



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](#)

간호학석사 학위논문

간호사의 섬망에 대한 지식, 태도,
간호 수행과 관련요인

2016년 8월

서울대학교 대학원
간호학과 간호학 전공
강 은 경

간호사의 섬망에 대한 지식, 태도, 간호 수행과 관련요인

지도 교수 송미순

이 논문을 간호학석사 학위논문으로 제출함
2016년 4월

서울대학교 대학원
간호학과 간호학 전공
강은경

강은경의 석사 학위논문을 인준함
2016년 6월

위원장	박연환 (인)
부위원장	탁성리 (인)
위원	송미순 (인)

국문 초록

본 연구의 목적은 간호사의 섬망 간호 관련 특성, 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도 및 수행의 정도를 파악하고, 섬망 간호 수행에 영향을 미치는 요인을 검증하여 섬망 간호 수행 정도를 향상시키기 위한 기초 자료를 얻기 위함이다.

본 연구는 서술적 조사연구로 S시 일개 종합병원의 내과, 외과, 신경과, 중환자실, 응급실에서 근무하면서 총 근무 경력이 1년이 초과된 간호사 중 섬망 환자를 간호한 경험이 있는 201명을 대상으로 하였다. 자료수집 기간은 2016년 3월 18일에서 3월 30일이었다.

자가보고 형식의 설문지를 이용하였으며, 섬망에 대한 지식은 이영희 등(2007)이 개발한 도구로 측정하였다. 섬망 간호에 대한 태도는 장동환(1964)이 번역한 Osgood(1957)의 의미변별척도 17문항에 섬망 간호에 대한 중요도 인식 정도를 1문항 추가하여 측정하였다. 섬망 간호 수행은 조귀래(2001)가 개발하고 박용숙(2011)이 수정·보완한 도구로 측정하였다. 수집된 자료는 기술 통계, t-test, ANOVA, pearson correlation, hierarchical regression으로 분석하였다.

연구 결과, 섬망에 대한 지식 수준은 45점 만점에 33.17점으로 원인, 증상, 간호 관리의 하위 영역으로 나누어 보았을 때 원인, 간호 관리, 증상 순으로 점수가 높았다. 섬망 간호에 대한 태도 정도는 7점 만점에 4.01점으로 중립적이었으며, 섬망 간호에 대한 중요성은 7점 만점에 5.89점으로 안전관리활동, 욕창 간호, 수혈 간호와 같은 다른 간호활동에 비해 상대적으로 낮았다. 섬망 간호에 대한 수행 정도는 4점 만점에

2.80점으로 연령과 총 근무경력이 높은 군이, 현 근무지 경력이 11개월 이하와 36개월 이상인 경우, 외과와 신경과에 근무하는 경우, 섬망 환자로 인해 보호자 및 타부서와의 갈등 경험이 있는 경우 섬망 간호 수행 정도가 높았다. 섬망에 대한 지식의 하위 영역 중 증상 영역($r=.156$, $p=.027$)과 간호관리 영역($r=.204$, $p=.004$), 섬망 간호에 대한 중요도 인식($r=.253$, $p<.001$)은 섬망 간호 수행과 정적 상관관계를 보였다. 섬망 간호에 영향을 미치는 요인 중 중재를 통한 변화가 어려운 대상자의 일반적 특성 및 섬망 간호 관련 특성을 통제한 뒤에도 섬망 간호에 대한 중요도와 섬망의 간호 관리에 대한 지식은 섬망 간호 수행에 6.5%의 설명력으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다($F=5.973$, $p<.001$).

결론적으로, 섬망 간호에 대한 낮은 중요도 인식과 섬망의 간호 관리에 대한 낮은 지식 수준이 낮은 섬망 간호 수행과 상관관계가 있는 것으로 생각된다. 따라서 섬망 간호에 대한 중요도 인식 증진과 섬망의 간호 관리에 대한 지식 향상을 목표로 하는 교육의 기회를 증가시킬 필요가 있다.

주요어: 섬망 간호 수행, 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도,
간호사

학 번: 2014-20385

목 차

국문 초록	i
I. 서 론.....	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적.....	4
3. 용어의 정의.....	5
II. 문 헌 고 찰.....	6
1. 섬망과 섬망 간호 수행	6
2. 간호사의 섬망에 대한 지식.....	11
3. 간호사의 섬망에 대한 태도.....	13
III. 연구방법	17
1. 연구설계.....	17
2. 연구대상.....	17
3. 연구도구.....	18
4. 자료수집 방법	21
5. 윤리적 고려.....	21
6. 자료분석방법	22
IV. 연구결과	23
1. 대상자의 일반적 특성과 섬망 간호 관련 특성	23

2. 대상자의 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도, 섬망 간호 수행	30
3. 대상자의 일반적 특성에 따른 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도, 섬망 간호 수행 차이	34
4. 대상자의 섬망 간호 관련 특성에 따른 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도, 섬망 간호 수행 차이	39
5. 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도, 중요도 인식 섬망 간호 수행간의 관계	44
6. 섬망 간호 수행의 예측 요인	46
V. 논의	49
1. 대상자의 섬망 간호 관련 특성	49
2. 간호사의 섬망에 대한 지식	51
3. 간호사의 섬망 간호에 대한 태도	54
4. 섬망 간호 수행	56
5. 섬망 간호 수행의 관련 요인	61
6. 연구의 의의 및 제한점	65
VI. 결론 및 제언	66
참고문헌	69
부 록	81
Abstract	97

List of Tables

Table 1. General characteristics of the subjects	24
Table 2. Delirium care related characteristics of the subjects.....	27
Table 3. Reasons for difficulties caring for delirious patients	29
Table 4. Knowledge level on delirium	31
Table 5. Nursing performance for delirium care.....	33
Table 6. Knowledge level on delirium, attitude toward delirium care and nursing performance for delirium care according to the general characteristics of the subjects	37
Table 7. Knowledge level on delirium, attitude toward delirium care and nursing performance for delirium care according to delirium care related characteristics of the subjects.....	41
Table 8. Correlation coefficient among knowledge, attitude, perception of importance for delirium care and nursing performance	45
Table 9. Factors influencing nursing performance for delirium care.....	48

부록 목차

부록 1. 연구 설명문 및 동의서	81
부록 2. 설문지.....	82
부록 3. 섬망에 대한 지식측정도구 정답표	90
부록 Table 1. Knowledge level on delirium in each domain	93
부록 Table 2. Attitude toward delirium care	96

I. 서 론

1. 연구의 필요성

섬망은 전반적인 인지 기능 저하, 의식 저하, 주의력 장애, 행동 변화로 특징지어지는 급성의 가역적인 정신증후군이다 (Lipowski, 1987; Schuurmans, Duursma, & Shortridge-Baggett, 2001). 섬망의 발생에는 나이, 만성 통증, 복합만성질환, 탈수, 골절, 감염, 약물, 영양 불량 상태, 수술, 수면박탈과 같은 다양한 요인이 관여하는 것으로 알려져 있으며 (Wass, Webster, & Nair, 2008), 흥분(agitation) 및 정신 이상 상태(psychosis), 졸음(drowsiness), 우울함(depression) 등의 다양한 형태로 나타나게 된다 (조하나, 이옥상, & 임성실, 2012).

섬망의 발생률은 환자의 연령, 질환의 중증도 등에 따라 다양하지만, 섬망은 국내연구에 의하면 입원 환자의 5~43%에게 발생하는 가장 흔한 정신 장애 중 하나로 알려져 있다 (고혜진, 윤창호, 정승은, 김아솔, & 김효민, 2014; 양영희, 2010b; 이은준 et al., 2010; 정미혜 et al., 2011; 최수정 & 조용애, 2014). 섬망은 발생 환자의 77.5%가 60세 이상일 정도로 노인의 섬망 발생률이 더 높는데(배재호, 강원섭, 백중우, & 김중우, 2012), 이는 노인이 만성질환, 다약제 복용, 시력과 청력 저하 등 많은 위험요인을 가지고 있을 뿐 아니라 환경적, 신체적으로 스트레스가 강한 사건이 발생할 때 평형을 회복하는 능력이 감소되어 있기 때문이다(Farley & McLafferty, 2007; 양영희, 2010a). 노인인구 및 노인 환자수의 증가에 따라 앞으로 섬망 발생의 지속적인 증가가 예측되

는 것도 이 때문이다.

섬망은 환자나 그 가족에게 다양한 부정적인 영향을 미친다. 기존 질병의 회복을 더디게 하고 감염이나 욕창 및 낙상 발생 등의 합병증 발생을 증가시켜 재원 일수가 길어지며 의료비용을 증가시키고, 퇴원 시 장기요양시설 입소 가능성이 커지고 사망률도 높아진다(Leslie & Inouye, 2011; Wass et al., 2008). 따라서 간호실무에서 섬망 고위험 환자를 사정하고 예방하며, 섬망 환자를 조기에 발견하고 중재하는 것이 중요하다고 할 수 있다.

특히 하루 중에도 증상의 변동을 보이는 섬망의 특성 때문에 환자와 가장 많은 시간 동안 의사소통이 이루어지고 지속적인 사정이 가능한 간호사는 섬망의 예방과 관리의 핵심적인 위치에 있다(Hare, Wynaden, McGowan, Landsborough, & Speed, 2008). 그러나 간호사의 80% 이상이 섬망 환자를 간호한 경험이 있지만(박영숙, 김금순, 송경자, & 강지연, 2006; 이영휘 et al., 2007), 섬망을 예방하고 섬망이 발생한 환자의 회복을 위한 간호를 수행하는 정도는 저조하다(강진선, 2015; 김미영 & 은영, 2013; 김지연, 2016; 박수정, 2013; 서희정 & 유양숙, 2007; 양영애, 2006; 장기은, 2008). 따라서 섬망에 대한 간호 수행 정도를 높이기 위한 다각적인 연구가 필요하다.

섬망에 대한 간호 수행 정도를 높이기 위해서는 먼저 섬망에 대한 간호 수행 관련 요인들을 분석해 볼 필요가 있다. 섬망의 예방 및 섬망 환자를 안전하고 효과적으로 간호하기 위해 무엇보다도 필수적인 요소는 섬망에 대한 지식이다(Hijji, Parahoo, Hussein, & Barr, 2013). 그러나 섬망에 대한 지식과 간호 수행간의 관계에 관한 선행 연구에서 정적 상관관계가 있는 것으로 나타난 연구도 있지만(Hamdan-Mansour, Farhan, Othman,

& Yacoub, 2010; 김미영 & 은영, 2013; 김지연, 2016; 양영애, 2006), 상관관계가 없는 것으로 나타난 연구도 있어(강진선, 2015; 구현주, 2016; 박수정, 2013; 장기은, 2008) 서로 일치하지 않는 결과를 보였다. 따라서 추가적인 관련 요인을 살펴볼 필요가 있다.

합리적 행위이론(Theory of reasoned action, TRA)에 따르면 태도는 행동하고자 하는 의도에 영향을 미친다(Ajzen & Fishbein, 2000). 따라서 이 이론에 근거하여 섬망 간호에 대한 태도가 섬망 간호 수행의 관련 요인인지 알아볼 필요가 있다. 더욱이 지식은 태도의 변화를 유도하고, 행동에 대한 긍정적 태도는 행동으로 연결되므로 (Bettinghaus, 1986), 섬망 간호 수행에 대한 관련 매개 요인으로 지식과 태도와의 관계성을 고려해보는 것도 중요하다고 할 수 있다. 그러나 섬망 간호에 대한 태도와 관련한 선행 연구는 섬망 간호에 대한 태도를 단순히 서술하는 데에만 그쳤으며(김선만, 김지연, 박지영, 심정미, & 문미화, 2008; 박영숙 et al., 2006; 양영희, 2010a), 섬망에 대한 지식이나 섬망 간호 수행과의 관계에 대한 연구는 미비한 실정이다. 따라서 섬망 간호 수행과 관련하여 섬망에 대한 지식이나 태도가 밀접한 관련성이 있는지에 대한 연구가 필요하다.

이에 본 연구는 간호사의 섬망 간호 수행이 섬망에 대한 지식이나 섬망 간호에 대한 태도와 관련성이 있는지에 대해 확인하고 섬망 간호 수행에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 간호사의 섬망 간호 수행 정도를 확인하고 지식, 태도, 개인적 요소 등 관련 요인이 수행에 미치는 영향을 검증하여 섬망에 대한 간호 수행 정도를 향상시키기 위한 기초 자료를 얻기 위함이며, 이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 간호사의 섬망 간호 관련 특성, 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도, 섬망 간호 수행 정도를 확인한다.
- 2) 간호사의 특성에 따른 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도 및 섬망 간호 수행의 차이를 확인한다.
- 3) 섬망에 대한 지식과 섬망 간호에 대한 태도, 섬망 간호 수행과의 관계를 확인한다.
- 4) 섬망 간호 수행에 영향을 미치는 유의한 요인을 확인한다.

3. 용어의 정의

1) 섬망에 대한 지식

지식이란 다른 사람과 공유되거나 의사소통 될 수 있는 형태로 표현될 수 있는 앎(knowing)을 의미한다(Chinn & Kramer, 2010). 본 연구에서는 간호사의 섬망 위험요인, 사정 및 중재에 관한 앎을 말하는 것으로, 이영희 등(2007)이 종합병원 간호사의 섬망에 대한 지식 수준을 측정하기 위해 개발한 도구로 측정한 점수를 말한다. 이 도구의 점수가 높을수록 섬망에 대한 지식이 높은 것을 의미한다.

2) 섬망 간호에 대한 태도

태도란 어떤 대상이나 상황에 대해 호의적 혹은 비호의적으로 반응하려는 경험을 통해 형성된 지속적인 경향을 말한다 (김대수, 1993). 본 연구에서는 Osgood 등(1957)이 개발한 의미변별척도법(semantic differential method)에서 제시한 형용사를 장동환(1964)이 한국어로 번역한 척도로 측정한 점수를 말한다. 이 도구의 점수가 높을수록 섬망 간호에 대한 태도가 긍정적임을 의미한다.

3) 섬망 간호 수행

간호 수행이란 환자와 그 가족, 지역사회 의 회복과 건강증진을 위한 목적적인 행동을 말한다(Frame, 2004). 본 연구에서는 간호 대상자의 섬망 관련 위험요소를 파악하고 섬망을 예방하며, 섬망이 발생한 환자의 회복을 위한 간호활동의 수행 정도를 의미하는 것으로, 조귀래(2001)의 도구를 박용숙(2011)이 수정, 보완한 도구로 측정한 점수를 말한다. 이 도구의 점수가 높을수록 섬망에 대한 간호 수행이 높은 것을 의미한다.

II. 문헌 고찰

1. 섬망과 섬망 간호 수행

섬망은 전반적인 인지 기능 저하, 의식 저하, 주의력 장애, 행동 변화로 특징지어지는 급성의 정신증후군으로, 입원 환자에게 가장 흔하게 발생하는 정신 장애 중 하나이며, 가역적이지만 부정적인 결과를 유발할 위험이 높기 때문에 간과해서는 안 되는 질환이다 (Lipowski, 1987; Schuurmans et al., 2001). 과거에 섬망은 급성 혼동 상태(acute confusional state), 급성 뇌증후군(acute brain syndrome), 급성 기질성 반응(acute organic reaction) 등 혼용되어 사용되었지만 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(이하 DSM)-III 에서 인지 기능장애를 섬망, 치매, 기억장애 및 기타의 기억장애로 구분한 이후에는 대체로 섬망으로 통일되어 사용하고 있다 (Brown & Boyle, 2002; 구분대 & 홍종희, 2010). DSM-V에서는 주의력 감소, 인지 저하의 증상이 단시간에 발생하고 하루 중에서 변동이 보이는 것을 진단기준으로 제시하고 있다(American Psychiatric Association, 2013).

섬망을 유발시키는 위험 요인은 매우 다양한데, 이를 소인(predisposing factors)과 촉진요인(precipitating factors)으로 나눌 수 있다. 소인(predisposing factors)으로는 나이, 남성, 알코올중독, 만성통증, 복합 만성질환이환, 영양불량, 시력 및 청력 장애 등이 있다(Kalish, Gillham, & Unwin, 2014; Wass et al., 2008). 촉진요인(precipitating factors)으로는 탈수, 감염, 약물, 수술, 수술 후 부적절한 통증관리, 인공호흡기

적용, 억제대 적용 등이 있다 (Kalish et al., 2014; O'Keeffe & Lavan, 1999; Wass et al., 2008). 다양하거나 심각한 소인을 지니고 있는 사람의 경우 적은 촉진 요인에 의해서도 섬망이 유발될 수 있다 (Kalish et al., 2014).

섬망의 발생 정도는 환자의 연령, 질환의 중증도 등에 따라 다양하며, 중환자실 입원 환자의 20~54% (Sharma, Malhotra, Grover, & Jindal, 2012; Tsuruta et al., 2010; 최수정 & 조용애, 2014), 응급실 입원 환자의 7~20% (Barron & Holmes, 2013), 호스피스 입원 환자의 13~88% (Hosie, Davidson, Agar, Sanderson, & Phillips, 2013; 고혜진 et al., 2014), 요양시설입소자의 12% (Gutiérrez Rodríguez et al., 2013), 말기암 환자의 50% (Chun-Kai et al., 2008), 뇌졸중 후 환자의 26% (Carin-levy, Mead, Nicol, Rush, & van Wijck, 2012), 수술환자의 7~50% (Raats, Eijdsden, Crolla, Steyerberg, & Laan, 2015; Takeuchi et al., 2012; 정미혜 et al., 2011)에서 섬망이 발생한다. 섬망으로 진단된 환자의 77.5%가 60세 이상으로 나이에 따라 증가하는 양상을 보이는데(배재호 et al., 2012), 노인의 경우 나이라는 기본적인 소인 외에 복합만성질환, 다약제복용, 영양불량, 시력 및 청력 감퇴 등 다양한 소인을 지니고 있을 뿐만 아니라 환경적, 신체적으로 스트레스가 강한 사건이 발생할 때 평형을 회복하는 능력이 감소되어 있기 때문이다 (Farley & McLafferty, 2007; 양영희, 2010a).

섬망은 입원 기간 동안 많은 부정적인 문제를 야기한다. 재원 일수를 늘어나게 하고 (Farley & McLafferty, 2007; Smith et al., 2015; Wass et al., 2008), 기능 감소에도 영향을 미치며 (Dasgupta & Brymer, 2014; Wass et al., 2008), 병원 획득 감염이나 욕창, 낙상과 같은 부작용

용 발생 위험이 커진다 (Dasgupta & Brymer, 2014; Wass et al., 2008). 또한 퇴원 시 비섬망 환자에 비해 장기요양시설입소의 가능성도 커진다 (Dasgupta & Brymer, 2014; Mangusan, Hooper, Denslow, & Travis, 2015; Wass et al., 2008). 섬망은 장기적으로도 부정적인 영향을 미치는데 섬망이 없는 노인 환자보다 노인 섬망 환자의 경우 나이, 성, 복합만성질환이환 유무에 상관없이 퇴원 3개월과 1년 후 사망과 요양시설 입소 비율이 더 높았다(Witlox et al., 2010). 이에 따라 섬망은 사회경제적 비용의 증가에도 큰 영향을 미치게 된다(Leslie & Inouye, 2011).

이를 종합해볼 때, 섬망 간호 수행은 임상에서 중요하며 간호 수행 정도 향상을 위한 꾸준한 관심과 연구가 필요하다고 할 수 있다. 섬망은 복합적인 요소에 의해 발현되고 다양한 증상이 하루 중에서도 변동하여 나타나는 특징을 지니므로, 섬망 발생 위험이 높은 대상자에 대해서는 지속적인 사정과 예방이 필요하며 섬망이 발생한 환자에게는 섬망으로 인한 영향력을 최소화하기 위한 다양한 간호 중재가 요구된다(Hanley, 2004).

이러한 중재는 입원 시부터 이루어져야 하는데, 먼저 최근 인지 기능 저하 유무나 유발 소인을 사정하여 섬망 고위험 환자를 확인하는 것이 필요하다 (Kalish et al., 2014). 섬망 고위험 환자에게는 적절한 예방 관리가 필요한데, 비약물적 예방 중재가 섬망에 대한 가장 효과적인 전략으로 (Inouye, Westendorp, & Saczynski, 2014; O'Mahony, Murthy, Akunne, & Young, 2011), 이러한 예방 관리를 통해 약 30~40% 정도 예방 가능하다 (Fong, Tulebaev, & Inouye, 2009; Inouye et al., 2014).

섬망으로 진단되면 원인을 찾아서 제거하는 것이 가장 중요하다. 원인을 확인한 후에는 증상 악화 및 부작용을 예방하기 위한 비약물적 중재가 우선적으로 요구된다. 약물 치료는 비약물적 중재에도 불구하고 환자나 타인의 안전에 위협이 될 때 사용한다 (Kalish et al., 2014).

섬망의 예방이나 치료를 위한 비약물적 간호 중재로는 환자를 돌보는 사람의 수를 최소화하고, 적절한 조명과 시계 및 달력 제공, 지남력 주기, 중재나 간호 시 설명하기, 인지 자극 활동을 격려하기, 가족이나 친지의 방문 격려, 친숙한 개인 소지품을 침상에 두도록 하는 것이 있다. 또한 탈수, 저산소증, 감염, 영양불량, 통증과 같은 섬망 발생의 촉진 요인을 관찰하고 적절한 관리를 해주며, 시력이나 청력 저하 환자에게 보청기나 안경을 사용할 수 있게 도와주기, 수면 위생 증진을 위한 불필요한 처치 피하기와 소음 관리, 부동 기간을 최소화하는 것이 포함된다 (Hanley, 2004; Kalish et al., 2014). 이러한 중재는 단일 혹은 2가지 중재만을 시행하는 것보다 다양한 위험 요인을 고려하여 여러 가지 중재를 시행하는 다면적 중재요법이 더 효과적이다 (Rivosecchi, Smithburger, Svec, Campbell, & Kane-Gill, 2015).

국내 간호사의 섬망 환자 간호 수행 경험에 대한 연구로 이영희 등 (2007)은 간호사의 85%가 섬망 증상을 가진 환자를 간호해 본 경험이 있었지만 7.7%만이 섬망 사정 도구를 사용해본 경험이 있다고 하였다. 박영숙 등(2006)의 연구에 의하면 실제 수행했던 섬망 관련 간호 중재의 종류는 평균 2.34개로 48%의 간호사가 한 개 혹은 두 개의 중재를 사용하였다고 하여 다면적 섬망 간호 수행이 부족하였다.

섬망 간호 수행 정도에 대한 선행 연구에서는 섬망 간호 수행률이 낮은 것으로 나타났다. 중환자실 간호사를 대상으로 한 연구에서는 100점

만점으로 환산 시 62~70점으로 나타났으며, 섬망에 대한 지식 수준, 연령, 근무 부서, 1인당 돌보는 환자 수에 따라 섬망 간호 수행 정도의 차이를 보였다 (서희정 & 유양숙, 2007; 양영애, 2006; 장기은, 2008). 종합병원 간호사를 대상으로 한 연구에서는 섬망에 대한 간호 수행 정도는 67~73점이었는데, 섬망 환자 간호 수행에 영향을 주는 요인을 분석한 연구에서는 직위, 섬망 교육경험, 섬망 간호 자신감, 근무 환경, 임상경력이 영향을 주는 것으로 나타났다(강진선, 2015; 김지연, 2016). 정형외과병원 간호사를 대상으로 한 섬망 관련 간호 수행 정도는 72점이었고, 연령, 총 임상경력, 섬망 환자 투약 가이드 존재유무, 섬망 관련 지식 수준에 따라 섬망 간호 수행 정도의 차이가 나타났다(김미영 & 은영, 2013). 회복실 간호사를 대상으로 한 섬망 간호 수행 정도는 76점으로 섬망 간호의 중요도와 일반적인 자기 효능감이 섬망 간호 수행의 관련 요인으로 나타났다(구현주, 2016).

포커스 그룹 인터뷰를 통해 중환자실 노인환자 간호 중재 방안을 모색한 연구에서는 섬망 환자 관리에 대한 간호사들의 지식 부족, 매뉴얼의 부재, 중증환자를 우선 처치해야 하는 중환자실의 환경이 섬망 환자 간호에 대한 어려움의 중요 요인이었다(조소영, 2010).

간호사는 섬망 관리에 있어 핵심적인 위치에 있다. 하지만 간호사의 섬망 간호 수행 정도는 저조한 상황이며, 따라서 섬망 간호 수행 정도를 높이기 위한 다양한 관련 요인들을 분석할 필요가 있다. 특히 간호 수행과 관련된 핵심적인 요소로 생각되는 지식과 태도에 대한 연구는 개별 연구는 있지만 이들의 관계를 동시에 탐색한 연구는 부족하며 동시에 일관성이 없어 일반화하기에 부족하다. 따라서 이 요소들을 포함하여 섬망 간호 수행과 관련된 요인들을 분석할 필요가 있다.

2. 간호사의 섬망에 대한 지식

간호사는 환자와 가장 많은 시간 함께하는 돌봄제공자로서 섬망의 위험 요인을 파악하고 예방하며, 증상 확인 및 중재에 가장 이상적인 위치에 있다(Hare et al., 2008). 이러한 섬망 관리의 핵심적인 역할을 잘 수행하기 위해서 간호사의 높은 섬망 지식은 필수적인데, 간호지식은 안전하고 효과적이며 질 높은 간호수행을 위해 필수적인 요소로서 간호사는 간호 수행을 위한 의사결정을 위해 지식을 필요로 하기 때문이다(Hijji et al., 2013).

간호사들의 77~82%는 섬망에 대해 스스로 잘 알고 있다고 생각하지만(김선만 et al., 2008; 박영숙 et al., 2006), 실제 섬망에 대한 지식 수준을 측정한 결과는 낮았다. 국외의 연구에서 종합병원 간호사의 섬망에 대한 지식 수준은 100점 만점에 평균 53점으로 나타났으며(Hare et al., 2008), 국내 종합병원 간호사를 대상으로 섬망에 대한 지식 수준을 측정한 연구에서는 100점 만점에 60점~77점 정도를 보였다(강진선, 2015; 김지연, 2016; 박수정, 2013; 원종임, 2011; 이경아, 2012; 이영휘 et al., 2007; 최은정 et al., 2011). 국내 요양병원 간호사와 정형외과 간호사를 대상으로 한 연구에서는 각각 72점으로 나타났으며(김미영 & 은영, 2013; 양영희, 2010a), 중환자실 간호사만을 대상으로 한 연구에서는 63점~74점, (Hamdan-Mansour et al., 2010; 서희정 & 유양숙, 2007; 양영애, 2006; 장기은, 2008; 함은경, 2011). 회복실 간호사만을 대상으로 한 연구에서는 70점이었다(구현주, 2016). 이상의 선행 연구 결과에서 시간이 경과해도 병원의 규모나 근무 부서에 상관없이 섬망 관련 지식 수준이 낮은 것을 알 수 있다.

섬망에 대한 지식 부족은 섬망 간호 수행에 대한 자신감 결여의 주요한 원인이며 (Flagg, Cox, McDowell, Mwose, & Buelow, 2010). 섬망 간호 스트레스에도 부정적인 영향을 미친다 (김미영 & 은영, 2013).

간호사의 섬망에 대한 지식 부족은 섬망 간호 수행에도 영향을 미친다. 간호사의 경우 섬망을 발견할 수 있는 핵심적인 위치에 있지만 (Baker, Taggart, Nivens, & Tillman, 2015), 많은 간호사들이 섬망에 대한 지식이 결여되어 있어 이로 인해 섬망 사정 능력이 부족하고 섬망을 인지할 수 있는 능력도 저하되어 있다 (Steis & Fick, 2008). 이와 관련하여 간호사의 섬망 사정 능력을 평가한 최근의 연구에서도 간호사의 29.6%가 섬망이 있는 환자의 섬망을 인지하지 못했다고 했다(Panitchote et al., 2015). 중환자실 간호사를 대상으로 섬망에 대한 지식, 간호 수행과의 관계를 분석한 국내 연구에서는 지식과 간호 수행간의 정적인 상관관계가 있었고(양영애, 2006), 국외 연구에서도 동일한 결과를 보였다 (Hamdan-Mansour et al., 2010). 정형외과병원 간호사를 대상으로 한 연구에서도 섬망에 대한 지식과 간호 수행간의 정적인 상관관계를 보였다(김미영 & 은영, 2013). 중환자실 간호사를 대상으로 섬망 교육을 시행한 후 섬망 지식 수준과 섬망 간호 수행을 비교한 연구에서는 섬망 교육을 시행한 후 지식 수준이 유의하게 상승하였으며 이를 통해, 섬망 간호 수행 정도도 상승하였다(박진, 2009; 조효진, 2011).

그러나 섬망에 대한 간호사의 지식과 섬망 간호 수행과의 관계를 살펴본 다른 연구에서는 이와는 상이한 결과를 보였다. 중환자실 간호사의 섬망 지식과 예방 간호활동 간의 상관 관계를 살펴본 연구 결과에서는 지식과 예방 간호활동 간의 상관관계가 없었으며(장기은, 2008), 종합병원 간호사를 대상으로 한 연구결과에서도 섬망에 대한 지식과 간호 수행

간의 상관관계는 없었다 (강진선, 2015; 구현주, 2016; 박수정, 2013).

이와 같이 섬망에 대한 간호사의 지식이 섬망 간호에 대한 다양한 영향력을 가지고 있음을 알 수 있으나 섬망 간호 수행에 관련해서는 일관되지 않은 결과를 나타냄을 알 수 있다. 따라서 섬망에 대한 지식과 섬망 간호 수행과의 관계에 대한 반복적인 연구를 포함하여 이들 변인 사이의 다른 변인의 관련성에 대한 추가적인 연구가 요구된다.

3. 간호사의 섬망에 대한 태도

태도는 일반적으로 좋은-나쁜, 해로운-유익한, 유쾌한-불유쾌한, 좋아하는-좋아하지 않는 등에 대한 개인의 요약적 평가를 나타내는 개념으로(Ajzen, 2001), 태도 대상에 대한 개인의 반응에 영향을 미치게 된다(서울대학교 교육연구소, 1994). 많은 연구를 통해 태도와 행위의 관계가 규명되었는데, 이들의 관계를 설명하고 있는 대표적인 이론이 합리적 행위이론(Theory of reasoned action, TRA)이다(Ajzen, 2001). 이 이론에 의하면 행동하고자 의지(behavioral intention)가 있다면 인간은 일반적으로 합리적이며 자신이 이용할 수 있는 정보를 활용하여 행동을 결정하고 이행한다고 보는데(김영임, 정혜선, & 배경희, 2007), 이 행동을 하고자 하는 의지에 영향을 미치는 것이 바로 태도(attitude)와 그 행동에 대한 주관적 규범(subjective norms)이다(Ajzen & Fishbein, 2000). 이 중에서 태도는 주관적 규범보다 행동에 더 많은 영향을 미치는 것으로 보고 있으며(Ajzen, 2001), 어떤 대상이나 표적에 대한 태도가 아니라 행위에 대한 태도를 특히 강조한다(김영임 et al., 2007).

태도는 일반적으로 인지적·정의적·행동적 속성들로 구성되는데, 인지적 속성이란 어떤 태도 대상에 대한 생각, 정의적 속성은 그 대상에 대한 생각에 수반되는 감정, 그리고 행동적 속성은 그 대상에 대하여 어떤 행위를 하려는 의도를 의미한다(서울대학교 교육연구소, 1994). 국내외 섬망 간호에 대한 태도와 관련된 연구는 대부분 태도의 인지적 속성을 탐색하는 연구가 시행되었다.

국외의 섬망에 대한 태도와 관련된 연구는 주로 건강관리 전문가들 전체를 대상으로 이루어졌다. Ely et al. (2004)는 912명의 건강관리 전문가들(의사 753명, 간호사 113명, 기타 46명)을 대상으로 섬망에 대한 태도를 연구한 결과 건강관리 전문가들의 24%가 섬망을 입원 시 정상적으로 발생하는 상황이라고 생각하며, 29%만이 섬망이 예방 가능하다고 생각했으며, 79%가 섬망을 적극적인 중재가 필요한 치료 중심의 문제로 인식하는 것으로 나타나 지식의 부족을 언급했다.

반면에 의대학생, 간호사, 레지던트를 대상으로 섬망에 대한 태도를 탐색한 연구 결과(Beach, Chen, & Huffman, 2013)에서는 연구대상자들의 74%는 섬망이 예방 가능하다고 생각했고, 95%는 치료 가능하다고 생각하였다. 최근 간호사들만을 대상으로 한 연구(Ettema, van Harten, Hoogerduijn, Hoekstra, & Schuurmans, 2014)에 의하면 간호사의 60%가 섬망을 예방 가능한 문제로 인식하는 것으로 나타나 시간에 따른 태도 변화를 나타내었다.

국내 간호사의 섬망에 대한 인식을 탐색한 연구 (박영숙 et al., 2006)에서는 간호사의 자각된 지식 정도와 관련하여 간호사의 18%가 섬망에 대해 거의 모르거나 전혀 모른다고 생각하는 것으로 나타났다. 또한 이 연구에서 22.4%가 섬망 간호에 자신 있다고 하였지만, 43%는 당황스럽

고, 34.6%는 위협을 느낀다고 하였다. 섬망의 예방 가능성에 대해서는 35%는 거의 혹은 전혀 예방할 수 없다고 한 반면, 77.1%는 섬망이 대체로 치료 가능하다고 인식하여 섬망을 치료 중심의 문제로 생각하고 있다고 보고하였다. 마찬가지로 김선만, 김지연, 박지영, 심정미와 문미화(2008)의 연구에서도 간호사들은 섬망을 예방 가능한 문제로 간주하기보다 치료 가능한 문제로 간주하는 경향을 보인다고 하며 섬망 예방에 대한 긍정적인 인식 향상이 교육 내용의 일부가 되어야 할 것이라고 하였다.

섬망 간호에 대한 중요도 또한 태도의 인지적 속성으로 포함될 수 있다. 회복실에서 근무하는 간호사를 대상으로 노인환자의 수술 후 섬망 간호 수행 관련 요인을 분석한 연구(구현주, 2016)에서 섬망 간호에 대한 중요도는 5점 만점에 4.34점으로, 이러한 중요도는 섬망 간호 수행에 영향을 미치는 주요 요인으로 나타났다.

태도는 어느 정도의 강도로 행동할 것인가를 결정지어 준다 (김대수, 1993). 따라서 섬망과 관련한 간호사의 태도는 섬망 간호 수행 정도에 중요한 영향을 미칠 수 있으므로 이에 대한 간호사의 태도를 알아보는 것이 중요하다고 할 수 있다. 더욱이 행위 정도와 관련하여 행위 대상이나 표적에 대한 태도보다는 행위에 대한 태도가 중요하다고 하였으므로 (김영임 et al., 2007) 섬망 간호 행위에 대한 간호사의 태도를 알아보는 것이 중요하다고 할 수 있다. 그러나 선행 연구는 행위인 섬망 간호에 대한 태도보다는 대상, 즉 섬망에 대한 태도를 중심으로 이루어졌다. 더욱이 선행연구는 섬망에 대한 태도와 지식이 명확히 구분 되지 않거나 적은 수의 문항 혹은 태도의 일부 구성 요소만을 측정하여 섬망 간호와 관련한 태도를 이해하는 데 부족한 측면이 있다. 따라서 간호사의 섬망

간호에 대한 태도를 보다 명확히 알아볼 필요가 있다. 뿐만 아니라 측정 대상과 개념은 다르지만 여러 연구에서 태도와 수행 간의 상관관계가 규명되었음에 반해 (권윤희, 이화연, & 황승숙; 김숙희 & 김정선, 2012; 방경숙, 2005), 섬망 간호에 대한 태도와 간호 수행과의 관계에 대한 연구는 미비한 실정으로, 이들의 상관관계를 분석해보는 것이 간호 수행을 높이기 위한 보다 효과적인 교육 자료의 기초 자료로써 도움이 될 것으로 생각된다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 간호사의 섬망 간호 관련 특성, 섬망에 대한 지식과 섬망 간호에 대한 태도 및 수행의 정도를 파악하고, 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도 및 수행 간의 관계 및 섬망 간호의 관련 요인을 규명하기 위한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구대상

연구대상자는 S시에 위치한 일개 종합병원의 섬망 환자가 주로 발생할 것으로 생각되는 5개 과인 내과, 외과, 신경과, 중환자실, 응급실 (Carin-levy et al., 2012; 구분대 & 홍중희, 2010)에서 근무하면서 총 근무 경력 1년이 초과된 간호사 중 섬망 환자를 간호한 경험이 있으면서 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여하기를 동의한 자를 대상으로 하였다. 지속되고 안정적인 태도의 형성을 위해서는 경험의 반복이 필요하며 (김대수, 1993), 총 근무 경력이 1년 이내의 간호사의 경우 임상 생활에 적응하는 시기로 지식을 실제 간호 수행에 적용시키는 데 어려움이 있는 시기이므로(변영순 et al., 2003; 윤숙희, 2002) 총 근무 경력 1년이 초과된 간호사만 포함시켰다.

본 연구의 표본 수를 산출하기 위해서 G-power 3.1.9을 이용하였다. ANOVA 통계방법을 사용 시 $\alpha=.05$, $power=.80$, $effect\ size=.25$

(medium), group=5(최대 그룹 수)로 산출한 결과 총 200개의 표본수가 요구되었고, correlation 통계방법을 사용 시 $\alpha=.05$, power=.80, effect size=.3(medium)로 할 때 총 84개의 표본수가 요구되었다. 또 multiple regression 통계방법을 사용 시 $\alpha=.05$, power=.80, effect size=.15(medium), number of predictor=18로 하여 총 150개의 표본수가 요구되었다. 그러므로 탈락율을 고려하여 230명의 자료를 수집하였으며, 불완전한 자료를 제외한 201명의 자료를 최종 분석에 사용하였다.

3. 연구도구

1) 일반적 특성

본 연구에서 대상자의 일반적 특성을 파악하기 위해 연령, 성별, 학력, 직위, 현재 근무부서, 총 근무경력, 현재 병동에서의 근무경력을 포함하여 총 7문항으로 구성하였다. 섬망 간호 관련 특성으로는 섬망에 대한 교육 경험 및 교육의 필요성 유무, 근무 부서 내 섬망 관련 지침 보유 유무, 섬망 환자의 보호자와의 갈등 경험 유무, 섬망 환자로 인한 타부서와의 갈등 경험 유무, 섬망 환자에 대한 전동이나 전원 경험, 섬망 환자 간호 경험 횟수, 섬망 환자 간호의 어려움 인지 유무 관련 문항을 포함하여 총 8문항으로 구성하였다.

2) 섬망에 대한 지식

본 연구에서 섬망에 대한 지식 정도는 이영휘 등(2007)이 종합병원 간호사의 섬망에 대한 지식 수준을 측정하기 위해 개발한 도구를 개발자

로부터 사용 허락을 받은 후 사용하였다. 이 도구는 총 45문항으로 원인 10문항, 증상 20문항, 간호관리 15문항으로 구성되었다. 문항별로 '예', '아니오', '모른다'로 답하고, 옳은 답을 한 경우 1점, 틀린 경우와 모른다고 응답한 경우는 0점 처리하여 최저 0점에서 최고 45점까지의 점수가 가능하다. 점수가 높을수록 섬망에 대한 지식이 높음을 의미한다. 이영휘 등(2007)의 연구에서 도구의 개발 당시 신뢰도 Cronbach's alpha 값은 0.75이며, 본 연구에서의 Cronbach's alpha 값은 0.65였다.

3) 섬망 간호에 대한 태도와 중요도

본 연구에서 섬망 간호에 대한 태도를 측정하기 위해 Osgood(1957)의 의미변별척도(The semantic differential)에서 제시한 50쌍의 형용사를 사용하였다. 의미변별척도법(The semantic differential method)은 각 개념의 의미와 관련된 양극적인 뜻을 가진 형용사를 활용하여 어느 정도인지 표시하게 함으로써 피험자가 가지고 있는 개념의 의미를 파악하는 것으로 이를 통해 특정 개인이나 집단이 하나의 개념을 어떻게 지각하고 있는가를 명확하게 확인할 수 있기 때문에 태도나 가치 등을 측정하기 위한 도구로 유용하게 사용할 수 있으며(변우열, 이병기, & 송기호, 2013; 임상직, 2003), 신뢰도와 타당도가 확보된 도구로 알려져 있다(Osgood et al., 1957). 본 연구에서는 Osgood(1957)이 제시한 50쌍의 형용사를 장동환(1964)이 번역 후 요인 분석하여 평가, 능력, 활동성의 3가지 요인에서 요인 별로 부하량이 크다고 제시한 각 6문항 중, 중복된 1문항을 제외한 총 17문항을 사용하였다. 본 연구에서 각 문항은 그 양극적 의미 사이를 1-7점 범위의 척도로 제시하며, 점수가 높을

수록 섬망 간호에 대한 태도가 긍정적임을 의미한다. 본 연구에서의 내적 신뢰도 Cronbach's alpha 값은 0.78이었다. 본 연구에서는 추가로 태도 관련 문항으로 섬망 간호에 대한 중요도 인식 정도에 대해 1개 문항, 7점 척도로 포함시켰다.

4) 섬망 간호 수행

본 연구에서 섬망에 대한 간호 수행 정도를 측정하기 위해 사용한 도구는 조귀래(2001)가 개발하고 서희정(2006)이 수정·보완한 도구를 박용숙(2011)이 암센터 간호사의 섬망 간호 수행 정도를 측정하기 위해 수정·보완한 도구로 개발자로부터 사용 허락을 받았다. 이 도구는 섬망을 예방하기 위한 간호행위와 섬망이 발생한 환자에게 시행하는 간호행위에 대한 23개 문항으로 구성되어 있는데, 각 문항에 대하여 항상 수행한다 4점, 자주 수행한다 3점, 가끔 수행한다 2점, 거의 수행하지 않는다 1점으로 응답하게 되어 있다. 점수가 높을수록 섬망 간호 수행 정도가 높은 것을 의미한다. 조귀래(2001)의 연구에서 도구의 개발 당시 내적신뢰도 Cronbach's alpha 값은 0.65였으며, 서희정(2006)의 연구에서 Cronbach's alpha 값은 0.75, 박용숙(2011)의 연구에서 Cronbach's alpha 값은 0.75였다. 본 연구에서의 Cronbach's alpha 값은 0.88이었다.

4. 자료수집 방법

본 연구의 자료수집은 구조화된 설문지를 이용하였다. 대상자는 S시에 위치한 일개 종합병원의 5개 과(내과, 외과, 신경과, 중환자실, 응급실), 총 21개 병동에서 근무하는 간호사로, 연구자가 연구윤리심의위원회와 간호본부의 승인을 받은 다음 각 해당 과를 직접 방문하여 진행하였다. 자료 수집 기간은 2016년 3월 18일에서 3월 30일로 설문 시작 전 대상자들에게 연구의 목적, 설문지 작성 시 주의사항 및 소요 시간, 비밀 보장 등에 대해 설명하였고, 이후 각자 용이한 시간에 설문지를 작성하도록 하였다. 또한 설문지 작성 후 즉시 밀봉할 수 있는 개별 봉투를 함께 제공하여 개인정보가 노출되지 않은 상태로 보관하도록 하고, 이후에 연구자가 방문하여 수거하였다.

5. 윤리적 고려

본 연구는 연구대상자 보호를 위하여 해당 병원 연구윤리심의위원회 (Institutional Review Board)의 승인을 받은 후 시행하였다. 연구참여 동의 시 대상자에게 서면 동의를 받았으며, 서면 동의 전 연구의 목적, 방법 및 대상자의 익명성과 비밀보장에 대한 내용을 설명하였다. 또한 설문 작성 중에도 연구 참여 중단을 원하는 경우 언제든지 철회할 수 있음을 설명하였다. 또한 설문 작성에 대한 보상으로 대상자에게 5천원 상당의 답례품을 증정하였다. 개인정보 및 설문 내용의 유출 방지를 위해 설문지는 연구자가 직접 데이터베이스에 입력하고, 동의서와 설문지는 잠금 장치가 있는 장소에 보관하여 연구자 외에 접근할 수 없도록 하였

다. 수집된 자료는 연구논문이 발표된 이후에는 분쇄 폐기할 예정이다.

6. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS 23.0 프로그램을 사용하여 분석하였으며, 구체적인 방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적인 특성과 섬망 간호 관련 특성, 대상자의 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도 및 수행 정도는 기술 통계 방법을 이용하여 실수와 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 2) 대상자의 특성에 따른 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도 및 수행의 차이는 t-test, ANOVA로 분석하였다. 유의한 차이가 있는 경우 사후검증으로 Scheffe, Dunnett T3 test를 적용하여 어느 집단 간의 차이인지 분석하였다.
- 3) 대상자의 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도 및 수행 간의 상관관계는 pearson correlation으로 분석하였다.
- 4) 대상자의 섬망에 대한 간호 수행에 영향을 미치는 요인들의 설명력은 hierarchical regression으로 분석하였다.
- 5) 측정 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 로 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성과 섬망 간호 관련 특성

1) 일반적 특성

본 연구의 대상자의 일반적 특성인 연령, 성별, 학력, 직위, 현재 근무 부서, 총 근무경력, 현재 병동에서의 근무경력은 Table 1과 같다. 대상자의 성별은 여성이 195명(97%)으로 대부분을 차지하였다.

평균 연령은 29.38(\pm 6.15)세로 20~29세가 128명(63.7%)으로 가장 많았고, 20, 30대가 전체 응답자 중 192명(95.5%)으로 대부분을 차지하였다. 교육 수준은 학사 학위를 소지한 대상자가 84.1%로 가장 많았고, 3년제 전문학사, 석사이상의 학위를 소지한 대상자 순이었다. 직위는 일반 간호사가 95.0%으로 대부분을 차지하였으며, 근무부서는 내/외과계 중환자실이 40.8%로 가장 많았고, 내과 병동, 외과 병동, 신경과 병동, 응급실 순이었다. 총 근무경력은 평균 69.58(\pm 53.91)개월로 60~119개월이 35.3%로 가장 많았고, 12~35개월, 36~59개월, 120개월 이상 순이었다. 현재 근무지 경력은 평균 37.97(\pm 24.99)개월로 12개월 이상이 전체 응답자 중 93%로 대부분을 차지하였다.

Table 1. General characteristics of the subjects

(N=201)

Variables	Categories	n (%)	Mean±SD
Gender	Men	6 (3.0)	
	Women	195 (97.0)	
Age	20~29	128 (63.7)	29.38 ± 6.15
	30~39	64 (31.8)	
	≥ 40	9 (4.5)	
Level of education	Diploma	23 (11.4)	
	BSN	169 (84.1)	
	≥ MSN	9 (4.5)	
Position	Staff nurse	191 (95.0)	
	Charge nurse	10 (5.0)	
Current workplace	Medical/surgical ICU	82 (40.8)	
	Medical unit	55 (27.4)	
	Surgical unit	38 (18.9)	
	Neurologic unit	16 (8.0)	
	ER	10 (5.0)	
Length of nursing career (months)	12~35	58 (28.9)	69.58 ± 53.91
	36~59	44 (21.9)	
	60~119	71 (35.3)	
	≥ 120	28 (13.9)	
Length of nursing career in present unit (months)	≤ 11	14 (7.0)	37.97 ± 24.99
	12~35	89 (44.2)	
	≥ 36	98 (48.8)	

Note. BSN= Bachelor of Science in Nursing, MSN=Master of Science in Nursing, ER=Emergency Room, ICU=Intensive Care Unit

2) 섬망 간호 관련 특성

섬망 간호 관련 특성으로는 부서 내 섬망 관련 지침 보유 유무, 섬망 관련 교육 경험 및 교육의 필요성 유무, 섬망 환자의 보호자와의 갈등 경험 유무, 섬망 환자로 인한 타부서와의 갈등 경험 유무, 섬망 환자에 대한 전동이나 전원 경험 유무, 섬망 환자 간호 경험 횟수, 섬망 환자 간호가 어렵다고 생각하는지에 대한 유무를 조사하였으며 결과는 Table 2와 같다.

섬망 관련 교육을 받았던 경험이 있는 경우는 24.9%로, 교육 유형은 병동 내 자체실무교육이 70%로 가장 많았다. 섬망 교육 필요성은 ‘매우 그렇다’ 22.4%, ‘그렇다’가 75.6%로, 4명(2.0%)만이 ‘그렇지 않다’라고 답하였다.

섬망 환자의 보호자와의 갈등 경험이 있는 경우는 71.6%였으며, 섬망 환자로 인한 타부서와의 갈등 경험이 있는 경우는 34.3%였다. 섬망 환자에 대한 전동 및 전원 경험이 있는 경우는 74.1%였다.

월 평균 섬망 환자 간호 경험 횟수는 전체 평균 4.75회(± 3.88)로 2~4회가 24.8%로 가장 많았고, 10회 이상, 5~9회, 1회 이하 순이었다. 부서 내 섬망 관련 지침 유무는 없는 경우가 69.7%로 지침이 있는 경우보다 많았다.

섬망 환자 간호에 어려움을 느끼는 경우는 188명(93.5%)으로 대부분이 어려움을 느끼는 것으로 나타났다. 어려움을 느끼는 경우 원인에 대해 개방형으로 질문하게 하였고 그 중 167명이 응답하였는데, 이 응답을 비슷한 범주로 분류한 결과 타인요인, 환자요인, 개인 내부 요인, 환경적 요인인 4가지 범주로 분류되었다<Table 3>. 가장 큰 원인은 환자

요인(47.3%)으로 의사소통의 어려움이나 치료에 비협조적인 문제를 포함하는 환자와의 갈등(28.8%)을 어려움의 원인으로 제시하는 경우가 가장 많았다. 간호사 개인의 내부적 요인은 섬망 환자 간호 자체가 스트레스로 작용하거나 섬망이 호전이 어렵고 치료 혹은 간호중재가 제한적임을 포함한 신념적 문제(18.5%)가 가장 많았다. 타인요인으로는 보호자의 섬망에 대한 인식이나 지식 부족을 포함한 보호자와의 갈등(7.7%)이 가장 많았다.

Table 2. Delirium care related characteristics of the subjects

(N=201)

Variables	Categories	n (%)	Mean±SD
Experience of delirium education	No	151 (75.1)	
	Yes	50 (24.9)	
Type of education (n=50)	Education for nursing unit members	35 (70.0)	
	Refresher training	7 (14.0)	
	Education for whole hospital nurses as specialized education curriculum	4 (8.0)	
	Others	3 (6.0)	
	Symposium	1 (2.0)	
Duration of Education (hrs) (n=50)	0.5	4 (10.0)	
	1	20 (40.0)	
	≥2	20 (40.0)	
Need of delirium education	Very high	45 (22.4)	
	High	152 (75.6)	
	Low	4 (2.0)	
	Very low	0 (0.0)	
Experience of conflicts with caregivers	Yes	144 (71.6)	
	No	57 (28.4)	
Experience of conflicts with other disciplines	No	132 (65.7)	
	Yes	69 (34.3)	
Experience of transferring delirium patients	Yes	149 (74.1)	
	No	52 (25.9)	

Table 2. (continued)

(N=201)

Variables	Categories	n (%)	Mean±SD
Number of nursing experiences with delirious patients	≤1	36 (17.9)	4.75±3.88
	2~4	86 (42.8)	
	5~9	39 (19.4)	
	≥10	40 (19.9)	
Nursing guideline for delirium	No	140 (69.7)	
	Yes	61 (30.3)	
Perception of difficulty with delirium care	Difficult	188 (93.5)	
	Not difficult	13 (6.5)	

Table 3. Reasons for difficulties caring for delirious patients

		(N=167)
Domains	Item	n (%)
Patients	Conflicts with patients	67 (28.8)
	Problems with patient safety	40 (17.2)
	Others	3 (1.3)
Nurse	Personal belief	43 (18.5)
	Lack of knowledge	16 (6.9)
	Problems with nurse's safety	10 (4.3)
	Lack of time	4 (1.7)
	Others	3 (1.3)
Other people	Conflicts with caregivers	18 (7.7)
	Conflicts with other disciplines	11 (4.7)
	Conflicts with other patients	8 (3.4)
Environment	Shortage of manpower	4 (1.7)
	No nursing guideline for delirium	3 (1.3)
	Others	3 (1.3)

Note. Multiple answers allowed for open question

2. 대상자의 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도, 섬망 간호 수행

1) 대상자의 섬망에 대한 지식

대상자의 섬망에 대한 지식 수준을 조사한 결과는 Table 4와 같다. 섬망에 대한 지식 수준의 평균은 45점 만점에 33.17(± 4.21)점으로, 이를 100점 만점으로 환산한 결과는 73.7점이었다.

섬망에 대한 지식을 원인, 증상, 간호 관리 영역으로 나누어 조사한 결과, 원인은 10점 만점에 8.93(± 1.36)점, 증상은 20점 만점에 13.06(± 2.23)점, 간호 관리 영역은 15점 만점에 11.18(± 2.23)점으로, 이를 100점 만점으로 환산한 결과는 원인 89.3점, 증상 65.3점, 간호 관리 74.5점으로 원인 영역에 대한 점수가 가장 높았다.

각 영역에 대한 문항별 정답률은 부록 Table 1과 같다. 원인 관련 지식 총 10문항 중 ‘급성 스트레스로 인해 섬망이 나타날 수 있다’가 198명(98.5%)으로 가장 높은 정답률을 보였으며, ‘골절은 섬망과 관련이 없다’가 150명(74.6%)으로 가장 낮은 정답률을 보였다.

증상 관련 문항 총 20개 중 ‘섬망이 있을 때 주의집중력은 별로 떨어지지 않는다’가 190명(94.5%)으로 가장 높은 정답률을 보였으며, ‘섬망 상태에서는 항콜린성 활동이 약화된다’가 37명(18.4%)으로 가장 낮은 정답률을 보였다.

간호 관리 관련 지식 총 15문항 중 ‘섬망 치료의 최우선은 환자의 안위와 지지이다’가 194명(96.5%)으로 가장 높은 정답률을 보였다, 반면에 가장 낮은 정답률을 보인 문항은 ‘섬망 증상 조절을 위해 억제대와 같은 물리적인 억제를 하는 것이 도움이 된다’로 90명(44.8%)만이 옳

은 답을 선택하였다. 다음으로 ‘섬망이 있는 환자가 잘못 인식하고 있는 부분은 바로 인식할 때까지 계속 알려주어야 한다’가 91명(45.3%), ‘진정작용이 너무 심한 약물을 사용하면 섬망의 기간이 길어진다’가 110명(54.7%) 순으로 낮은 정답률을 보였다.

Table 4. Knowledge level on delirium

(N=201)

Domains	Range	Mean±SD	(Mean/Item) X100	Minimum	Maximum
Etiology	0~10	8.93±1.36	89.3	2	10
Sign & symptoms	0~20	13.06±2.23	65.3	6	18
Nursing management	0~15	11.18±2.23	74.5	4	15
Total	0~45	33.17±4.21	73.7	21	42

2) 대상자의 섬망 간호에 대한 태도

섬망 간호에 대한 태도 정도는 7점 만점에 4.01(± 0.63)점으로, 이를 100점 만점으로 환산한 결과는 57.3점이었다<부록 Table 2>. 이에 대해 3.5~4.5점 범위를 중립그룹으로 보고 긍정적인 그룹과 부정적인 그룹을 나누어보았을 때, 긍정적인 그룹은 36명(17.9%), 중립적인 그룹 131명(65.2%), 부정적인 그룹 34명(16.9%)으로 나타났다. 섬망 간호에 대한 중요성 인식은 7점 만점에 5.89(± 0.88)점이었다.

3) 대상자의 섬망 간호 수행

섬망 간호에 대한 수행 정도는 4점 만점에 2.80(± 0.44)점으로, 이를 100점 만점으로 환산한 결과는 70점이었다. 섬망에 대한 간호수행을 문항별로 분석한 결과는 Table 5와 같다. ‘환자의 의식 상태를 정확하게 사정한다’ ($M=3.63$, $SD=0.63$)와 ‘환자가 하는 이야기를 경청한다’ ($M=3.63$, $SD=0.57$)의 수행 정도가 가장 높은 것으로 나타났다.

반면에 ‘인지자극 활동을 한다(예: 단어게임, 반복된 정보제공, 시계나 달력제공)’ ($M=1.94$, $SD=0.94$)와 ‘가족사진 등 친숙한 물건을 집에서 가져와 사용하게 한다’ ($M=1.98$, $SD=0.91$) 순으로 수행 정도가 낮았다.

Table 5. Nursing performance for delirium care

(N=201)

Item No.	Item	Mean±SD
02	환자의 의식 상태를 정확하게 사정한다	3.63±0.63
05	환자가 하는 이야기를 경청한다	3.63±0.57
04	간호 처치를 시행할 때 환자에게 설명을 한다	3.58±0.53
03	환자에게 날짜, 시간, 장소, 사람에 대하여 반복해서 이야기해 준다	3.43±0.68
16	통증을 조절해 준다	3.41±0.59
18	밤 동안 은은한 조명을 유지하여 안전한 환경을 조성한다	3.15±0.80
17	가족을 옆에 있게 해준다	3.10±0.88
20	불필요한 물건들이 없도록 환경을 정리한다	3.03±0.82
06	병실 내에서 조용한 목소리로 대화한다	3.01±0.78
19	가족 또는 간병인에게 섬망에 대한 교육을 한다	2.83±0.95
11	청각장애가 있으면 보청기나 의사소통 도구를 이용한다(예: 낱말카드)	2.79±1.01
09	시각장애가 있으면 안경을 이용하도록 한다	2.79±0.98
15	섬망 발생 시 유발요인을 확인한다	2.76±0.87
07	밤 동안에는 처치를 한꺼번에 시행한다	2.73±0.89
10	삽입된 카테터(IV, 유치도뇨 카테터 등)를 가능한 빨리 제거한다	2.66±0.80
14	탈수 징후가 있는지 확인한다	2.61±0.83
22	가능한 빨리 가동시키고 활동을 하도록 한다	2.48±0.89
01	입원 시 섬망 고위험군을 확인한다	2.36±1.01
08	기계의 알람소리는 최대한 작게 한다	2.34±1.00
13	신체 억제대를 가능한 사용하지 않는다	2.09±0.83
23	복용하고 있는 약의 개수를 줄이기 위해 주치의와 상의한다	2.01±0.88
21	가족사진 등 친숙한 물건을 집에서 가져와 사용하게 한다	1.98±0.91
12	인지자극 활동을 한다 (예: 단어게임, 반복된 정보제공, 시계나 달력제공)	1.94±0.94
Total		2.80±0.44

3. 대상자 일반적 특성에 따른 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도, 섬망 간호 수행의 차이를 비교한 결과

대상자의 일반적 특성에 따른 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도, 섬망 간호 수행의 차이를 비교한 결과는 Table 6과 같다.

1) 대상자의 일반적 특성에 따른 섬망에 대한 지식

대상자의 연령대에 따른 섬망에 대한 지식 수준을 비교한 결과 20대 ($M=32.74$, $SD=4.42$)보다 30대 ($M=34.25$, $SD=3.42$) 대상자가 유의하게 높은 지식 수준을 보였다 ($F=3.41$, $p=.040$). 총 근무 경력에 따른 지식 수준을 비교한 결과 근무경력 60개월~119개월 ($M=34.32$, $SD=4.00$)인 경우 12개월~35개월 ($M=32.02$, $SD=4.29$)의 경우보다 섬망에 대한 지식 수준이 높았다 ($F=3.43$, $p=.018$). 최종 학력에 따른 지식 수준을 비교한 결과 석사 이상 ($M=35.19$, $SD=4.06$)의 경우 3년제 학사 ($M=31.78$, $SD=3.74$)보다 높은 섬망 관련 지식 수준을 가지는 것으로 나타났다 ($F=4.58$, $p=.011$).

그러나 성별 ($t = -0.8$, $p=.430$), 직위 ($t = -0.71$, $p=.477$), 현 근무 부서 ($F = 0.70$, $p=.593$), 현 근무지 경력 ($F = 0.81$, $p=.447$)에 따른 지식 수준은 유의한 차이가 없었다

2) 대상자의 일반적 특성에 따른 섬망 간호에 대한 태도

대상자의 일반적 특성에 따른 섬망 간호에 대한 태도는 최종 학력에 따라 유의한 차이가 있었고 ($F=3.40$, $p=.035$), 석사 이상 ($M=3.51$,

$SD=0.69$)의 경우 학사($M=4.05$, $SD=0.62$)의 경우보다 부정적인 태도를 가지는 것으로 나타났다. 다른 항목에서는 유의한 차이를 보이지 않았다($p > .05$).

3) 대상자의 일반적 특성에 따른 섬망 간호 수행

대상자의 연령대에 따른 섬망 간호 수행 정도를 비교한 결과 유의한 차이가 있었다($F=8.88$, $p < .001$). 40대 이상 ($M=3.28$, $SD=0.29$)의 경우 20대($M=2.72$, $SD=0.45$)보다 섬망 간호 수행 정도가 높았고($p=.001$), 30대($M=2.88$, $SD=0.38$)보다도 높았다($p=.030$). 근무부서에 따라서도 수행 정도의 유의한 차이가 있었다($F=6.92$, $p < .001$). 외과($M=3.00$, $SD=0.49$)에서 근무하는 간호사의 경우 내과($M=2.71$, $SD=0.37$)에서 근무하는 간호사보다 수행 정도가 높은 것으로 나타났으며($p=.036$), 응급실($M=2.40$, $SD=0.40$)에서 근무하는 경우보다 수행 정도가 높은 것으로 나타났다($p=.003$). 또한 신경과($M=3.07$, $SD=0.49$)에서 근무하는 경우 응급실($M=2.40$, $SD=0.40$)에서 근무하는 경우보다 높은 것으로 나타났다($p=.004$). 총 근무 경력에 따라서도 유의한 차이가 있었는데($F=6.41$, $p < .001$), 근무경력 120개월 이상($M=3.03$, $SD=0.40$)의 경우 12개월~35개월($M=2.62$, $SD=0.39$)의 경우보다 섬망 간호 수행 정도가 높았다($p=.001$). 마지막으로 현 근무지에서의 경력에 따라서도 섬망 간호 수행 정도의 유의한 차이가 있었는데($F=5.44$, $p=.005$), 12~35개월($M=2.69$, $SD=0.43$)의 경우에 11개월 이하($M=3.02$, $SD=0.48$)보다 수행 정도가 낮았고($p=.032$) 36개월 이상($M=3.86$, $SD=0.43$)보다 낮았다($p=.035$).

그러나 성별 ($t = -1.02, p = .309$), 최종학력 ($F = 1.11, p = .332$), 직위 ($t = .46, p = .649$)에 따른 섬망에 대한 간호 수행 정도는 유의한 차이가 없었다.

Table 6. Knowledge level on delirium, attitude toward delirium care and nursing performance for delirium care according to the general characteristics of the subjects

(N=201)

Variables	Categories	Knowledge level on delirium			Attitude toward delirium care			Nursing performance for delirium care		
		Mean±SD	t/F(p)	Scheffe Dunnett T3	Mean±SD	t/F(p)	Scheffe Dunnett T3	Mean±SD	t/F(p)	Scheffe Dunnett T3
Gender	Men	31.83±6.27	-.08(.430)		3.90±0.31	-.42(.678)		2.62±0.30		-1.02(.309)
	Women	33.22±4.15			4.01±0.64			2.80±0.44		
Age	20~29 ^a	32.74±4.42	3.41(.040)*		4.01±0.55	.02(.980)		2.72±0.45		8.88(<.001)***
	30~39 ^b	34.25±3.42	a<b		4.00±0.72			2.88±0.38		a,b<c
	≥40 ^c	31.67±5.24			3.97±1.01			3.28±0.29		
Level of education	Diploma ^a	31.78±3.74	4.58(.011)*		3.92±0.67	3.40(.035)*		2.84±0.50		1.11(.332)
	BSN ^b	33.03±4.21	a<c		4.05±0.62	c<b		2.78±0.43		
	MSN ^c	35.19±4.06			3.51±0.69			3.00±0.45		
Position	Staff nurse	33.13±4.29	-.71(.477)		4.01±0.62	.13(.895)		2.80±0.44		.46(.649)
	Charge nurse	34.10±2.13			3.98±0.94			2.73±0.45		

Table 6. (continued)

(N=201)

Variables	Categories	Knowledge level on delirium			Attitude toward delirium care			Nursing performance for delirium care		
		Mean±SD	t/F(p)	Scheffe Dunnett T3	Mean±SD	t/F(p)	Scheffe Dunnett T3	Mean±SD	t/F(p)	Scheffe Dunnett T3
Current workplace	Medical/Surgical	33.38±4.26	.70(.593)		4.05±0.49	.71(.583)		2.76±0.40		6.92(<.001)***
	ICU ^a									
	Medical unit ^b	33.15±4.16			3.90±0.78			2.71±0.37		e<c,d
	Surgical unit ^c	32.68±3.72			4.00±0.62			3.00±0.49		b<c
	Neurologic unit ^d	34.25±5.17			4.18±0.70			3.07±0.49		
	ER ^e	31.80±4.54			4.00±0.75			2.40±0.40		
Length of nursing career (months)	12~35 ^a	32.02±4.29	3.43(.018)*		4.15±0.56	1.56(.201)		2.62±0.39		6.42(<.001)***
	36~59 ^b	32.84±4.21	a<c		3.94±0.50			2.85±0.46		a<d
Length of nursing career in present unit (months)	60~119 ^c	34.32±4.00			3.98±0.65			2.81±0.43		
	≥120 ^d	33.18±4.02			3.89±0.86			3.03±0.40		
Length of nursing career in present unit (months)	≤11 ^a	32.00±4.67	.81(.447)		3.79±0.44	1.40(.121)		3.02±0.48		5.44(.005)**
	12~35 ^b	33.04±4.27			4.07±0.62			2.69±0.43		b<a,c
	≥36 ^c	33.17±4.21			3.98±0.66			3.86±0.43		

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

4. 대상자의 섬망 간호 관련 특성에 따른 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도, 섬망 간호 수행 차이

대상자의 섬망 간호 관련 특성에 따른 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도, 섬망 간호 수행의 차이를 비교한 결과는 Table 7과 같다.

1) 대상자의 섬망 간호 관련 특성에 따른 섬망에 대한 지식

섬망 관련 교육을 받았던 경험이 있는 대상자의 경우($M=34.42$, $SD=4.06$) 교육 경험이 없는 경우($M=32.76$, $SD=4.20$)보다 섬망에 대한 지식 수준이 높았고, 유의한 차이를 나타냈다($t = 2.44$, $p = .016$). 그러나 교육 경험이 있는 경우를 대상으로 추가로 교육 유형($F=1.12$, $p=.361$)이나 교육 시간($F=1.65$, $p=.205$)에 따른 지식 수준을 비교한 결과에서는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 섬망 환자로 인한 타부서와의 갈등 경험 유무에 따라서도 섬망에 대한 지식 수준의 유의한 차이를 보였으며($t = 2.61$, $p = .010$), 갈등 경험이 있는 경우($M=34.23$, $SD=4.13$)가 갈등 경험이 없는 경우($M=32.62$, $SD=4.17$)보다 지식 수준이 높았다.

그러나 섬망 관련 교육의 필요성 유무($t = 1.65$, $p = .194$), 섬망 환자로 인한 보호자와의 갈등 경험 유무($t = 1.11$, $p = .268$), 섬망 환자를 전동 혹은 전원 보내거나 받았던 경험 유무($t = 1.81$, $p = .072$), 섬망 간호 횟수($F=1.47$, $p = .225$), 부서 내 섬망 관련 지침 보유 유무($t = 1.66$, $p = .099$), 섬망 간호의 어려움 유무($t = 1.52$, $p = .130$)에 따른 지식 수준은 유의한 차이가 없었다

2) 대상자의 섬망 간호 관련 특성에 따른 섬망 간호에 대한 태도

대상자의 섬망 간호 관련 특성에 따른 섬망 간호에 대한 태도는 모든 항목에서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다($p > .05$).

3) 대상자의 섬망 간호 관련 특성에 따른 섬망 간호 수행

섬망 환자로 인한 보호자와의 갈등 경험이 있는 대상자의 경우 ($M=2.84$, $SD=0.43$) 갈등 경험이 없는 경우 ($M=2.69$, $SD=0.44$)보다 섬망에 대한 간호 수행 정도가 높았고, 유의한 차이를 나타냈다($t=2.16$, $p=.032$). 섬망 환자로 인한 타부서와의 갈등 경험 유무에 따라서도 유의한 차이를 보였는데($t=2.85$, $p=.005$), 갈등 경험이 있는 경우 ($M=2.92$, $SD=0.42$)가 갈등 경험이 없는 경우 ($M=2.73$, $SD=0.44$)보다 섬망 간호 수행 정도가 높았다.

그러나 섬망 관련 교육 경험 유무($t=1.84$, $p=.068$), 섬망 관련 교육의 필요성 유무($t=2.95$, $p=.055$), 섬망 환자에 대한 전동이나 전원 관련 경험 유무($t=.001$, $p=.999$), 섬망 간호 횟수($F=.926$, $p=.429$), 부서 내 섬망 관련 지침 보유 유무($t=1.29$, $p=.199$), 섬망 간호의 어려움 유무($t=1.40$, $p=.164$)에 따른 섬망 간호 수행 정도는 유의한 차이가 없었다.

Table 7. Knowledge level on delirium, attitude toward delirium care and nursing performance for delirium care according to delirium care related characteristics of the subjects

(N=201)

Variables	Categories	Knowledge level on delirium		Attitude toward delirium care		Nursing performance for delirium care	
		Mean±SD	t/F (p)	Mean±SD	t/F (p)	Mean±SD	t/F (p)
Experience of delirium education	Yes	34.42 ±4.06	2.44(.016)*	4.08±0.44	.96(.341)	2.90±0.40	1.84(.068)
	No	32.76 ±4.20		4.00±0.68		2.76±0.45	
Type of education (n=50)	Refresher training	32.29 ±4.35	1.12(.361)				
	Education for whole hospital nurses as specialized education	35.25 ±5.91					
	Education for nursing unit members	34.60 ±3.74					
	Symposium	31.00 ±0.00					
	Others	37.33 ±4.51					
Duration of education (hrs) (n=44)	0.5	34.50 ±3.00	1.65(.205)				
	1	32.85 ±4.51					
	≥2	35.15 ±3.67					

Table 7. (continued)

(N=201)

Variables	Categories	Knowledge level on delirium		Attitude toward delirium care		Nursing performance for delirium care	
		Mean±SD	t/F(p)	Mean±SD	t/F(p)	Mean±SD	t/F(p)
Need of delirium education	Very high	34.00±5.94	1.65(.194)	3.90±1.55	.83(.438)	2.54±0.50	2.95(.055)
	High	32.87±4.34		4.04±0.68		2.77±0.42	
	Low	34.13±3.53		4.00±0.15		2.92±0.49	
Experience of conflicts with caregivers	Yes	33.38±4.09	1.11(.268)	3.97±0.65	.13(.099)	2.84±0.43	2.16(.032)*
	No	32.65±4.51		4.12±0.57		2.69±0.44	
Experience of conflicts with other disciplines	Yes	34.23±4.13	2.61(.010)*	3.93±0.66	-1.22(.222)	2.92±0.42	2.85(.005)**
	No	32.62±4.17		4.05±0.62		2.73±0.44	
Experience of transferring delirium patients	Yes	33.49±4.03	1.81(.072)	3.97±0.63	-1.38(.170)	2.80±0.45	.001(.999)
	No	32.27±4.63		4.11(.063)		2.80±0.42	

Table 7. (continued)

(N=201)

Variables	Categories	Knowledge level on delirium		Attitude toward delirium care		Nursing performance for delirium care	
		Mean±SD	t/F (p)	Mean±SD	t/F (p)	Mean±SD	t/F (p)
Number of nursing experience with delirious patients	≤1	32.56±4.45	1.47 (.225)	3.86±0.76	.98 (.405)	2.74±0.41	.93 (.429)
	2~4	33.57±3.99		4.07±0.63		2.86±0.45	
	5~9	32.23±4.88		4.00±0.57		2.76±0.45	
	≥10	33.80±4.21		4.02±0.63		2.76±0.44	
Nursing guideline for delirium	Yes	33.92±3.71	1.66 (.099)	4.01±0.44	1.45 (.14)	2.86±0.41	1.29 (.199)
	No	32.85±4.40		3.97±0.70		2.77±0.45	
Perception of difficulty with delirium care	Yes	33.29±4.15	1.52 (.130)	3.99±0.64	1.52 (.219)	2.81±0.43	1.40 (.164)
	No	31.46±4.93		4.22±0.55		2.63±0.54	

*p<0.05, **p<0.01

5. 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도, 중요도 인식, 섬망 간호 수행간의 관계

섬망에 대한 각 영역별 지식과 섬망 간호에 대한 태도, 중요도 인식, 섬망 간호 수행간의 관련성을 분석한 결과는 Table 8과 같다. 섬망에 대한 간호 관리에 대한 지식은 섬망의 원인에 대한 지식($r=.240$, $p=.001$) 및 증상에 대한 지식($r=.408$, $p<.001$)과 유의한 상관관계를 보였다. 섬망의 증상에 대한 지식은 섬망 간호 수행과 유의한 상관관계를 보였고($r=.156$, $p=.027$), 간호 관리에 대한 지식도 섬망 간호 수행과 유의한 상관관계를 보였다($r=.204$, $p=.004$). 섬망 간호에 대한 중요도 인식은 간호 수행과 유의한 상관관계를 보였다($r=.253$, $p<.001$).

Table 8. Correlation coefficient among knowledge, attitude, perception of importance for delirium care and nursing performance

(N=201)

	Knowledge (etiology)	Knowledge (sign& symptoms)	Knowledge (nursing management)	Attitude	Perception of importance for delirium care	Nursing performance
	<i>r(p)</i>					
Knowledge (etiology)	1	.089 (.207)	.240** (.001)	.046 (.521)	.077 (.279)	.025 (.728)
Knowledge (sign & symptoms)		1	.408*** (<.001)	.031 (.659)	.118 (.094)	.156* (.027)
Knowledge (nursing management)			1	-.071 (.315)	.133 (.061)	.204** (.004)
Attitude				1	.072 (.309)	-.020 (.774)
Perception of importance for delirium care					1	.253*** (<.001)
Nursing performance						1

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

6. 섬망 간호 수행의 예측 요인

섬망 간호 수행에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 위계적 회귀분석(hierarchical regression analysis)을 실시한 결과는 Table 9와 같다. 독립변수로는 섬망에 대한 지식의 하위 영역과 섬망 간호에 대한 태도 및 중요도 인식, 대상자의 일반적 특성과 섬망 간호 관련 특성 중에서는 섬망 간호 수행에 유의한 차이를 보였던 변수인 연령, 현재 근무부서, 총 근무경력, 현 근무지경력, 보호자와의 갈등 유무, 타부서와의 갈등 유무로 하고 섬망에 대한 간호 수행 평균을 종속변수로 하였다. 명목변수인 보호자와의 갈등 유무와 타부서와의 갈등 유무는 갈등이 없는 경우를 기준으로, 근무부서는 중환자실을 기준으로 더미변수로 처리하였다.

Durbin-watson 통계량은 1.722로 2에 근접하기 때문에 오차항의 독립성 및 자기상관에 문제가 없었다. 공차한계도 모두 0.1 이상이었으며 VIF 값도 모두 1~10 사이의 값을 가지기 때문에 독립변수 사이의 다중공선성의 문제가 없었다.

모형 1은 중재가 어려운 대상자의 일반적 특성과 섬망 간호 관련 특성이 섬망 간호 수행에 미치는 영향을 분석하였다. 모형 1의 설명력은 24.5%로 통계적으로 유의미하게 나타났으며($F=6.892, p<.001$), 변수 중 근무부서가 유의미한 것으로 나타났다. 즉, 근무부서가 외과($t=2.238, p=.026$)와 신경과($t=2.167, p=.032$)인 경우 중환자실인 경우에 비해 섬망 간호 수행 정도가 더 높았고, 응급실($t=-2.827, p=.005$)인 경우 중환자실인 경우에 비해 섬망 간호 수행 정도가 낮은 것으로 나타났다.

모형 2는 통제 변수에 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도 및

중요도 인식을 추가 투입하여 섬망 간호 수행에 미치는 영향을 분석하였다. 모형 2의 설명력은 31.0%로 유의한 것으로 나타났으며 ($F=5.973$, $p<.001$), 추가적으로 투입된 변수들의 설명력은 6.5%였다. 변수 중 근무부서와 섬망의 간호 관리에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 중요도 인식이 유의미한 것으로 나타났다. 즉, 근무부서가 외과($t=2.569$, $p=.011$)와 신경과($t=2.299$, $p=.023$)인 경우 중환자실인 경우에 비해 섬망 간호 수행 정도가 더 높았고, 응급실($t=-2.216$, $p=.028$)인 경우 중환자실인 경우에 비해 섬망 간호 수행 정도가 더 낮은 것으로 나타났다. 또한 섬망의 간호 관리에 대한 지식이 높을수록($t=2.176$, $p=.031$), 섬망 간호에 대한 중요도 인식이 높을수록($t=2.653$, $p=.009$) 섬망 간호 수행 정도가 높은 것으로 나타났다.

Table 9. Factors influencing nursing performance for delirium care

(N=201)

Variables	Model 1				Model 2			
	B	β	t	p	B	β	t	p
(Constant)	2.348		11.611	<.001***	1.643		4.387	<.001***
Age	.008	.107	.959	.339	.009	.122	1.118	.265
Length of nursing career (months)	.001	.175	1.480	.141	.001	.177	1.537	.126
Length of nursing career in present unit (months)	.002	.103	1.497	.136	.002	.077	1.147	.243
Current workplace (medical unit)	-.118	-.119	-1.675	.096	-.080	-.081	-1.160	.247
Current workplace (surgical unit)	.176	.156	2.238	.026*	.199	.177	2.569	.011*
Current workplace (neurologic unit)	.235	.145	2.167	.032*	.243	.149	2.299	.023*
Current workplace (ER)	-.378	-.187	-2.827	.005**	-.292	-.144	-2.216	.028*
Experience of conflicts with caregivers	.021	.022	.319	.750	.006	.006	.087	.931
Experience of conflicts with other disciplines	.112	.120	1.755	.081	.083	.090	1.313	.191
Knowledge (etiology)					-.030	-.093	-1.456	.147
Knowledge (sign& symptoms)					.011	.053	.790	.430
Knowledge (nursing management)					.031	.155	2.176	.031*
Attitude					-.002	-.004	-.056	.955
Perception of importance for delirium care					.084	.167	2.653	.009*
R ² (Δ R ²)			.245				.310(.065)	
F(p)			6.892(<.001)***				5.973(<.001)***	

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

V. 논 의

본 연구는 섬망에 대한 간호 수행 정도와 관련요인으로 생각되는 개인의 일반적 특성 및 섬망 간호 관련 특성, 섬망에 대한 지식 및 섬망 간호에 대한 태도를 파악하고, 이들 요인들이 간호 수행에 미치는 영향을 검증하여 섬망 간호 수행도 향상을 위한 기초 자료를 제공하고자 시행되었다.

1. 대상자의 섬망 간호 관련 특성

본 연구에서 간호사들이 한 달 평균 섬망 환자를 간호해 본 경험은 4.75회로 0.2~20회까지 다양했으며, 대상자들의 93.5%가 섬망 환자 간호에 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났다. 이는 본 연구가 섬망 환자의 발생이 높을 것으로 예상되는 종합병원의 중환자실, 내과, 외과, 신경과, 응급실에서 근무하면서 섬망 환자 간호 경험이 있는 간호사를 대상으로 하여 이에 대한 결과가 반영된 측면이 있겠지만, 다양한 부서를 포함하였기에 실제 임상에서 전반적으로 많은 간호사들이 많은 섬망 환자를 경험하고 있으면서, 동시에 섬망 환자 간호에 어려움을 겪고 있는 것으로 생각된다. 따라서 이를 해소하여 섬망 간호 수행률을 높이기 위한 적극적인 노력이 필요할 것으로 보인다.

섬망 관련 교육의 필요성은 ‘매우 그렇다’가 22.4%, ‘그렇다’가 75.6%로 전체 대상자의 98%가 섬망 관련 교육이 필요하다고 생각하는 것으로 나타났다. 반면에 섬망 관련 교육 경험이 있는 경우는 24.9%로 많은

간호사들이 섬망 관련 교육 경험이 없는 것으로 나타났으며, 본 연구와 같이 다양한 부서의 간호사를 대상으로 한 박수정(2013)의 연구에서도 교육 경험이 있는 경우는 24.5%로 유사한 결과를 보였다. 마찬가지로 다양한 부서를 대상으로 한 박영숙 등(2006)의 연구에서는 섬망 관련 교육 경험이 있는 경우가 17.3%로 시간의 경과에 따라 섬망 관련 교육 정도가 다소 증가한 경향이 있지만, 여전히 섬망 관련 교육 기회가 교육 요구도에 비해 부족하며, 따라서 더 많은 교육 기회가 필요함을 시사한다고 볼 수 있다.

섬망 환자로 인한 보호자와의 갈등 경험 유무를 본 결과에서는 대상자의 71.6%가 갈등을 경험한 것으로 나타났다. 섬망 환자의 보호자 관련 연구에서 보호자의 섬망 관련 지식 수준은 낮았으며, 불안, 우울, 적대감, 신체화와 같은 정신건강문제를 경험하고 있는 것으로 나타나 (Bull, 2011; 오혜영, 2015) 이에 대한 영향에서 비롯된 것으로 보인다. 또한 섬망 환자로 인한 타부서와의 갈등 경험이 있는 경우도 34.3%로 나타났다. 이러한 갈등은 스트레스의 원인이며 지나치게 높은 갈등 수준은 전문직 수행에도 부정적인 영향을 주며 (최중옥 & 이명옥, 1995), 본 연구에서도 섬망 간호에 대한 어려움의 직접적인 원인으로 보호자와의 갈등(7.7%), 타부서와의 갈등(4.7%)이 나타났으므로 이에 대한 관리와 관심이 요구된다.

2. 간호사의 섬망에 대한 지식

대상자들의 섬망에 대한 지식 수준을 조사한 결과는 45점 만점에 평균 33.17(± 4.21)점으로, 이를 100점 만점으로 환산한 점수는 73.7점이며 비교적 낮은 수준에 머물렀다. 본 연구와 같이 다양한 부서를 대상으로 동일한 도구를 사용한 선행 연구(김선주, 2014; 박수정, 2013; 이영휘 et al., 2007; 최은정 et al., 2011)에서는 100점 만점에 68.4~70점으로 본 연구 결과보다 낮았다. 이는 본 연구가 선행연구와는 달리 대상자 선정에서 근무경력이 1년 초과하면서도 섬망 환자 간호 경험이 있는 경우로 제한하였고, 대상자의 일반적 특성에서 학사이상의 비율이 선행 연구보다 높게 나타나 점수가 더 높은 것으로 보인다.

섬망에 대한 지식을 하위영역별로 나누어 100점 만점으로 환산한 점수로 분석한 결과 원인 영역은 89.3점으로 가장 높은 것으로 나타났고, 간호 관리 영역 74.5점, 증상 영역 65.3점 순이었다. 이는 동일한 도구를 사용한 선행연구(구현주, 2016; 김선주, 2014; 박수정, 2013; 이영휘 et al., 2007; 최은정 et al., 2011; 함은경, 2011)에서 증상 영역과 간호 관리 영역에서 약간의 차이를 보이는 경우는 있었지만 원인 영역에 비해 증상과 간호 관리 영역의 점수가 확연히 낮은 점수를 보이는 것은 공통된 결과였다. 특히 본 연구 결과에서는 증상 영역의 점수가 현저히 낮은 것으로 나타났다. 증상 영역을 문항별로 살펴보면 ‘섬망이 있으면 처음에는 정상적인 행동패턴을 보이다가 점진적으로 부적절한 행동을 한다’, ‘섬망이 있으면 언어 선택의 어려움이 있다’가 각각 25.4%, 19.9%로 낮은 정답률을 보였는데 이러한 지식의 부족은 섬망을 치매나 우울증의 증상으로 잘 못 해석하여(Rice & Castex, 2013) 섬망을 조기에 발

견하여 증재할 수 있는 기회 자체를 놓치게 되므로, 이와 관련된 교육이 보다 요구된다. 또한 ‘섬망 상태의 대상자는 항상 헛소리를 하거나 과격한 행동을 나타낸다’에서도 정답률이 47.3%로 낮게 나타났는데, 섬망이 과다활동형(hyperactive type), 과소활동형(hypoactive type), 혼합형(mixed type)의 3가지 유형이 있음에 대해서도 교육이 필요할 것으로 보인다. 더욱이 과소활동형(hypoactive type)의 경우 노인에게 빈번하고 25~35%정도로 많은 비율을 차지하는데 비해 섬망으로 인지하지 못하는 경우가 많아 적절한 증재를 제때에 제공하지 못하는 경우가 많은 것으로 알려져 있어(Kalish et al., 2014; Wass et al., 2008; 구본대 & 홍종희, 2010) 이에 대한 교육이 강조되어야 할 것으로 보인다. 간호 관리 영역의 문항에서는 ‘섬망 증상 조절을 위해 억제대와 같은 물리적인 억제를 하는 것이 도움이 된다’가 44.8%로 가장 낮은 정답률을 보였고 이는 이영휘(2007)의 연구와 같은 결과를 보였다. 환자에게 위협으로 인지되는 신체 억제대는 섬망 발생의 위험 요인이며 가능한 적용하지 않는 것이 공통적으로 권고되는 섬망 관리 증재이다(Kalish et al., 2014; Wass et al., 2008). 그러나 오랜 시간이 지났음에도 여전히 과반수 이상이 이에 대해 잘 못 알고 있거나 모르고 있는 것으로 나타나 이에 대한 교육이 필요할 것으로 보인다.

대상자의 일반적 특성에 따른 섬망에 대한 지식 수준을 분석한 결과 대상자의 총 근무 경력에 따라 섬망에 대한 지식 수준에 차이가 있었고, 근무경력 12~35개월보다 60~119개월인 경우 섬망 지식 수준이 높은 것으로 나타났다. 이는 총 임상경력이 높은 경우 낮은 경우에 비해 섬망 지식 수준이 높다고 보고한 함은경(2011)의 연구와 유사한 결과를 보였지만, 다른 연구에서는 총 임상경력에 따라 지식 수준의 차이가 없는 것

으로 나타났다(구현주, 2016; 김선주, 2014; 박수정, 2013; 이영휘 et al., 2007; 최은정 et al., 2011). 이는 본 연구가 섬망 환자를 간호한 경험이 있으면서 근무경력 1년 초과의 간호사를 대상으로 하였으므로, 구체적인 대상자 선정 기준의 차이에서 비롯됨과 동시에, 단순히 임상 경력의 증가가 섬망 관련 지식 수준의 상승을 반영하는 것이 아니라 임상 근무 동안 교육을 포함한 어떤 섬망 간호 관련 경험을 했는지, 그리고 그것을 얼마나 경험하는가를 보다 반영하기 때문으로 보인다. 연령에 따라 지식 수준의 차이도 보였는데 20대보다 30대의 경우 지식 수준이 높은 것으로 나타났다. 이는 총 근무경력에 의한 지식 수준의 차이가 반영된 결과라 생각된다.

본 연구에서는 학력에 따라서도 섬망 관련 지식 수준의 차이를 보였는데, 석사 이상의 경우 3년제 학사에 비해 높은 지식 수준을 가지는 것으로 나타났다. 이는 이영휘 등(2007)의 연구에서 석사 학위 이상의 소지자가 전문학사 소지자보다 높은 지식 수준을 가지는 것으로 나타난 결과와 유사하다. 반면 김선주(2014)와 박수정(2013)의 연구에서는 학력에 따른 지식수준의 차이가 없는 것으로 나타났는데, 이는 전체 대상자를 전문학사와 학사이상 혹은 학사 이하와 석사이상으로 이분화하여 분석하였기 때문으로 생각된다.

대상자의 섬망 간호 관련 특성에서는 섬망 관련 교육을 받은 경험이 있는 경우 섬망에 대한 지식 수준이 높은 것으로 나타났는데, 이는 김선주(2014)의 연구 결과와 같다. 또한 노인 간호 관련 교육 이수 경험이 있는 경우 섬망에 대한 지식 수준이 높은 것으로 보고한 이영휘(2007)의 연구 결과와도 유사하다. 박수정(2013)의 연구에서도 교육 경험이 있는 경우 낮은 경우보다 높은 것으로 나타났지만 통계적인 유의성은 없

었다.

마지막으로 섬망 환자로 인한 타부서와의 갈등경험이 있는 경우 지식 수준이 높은 것으로 나타났는데, 박수정(2013)의 연구에서는 같은 결과였지만 통계적인 유의성이 없었다. 따라서 갈등 경험의 횟수를 포함한 구체적 항목을 추가한 반복 연구가 필요할 것으로 보인다.

3. 간호사의 섬망 간호에 대한 태도

본 연구는 섬망 간호에 대한 태도를 측정하기 위해 Osgood(1957)의 의미변별척도법(semantic differential method)을 이용하였다. 의미변별척도법은 태도나 가치 등을 측정하기 위한 유용한 도구로 알려져 있으며(변우열 et al., 2013; 임상직, 2003), 그 동안의 선행 연구와 달리 척도화를 통해 태도 정도를 점수화하여 표현하여 통계분석을 시도할 수 있다는 것에 의의가 있다.

섬망 간호에 대한 태도 정도는 7점 만점 4.01점으로 전반적으로 중립적인 태도를 보였으며 82.1%가 중립적이거나 부정적인 태도를 보였다. 따라서 이러한 결과는 간호사들이 실제 임상에서 많은 섬망 환자와 그에 따른 다양한 문제를 경험하고 있고, 그에 따른 부정적인 경험들이 긍정적인 태도 형성을 저해하고 있음을 보여준다. 간호사의 태도는 환자의 건강 증진을 위한 행위에 영향을 미칠 수 있고, 나아가 간호의 질과 간호사 개인의 직업적 만족에 영향을 미칠 수 있다(Norbergh, Helin, Dahl, Hellzén, & Asplund, 2006). 따라서 섬망 간호에 대한 긍정적 태도 변화를 위한 제도적 개선이 요구된다.

본 연구에서 섬망 간호에 대한 중요도는 7점 만점에 5.89점으로 태도 정도에 비해 높은 수준이었다. 회복실 간호사를 대상으로 섬망 간호에 대한 중요도 인식을 알아본 연구(구현주, 2016)에서는 5점 만점에 4.34점으로, 이를 10점 만점으로 환산하면 8.68점이며 8.41점인 본 연구와 유사한 높은 결과를 나타내었다. 그러나 중환자실 간호사를 대상으로 안전관리활동의 중요도를 측정한 연구에서는 10점 만점에 9.38점 (조운주, 2012), 종합병원 간호사를 대상으로 수혈 간호의 중요도를 측정한 결과에서는 10점 만점에 9.30점 (조상임, 2015), 욕창 간호에 대한 중요도는 8.84점(진인선, 2009)으로 이들 간호 활동보다는 상대적으로 낮은 결과를 나타내었다. 임상 상황에서 간호사는 근무 조당 한 가지 간호 활동만을 수행하는 것이 아니라 다양한 간호 업무를 함께 수행하게 된다. 더욱이 간호 업무는 환자의 회복과 건강 증진을 위한 것으로 이에 대한 중요도 인식은 기본적으로 높을 것으로 예상되므로 상대적으로 평가하는 것이 보다 바람직한 것으로 보인다. 비록 동일한 간호사들을 대상으로 한 것은 아니지만 섬망 간호의 경우 중요도가 다른 간호 활동에 비해 상대적으로 낮은 점을 고려해볼 때 간호사들의 섬망 간호에 대한 중요도 인식은 낮다고 볼 수 있으며, 따라서 중요도 인식을 보다 높이기 위한 노력이 필요할 것으로 보인다.

대상자의 일반적 특성이나 섬망 간호 관련 특성에 따른 섬망 간호에 대한 태도는 최종 학력 외에는 유의한 차이를 보이지 않았다. 태도는 경험의 반복을 통해 안정적인 형성이 이루어진다(김대수, 1993). 따라서 단순히 대상자의 일반 특성에 영향을 받기 보다 섬망과 관련된 경험은 어떻게, 얼마나 경험하느냐에 보다 영향을 받게 되나 본 연구에서는 이러한 경험들을 단순히 유무로 양분화하여 분석하였기 때문에 이러한 결

과가 나타난 것으로 보인다. 실제 본 연구에서 통계적 유의성에는 도달하지 못하였지만, 갈등 경험이나 간호의 어려움을 인지하는 경우 섬망 간호에 대한 태도가 보다 부정적으로 나타났으므로 추후 이러한 항목들을 보다 세분화하여 태도의 차이를 알아보는 것이 필요할 것으로 보인다.

4. 섬망 간호 수행

섬망 간호 수행 정도는 4점 만점에 2.80(± 0.44)점으로, 이를 100점 만점으로 환산한 결과는 70점이었다. 동일한 도구를 사용한 섬망 간호 수행 정도는 100점 만점에 70~74점 (강진선, 2015; 김미영 & 은영, 2013; 김지연, 2016)으로 비슷한 수준이었다. 중환자실 간호사를 대상으로 한 선행 연구에서는 62~70점(서희정 & 유양숙, 2007; 양영애, 2006; 장기은, 2008), 종합병원 간호사를 대상으로 한 연구에서는 67점(박수정, 2013), 회복실 간호사를 대상으로 한 연구에서는 76점(구현주, 2016)이나 본 연구와는 다른 도구를 사용하였기 때문에 직접적인 비교는 어렵다. 그러나 간호하는 환자나 근무의 특성 면에서 보다 큰 차이를 나타내는 회복실을 제외하면, 시간이 지나도 여전히 비교적 낮은 섬망 간호 수행 정도에 머무르고 있음을 알 수 있다. 더욱이 수혈 간호나 안전관리 활동, 욕창 간호의 경우 수행 정도가 100점 만점에 83~90점(조상임, 2015; 조운주, 2012; 진인선, 2009)임을 고려해 볼 때 섬망 간호 수행 정도를 높이기 위한 보다 큰 관심과 노력이 요구된다.

섬망 간호 수행을 문항별로 살펴보면 ‘인지 자극 활동을 한다(예: 단어 게임, 반복된 정보제공, 시계나 달력 제공)’가 1.94점, ‘가족사진 등 친

속한 물건을 집에서 가져와 사용하게 한다’ 1.98점으로 낮은 수행률을 보였고, 같은 도구를 사용한 선행 연구(강진선, 2015; 김미영 & 은영, 2013)에서도 유사한 결과를 나타내었다. 이러한 부분은 간호사들이 상대적으로 많은 시간과 노력을 들이지 않고도 환자 가족 교육을 통해 중재할 수 있으며, 환자의 가족들도 어렵지 않게 수행할 수 있는 부분으로 생각된다. 그럼에도 불구하고 이에 대한 수행률이 낮은 것은 섬망의 특성상 환자는 갑작스러운 의식 변화를 경험하게 되고, 이를 본 환자의 가족들이 간호사들에게 당혹감과 불안감을 표출하는 상황에서 가족들이 할 수 있는 중재를 교육하는 것이 적절치 않다고 생각하기 때문으로 생각된다. 그러나 섬망 환자의 가족들은 환자나 간호사보다 더 큰 스트레스를 받게 됨에도 불구하고, 환자의 호전과 안녕을 위해 도울 수 있는 방법을 배우고 돕기 원하므로(Carbone & Gugliucci, 2015; Halloway, 2014), 큰 거부감 없이 수행할 수 있을 것으로 보여 이를 교육하는 것이 필요할 것으로 보인다. ‘복용하고 있는 약의 개수를 줄이기 위해 주치의와 상의한다’도 2.01점으로 낮은 수행률을 보였는데, 약물은 특히 노인에게 발생하는 섬망의 가장 흔한 원인 중의 하나로 12~39%가 약물로 인한 섬망으로 보고되었으므로(Catic, 2011), 이와 관련된 중요성을 일깨우는 것을 포함한 관련 교육이 필요할 것으로 보인다. 더불어 ‘신체 억제대를 가능한 사용하지 않는다’도 2.09점으로 낮은 수행률을 보였는데, 이는 본 연구에서도 섬망 간호의 어려움에 대한 원인으로 17.2%로 나타난 것과 같이 치료적 장치 제거나 낙상 등의 환자 안전 문제가 염려되는 상황에서 24시간 간호사가 환자 곁에 상주할 수 없는 현실을 반영하는 것도 있겠지만, 억제대가 섬망 증상 조절에 조절이 된다고 생각하거나 이에 관련한 사실을 모르는 경우도 55.2%로 나타났으므로 지식 부족으로

인한 영향도 큰 것으로 생각된다. 따라서 잘못된 지식을 바로 잡기 위한 교육도 필요할 것으로 보인다. 마지막으로 ‘입원 시 섬망 고위험군을 확인한다’도 2.36점으로 낮은 수행률을 보였다. 입원 시 섬망 고위험군을 확인하는 것은 예방적 중재의 시작으로써, 이러한 고위험군에 대한 예방적 중재를 통해 30~40% 정도가 예방 가능한 것으로 보고되었으므로 (Fong et al., 2009; Inouye et al., 2014), 이에 대한 교육이 필요할 것으로 보인다. 더욱이 국내 간호사들이 섬망을 예방 가능한 문제로 간주하기보다 치료 가능한 문제로 간주하는 경향을 보인다고 하였으므로(김선만 et al., 2008; 박영숙 et al., 2006), 이러한 인식 개선도 교육 내용의 일부가 되어야 할 것이다.

대상자의 일반적 특성에 따른 섬망 간호 수행 정도를 분석한 결과 총 근무경력에 따라 차이를 보였고, 120개월 이상의 경우 12개월~35개월의 경우보다 간호 수행 정도가 높았다. 이는 선행연구(김미영 & 은영, 2013; 김지연, 2016; 양영애, 2006)에서도 유사한 결과를 보였으며, 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않은 연구 결과(강진선, 2015; 구현주, 2016; 박수정, 2013; 양영애, 2006; 장기은, 2008)에서도 공통적으로 임상경력이 증가할수록 간호 수행 정도가 높아지는 경향을 보였다. 이는 임상경력이 증가할수록 섬망 환자 간호 경험 증가에 따른 지식과 간호역량, 교육 경험 증가에 기인하는 것으로 생각된다. 연령과 현재 근무지 경력에 따라서도 간호 수행 정도의 차이를 보였는데, 이는 총 근무경력 정도를 반영하는 결과로 생각된다.

본 연구에서는 중환자실, 내과, 외과, 신경과, 응급실이라는 다양한 부서의 간호사를 대상으로 섬망 간호 수행 정도를 분석하였다. 그 결과 근무부서에 따라 섬망 간호 수행 정도에 차이가 있었고, 외과에서 근무하

는 경우 내과나 응급실에서 근무하는 경우보다, 신경과에서 근무하는 경우 응급실보다 섬망 간호 수행 정도가 높은 것으로 나타났다. 응급실은 환자가 내원하게 된 직접적인 신체적 의학 문제가 간호의 우선순위가 되기 쉽고, 짧은 입원 기간이라는 환경적 특성 때문에 섬망 간호 수행이 어려운 측면이 있는 것으로 보인다. 신경과의 경우 의식 사정을 포함한 환자의 의식 수준 향상을 위한 간호 중재가 중요시 되는 부서로 섬망 관련 간호와 중복되는 부분이 상대적으로 크기 때문에 수행 정도가 높은 것으로 생각된다. 외과의 경우 본 연구에서 수술 후 간호와 더불어 신경계 관련 간호가 중요시되는 신경외과 간호사가 대상자로 많이 포함되어 나타난 결과로 보인다. 선행 연구에서도 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았지만 응급실의 경우 수행 정도가 낮고(강진선, 2015), 신경외과의 경우 수행 정도가 높은 경향을 보였으므로(박수정, 2013), 추후 근무부서를 좀 더 세분화한 간호 수행 정도를 포함하여 근무부서에 따른 문항별 수행률을 분석하는 것이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구에서는 직위에 따른 섬망 간호 수행 정도는 차이가 없었는데 반해, 강진선(2015)과 박수정(2013)의 연구에서는 책임간호사의 경우 일반간호사보다 섬망 간호 수행 정도가 높은 것으로 나타났다. 이는 본 연구의 경우 일반간호사가 전체 대상자의 95%로 대부분을 차지하고 있어 유의한 차이가 나타나지 않는 것으로 보인다.

대상자의 섬망 간호 관련 특성에 따른 간호 수행 정도를 분석한 결과에서는 섬망 환자로 인한 보호자나 타부서와의 갈등 경험이 있는 경우가 없는 경우보다 섬망 간호 수행 정도가 높은 것으로 나타났다. 그러나 다른 연구에서는 보호자와의 갈등유무(박수정, 2013)나 타부서와의 갈등유무 (김미영 & 은영, 2013)에 따라 차이를 보이지 않았다. 간호사의

역할 수행에 따른 갈등의 경우 어느 정도는 문제해결을 위한 새로운 변화와 역할수행의 관점에서 강력한 동기유발 인자로 작용할 수 있지만, 적절한 조절이 되지 않으면 간호 업무 수행을 저하시키게 된다(박선화, 2004). 본 연구를 포함하여 선행연구에서는 단순히 갈등 유무에 따른 수행 정도의 차이를 분석하였으므로 일관되지 않은 결과가 나타난 것으로 보이며, 추후 갈등의 정도나 갈등관리 유형에 따른 섬망 간호 수행 정도를 분석해보는 것이 필요할 것으로 보인다.

섬망 간호 경험 횟수는 섬망 간호 수행 정도에 차이가 없는 것으로 나타났다는데, 이는 단순한 경험 횟수보다는 어떠한 섬망 관련 경험을 얼마나 하는가가 섬망 간호 수행 정도에 영향을 미치기 때문으로 생각된다.

본 연구에서는 섬망 관련 교육 경험이 있는 경우가 없는 경우보다 간호 수행 정도가 높았던 강진선(2015)과 김지연(2016)의 연구와는 달리 교육 경험이 있는 경우 섬망 간호 수행 정도가 높았지만 통계적인 유의성에는 미치지 못했다. 이는 섬망 관련 교육이 섬망 간호 수행 증진에 효과가 있다는 연구 결과(박진, 2009; 조효진, 2011)가 있었던 반면, 유의한 영향을 미치지 못한 결과(허인숙, 2011)도 보고된 바와 같이 교육은 간호 수행에는 긍정적인 영향을 미칠 수 있지만 지식과는 달리 단순히 교육 경험에 따라 쉽게 변화되는 것이 아니라 교육의 주요 목적과 구체적 내용, 시간, 방식 등에 따라 달라질 수 있음을 의미한다고 볼 수 있다. 따라서 추후 섬망 간호 수행 향상을 위한 효과적인 교육이 무엇인지 알아보기 위한 연구가 필요하며 그에 따른 효과적인 교육의 계획이 필요할 것으로 보인다.

본 연구에서 섬망 간호 지침 유무에 따른 섬망 간호 수행 정도의 차이를 분석하였지만 차이가 없었다. 반면에 조용숙(2011)은 암센터 병동에

서 적용 가능한 섬망 가이드라인을 개발하여 섬망 간호 수행률이 증가한 것을 확인하였다. 따라서, 본 연구에서 섬망 간호 지침의 유무에 따라 간호 수행 정도의 차이를 발견하지 못한 것은 부서 내 실제적으로 적용 가능한 지침이 부족하여 간호 수행으로 이어지지 못하는 것을 의미하는 것으로 보이므로 각 부서 내 실행 가능성을 고려한 지침의 개발이 필요할 것으로 보인다.

마지막으로 섬망 간호에 대한 어려움 인식 유무에 따른 간호 수행 정도의 차이를 분석하였지만 차이가 없는 것으로 나타났다. 이는 섬망 간호가 어렵다고 생각하고 있는 그룹이 대다수여서 의미 있는 결과 차이를 도출하지 못한 것으로 생각된다.

5. 섬망 간호 수행의 관련 요인

본 연구에서 섬망 간호 수행도와 섬망에 대한 지식 간의 관계는 정적인 상관관계를 보였고, 섬망에 대한 지식의 하위 영역 중 원인 영역은 상관 관계가 없었으나 증상과 간호 관리 영역과는 정적인 상관관계가 있었다. 본 연구와 선행 연구를 고찰하였을 때, 섬망에 대한 지식의 하위 영역 중에서 공통적으로 원인 영역에 비해 증상이나 간호 관리 영역이 현저히 낮은 것으로 나타났으므로, 섬망 관련 교육을 구성할 때 증상이나 간호 관리 영역을 중점으로 정보를 제공하는 교육은 지식 수준 향상 뿐 아니라 섬망 간호 수행 향상을 위해서도 중요함을 시사하는 결과라 볼 수 있다.

섬망에 대한 지식과 간호 수행과의 관계를 분석한 선행 연구에서는 유의한 정적 상관관계가 나타난 연구결과 (Hamdan-Mansour et al.,

2010; 김미영 & 은영, 2013; 김지연, 2016; 양영애, 2006) 도 있지만 상관관계가 나타나지 않은 결과 (강진선, 2015; 구현주, 2016; 박수정, 2013; 장기은, 2008)도 있었다. 이는 지식이 간호 수행으로 이어지는데 다른 매개 요인들이 있음을 의미하는 것으로 보이며, 이를 고려한 추가연구가 필요할 것으로 생각된다. 본 연구에서는 섬망 간호에 대한 중요도 인식을 포함한 태도를 매개요인으로 고려하여 관계를 분석하였고, 그 결과 섬망 간호에 대한 중요도 인식은 간호 수행과의 관계에서 정적인 상관관계가 있는 것으로 나타났지만 섬망에 대한 지식과는 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 이는 섬망 간호에 대한 중요도가 지식과 간호 수행 모두와 상관 관계가 있다고 나타난 연구 결과(구현주, 2016)와는 일부 다른 결과를 나타내었다. 이를 볼 때, 섬망 간호에 대한 중요도 인식은 섬망 간호 수행의 중요한 동기 요인으로 작용하고 있지만, 지식과 간호 수행 사이의 매개요인이 아닌 독립적으로 존재하는 간호 수행 관련 요인일 가능성을 시사한다고 볼 수 있다. 따라서 추후 이에 대한 반복연구가 필요할 것으로 보인다.

본 연구에서 섬망 간호에 대한 태도는 섬망에 대한 지식 및 간호 수행과 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 태도는 행동의 예측 인자로 직접적인 경험을 통해 형성된 태도는 태도와 행동간의 관계성이 보다 증가한다(Regan & Fazio, 1977). 본 연구에서 섬망 환자 간호 경험이 있는 간호사를 대상으로 하였음에도 불구하고 태도와 간호 수행 간의 상관관계가 없었던 것은 태도가 여러 하위 속성들로 통합된 복합적인 개념이나 이들을 종합하여 단일의 긍정-부정의 개념으로만 평가하여 분석하였기 때문으로 생각된다. 따라서 추후 섬망 간호에 대한 태도를 하위 속성으로 분류하여 평가할 수 있는 도구의 개발이 필요할 것으로 보인다.

회귀분석을 통한 섬망 간호에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과에서는 최종적으로 근무부서, 섬망의 간호 관리에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 중요도 인식이 섬망 간호 수행에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 특히 중재를 통한 변화가 어려운 대상자의 일반적 특성 및 섬망 간호 관련 특성을 통제한 뒤에도 섬망 간호에 대한 중요도와 섬망의 간호 관리에 대한 지식은 섬망 간호 수행에 6.5%의 설명력으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 본 연구와 선행연구를 비교해 볼 때 섬망 간호의 경우 다른 간호 활동에 비해 수행 정도가 낮았고, 중요도 인식도 상대적으로 낮음을 확인할 수 있었다. 더불어 섬망에 대한 지식 수준 중 간호 관리에 대한 지식 수준은 섬망 간호 수행과 관련성이 없었던 원인 영역에 비해 확연히 낮았다. 따라서 이를 종합해볼 때 간호사의 섬망 간호에 대한 상대적으로 낮은 중요도 인식과 섬망의 대한 낮은 지식 수준, 특히 섬망의 간호 관리에 대한 낮은 지식 수준이 낮은 섬망 간호 수행률로 이어지고 있음을 보여준다. 따라서 섬망에 대한 간호 수행도 향상을 위해 먼저 이를 고려한 중재가 필요함을 시사해준다. 섬망 간호에 대한 중요도 인식과 관련하여 섬망 교육을 통해 간호사의 섬망 지식, 간호 중재 중요도 및 수행 증진에 긍정적인 효과를 보고한 연구 결과는 (박진, 2009) 교육을 통한 중요도 인식 증진이 가능함을 보여준다. 따라서 섬망 간호 수행 향상을 위해서는 단순히 지식 수준 향상을 목표로 하는 교육보다 간호사는 섬망의 예방과 관리의 핵심적인 위치에 있으며 (Hare et al., 2008), 섬망 간호가 매우 중요함을 인식하게 하는 교육이 중요하다고 할 수 있다. 더불어 섬망 관련 교육을 구성할 때 간호사들에게 보다 실제적인 도움을 줄 수 있는 섬망의 간호 관리에 대한 내용을 중점적으로 다루는 것이 필요할 것으로 보인다. 본 연구결과로 미루어 볼 때,

섬망 관련 교육의 기회가 부족하여 더 많은 섬망 관련 교육 기회가 필요할 것으로 생각되며, 더욱이 대부분의 간호사들이 섬망 관련 교육이 필요하다고 느끼고 있어 교육 참여에 긍정적일 것으로 예상된다. 따라서 섬망 간호에 대한 중요도 인식 증진과 섬망의 간호 관리에 대한 지식 향상을 목표로 한 교육의 기회를 보다 늘려 제공한다면 섬망 간호 수행 향상에 매우 도움이 될 것으로 기대된다.

더불어 본 연구 과정 이후에 섬망 간호 관련 요인으로 제시된 자기효능감, 섬망 간호에 대한 자신감, 근무환경 (강진선, 2015; 구현주, 2016; 김지연, 2016)은 본 연구에서 반영되지 못하였으므로 앞으로 이들을 추가 반영하여 분석한다면 섬망 간호 수행 관련 요인을 이해하는데 보다 큰 도움이 될 것으로 생각된다.

6. 연구의 의의 및 제한점

본 연구의 제한점은 다음과 같다.

- 1) 본 연구는 임의표출에 의한 S시 소재 일개 종합병원의 섬망이 주로 발생할 것으로 예상되는 부서에서 근무하는 간호사를 대상으로 하였으므로, 연구 결과를 일반화하는데 주의가 필요하다.
- 2) 본 연구는 섬망 간호 수행을 자가보고식 설문지로 측정하였으므로 객관적인 평가가 이루어지지 못했다는 한계가 있다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 섬망이 더 이상 특정부서에만 존재하지 않는다는 점을 고려하여 다양한 부서에서 근무하는 간호사를 대상으로 섬망에 대한 간호 수행 정도를 파악하고, 인과적 관계에 의한 관련 요인을 분석한 점에서 의의가 있다. 특히 섬망 간호에 태도를 관련 요인으로 고려하여 분석을 시도하였다는 점에서 기존 연구와 차별성이 있다. 본 연구를 통해 확인된 섬망 간호 수행 관련 요인은 섬망 관리의 핵심적 역할자인 간호사의 섬망 간호 수행 정도를 높이기 위한 기초 자료를 제공하고, 나아가 증가하는 섬망 환자와 고위험 환자의 건강 증진 및 회복을 위한 간접적 기여를 할 수 있었다는 점에서 의의가 있다고 생각한다.

VI. 결론 및 제언

1, 결론

본 연구는 간호사의 섬망 간호 관련 특성, 섬망에 대한 지식과 섬망 간호에 대한 태도 및 수행의 정도를 파악하고, 섬망 간호 수행에 영향을 미치는 관련 요인을 검증하기 위한 서술적 조사로, 섬망 간호 수행도 향상을 위한 기초 자료를 제공하고자 시행되었다.

연구대상자는 내과, 외과, 신경과, 중환자실, 응급실에서 근무하는 간호사 중 섬망 환자 간호 경험이 있으면서 총 근무 경력 1년이 초과된 간호사이며, 총 201명을 대상으로 자료 분석을 하였다. 본 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

- 1) 섬망에 대한 지식 수준은 45점 만점에 $33.17(\pm 4.21)$ 점으로 100점 만점으로 환산한 결과는 73.7점이었다. 이를 하위 영역으로 나누어 조사한 결과 원인, 간호 관리, 증상 순으로 점수가 높았다.
- 2) 섬망 간호에 대한 태도 정도는 7점 만점에 $4.01(\pm 0.63)$ 점이며, 섬망 간호에 대한 중요성은 7점 만점에 $5.89(\pm 0.88)$ 점이었다.
- 3) 섬망 간호에 대한 수행 정도는 4점 만점에 $2.80(\pm 0.44)$ 점이었다.
- 4) 대상자의 일반적 특성에 따른 섬망 간호 수행 정도는 연령과 총 근무경력이 높은 군의 경우, 현 근무지 경력이 11개월 이하와 36개월 이상인 경우, 외과와 신경과에 근무하는 경우 섬망 간호 수행

정도가 높았다.

- 5) 대상자의 섬망 간호 관련 특성에 따른 섬망 간호 수행 정도는 섬망 환자로 인한 보호자 및 타부서와의 갈등 경험이 있는 경우에 갈등 경험이 없는 경우보다 섬망 간호 수행 정도가 높았다.
- 6) 섬망에 대한 각 영역별 지식과 섬망 간호에 대한 중요도 인식을 포함한 태도, 섬망 간호 수행간의 관련성을 분석한 결과 섬망의 증상($r=.156, p=.027$)과 간호관리($r=.204, p=.004$)에 대한 지식은 섬망 간호 수행과 유의한 상관관계를 보였지만 원인에 대한 지식은 섬망 간호 수행과 상관관계가 없었으며($r=.025, p=.728$), 섬망 간호에 대한 중요도 인식은 섬망 간호 수행과 유의한 상관관계를 보였다 ($r=.253, p<.001$).
- 7) 섬망 간호에 영향을 미치는 요인으로 중재를 통한 변화가 어려운 대상자의 일반적 특성 및 섬망 간호 관련 특성을 통제한 뒤에도 섬망 간호에 대한 중요도와 섬망의 간호 관리에 대한 지식은 섬망 간호 수행에 6.5%의 설명력으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다($F=5.973, p<.001$).

2. 제언

본 연구 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

- 1) 본 연구는 일개 종합병원에 근무하는 간호사를 대상으로 한 연구로 추후 연구대상자를 확대하여 간호사의 섬망 간호 수행도 및 관련 요인을 파악하는 반복연구가 필요하다.
- 2) 섬망 관련 교육 경험이 있는 경우는 24.9%로 불과한 것에 비해, 98%가 섬망 관련 교육이 필요하다고 생각하고 있어 더 많은 교육 기회를 제공하는 것이 필요하다.
- 3) 섬망의 간호 관리에 대한 지식 수준 향상과 더불어 섬망 간호가 매우 중요함을 인식하게 하는 것을 목표로 하는 효과적인 교육 프로그램의 개발이 필요하다.
- 4) 각 근무부서의 환경과 특성을 고려한 실행 가능성 있는 섬망 간호 중재 지침의 개발을 제언한다.
- 5) 섬망 간호에 대한 태도를 하위 영역별로 세분화하여 측정할 수 있는 도구의 개발이 필요하다.
- 6) 섬망에 대한 지식과 간호 수행간의 관계 및 다양한 매개 요인을 분석하는 추가 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

- 강진선. (2015). *섬망환자 간호수행에 미치는 영향요인*. (국내석사학위 논문), 제주대학교 대학원, 제주.
- 고혜진, 윤창호, 정승은, 김아슬, & 김효민. (2014). 호스피스 병동의 암 환자에서 섬망 발생 위험 요인. *한국호스피스완화의료학회지*, 17(3), 170-178.
- 구본대, & 홍종희. (2010). 신경계 집중치료 환자에서 발생하는 섬망의 임상적 접근. *대한신경집중치료학회지*, 2010(3), 27-37.
- 구현주. (2016). *노인환자의 수술 후 섬망에 대한 회복 간호사의 간호수행에 미치는 영향요인*. (국내석사학위논문), 인제대학교 일반대학원, 김해.
- 권윤희, 이화연, & 황승숙. 노인전문병원 간호사의 노인에 대한 지식, 태도 및 간호실천. *한국산학기술학회논문지*, 5785-5791.
- 김대수. (1993). *태도 형성론 : 마음(가치·태도)의 교육* 서울: 우신출판사.
- 김미영, & 은영. (2013). 정형외과병원 간호사의 섬망간호에 대한 지식, 수행 및 스트레스. *근관절건강학회지*, 20(1), 72-80.
- 김선만, 김지연, 박지영, 심정미, & 문미화. (2008). 간호사의 섬망에 대한 인식과 간호경험 및 교육요구. *중앙간호논문집*, 12(-), 33-40.
- 김선주. (2014). *일반병실 간호사와 중환자실 간호사의 섬망 지식*. (국내석사학위논문), 강릉원주대학교 대학원, 강릉.
- 김숙희, & 김정선. (2012). 노인의 흡인성 폐렴에 대한 간호사의 지식, 예방간호에 대한 태도 및 실천. *노인간호학회지*, 14(2), 99-109.

- 김영임, 정혜선, & 배경희. (2007). *건강증진 이론과 적용*. 서울: 서울 : 에피스테메, 2007.
- 김지연. (2016). *종합병원 간호사의 섬망 간호 수행 영향 요인*. (국내석사학위논문), 계명대학교 대학원, 대구.
- 박선화. (2004). *근무병동별 간호사의 역할갈등, 직무스트레스 및 업무 만족에 관한 연구*. (국내석사학위논문), 경희대학교 대학원, 서울.
- 박수정. (2013). *섬망에 대한 간호사의 지식과 간호수행*. (국내석사학위논문), 전북대학교 일반대학원, 전주.
- 박영숙, 김금순, 송경자, & 강지연. (2006). 일 종합병원 간호사들의 섬망에 대한 인식 및 교육요구에 관한 기초조사. *대한간호학회지*, 36(7), 1183-1192.
- 박용숙. (2011). *근거중심 암환자 섬망간호 가이드라인 개발과 효과 검증*. (국내박사학위논문), 경상대학교 대학원, 진주.
- 박진. (2009). *섬망 교육이 중환자실 간호사의 섬망 지식, 간호중재 중요도 및 수행에 미치는 영향*. (국내석사학위논문), 아주대학교 일반대학원, 수원.
- 방경숙. (2005). 보육교사의 안전에 대한 태도, 지식, 실천 및 관련요인. *Child Health Nursing Research*, 11(1), 43-53.
- 배재호, 강원섭, 백종우, & 김종우. (2012). 일 대학병원에서 5개년간 섬망의 발생 및 치료 경향의 변화. *한국정신신체의학회지*, 20(2), 112-119.
- 변영순, 임난영, 강규숙, 성명숙, 원종순, 고일선, . . . 김화순. (2003). 신규 임상간호사에게 요구되는 임상실무수행능력. *기본간호학회지*, 10(1), 47-56.
- 변우열, 이병기, & 송기호. (2013). 사서교사의 자아상 검사 도구 개발과 자아상 분석. *한국비블리아학회지*, 24(2), 31-47.

- 서울대학교 교육연구소. (1994). *교육학 용어사전*. 서울: 하우.
- 서희정, & 유양숙. (2007). 중환자실 간호사의 섬망 관련 지식, 간호수행도 및 스트레스. *성인간호학회지*, 19(1), 55-65.
- 양영애. (2006). *중환자실 간호사의 섬망관련 지식과 간호수행정도에 관한 연구*. (국내석사학위논문), 가톨릭대학교 보건대학원, 서울.
- 양영희. (2010a). 요양병원과 종합병원 간호사들의 섬망에 대한 인식과 간호지식정도. *한국간호교육학회지*, 16(2), 312-320.
- 양영희. (2010b). 요양병원과 종합병원 노인 입원환자의 섬망 유병율과 유발요인. *기본간호학회지*, 17(1).
- 오혜영. (2015). *병원 입원 노인 환자 가족 보호자의 섬망 지식수준, 교육 요구도 및 정신건강*. (국내석사학위논문), 한양대학교 대학원, 서울.
- 원종임. (2011). 일 지역 종합병원 간호사의 섬망 관련 지식. *중앙간호 논문집*, 15(-), 30-38.
- 윤숙희. (2002). 신규간호사의 임상적응 경험에 관한 연구. *간호행정학회지*, 8(1), 55-72.
- 이경아. (2012). *상급종합병원 간호사의 섬망 지식에 관한 연구*. (국내 석사학위논문), 한양대학교 공공정책대학원, 서울.
- 이영희, 김춘길, 공은숙, 김귀분, 김남초, 김희경, . . . 최경숙. (2007). 간호사의 섬망 지식수준과 섬망 사정에 대한 연구. *성인간호학회지*, 19(1), 35-44.
- 이은준, 심미영, 송숙희, 이미미, 김혜미, 강봉선, . . . 이미나. (2010). 외과계 중환자실의 섬망 발생 위험요인 조사연구. *중환자간호학회지 (한국중환자간호학회)*, 3(2), 37-48.
- 임상직. (2003). *의미변별법에 의한 초등학교장의 이미지 분석*. (국내석사학위논문), 대구교육대학교 교육대학원, 대구.

- 장기은. (2008). *중환자실 간호사의 중환자실증후군에 대한 지식과 간호 활동*. (국내석사학위논문), 연세대학교 대학원, 원주.
- 장동환. (1964). 한국어의 의미론적 구조에 관한 연구. *성균관대학교 논문집*, 9, 191-205.
- 정미혜, 윤선옥, 박정희, 추순옥, 오소영, & 김미영. (2011). 정형외과 수술 후 섬망 발생요인 분석. *임상간호연구*, 17(3), 443-454.
- 조귀래. (2001). *중환자실 간호사의 중환자실증후군에 대한 지식과 간호 수행정도*. (국내석사학위논문), 이화여자대학교 대학원, 서울.
- 조상임. (2015). *간호사의 수혈간호에 대한 지식, 중요도 및 수행도에 관한 연구*. (국내석사학위논문), 경희대학교 일반대학원, 서울.
- 조윤주. (2012). *중환자실 간호사의 환자안전관리 활동의 중요성 인식 및 수행*. (국내석사학위논문), 아주대학교, 수원.
- 조하나, 이옥상, & 임성실. (2012). 한국의 노인환자에 대한 섬망 및 졸음 유발 약물의 사용평가. *한국임상약학회지*, 22(1), 30-40.
- 조효진. (2011). *섬망교육이 일 종합병원 중환자실 간호사의 섬망지식과 섬망간호 실천에 미치는 영향*. (국내석사학위논문), 전남대학교 대학원, 광주.
- 진인선. (2009). *일 병원 간호사의 욕창 간호지식과 간호중재 수행 및 인식에 관한 연구*. (국내석사학위논문), 연세대학교 보건대학원, 서울.
- 최수정, & 조용애. (2014). CAM-ICU로 평가한 중환자실의 섬망 발생률과 섬망 발생 위험요인. *임상간호연구*, 20(3), 406-416.
- 최은정, 이해정, 김인아, 임연정, 이명선, & 김미진. (2011). 간호사의 섬망사정능력. *노인간호학회지*, 13(3), 233-241.
- 최중옥, & 이명옥. (1995). 여성간호사가 경험하는 갈등의 유형과 해결 방안. *여성학연구*, 6(1), 77-101.

- 함은경. (2011). *간호사들의 중환자실 증후군 관련 지식과 스트레스에 관한 연구*. (국내석사학위논문), 중앙대학교 대학원, 서울.
- 허인숙. (2011). *섬망 교육이 중환자실 간호사의 간호수행과 스트레스에 미치는 영향*. (국내석사학위논문), 단국대학교 대학원, 용인.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual review of psychology*, 52(1), 27-58.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the attitude-behavior relation: Reasoned and automatic processes. *European review of social psychology*, 11(1), 1-33.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric association.
- Baker, N. D., Taggart, H. M., Nivens, A., & Tillman, P. (2015). Delirium: Why Are Nurses Confused? *MEDSURG Nursing*, 24(1), 15-22.
- Barron, E. A., & Holmes, J. (2013). Delirium within the emergency care setting, occurrence and detection: a systematic review. *Emergency medicine journal : EMJ*, 30(4), 263-268. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/emered-2011-200586>
- Beach, S. R., Chen, D. T., & Huffman, J. C. (2013). Attitudes and beliefs of trainees and nurses regarding delirium in the intensive care unit. *Acad Psychiatry*, 37(6), 436-438. doi: 10.1176/appi.ap.13010006
- Bettinghaus, E. P. (1986). Health promotion and the knowledge-attitude-behavior continuum. *Preventive medicine*, 15(5),

475-491.

- Brown, T. M., & Boyle, M. F. (2002). Delirium. *Bmj*, *325*(7365), 644-647.
- Bull, M. J. (2011). Delirium in older adults attending adult day care and family caregiver distress. *International Journal of Older People Nursing*, *6*(2), 85-92 88p. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00260.x
- Carbone, M. K., & Gugliucci, M. R. (2015). Delirium and the Family Caregiver: The Need for Evidence-based Education Interventions. *Gerontologist*, *55*(3), 345-352. doi: 10.1093/geront/gnu035
- Carin-levy, G., Mead, G. E., Nicol, K., Rush, R., & van Wijck, F. (2012). Delirium in acute stroke: screening tools, incidence rates and predictors: a systematic review. *Journal of Neurology*, *259*(8), 1590-1599. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00415-011-6383-4>
- Catic, A. G. (2011). Identification and Management of In-Hospital Drug-Induced Delirium in Older Patients. *Drugs Aging*, *28*(9), 737-748. doi: <http://dx.doi.org/10.2165/11592240-000000000-00000>
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2010). *간호의 이론과 지식 개발* (신경림, 고성희, 장희정, 양승애, 신수진, 하주영 & 박효정, Trans.). 서울: 현문사.
- Chun-Kai, F., Hong-Wen, C., Shen-Ing, L., Chen-Ju, L., Li-Yun, T., & Yuen-Liang, L. (2008). Prevalence, Detection and Treatment of Delirium in Terminal Cancer Inpatients: A

- Prospective Survey. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 38(1), 56–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jjco/hym155>
- Dasgupta, M., & Brymer, C. (2014). Prognosis of delirium in hospitalized elderly: worse than we thought. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(5), 497–505. doi: 10.1002/gps.4032
- Ettema, R., van Harten, D., Hoogerduijn, J., Hoekstra, T., & Schuurmans, M. (2014). Nurses Opinions Regarding Delirium Care in the Older General Hospital Population and in Older Cardiac Surgery Patients Specifically: A Multicentre Survey among Dutch Nurses. *International Journal of Clinical Medicine*, 5(21), 1352–1364.
- Farley, A., & McLafferty, E. (2007). Delirium part one: clinical features, risk factors and assessment. *Nurs Stand*, 21(29), 35–40. doi: 10.7748/ns2007.03.21.29.35.c4537
- Flagg, B., Cox, L., McDowell, S., Mwose, J. M., & Buelow, J. M. (2010). Nursing identification of delirium. *Clin Nurse Spec*, 24(5), 260–266. doi: 10.1097/NUR.0b013e3181ee5f95
- Fong, T. G., Tulebaev, S. R., & Inouye, S. K. (2009). Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nature reviews. Neurology*, 5(4), 210–220. doi: 10.1038/nrneurol.2009.24
- Frame, K. (2004). Intervention, intervene, interfere... what are we doing? *Nursing Forum*, 39(1), 23–27. doi: 10.1111/j.0029-6473.2004.00023.x

- Gutiérrez Rodríguez, J., Rodríguez Piñera, M., Ortiz Cachero, E., González Alonso, A., Pérez Guillén, P., Jiménez Muela, F. L., . . . Solano Jaurrieta, J. J. (2013). Delirium in nursing homes. Prevalence and risk factors. *Revista española de geriatría y gerontología*, *48*(4), 177–179. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.10.005>
- Halloway, S. (2014). A family approach to delirium: a review of the literature. *Aging Ment Health*, *18*(2), 129–139. doi: [10.1080/13607863.2013.814102](https://doi.org/10.1080/13607863.2013.814102)
- Hamdan–Mansour, A. M., Farhan, N. A., Othman, E. H., & Yacoub, M. I. (2010). Knowledge and nursing practice of critical care nurses caring for patients with delirium in intensive care units in Jordan. *J Contin Educ Nurs*, *41*(12), 571–576 576p. doi: [10.3928/00220124-20100802-01](https://doi.org/10.3928/00220124-20100802-01)
- Hanley, C. (2004). Delirium in the acute care setting. *Medsurg Nurs*, *13*(4), 217–225.
- Hare, M., Wynaden, D., McGowan, S., Landsborough, I., & Speed, G. (2008). A questionnaire to determine nurses' knowledge of delirium and its risk factors. *Contemp Nurse*, *29*(1), 23–31.
- Hijji, B., Parahoo, K., Hussein, M. M., & Barr, O. (2013). Knowledge of blood transfusion among nurses. *J Clin Nurs*, *22*(17/18), 2536–2550. doi: [10.1111/j.1365-2702.2012.04078.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04078.x)
- Hosie, A., Davidson, P. M., Agar, M., Sanderson, C. R., & Phillips, J. (2013). Delirium prevalence, incidence, and implications for

- screening in specialist palliative care inpatient settings: a systematic review. *Palliative medicine*, 27(6), 486–498. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216312457214>
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911–922. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)
- Kalish, V. B., Gillham, J. E., & Unwin, B. K. (2014). Delirium in older persons: evaluation and management. *Am Fam Physician*, 90(3), 150–158.
- Leslie, D. L., & Inouye, S. K. (2011). The Importance of Delirium: Economic and Societal Costs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, S241–S243. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03671.x
- Lipowski, Z. J. (1987). delirium (acute confusional states). *JAMA*, 258(13), 1789–1792. doi: 10.1001/jama.1987.03400130103041
- Mangusan, R. F., Hooper, V., Denslow, S. A., & Travis, L. (2015). Outcomes associated with postoperative delirium after cardiac surgery. *Am J Crit Care*, 24(2), 156–163. doi: 10.4037/ajcc2015137
- Norbergh, K., Helin, Y., Dahl, A., Hellzén, O., & Asplund, K. (2006). Nurses' attitudes towards people with dementia: the semantic differential technique. *Nursing Ethics*, 13(3), 264–274 211p. doi: 10.1191/0969733006ne863oa
- O'Keefe, S. T., & Lavan, J. N. (1999). Clinical significance of

delirium subtypes in older people. *Age Ageing*, 28(2), 115–119.

- O'Mahony, R., Murthy, L., Akunne, A., & Young, J. (2011). Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Annals of internal medicine*, 154(11), 746–751.
- Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. H. (1957). *The Measurement of meaning*. Urbana: Univ. of Illinois Press.
- Panitchote, A., Tangvoraphonkchai, K., Suebsoh, N., Eamma, W., Chanthonglarng, B., Tiamkao, S., & Limpawattana, P. (2015). Under-recognition of delirium in older adults by nurses in the intensive care unit setting. *Aging Clinical and Experimental Research*, 1–6. doi: 10.1007/s40520-015-0323-6
- Raats, J. W., Eijdsen, W. A., Crolla, M. P., Steyerberg, E. W., & Laan, L. v. (2015). Risk Factors and Outcomes for Postoperative Delirium after Major Surgery in Elderly Patients. *PLoS One*, 10(8). doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0136071>
- Regan, D. T., & Fazio, R. (1977). On the consistency between attitudes and behavior: Look to the method of attitude formation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13(1), 28–45. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-1031\(77\)90011-7](http://dx.doi.org/10.1016/0022-1031(77)90011-7)
- Rice, K. L., & Castex, J. (2013). Strategies to improve delirium recognition in hospitalized older adults. *J Contin Educ Nurs*, 44(2), 55–56. doi: 10.3928/00220124-20130124-03

- Rivosecchi, R. M., Smithburger, P. L., Svec, S., Campbell, S., & Kane-Gill, S. L. (2015). Nonpharmacological Interventions to Prevent Delirium: An Evidence-Based Systematic Review. *Critical Care Nurse, 35*(1), 39–51. doi: 10.4037/ccn2015423
- Schuurmans, M. J., Duursma, S. A., & Shortridge-Baggett, L. M. (2001). Early recognition of delirium: review of the literature. *J Clin Nurs, 10*(6), 721–729.
- Sharma, A., Malhotra, S., Grover, S., & Jindal, S. K. (2012). Incidence, prevalence, risk factor and outcome of delirium in intensive care unit: a study from India. *General hospital psychiatry, 34*(6), 639–646. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.06.009>
- Smith, P. J., Rivelli, S. K., Waters, A. M., Hoyle, A., Durheim, M. T., Reynolds, J. M., . . . Blumenthal, J. A. (2015). Delirium affects length of hospital stay after lung transplantation. *J Crit Care, 30*(1), 126–129. doi: 10.1016/j.jcrc.2014.09.010
- Steis, M. R., & Fick, D. M. (2008). Are nurses recognizing delirium? A systematic review. *J Gerontol Nurs, 34*(9), 40–48.
- Takeuchi, M. M. D., Takeuchi, H. M. D., Fujisawa, D. M. D., Miyajima, K. M. D., Yoshimura, K. M. D., Hashiguchi, S. M. D., . . . Mimura, M. M. D. (2012). Incidence and Risk Factors of Postoperative Delirium in Patients with Esophageal Cancer. *Annals of Surgical Oncology, 19*(12), 3963–3970. doi: <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-012-2432-1>
- Tsuruta, R., Nakahara, T., Miyauchi, T., Kutsuna, S., Ogino, Y., Yamamoto, T., . . . Maekawa, T. (2010). Prevalence and

associated factors for delirium in critically ill patients at a Japanese intensive care unit. *General hospital psychiatry*, 32(6), 607–611. doi:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.09.001>

Wass, S., Webster, P. J., & Nair, B. R. (2008). Delirium in the elderly: a review. *Oman Med J*, 23(3), 150–157.

Witlox, J., Eurelings, L. S., de Jonghe, J. F., Kalisvaart, K. J., Eikelenboom, P., & van Gool, W. A. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA*, 304(4), 443–451. doi: 10.1001/jama.2010.1013

부록 1. 연구참여 설명문 및 동의서

본 연구는 간호사의 섬망에 대한 지식, 섬망 간호에 대한 태도를 포함한 섬망 간호 수행 관련 요인을 파악하고자 하는 연구로, 연구된 내용은 섬망에 대한 간호 수행 정도를 향상시키는 위한 소중한 기초 자료로 활용될 수 있습니다. 수집된 자료는 연구 목적으로만 사용되며, 기밀유지를 위해 수집된 모든 정보는 연구책임자만 알 수 있도록 익명으로 처리되어 철저히 비밀이 보장되도록 할 것입니다. 연구에 참여해주신 분께는 소정의 답례품을 제공해 드립니다. 설문 작성에 요구되는 예상 시간은 약 10분으로, 바쁘시더라도 솔직하고 성의 있게 답변하여 주시기를 부탁드립니다. 연구에 관하여 궁금하신 사항이 있으면 연구자에게 연락 바랍니다. 연구에 참여해주셔서 감사합니다.

1. 본인은 상기 연구 설명서를 읽었으며 담당 연구원과 이에 대하여 의논하였습니다.
2. 본인은 연구의 위험과 이득에 관하여 들었으며 나의 질문에 만족할 만한 답변을 얻었습니다.
3. 본인은 이 연구에서 얻어진 정보를 현행 법률과 생명윤리심의위원회 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
4. 본인은 이 연구에 참여하는 것에 대하여 자발적으로 동의합니다.
5. 본인은 언제라도 이 연구의 참여를 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해도 되지 않을 것이라는 것을 알고 있습니다.
6. 본인의 서명은 이 동의서의 사본을 받았다는 것을 뜻하며, 연구 참여가 끝날 때까지 사본을 보관하겠습니다.

연구참여자 성명	서명	날짜 (년/월/일)
----------	----	------------

동의서 받은 연구원 성명	서명	날짜 (년/월/일)
---------------	----	------------

연구책임자: 강 은 경
피험자보호센터: 02-0000-0000
소 속: 00000병원

부록 2. 설문지

다음은 귀하의 일반적인 사항을 묻는 질문입니다. 내용을 읽으신 후 해당하는 번호에 V표 또는 답해 주세요.

1. 연령: 만 ()세
2. 성별: ① 남 ② 여
3. 귀하의 학력은 어떻게 되십니까?
① 전문학사 졸업 ② RN-BSN과정 중 ③ 학사 졸업
④ 석사과정 중 ⑤ 석사 이상
4. 귀하의 직위는 어떻게 되십니까?
① 일반간호사 ② 책임간호사
5. 귀하의 현재 근무부서는 어디입니까? ()
6. 귀하의 근무 부서에 섬망 환자 간호를 위한 지침이 있습니까?
① 예 ② 아니오
7. 귀하의 총 임상경력은 어떻게 되십니까? ()년 ()개월
8. 귀하의 현 근무지 경력은 어떻게 되십니까?
()년 ()개월
9. 섬망에 대한 교육을 받은 적이 있습니까?
① 예(9-1번으로) ② 아니오(10번으로)
- 9-1. '예'라고 대답을 하신 경우 어디에서 교육을 받았습니까?
① 보수교육 ② 전문교육과정 ③ 자체실무교육
④ 학회학술대회 ⑤ 기타(구체적으로: _____)
- 9-2. '예'라고 대답을 하신 경우 총 교육시간은 어떻게 되었습니까?
()시간

10. 섬망 관련 간호에 대한 교육이 필요하다고 느끼십니까?
 ① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 않다
11. 섬망 환자의 보호자와 섬망으로 인한 갈등이 있었던 적이 있습니까?
 ① 예 ② 아니오
12. 섬망 환자의 섬망 증상과 관련하여 의료진이나 타부서와의 갈등이
 있었던 적이 있습니까?
 ① 예 ② 아니오
13. 섬망 환자 전동이나 전원 경험이 있으십니까?
 ① 예 ② 아니오
14. 섬망 환자를 얼마나 자주 간호하십니까?
 한 달 평균 ()회
15. 실제 간호 현장에서 섬망 환자를 간호하는 것이 어렵다고 생각합니까?
 ① 예(15-1번으로) ② 아니오

15-1. '예' 라고 대답을 하신 경우 어렵다고 생각한 이유는 무엇입
 니까?

이유: _____

I. 섬망에 대한 지식

다음은 섬망에 관련된 내용입니다. 진술된 내용이 맞으면 "예"에, 틀리면 "아니오", 확실히 모르는 경우에는 "모른다" 란에 V표 해주시기 바랍니다.

항목	예	아니오	모른다
1. 신체적 질환자체는 섬망과 관련이 없다.			
2. 시력이나 청력의 저하가 섬망을 일으킬 수 있다.			
3. 뇌의 구조적 질환은 섬망과 관련이 없다.			
4. 급성 스트레스로 인해 섬망이 나타날 수 있다.			
5. 수면부족이 섬망을 일으킬 수 있다.			
6. 알코올 의존도가 높은 환자가 입원 후 금주하였을 때 섬망이 나타날 수 있다.			
7. 사고로 머리의 상해를 입었을 때 섬망이 나타날 수 있다.			
8. 저산소증이 섬망을 일으킬 수 있다.			
9. 대수술이 섬망을 일으킬 수 있다.			
10. 골절은 섬망과 관련이 없다.			
11. 섬망은 노인이 급성 질환이 발생했을 때 처음 나타나는 증상인 경우가 많다.			
12. 약물에 의해 섬망이 발생하는 경우는 매우 드물다.			
13. 섬망은 치매의 증상과 동일하다.			
14. 섬망의 증상은 급성적으로 나타난다.			
15. 섬망은 주로 밤에 증상이 더 악화된다.			
16. 섬망 상태의 대상자는 항상 헛소리를 하거나 과격한 행동을 나타낸다.			
17. 섬망이 있으면 지남력이 저하된다.			
18. 섬망이 있으면 처음에는 정상적인 행동패턴을 보이다가 점진적으로 부적절한 행동을 한다.			

항목	예	아니오	모른다
19. 섬망이 있으면 언어 선택의 어려움이 있다.			
20. 섬망이 있는 경우 환청, 환각의 증상이 나타난다.			
21. 섬망은 대체로 회복된다.			
22. 섬망이 있으면 나중에 사람을 알아보지 못한다.			
23. 섬망이 있을 때 의식수준의 변화는 적다.			
24. 섬망이 있을 때 주의집중력은 별로 떨어지지 않는다.			
25. 섬망이 있을 때 수면양상이 매우 불규칙하다.			
26. 섬망은 성격을 변화시키지는 않는다.			
27. 섬망상태에서는 항콜린성 활동이 약화된다.			
28. 섬망상태에서는 노어아드레날린 활동이 강화된다.			
29. 섬망상태에서는 도파민의 분비가 감소된다.			
30. 섬망상태에서는 심한 불안과 공포를 경험한다.			
31. 섬망의 치료의 목표는 의인성 합병증을 피하고 환자와 가족을 지지하는 것이다.			
32. 섬망 증상 조절을 위해 억제대와 같은 물리적인 억제를 하는 것이 도움이 된다.			
33. 가끔 섬망을 치료하는데 약물이 사용되기도 한다.			
34. 대부분의 섬망 환자들의 치료로는 항정신성약물을 고용량으로 사용하는 것이 좋다.			
35. 진정작용이 너무 심한 약물을 사용하면 섬망의 기간이 길어진다.			
36. 섬망 치료의 최우선은 환자의 안위와 지지이다.			
37. 충분한 수분섭취는 섬망을 예방하는데 도움이 된다.			
38. 보청기의 사용은 섬망의 발생을 증가시킨다.			

항목	예	아니오	모른다
39. 시력이 나쁜 노인은 안경을 쓰게 하면 섬망 발생을 감소시킬 수 있다.			
40. 섬망이 있는 노인에게 사람, 장소, 시간에 대해 자주 알려주는 것이 회복에 도움이 된다.			
41. 다른 사람과 상호작용이 너무 많거나 적을 때 섬망이 심해진다.			
42. 통증조절이 잘 안될 때 섬망이 더 심해진다.			
43. 섬망이 있는 환자가 잘못 인식하고 있는 부분은 바로 인식할 때까지 계속 알려주어야 한다.			
44. 누워있기보다는 의자에 앉히거나 활동을 격려하는 것이 섬망 예방에 도움이 된다.			
45. 환자에게 계절을 알려주고 달력, 시계 등을 제공하는 것은 섬망관리에 도움이 된다.			

II. 섬망 간호에 대한 태도

각 문항의 양쪽 끝에는 의미가 상반되는 형용사가 있습니다. 귀하가 생각하고 있는 섬망 간호의 이미지와 가장 가깝다고 생각하는 곳에 V표 해주시기 바랍니다.

항목	정도							항목
	7	6	5	4	3	2	1	
착하다								악하다
깨끗하다								더럽다
아름답다								추하다
희다								검다
좋다								나쁘다
옳다								그르다
긍정적								부정적
넓다								좁다
활발하다								둔하다
크다								작다
공격적								방어적
똑똑하다								어리석다
빠르다								느리다
날카롭다								무디다
새롭다								늙다
이르다								늦다
강하다								약하다

다음은 귀하가 생각하고 있는 섬망 간호 수행에 대한 중요도에 대한 질문입니다. 귀하가 생각하는 섬망 간호 수행에 대한 중요도와 가장 가깝다고 생각하는 곳에 V표 해주시기 바랍니다.

항목	정도							항목
	7	6	5	4	3	2	1	
중요하다								중요하지 않다

Ⅲ. 섬망 간호 수행

다음은 섬망과 관련된 간호수행도에 대한 내용입니다. 섬망의 예방 및 발생 후 증재와 관련하여 귀하가 환자들에게 실제로 수행하고 있는 상황에 V표 해주시기 바랍니다.

항목	항상 시행한다	자주 시행한다	가끔 시행한다	거의 시행 안한다
1. 입원 시 섬망 고위험군을 확인한다.				
2. 환자의 의식 상태를 정확하게 사정한다.				
3. 환자에게 날짜, 시간, 장소, 사람에 대하여 반복해서 이야기해 준다.				
4. 간호 처치를 시행할 때 환자에게 설명을 한다.				
5. 환자가 하는 이야기를 경청한다.				
6. 병실 내에서 조용한 목소리로 대화한다.				
7. 밤 동안에는 처치를 한꺼번에 시행한다.				
8. 기계의 알람소리는 가능한 작게 한다.				
9. 시각장애가 있으면 안경을 이용하도록 한다.				
10. 삽입된 카테터(IV, 유치도뇨 카테터 등)를 가능한 빨리 제거한다.				
11. 청각장애가 있으면 보청기나 의사소통 도구를 이용한다. (예: 낱말카드)				
12. 인지자극 활동을 한다. (예: 단어게임, 반복된 정보제공, 시계나 달력제공)				

항목	항상 시행한다	자주 시행한다	가끔 시행한다	거의 시행 안한다
13. 신체 억제대를 가능한 사용하지 않는다.				
14. 탈수 징후가 있는지 확인한다.				
15. 섬망 발생 시 유발요인을 확인한다.				
16. 통증을 조절해 준다.				
17. 가족을 옆에 있게 해준다.				
18. 밤 동안 은은한 조명을 유지하여 안전한 환경을 조성한다.				
19. 가족 또는 간병인에게 섬망에 대한 교육을 한다.				
20. 불필요한 물건들이 없도록 환경을 정리한다.				
21. 가족사진 등 친숙한 물건을 집에서 가져와 사용하게 한다.				
22. 가능한 빨리 가동시키고 활동을 하도록 한다.				
23. 복용하고 있는 약의 개수를 줄이기 위해 주치의와 상의한다.				

부록 3. 섬망에 대한 지식측정도구 정답표

항목	예	아니오	모른다
1. 신체적 질환자체는 섬망과 관련이 없다.		V	
2. 시력이나 청력의 저하가 섬망을 일으킬 수 있다.	V		
3. 뇌의 구조적 질환은 섬망과 관련이 없다.		V	
4. 급성 스트레스로 인해 섬망이 나타날 수 있다.	V		
5. 수면부족이 섬망을 일으킬 수 있다.	V		
6. 알코올 의존도가 높은 환자가 입원 후 금주하였을 섬망이 나타날 수 있다.	V		
7. 사고로 머리의 상해를 입었을 때 섬망을 일으킬 수 있다.	V		
8. 저산소증이 섬망을 일으킬 수 있다.	V		
9. 대수술이 섬망을 일으킬 수 있다.	V		
10. 골절은 섬망과 관련이 없다.		V	
11. 섬망은 노인이 급성 질환이 발생했을 때 처음 나타나는 증상인 경우가 많다.	V		
12. 약물에 의해 섬망이 발생하는 경우는 매우 드물다.		V	
13. 섬망은 치매의 증상과 동일하다.		V	
14. 섬망의 증상은 급성적으로 나타난다.	V		
15. 섬망은 주로 밤에 증상이 더 악화된다.	V		
16. 섬망 상태의 대상자는 항상 헛소리를 하거나 과격한 행동을 나타낸다.		V	
17. 섬망이 있으면 지남력이 저하된다.	V		
18. 섬망이 있으면 처음에는 정상적인 행동패턴을 보이다가 점진적으로 부적절한 행동을 한다.		V	
19. 섬망이 있으면 언어 선택의 어려움이 있다.		V	

항목	예	아니오	모른다
20. 섬망이 있는 경우 환청, 환각의 증상이 나타난다.	V		
21. 섬망은 대체로 회복된다.	V		
22. 섬망이 있으면 나중에 사람을 알아보지 못한다.		V	
23. 섬망이 있을 때 의식수준의 변화는 적다.		V	
24. 섬망이 있을 때 주의집중력은 별로 떨어지지 않는다.		V	
25. 섬망이 있을 때 수면양상이 매우 불규칙하다.	V		
26. 섬망은 성격을 변화시키지는 않는다.		V	
27. 섬망상태에서는 항콜린성 활동이 약화된다.		V	
28. 섬망상태에서는 노어아드레날린 활동이 강화된다.	V		
29. 섬망상태에서는 도파민의 분비가 감소된다.		V	
30. 섬망상태에서는 심한 불안과 공포를 경험한다.	V		
31. 섬망의 치료의 목표는 의인성 합병증을 피하고 환자와 가족을 지지하는 것이다.	V		
32. 섬망 증상 조절을 위해 억제대와 같은 물리적인 억제를 하는 것이 도움이 된다.		V	
33. 가끔 섬망을 치료하는데 약물이 사용되기도 한다.	V		
34. 대부분의 섬망 환자들의 치료로는 항정신성약물을 고용량으로 사용하는 것이 좋다.		V	
35. 진정작용이 너무 심한 약물을 사용하면 섬망의 기간이 길어진다.	V		
36. 섬망 치료의 최우선은 환자의 안위와 지지이다.	V		

항목	예	아니오	모른다
37. 충분한 수분섭취는 섬망을 예방하는데 도움이 된다.	V		
38. 보청기의 사용은 섬망의 발생을 증가시킨다.		V	
39. 시력이 나쁜 노인은 안경을 쓰게 하면 섬망 발생을 감소시킬 수 있다.	V		
40. 섬망이 있는 노인에게 사람, 장소, 시간에 대해 자주 알려주는 것이 회복에 도움이 된다.	V		
41. 다른 사람과 상호작용이 너무 많거나 적을 때 섬망이 심해진다.	V		
42. 통증조절이 잘 안될 때 섬망이 더 심해진다.	V		
43. 섬망이 있는 환자가 잘못 인식하고 있는 부분은 바로 인식할 때까지 계속 알려주어야 한다.		V	
44. 누워있기보다는 의자에 앉히거나 활동을 격려하는 것이 섬망 예방에 도움이 된다.	V		
45. 환자에게 계절을 알려주고 달력, 시계 등을 제공하는 것은 섬망관리에 도움이 된다.	V		

부록 Table 1. Knowledge level on delirium in each domain

(N=201)

Domain	Question	n(%) & correct answer
Etiology	1. Physical illness is not related to delirium.	164 (81.6)
	2. Reduction in vision and hearing may cause delirium.	167 (83.1)
	3. Illness of brain structure is not related to delirium.	171 (85.1)
	4. Sudden stress may cause delirium.	198 (98.5)
	5. Sleep deprivation may cause delirium.	195 (97.0)
	6. Those who are alcohol dependent may develop delirium when alcohol intake is stopped.	195 (97.0)
	7. Accidental trauma to head may cause delirium.	183 (91.0)
	8. Hypoxia may cause delirium.	176 (87.6)
	9. Major operation may cause delirium.	195 (97.0)
	10. Fracture is not related to delirium.	150 (74.6)
Total mean score		8.93
Sign & Symptoms	11. Delirium is common symptoms of acute illness in elderly.	121 (60.2)
	12. It is rare that delirium result from use of recreational drug.	171 (85.1)
	13. Delirium has same symptoms as dementia.	159 (79.1)
	14. Symptoms of delirium will develop suddenly.	162 (80.6)
	15. Symptoms of delirium are worse at night.	182 (90.5)
	16. Delirious patient always acts vigorously and say something that does not make sense.	95 (47.3)
	17. Delirium causes decreased sense of orientation.	171 (85.1)

부록 Table 1. (continued)

(N=201)

Domain	Question	N(%) & correct answer
Sign & Symptoms	18. Patient with delirium, initially acts, normally but gradually acting inappropriate ways.	51 (25.4)
	19. Delirium causes difficulty in word selections.	40(19.9)
	20. Delirium causes visual and auditory hallucination.	178(88.6)
	21. Delirium is usually recovered.	176(87.6)
	22. With delirium, patient may not recognize significant others.	115(57.2)
	23. There is little change in conscious level with delirium.	157(78.1)
	24. There is hardly loss of concentration with delirium.	190(94.5)
	25. Delirium causes irregular sleeping pattern.	186(92.5)
	26. Delirium does not change personality of individual.	154(76.6)
	27. Anti-cholinergic activity is reduced in delirious state.	37(18.4)
	28. Noradrenaline activity is increased in delirious state.	57(28.4)
	29. Dopamine distribution is reduced in delirious state.	56(27.9)
	30. Individual experiences severe anxiety and fear during delirious state.	168(83.6)
Total mean score		13.06
Nursing management	31. Aim for treating delirium is to avoid complication and support patient and family.	192(95.5)
	32. Physical restraining is helpful controlling delirium symptoms.	90(44.8)
	33. Medication is occasionally used to treat delirium.	193(96.0)
	34. Large dose of anti-psychotic drug using is beneficial for delirious patient.	167(83.1)

부록 Table 1. (continued)

(N=201)

Domain	Question	N(%) & correct answer	
Nursing management	35. Using strong sedatives may prolong delirium period.	110 (54.7)	
	36. Priority of delirium treatment is safety and support of patient.	194 (96.5)	
	37. Adequate fluid intake may prevent delirium.	111 (55.2)	
	38. Using the hearing-aid increase increases chance of delirium.	144 (71.6)	
	39. Using the glasses for visually-impaired elderly may reduce delirium.	130 (64.7)	
	40. Occasional reminder of person's name, place and time to elderly with delirium may help recovery.	184 (91.5)	
	41. Too much or too little interaction with other people may result in worsening of delirium.	131 (65.2)	
	42. Inadequate control of pain may result in worsening of delirium.	169 (84.1)	
	43. If delirious patient has wrong understanding of something, it needs to be corrected until he/she understands it correctly.	91 (45.3)	
	44. Sitting on chair or encouraging activity compare to lying may prevent delirium.	151 (75.1)	
	45. Informing season and providing calendar, clocks etc. may help for elderly with delirium.	191 (95.0)	
	Total mean score		11.18

Note. Answer Key: True (Score=1): 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 17, 20, 21, 25, 28, 30, 31, 33, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 44, 45
 False (Score=0): 1, 3, 10, 12, 13, 16, 18, 19, 22, 23, 24, 26, 27, 29, 32, 34, 38, 43
 Don't know (Score=0)

부록 Table 2. Attitude toward delirium care

(N=201)

Item No.	Item	Mean±SD
1	Good(7)–Evil(1)	4.13±1.44
2	Clean(7)–Dirty(1)	3.67±1.10
3	Beautiful(7)–Ugly(1)	3.62±1.24
4	White(7)–Black(1)	3.65±1.20
5	Good(7)–Bad(1)	3.72±1.41
6	Right(7)–Wrong(1)	4.19±1.36
7	Positive(7)–Negative(1)	3.73±1.59
8	Wide(7)–Narrow(1)	3.99±1.37
9	Active(7)–Dull(1)	4.31±1.39
10	Large(7)–Small(1)	4.44±1.24
11	Aggressive(7)–Defensive(1)	4.49±1.69
12	Bright(7)–Dull(1)	3.88±1.18
13	Fast(7)–Slow(1)	4.15±1.36
14	Sharp(7)–Blunt(1)	4.33±1.40
15	New(7)–Old(1)	3.87±1.13
16	Early(7)–Late(1)	3.69±1.14
17	Strong(7)–Weak(1)	4.29±1.32
	Total	4.01±0.63

Abstract

Nurses' knowledge, attitude and nursing performance concerning to delirium and related factors

Kang Eun Kyeong
Department of nursing
The Graduate School
Seoul National University

The purpose of this study was to examine delirium care related characteristics, knowledge on delirium, attitude and nursing performance on delirium care and to verify factors affecting nursing performance to gain a basic understanding on delirium care and to enhance nursing performance related to delirium.

This study consisted of a descriptive survey investigating 201 nurses with experience caring for delirium patients from among nurses who have worked no shorter than 1 year in total at a medical unit, surgical unit, neurology unit, intensive care unit or emergency room at one general hospital in the a city of South Korea. The data collection period was from March 18 to 30, 2016.

This study used a self-report type of survey questionnaire. The knowledge level on delirium was measured with an instrument developed by Young Whee Lee, et al. (2007). The attitude of nurses on delirium care was measured with 17 questions using the semantic differential scale by Osgood(1957) which was translated by Dong-hwan Jang(1964), with the addition of a single question on the perception of the importance of delirium care. Nursing performance related to delirium care was measured with an instrument developed by Gwi Lae Cho (2001) and modified by Yong Suk Park (2011). The collected data were analyzed with descriptive statistical methods, t-test, ANOVA, Pearson correlation and hierarchical regression.

The research results showed that the knowledge level on delirium was 33.17 out of a perfect score of 45, and the highest, in descending order, was etiology, nursing management, and sign & symptoms, when sub-dimensions were divided into etiology, sign & symptom, and nursing management. The attitude of nurses on delirium care observed to be neutral at 4.01 out of 7. The perception of the importance of delirium care by nurses was 5.89 out of 7. Compared with other nursing activities such as patient safety management, bed sore care, and blood transfusion care, delirium care was relatively lower. The level of nursing performance for delirium care was 2.80 out of 4. Nursing performance for delirium care was higher in the following groups: in older nurses with more career experience, in nurses with less than 11 months or more than 36

months of work experience at their present place of work, in nurses working at the surgical and neurology units, and in nurses experiencing conflicts with caregivers or other disciplines due to a patient with delirium. Among the sub-dimensions of delirium knowledge, the sign & symptom dimension ($r=.156$, $p=.027$), nursing management ($r=.204$, $p=.004$), and the perception of the importance for delirium care ($r=.253$, $p<.001$) showed a positive correlation with nursing performance for delirium care. The perception of the importance of delirium care and knowledge on nursing management for delirium had a 6.5% explanatory power for nursing performance on delirium care indicating a statistically significant effect ($F=5.973$, $p<.001$) even after controlling for delirium care related characteristics and the general characteristics of the subjects which are hard to change by an intervention among the factors affecting delirium care.

In conclusion, a lower perception of performance toward delirium care and lower knowledge on nursing management for delirium were related to lower nursing performance for delirium care. In this situation, it is necessary to improve the perception of the importance of delirium care and to provide more educational opportunities to increase the knowledge level on nursing management for delirium.

Keywords : nursing performance for delirium care, knowledge on delirium, attitude toward delirium care, nurses

Student Number : 2014-20385