



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

석사학위논문

중환자실 간호사의  
생애말 의사결정 및 스트레스가  
생애말 간호역량에 미치는 영향

계명대학교 대학원  
간호학과

안 소 진

지도교수 김 가 은

2023년 8월

중환자실 간호사의 생애말 의사결정 및 스트레스가 생애말 간호역량에 미치는 영향

안 소 진  
2023년  
8월

중환자실 간호사의  
생애말 의사결정 및 스트레스가  
생애말 간호역량에 미치는 영향

지도교수 김 가 은

이 논문을 석사학위 논문으로 제출함

2023년 8월

계명대학교 대학원

간호학과

안 소 진

# 안소진의 석사학위 논문을 인준함

주 심 김 덕 임

부 심 김 가 은

부 심 이 지 수

계 명 대 학 교 대 학 원

2 0 2 3 년 8 월

## 목 차

I. 서론 .....	1
1. 연구의 필요성 .....	1
2. 연구목적 .....	3
3. 용어정의 .....	3
II. 문헌고찰 .....	5
1. 생애말 의사결정 및 스트레스 .....	5
2. 생애말 간호역량 .....	8
III. 연구방법 .....	11
1. 연구설계 .....	11
2. 연구대상 .....	11
3. 연구도구 .....	12
4. 자료수집 .....	15
5. 자료분석 .....	15
6. 윤리적 고려 .....	16
IV. 연구결과 .....	18
1. 대상자의 일반적 특성 및 생애말 간호 관련 특성 .....	18
2. 대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스, 생애말 간호역량 정도 .....	21
3. 대상자의 일반적 특성 및 생애말 간호 관련 특성에 따른 생애말 간호 역량의 차이 .....	23
4. 대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스, 생애말 간호역량 간의 상관관 계 .....	26
5. 대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스가 생애말 간호역량에 미치는 영향 .....	28

V. 논의 .....	31
VI. 결론 및 제언 .....	38
참고문헌 .....	40
부    록 .....	49
영문초록 .....	61
국문초록 .....	63

## 표 목 차

표 1. 대상자의 일반적 특성 및 생애말 간호 관련 특성 .....	19
표 2. 대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스, 생애말 간호역량 정도 .....	22
표 3. 대상자의 일반적 특성 및 생애말 간호 관련 특성에 따른 생애말 간호 역량의 차이 .....	24
표 4. 대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스, 생애말 간호역량 간의 상관 관계 .....	27
표 5. 대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스가 생애말 간호역량에 미치는 영향 .....	30

# I. 서론

## 1. 연구의 필요성

생애 마지막 순간을 의료기관에서 맞이하는 사람은 2015년 74.6%, 2020년 75.6%로 증가하는 추세이다(통계청, 2021). 더불어 회복 불가능한 생애말 환자의 연명의료로 인해 수명 연장보다 죽음의 과정과 고통을 연장하게 되고, 의료기관 생애말 환자가 증가함에 따라 인간 존엄성과 자율성이 위협받는 문제가 대두되었다(최지연, 손연정과 이경훈, 2020). 존엄성과 자율성을 존중하고 개인적 가치, 선호도를 고려한 의료 서비스는 사전돌봄계획을 통해 실현이 가능하며(이은영, 지희주와 조정숙, 2021), 2018년 ‘호스피스·완화 의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명의료에 관한 법률(연명의료결정법)’ 제정, 연명의료결정제도가 시행됨에 따라 사전돌봄계획이 법적 효력을 갖게 되었다(국가법령정보센터, 2021).

의료기관에서 환자와 가족이 사전돌봄계획, 즉 연명의료 보류, 중단 등을 결정하는 것을 생애말 의사결정이라 한다(Chambaere et al., 2008). 생애말 의사결정에 따라 임종을 맞는 환자가 중환자실 사망의 50~90%에 이를 정도로 중환자실 생애말 의사결정과 임종은 빈번하게 발생한다(Opgenorth et al., 2018). 이때 중환자의 의사결정 능력 부족으로 인해 중환자실에서의 생애말 의사결정은 주로 가족과 논의한다(박영수와 오의금, 2018; 안원하, 2022). 중환자 가족은 중환자실 의료진의 정보제공에 의존하여 환자의 생애말 의사결정을 대신하며(안경진, 공병혜와 송윤진, 2020), 돌봄 제공자로서의 역할도 중환자실 간호사에게 전적으로 맡기게 된다(홍희진과 강지연, 2018).

따라서 중환자실에서의 생애말 의사결정과 생애말 간호에 환자 곁에서 가장 많은 시간을 보내는 중환자실 간호사의 역할이 중요하며(최지연 등, 2020), 정보제공자, 촉진자, 옹호자, 돌봄 제공자로서 역할을 수행해야 한다(이은영 등, 2021). 다양한 역할 수행을 위해 중환자실 간호사는 적합한 역

량을 갖추어야 하며 생애말 환자를 간호하는데 필요한 역량을 생애말 간호 역량이라 한다(Truog et al., 2008). 생애말 간호 지식을 갖추고, 스스로 생애말 의사결정 및 임종에 대한 윤리적 가치관, 도덕관념을 확립하여 지식과 태도를 기반으로 생애말 간호를 수행하는 총체적인 역량이 생애말 간호역량이다(Montagnini, Smith, & Balistrieri, 2012).

그러나 중환자실은 생애말 간호를 수행하기에 시간과 장소에 한계가 있고(홍희진과 강지연, 2018), 간호사가 생애말 간호업무를 적극적으로 수행할 수록 생애말 간호 스트레스는 증가하는 것으로 알려졌다(정지현과 천주영, 2020). 특히 연명의료결정법에 간호사의 역할이 규정되어 있지 않아 생애말 상황에서 간호사는 역할 혼란을 겪고(이은영 등, 2021), 중환자 가족과의 의사소통 갈등, 의사와의 협업 부재 등으로 인해 간호사는 스트레스를 경험한다(안경진 등, 2020; Schwarzkopf et al., 2015).

중환자실에서의 생애말 의사결정과 생애말 간호에 간호사의 역할이 중요하고 생애말 간호역량 증진이 필요하지만, 중환자실 간호사는 관련된 스트레스를 겪을 수 있으므로 생애말 의사결정과 스트레스, 생애말 간호역량의 관계에 대한 연구가 필요하다. 그동안 생애말 간호 스트레스와 생애말 간호역량에 관한 연구로는 정영희와 전경자(2019)의 요양병원 간호사를 대상으로 한 생애말 간호 스트레스와 생애말 간호역량 연구, 김옥주(2020)의 중환자실 간호사 대상 생애말 간호 스트레스와 생애말 간호역량 연구가 이루어졌다. 손숙연과 전미경(2022)은 요양병원 간호사를 대상으로, 이가린(2019)과 정다인(2020)은 상급종합병원 간호사를 대상으로 생애말 간호역량에 대한 영향요인을 연구했다. 그러나 중환자실 간호사를 대상으로 생애말 의사결정 과정까지 포함한 생애말 스트레스, 생애말 간호역량 연구는 미흡했다.

이에 본 연구는 중환자실 간호사를 대상으로 생애말 의사결정 참여 및 의사소통에 따른 스트레스가 생애말 간호역량에 미치는 영향력을 파악할 것이다. 더불어 중환자실의 환자들의 생애말 간호 중재 개발, 중환자실 간호사의 생애말 간호 교육 개발, 나아가 생애말 간호 서비스의 질적 향상을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 중환자실 간호사의 생애말 의사결정 및 스트레스가 생애말 간호역량에 미치는 영향을 파악하기 위한 것이다. 이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스, 생애말 간호역량 정도를 파악한다.
- 2) 대상자의 일반적 특성과 생애말 간호 관련 특성에 따른 생애말 간호역량 차이를 분석한다.
- 3) 대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스, 생애말 간호역량 간의 상관관계를 분석한다.
- 4) 대상자의 생애말 간호역량에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

## 3. 용어정의

### 1) 생애말 의사결정 및 스트레스

- (1) 이론적 정의: 생애말 의사결정이란 생애말 환자의 가치 및 선호도 혹은 가족의 요구를 존중하여 연명의료중단 등에 대해 선택하는 것을 의미하며(Chambaere et al., 2008), 생애말 의사결정 및 스트레스는 생애말 의사결정 과정 및 의사소통 참여의 만족도와 참여에 따른 간호사의 스트레스를 말한다(Schwarzkopf et al., 2015).

- (2) 조작적 정의: 본 연구에서는 Schwarzkopf 등(2015)이 개발한 생애말 의사결정 및 스트레스 측정도구(The End-of-life Decision-making and staff Stress [EIDECS])를 번역하고 간호사를 대상으로 수정한 도구로 측정할 점

수를 말한다. 하위영역으로는 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 협업, 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 역할 명확성, 업무 과부하로 인한 가족과의 의사소통 방해, 간호사를 위한 정서적 지지, 생애말 의사결정 및 의사소통 참여로 인한 스트레스, 업무 과부하로 인한 스트레스, 생애말 의사결정을 위한 주도적 행동이 있다.

## 2) 생애말 간호역량

(1) 이론적 정의: 역량은 맡은 역할을 성공적으로 수행할 수 있게 하는 행동 특성으로 지식, 기술, 태도의 총체이고, 업무에 필요한 기술, 지식, 판단을 종합하여 적용하는 개인의 능력이다(박현희, 김윤신과 오인옥, 2015). 생애말 간호역량은 생애말 환자의 증상 완화를 위한 조치를 취하고, 환자와 가족이 편안함을 느끼고 상황을 이해하도록 도우며 환자의 의사결정을 돕는 능력이다(American Nurses Association, 2016).

(2) 조작적 정의: 본 연구에서는 Montagnini, Smith와 Balistreri (2012)가 개발하고 이호진(2015)이 번역한 도구로, 간호사가 인식한 생애말 간호역량 측정도구(End-of-Life Care - ICU [EOLC-ICU]) 사용하여 측정한 점수를 말한다.

## II. 문헌고찰

### 1. 생애말 의사결정 및 스트레스

연명의료결정법에 따르면 회생 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 않으며, 급속도로 악화되어 사망이 임박한 상태의 환자를 임종 과정에 있는 환자라고 정의한다(국가법령정보센터, 2021). 생애말 환자는 이러한 임종기 환자보다 더욱 포괄적인 의미로, 생의 마지막 몇 달 혹은 몇 년이 남은 환자를 의미한다(National Health Service, 2021). 이러한 생애말 환자 및 그 가족의 가치와 선호도에 따라 의료 서비스를 제공하기 위한 사전돌봄계획 수립을 생애말 의사결정이라고 한다(Visser et al., 2014).

중환자실 생애말 환자는 기관 내 삽관 및 기계 환기, 진정 약물 투여, 의식 저하 등으로 의사결정 능력이 부족하고(박영수와 오익금, 2018; Yoo, Lim, & Shim, 2020) 환자 대신 의사결정을 해야 하는 가족은 면회 제한으로 환자에게 접근하는 것조차 쉽지 않다(이미미와 이명선, 2017). 따라서 중환자실 가족은 의사결정을 위해 중환자실 의료인이 제공하는 정보에 의존할 수밖에 없고(안경진 등, 2020), 특히 환자와 가장 많은 시간을 보내는 간호사에게 의사결정 촉진자, 정보제공자, 옹호자 등의 역할을 요구한다(Adams, Mannix, & Harrington, 2017). 중환자실 간호사는 생애말 의사결정 과정에 참여하여 이러한 많은 역할을 수행해야 하지만, 적극적인 참여는 더 많은 스트레스를 야기할 수 있다(진수진과 이지현, 2015; Schwarzkopf et al., 2015).

생애말 의사결정 스트레스 원인 중 하나는 의사와의 협업 부재이다(이미라, 2020). 중환자실에서 생애말 의사결정을 논의할 때 다학제가 참여하고 갈등을 예방하는 등 의료인 간 협업이 필요하다(대한중환자의학회, 2018). 간호사는 의사가 생애말 상황에서 명확하지 않은 처방을 할 때, 의사소통의 부재를 느낄 때 협업이 제대로 이루어지지 않는다고 느낀다(최지연 등,

2020). 그동안의 연구에서 학제 간 협업을 위한 방안으로 타인을 신뢰하는 조직문화 조성이 필요하며(Ervin, Kahn, Cohen, & Weingart, 2018), 학제 간 환자에 대한 목표를 공유, 공동 회진, 사례 토론 등이 도움이 될 수 있다고 나타났다(Hartog et al., 2018). 또한 체크리스트 및 지침과 같은 도구를 사용하여 공동 목표에 따른 논의 방식을 체계화하는 것도 협업 증진에 도움이 되는 것을 확인할 수 있었다(Gehlbach & Artino, 2018).

또 다른 생애말 의사결정 스트레스의 원인은 간호사의 불명확한 역할이다(Flannery, Ramjan, & Peters, 2016). 대한중환자의학회(2018)는 직종별 역할을 명시한 생애말 지침을 들 것을 권고하고 있다. 현장에서 중환자실 간호사는 생애말 의사결정 논의 시작을 위한 촉진자, 옹호자, 교육자, 생애말 간호 제공자로서 역할을 해야 하며, 나아가 생애말 의사결정이 필요할 때를 먼저 인지하여 주도할 수도 있다(이은영 등, 2021). 그러나 연명의료결정법에 간호사의 역할 규정이 없고, 각 의료기관에 중환자실 의료인을 위한 생애말 지침이 없는 경우가 많으며 교육도 부족하여 중환자실 간호사가 생애말 간호에 대해 역할과 책임을 숙지하기 어렵고 역할 혼란을 경험한다(우윤아, 2020; Paganini & Bouso, 2015).

생애말 의사결정을 위한 의사소통 과정도 스트레스의 원인이 된다(안경진 등, 2020). 환자 및 가족의 가치와 선호도를 통합한 생애말 의사결정을 위해서는 환자, 가족, 의사 사이 의사소통이 중요하다(Adams et al., 2017). 그러나 생애말 의사결정을 위한 의사소통에서 중환자 가족은 종종 감정 통제력을 잃고 분노하거나 환자의 예후에 대해 비현실적인 기대와 요구를 한다(설은미와 고진강, 2018). 중환자실 간호사는 제한된 시간에 이러한 가족에게 응대하고 부정적인 환자 상태를 설명해야 하기 때문에 의사소통 과정에서 갈등과 스트레스를 겪는다(Adams et al., 2017; Yoo et al., 2020).

한편, 중환자실 간호사의 과도한 업무량으로 인해 의사소통 자체도 방해받고 있다(Schwarzkopf et al., 2015). 연명의료결정법 시행으로 중환자실 간호사에게 생애말 환자 간호뿐만 아니라 법적 요건 충족을 위한 생애말 의사결정 관련 행정업무, 상담업무까지 가중되었다(안경진 등, 2020). 중환

자실 간호사는 과도한 업무로 인해 생애말 의사결정 및 의사소통에 참여할 시간이 부족하다고 생각하며(이은영 등, 2021; Adams et al., 2017), 업무 부담 자체만으로도 스트레스를 느낀다(Hartog et al., 2018).

중환자 및 가족과의 의사소통이 타부서와는 다른 특성을 가지므로 중환자실 간호사에게 고난도의 특성화된 의사소통 교육이 필요하다(박영수와 오의금, 2018). 중환자실 맞춤 의사소통 교육에는 생애말 의사소통 교육이 포함되어야 하며, 특히 부정적인 정보제공에 대한 교육이 포함되어야 한다(Grant, 2015). 국외 연구에서 생애말 의사소통 능력 향상을 위해 시뮬레이션과 디브리핑, 워크숍 등을 이용한 연구가 진행되어 왔으나(Anderson et al., 2017; Nellis, Howell, Ching, & Bylound, 2017; Markin et al., 2015; Milic et al., 2015), 국내 생애말 의사결정 및 의사소통에 대한 연구는 미흡한 상태이다.

생애말 의사결정에 수반하는 중환자실 간호사의 스트레스를 감소시키기 위해 위와 같은 스트레스 원인에 대한 중재뿐만 아니라, 스트레스 대처를 위한 정서적 지지가 필요하다(Schwarzkopf et al., 2015). 중환자실 간호사는 생애말 의사결정 과정에서 스트레스를 경험하며, 생애말 상황에서 죄책감, 두려움, 회의감 등 도덕적 고통을 느끼기 때문에 스트레스 상황에서의 대처가 중요하다(설은미와 고진강, 2018). 이때, 동료로부터의 정서적 지지는 간호사가 스트레스 대처로 자주 사용하는 방법이며, 감정을 표출하고 공감 받을 수 있도록 스트레스를 감소시킬 수 있다(민새미, 김희준, 김춘자와 안정아, 2022; Liu, Aunsuroch, Gunawan, & Zeng, 2021).

종합하면 중환자실 간호사는 생애말 의사결정에 참여해야 하며, 역할 명확성, 협업, 의사소통이 생애말 의사결정 과정에서 중요하다. 그러나 중환자실 간호사는 생애말 의사결정 참여하며 다양한 이유로 더 많은 스트레스를 겪을 수 있고, 스트레스 대처를 위한 정서적 지지가 필요하다. 그동안 국내 중환자실 간호사의 생애말 간호 스트레스에 대한 연구는 이루어졌으나(김세라 등, 2018; 김옥주, 2020; 황정옥과 김상희, 2019) 생애말 의사결정 및 의사소통 참여와 관련된 스트레스에 대한 연구는 부족했다. 따라서 중환자

실 간호사의 생애말 의사결정 및 스트레스 정도에 대해 먼저 파악할 필요가 있다.

## 2. 생애말 간호역량

생애말 간호는 죽음을 앞둔 환자와 치료되지 않는 말기 환자의 고통을 줄여 존엄성과 높은 삶의 질을 유지하면서 생의 마지막을 평안하게 맞이하도록 환자와 그 가족을 돕는 행위이다(정영희와 전경자, 2019). 중환자실 입실 이후 지속해서 상태가 악화되거나 치료 반응이 나타나지 않으면 생애말 상황으로의 전환이 이루어지며, 임종 준비를 위한 단계가 시작되는데 간호사는 중환자실 환자의 간호 목표가 급성기 치료에서 생애말 간호로 전환될 때 환자와 가족이 최대한 편안함을 느낄 수 있도록 도와야 한다(Coombs, Addington-Hall, & Long-Sutehall, 2012).

국외의 경우 일찍이 Clarke 등(2003)의 연구에서 생애말 간호의 주요 항목으로 환자 및 가족 중심의 의사결정, 의료진과 환자 및 가족 간 의사소통, 의료의 연속성 유지, 정서적 지지, 증상관리, 영적 지지, 중환자 의료인을 위한 정서적, 조직적 지원을 제시했다. 이후 Truog 등(2008)은 환자 및 가족 중심 치료 및 의사결정, 의사소통, 연명의료 중단과 관련된 윤리 원칙, 증상관리, 사망 시 고려 사항에 대한 내용을 중환자실에서의 생애말 간호에 대한 권고로 발표했다. Montagnini 등(2012)은 생애말 간호로 의사결정, 의사소통, 의료의 연속성 유지, 정서적 지지, 증상관리, 영적 지지를 언급했으며 생애말 간호역량을 지식, 태도, 행위로 구분하였다.

이와 같은 다양한 사항들을 고려한 생애말 간호를 위해서 간호사의 총체적인 역량이 필요한데, 이를 생애말 간호역량이라 한다. 연명의료결정법이 시행됨에 따라 중환자실에서 간호사가 생애말 환자를 대면하는 것은 피할 수 없으며, 24시간 곁에서 환자를 보살피는 중환자실 간호사의 생애말 간호에 대한 중요성도 높아지고 있다(Price et al., 2017). 생애말 상황에서 중환자실 간호사의 역량이 준비되지 않으면 간호사는 스트레스, 도덕적 갈등,

역할 혼란 등을 경험할 수 있다(이경진, 2022; 이은영 등, 2021; 최지연 등, 2020). 따라서 중환자실 간호사의 생애말 간호역량 향상을 위한 지침, 워크숍, 교육 프로그램 등 중재 방안이 필요한 상황이다(김현숙 등, 2019; 정지현과 천주영, 2020; Anderson et al., 2017).

생애말 간호역량에 대한 선행연구를 살펴보면 Montagnini 등(2012)은 중환자실 간호사를 대상으로 생애말 간호역량에 대해 연구하였으며 지식역량 항목별 평균 4.26점, 태도역량 4.19점, 행위역량 4.19점이었다. 같은 도구를 사용한 Price 등(2017)은 중환자실 간호사와 급성치료실 간호사의 생애말 간호역량을 비교하였는데, 모든 하위영역에서 중환자실 간호사가 높았다. Rajdev, Loghmanieh, Farberov, Demissie와 Maniatis (2020)는 생애말 간호역량과 장애요인 조사연구에서 간호사와 의사를 대상으로 조사하였으며 간호사가 의사보다 지식과 태도역량에서 점수가 유의하게 높았다.

중환자실 간호사를 대상으로 한 이호진(2015)의 연구에서 생애말 간호역량 평균 점수는 3.09점, 행위역량, 태도역량, 지식역량 순으로 높았다. 이선민(2019)의 연구에서 생애말 간호역량은 평균 3.24점, 이가린(2019)의 연구에서는 평균 3.25점으로 나타났다. 이후 정다인(2020)의 연구에서 생애말 간호역량 평균은 3.63점, 김옥주(2020)의 연구에서 3.57점, 중환자실 간호사를 대상으로 한 우윤아(2020)의 연구에서 3.29점, 요양병원 간호사를 대상으로 한 손숙연과 전미경(2022)의 연구에서 생애말 간호역량 평균 3.43점이었다.

이호진(2015)의 연구에서 생애말 간호역량은 대상자의 연령, 근무부서에 따라 차이가 있었으며, 생애말 간호역량 하위영역 중 지식 및 행위역량은 생애말 간호 제공 경험에 따라 차이가 있고, 연령, 임상경력, 중환자실 경력과 상관관계가 있었다. 김옥주(2020)는 생애말 간호역량이 최종학력, 결혼 상태, 중환자실 근무 경력, 생애말 간호 제공 경험, 생애말 간호 교육 경험에 따라 차이가 있다고 나타났다. 우윤아(2020)의 연구에서 생애말 간호 지침이 있는 경우 생애말 간호역량이 높고, 정다인(2020)의 연구에서 생애말 간호역량은 임상 경험이 있는 대상자가 더욱 높게 나타났다. 종합하면, 생애말 간호역량은 연령, 최종학력, 근무부서, 근무경력, 결혼 상태, 종교, 생

애말 간호 제공 경험, 생애말 간호 교육 경험, 가까운 사람의 임종 경험에 따라 다를 수 있다.

생애말 간호에 따른 스트레스와 생애말 간호역량의 관계를 연구한 김옥주(2019)의 연구에서 총 생애말 간호 스트레스 점수는 5점 만점에 3.69점이었고, 생애말 간호 스트레스는 생애말 간호역량과 상관관계가 있었다. 황정옥과 김상희(2019)의 연구에서 생애말 간호 스트레스는 5점 만점에 평균 3.69점, 최기원(2021)의 연구에서 생애말 간호 스트레스는 5점 만점에 3.83점으로 나타났다. 김옥주(2019)의 연구를 제외하고 생애말 간호 스트레스와 생애말 간호역량에 대한 연구는 찾기 어려웠으며 위 연구 또한 생애말 의사결정 과정을 포함하지는 않아 추가 연구가 필요하다.

종합하면 중환자실 간호사의 생애말 간호역량 증진이 필요한 상황이며 간호사 역할 규정과 같은 법·제도적 개선, 기관 내 중환자실 생애말 간호 지침 마련, 그리고 지속적인 중환자실 맞춤형 교육 프로그램 운영과 같은 조직적 차원의 노력은 생애말 간호역량 증진에 도움이 될 것으로 기대된다(안경진 등, 2020; 우윤아, 2020). 생애말 간호역량과 생애말 간호 스트레스 간에 관련이 있으며, 앞선 문헌고찰을 통해 중환자실 간호사의 생애말 의사결정 참여도 스트레스를 동반한다는 것을 확인했다. 그러나 중환자실 간호사의 생애말 의사결정과 스트레스, 생애말 간호역량의 관계에 대한 연구는 부족한 상황이다. 따라서 중환자실 간호사를 대상으로 생애말 의사결정 참여와 스트레스, 생애말 간호역량 정도와 그 관계를 파악하고 생애말 간호역량에 미치는 영향요인을 확인할 필요가 있다.

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구설계

본 연구는 연명의료결정법 시행 이후 중환자실 간호사의 생애말 의사결정 및 스트레스가 생애말 간호역량에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

#### 2. 연구대상

본 연구의 대상자는 D 광역시에 소재한 대학병원에 근무하는 중환자실 간호사이다. Kramer, Brewer과 Maguire (2013)의 연구에서 오리엔테이션 후 신규 간호사가 중환자실 환경과 업무에 적응하기까지 4개월에서 8개월이 필요한 것으로 나타났고, 최근 중환자실 간호사를 대상으로 한 연구(김누리, 김성은과 장소은, 2022; 김은지, 2022; 김지은, 2022; 민새미 등, 2022)를 바탕으로 근무 경력이 6개월 이상인 간호사를 편의 표출하였다. 구체적인 선정 기준은 다음과 같다.

- 1) 성인 중환자실에 근무하고 있는 간호사
- 2) 중환자실 경력 6개월 이상 간호사
- 3) 생애말 환자를 간호한 경험이 있는 중환자실 간호사
- 4) 환자에게 직접 간호행위를 수행하는 간호사

적정 표본 수 산출을 위해 G\*Power 3.1.9.7 프로그램을 이용하였다. 중환자실 간호사를 대상으로 한 선행연구(김누리 등, 2022; 김은지, 2022; 민새미 등, 2022; 하보경과 민혜영, 2022)를 토대로 검정력 .80, 유의 수준 .05, 효과 크기 .15, 독립변수 총 19개로 다중회귀분석을 실시하는 경우 필요한

표본의 수는 153명이었으며, 탈락률 10%를 고려하여 170명을 연구 대상으로 선정하였다. 응답이 불충분한 설문, 참여 철회를 원한 대상자의 설문 15부를 제외한 155명의 응답을 최종 분석에 사용하였다.

### 3. 연구도구

설문지를 통해 대상자에게 일반적 특성 및 생애말 간호 관련 특성 12문항, 생애말 의사결정 및 스트레스 24문항, 생애말 간호역량 28문항을 자가 보고 형식으로 자료 수집하였다. 도구는 원저자와 번역자에게 사용 승인을 얻어 사용하였다.

생애말 의사결정 및 스트레스 도구와 생애말 간호역량 도구는 간호학 교수, 내과 전문의, 중환자실 경력 10년 이상 간호사, 석사 이상 학위를 보유한 중환자실 간호사 총 6명으로 이루어진 전문가 집단의 내용타당도(Content Validity Index [CVI])를 측정하였다. CVI 조사는 각 문항 별로 타당도 정도를 ‘매우 타당하다’ 4점, ‘타당하다’ 3점, ‘타당하지 않다’ 2점, ‘매우 타당하지 않다’ 1점으로 각 문항에 대한 점수를 산정하여 CVI 점수를 산출하였다. CVI 조사 결과 0.80점 이상인 문항을 사용하였으며, 이는 문항이 각 개념을 측정하기에 타당함을 의미한다(Lynn, 1986).

#### 1) 일반적 특성 및 생애말 간호 관련 특성

Montagnini, Smith와 Balistrieri (2012)와 선행연구의 일반적 특성, 생애말 간호 관련 특성을 토대로 하여 성별, 연령, 지지체계(결혼, 종교), 최종학력, 근무부서, 근무 경력, 생애말 간호 경험 횟수, 생애말 간호 교육 경험, 생애말 간호 지침 유무, 의사소통 교육 경험, 가까운 가족, 지인의 임종 경험을 확인하였다.

#### 2) 생애말 의사결정 및 스트레스

생애말 의사결정 및 스트레스 측정도구는 Schwarzkopf 등(2015)이 개발

한 도구를 사용하였다.

도구의 번역은 간호학 전공자이며 영어와 한국어에 능통한 1인이 영문을 한국어로 번역하고, 간호학 전공자이며 영어와 한국어에 능통한 다른 1인이 우리말을 다시 영문으로 역 번역하였다. 역 번역본과 원문 간 차이가 있는 문항은 일치할 때까지 번역 과정을 반복하였다. 영어와 한국어에 능통한 제 3의 간호사 1인이 원문 도구와 한국어 도구를 사용하여 답하였고, 둘 사이의 일치도를 확인하였다.

CVI 조사 결과 CVI 는 0.67~1.00으로 측정되었다. 원도구는 간호사와 의사를 포함한 중환자실 근무자를 위한 도구로 개발되어 간호사 대상의 문항이 아닌 ‘생애말 의사결정 시 의사의 의견이 적절하게 고려된다’ 문항과 ‘가족과의 생애말 의사소통에 의사의 참여가 적절하다’ 문항이 있었다. 위 문항의 CVI 점수는 각 0.67점으로 삭제하였고 최종 CVI 0.80 이상인 24문항을 사용하였다.

생애말 의사결정 및 스트레스 측정도구는 총 24문항으로 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 협업(4 문항), 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 역할 명확성(6 문항), 업무 과부하로 인한 가족과의 의사소통 방해(2 문항), 간호사를 위한 정서적 지지(3 문항), 생애말 의사결정 및 의사소통 참여로 인한 스트레스(5 문항), 업무 과부하로 인한 스트레스(2 문항), 생애말 의사결정을 위한 주도적 행동(2 문항)의 7가지 하위영역으로 구성되어 있다. 각 문항은 Likert 5점 척도로 ‘매우 그렇다’ 5점에서 ‘전혀 아니다’ 1점으로 측정하며, 각 문항 평균 점수 1점에서 5점 사이의 범위를 가진다. 이때 간호사를 위한 정서적 지지 영역의 15번 문항, 생애말 의사결정을 위한 주도적 행동 영역의 24번 문항은 역 환산하여 측정하였다. 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 협업, 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 역할 명확성, 간호사를 위한 정서적 지지, 생애말 의사결정을 위한 주도적 행동 영역의 점수는 높을수록 생애말 의사결정 및 의사소통에 있어서 만족하는 것을 의미하고, 업무 과부하로 인한 가족과의 의사소통 방해 영역은 점수가 높을수록 생애말 의사결정 및 의사소통 과정에 만족하지 못하는 것을 의미하며, 생애

말 의사결정 및 의사소통 참여로 인한 스트레스, 업무 과부하로 인한 스트레스 영역은 점수가 높을수록 생애말 의사결정 및 의사소통 과정에서 스트레스를 경험함을 의미한다.

연구 도구의 신뢰도는 원저자의 연구에서 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 협업 Chronbach's  $\alpha=.81$ , 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 역할 명확성 .83, 업무 과부하로 인한 가족과의 의사소통 방해 .69, 간호사를 위한 정서적 지지 .85, 생애말 의사결정 및 의사소통 참여로 인한 스트레스 .81, 업무 과부하로 인한 스트레스 .73, 생애말 의사결정을 위한 주도적 행동 .71이었다. 본 연구에서의 신뢰도는 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 협업 Chronbach's  $\alpha=.72$ , 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 역할 명확성 .82, 업무 과부하로 인한 가족과의 의사소통 방해 .66, 간호사를 위한 정서적지지 .64, 생애말 의사결정 및 의사소통 참여로 인한 스트레스 .88, 업무 과부하로 인한 스트레스 .84, 생애말 의사결정을 위한 주도적 행동 .73이었다.

### 3) 생애말 간호역량

생애말 간호역량 설문 도구는 Montagini와 Smith, Balistreri (2012)의 생애말 간호역량 도구(End-of-Life Care-ICU [EOLC-ICU])를 이효진(2015)이 번역한 국문 도구를 CVI 조사 후 사용하였다. 생애말 간호역량 측정 도구는 총 28문항으로 지식역량(12문항), 태도역량(5문항), 행위역량(11문항) 총 3개의 하위영역으로 구성되어 있다. CVI 조사 결과 CVI는 0.83~1.00로 국문 도구의 28문항을 모두 사용했다.

각 문항은 Likert 5점 척도로 '매우 그렇다' 5점에서 '전혀 그렇지 않다' 1점 Likert 5점 척도로 측정한다. 각 문항 평균 점수로 측정하여 1점에서 5점 사이의 범위를 가지고 점수가 높을수록 자가 인식한 생애말 간호역량이 높은 것을 의미한다. 원저자의 연구에서 신뢰도는 도구 전체 Chronbach's  $\alpha=.92$ , 하위영역의 Chronbach's  $\alpha$ 는 지식 .92, 태도 .72, 행위 .90이었고, 이효진(2015)의 연구에서 도구 전체의 Chronbach's  $\alpha=.90$ , 하위영역 지식은

.94, 태도 .71, 행위 .83 이었다. 본 연구에서 도구 전체 신뢰도는 Chronbach's  $\alpha$ =.92, 하위영역 지식은 .92, 태도는 .63, 행위 .84이었다.

#### 4. 자료수집

본 연구의 자료 수집은 D 광역시에 소재한 4개 대학병원에 근무하는 중환자실 간호사를 대상으로 2023년 2월 1일부터 2023년 3월 1일까지 실시하였다. 자료수집을 위해 연구자가 각 병원에 사전 유선 연락 후 직접 방문하여 간호부에 연구목적과 취지를 설명하고 협조를 구한 후 각 중환자실에 연구대상자 모집 안내문을 전달하였다. 각 의료기관에 모집공고문을 연구대상자가 근무하는 중환자실 게시판에 1~2주 동안 부착하도록 하며, 자발적으로 설문 조사에 참여할 대상자에게 자가 보고 형식의 서면 혹은 온라인 설문지 중 원하는 방법으로 응답하도록 진행하였다. 온라인 설문 조사 방식은 자발적 참여를 원하는 대상자에 한해 공고문에 명시된 QR코드 혹은 URL 주소로 접속하여 온라인 설문지 첫 장에 연구 목적과 취지에 대한 설명문을 읽고 동의서를 작성한 후 설문 진행하도록 하였으며, 온라인 연구 설명문 및 동의서는 필수항목으로 구성하여 누락되지 않도록 하였다. 서면 설문지는 서면 설명문 및 동의서를 읽고 동의를 받았다. 작성한 서면 설문지는 개별봉투에 밀봉하도록 하여 연구자가 직접 회수하였다. 설문지 작성은 약 20분 정도 소요되었으며, 설문을 완료한 참여자에게는 답례품을 지급하였다.

#### 5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS Statistics 27.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며, 구체적인 통계분석 방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성과 생애말 간호 관련 특성은 빈도와 백분율, 평

균과 표준편차, 중앙값, 최솟값과 최댓값으로 분석하였다.

- 2) 대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스, 생애말 간호역량의 정도는 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 3) 대상자의 일반적 특성과 생애말 간호 관련 특성에 따른 생애말 간호역량의 차이는 Shapiro-Wilk 검정 결과( $p < .05$ ) 정규분포하지 않음이 확인되어 비모수 검정인 Mann-Whitney U 검정과 Kruskal-Wallis H 검정을 실시하였고, Bonferroni Correction을 통하여 사후검정을 실시하였다.
- 4) 대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스, 생애말 간호역량의 상관관계를 확인하기 위하여 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.
- 5) 대상자의 생애말 간호역량에 미치는 영향요인을 분석하기 위해 위계적 회귀분석으로 분석하였다.

## 6. 윤리적 고려

본 연구는 대상자를 윤리적으로 보호하기 위해 D시 소재 K대학교의 생명윤리위원회(Institute of Research Board [IRB])의 연구승인을 받고 진행하였다(IRB No. 40525-202211-HR-068-02).

설문은 온라인과 서면 두 가지 방법 중 연구 대상자가 원하는 방식으로 작성할 수 있도록 하였다. 온라인 설문을 원하는 대상자에게 모집광고문의 QR코드 및 URL 주소를 통하여 대상자에게 연구의 목적, 절차, 가능한 부작용, 참여 보상, 비밀보장, 연구 비참여시 어떠한 불이익도 없음을 설명하는 설명문 및 동의서를 읽고 자발적으로 참여하도록 하였다. 서면 설문 조사는 연구자가 자발적 참여를 원하는 대상자에게 연구의 목적과 취지에 대한 내용을 담은 설명문을 제공하고 서면동의를 받았다. 작성된 설문지는 작성 즉시 개별 밀봉하도록 하고 직접 회수하였다.

설문 동안 업무 시간에 방해되지 않도록 24시간 중 편한 시간에 접속하여 응답하거나 서면 작성할 수 있도록 하고, 설문지 작성에는 약 20분 정도

소요되었다. 설문 응답을 완성한 대상자들에게는 모바일 답례품을 제공하였고, 답례품 제공을 위해 수집한 연락처는 모바일 답례품 발송 직후 폐기하였다. 연구자료, 설문지 등 모든 관련 서면 서류는 암호화하여 컴퓨터 전산 처리하고 연구자 외에는 접근할 수 없는 잠금장치가 있는 곳에 보관하였고, 온라인으로 수집된 정보 및 컴퓨터 처리된 정보는 암호화된 온라인 클라우드에 보관하여 관리하였다. 연구 관련 자료는 연구 종료 후 3년간 보관할 것이며 이후 서면 서류는 파쇄, 온라인 클라우드에 저장된 정보는 영구 삭제할 것이다.

## IV. 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 특성 및 생애말 간호 관련 특성

본 연구 대상자의 일반적 특성 및 생애말 간호 관련 특성은 다음과 같다 (표 1).

대상자는 총 155명으로 성별은 여성이 141명(91.0%)으로 대부분이었다. 대상자의 연령은 23세부터 49세로 25~29세가 82명(52.9%)으로 가장 많았다. 최종학력은 학사가 114명(73.5%)으로 대부분이었고, 근무부서는 내과계 중환자실 근무자가 56명(36.1%), 외과계 중환자실 46명(29.7%), 신경계중환자실 31명(20.0%), 심장계 중환자실 20명(12.9%), 기타(응급 중환자실) 근무자가 2명(1.3%)이었다. 대상자의 근무경력은 0.50년부터 25.00년까지 있었으며 중앙값이 5년으로 나타나 5년을 기준으로 분석하였다. 5년 이상 근무경력을 가진 대상자가 79명(51.0%)이었고, 현 부서 근무경력은 0.50년부터 23.33년까지로 중앙값은 3년이었다. 3년을 기준으로 분석하였을 때 현 근무부서 경력 3년 이상인 대상자가 81명(52.3%)이었다. 결혼 상태는 미혼인 대상자가 111명(71.6%)으로 가장 많았고, 종교가 없는 대상자가 108명(69.7%), 종교가 있는 대상자가 47명(30.3%)이었다.

생애말 간호 관련 특성으로 최근 1년 이내 생애말 간호 경험은 0회 부터 20회까지 있었고, 존엄한 죽음 및 생애말 간호 관련 교육 경험이 있는 대상자는 52명(33.5%)으로 경험이 있을 때 평균  $1.79 \pm 1.72$ 회의 생애말 간호 관련 교육을 받았고 보수교육이 24명(15.5%)으로 가장 많았다. 기관 내 생애말 간호 지침은 없는 경우가 124명(80.0%)으로 가장 많았다. 의사소통 교육 경험이 있는 대상자는 50명(32.3%)으로 경험이 있을 경우 평균  $1.58 \pm 0.81$ 회의 교육을 받았고 온라인/사이버 교육이 36명(23.2%)으로 가장 많았다. 임종 경험이 있는 대상자가 90명(58.1%)으로 임종 경험이 없는 대상자보다 더 많았고, 임종 경험이 있는 경우 임종 관계는 82명(52.9%)이 가족이었다.

표 1. 대상자의 일반적 특성 및 생애말 간호 관련 특성 (N=155)

특성	구분	n(%)	중앙값 (최솟값, 최댓값) /평균±표준편차
성별	여자	141(91.0%)	
	남자	14(9.0%)	
연령	<25	12(7.7%)	28 (23, 49)
	25~29	82(52.9%)	
	30~34	35(22.6%)	
	≥35	26(16.8%)	
	최종학력	전문학사	15(9.7%)
	학사	114(73.5%)	
	석사 재학/졸업	26(16.8%)	
근무부서	내과계 중환자실	56(36.1%)	
	외과계 중환자실	46(29.7%)	
	심장계 중환자실	20(12.9%)	
	신경계 중환자실	31(20.0%)	
	기타 (응급 중환자실)	2(1.3%)	
근무경력(년)	<5	76(49.0%)	5 (0.50, 25.00)
	≥5	79(51.0%)	
현 부서 근무경력(년)	<3	74(47.7%)	3 (0.50, 23.33)
	≥3	81(52.3%)	
결혼	미혼	111(71.6%)	
	기혼	42(27.1%)	
	이혼	2(1.3%)	
종교	무	108(69.7%)	
	유	47(30.3%)	

(표 계속)

표 1. (계속)

(N=155)

특성	구분	n(%)	중앙값 (최솟값, 최댓값) /평균±표준편차
최근 1년 이내 생애말 간호 경험(회)	<3	61(39.4%)	3 (0, 20)
	≥3	94(60.6%)	
존엄한 죽음 및 생애말 간호 관련 교육 경험	무	103(66.5%)	1.79±1.72
	유	52(33.5%)	
	교육 방법 (n=52)	온라인/사이버 22(14.2%)	
	보수교육 24(15.5%)		
	기타 (대학원, 부서교육)	6(3.9%)	
생애말 간호 지침	무	124(80.0%)	
	유	31(20.0%)	
의사소통 교육 경험	무	105(67.7%)	1.58±0.81
	유	50(32.3%)	
	교육 방법 (n=50)	온라인/사이버 36(23.2%)	
	보수교육 10(10.0%)		
	학회 2(1.3%)		
	기타 (대학원, 부서교육)	2(1.3%)	
임종 경험	무	65(41.9%)	
	유	90(58.1%)	
	임종 관계 (n=90)	가족 82(52.9%)	
	지인	8(5.2%)	

## 2. 대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스, 생애말 간호역량 정도

대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스, 생애말 간호역량 정도는 다음과 같다(표 2).

대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스 하위영역 중 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 협업 정도는 5점 만점에서 평균  $3.00 \pm 0.79$ 점, 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 역할 명확성 점수는  $3.28 \pm 0.72$ 점, 업무 과부하로 인한 가족과의 의사소통 방해 정도는  $3.52 \pm 0.85$ 점, 간호사를 위한 정서적 지지 정도는  $2.94 \pm 0.88$ 점, 생애말 의사결정 및 의사소통 참여로 인한 스트레스는  $3.18 \pm 0.91$ 점, 업무 과부하로 인한 스트레스는  $4.22 \pm 0.77$ 점, 생애말 의사결정을 위한 주도적 행동은  $2.87 \pm 0.87$ 점이었다. 생애말 간호역량 정도는 5점 만점 중  $3.26 \pm 0.55$ 점, 생애말 간호역량 하위영역 중 지식역량은  $3.35 \pm 0.72$ 점, 태도역량은  $3.25 \pm 0.63$ 점, 행위역량은  $3.17 \pm 0.62$ 점이었다.

표 2. 대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스, 생애말 간호역량 정도 (N=155)

변수	범위	평균± 표준편차	최솟값	최댓값
생애말 의사결정 및 스트레스	1-5			
생애말 의사결정 및 의사소통에서의 협업		3.00±0.79	1.00	4.75
생애말 의사결정 및 의사소통에서의 역할 명확성		3.28±0.72	1.50	5.00
업무 과부하로 인한 의사소통 방해		3.52±0.85	1.00	5.00
간호사를 위한 정서적 지지		2.94±0.88	1.00	5.00
생애말 의사결정 및 의사소통 참여로 인한 스트레스		3.18±0.91	1.00	5.00
업무 과부하로 인한 스트레스		4.22±0.77	1.00	5.00
생애말 의사결정을 위한 주도적 행동		2.87±0.87	1.00	5.00
생애말 간호역량	1-5	3.26±0.55	1.82	4.79
지식		3.35±0.72	1.58	5.00
태도		3.25±0.63	1.60	5.00
행위		3.17±0.62	1.55	4.91

### 3. 대상자의 일반적 특성 및 생애말 간호 관련 특성에 따른 생애말 간호역량의 차이

대상자의 일반적 특성 및 생애말 간호 관련 특성에 따른 생애말 간호역량의 차이는 다음과 같다(표 3).

대상자의 일반적 특성 및 생애말 간호 관련 특성 중 최종학력, 근무경력, 존엄한 죽음 및 생애말 간호 관련 교육 경험, 생애말 간호 지침 유무, 의사소통 교육 경험에 따른 생애말 간호역량은 유의한 차이를 나타냈다. 최종학력에 따른 생애말 간호역량은 집단 간 유의한 차이가 있었으며( $\chi^2=9.73$ ,  $p=.008$ ), 추가 사후검증 결과 전문학사 집단보다 학사 집단의 생애말 간호역량이 통계적으로 유의하게 높았다( $p=.009$ ). 근무경력에 따른 생애말 간호역량은 5년 미만의 집단이 5년 이상의 집단보다 유의하게 높았다( $Z=-2.00$ ,  $p=.045$ ). 존엄한 죽음 및 생애말 간호 관련 교육 경험에 따른 생애말 간호역량은 경험이 있는 집단이 없는 집단보다 유의하게 높은 것으로 나타났고( $Z=-2.77$ ,  $p=.006$ ), 생애말 간호 지침 유무에 따른 생애말 간호역량은 생애말 간호 지침이 없는 집단보다 지침이 있는 집단이 유의하게 생애말 간호역량이 높았다( $Z=-2.92$ ,  $p=.003$ ). 의사소통 교육 경험에 따른 생애말 간호역량의 경우 경험이 없는 집단보다 경험이 있는 집단이 유의하게 높은 것으로 나타났다( $Z=-3.58$ ,  $p<.001$ ).

표 3. 대상자의 일반적 특성 및 생애말 간호 관련 특성에 따른 생애말 간호역량의 차이 (N=155)

특성	구분	평균±표준편차	Z/ $\chi^2(p)$ 사후검정	
성별	여자	3.27±0.56	-0.49(.624)	
	남자	3.21±0.42		
연령	<25	3.08±0.45	2.46(.482)	
	25~29	3.31±0.60		
	30~34	3.21±0.47		
	≥35	3.29±0.54		
최종학력	전문 학사 <sup>a</sup>	2.94±0.52	9.73(.008)	
	학사 <sup>b</sup>	3.34±0.54		a<b
	석사 재학/졸업 <sup>c</sup>	3.12±0.54		
근무부서	내과계 중환자실	3.28±0.44	8.44(.077)	
	외과계 중환자실	3.38±0.51		
	심장계 중환자실	3.03±0.59		
	신경계 중환자실	3.17±0.71		
	기타 (응급중환자실)	3.70±0.73		
근무경력(년)	<5	3.37±0.50	-2.00(.045)	
	≥5	3.16±0.58		
현 부서 근무경력(년)	<3	3.31±0.47	-0.88(.379)	
	≥3	3.22±0.61		
결혼	미혼	3.25±0.58	0.72(.700)	
	기혼	3.30±0.49		
	이혼	3.57±0.61		
종교	무	3.26±0.57	-0.22(.829)	
	유	3.26±0.51		

(표 계속)

표 3. (계속)

(N=155)

특성	구분	평균±표준편차	Z/ $\chi^2$ (p) 사후검정	
최근 1년 이내 생애말 간호 경험(회)	<3	3.20±0.51	-1.32(.188)	
	≥3	3.30±0.58		
존엄한 죽음 및 생애말 간호 관련 교육 경험	무	3.17±0.54	-2.77(.006)	
	유	3.45±0.53		
	교육 방법 (n=52)	온라인/사이버	3.53±0.55	1.97(.374)
	보수교육	3.35±0.45		
	기타 (대학원, 부서교육)	3.63±0.61		
생애말 간호 지침	무	3.20±0.56	-2.92(.003)	
	유	3.50±0.43		
의사소통 교육 경험	무	3.15±0.52	-3.58(<.001)	
	유	3.50±0.55		
	교육 방법 (n=50)	온라인/사이버	3.43±0.57	3.59(.309)
	보수교육	3.80±0.48		
	학회	3.48±0.18		
	기타 (대학원, 부서교육)	3.38±0.23		
임종 경험	무	3.16±0.61	-1.93(.054)	
	유	3.34±0.50		
	임종 관계 (n=90)	가족 지인	3.33±0.52 3.46±0.19	-0.82(.411)

#### 4. 대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스, 생애말 간호역량 간의 상관관계

대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스와 생애말 간호역량 간의 상관관계를 분석한 결과는 다음과 같다(표 4).

대상자의 생애말 간호역량과 생애말 의사결정 및 스트레스 하위영역 중 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 협업( $r=.60, p<.001$ ), 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 역할 명확성( $r=.63, p<.001$ ), 간호사를 위한 정서적 지지( $r=.43, p<.001$ ), 생애말 의사결정을 위한 주도적 행동( $r=.31, p<.001$ ) 간에는 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 생애말 간호역량과 업무 과부하로 인한 가족과의 의사소통 방해( $r=-.31, p<.001$ ), 생애말 의사결정 및 의사소통 참여로 인한 스트레스( $r=-.36, p<.001$ ), 업무 과부하로 인한 스트레스( $r=-.16, p=.047$ ) 간에는 음의 상관관계가 있었다.

표 4. 대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스, 생애말 간호역량 간의 상관관계

(N=155)

변수	생애말 의사결정 및 스트레스 하위영역							
	생애말 의사결정 및 의사소통에서의 협업	생애말 의사결정 및 의사소통에서의 역할 명확성	업무 과부하로 인한 가족과의 의사소통 방해	간호사를 위한 정서적 지지	생애말 의사결정 및 의사소통 참여로 인한 스트레스	업무 과부하로 인한 스트레스	생애말 의사결정을 위한 주도적 행동	생애말 간호역량
	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)
생애말 의사결정 및 스트레스								
생애말 의사결정 및 의사소통에서의 협업	1	.64(<.001)	-.27(<.001)	.38(<.001)	-.33(<.001)	-.23(.004)	.24(.003)	.60(<.001)
생애말 의사결정 및 의사소통에서의 역할 명확성		1	-.20(.011)	.39(<.001)	-.34(<.001)	-.16(.047)	.16(.043)	.63(<.001)
업무 과부하로 인한 가족과의 의사소통 방해			1	-.31(<.001)	.23(.004)	.46(<.001)	-.04(.611)	-.31(<.001)
간호사를 위한 정서적 지지				1	-.30(<.001)	-.22(.005)	.20(.014)	.43(<.001)
생애말 의사결정 및 의사소통 참여로 인한 스트레스					1	.31(<.001)	-.17(.030)	-.36(<.001)
업무 과부하로 인한 스트레스						1	-.03(.681)	-.16(.047)
생애말 의사결정을 위한 주도적 행동							1	.31(<.001)
생애말 간호역량								1

## 5. 대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스가 생애말 간호역량에 미치는 영향

본 연구에서 외생변수가 통제된 상태에서 생애말 의사결정 및 스트레스가 생애말 간호역량에 미치는 영향을 파악하기 위해 위계적 회귀분석을 시행하였다. 1단계에서 생애말 간호역량과 유의한 차이를 보인 최종학력, 근무경력, 존엄한 죽음 및 생애말 간호 관련 교육 경험, 생애말 간호 지침 유무, 의사소통 교육 경험을 통제한 후 2단계에서 생애말 의사결정 및 스트레스 하위영역인 생애말 맥락에서의 협업, 역할 명확성, 업무와 관련된 가족과의 의사소통 중단, 정서적 지지, 생애말 의사결정 및 의사소통 참여로 인한 스트레스, 업무 과부하 스트레스, 생애말 의사결정을 위한 주도성을 투입하였다. 이때 연속변수인 생애말 의사결정 및 스트레스 하위영역을 제외한 대상자의 특성은 더미변수로 처리하여 분석하였고, 최종학력 변수는 ‘전문학사’, 근무경력 변수는 ‘5년 이상’, 존엄한 죽음 및 생애말 간호 관련 교육 경험 변수는 ‘유’, 생애말 간호 지침 변수는 ‘유 의사소통 교육 경험 변수는 ‘유’를 기준(Reference)으로 처리하였다. 분석 결과는 다음과 같다(표 5).

회귀분석 결과 회귀모형은 적합한 것으로 검증되었고( $F=13.09$ ,  $p<.001$ ), 회귀모형의 설명력은 약 51%로 나타났다. 공차 한계(Tolerance)는 0.38~0.83사이로 0.1이상으로 나왔으며, 분산 팽창 계수(Variance Inflation Factor [VIF]) 값은 1.21~2.66로 모두 10 미만으로 나타나 다중 공선성의 문제는 없었다. 변수들 간의 상관관계도  $-0.75\sim 0.63$ 으로  $0.90$ 이하이므로 상호 독립적임을 확인했고, Durbin-Watson 통계량은 1.93로 독립변수 간의 자기상관성이 없었다. 정규성과 선형관계의 가정을 만족하고 특이값 진단을 위한 쿡의 거리(Cook's distance)값을 확인한 결과 1.0을 초과하는 값은 없었다. 잔차의 분산 결과 표준화 잔차의 범위는  $-2.14\sim 2.42$ 으로 등분산을 만족했다. 따라서 회귀모형의 모든 가정을 만족하므로 본 회귀식의 모델은 타당하다고 할 수 있다.

대상자의 일반적 특성 및 생애말 간호 관련 특성 중 최종학력, 근무경력, 존엄한 죽음 및 생애말 간호 관련 교육 경험, 생애말 간호 지침 유무, 의사소통 교육 경험을 포함한 Model 1은 생애말 간호역량에 대한 영향을 약 14%( $F=5.09$ ,  $p<.001$ ) 설명하였다. 생애말 의사결정 및 스트레스 하위요인을 포함한 Model 2에서 총 설명력은 약 51% 였으며, Model 1과 비교하였을 때 설명력이 약 38% 증가하였다(Delta  $F=16.70$ ,  $p<.001$ ).

대상자의 생애말 간호역량에 영향을 미치는 요인은 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 역할 명확성( $\beta=.34$ ,  $p<.001$ ), 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 협업( $\beta=.25$ ,  $p=.002$ ), 업무와 관련된 가족과의 의사소통 방해( $\beta=-.15$ ,  $p=.029$ ) 순으로 나타났다.

표 5. 대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스가 생애말 간호역량에 미치는 영향  
(N=155)

독립변수	Model 1	Model 2
	$\beta(p)$	$\beta(p)$
일반적 특성 및 생애말 간호 관련 특성	최종학력* 학사 석사 재학/졸업 근무경력* 존엄한 죽음 및 생애말 간호 관련 교육 경험* 생애말 간호 지침* 의사소통 교육 경험*	.14(.133) .08(.382) -.01(.193) .09(.156) -.03(.633) -.00(.979)
생애말 의사결정 및 스트레스	생애말 의사결정 및 의사소통에서의 협업  생애말 의사결정 및 의사소통에서의 역할 명확성  업무 과부하로 인한 가족과의 의사소통 방해  간호사를 위한 정서적 지지  생애말 의사결정 및 의사소통 참여로 인한 스트레스  업무 과부하로 인한 스트레스  생애말 의사결정을 위한 주도적 행동	.25(.002)  .34(<.001)  -.15(.029)  .11(.091)  -.10(.117)  .11(.111)  .12(.053)
F(p)	5.09(<.001)	13.09(<.001)
R <sup>2</sup>	.17	.55
Adjusted R <sup>2</sup>	.14	.51
$\Delta R^2$		.38

\*Reference: 최종학력(전문학사), 근무경력(5년 이상), 존엄한 죽음 및 생애말 간호 관련 교육 경험(무), 생애말 간호 지침(무), 의사소통 교육 경험(무)

## V. 논 의

본 연구는 중환자실 간호사의 생애말 의사결정 및 스트레스와 생애말 간호역량 정도를 파악하고 생애말 의사결정 및 스트레스가 생애말 간호역량에 미치는 영향을 분석함으로써 중환자실 생애말 간호 중재 개발, 중환자실 간호사 대상 생애말 간호 교육 개발, 나아가 생애말 간호 서비스의 질적 향상을 위한 기초 자료를 제공하고자 시행되었다. 주요 연구결과에 대해 다음과 같이 논의하고자 한다.

본 연구결과 중환자실 간호사의 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 역할 명확성이 생애말 간호역량에 영향을 미치는 주된 요인으로 나타났다. 같은 도구를 사용한 국내 선행연구가 없어 직접적인 비교는 어려웠다. 그러나 생애말 의사결정 과정에서 간호사의 역할이 필수적임을 나타낸 선행연구의 결과와 유사했다(김선정, 2020; 이수정과 김혜영, 2017; Strachan, Kryworuchko, Nouvet, Downar, & You, 2018).

중환자실의 생애말 의사결정 과정은 환자 가족의 의견에 의존하고 있으나 가족이 환자 상태를 충분히 이해하고 의사결정을 하기에 한계가 있기 때문에(안원하, 2022; 이미미와 이명선, 2017) 중환자실 간호사에게 환자에 대한 정보를 제공받고 의견을 구하는 경우가 잦다(안경진 등, 2020). 그러나 실제 현장에서는 연명의료결정법에 간호사 역할 규정이 없어 중환자실 간호사가 혼란을 겪고 있고, 가장 가까이에서 환자를 돌봄에도 불구하고 중환자실 간호사는 주변인으로 여겨지고 있다(이은영 등 2021). 생애말 의사결정 과정에서 촉진자, 정보제공자, 옹호자 등 중환자실 간호사 역할의 중요성이 높은 만큼, 간호사 역할 명확성을 높이기 위한 법적 개선이 필요할 것으로 생각된다.

대한중환자의학회(2018)는 생애말 지침이 필요하며 지침에 직종별 역할을 명시할 것을 권고했다. 그러나 기관 내 생애말 간호 지침이 있다고 응답한 경우는 우윤아(2020)의 연구에서 12.4%, 이선민(2019)의 연구에서 35.9%,

본 연구에서 20%로 나타났다. 특히 본 연구에서 같은 기관, 부서에 근무함에도 기관 내 생애말 간호 지침 유무에 대한 응답이 나뉘었으며 이러한 점은 우윤아(2020)의 연구에서도 나타났는데, 지침이 있더라도 공유가 제대로 이루어지지 않아 활용도가 저조하기 때문인 것으로 보인다. 기관 내 생애말 간호 지침이 없거나, 있어도 숙지하지 못하기 때문에 간호사가 생애말 간호를 위한 역할과 책임에 대해 명확히 알지 못하며, 생애말 간호를 수행하는데 있어서 부담감을 겪는다(Kim et al., 2022). 본 연구에서 회귀분석 결과 생애말 간호역량에 생애말 간호 지침이 영향을 미치지 않는었으나, 생애말 간호 지침이 있을 경우 생애말 간호역량은 유의하게 높았으며 이러한 결과는 우윤아(2020)의 연구와 유사했다. 또한 생애말 간호 수행 빈도에 대한 이선민(2019)의 연구에서 생애말 간호 지침이 있을 경우 생애말 간호 수행 빈도가 더 높은 것으로 나타나 중환자실 생애말 간호를 위해 생애말 간호 지침 마련이 필요한 것으로 보인다.

2018년 연명의료결정법이 시행됨에 따라 호스피스·완화의료와 관련된 사항을 규정하고 이에 대한 교육 자료로 환자를 위한 연명의료결정 안내 책자를 비치하고 있다(보건복지부, 2019). 그러나 의료인을 위한 교육 자료는 아니며, 연명의료결정법에 따른 기관 규정은 호스피스·완화의료에 집중되어 있고 중환자실 생애말 환자에게 적용하기에는 적합하지 않았다. Clark 등(2020)은 생애말 간호 표준화 지침을 개발하는 연구를 통해 효과적인 증상관리, 의사소통 개선, 간호기록 시간 단축으로 생애말 간호 시간 확보의 효과를 확인했다. 국내 의료기관 내 생애말 간호 지침 개발을 위한 노력 또한 진행되고 있다. S지역 상급종합병원에서는 질 향상 프로그램을 통해 중환자실 간호사 대상 생애말 간호의 어려움과 교육 요구도를 조사하였는데 생애말 간호 교육도 조사 연구에서 중환자실 간호사에게 전문적인 생애말 간호 지침, 감정 돌봄 프로그램, 죽음에 대해 생각할 수 있는 프로그램이 필요하다고 나타났다(김현숙 등, 2019). 이후, 중환자실 환자의 생애말 간호를 위한 체크리스트를 개발하였으며 증상관리, 사전돌봄계획 유무 확인, 환자 및 가족의 질환에 대한 인식 정도 및 문화적 요구 확인 등에 대한 항목을

포함시켰다(Kim et al., 2022).

생애말 간호 지침은 간호사의 관련 지식을 향상시키고 역할을 명확히 하며 업무 부담감을 개선할 수 있는 중재이므로(이선민, 2019) 의료기관은 중환자실 맞춤형 생애말 간호 지침 개발을 위한 노력이 필요하다. 이때, 생애말 간호에서 간호사의 역할과 책임에 대한 정의, 분석을 선행하여 생애말 간호 지침 개발하고 공유하는 등의 역할 명확성을 높이기 위한 전략에 대한 연구와 생애말 간호역량에 대한 효과를 검증하는 연구가 필요하다.

두 번째로 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 협업이 생애말 간호역량에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 선행연구 및 지침에서 협업은 필수적임을 지지하는 결과였다(대한중환자의학회, 2018; Truog et al., 2008). 중환자실 의료인 간의 협력을 위해서는 효과적인 의사소통과 상호 간 신뢰가 필요하며(Ervin et al., 2018), 체크리스트를 사용하는 것은 논의하는 방법을 체계화, 표준화하며 의료인 간 효과적인 의사소통에 도움이 될 수 있다(Gehlbach & Artino, 2018). 또한 병원 환경에서의 협업과 관련된 교육 프로그램, 시뮬레이션 프로그램, 다학제가 함께하는 회진 등이 중환자실 의료인 간 협업에 도움이 된다(Tang et al., 2013).

Anderson 등(2017)은 중환자 간호사 생애말 교육으로 환자 및 가족과 치료적 관계 맺기, 의사와의 협력, 의사소통 기술 향상을 목표로 하는 프로그램을 개발하였고, 그 결과로 환자 및 가족의 요구와 가치를 통합하고 의사와 협력하며 의사소통하는 것에서 효과적임을 확인했다. 본 연구 회귀분석 결과 생애말 간호 교육 경험이 생애말 간호역량에 유의한 영향을 미치지 않았고, 생애말 간호 교육 방법에 따른 생애말 간호역량 차이는 없었으나, 교육 경험이 있는 대상자의 생애말 간호역량은 유의하게 높았다. 우윤아(2020)의 연구에서는 생애말 간호 교육 경험에 따라 생애말 간호역량에서 지식역량, 태도역량에 차이가 나타났고, 이선민(2019)의 연구에서 생애말 간호 교육 횟수가 많을수록 생애말 간호역량이 높은 것으로 나타나 중환자실 간호사에게 생애말 간호 교육이 필요하며 교육 횟수가 중요함을 알 수 있다. 선례를 종합하면 생애말 상황에서의 협업의 질을 높이기 위해 신뢰와

존중하는 조직문화 조성, 다 직종이 함께할 수 있는 중재 프로그램 개발 연구, 생애말 상황에서의 협업을 주요 목표로 포함한 생애말 교육이 필요하고, 생애말 간호역량에 대한 효과를 검증하는 연구가 이루어져야 한다.

세 번째로 업무 과부하로 인한 가족과의 의사소통 방해가 생애말 간호역량에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 김현숙 등(2019)의 중환자실 간호사의 생애말 간호의 어려움을 조사한 연구에서 법적 요건 충족을 위한 행정업무, 환자 간호 업무 과다로 생애말 간호 시간이 부족하고, 생애말 환자 및 가족에 대한 의사소통 시간도 부족하다고 나타난 것과 유사했다.

특히 본 연구는 COVID-19 팬데믹 이후 이루어진 연구로, 중환자실 면회가 전면 제한된 상황에서 중환자실 생애말 의사결정을 위한 논의도 대부분 유선으로 이루어져 가족과의 의사소통이 더욱 제한을 받고 있고, 간호사의 개별 상담업무도 증가한 상태이다(Venkateswaran, Soni, & Trikha, 2023). 중환자실 환자 가족은 환자를 직접 대면하지 못하므로 중환자실 의료인의 유선상 설명에 의존하게 된다(이미미와 이명선, 2017). 그러나 중환자실 생애말 환자의 경우 소생을 위한 노력 끝에 생애말 상황으로 전환되기 때문에 중증도가 높고, 간호사의 기술적 업무 부담도 높아 중환자실 간호사가 생애말 의사결정을 위한 의사소통에 할애할 시간이 부족하다(이은영 등, 2021, 최지연 등, 2020). 따라서 중환자실 간호사의 높은 업무 강도로 인해 생애말 의사결정과 의사소통이 방해받으므로 각 의료기관의 인력 상황, 시스템, 조직문화를 고려한 조직적 차원의 노력이 필요하다(Hartog et al., 2018).

더불어 중환자실 간호사는 생애말 의사결정을 위해 제한된 시간에 효과적으로 의사소통해야 하므로 의사소통 능력 향상을 위한 중재 방안이 필요하다(Adams et al, 2017). Milic 등(2015)은 중환자실 간호사를 대상으로 의사소통 기술 워크숍 프로그램을 진행하였으며 생애말 의사결정 과정에서 간호사의 역할과 기술을 정의하고, 역할극을 통해 의사소통 방법을 연습하고, 간호사의 소진, 스트레스에 대한 성찰 과정을 포함 시켰다. 그 결과 중환자실 간호사의 정보제공, 가족의 정서적 요구 충족 등에서 개선되는 효과

를 보았으며, 의사소통 자신감은 워크숍 후에도 지속적으로 향상되었다. Nellis 등(2017), Markin 등(2015)은 중환자실 생애말 상황에서 부정적인 정보제공과 관련된 의사소통 시뮬레이션을 통해 의사소통 자신감을 향상시켰다.

본 연구에서 의사소통 교육을 받은 대상자의 생애말 간호역량이 더 높게 나타났다. 의사소통 교육 정도와 생애말 간호역량을 비교한 연구가 부족하여 본 연구결과와 직접적인 비교는 어려우나, 이가린(2019)의 연구에서 환자·가족과의 의사소통에서 원활한 정도를 조사했고, 환자·가족 의사소통의 원활한 정도가 생애말 간호역량에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 그러므로 중환자실 생애말 간호에 효율적인 의사소통이 필요하며, 생애말 의사소통 능력 향상을 위한 교육 등 중재 개발이 필요한 것으로 보인다.

본 연구 대상자의 생애말 의사결정 및 스트레스 하위영역별 평균 점수는 업무 과부하로 인한 스트레스, 업무 과부하로 인한 가족과의 의사소통 방해 점수 순으로 높았다. 같은 도구를 사용한 국내 선행연구는 없어 직접적인 비교에 어려움이 있으나 도구 개발자 Schwarzkopf 등(2015)의 연구에서 중환자실 간호사의 업무 과부하로 인한 스트레스, 업무 과부하로 인한 가족과의 의사소통 방해 및 생애말 의사결정을 위한 주도적 행동이 가장 높고, 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 협업 점수가 가장 낮게 나타나 본 연구와 다소 차이가 있었다. 업무 과부하로 인한 스트레스, 의사소통 방해 점수가 높은 것은 Schwarzkopf 등(2015)의 연구와 유사했다. 이는 연명의료 환자를 간호하는 중환자실 간호사가 강도 높은 간호업무를 부담하고(최지연 등, 2020), 많은 업무량으로 인해 가족과의 의사소통도 원활히 이루어지지 않는 것으로 인한 결과로 생각된다. 단, 본 연구에서 업무 과부하로 인한 가족과의 의사소통 방해 영역 신뢰도가 Chronbach's  $\alpha=0.66$ , 간호사를 위한 정서적 지지 영역 신뢰도가  $.64$ 로 낮게 측정되어 결과 해석에 제한이 있다.

본 연구결과 생애말 의사결정 및 스트레스 하위영역별 평균 점수에서 생애말 의사결정을 위한 주도적 행동이 가장 점수가 낮았다. Schwarzkopf 등(2015)의 연구에서는 가장 점수가 높았다. 미국, 영국, 독일, 브라질, 팔레스

타인 등 다양한 문화권에서 중환자실 간호사가 생애말 의사결정 과정을 먼저 주도하고 논의에 적극적으로 참여하는 경우가 있다는 연구결과가 있다 (Constantine, Wang, Funk, Speis, & Moss, 2021; Gallagher et al., 2015). 따라서 본 연구결과보다 도구 원저자의 연구에서 주도적 행동 점수가 높게 나타난 것은 생애말 의사결정 시 국가 및 문화에 따라 간호사의 자율성 및 참여에 차이가 있기에 나타난 결과로 보인다.

본 연구에서 중환자실 간호사의 생애말 간호역량은 5점 만점에 평균 3.26점으로 나타났다. 이러한 결과는 이선민(2019), 김옥주(2020), 우윤아(2020)의 연구와 유사했다. 반면 Montagnini 등(2012)의 연구결과보다는 낮았는데 이는 Montagnini 등(2012)의 연구 대상자 일반적 특성 및 생애말 간호 관련 특성에서 평균 근무경력은 14.9년, 생애말 교육을 받은 대상자가 69.9%으로 본 연구 대상자의 특성과 약 2배 이상 차이가 있었다. 근무경력이 많을수록 생애말 간호 경험이 증가할 확률이 높고 생애말 간호역량의 차이는 생애말 간호 경험과 교육 경험의 차이에서 기인한 것으로 보이며 이러한 결과는 김옥주(2020)의 연구와 비슷했다.

본 연구의 생애말 간호역량 하위영역 중 지식역량은 3.26점으로 가장 높았다. 이는 김옥주(2020), 이가린(2019), 우윤아(2020)의 연구에서 지식역량의 점수가 가장 높게 나타난 결과와 유사했다. 한편, 본 연구에서는 행위역량이 3.17점으로 가장 낮게 나타나 태도역량 점수가 가장 낮은 김옥주(2020), 이가린(2019), 우윤아(2020)의 연구결과와는 차이가 있었다. 생애말 간호역량 측정 도구 지식역량과 태도역량의 문항이 개인의 역량을 평가한다면, 행위역량의 경우 조직의 역량을 평가하는 특성이 있고(우윤아, 2020), 근무경력이 높은 대상자가 조직의 역량보다 개인의 역량을 더 높게 평가하는 경향이 있다(이효진, 2015). 즉, 연구 대상자의 근무 경력이 높을수록 행위역량의 점수는 낮아지는 경향이 있다. 행위역량 점수가 상대적으로 높았던 우윤아(2020)의 연구에서 근무경력 5년 이상인 대상자가 38.2%, 이가린(2019)의 연구에서 42.3%, 김옥주(2020)의 연구에서 45.2%로 본 연구에서 근무경력 5년 이상인 대상자가 51.0%인 것과는 차이가 있었고 따라서 본

연구에서 행위역량 점수가 가장 낮은 것은 대상자의 근무경력에 따른 차이로 생각된다. 단, 본 연구에서의 생애말 간호역량 중 태도역량 신뢰도가 Chronbach's  $\alpha=.63$ 으로 낮아 연구결과 해석에 제한이 있다.

본 연구 대상자의 일반적 특성 및 생애말 간호 관련 특성에 따른 생애말 간호역량의 차이에서 근무경력 5년 이상 경력의 대상자가 생애말 간호역량이 유의한 수준으로 낮게 나타났다. 이는 본 연구가 자가 보고 형식 설문지로 자료 수집되었으며 간호사는 경력이 많을수록 비판적인 시각으로 근무환경을 평가하는 경향이 있다(장인실과 이경숙, 2019). 따라서 경력이 많을수록 질적인 생애말 간호에 대한 기준이 높아져 나타난 결과로 생각된다.

본 연구는 중환자실 간호사를 대상으로 생애말 의사결정 및 스트레스가 생애말 간호역량에 미치는 영향을 조사한 연구이다. D 광역시 소재 대학병원에서 근무하는 중환자실 간호사를 대상으로 편의표집 하였으므로 연구결과의 일반화에 제한이 있다. 또한 생애말 의사결정 및 스트레스와 그 하위영역에 관련된 연구가 부족하여 선행연구의 결과와 본 연구를 직접 비교하는데 한계가 있었으므로 추후 반복연구가 필요하다.

본 연구는 연명의료결정법 이후 중환자실에서의 생애말 의사결정 환자가 증가함에 따라 임종 상황뿐만 아니라, 생애말 의사결정 과정을 포함하여 중환자실 간호사의 생애말 의사결정 및 스트레스와 생애말 간호역량을 양적으로 확인했다는 점에서 의의가 있다. 또한 중환자실 간호사의 생애말 간호역량에 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 역할 명확성이 가장 중요한 영향 요인으로 나타나 중환자실 간호사의 역할이 중요함을 재고했으며 간호사의 역할 규정과 같은 제도적 장치를 마련하기 위한 기초자료를 제공했다는 점에서 의의가 있다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 중환자실 간호사를 대상으로 생애말 의사결정 및 스트레스가 생애말 간호역량에 미치는 영향을 파악하고자 실시되었다.

본 연구결과, 중환자실 간호사의 생애말 간호역량에 영향을 미치는 요인은 생애말 의사결정 및 스트레스 하위영역 중 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 역할 명확성, 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 협업, 업무 과부하로 인한 가족과의 의사소통 방해로 나타났으며 생애말 간호역량에 미치는 영향을 약 51% 설명하였다. 따라서 생애말 간호역량 증진을 위해 생애말 상황에서 간호사의 역할을 명확히 하고, 학제 간 협업하며, 업무 과부하로 인하여 가족과의 의사소통이 방해받지 않도록 하는 정책적, 조직적 노력이 필요하다.

본 연구결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 본 연구는 D 광역시 소재의 대학병원에서 편의표집 하였고, COVID-19 팬데믹 이후 이루어진 연구로 중환자실 면회가 전면 통제되는 상황적 한계로 연구결과의 일반화에 제한이 있다. 향후 대상자를 확대하여 다양한 규모와 상황에서의 반복, 비교 연구를 제언한다.

둘째, 생애말 의사결정 및 스트레스와 생애말 간호역량에 대한 연구가 부족한 상황으로 향후 반복적인 연구가 필요하다. 더불어 다양한 생애말 간호 관련 개념을 측정할 수 있는 도구 개발 연구를 제언한다.

셋째, 중환자실 생애말 의사결정 과정에서 간호사의 역할 명확성 향상을 위해 중환자실 맞춤형 생애말 간호 지침 개발을 제언한다. 또한, 개발된 지침을 중환자실 간호사가 숙지할 수 있도록 지속적인 교육 등 효과적인 중재 개발을 제언한다.

넷째, 중환자실 생애말 의사결정 과정에서 간호사의 역할 명확성 향상을 위해 법적으로 간호사의 역할을 규정하는 등 제도적 장치가 마련되기를 제언한다.

다섯째, 중환자실 생애말 의사결정 및 의사소통 과정에서 학제 간 협업 증진을 위해 공동 회진, 시뮬레이션 프로그램 등 각 기관의 상황에 적합한 중재 프로그램 개발을 제언한다.

여섯째, 중환자실 간호사의 업무 과다로 인한 생애말 의사소통 방해 감소를 위해 중환자실 간호사의 인력 상황, 시스템, 조직문화 개선 등 업무량 감소를 위한 조직적 차원의 노력이 시행되길 제언한다. 또한, 중환자실 맞춤형 생애말 의사소통 교육 등 중재 프로그램 개발을 제언한다.

## 참고문헌

- 국가법령정보센터(2021, 2022 July 20). 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제1조, 제2조 1항. Retrieved from <https://www.law.go.kr/법령/호스피스·완화의료및임종과정에있는환자의연명의료결정에관한법률>
- 김누리, 김성은과 장소은(2022). 중환자실 간호사의 의사소통능력, 직무만족도, 조직몰입이 간호업무성과에 미치는 영향. *중환자간호학회지*, 15(1), 58-68. doi:10.34250/jkccn.2022.15.1.58
- 김선정(2020). *중환자 가족의 연명 의료 관련 지식, 인식, 태도 및 간호사 역할 인식과 요구*. 석사학위, 서울대학교, 서울.
- 김세라, 노미진, 문경은, 조희주, 박영, 이남주, 등(2018). 중환자실 간호사의 죽음에 대한 인식, 임종간호 스트레스 및 임종간호 태도에 관한 연구. *임상간호연구*, 24(2), 255-262. doi:10.22650/JKCNR.2018.24.2.255
- 김옥주(2020). *중환자실 간호사의 좋은 죽음 인식, 임종 간호 스트레스 및 말기 환자간호 역량*. 석사학위, 부산가톨릭대학교, 부산.
- 김은지(2022). *중환자실 간호사의 소진이 인간 중심 중환자 간호에 미치는 영향: 감성지능의 조절 효과*. 석사학위, 인제대학교, 김해.
- 김지은(2022). *중환자실 간호사의 연명의료중단에 대한 태도와 도덕적고뇌가 소진에 미치는 영향*. 석사학위, 가톨릭대학교, 서울.
- 김현숙, 최은경, 김태희, 윤희영, 김은지, 홍진주, 등(2019). 중환자실 간호사의 임종간호 어려움과 임종간호 교육요구 조사: 혼합연구방법. *한국 호스피스·완화의료학회지*, 22(2), 87-99. doi:10.14475/kjhpc.2019.22.2.87
- 대한중환자의학회(2018, 2022 July 15). 연명의료중단 및 임종기 돌봄 권고안. Retrieved from <https://www.kscem.org/html/?pmode=BBBS0006700004>

- 민새미, 김희준, 김춘자와 안정아(2022). 중환자실 간호사의 의도적 반추, 자기 노출, 사회적 지지가 외상 후 성장에 미치는 영향. *중환자간호학회지*, 15(2), 50-63. doi:0.34250/jkccn.2022.15.1.1
- 박영수와 오의금(2018). 중환자실 간호사의 대상자 중심(Patient Centered) 의사소통 역량수준 및 관련요인. *중환자간호학회지*, 11(2), 51-62.
- 박현희, 김윤신과 오인옥(2015). 임상간호사의 간호핵심역량이 간호효능감에 미치는 영향. *한국자료분석학회지*, 17(1), 531-544.
- 보건복지부(2019, 2022 September 26). ‘존엄하고 편안한 생애말기 보장’을 위한 제1차 호스피스·연명의료 종합계획(2019~2023). Retrieved from <http://www.mohw.go.kr>
- 설은미와 고진강(2018). 중환자실 간호사의 임종 환자 돌봄 경험. *중환자간호학회지*, 11(2), 1-10.
- 손숙연과 전미경(2022). 요양병원 간호사의 생애말 간호역량에 미치는 영향 요인. *노인간호학회지*, 24(2), 174-184. doi:10.17079/jkgn.2022.24.2.174
- 안경진, 공병혜와 송윤진(2020). ‘연명의료결정법’ 시행 이후 중환자실 간호사의 환자 연명의료결정 및 임종기 돌봄 경험 연구. *생명윤리*, 21(2), 31-53. doi:10.37305/JKBA.2020.12.21.2.31
- 안원하(2022). 연명의료결정법의 한계와 개정 방향. *법학연구*, 63(1), 129-146.
- 우윤아(2020). *중환자실 간호사의 생애말 환자 간호 역량과 간호중재분류체계에 기반한 간호 수행빈도*. 석사학위, 중앙대학교, 서울.
- 이가린(2019). *간호사의 임종간호역량과 수행에 영향을 미치는 요인*. 석사학위, 고려대학교, 서울.
- 이경진(2022). *중환자실 간호사의 생애 말 환자 간호역량, 도덕적 고뇌가 전문직 삶의 질에 미치는 영향*. 석사학위, 경북대학교, 대구.
- 이미라(2020). 간호사의 연명의료에 대한 태도, 역할 인식 및 간호 스트레스. *디지털융복합연구*, 18(7), 347-355. doi:10.14400/JDC.2020.18.7.347
- 이미미와 이명선(2017). 중환자실 환자 가족의 경험: 의료인들과의 상호작용

- 용. *성인간호학회지*, 29(1), 76-86. doi:10.7475/kjan.2017.29.1.76
- 이선민(2019). *중환자실 간호사의 생애말환자 간호 역량과 수행빈도*. 석사학위, 서울대학교, 서울.
- 이수정과 김혜영(2017). 중환자실 간호사의 연명의료에 대한 태도, 역할인식 및 간호 스트레스. *성인간호학회지*, 29(2), 131-142.
- 이은영, 지희주와 조정숙(2021). 연명의료결정법에 따른 환자의 연명의료중단 등 결정에서 간호사의 역할. *생명, 윤리와 정책*, 5(1), 97-114.
- 이효진(2015). *중환자실 간호사의 생애말환자 간호 역량과 생애말환자 간호의 지지요인 및 장애요인*. 석사학위, 서울대학교, 서울.
- 장인실과 이경숙(2019). 비판적 사고와 간호근무환경이 간호사의 임상적 의사결정에 미치는 영향. *디지털융복합연구*, 17(2), 255-264. doi:10.14400/JDC.2019.17.2.255
- 정다인(2020). *상급종합병원 간호사의 임종간호역량에 영향을 미치는 요인*. 석사학위, 경상대학교, 진주.
- 정영희와 전경자(2019). 요양병원 간호사의 생애말 환자간호 역량과 임종간호 스트레스. *한국호스피스·완화의료학회지*, 22(3), 125-133. doi:10.14475/kjhpc.2019.22.3.125
- 정지현과 천주영(2020). 융합적 시대에서 종합병원 간호사의 임종기 치료, 연명치료, 사전의료의향서에 대한 지식과 사전의료의향서 작성에 대한 교육요구도의 관계. *한국사물인터넷학회논문지*, 6(1), 45-53. doi:10.20465/KIOTS.2020.6.1.045
- 진수진과 이지현(2015). 중환자실 간호사의 직무 스트레스 관련 변인들 간의 구조모형 분석. *한국직업건강간호학회지*, 24(2), 103-113. doi:10.5807/kjohn.2015.24.2.103
- 최기원(2021). *중환자실 간호사의 임종 간호 스트레스, 임종 간호 태도, 임종 간호 수행, 임종 간호 교육요구도에 관한 연구*. 석사학위, 서울대학교, 서울.
- 최지연, 손연정과 이경훈(2020). 생애말 치료결정 과정에 대한 중환자실 간

- 호사의 인식, 태도, 경험: 국내 연구논문의 통합적 고찰. *중환자간호학회지*, 13(1), 27-43. doi:10.34250/jkccn.2020.13.1.27
- 통계청(2021, 2022 July 15). 2020년 인구동향조사 출생·사망통계 잠정 결과. Retrieved from [https://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/1/2/3/index.board](https://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/2/3/index.board)
- 하보경과 민혜영(2022). 중환자실 간호사의 연명의료결정지식, 연명의료중단에 대한 태도 및 연명의료결정과정에서 역할수행의 관계. *한국산학기술학회논문지*, 23(7), 41-51. doi:10.5762/KAIS.2022.23.7.41
- 홍희진과 강지연(2018). 중환자실 환자가 경험한 인간중심 간호에 관한 질적 내용분석. *중환자간호학회지*, 11(2), 21-33.
- 황정옥과 김상희(2019). 중환자실 간호사의 죽음 인식, 임종간호 태도, 정신건강이 임종간호 스트레스에 미치는 영향. *임상간호연구*, 25(3), 323-332. doi:10.22650/JKCNR.2019.25.3.323
- Adams, A., Mannix, T., & Harrington, A. (2017). Nurses' communication with families in the intensive care unit-A literature review. *Nursing in Critical Care*, 22(2), 70-80. doi:10.1111/nicc.12141
- American Nurses Association (2016, 2022 September 23). Nurses' roles and responsibilities in providing care and support at the end of life. Retrieved from <https://www.nursingworld.org/ana/>
- Anderson, W. G., Puntillo, K., Cimino, J., Noort, J., Pearson, D., Boyle, D., et al. (2017). Palliative care professional development for critical care nurses: A multicenter program. *American Journal of Critical Care*, 26(5), 361-371. doi:10.4037/ajcc2017336
- Chambaere, K., Bilsen, J., Cohen, J., Pousset, G., Onwuteaka-Philipsen, B., Mortier, F., et al. (2008). A post-mortem survey on end-of-life decisions using a representative sample of death certificates in Flanders, Belgium: research protocol. *BMC Public Health*, 8, 1-10. doi:10.1186/1471-2458-8-299

- Clark, D., Inbadas, H., & Seymour, J. (2020). International transfer and translation of an end of life care intervention: The case of the Liverpool Care Pathway for the dying patient. *Wellcome Open Research*, 5, 1–58. doi:10.12688/wellcomeopenres.16321.1
- Clarke, E. B., Curtis, J. R., Luce, J. M., Levy, M., Danis, M., Nelson, J., et al. (2003). Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 31(9), 2255–2262. doi:10.1097/01.Ccm.0000084849.96385.85
- Constantine, L. A., Wang, K., Funk, D., Speis, A., & Moss, A. H. (2021). Use of a state registry to compare practices of physicians and nurse practitioners in completing physician orders for life-sustaining treatment forms. *Journal of Palliative Medicine*, 24(7), 994–999. doi:10.1089/jpm.2020.0515
- Coombs, M. A., Addington-Hall, J., & Long-Sutethall, T. (2012). Challenges in transition from intervention to end of life care in intensive care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(5), 519–527. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.10.019
- Ervin, J. N., Kahn, J. M., Cohen, T. R., & Weingart, L. R. (2018). Teamwork in the intensive care unit. *American Psychologist*, 73(4), 468–477. doi:10.1037/amp0000247
- Flannery, L., Ramjan, L. M., & Peters, K. (2016). End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU)—Exploring the experiences of ICU nurses and doctors—A critical literature review. *Australian Critical Care*, 29(2), 97–103. doi:10.1016/j.aucc.2015.07.004
- Gallagher, A., Bousso, R. S., McCarthy, J., Kohlen, H., Andrews, T., Paganini, M. C., et al. (2015). Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4),

794-803. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.12.003

- Gehlbach, H., & Artino, A. R., Jr. (2018). The survey checklist (Manifesto). *Academic Medicine*, *93*(3), 360-366. doi:10.1097/acm.0000000000002083
- Grant, M. (2015). Resolving communication challenges in the intensive care unit. *AACN Advanced Critical Care*, *26*(2), 123-130. doi:10.1097/NCI.0000000000000076
- Hartog, C. S., Hoffmann, F., Mikolajetz, A., Schröder, S., Michalsen, A., Dey, K., et al. (2018). Non-beneficial therapy and emotional exhaustion in end-of-life care: Results of a survey among intensive care unit personnel. *Anaesthetist*, *67*(11), 850-858. doi:10.1007/s00101-018-0485-7
- Kim, J., Yun, H. Y., Kim, E. J., Kim, H., Kim, G. A., Kim, S. H., et al. (2022). Development of an end-of-life nursing care protocol for intensive care units: Delphi survey method. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, *24*(4), 159-165. doi:10.1097/njh.0000000000000872
- Kramer, M., Brewer, B. B., & Maguire, P. (2013). Impact of healthy work environments on new graduate nurses' environmental reality shock. *Western Journal of Nursing Research*, *35*(3), 348-383. doi:10.1177/0193945911403939
- Liu, Y., Aunguroch, Y., Gunawan, J., & Zeng, D. (2021). Job stress, psychological capital, perceived social support, and occupational burnout among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, *53*(4), 511-518. doi:10.1111/jnu.12642
- Venkateswaran, V., Soni, K. D., & Trikha, A. (2023). There is no easy way to say this: Communication challenges in the COVID-19 intensive care unit. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, *27*(1), 80-81. doi:10.5005/jp-journals-10071-24391

- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Resesarch*, 35(6), 382–385.
- Markin, A., Cabrera–Fernandez, D. F., Bajoka, R. M., Noll, S. M., Drake, S. M., Awdish, R. L., et al. (2015). Impact of a simulation–based communication workshop on resident preparedness for end–of–life communication in the intensive care unit. *Critical Care Research and Practice*, 2015, 1–6. doi:10.1155/2015/534879
- Milic, M. M., Puntillo, K., Turner, K., Joseph, D., Peters, N., Ryan, R., et al. (2015). Communicating with patients’ families and physicians about prognosis and goals of care. *Ameican Journal of Critical Care*, 24(4), 56–64. doi:10.4037/ajcc2015855
- Montagnini, M., Smith, H., & Balistrieri, T. (2012). Assessment of self–perceived end–of–life care competencies of intensive care unit providers. *Journal of Palliative Medicine*, 15(1), 29–36. doi:10.1089/jpm.2011.0265
- National Health Service (2021, 2022 August 3). What end of life care involves. Retrieved from <https://www.nhs.uk/>
- Nellis, M. E., Howell, J. D., Ching, K., & Bylund, C. (2017). The use of simulation to improve resident communication and personal experience at end–of–life care. *Journal of Pediatric Intensive Care*, 6(2), 91–97. doi:10.1055/s-0036-1584684
- Opgenorth, D., Stelfox, H. T., Gilfoyle, E., Gibney, R. T. N., Meier, M., Boucher, P., et al. (2018). Perspectives on strained intensive care unit capacity: A survey of critical care professionals. *PLOS ONE*, 13(8), 1–13. doi:10.1371/journal.pone.0201524
- Visser, M., Deliens, L., & Houttekier, D. (2014). Physician–related barriers to communication and patient– and family–centred decision–making towards the end of life in intensive care: A

- systematic review. *Critical Care*, 18(6), 1-19. doi:10.1186/s13054-014604-z
- Paganini, M. C., & Bousso, R. S. (2015). Nurses' autonomy in end-of-life situations in intensive care units. *Nursing Ethics*, 22(7), 803-814. doi:10.1177/0969733014547970
- Price, D. M., Strodtman, L., Montagnini, M., Smith, H. M., Miller, J., Zybert, J., et al. (2017). Palliative and end-of-life care education needs of nurses across inpatient care settings. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(7), 329-336. doi:10.3928/00220124-20170616-10
- Rajdev, K., Loghmanieh, N., Farberov, M. A., Demissie, S., & Maniatis, T. (2020). Are health-care providers well prepared in providing optimal end-of-life care to critically ill patients? A cross-sectional study at a tertiary care hospital in the United States. *Journal of Intensive Care Medicine*, 35(10), 1080-1094. doi:10.1177/0885066618811794
- Schwarzkopf, D., Westermann, I., Skupin, H., Riedemann, N. C., Reinhart, K., Pfeifer, R., et al. (2015). A novel questionnaire to measure staff perception of end-of-life decision making in the intensive care unit-Development and psychometric testing. *Journal of Critical Care*, 30(1), 187-195. doi:10.1016/j.jcrc.2014.09.015
- Strachan, P. H., Kryworuchko, J., Nouvet, E., Downar, J., & You, J. J. (2018). Canadian hospital nurses' roles in communication and decision-making about goals of care: An interpretive description of critical incidents. *Applied Nursing Research*, 40, 26-33. doi:10.1016/j.apnr.2017.12.014
- Tang, C., Chan, S., Zhou, W., & Liaw, S. Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature

review. *International Nursing Review*, 60(3), 291-302. doi:10.1097/cm.0b013e3181659096

Truog, R. D., Campbell, M. L., Curtis, J. R., Haas, C. E., Luce, J. M., Rubenfeld, G. D., et al. (2008). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine*, 36(3), 953-963. doi:10.1097/ccm.0b013e3181659096

Yoo, H. J., Lim, O. B., & Shim, J. L. (2020). Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *PLOS ONE*, 15(7), 1-15. doi:10.1371/journal.pone.0235694

## 부 록

## <부록 1> 연구 대상자 모집공고문

### 연구 대상자 모집공고문

#### 연구과제명 : 중환자실 간호사의 생애말 의사결정 및 스트레스가 생애말 간호역량에 미치는 영향

안녕하십니까? 저는 계명대학교 대학원 간호학과 석사과정 안소진입니다.

본 연구는 중환자실 간호사의 생애말 의사결정 및 스트레스가 생애말 간호역량에 미치는 영향을 알아보기 위한 연구입니다. **환자에게 직접간호를 제공하고 생애말 환자를 간호한 경험이 있으며, 성인 중환자실 근무경력 6개월 이상의 중환자실 간호사**를 대상으로 생애말 의사결정 참여와 그 스트레스 정도가 생애말 간호역량에 미치는 영향을 분석함으로써 질 높은 생애말 간호서비스 제공을 위한 기초자료로 활용될 것입니다.

본 모집공고문은 2주간 부착될 예정이며 모집공고문 부착기간 동안 연구에 참여하실 수 있습니다. 연구에 대한 설명문 및 동의서를 확인 후 설문지 작성에 참여해주시면 됩니다. **설문은 서면과 온라인 중 원하시는 방법으로 참여 가능하며**, 서면 설문은 부서 내 비치된 설문지 응답 완료 후 동봉된 불투명한 봉투에 담아 스티커로 밀봉하여 주십시오. 밀봉된 응답 완료 설문지는 2주 후 연구 책임자가 방문하여 직접 회수할 것입니다. 온라인 설문은 설문지 QR코드나 URL주소를 통해 참여하실 수 있습니다. 서면과 온라인 모두 귀하께서 원하시는 시간과 장소에서 참여가 가능합니다. 설문 문항은 총 64문항으로 설문 응답에 예상되는 소요시간은 **약 20분**입니다. 본 연구에 참여하는 것은 귀하의 자율의지이며, 참여하지 않더라도 발생하는 불이익은 없습니다. 본 연구로 인해 발생하는 추가적인 비용은 없으며, 설문 응답을 완료하신 분들에게는 설문 응답 완료 후 1개월 이내 4500원 상당의 커피 쿠폰을 발송해드릴 것입니다.

본 설문지에 기재된 모든 개인 정보는 오직 연구 목적으로만 사용될 것이며, 서면 설문지는 연구 책임자 이외에는 접근할 수 없는 잠금장치가 있는 서랍에 보관될 것입니다. 서면 및 온라인 자료는 연구자가 직접 컴퓨터에 전산화, 암호화하여 연구자의 암호화된 클라우드에 저장할 것이며, 연구가 종료된 후 3년 동안 보관하고 이후 서면 자료는 파쇄, 온라인 클라우드에 저장된 정보는 영구삭제 될 것입니다. 귀하는 본 문서에 서명함으로써 위의 모든 것을 동의하게 됩니다.

본 연구는 참여자분들의 자발적 참여로 이루어지며, 설문지 작성 중 원하시는 경우 언제든지 중단이 가능합니다. 연구와 관련된 추가적인 정보가 필요하신 경우 연구 책임자에게 언제든지 연락하십시오. 감사합니다.

QR 코드		2022년 2월 1일 계명대학교 대학원 간호학과 석사과정 안 소 진 드림 연락처 : 010-****-**** E-mail : *****@naver.com
URL	<a href="https://forms.gle/oC5pxoZAYCjcdXhV7">https://forms.gle/oC5pxoZAYCjcdXhV7</a>	

## <부록 2> IRB 승인서

<별지서식 14호>

### 계명대학교 생명윤리위원회 심의결과통지서

문서번호	계명대학교 생명윤리위원회 2022-382	발송일자	2023. 02. 08.
연구과제명	연명의료결정법 시행 이후 중환자실 간호사의 생애말 의사결정 스트레스가 생애말 간호역량에 미치는 영향		
IRB No.	40525-202211-HR-068-02		
연구책임자	안소진	소 속	간호학과
심사일자	2023. 02. 01.		
심사결과	<input checked="" type="checkbox"/> 승인 ( O ) <input type="checkbox"/> 시정승인 (   ) <input type="checkbox"/> 보 환 (   ) <input type="checkbox"/> 재심의 (   ) <input type="checkbox"/> 반 려 (   ) <input type="checkbox"/> 부 결 (   )		
총 연구기간	IRB 승인일로부터 1년		
위원회 연구승인 유효기간	2023. 02. 01. 부터 2024. 01. 31. 까지		
	<input type="checkbox"/> 총 신청 연구 기간이 생명윤리위원회의 연구승인 유효기간을 초과할 경우, 유효기간 만료 이전에 '지속심사' 승인을 받아야 연구지속 진행이 가능합니다. <input type="checkbox"/> 연구종료 시 종료보고를 하여 주시기 바랍니다.		
심의의견 (권고 사항 포함)	<input checked="" type="checkbox"/> 보완사항이 성실히 수정되어 심의내용을 승인함.		
이의신청	연구책임자는 본 위원회의 심사결과에 대하여 이의가 있을 경우, 심사결과 통지일로부터 2주 이내에 서면으로 이의신청을 할 수 있습니다. 단, 동일 사안에 대하여 2회 이상의 재심은 하지 않습니다.		
<p>위와 같이 생명윤리위원회 심의결과를 통보합니다.</p> <p style="text-align: center;">2023년 02월 08일</p> <p style="text-align: center;">계명대학교 생명윤리위원회 위원장 (직인)</p> <div style="text-align: right;">  </div>			

### <부록 3> 연구도구 사용 승인

**Schwarzkopf, Daniel** <Daniel.Schwarzkopf@med.uni-jena.de> 2022년 11월 14일 오후 4:38  
받는사람: 안소진 <thwls925@gmail.com>

Dear So-jin An,

please be free to use and adapt the questionnaire. Just cite the original publication.

I wish you much success with your research program.

Best

Daniel

Dr. phil. Daniel Schwarzkopf, Dipl.-Psych.  
Inhaber des Zertifikates Epidemiologie in der Medizin der GMDS, DGEpi, DGSMP und DR-IBS  
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin  
Universitätsklinikum Jena

Re: Request for permission of the 'Scale of end-of-life care in the IC U' 2022-06-01 (수) 02:38  
U'

보낸사람 Montagnini, Marcos (MARCOS) <mmontag@med.umich.edu>  
받는사람 안소진 <ddi02159@naver.com>

Dear So-Jin An,

Thanks for your interest in the EOL-ICU instrument. I give you permission to use the instrument in your study. Please make reference to it in all your academic products related to your project including the proposal, presentations, publications, communications, and posters.

Sincerely,  
Dr. Montagnini

---

**From:** 안소진 <ddi02159@naver.com>  
**Sent:** Monday, May 30, 2022 11:07 PM  
**To:** Montagnini, Marcos (MARCOS) <mmontag@med.umich.edu>  
**Subject:** Request for permission of the 'Scale of end-of-life care in the ICU'

Re: 생애말환자 간호역량 도구 사용 허락을 구하고자 합니다.

2022-05-31 (화) 14:24

보낸사람 이효진<tooya0306@hanmail.net>

받는사람 안소진<ddi02159@naver.com>

---

안녕하세요?

제가 번역한 도구는 원저자의 동의도 득하신 후 사용하셔도 되겠습니다. 좋은 연구 하시길 바랍니다.

이효진 배상





2. 다음 문항들은 **생애말 의사결정 및 스트레스**에 관한 내용들입니다.

귀하가 생애말 의사결정에 참여하며 느끼고 경험한 것을 생각하면서, 적절하다고 생각하는 곳에 √ 표 해주시기 바랍니다.

생애말 의사결정 및 의사소통에서의 협업	전혀 아니 다	약간 아니 다	보통 이다	약간 그렇 다	매우 그렇 다
1 간호사의 의견은 생애말 의사결정에서 적절하게 고려된다.					
2 생애말 의사결정을 위한 가족과의 의사소통 과정에 간호사의 참여가 적절하다.					
3 내가 일하는 중환자실에서는 생애말 의사결정에 대한 서로 다른 의견이 팀 내에서 공개적이고 정직하게 논의된다.					
4 생애말 상황에서 의사소통은 ICU 팀 내에서 잘 작동한다.					
<b>생애말 의사결정 및 의사소통에서의 역할 명확성</b>					
5 나는 생애말 의사결정 과정에서의 업무를 알고 있다.					
6 나는 생애말 상황에서 가족들과 의사소통에서의 나의 업무를 알고 있다.					
7 선임 간호사는 나에게 생애말 상황에서 내가 어떻게 가족들과 소통해야 하는지 지도해준다.					
8 생애말 상황에서 가족들과 이야기하기 전에 나는 환자의 건강 상태와 치료에 대해 충분히 알고 있다.					
9 생애말 상황에서 가족들과 이야기하기 전에 나는 항상 의사들과 간호사들의 의견에 대해 충분히 알고 있다.					
10 생애말 상황에서 가족들과 이야기하기 전에 나는 항상 가족들과의 이전의 논의에 대해 충분히 알고 있다.					
<b>업무 과부하로 인한 가족과의 의사소통 방해</b>					
11 나는 종종 가족들에게 응대하기에는 해야 할 일이 너무 많다.					
12 가족들과의 대화는 계속해서 방해되거나 중단된다.					
<b>간호사를 위한 정서적 지지</b>					
13 필요할 때 다른 동료들로부터 정서적 지원을 받을 수 있는 기회가 있다.					
14 어떤 것이 나를 압박할 때 나는 부정적인 결과를 겪지 않고 병원에서 내 감정을 공개적으로 표현할 수 있다.(예: 상사 또는 동료로부터)					
15 병원에서 힘든 일이 있을 후 나는 정서적 부담으로 혼자 남겨진 것 같다.					

생애말 의사결정 및 의사소통 참여로 인한 스트레스		전혀 아니 다	약간 아니 다	보통 이다	약간 그렇 다	매우 그렇 다
16	생애말 의사결정에 관여하는 것은 나에게 스트레스다.					
17	생명을 유지하는 치료의 종료에 관여하는 것은 나에게 스트레스다.					
18	환자의 사망을 목격하는 것은 나에게 스트레스다.					
19	가족들과 생애말 의사결정에 대해 이야기하는 것은 나에게 스트레스다.					
20	가족들의 절망과 슬픔에 직면하는 것은 나에게 스트레스다.					
업무 과부하로 인한 스트레스						
21	할 일이 너무 과중한 것은 나에게 스트레스다.					
22	시간의 압박 속에서 근무하는 것은 나에게 스트레스다.					
생애말 의사결정을 위한 주도적 행동						
23	나는 환자의 치료법이 더 이상 무의미하다는 의견이 있을 때 팀 내에서 완화적 치료로의 전환을 공개적으로 언급한다.					
24	내가 환자의 치료법이 더 이상 무의미하다고 생각할 때, 나는 보통 다른 사람이 이 문제를 제기할 때까지 기다리는 것을 선호한다.					

3. 다음 문항들은 **생애말환자 간호역량**에 관한 내용들입니다.

근무하시면서 귀하가 느끼고 경험한 것을 생각하면서, 적절하다고 생각하는 곳에  
 √표 해주시기 바랍니다.

“나는 … 할 준비가 되어있다.”		매우 그렇지 않다	그 렇지 않다	보 통 이 다	그 렇 다	매 우 그 렇 다
1	나는 생애말 환자의 통증을 조절하기 위한 약물적 중재를 시행하는 것에 대해 잘 알고 있다(예, 마약성 진통제, 항전간제, 항우울제 등).					
2	나는 생애말 환자의 통증을 조절하기 위한 비약물적 중재를 시행하는 것에 대해 잘 알고 있다(예, 온요법, 냉요법, 마사지, 이완요법 등).					
3	나는 생애말 환자의 호흡기 증상을 중재하는 것에 대해 잘 알고 있다(예, 호흡곤란, 기침).					
4	나는 생애말 환자의 소화기 증상을 중재하는 것에 대해 잘 알고 있다(예, 오심, 구토, 변비, 장폐색 등).					
5	나는 생애말 환자의 신경/정신적 증상을 중재하는 것에 대해 잘 알고 있다(예, 심망, 간질, 불안, 안절부절 등).					
6	나는 환자 및 가족과 앞으로 일어날 의료와 관련된 결정들을 포함한 사전 계획(예: 사전의료지시서)을 논의하는 것에 대해 잘 알고 있다.					
7	나는 환자 및 가족과 코드상태(심정지 또는 폐기능 부전 시 할 수 있는 처치를 미리 지정해 놓은 것: DNR, full code 등)를 논의하는 것에 대해 잘 알고 있다					
8	나는 생애말 환자의 생명유지 장치를 중지하는 것에 대해 잘 알고 있다					
9	나는 생애말 환자와 그 가족들의 정서적 요구를 확인하는 일에 대해 잘 알고 있다					
10	나는 생애말 환자와 그 가족들의 문화적 요구를 확인하는 일에 대해 잘 알고 있다					
11	나는 생애말 순간에 환자와 그 가족들에게 슬픔과 이별의 과정을 제공하는 일에 대해 잘 알고 있다					
12	나는 생애말 환자와 그 가족들의 영적 요구를 확인하는 일에 대해 잘 알고 있다					

“나는 … 라고 느낀다.”		매우 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
13	나는 환자 및 가족과 앞으로 일어날 의료와 관련된 결정들을 포함 한 사전 계획(예: 사전의료지시서)에 대해 논의한다면 그 과정은 나에게 편안하다.					
14	나는 환자 및 가족과 코드상태(심정지 또는 폐기능 부전 시 할 수 있는 처치를 미리 지정해 놓은 것)에 대해 논의한다면 그 과정은 나에게 편안하다.					
15	나는 생애말 환자의 생명 유지 장치를 중지하게 된다면 그 과정은 나에게 편안하다.					
16	나는 생애말 치료 의사결정을 위해 의사, 간호사, 중환자실 팀원들이 협력하는 것이 중요하다고 느낀다.					
17	중환자실에서 환자의 죽음을 추모해줄 수 있다는 것은 한편으로 중환자실 근무자의 혜택일 수 있다고 느낀다.					

“중환자실에서…”		매우 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
18	내가 일하는 중환자실에서는 사전 계획(앞으로 일어날 의료와 관련된 결정들을 포함)에 대한 기록이 없는 환자가 입실하면 환자 및 가족과 함께 사전 계획을 시작한다.					
19	내가 일하는 중환자실에서는 생애말 치료 계획을 수립 할 때 환자의 사전의료지시서를 반영한다.					
20	내가 일하는 중환자실에서는 환자의 임상적 상태가 악화될 때 코드 상태에 대해 미리 환자 및 가족과 적시에 논의를 시행한다.					
21	내가 일하는 중환자실에서는 환자의 임상적 상태가 악화될 때 연명 치료 중단에 대해 환자 및 가족과 적시에 논의를 시행한다.					
22	내가 일하는 중환자실에서는 생애말 치료에 관한 의사결정을 위한 정보가 중환자실 팀원에 의해 환자 및 가족에게 명확하고 지속적으로 제공된다.					
23	내가 일하는 중환자실에서는 의료진간의 의견 차이는 환자 및 가족들을 만나기 전에 의료진 사이에서 먼저 논의된다.					

“중환자실에서...”		매우 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
24	내가 일하는 중환자실에서는 의료팀은 환자 및 가족들을 정기적으로 만나 환자의 상태를 설명하고 질문에 대답한다.					
25	내가 일하는 중환자실에서는 생애말 사안에 대해 적시에 완화의료 전문가(호스피스·완화의료팀)에게 의뢰한다.					
26	내가 일하는 중환자실에서는 의료진이 바뀌는 것에 대해 환자와 가족들을 미리 준비시킨다(주치의, 전공의, 간호사 등).					
27	내가 일하는 중환자실에서는 담당 간호사 배정이 이루어질 때 환자 및 가족들을 위한 생애말 간호의 연속성이 유지되도록 한다.					
28	내가 일하는 중환자실에서는 생애말 환자를 간호할 때 발생할 수 있는 개인적 고통을 감당할 수 있도록 직원에 대한 충분한 지원이 있다.					

# Effects of End-of-Life Decision-making and Stress on End-of-Life Care Competencies among Intensive Care Unit Nurses

An, So Jin

Department of Nursing  
Graduate School Keimyung University  
(Supervised by Professor Kim, Gaeun)

## (Abstract)

This study identified the effect of end-of-life decision-making and stress on end-of-life nursing competencies among intensive care unit nurses. The data were collected from February 1, 2023 to March 1, 2023. The participants were 155 intensive care unit nurses working at four university hospitals located in D city.

The data were analyzed using descriptive statistics, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H test, Bonferroni Correction, Pearson's correlation coefficient, Hierarchical regression analysis through SPSS version 27.0. The results were as follows.

The scores for responses were the mean scores for end-of-life competencies were 3.26 out of 5 maximum possible points. Factors influencing end-of-life competencies among intensive care unit nurses

were role clarity in end-of-life context ( $\beta=.34$ ,  $p<.001$ ), collaboration in end-of-life context ( $\beta=.25$ ,  $p=.002$ ), and Work-related interruptions of communication with families ( $\beta=-.15$ ,  $p=.029$ ) among the subdomains of end-of-life decision-making stress. These factors had and explanatory power of 51% ( $F=13.09$ ,  $p<.001$ ).

According to the results of this study, measures are needed to improve the end-of-life nursing competencies of nurses in an intensive care unit. These measures include developing guidelines, providing education, and implementing institutional strategies to clarify the nurse's role in end-of-life situations, promote collaboration among nurses, and prevent interruptions in work-related communication with the family. Therefore, the results of this study can be used as fundamental data to improve the end-of-life care competence of intensive care unit nurses.

중환자실 간호사의  
생애말 의사결정 및 스트레스가  
생애말 간호역량에 미치는 영향

안 소 진

계명대학교 대학원

간호학과

(지도교수 김 가 은)

(초록)

본 연구는 중환자실 간호사를 대상으로 생애말 의사결정 및 스트레스가 생애말 간호역량에 미치는 영향을 파악하기 위한 연구이다. 2023년 2월 1일부터 2023년 3월 1일까지 D 광역시에 소재한 4개 대학병원에 근무하는 중환자실 간호사 155명의 자료를 수집하였다. 자료분석은 SPSS Statistics 27.0 프로그램을 이용하여 기술통계, Mann-Whitney U 검정, Kruskal-Wallis H 검정, Pearson's correlation coefficient, Hierarchical regression analysis 으로 분석하였으며, 본 연구결과는 다음과 같다.

본 연구 대상자의 생애말 간호역량은 5점 만점에 평균 3.26점이었다. 중환자실 간호사의 생애말 간호역량에 영향을 미치는 요인은 생애말 의사결정 및 스트레스의 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 역할 명확성( $\beta=.34$ ,  $p<.001$ ), 생애말 의사결정 및 의사소통에서의 협업( $\beta=.25$ ,  $p=.002$ ), 업무 과

부하로 인한 가족과의 의사소통 방해( $\beta=-.15$ ,  $p=.029$ ) 순으로 나타났으며, 설명력은 51% 이었다( $F=13.09$ ,  $p<.001$ ).

본 연구결과에 따르면 중환자실 간호사의 생애말 간호역량 향상을 위하여 생애말 상황에서 간호사의 역할을 명확히 하고, 학제 간 협업하며, 업무와 관련하여 가족과의 의사소통이 방해받지 않도록 하는 지침과 교육, 제도적 장치 등이 필요하다. 이에 본 연구는 중환자실 간호사의 생애말 간호역량 개선을 위한 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.