

중환자실 간호사를 위한 임종간호 디브리핑의 효과

박숙현¹ · 이정은² · 정유진² · 유하늘² · 김연수³ · 이영희⁴

¹ 삼성서울병원 간호팀장

² 삼성서울병원 간호사

³ 삼성서울병원 간호파트장

⁴ 성균관대학교 임상간호대학원 교수

Effectiveness of End-of-Life Care Debriefing for Intensive Care Unit Nurses

Park, Sook Hyun¹ · Lee, Jung Eun² · Jung, Yu-Jin² · Yoo, Ha Neul² · Kim, Yeon Su³ · Yi, Young Hee⁴

¹ Team manager, Department of Nursing Professional Development Team, Samsung Medical Center, Seoul, South Korea

² Registered Nurse, Department of Nursing, Samsung Medical Center, Seoul, South Korea

³ Unit Manager, Department of Nursing, Samsung Medical Center, Seoul, South Korea

⁴ Professor, Graduate School of Clinical Nursing Science, Sungkyunkwan University, Seoul, South Korea

Purpose: This study aimed to determine the effectiveness of end-of-life care debriefing as an intervention to reduce moral distress among intensive care unit (ICU) nurses after end-of-life care. **Methods:** This quasi-experimental study included 104 nurses (46 in the control group and 58 in the intervention group) working in three medical ICUs and two surgical ICUs. The data collection period was from September 1, 2017, to January 31, 2018, and end-of-life care debriefing in the intervention group was implemented over three months. Debriefings were conducted in groups or individually, with eight people participating in three or more debriefings. Comparisons of end-of-life care stress, end-of-life care attitudes, and wellness between the two groups were performed using an ANCOVA. Satisfaction with the debriefing was analyzed using descriptive statistics. **Results:** End-of-life care stress and wellness did not differ between the groups, but there was a significant difference in end-of-life care attitudes. Overall, 50% of the participants were satisfied with the debriefing. **Conclusion:** Based on the finding that end-of-life care debriefing has a positive impact on ICU nurses' attitudes toward end-of-life care, it can be used as an effective measure to reduce nurses' moral distress. An institutional debriefing system should be established and operationalized.

Key words: Terminal care, Crisis intervention, Intensive care units, Nurses

투고일: 2024. 8. 12 1차 수정일: 2024. 9. 29 게재확정일: 2024. 10. 13

주요어: 생애 말 간호, 위기중재, 중환자실, 간호사

* 본 연구는 2017년 삼성서울병원 간호본부에서 연구비를 지원받아 진행한 연구임(No. SMC-NSD-2017-01)

Correspondence: Yi, Young Hee <https://orcid.org/0000-0001-8277-8198>

Graduate School of Clinical Nursing Science, Sungkyunkwan University, 115 Irwon-Ro Gangnam-gu, Seoul 06351, Korea

Tel: 82-2-2418-9930, Fax: 82-2-2148-9949, E-mail: iyh@skku.edu

I. 서론

1. 연구의 필요성

중환자실은 환자의 생명 유지와 회복을 위해 집중적인 치료가 행해지나 다른 한편으로는 생의 마지막 순간과 죽음을 직면하며 간호사의 역동적인 역할이 요구되는 곳이기도 하다[1]. 따라서 중환자실 간호사들은 환자의 생명을 살리는 데 주력하지만 때로는 의학적 한계에 다다른 순간 환자의 죽음을 경험하기도 한다. 임종환자를 간호하는 중환자실 간호사는 환자들의 간호요구 변화와 의료 한계에 대한 심리적 부담으로 인하여 스트레스가 증가하고, 임종환자의 고통을 공유함으로써 자신도 고통을 경험하게 된다[2]. 뿐만 아니라 임종환자를 간호할 때 육체적인 피로와 함께 슬픔, 부담감, 분노, 죄책감, 무력감 등 여러 가지 정서 반응을 경험하게 되며[3], 특히 신규간호사의 경우에는 임종간호에 대한 부담감으로 인해 자존감이 저하되고, 가중된 스트레스가 직업적 소진으로 이어지면서 이직과 연결되기도 한다[4].

간호사는 마지막 시기에 놓인 환자를 돕는 전문가로서, 이들의 삶과 죽음에 대한 신념과 태도는 이 시기의 대상자에게 더욱 민감하게 전달되기 때문에 매우 중요하다고 할 수 있다. 죽음에 대해 부정적 태도를 가진 간호사는 죽음에 대한 불안 정도가 높아 임종환자나 가족들에게 적절한 간호를 제공하지 못하나, 반대로 죽음에 대한 태도가 긍정적인 간호사일수록 환자가 편안하고 존엄한 죽음을 맞이하도록 양질의 간호를 제공할 수 있다[5]. 그러므로 간호사의 스트레스를 줄이고 죽음에 대한 태도와 대처 정도를 증진시킴으로써 간호사로 하여금 환자에게 좀 더 나은 임종간호를 제공할 수 있게 하는 방안을 모색하는 것이 필요하다[6].

디브리핑은 상황을 재검토하고 사고과정을 탐색하며, 가정에 의문을 제기하는 과정이다[7]. 특히 생애 말 돌봄에 대해 서로 경험을 나누는 디브리핑은 죽음이라는 충격적인 사건을 경험한 의료인에게 사건의 영향을 감소시키고 정신적 스트레스로부터 회복을 촉진시키는 방법 중의 하나로서[8], 즉각적인 감정적 지원, 안전, 정상 스트레스 반응 등에 대한 교육 등의 개입과 조력이 가능한 접근법이다. 그러므로 임종간호 디브리핑은 중환자실 간호사들이 경험하는 심리적 위기를 효율적으로

도와 필연적으로 일관된 실무를 가능하게 하며, 더 안전하고 건강한 치료적인 근무환경으로 이끌 수 있다[9]. 또한 추가 중재가 필요한 고위험군 참여자를 빨리 찾아내어 스트레스를 완화시키며, 가치 있는 사람이라는 느낌, 자신과 타인의 안녕을 위한 헌신, 자기 관리 습관 육성, 개인 성장 등 간호사의 신체적, 정서적, 사회적, 인지적, 직업적 영역에서 최적의 웰니스와 균형을 이룰 수 있는 방향으로 이끌 수 있다[10].

한편 미국 중환자간호사협회(American Association of Critical-Care Nurse [AACN])는 2004년에 윤리적 갈등에 직면한 간호사를 지원하는 조직의 전략적 실무 중 하나로 4A를 제시한 바 있다[11]. 4A는 질문(ask), 확인(affirm), 평가(assess), 행동(act)으로써 간호사가 도덕적 고뇌를 경험하고 있는지 스스로에게 물어보고(질문), 자신의 도덕적 고뇌가 정당하고 타당한 감정임을 확인하며(확인), 이러한 감정을 해결하기 위해 노력하는 것이다. 또한 도덕적 고뇌가 자신의 직업 및 개인생활에 미치는 영향을 평가하고(평가), 자신의 도덕성을 지키고 정신적, 정서적 건강을 개선하는 방식으로 행동할 것을 약속하는 것이다(행동)[8]. 따라서 이 4A는 임종간호를 수행한 간호사의 도덕적 고뇌를 완화시키는데 유용하므로 실제로 4A를 근거로 하여 임종간호 후 디브리핑의 효과를 비교한 국외 연구들[9,12]이 있다. 그러나 국내의 경우, 도덕적 고뇌를 중재하기 위한 프로그램으로 환자의 죽음을 경험한 중환자실 간호사를 위한 자기성찰 프로그램의 개발 및 평가[13], 간호사의 영적 간호 모듈 간호교육의 프로그램 효과[14], 간호대학생을 위한 말기환자 실습 교육 프로그램의 효과[15] 등 성찰 프로그램이나 교육 중심으로 간호사를 지지하는 연구들은 있으나 임종간호 스트레스 디브리핑을 이용한 중재 연구는 거의 찾아보기 어려운 실정이다.

따라서 본 연구는 임종간호를 제공한 중환자실 간호사를 대상으로 4A에 근거한 임종간호 디브리핑 적용 효과를 확인하여 중환자실 간호사의 임종간호로 인한 도덕적 고뇌를 감소시키기 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 중환자실 간호사에게 임종간호 디브리핑을 적용하고 그 효과를 파악하는 것으로 구체적인 목적

은 다음과 같다.

- 1) 임종간호 디브리핑을 적용한 대상자의 임종간호 스트레스, 임종간호 태도, 웰니스를 파악한다.
- 2) 임종간호 디브리핑을 적용한 대상자의 임종간호 디브리핑에 대한 만족도를 파악한다.

3. 연구가설

- 가설 1. 임종간호 디브리핑을 적용한 실험군은 임종간호 디브리핑을 적용하지 않은 대조군보다 임종간호 스트레스 점수가 낮을 것이다.
- 가설 2. 임종간호 디브리핑을 적용한 실험군은 임종간호 디브리핑을 적용하지 않은 대조군보다 임종간호 태도 점수가 높을 것이다.
- 가설 3. 임종간호 디브리핑을 적용한 실험군은 임종간호 디브리핑을 적용하지 않은 대조군보다 웰니스 점수가 높을 것이다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 임종간호를 제공한 중환자실 간호사를 대상으로 임종간호 디브리핑을 적용하고 그 효과를 파악하기 위한 비동등성 대조군 전후설계의 유사실험연구이다.

2. 연구 대상자

연구대상자는 삼성서울병원의 내과계 중환자실 3개 부서, 외과계 중환자실 2개 부서에 근무하는 간호사로 입사 후 독립적으로 환자를 담당한 중환자실 근무 경력 3개월 이상이고, 담당 환자의 죽음을 경험했거나, 같은 근무 조 내에서 환자의 죽음을 목격한 자로 하였다.

디브리핑을 적용한 군(실험군)과 적용하지 않은(대조군) 두 군간 임종간호 스트레스, 임종간호 태도, 웰니스를 비교하기 위해 디브리핑의 효과를 검증한 선행연구[16]를 토대로 유의수준 .05, 검정력 .8, 효과크기 .55로 하여 independent samples t-test에 필요한 대상자 수를 산출한 결과, 총 106명이었다. 탈락률 10%를 고려하여 연구기간 내에 총 120명의 간호사에게 본 연구의

목적과 방법에 대해 설명을 하였고, 그 중 115명(실험군 62명, 대조군 53명)이 동의하여 사전 설문을 완성하였다. 이들 중 사직자 4명과 모든 설문 문항에 일괄 같은 답변을 표시한 5명, 설문 문항의 누락이 많은 대상자 2명을 제외하고 최종 자료 분석에 포함된 대상자는 총 104명(실험군 58명, 대조군 46명)이었다(검정력 .99).

3. 연구 중재: 디브리핑

본 연구에서 적용한 임종간호 디브리핑은 미국 생애 말간호 훈련자 과정(End of Life Nursing Education Consortium: Critical Module [ELNEC])을 이수한 간호사 4명이 AACN의 4A 가이드라인을 토대로 단계 및 단계별 질문 내용, 시간 및 준비물품 등을 논의하여 소개, 질문, 확인, 평가, 행동 및 마무리의 총 6단계로 구성하였다(Table 1). 디브리핑을 진행한 간호사들은 연구자를 포함하여 임상경력 10년 이상의 간호사들로서 대상자에게 디브리핑을 제공하기 전에 각 단계에 맞춰 2~3차례 모의 진행을 실습한 후 서로의 피드백을 통해 중재를 표준화하는 과정을 거쳤다.

실험군은 근무 중 환자의 임종이 발생하면 근무가 끝난 시점에 디브리핑을 진행하는 것을 원칙으로 하였으며, 같은 근무 조 간호사 4~5명을 한 집단으로 구성하여 30분에서 1시간 사이로 디브리핑을 하되, 최대 1시간을 넘지 않게 하였다. ELNEC 훈련자가 집단 디브리핑을 중심으로 진행하였으나 간호사가 심적으로 너무 지친 경우나 다른 일정 등으로 근무 후 바로 디브리핑을 원하지 않는 경우에는 가능한 일정에 1:1 개별적으로 디브리핑을 제공하기도 하였다. 디브리핑을 제공받은 지 3개월 내에 임종 사례를 여러 번 경험한 대상자에게는 여러 번 디브리핑이 제공되었다.

디브리핑을 위해 중환자실과는 독립된 공간으로 업무와 관련한 소리로 방해받지 않는 곳을 선택하여 조용한 음악과 함께 은은한 조명으로 쾌적하고 편안한 환경을 조성하였다. 총 40회의 디브리핑이 이루어졌으며, 이중 집단 디브리핑은 32회, 1:1 개별적인 디브리핑은 8회였다. 대상자의 상황 상 슬픔의 표현 방법과 시기가 다른 만큼 임종간호 수행 당일에 디브리핑이 이루어지지 않은 경우에는 최대 7일 이내에 디브리핑이 이루어졌다.

대조군은 근무 중 환자의 임종간호를 수행했거나 임종 상황을 목격하였어도 기존처럼 별도의 디브리핑을

Table 1. 4A Debriefing after End-of-Life Care

Stage	Main statement	Duration	Materials
1. Introduction	<ul style="list-style-type: none"> • Thank you for participating in the debriefing. • Debriefing is not psychotherapy; it is a method to alleviate the normal stress responses experienced by nurses after end-of-life care. Please review the method and approach it with a relaxed mind. • Please indicate your current emotions (refer to the emotion list). 	3 minutes	Procedure sheet, Emotion list
2. Ask	<ul style="list-style-type: none"> • Please share the facts about your experience from your perspective today. • Let's briefly share experiences about providing end-of-life care directly or situations where you helped or were unable to help a colleague performing end-of-life care during the same shift. 	5 minutes	
3. affirm	<ul style="list-style-type: none"> • Let's share the initial or most prominent thoughts that come to mind about each person's experience. • What emotions did you feel at that time, and what caused those emotions? • Everyone, please close your eyes, relax your whole body, and focus on yourself. Check if there are any areas of your body that are in pain or feel uncomfortable. Slowly move from your head down to your feet. • I will let you know when the time is up. Now, comfortably close your eyes and feel what your body is telling you. • Let's share our experiences together. 	10 minutes	Emotion cards
4. Assess	<ul style="list-style-type: none"> • If you experienced moral distress while performing or witnessing end-of-life care, what was the cause? • What situations or occurrences increased your moral distress? • What might help improve your mood or feelings? 	5 minutes	
5. act	<ul style="list-style-type: none"> • So far, we've talked about the natural reactions people have after stressful experiences. • Let's take some time to share our personal stress coping strategies with our colleagues. • Let's discuss how to cope with repetitive circumstances (It might also be helpful to talk about what to do during upcoming vacations or breaks). 	5 minutes	
6. conclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Thank you for your hard work today. • The main points we discussed today are OOO. Is there anything else you would like to share or any questions you have? • Please take a moment to jot down any insights you gained or lessons learned from colleagues during today's debriefing. • We will conclude today's debriefing by reading a poem together. 	5 minutes	Poem, Personal notes

제공하지 않았으며, 사전 조사 3개월 후의 사후 조사가 끝난 뒤에 임종간호를 수행하는 경우가 발생하면 디브리핑을 할 수 있도록 자료와 교육이 제공되었다.

4. 연구 도구

1) 임종간호 스트레스

대상자의 임종간호 스트레스를 측정하기 위해서 Lee 등[17]이 개발한 임종간호에 대한 스트레스 측정도구를 사용하였으며, 도구 사용 전 원저자에게 사용 승인을 받았다. 이 도구는 환자 및 보호자의 임종에 대한 부정적 태도 8문항, 임종환자에 대한 시간 할애의 어려움 7문항, 임종환자 간호에 대한 부담감 7문항, 업무량 과중 5문항, 임종환자와의 인간적 갈등 6문항, 전문지식과 기술부족 3문항, 의료 한계에 대한 갈등 4문항을 포함한 총 40문항으로 구성되어 있으며, 각 문항에 대해 '매우 아니다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점으로 측정하여 점수가 클수록 임종간호 스트레스 정도가 높은 것을 의미한다. 개발 당시 이 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha=.93이었고, 본 연구에서 Cronbach's alpha=.93이었다.

2) 임종간호 태도

대상자의 임종간호 태도에 대한 측정을 위해 1991년 Frommelt [18]가 개발한 Frommelt attitudes toward nursing care of the dying scale (FATCOD)를 Cho와 Kim [19]이 번역 및 수정한 도구를 사용하였으며, 도구 사용 전 번역저자에게 사용 승인을 받았다. 이 도구는 환자 개인에 대한 태도와 가족 구성원에 대한 태도에 대한 총 30개 문항으로 구성되어 있다. 각 문항에 대해 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 4점으로 측정하여 점수가 클수록 임종간호 태도가 긍정적인 것을 나타낸다. 개발 당시 이 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha=.98이었고, 본 연구에서 Cronbach's alpha=.69였다.

3) 웰니스

대상자의 웰니스 측정은 Choi 등[20]이 개발한 도구를 사용하였으며, 도구 사용 전 원저자에게 사용 승인을 받았다. 이 도구는 신체적, 정서적, 사회적, 인지적, 직업적 웰니스의 5개 하위영역으로 구성되어 있으며,

신체적 웰니스는 운동, 영양, 체중관리의 3문항, 정서적 웰니스는 활력, 대처, 자신감, 자존감, 부정적 감정관리의 5문항, 사회적 웰니스는 대인관계, 가족 친밀감의 3문항, 인지적 웰니스는 자기계발, 삶의 목표 달성을 위한 노력, 지식 증진활동의 3문항, 직업적 웰니스는 업무에 대한 즐거움, 업무수행에 대한 만족, 일과 여가활동의 균형의 3문항으로 총 18문항으로 되어 있다.

각 문항에 대해 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점으로 측정하여, 점수가 클수록 최적의 웰니스 상태를 의미한다. 개발 당시 이 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha=.91이었으며, 본 연구에서 Cronbach's alpha=.87이었다.

4) 디브리핑에 대한 만족도

디브리핑에 대한 만족도는 전반적 프로그램 만족도(1문항), 프로그램 내용과 방법(4문항), 프로그램 효과(1문항)에 대해 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점으로 측정하여, 점수가 클수록 만족도가 높음을 의미한다. 그리고 기타 항목으로 디브리핑에 대한 개선점 및 문제점을 자유롭게 기술하는 항목이 포함되었다.

5. 자료 수집 방법

본 연구는 연구 시작 전 연구대상병원인 삼성서울병원 기관윤리심의위원회의 승인을 받아 진행하였다(No. 2017-06-146). 자료수집을 위해 연구대상 중환자실 간호관리자에게 연구의 목적과 방법을 설명하고 자료수집에 대한 동의를 얻었다. 해당 중환자실 간호사 중 대상자 선정 기준에 맞는 간호사에게 본 연구의 목적과 익명성 및 비밀 보장에 대해 설명하고 대상자가 자발적으로 동의서에 서명한 경우에 연구에 참여하도록 하였다. 대상자의 동의 취득 시기는 사전 설문지를 수집하는 시점으로 하였다. 총 자료수집 기간은 2017년 9월 1일부터 2018년 1월 31일까지였다.

임종간호 디브리핑의 확산을 막기 위해 중환자실 간의 거리와 위치를 고려하여 가능한 소통하지 않도록 본관 3층에 위치한 2개 중환자실(외과 중환자실과 심장내과 중환자실) 간호사는 대조군에 배정하고, 대조군과는 거리가 떨어져 있는 3개 중환자실(본관 2층에 위치한 내과 중환자실, 암병원에 위치한 암병원 내과 중환자실, 암병원 외과 중환자실) 간호사는 실험군에 배정하였다.

대조군의 경우, 사전 조사는 2017년 9월 1일부터 2017년 9월 31일까지 이루어졌으며, 대상자가 사전 설문지를 직접 작성하도록 하였고, 사후 조사는 3개월이 경과한 후 2018년 1월 1일부터 2018년 1월 31일까지의 기간에 사전 조사와 동일한 설문지를 작성하도록 하였다.

실험군의 사전 조사는 2017년 9월 1일부터 2017년 9월 31일까지 이루어졌으며, 대상자가 사전 설문지를 직접 작성하도록 하였고 임종간호 디브리핑 중재 적용은 2017년 10월 1일부터 12월 31일까지 했으며, 사후 조사는 2018년 1월 1일부터 2018년 1월 31일까지의 기간에 사전 조사와 동일한 설문지를 직접 작성하도록 하였다. 최소 1회 이상 디브리핑을 제공받은 경우는 실험군에 포함시켰으며, 자료는 디브리핑에 참여하지 않은 연구자 1명이 수집하였다.

6. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 이용하

여 유의수준 .05으로 하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율, 평균과 표준편차로, 디브리핑 적용 전 실험군과 대조군의 동질성 검정은 χ^2 test와 independent samples t-test를 이용하여 분석하였다. 디브리핑 적용 후 실험군과 대조군 간의 임종간호 스트레스, 임종간호 태도, 웰니스는 대상자의 특성에서 유의한 차이를 보인 변수들을 보정하기 위해 ANCOVA를 이용하였고, 대상자의 디브리핑에 대한 만족도는 실수와 백분율로 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성 및 동질성 검정

대상자의 일반적 특성은 다음과 같다(Table 2). 성별은 실험군은 남자 14명(24.1%), 여자 44명(75.9%), 대조군은 남자 1명(2.2%), 여자 45명(97.8%)으로 두 군

Table 2. General and Clinical Characteristics of Participants

(N=104)

Characteristics	Categories	Intervention group	Control group	t/ χ^2 (p)
		(n=58) n(%) or M±SD	(n=46) n(%) or M±SD	
Sex	Male	14(24.1)	1(2.2)	10.03 (.002)
	Female	44(75.9)	45(97.8)	
Age (year)		27.8±3.96	29.7± 5.39	7.08 (.029)
Education	Bachelor	53(91.4)	35(76.1)	4.64 (.098)
	Master or higher	5(8.6)	11(23.9)	
Religion	yes	29(50.0)	20(43.5)	2.41 (.492)
	no	29(50.0)	26(56.5)	
Marital status	Married	10(17.2)	12(26.1)	1.20 (.273)
	Unmarried	48(82.8)	34(73.9)	
Experience with death	yes	29(50.0)	16(34.8)	2.42 (.120)
	no	29(50.0)	30(65.2)	
Experience with EoLC education within recent one year	yes	46(79.3)	21(45.6)	12.68 (<.001)
	no	12(20.7)	25(54.4)	
Overall work experience (month)	0~12	8(13.8)	2(4.4)	9.27 (.026)
	13~36	22(37.9)	14(30.4)	
	37~60	11(19.0)	4(8.7)	
	61≤	17(29.3)	26(56.5)	
Workplace	Surgical ICU	18(31.0)	34(73.9)	18.87 (<.001)
	Medical ICU	40(69.0)	12(26.1)	

EoLC=End-of-life care; ICU=Intensive care unit; M=mean; SD=Standard deviation

Table 3. Participants' End-of-Life Care Stress, Attitudes, and Wellness

(N=104)

Variables	Intervention group (n=58)			Control group (n=46)			t	p
	pre	post	post - pre	pre	post	post - pre		
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD		
EoLC stress	3.89±0.45	3.85±0.39	-0.03±0.40	3.94±0.47	3.82±0.42	-0.12±0.42	0.97	.335
EoLC attitudes	2.67±0.19	2.71±0.16	0.04±0.23	2.79±0.26	2.70±0.18	-0.09±0.22	2.68	.009*
Wellness	3.27±0.54	3.24±0.47	-0.04±0.46	3.25±0.44	3.42±0.45	0.07±0.40	-1.1	.272

*Adjusted sex, age, and education experience.

EoLC=End-of-life care; M=mean; SD=Standard deviation

간 유의한 차이가 있었고($\chi^2=10.03$, $p=.002$), 평균 연령은 대조군 29.7(± 5.39)세, 실험군 27.8(± 3.96)세였다. 교육 수준은 실험군과 대조군에서 4년제 졸업이 각각 53명(91.4%), 35명(76.1%)으로 가장 많았고, 종교는 없는 경우가 실험군은 29명(50%), 대조군에서는 26명(56.5%)으로 가장 많았다. 결혼 상태는 실험군과 대조군에서 각각 미혼이 48명(82.8%)과 34명(73.9%)으로 나타났다, 가까운 가족의 죽음 경험은 실험군은 29명(50.0%), 대조군은 16명(34.8%)이 경험하였다. 임종간호교육 경험은 실험군 46명(79.3%), 대조군 21명(45.7%)이 있었고, 두 군간 유의한 차이가 있었다($\chi^2=12.68$, $p<.001$). 평균 근무경력은 실험군은 13~36개월이 22명(37.9%)으로 가장 많았고, 대조군은 61개월 이상이 26명(56.5%)으로 가장 많았으며, 두 군간 유의한 차이가 있었다($\chi^2=9.27$, $p=.026$). 현재 중환자실 근무지는 실험군이 내과계 40명(69.0%), 대조군은 외과계 34명(73.9%)으로 두 군 간 유의한 차이가 있었다($\chi^2=18.87$, $p<.001$).

2. 대상자의 임종간호 스트레스, 임종간호 태도 및 웰니스

대상자의 임종간호 스트레스, 임종간호 태도 및 웰니스에 대한 가설 검정 결과는 다음과 같다(Table 3).

1) 가설 1

본 연구의 가설 1. '임종간호 디브리핑을 적용한 실험군은 임종간호 디브리핑을 적용하지 않은 대조군보다 임종간호 스트레스 점수가 낮을 것이다.'에 대해 검정한 결과, 실험군과 대조군의 사전-사후 임종간호 스트레스의 차이에서 실험군은 평균 -0.03 ± 0.40 , 대조군은 평균 -0.12 ± 0.42 으로, 두 군간 유의한 차이가 없어($t=0.97$, $p=.335$) 가설 1은 기각되었다. 디브리핑을 제공받은 횟수에 따른 임종간호 스트레스는 두 군간 유의한 차이가 없었다($F=0.01$, $p=.987$) (Table 4).

2) 가설 2

본 연구의 가설 2. '임종간호 디브리핑을 적용한 실험군은 임종간호 디브리핑을 적용하지 않은 대조군보다 임종간호 태도 점수가 높을 것이다.'에 대해 검정한 결과, 두 군의 사전-사후 임종간호 태도의 차이에서 실험군은 평균 0.04 ± 0.23 , 대조군은 평균 -0.09 ± 0.22 로, 두 군간 유의한 차이가 있어($t=2.68$, $p=.009$) 가설 2는 지지되었다. 디브리핑을 제공받은 횟수에 따른 임종간호 태도 점수는 두 군간 유의한 차이가 없었다($F=0.19$, $p=.830$) (Table 4).

Table 4. Participants' End-of-Life Care Stress, Attitudes, and Wellness by Frequency of Debriefing

(N=58)

Variables	Frequency of debriefing			F	p
	1 (n=32)	2 (n=18)	3< (n =8)		
	M±SD	M±SD	M±SD		
EoLC stress	3.83±0.41	3.81±0.37	3.81±0.43	0.01	.987
EoLC attitudes	2.70±0.17	2.69±0.15	2.73±0.18	0.19	.830
Wellness	3.31±0.51	3.12±0.37	3.48±0.44	1.94	.154

EoLC=End-of-life care; M=mean; SD=Standard deviation

3) 가설 3

본 연구의 가설 3. ‘임종간호 디브리핑을 적용한 실험군은 임종간호 디브리핑을 적용하지 않은 대조군보다 웰니스 점수가 높을 것이다.’에 대해 검정한 결과, 두 군의 사전-사후 웰니스의 차이는 실험군은 평균 -0.04 ± 0.46 , 대조군은 평균 0.07 ± 0.40 으로, 두 군간 유의한 차이가 없어($t=-1.1, p=.272$) 가설 3은 기각되었다. 디브리핑을 제공받은 횟수에 따른 웰니스 점수는 두 군간 유의한 차이가 없었다($F=1.94, p=.154$) (Table 4).

3. 대상자의 디브리핑에 대한 만족도

대상자의 디브리핑에 대한 만족도는 다음과 같다(Figure 1). 대상자의 29명(50%)이 전반적인 디브리핑에 대해 만족하였고, 프로그램의 시간에 대해서는 9명(15.5%)이 불만족한 것으로 나타났다. 디브리핑이 도움이 되었다는 응답은 57명(98.3%)이었다.

IV. 논의

임종환자를 위한 양질의 간호를 제공하기 위해서는 이를 제공하는 간호사가 경험하는 스트레스를 감소시키

고 죽음에 대한 긍정적인 태도를 갖도록 도와주는 것이 매우 필요하다. 이에 본 연구는 임종간호를 수행한 간호사에게 임종간호 디브리핑을 적용한 후 그 효과를 파악하기 위해 시행되었으며, 그 결과를 토대로 논의하고자 한다.

우선 본 연구대상자의 임종간호 스트레스를 살펴보면, 디브리핑을 적용하기 전 실험군과 대조군의 임종간호 스트레스는 각각 3.89점과 3.94점으로 나타났다. 이 결과는 중환자실 간호사의 임종간호 스트레스 3.9점[1]과는 비슷하며, 요양병원 간호사의 임종간호 스트레스 3.7점[21]과 신규간호사의 임종간호 스트레스 3.68점[22] 보다는 높은 수준이다. 이는 환자의 생의 마지막 순간까지 간호사의 역동적인 역할이 요구되는 중환자실[1]의 특성과 연구대상인 상급종합병원 중환자실이 다른 의료기관에 비해 상대적으로 환자의 중증도가 높아 이를 돌보는 간호사들 또한 환자의 죽음을 직면하는 상황에 대한 노출이 상대적으로 많기 때문으로 생각된다.

디브리핑의 효과를 파악하기 위해 두 군간 사전-사후 임종간호 스트레스 차이를 비교한 결과, 두 군간 의미 있는 차이는 없었다. 남성보다는 여성이, 임상경력이 높을수록, 환자와 보호자의 고통에 공감대 형성이 높을수록 [23] 임종간호 스트레스 점수가 높았던 선행연구들을 감안하여 본 연구에서는 대상자의 특성에 대한 동질성 검정에서 유의한 차이를 보인 성별, 연령, 임종간호 교육

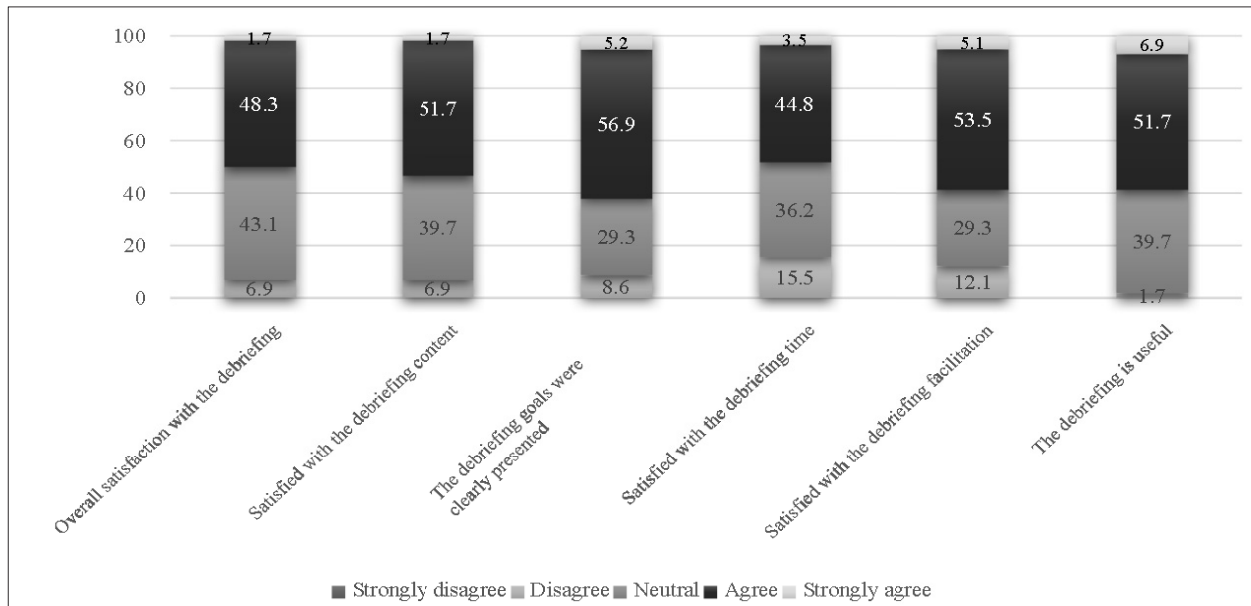


Figure 1. Participants' Satisfaction with Debriefing after End-of-life Care

유무를 보정하여 두 군간 사전-사후 임종간호 스트레스를 비교하였다. 사전 동질성 검정에서 유의한 차이를 보인 현 근무지의 경우는 간호사의 업무 순환 등을 감안할 때 임상경력에서 유의한 차이를 보이지 않아 별도로 보정하지 않았다. 이처럼 디브리핑 적용 후 두 군간 임종간호 스트레스의 차이가 없었던 것은 업무량이 과중된 상태에서 임종간호를 수행해야 하거나, 환자와 보호자의 임종에 대한 부정적인 태도, 의료한계에 대한 갈등, 죽음을 애도하기 전에 다른 환자를 돌보아야 하는 부담감 등 다양한 임상적 스트레스 상황 등이 영향을 미쳤을 것으로 보인다[24].

임종간호 태도는 임종환자와 가족의 신체적, 정신적, 사회적, 영적간호를 제공 시 나타나는 복합적인 태도를 의미한다[18]. 본 연구대상자의 임종간호 태도는 두 군간 사전-사후 점수를 비교한 결과, 유의한 차이가 있었다. 본 연구에서 중재 전 실험군의 임종간호 태도는 2.67이었으나 중재 후에는 2.71로 점수가 증가하였다. 이는 디브리핑을 통해 동료와 경험을 공유하면서 본인의 감정을 표현하고 환기시키며, 임종간호를 하면서 말기환자 돌봄에 대해 혼자가 아니며 유사한 경험을 한 동료들이 있다는 것을 알 수 있게 함으로써 디브리핑의 목적인 임종간호를 수행하는데 있어 긍정적인 태도를 지니게 한[25] 것으로 생각된다. 즉 디브리핑을 통해 동료들과 경험을 나눔으로써 임종간호가 무의미하거나 치료의 실패로 인식되는 것이 아닌 온전한 한 인간의 마지막을 지키며 마무리할 수 있도록 도와주는 숭고한 일임을 다시 한번 되새기며 자기 돌봄의 필요성을 인식하게 하는[26] 기회가 되었으리라 여겨진다. 본 연구에서는 국내 여러 선행연구들[27,28]에서 사용한 임종간호 태도 측정도구를 사용했으나 선행연구들에서 나타난 바와 같이 도구의 신뢰도가 낮은 것으로 확인되어 연구결과를 해석하는데 제한이 있으므로 앞으로 좀더 신뢰도가 높은 측정도구의 개발이 모색되어야 할 것이다.

대상자의 웰니스 점수는 두 군간 사전-사후 점수를 비교한 결과, 두 군간 유의한 차이는 없는 것으로 나타나 완화간호에서 시행된 디브리핑이 나와 타인의 경험을 통해 스스로를 돌아보고 간호를 전문직으로 수행할 수 있도록 관리할 것이라는 선행연구[8]와 일치하지 않았다. 이는 본 연구의 디브리핑이 대개 대상자가 임종간호를 제공한 후 7일 이내에 이루어졌으나, 과중한 업무가 반복되는 상황에서 자기관리의 필요성에 대해 인

식하더라도 실제 수행까지 이어지지 못한 제한이 있을 수 있다. 실험군 58명 중 디브리핑을 1회 받은 대상자는 32명으로, 대부분의 대상자가 디브리핑에 한 번 참여했는데, 디브리핑에 1회 참여만으로는 자신의 건강을 돌아볼 수 있는 동기부여가 되기에는 부족했었을 것으로 추측된다. 그러므로 도덕적 고뇌를 감소시키기 위한 중재로 디브리핑을 시행한다면 간호사의 지지 체계로서의 디브리핑이 충분한 효과를 보인 선행연구[8]처럼 최소 4시간 혹은 6시간 이상의 반복 시행이 필요할 것으로 보인다. 본 연구에서 디브리핑의 횟수에 따른 대상자의 임종간호 스트레스, 임종간호 태도 및 웰니스는 유의한 차이가 없었다. 이는 임종간호 후 디브리핑을 업무의 연속선상으로 여기거나, 임종간호 후 간호사가 충분히 회복되기 전에 다른 환자의 임종간호를 수행해야 하는 현실이 반영된 부분으로 여겨진다. 또한 디브리핑을 진행하는데 있어 간호관리자의 디브리핑 중재에 대한 리더십과 지원은 간호사의 이직을 예방하는 전략으로도 이용되고 있으므로[29], 향후 임종간호 디브리핑을 위해 간호관리자를 위한 체계적인 교육과 전략에 대한 모색도 필요할 것이다.

마지막으로 디브리핑에 대한 대상자의 만족도를 살펴본 결과, 전반적으로 만족한 대상자는 50%, 디브리핑이 유익하다고 응답한 대상자는 58.6%로 나타났는데 비해 시간에 대한 만족도는 48.3%로 나타났다. 이는 개인의 슬픔과 상실의 감정을 충분히 표현하기 위해서는 시간 제약 없이 디브리핑을 상시 진행할 필요가 있으며, 각 개별 병동 단위로 진행되는 디브리핑 보다는 병원에서 체계적인 교육과 지원이 수반되어 진행되는 것이 도덕적 고뇌로 인한 간호사의 이직을 감소시키고 그에 상응하는 비용 부담을 줄이는데 효과적이라 여겨진다[30]. 또한 본 연구대상자의 15.5%에서는 디브리핑 시간에 대한 불만족을 나타내었는데, 여러 번 같은 임종간호 프로그램에 참여하며 만족감을 나타낸 연구[30]도 있으나 디브리핑의 반복 횟수보다는 경력에 따른 디브리핑 시기와 적절한 시간, 횟수를 전략적으로 결정하여 진행하는 것을 고려해 볼 직하다.

한편, 본 연구는 디브리핑을 제공한 간호사와 디브리핑을 제공받은 간호사에게 각각 다음과 같은 영향을 주었을 것으로 생각된다. 첫째, 디브리핑을 제공한 간호사의 경우, 생애 말 간호 훈련자 과정을 통해 습득한 교육 내용을 임상에서 활용할 수 있는 기회가 되었을 것

이다. 또한 디브리핑이 단순히 한 사람의 죽음이 어떻게 진행되었으며 그 상황 속에서 느끼는 불안감과 두려움을 세부적으로 표현하는 것이 아닌 환자의 임종을 간호의 본질과 가깝게 다양한 상황과 감정의 표현으로 구성하고 이를 간호사의 정서적 지지를 위한 중재자로서 훈련한 점에서도 의미가 있었을 것이다. 임종간호 디브리핑은 동료와 경험을 나누는 점에서 심리 상담가나 관리자가 진행하는 면담과는 구분된다[8]. 그러므로 디브리핑 제공자로서 간호사의 역할은 디브리핑의 질을 결정하는데 매우 중요한 부분이라 할 수 있다. 둘째, 임종간호 디브리핑을 제공받은 간호사는 임종간호 디브리핑을 통해 죽음의 서사와 그 상황에 얽힌 감정을 공유함으로써 본인이 느끼는 상실과 슬픔의 과정이 정상적임을 이해할 뿐만 아니라 동료 간호사들과 함께 이러한 경험을 통해 성장해 나가는 과정을 배우고 자기 돌봄이 필요하다는 인식을 하는 기회가 되었을[23] 것이다. 이를 바탕으로 본인에게 필요한 자기 돌봄의 방법을 스스로 생각해 보고 돌봄 계획에 대한 구체적인 실행방안을 생각하게 하는 계기가 되었을 것이다. 또한 디브리핑을 통해 본인의 감정을 표현할 수 있는 기회를 가졌다[31]. 대상자들은 답답한 마음, 잠잠해진, 평온한, 감사한, 몽클함 등의 긍정적 감정을 임종과정에서 느끼게 되었는데, 이것은 임종간호를 통해 간호사들이 매번 부정적 감정만 경험하지는 않으며 오히려 환자의 죽음을 통해 본인의 삶을 성찰하고 배우며, 간호의 의미를 재해석하는 계기가 되었다는 것을 시사한다[23]. 대상자들은 디브리핑을 통해 안타까움, 먹먹한, 걱정, 막막함의 부정적인 감정과 환자의 죽음에 대한 슬픔, 마지막 사망 시점에 겪는 윤리적인 갈등을 표현할 기회를 가지며, 타인의 감정을 통한 간호의 의미를 재해석하고 이를 바탕으로 새로운 간호의 에너지를 얻을 수 있었다고 표현하였다[8].

본 연구는 임종간호 태도 측정도구의 신뢰도가 낮게 나타난 점과 디브리핑이 주로 단회성으로 이루어지고 디브리핑 제공 후 3개월 후에 사후 조사가 이루어져 디브리핑 효과에 영향을 미칠 수 있는 다른 사회적 지지 및 전략을 통제하지 못한 제한이 있다. 또한 부득이하게 연구자가 디브리핑을 직접 진행하였기 때문에 연구자의 주관적 판단이 결과에 영향을 미쳤을 가능성을 배제할 수 없으므로 후속 연구에서는 연구자와 참여자 간의 독립성을 유지하거나 객관적인 평가 방안을 도입하

여 보완할 필요성이 있다.

V. 결론

임종간호를 제공한 중환자실 간호사를 대상으로 임종간호 디브리핑을 적용한 후 임종간호 스트레스, 임종간호 태도, 웰니스에 미치는 효과를 파악한 결과, 임종간호 디브리핑을 적용한 대상자의 임종간호 태도 점수가 디브리핑 적용 후에 더 증가된 것으로 나타나 디브리핑이 간호사의 긍정적인 임종간호 태도를 형성하는데 효과가 있음이 재확인되었다. 반면에 두 군간 임종간호 스트레스와 웰니스의 유의한 차이는 없었다. 간호사의 임종간호 태도 점수가 높을수록 임종간호에 긍정적 영향을 준다는 선행연구를 감안할 때, 비록 임종간호 스트레스 감소나 웰니스의 차이가 없었으나 본 연구에서 적용된 디브리핑이 앞으로 중환자실 간호사의 임종간호 수행 향상을 도모할 수 있을 것으로 기대된다.

본 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 임종간호 디브리핑을 각 간호단위가 아닌 체계를 구축하여 의료기관에서 운영하여 개인과 조직 차원의 장기적인 효과를 파악하기를 제언한다. 둘째, 임종간호 디브리핑에 참여한 간호사들의 경험을 분석하는 질적 연구를 제언하고자 한다.

Conflict of interest

Young Hee Yi has been the auditor of the Korean Society of Critical Care Nursing since February 2024. She was not involved in the review process. Otherwise, no potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Funding

This study was supported by research funding from the Nursing Department of Samsung Medical Center in 2017 (No. SMC-NSD-2017-01).

ORCID

Park, Sook Hyun : <https://orcid.org/0000-0001-5441-7221>

Lee, Jung Eun : <https://orcid.org/0009-0000-7677-4932>

Jung, Yu Jin : <https://orcid.org/0000-0002-6817-3851>

Yoo, Ha Neul : <https://orcid.org/0009-0002-6749-7835>
 Kim, Yeon Su : <https://orcid.org/0000-0002-0028-9882>
 Yi, Young Hee : <https://orcid.org/0000-0001-8277-8198>

REFERENCES

- Kim S, No MJ, Moon KE, Cho HJ, Park Y, Lee NJ, et al. Intensive care unit nurses' death perception, end of life stress and end of life nursing attitudes. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2018; 24(2):255-62.
<https://doi.org/10.22650/JKCNR.2018.24.2.255>
- Henrich NJ, Dodek PM, Gladstone E, Alden L, Keenan SP, Reynolds S, et al. Consequences of moral distress in the intensive care unit: a qualitative study. *American Journal of Critical Care*. 2017;26(4):e48-57.
<https://doi.org/10.4037/ajcc2017786>
- Kim HS, Choi EK, Kim TH, Yun HY, Kim EJ, Hong JJ, et al. Difficulties in end-of-life care and educational needs of intensive care unit nurses: a mixed methods study. *Journal of Hospice and Palliative Care*. 2019;22(2):87-99.
<https://doi.org/10.14475/kjhpc.2019.22.2.87>
- Bong HE. Understanding moral distress: how to decrease turnover rates of new graduate pediatric nurses. *Pediatric Nursing*. 2019;45(3):109-14.
- Kim EJ. Factors influencing nurses' attitude of end-of-life care [master's thesis]. Daejeon: Chungnam National University. 2012. p. 1-49.
- Dryden-Palmer K, Garros D, Meyer EC, Farrell C, Parshuram CS. Care for dying children and their families in the PICU: promoting clinician education, support, and resilience. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2018;19(8S):S79-85.
<https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001594>
- Edwards J, Wexner S, Nichols A. Debriefing for clinical learning. [Internet]. US: Patient Safety Network; 2021 [cited 2024 August 11]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/primer/debriefing-clinical-learning>
- Fontenot NM, White KA. Using evidence-based debriefing to combat moral distress in critical care nurses: a pilot project. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2019;9(12):1-12.
<https://doi.org/10.5430/jnep.v9n12p1>
- Santiago C, Abdool S. Conversations about challenging end of life cases: ethics debriefing in the medical surgical intensive care unit. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing*. 2011;22(4):26-30.
- Levido A, Keogh S, Jarret P, Crowe L, Coyer F. Proactive debriefing to promote wellbeing in intensive care nurses: a protocol. *Australian Critical Care*. 2024; 37(4):621-7.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.01.004>
- Savel RH, Munro CL. Moral distress, moral courage. *American Journal of Critical Care*. 2015; 24(4): 276-8.
<https://doi.org/10.4037/ajcc2015738>
- Jones T. Exploring moral distress and reflective debriefing as a potential intervention among Intensive care unit nurses [dissertation]. US: University of Northern Colorado; 2023.
<https://digscholarship.unco.edu/capstones/120>
- Kang HJ, Bang KS. Development and evaluation of a self-reflection program for intensive care unit nurses who have experienced the death of pediatric patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2017;47(3): 392-405.
<https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.3.392>
- Choi SK, Kim J, Kim SY. Development and effectiveness of a spiritual care education program for nurses. *Journal of Convergence for Information Technology*. 2019;9(9):67-77.
<https://doi.org/10.22156/CS4SMB.2019.9.9.067>
- Kim KA. Effect of palliative care practical training on nursing students' attitudes toward death, end-of-life care nursing attitude, and spiritual nursing competency. *Journal of Home Health Care Nursing*. 2023;30(3):276-86.
<https://doi.org/10.22705/jkashcn.2023.30.3.276>
- Jeong KI, Choi JY. Effect of debriefing based on the clinical judgment model on simulation based learning outcomes of end-of-life care for nursing students: a non-randomized controlled trial. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2017;47(6):842-53.
<https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.6.842>
- Lee HY, Lee YO, Choi EY, Park YM. A comparison on stress and coping of bereavement care between nurses in the cancer unit and nurses in the general unit. *Asian Oncology Nursing*. 2007;7(1): 26-35.
- Frommelt KHM. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 1991;8(5):37-43.
<https://doi.org/10.1177/104990919100800509>

19. Cho HJ, Kim ES. The effect of the death education program on the death anxiety and attitudes toward nursing care of the dying patients of nursing student. *Journal of Hospice and Palliative Care*. 2005;8(2):163-72.
20. Choi MJ, Son CS, Kim J, Ha Y. Development of a wellness index for workers. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2016;46(1):69-78.
<https://doi.org/10.4040/jkan.2016.46.1.69>
21. Jung JS, Lee KS. Investigation of the relationships between death recognition, terminal care stress, and terminal care performance in terminal hospital nurses. *Korean Society for Emotion and Sensibility*. 2020;23(1):79-88.
<https://doi.org/10.14695/KJSOS.2020.23.1.79>
22. Park EJ, Seo MJ. The influence of death anxiety and terminal care stress on job satisfaction of new nurses. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*. 2019;28(4):230-41.
<https://doi.org/10.5807/kjohn.2019.28.4.230>
23. Keene EA, Hutton N, Hall B, Rushton C. Bereavement debriefing sessions: an intervention to support health care professionals in managing their grief. *Pediatric Nursing*. 2010;36(4):185-9.
24. Kim JH, Lee H. Cancer unit nurses' end-of-life care-related stress, understanding and training needs. *Journal of Hospice and Palliative Care*. 2012;15(4):205-11.
<https://doi.org/10.14475/kjhpc.2012.15.4.205>
25. Caine RM, Ter-Bagdasarian L. Early identification and management of critical incident stress. *Critical Care Nurse*. 2003;23(1):59-65.
<https://doi.org/10.4037/ccn2003.23.1.59>
26. American Nurses Association. A call to action: exploring moral resilience toward a culture of ethical practice. American Nurses Association; c2017 [cited 2017 November 1]. Available from:
<https://www.nursingworld.org/get-involved/share-your-expertise/pro-issues-panel/moral-resilience-panel/>
27. Jo MJ, Jun WH. Effects of end-of-life care education using self-reflection diary on spirituality, death orientation, and attitudes toward nursing care of the dying patients in nursing students. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2015;15(12):294-303.
<http://dx.doi.org/10.5392/JKCA.2015.15.12.294>
28. Choi GW. A study on terminal care stress, terminal care attitude, terminal care performance and terminal care educational needs of intensive care unit nurses [master's thesis]. Seoul: Seoul National University; 2021. p. 1-65.
29. Huff C. Emotional debriefing. *Hospitals & Health Networks*. 2006;80(8):38-40.
30. Hansen J. Nurse residency programs: a critical part of the future of nursing, Part 1. *Journal for Nurses in Professional Development*. 2013;29(2):96-7.
<https://doi.org/10.1097/NND.0b013e318286f2f0>
31. Rushton CH, Caldwell M, Kurtz M. Moral distress: a catalyst in building moral resilience. *American Journal of Nursing*. 2016;116(7):40-9.
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000484933.40476.5b>