식 간의 상관관계를 확인한 데 의의가 있다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 좋은 죽음인식, 연명의료결정 인식 및 연명의료중단 결정 후 간호 활동의 중요도 변화간의 관계를 분석하고 상급종합병원 중환자실 간호사의 좋은 죽음인식과 연명의료결정 인식을 높이고 연명의료중단 후 간호 활동의 변화를 파악하여 효율적인 간호 활동을 증진 시킬 방안 모색을 위한 기초자료를 제공하고자 수행되었다.

본 연구 결과 중환자실 간호사의 좋은 죽음인식이 높을수록 연명의료결정 인식이 높아지는 것으로 나타났다. 따라서 중환자실 간호사의 좋은 죽음인식과 연명의료결정 인식 향상을 위한 연명의료 및 임종 간호교육이 필요할 것이다. 또한, 연명의료중단 결정을 한 환자에 대한 효율적인 간호를 하기 위해서 간호 활동의 업무량 조정 등이 필요하며 연명의료의 간호 활동에 대한 간호 업무 프로토콜 개발이 필요하다.

본 연구 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 반복 연구를 통해, 중환자실 간호사의 일반적 특성에 따른 좋은 죽음인식과 연명의료결정 인식에 대한 연구를 제언한다. 둘째, 중환자실 간호사의 좋은 죽음인식, 연명의료결정 인식 이외에도 연명의료중단 후 간호 활동에 영향을 미치는 새로운 관련 변인을 규명하는 후속 연구를 제언한다. 셋째, 중환자실 간호사의 효율적인 간호 활동을 갖추기 위한 연명의료와 관련된 간호업무 프로토콜 개발을 제언한다.

## ORCID

Cho, Gyoo Yeong : <https://orcid.org/0000-0001-5314-0806>

Bae, Hye Ri : <https://orcid.org/0009-0005-6962-2558>

## REFERENCES

1. Korea National Institute for Bioethics Policy. 2018 National agency for management of life-sustaining treatment [Internet]. Seoul: Korea National Institute for Bioethics Policy; 2018 [cited 2023 September 28]. Available from: <https://www.lst.go.kr/decn/establish.do>
2. Jeong HS. A review on the act on life-sustaining treatment determination and patient's right to self-determination. The Institute for Culture, Media, and Entertainment Laws. 2017;11(2):191-215. <https://doi.org/10.20995/CMEL.11.2.7>
3. Kim JG, Oh SM, Cheon EY, Yoo JH. Factors influencing the attitude toward death in college nursing student. Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society. 2016;17(1):676-83. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2016.17.1.676>
4. Ministry of Health and Welfare. 2022 Provided the legal basis for hospice care, palliative care and withdrawing of life-sustaining treatment [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2022 [cited 2023 January 15]. Available from: [https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&CONT\\_SEQ=374068](https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=374068)
5. Kim H. Kritische untersuchung im bezug auf das sogenannte well-dying gesetz. The judicial branch. 2016;1(37):205-44. <https://doi.org/10.22825/juris.2016.1.37.006>
6. Fumio SK, Yoichi YD, Madoka TS, Kim WS. Characterising end-of-life decision-making of life-sustaining treatment among Japanese nurses. International Journal of Palliative Nursing. 2021;27(4):175-222. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2021.27.4.213>
7. Min DL, Cho EH. Concept analysis of good death in the Korean community. Journal of Korean Gerontological Nursing. 2017;19(1):28-38. <https://doi.org/10.17079/jkgn.2017.19.1.28>
8. 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):80-9. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2013.16.2.080>

9. Nicola S, Janet S. Nurses' perceptions of supporting a good death in intensive care units. *International Journal of Palliative Nursing*. 2022;28(8):357-64. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2022.28.8.357>
10. 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>
11. Korea Ministry of Government Legislation. 2018 Hospice and palliative care, and laws regarding life-sustaining medical decisions of patients in the course of death. Law No. 15542 [Internet]. Sejong: Korea Ministry of Government Legislation; 2018 [cited 2023 January 16]. Available from: [https://www.law.go.kr/법령/호스피스·완화의료및임종과정에있는환자의연명의료결정에관한법률/\(15542,20180327\)](https://www.law.go.kr/법령/호스피스·완화의료및임종과정에있는환자의연명의료결정에관한법률/(15542,20180327))
12. Mun J, Kim S. Nurses' emotional responses and ethical attitudes towards elderly patients' DNR decision. *Journal of Hospice and Palliative Care*. 2013;16(4):216-22. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2013.16.4.216>
13. Ahn KG, Gong BH, Song YJ. A study on the life-sustaining treatment decision-making and end-of-life care experiences of intensive care nurses after the enforcement of the life-sustaining treatment decision-making act. *Korea Bioethics Association*. 2020;21(2):31-53. <http://doi.org/10.37305/JKBA.2020.12.21.2.31>
14. Park SY, Ju HO, Lee GE. Withdrawal of life-sustaining treatment from children: experiences of nurses caring for the children. *Children Health Nursing Research*. 2017; 23(3):364-74. <https://doi.org/10.4094/chnr.2017.23.3.364>
15. Cho YM. Frequency and severity of nursing activities after decision to ban CPR in the intensive care unit changes in the urethra [Master's thesis]. Seoul: Seoul National University; 2016. p. 18-48.
16. Kim HJ, Son MS, Kang IS. Nurses' knowledge, attitudes, experience, and confidence toward advance directives. *Global Health Nursing*. 2019;9(1):19-27. <http://doi.org/10.35144/ghn.2019.9.1.19>
17. Lee EJ, Lim HN, Lee MH, Kim DR. The effect consciousness of biomedical ethics, good death recognition, and knowledge on advance directive on the attitude toward withdrawal of life-sustaining treatment among ICU nurses. *Journal of The Korea Academia-Industrial Cooperation Society*. 2022;23(7):377-88. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2022.23.7.377>
18. Henry S, Tracey W, Samuel T, Raya K, Trishna M, Ali T, et al. Ethical decision-making climate, moral distress, and intention to leave among ICU professionals in a tertiary academic hospital center. *BMC Medical Ethics*. 2022;23(1):1-15. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00775-y>
19. Eileen R, O'Shea, DNP, APR, PCNS-BC, CHPPN. End-of-life nursing education: enhancing nurse knowledge and attitudes. *Applied Nursing Research*. 2019;50(4):151-97. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151197>
20. Kang JY, Lim YM. The relationship between the work environment and person-centered critical care nursing for intensive care nurses. *Journal of Korean Critical Care Nursing* 2019;12(2):73-84. <https://doi.org/10.34250/jkccn.2019.12.2.73>
21. Schwartz CE, Mazor, Rogers J, Ma Y, Reed G. Validation of a new measure of concept of a good death. *Journal of Palliative Medicine*. 2003;6(4):575-84.
22. Jeong HS. Recognition towards good death among physicians and nurses in an area [Master's thesis]. Busan: Catholic University of Pusan; 2010. p. 16-17
23. Han JY. A study on the effects of hospital nurses awareness of biomedical ethics, good death and deciding about life-prolonging treatment on their attitude in nursing care of the dying [Master's thesis]. Gwangju: Graduate School of Nambu University; 2021. p. 12-20
24. 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):688-98. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2021.21.04.688>
25. Lee JY, Jang JI. Changes of nursing activities on patients with DNR orders. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2017;20(1):46-57. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2017.20.1.46>
26. Park SU, Kang YS. The effect of cancer patients' knowledge of advanced directives and perception of good death on attitude toward withdrawal of life-sustaining treatment. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*. 2021;22(2):539-47. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2021.22.2.5>