creative commons

COMMONS DEED

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

dCollection

간호학 석사 학위논문

중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애와 임종간호 수행

2022년 8월

서울대학교 대학원

간호학과 성인간호학 전공

정 운 선

중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애와 임종간호 수행

지도교수 탁 성 희

이 논문을 간호학 석사 학위논문으로 제출함
2022년 5월

서울대학교 대학원
간호학과 성인간호학 전공
정 운 선

정운선의 석사 학위논문을 인준함
2022년 6월

위 원 장 _____ (인)

부위원장 _____ (인)

위 원 _____ (인)

국문초록

중환자실은 높은 중증도와 사망률에 따라 임종간호 요구가 높은 곳인데 반해, 다양한 이유로 임종간호의 중요성이 간과되기 쉽다. 임종간호란 죽음을 앞둔 환자에게 제공되는 치료뿐만 아니라, 환자 가족들에게 제공되는 지원을 포함하며, 중환자실에서 질 높은 임종간호를 제공하기 위하여 환자-가족 중심 접근법이 강력하게 권고되고 있다. 중환자실에서 임종간호를 제공하는 동안 가족 중심 접근의 핵심 요소는 가족과의 정보 공유로서 가족과 간호사 간의 개방적 의사소통이 필수적이다. 따라서 중환자실 간호사가 환자 가족 또한 임종간호 대상자임을 인식하고, 환자 가족과의 의사소통에 장애가 되는 요인을 확인하는 것은 중환자실에서 효과적으로 임종간호를 제공하기 위해 중요한 요소라고 할 수 있다. 이에 본 연구는 중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애 요인과 가족을 돌봄 대상자로 포함한 임종간호의 중요도 및 수행도를 확인하고 각 요인들 간의 관계를 파악하고자 하였다.

본 연구는 2022년 3월 4일부터 3월 31일까지 서울에 소재한 1개 대학병원의 중환자실 간호사를 대상으로 하였다. 중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애, 임종간호 중요도, 수행도, 일반적 특성을 측정하였으며, 총 124부의 설문 자료를 분석하였다. SPSS statistics 25 프로그램을 이용하여 기술통계, t-test, Spearman correlation, Pearson's correlation으로 분석하였다.

연구 결과는 다음과 같다.

첫째, 중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애는 5점 만점에 평균 3.60±0.49점이었고, 가족 영역의 의사소통 장애 점수가 평균 3.73±0.52점으로 가장 높게 나타났다.

둘째, 중환자실 간호사가 인식하는 임종간호 중요도는 5점 만점에 평균 4.06±0.40점이었으며, 임종간호 수행도는 5점 만점에 평균 3.50±0.48점이었다. 임종간호 중요도 점수가 가장 높은 영역은 정보 설명 및 제공 영역으로 평균 4.37±0.48점 이었으며, 임종간호 수행도 점수가 가장 높은 영역은 증상관리와 안위 간호 활동으로 평균 4.21±0.52점으로 나타났다.

셋째, 중환자실 간호사의 임종간호 교육 여부에 따라 임종간호 중요도(t=2.661, *p*=.009) 및 수행도(t=3.114, *p*=.002)는 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

넷째, 중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애정도와 임종간호 중요도(r=.38, p<.001) 및 수행도(r=.21, p=.017)는 양의 상관관계를 나타냈다. 임종간호 중요도와 수행도(r=.45, p<.001)는 양의 상관관계를 보였다.

본 연구 결과를 바탕으로, 중환자실에서 환자 가족과의 의사소통 장애를 개선하기 위한 다양한 중재 방법 개발이 필요하며, 환자 가족을 대상자로 포함하는 통합적인 임종간호에 대한 인식 강화와 간호사와 환자 가족과의 효과적인 의사소통 방법을 포함한 임종간호 교육 프로그램 개발이 필요할 것으로 생각된다.

주요어 : 중환자실 간호사, 임종간호, 의사소통, 환자-가족 중심 접근
학 번 : 2016-20516

목 차

Ⅰ. 서론 ····· 1
1. 연구의 필요성 ····· 1
2. 연구의 목적 ····· 3
3. 용어 정의 ····· 4

Ⅱ. 문헌고찰 ····· 6
1. 중환자실에서의 임종간호의 의미 ····· 6
2. 중환자실 간호사의 임종간호 수행 ····· 8
3. 임종간호 대상자로서의 가족 ····· 10
4. 중환자실에서의 가족과의 의사소통 ····· 12

Ⅲ. 연구방법 ····· 15
1. 연구 설계 ····· 15
2. 연구 대상 ····· 15
3. 연구 도구 ····· 16
4. 자료 수집 방법 ····· 20
5. 윤리적 고려 ····· 20
6. 자료 분석 방법 ····· 21

Ⅳ. 연구결과 ····· 22
1. 대상자의 일반적 특성 ····· 22
2. 중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의
의사소통 장애정도, 임종간호 중요도와 수행도 ··· 25
3. 중환자실 간호사의 일반적 특성에 따른
의사소통 장애정도, 임종간호 중요도와 수행도 ····· 35
4. 중환자실 간호사가 인식하는 의사소통 장애정도,
임종간호 중요도와 수행도 간의 상관관계 ····· 39

Ⅴ. 논의 ····· 41
1. 중환자실 간호사의 환자 가족과의 의사소통 장애···41
2. 중환자실 간호사가 인식하는 임종간호 중요도와
수행도 ····· 44

Ⅵ. 결론 및 제언 ····· 49

참고문헌 ····· 51

부록 ····· 63

Abstract ····· 68

List of Tables

Table 1. General characteristics of participants ····· 23
Table 2. Self perceived Communication barriers with patient's families ····· 29
Table 3. The Importance and Performance of end-of-life care practices ····· 30
Table 4. Communication barriers end-of-life care practices Importance and Performance according to general characteristics of participants ····· 37
Table 5. Correlations among Communication barriers, end-of-life care practices Importance and Performance ·· 40

List of Appendixes

부록 1. 중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애정도 전체항목 결과 부록표 ····· 63

Ⅰ. 서론

1. 연구의 필요성

삶의 질이 향상됨에 따라 좋은 죽음에 대한 관심이 증가하고 있다. 많은 사람들이 집에서의 죽음을 원하지만, 실제로는 의료기관에서 사망하는 경우가 75.6%로 지속적인 증가 추세에 있다(통계청, 2021). 의료기관 내에서 중환자실은 환자의 질병 위중도가 높고 사망률 또한 높은 장소로(한창훈, 2017), 중환자실에서의 임종간호 요구는 높다고 할 수 있다. 그러나 중환자실에서는 질병으로부터 회복하고 소생하는 것을 기본 목표로 하여 급성기 치료 중심으로 제공되고 있어(Medina, 2001) 임종간호의 중요성이 간과되기 쉽다.

임종간호란 죽음을 앞둔 환자에게 제공되는 치료 전달 뿐만 아니라, 환자 가족들에게 제공되는 지원을 포함한다(Royal College of Nursing, 2019). 이는 최근 중환자실에서 강조되고 있는 가족중심 접근과 같은 맥락에서 간호사에게 가족에 대한 관심을 높일 것을 강조하며(Kisorio & Langley, 2016; Noome, Beneken, van Leeuwen, Dijkstra, & Vloet, 2016), 간호사는 환자의 증상 관리를 위한 치료뿐만 아니라 가족들이 자신들이 사랑하는 사람, 즉 환자가 죽을 때까지 모든 보살핌에 참여하도록 격려하고 지원해야 함을 의미한다(Kongsuwan & Touhy, 2009; Efstathiou & Clifford, 2011).

중환자실에서 임종간호를 제공하는 동안 가족 중심 접근의 핵심 요소는 가족과의 정보 공유로서(Ranse, Bloomer, Coombs, & Endacott, 2016), 가족의 우선순위 요구를 충족하기 위해서는 가족과 의료 전문가 간의 개방적 의사소통 및 환자와의 긴밀한 접촉이 필수적이다(Yang, 2008). 가족들과의 의사소통 과정에서 간호사들의 역할은 중요하다(Malloy, Virani, Kelly, & Mune´var, 2010; Kisorio & Langley, 2016). 중환자실에서는 환자와 가족 간의 직접적인 의사소통이 어렵고, 제한된 면회시간으로 인하여 가족들이 중환자실 간호사에게 기대하는 정보 제공의 요구도가 높으며 가족들은 복잡한 치료 과정에 대해 이해하는데 어려움을 경험한다(안정원 & 김금순, 2013). 그러나 가족과 의료진간의 의사소통이 원활하게 이루어지지 않는 경우가 많으며(Lynn et al., 1997; Perreault, Fothergill-Bourbonnais, & Fiset, 2004; Jo et al., 2017), 간호사들 또한 가족과의 의사소통을 어려워한다(Malloy et al., 2010; Kisorio & Langley, 2016).

이에 본 연구에서는 중환자실 간호사가 인식하는 환자 및 환자 가족과의 의사소통 장애 정도를 파악하고 환자 가족을 대상자로 포함한 임종간호의 중요도와 수행도를 확인하여 중환자실에서의 질 높은 임종간호 제공을 위한 종합적인 임종간호 중재 프로그램의 기초 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애정도와 임종간호의 중요도 및 수행도를 확인하고, 중환자실에서의 임종간호 수행과 관련이 있는 요인을 파악하는 것이다. 구체적인 목표는 다음과 같다.

1) 중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애정도를 확인한다.
2) 중환자실 간호사가 인식하는 임종간호 중요도와 수행도를 확인한다.
3) 중환자실 간호사의 일반적 특성에 따른 의사소통 장애정도와 임종간호 중요도 및 수행도를 확인한다.
4) 중환자실 간호사가 인지하는 환자 가족과의 의사소통 장애정도와 임종간호 중요도 및 수행도 간의 상관관계를 파악한다.

3. 용어 정의

1) 임종간호

임종간호란 살 가망이 없는 죽음을 앞둔 환자와 그 가족에게 삶의 마지막 순간을 평온하게 맞이하도록 환자와 가족의 신체적, 심리적, 영적 요구를 충족시켜 주는 총체적인 돌봄을 말한다(노유자, 1994).

중환자실에서 제공되는 임종간호란 중환자실에서 죽음을 맞이하는 환자와 그 가족에게 제공되는 간호를 말하는 것으로, 질병의 치료 과정 중 급작스럽게 죽음을 맞이하는 환자뿐만 아니라 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에서 정의하는 “임종과정에 있는 환자”의 마지막 생의 몇 시간 혹은 며칠 기간 동안 제공되는 간호를 말한다.

본 연구에서 중환자실 임종간호의 중요도 및 수행도는 중환자실 간호사가 수행하는 임종간호를 측정하기 위해 Ranse(2016b)가 개발한 도구를 번역 및 수정, 보완한 도구로 측정한 점수를 말한다. 점수가 높을수록 간호사가 인식하는 중요도와 수행도가 높은 것을 의미한다. 해당 도구는 총 46개 문항으로, 하위 요인인 환자 및 가족 중심 의사결정 척도 5개 문항, 정보 설명 및 제공 5개 문항, 돌봄의 연속성 4개 문항, 환자와 가족을 위한 정서적, 실질적 지원 10개 문항, 임종기 돌봄에 대한 환경적 요인 9개 문항, 증상관리와 안위 간호 9개 문항, 영적 지원 4개 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 Likert 5점 척도로 측정된다.

2) 의사소통 장애

의사소통 장애란 전달자, 수용자, 환경, 내용, 피드백 중 하나 혹은 그 이상의 문제로 인하여 의사소통이 원활히 이루어지지 않는 것을 말한다(이광자, 2013; 안정원 & 김금순, 2013).

본 연구에서는 장성옥과 박영주(1999)가 개발한 의사소통 장애 측정 도구를 안정원과 김금순(2013)이 중환자실 간호사와 중환자 가족 간의 의사소통 장애를 확인하기 위해 수정, 보완한 도구로 측정된 점수를 말하며, 점수가 높을수록 간호사가 인식하는 의사소통 장애정도가 높음을 의미한다.

Ⅱ. 문헌 고찰

1. 중환자실에서의 임종간호의 의미

임종간호는 적절하게 계획되어 대상자에게 제공되어야 한다(Nelson et al., 2006). 그러나 중환자실은 환자의 건강이 급격히 악화될 수 있는 환경이며, 급작스러운 임종 과정은 효과적인 임종간호를 제공하는 데 있어 장애 요인으로 작용한다(Efstathiou & Clifford, 2011; Truog et al., 2008). 중환자실은 환자의 생명을 지키고 수명을 연장하는 것을 목표로 하는 곳이기 때문에 최선을 다해서 돌본 환자가 임종하는 것을 의료의 실패로 여기기도 한다(설은미 & 고진강, 2018). 중환자실에서의 임종은 환자를 살리기 위한 숨 가쁜 행위 끝에 준비할 겨를도 없이 갑작스럽게 일어나는 경우가 대부분이어서 환자와 가족의 마지막을 준비시킬 수 있는 여건이 대부분 허락되지 않으며(설은미 & 고진강, 2018), 인력 부족 및 중환자실 병상 부족 등의 이유로 중환자실 간호사는 슬픔의 잠긴 가족을 위로하거나 환자를 애도할 만한 여유를 가질 수 없고, 임종간호를 빠르고 정확히 처리해야 하는 업무 중 하나로 인식하기도 한다(설은미 & 고진강, 2018; 박지예, 2018).

그러나 많은 경우에 중환자실에서 첨단 의료 시설과 장비를 갖추고 많은 전문 의료 인력이 투입됨에도 불구하고 추가적인 치료들이 환자의 예후에 영향을 끼치지 못하며(Moritz et al., 2008), 오히려 환자와 가족에게 심리적, 사회적 비용을 증가시키고 있다

(Coelho & Yankaskas, 2017). 이러한 맥락에서 최근 중환자실에서의 치료의 목표를 생명 연장에서 안위 증진으로 변경해야 한다는 주장이 대두되고 있으며(Medina, 2001; Truog et al., 2008), 이와 함께 중환자실에서 질 높은 임종간호 제공을 위한 통합적인 관리의 필요성이 증가하고 있다(Montagnini, Smith, & Balistrieri, 2012; Beckstrand, Lamoreaux, Luthy, & Macintosh, 2017).

Jang, Park, Kim, & Chang(2018)은 중환자실에서 일하는 간호사들이 말기 진료 경험을 토대로 자신의 전문적 의무를 어떻게 인식하는지에 대해 확인하였다. 중환자실 간호사는 죽어가는 환자를 간호하는 것을 일반적인 업무로 인식하면서도 어떻게 해야 할지 확신을 가지지 못하기도 하고, 인간의 죽음을 차갑고 어둡고 무서운 것으로 인식하기도 한다. 그러나 경험이 쌓일수록 죽음에 대한 부정적인 견해보다는 마지막 순간까지 환자를 환자라기보다 인간으로서 대해야 하며, 죽어가는 환자의 영적인 관리에 대한 필요성을 다루는 것 또한 간호사의 중요한 역할로 인식한다.

박지예(2018)의 연구에서도 간호사들은 중환자실에서 연명치료를 받는 환자들의 고통이 우선시 되지 못하는 현실의 한계를 안타까워하면서도 처음에는 일의 대상자로 환자를 인식한다고 하였다. 그러나 경험이 쌓일수록 결국에는 환자를 하나의 인격체로 인식하고 있었다. 인간에 대한 예를 바탕으로 환자의 품격 있는 죽음을 위한 돌봄을 보여주며, 환자의 가족들까지도 돌봄 영역의 포함하여 전인적인 돌봄을 제공하고자 하였다(박지예, 2018).

중환자실 간호사가 인식하는 임종간호의 경험을 확인하는 것은 질 높은 임종간호 제공을 위한 통찰력을 제공할 수는 있지만 실천

전략을 제시하기에는 제한점이 있다(Ranse, Yates, & Coyer, 2016). 따라서 중환자실 간호사가 인식하는 임종간호의 의미를 임종간호 수행 측면에서 측정하는 것이 필요하다.

2. 중환자실 간호사의 임종간호 수행

우리나라의 중환자실 사망률은 평균 16.9%로 선진국에 비해 높으며(한창훈, 2017), 중환자실 간호사는 응급실이나 병동에서 근무하는 간호사보다 임종간호 수행 빈도가 높은 것으로 보고된다(김희영, 남금희, & 권수혜, 2017; 우영화, 김경희, & 김기숙, 2013; 서민정, 김정연, 김상희, & 이태화, 2013).

임종간호 수행 정도를 확인한 선행 연구를 살펴보면 신체적, 심리적, 영적 영역으로 구분하여 수행 정도를 측정하였는데, 체위변경이나 위생 간호 등의 신체적 영역의 간호 수행 정도가 가장 높게 나타났고 심리적 영역의 간호 수행 정도도 전체 평균보다는 높은 편으로 측정되었다(김희영 외, 2017; 우영화 외, 2013). 이는 중환자실 간호사를 대상으로 시행한 연구에서도 신체적, 심리적, 영적 영역 순으로 수행하는 것으로 나타났다(고문정 & 문소현, 2016; 정상이, 2013). 영적 영역의 임종간호는 대부분의 연구에서 가장 낮게 수행되었으나 전체 부서를 대상으로 시행된 연구와 비교하였을 때 중환자실 간호사들의 영적 영역의 임종간호 수행 정도가 다소 높은 편으로 나타났다(고문정 & 문소현, 2016; 김미향 & 이은숙, 2015; 김희영 외, 2017; 우영화 외, 2013; 정상이, 2013).

중환자실 간호사의 임종간호 수행은 임종간호 태도가 긍정적일수록, 임종간호 스트레스가 낮을수록 임종간호 수행 정도가 높게 나타났으며, 임종간호 교육경험이 있는 경우에 임종간호 수행이 유의하게 높은 것으로 나타났다(고문정 & 문소현, 2016; 정상이, 2013).

그러나 중환자실 간호사들은 임종간호를 수행하는 것에 대한 어려움을 보고하고 있다. FEN(2018)의 연구에서는 지식의 부족, 의사소통 능력의 부족, 환자와 가족에 대한 이해 부족, 자원의 부족이 임종간호를 수행하는 데 어려움으로 작용한다고 언급하였고, 다른 연구에서는 중환자실에서 임종간호를 제공하는 것과 관련된 문제로 부적절한 사망 예측 모델, 환자 선호에 대한 이해 부족, 의사소통 부족, 의료 서비스 제공자들의 훈련 부족을 제시하였다(Carlet et al., 2004). 또한 간호사들이 임종 치료에 대한 의사결정 과정에서 자율성을 발휘하는 것에 한계를 느낀다고 하였다(Paganini & Bousso, 2015; Montagnini et al., 2012). 정상이(2013)의 연구에서도 의료 한계에 대한 갈등, 업무량 과중, 임종에 대한 환자 및 보호자의 부정적 태도, 임종 환자에 대한 시간 할애의 어려움 등으로 인하여 임종간호 스트레스가 증가한다고 하였으며, 환자와 24시간 함께 하는 중환자실 간호사가 임종간호에 부담감을 느끼며 스트레스를 받는다고 하였다(고문정 & 문소현, 2016).

중환자실 간호사는 환자의 신체적, 사회적, 정신적 요구 충족뿐만 아니라 영적인 통합을 이루도록 도움을 제공할 수 있는 중요한 위치에 있다(Efstathiou & Clifford, 2011). 기존의 연구에서는 중환자실 간호사가 수행하는 임종간호 활동을 통합적인 관점에서 세부

적으로 확인한 연구는 거의 없기 때문에 질 높은 임종간호 수행의 표준화를 위하여 중환자실 간호사의 구체적인 임종간호 수행 활동을 측정하는 연구가 필요하다.

3. 임종간호 대상자로서의 가족

중환자실에서의 임종간호는 포괄적이고 통합적인 접근 방식이 강조된다(Truog et al., 2008). 즉 중환자실에서의 임종간호는 환자에게 임상적인 치료를 제공하는 것뿐만 아니라, 주변 환경 관리도 포함되어야 하며(Truog et al., 2008; Wooldridge, 2016), 이는 중환자실에서 임종간호를 수행함에 있어 가족들의 요구에 대한 관리를 포함해야 함을 의미한다(Medina, 2001; Truog et al., 2008).

최근 강조되고 있는 중환자실에서의 가족 중심 접근은 환자가 사회적 구조와 관계의 그물 안에 내재되어 있으며(Truog et al., 2008), 그 결과 환자와 가족은 분리된 상태로 돌볼 수 없다는 점을 강조한다. 이러한 가족 중심 접근은 중환자실에서 임종간호를 관리하기 위한 종합적인 이상으로 부상했다(Truog et al., 2008). Davidson et al.(2017)은 환자의 가족 구성원은 중환자실 관리의 필수적인 부분이며, 가족들과의 의사소통, 가족 참여, 가족 지원, 상담 등 가족 중심 접근법을 통합하는 것을 강력하게 권고하고 있다. 또한 중환자실에서 질 높은 임종간호를 제공하기 위하여 Clarke et al.(2003)가 제시한 증거 기반 임상 지침과 지표에서도 환자-가족 중심의 의사결정, 환자-가족이 참여하는 팀 의사소통

등을 강조한다. 이는 간호사가 제공하는 임종간호에는 환자의 증상관리를 위한 약물적/비약물적 치료 및 지속적인 관리, 교육 뿐만 아니라 가족 구성원에 대한 관리 및 자원 제공이 포함되어야 함을 의미한다(Truog et al., 2008; Efstathiou & Clifford, 2011; FEN, 2018).

환자 및 가족과의 상호작용 관점에서 임종간호를 제공하는 중환자실 간호사의 역할은 가족 구성원의 스트레스, 불안, 우울증 및 외상 후 스트레스 장애를 예방하는 데 도움이 될 수 있다(Noome et al., 2016). 가족들은 질병의 진행 과정에서 환자에게 도움을 줄 수 없고 환자의 고통과 불편함을 해소시켜 줄 수 없다는 무력감을 느낀다고 보고하는 한편, 병원에 있는 동안 자신들이 사랑하는 가족, 즉 환자가 전문가들로부터 관리를 받는 것에 대한 안도를 표하기도 한다(Perreault et al., 2004). 이러한 측면에서 중환자실 간호사들은 환자에게 좋은 죽음을 제공하고 통합적인 임종간호를 제공할 수 있는 고유한 역할을 하고 있으며(Stokes, Vanderspank-Wright, Bourbonnais, & Kenneth, 2018; Ghabeljoo, 2017), 가족을 지지하기 위한 중환자실 간호사의 역할은 매우 가치가 있다(Kisorio & Langley, 2016; Hamric & Blackhall, 2007). 따라서 중환자실 간호사는 중환자실에서 임종간호를 수행함에 있어 가족 또한 대상자임을 인식하고, 간호사의 역할이 어떤 것이어야 하는지 명확히 아는 것이 중요하다(Noome et al., 2016).

그러나 국내에서의 중환자실 임종간호 수행 연구에서는 임종간호 수행의 대상자를 환자에 국한하여 측정하였고, 가족을 돌봄의 대상자로 포함하여 임종간호 수행을 확인한 연구는 거의 없는 실

정이다. 따라서 환자의 가족 또한 돌봄 대상자로 포함하는 임종간호에 대한 중환자실 간호사의 중요성 인식 정도와 실제로 가족을 임종간호 대상자에 포함하여 임종간호를 수행하고 있는지에 대한 측정이 필요하다.

4. 중환자실에서의 가족과의 의사소통

중환자실 환경에서 가족과 의료진 간의 원활한 의사소통은 가족 중심 접근의 핵심 요소로서(Azoulay et al., 2005; Amanda, Stephens, & Goldsmith, 2017; Ranse et al., 2016a), 임종간호 제공 과정에서 가족과 의료진 간의 효과적인 의사소통은 환자의 치료 과정뿐만 아니라 가족들의 심리적 증상을 개선시킨다(Truog et al., 2008; McAdam, Dracup, White, Fontaine, & Puntillo, 2010).

그러나 중환자실의 의료진과 가족 구성원 간의 불충분하고 부적절한 의사소통은 흔하게 발생한다(Carlet et al., 2004). 중환자실 환자 가족의 절반이 의료진과 부적절한 의사소통을 경험하며(Azoulay et al., 2005), 간호사와 가족 간의 의사소통의 관여나 발생이 기록되지 않기도 한다(Bloomer, Lee, & O'Connor, 2011). 가족 구성원은 의료진과의 의사소통에 수동적으로만 참여할 수 있으며, 가족들은 그들이 사랑하는 가족, 즉 환자에 대한 상태에 대해 의료진과 충분히 의사소통을 할 수 있는 시간이 없다고 보고한다(Jo et al., 2017). 가족과 의료진간의 의사소통이 원활하지 않으면 가족 구성원이 환자의 건강 상태, 예후 또는 치료의 효과를 제대

로 이해하지 못하는 경우가 많고(Cox et al., 2009), 이는 가족 구성원의 치료 선택 및 가능한 결과에 대한 의사결정을 함에 있어 제한점으로 작용한다(Jo et al., 2017). 또한 여러 연구에서 가족 구성원의 충족되지 않은 의사소통 욕구는 그들의 정신건강에 영향을 미칠 수도 있으며, 가족 구성원들이 의사소통 시간이 불충분하다고 느끼거나 정보를 이해하기 어렵다고 인지할수록 불안, 우울, 스트레스의 증상에 걸릴 위험이 있다는 것을 보여준다(Pochard et al., 2005; Azoulay et al., 2005; Jo et al., 2017).

중환자실에서 의료진과 가족 간의 의사소통에는 여러 가지 어려움이 존재한다. Schubart et al.(2015)는 중환자실에서의 비효율적인 의사소통에 대한 연구에서 개인 요인, 구조적 요인, 정보 관리 문제, 관계 관리 문제 등을 의사소통의 장애 요인으로 제시하였다. 개인 요인은 교육, 문화적 배경, 감정과 관련하여 개인 내부에서 발생하는 문제이며, 구조적 요인은 기관 역할의 경계 및 조정과 관련이 있다. 정보 관리 문제는 의료진과 가족 구성원이 정보를 찾고, 배포하고, 이해하는 사회적 및 심리적인 과정에서 발생하며, 관계 관리 문제는 대인 상호작용의 어려움에서 발생한다(Schubart et al., 2015). 특히 전문적 언어 장벽은 의료진과 가족 간의 의사소통의 중요한 방해 요소로 작용하며(Jim et al., 2006; Grant, 2015; Amanda et al., 2017), 가족들의 건강 이해 능력에 따라 의료진으로부터 제공된 단편화된 정보를 통합하면서 잘못된 정보로 이해될 수 있다(Grant, 2015; Schubart et al., 2015; Amanda et al., 2017).

임종간호를 제공함에 있어 간호사의 의사소통 기술은 중요하다

(Royal College of Nursing, 2019). 환자와 가족에게 적절한 임종간호를 수행하기 위한 간호사의 역량은 지식뿐만 아니라 의사결정 과정에 참여하고 감정을 공유하는 능력과 효과적인 의사소통을 통해 가족들이 슬픔과 상실에 잘 대처할 수 있도록 도와주는 것을 포함한다(Clarke et al., 2003; Montagnini et al., 2012). 그러나 간호사들은 가족과의 의사소통을 어려워하며(Kisorio & Langley, 2016; Malloy et al., 2010), 임종간호를 제공하는 것과 관련된 어려움으로 의사소통 능력의 부족을 보고하기도 한다(FEN, 2018; Montagnini et al., 2012; Carlet et al., 2004).

따라서 중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애를 파악하는 것은 임종간호를 효과적으로 제공하기 위해 중요한 요소이며, 이를 통해 임종간호 뿐만 아니라 전체적인 의료의 질을 향상시킬 수 있다(Bernacki & Block, 2014).

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애정도 및 환자 가족을 대상자로 포함한 임종간호의 중요도와 수행도를 확인하고 이들의 관계를 파악하여 중환자실에서의 임종간호 수행과 관련이 있는 요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구는 서울에 소재한 일개 대학병원의 중환자실에 근무하는 간호사를 대상으로 하였다. 대상자 선정 기준은 중환자실에서 임종간호를 1회 이상 수행하였으며, 임종간호 시 가족과의 의사소통을 1회 이상 경험한 간호사를 대상으로 하였고, 제외 기준은 해당 병원의 신입 간호사 교육 기간을 고려하여 중환자실 근무 경력이 2개월 미만인 간호사로 하였다.

연구 대상자 표본 크기는 G-power 3.1. 프로그램을 이용하여 산출하였다. 상관분석에 필요한 효과 크기 .30, 유의수준 .05, 검정력 .80를 기준으로 설정하여 표본 수를 산출한 결과(Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009), 최소 표본 수는 82명이였으며,

회수율을 약 50%로 고려하여 총 175명을 대상으로 설문지를 배부하였다.

3. 연구 도구

본 연구는 구조화된 설문지를 사용하였으며, 설문지의 구성은 임종간호 중요도 및 수행도 각 46개 문항, 의사소통 장애정도 58개 문항, 일반적 특성 7개 문항으로 구성하였다.

1) 중환자실 임종간호 중요도와 수행도

본 연구에서 중환자실 간호사가 인식하는 임종간호 중요도 및 수행도를 측정하기 위해 Ranse(2016b)가 개발한 도구를 번역 및 수정, 보완하여 사용하였다.

원 도구는 영문으로 작성되어 있어 도구 개발자에게 이메일을 통해 도구 사용 및 번역에 대한 동의를 받은 후 한국어로 번역하여 사용하였다. 첫 번째 과정으로 한국어와 영어에 능통한 간호학 전공자 2인이 한국어로 번역하고, 다른 간호학 전공자 2인으로부터 번역의 적절성 및 우리나라 병원과 제도의 차이를 고려하여 수정이 필요한 문항이 있는지 검토하였다. 번역한 설문지는 서울대학교 언어교육원에 의뢰하여 역번역을 하였으며, 연구자와 번역자 2인, 번역에 참여하지 않은 한국어와 영어에 능통한 간호학 전공자 1인이 원도구와 역번역 도구를 비교 검토하여 최종 번역본을 완성하였다(Kim & Hong, 2000).

최종 번역된 도구는 성인간호학 박사과정 대학원생 2인과 중환자실 경력이 있는 관리자 직책의 임상전문가 2인, 중환자실 경력 10년 이상의 간호사 2인이 내용타당도를 확인하였고, 번역의 정확성과 우리나라 상황에 적합한 단어 선택 및 표현인지에 대해 검토하였다. 총 51개 항목 중 내용타당도 지수(Content Validity Index, CVI) 0.8 미만인 5개 항목이 제외되었고, 다른 5개 항목에 대해 단어와 표현 등을 수정, 보완하였다. 제외된 항목은 돌봄의 연속성 1개 항목, 환자와 가족을 위한 정서적, 실질적 지원 2개 항목, 임종기 돌봄에 대한 환경적 요인 1개 항목, 증상관리와 안위 간호 1개 항목이었다.

최종 수정된 도구는 답변하기 어려운 항목이 있는지 확인하고 답변 작성에 소요되는 시간을 확인하기 위하여 본 연구 대상자와 동일한 조건의 간호사 10명에게 예비조사를 시행하였다. 총 10명 중 1명의 간호사가 문항 이해가 어렵긴 하지만 다시 읽어보았을 때 답변에 어려움이 없었다고 하여 문항 변경 없이 도구로 사용하였고, 예비조사 시 확인된 평균 설문지 답변 시간은 15분이었다.

번역된 최종본은 총 7개 요인, 46개의 임종간호 행위로 구성되었으며, 환자 및 가족중심의 의사결정 척도 요인 5개 항목, 정보설명 및 제공 요인 5개 항목, 돌봄의 연속성 요인 4개 항목, 환자와 가족을 위한 정서적 및 실질적 지지 요인 10개 항목, 임종기 돌봄에 대한 환경적 요인 9개 항목, 증상 관리와 안위 간호 9개 항목, 영적지원 요인 4개 항목으로 구성되어 있다. 임종간호 활동에 대해 간호사가 인식하는 중요도는 “전혀 중요하지 않다” 1점에서 “매우 중요하다” 5점까지 Likert 5점 척도로 측정하였으며, 점

수가 높을수록 중환자실 간호사가 인식하는 중요도가 높은 것을 의미한다. 임종간호 수행도는 “전혀 수행하지 않는다” 1점에서 “항상 수행한다” 4점까지 Likert 4점 척도로 측정하였으며, 점수가 높을수록 중환자실 간호사가 자가 인식한 임종간호 수행 정도가 높은 것을 의미한다.

원 도구의 하위 요인에 대한 신뢰도는 환자 및 가족중심의 의사결정 척도 요인 Cronbach’s alpha=.81, 정보 설명 및 제공 요인 Cronbach’s alpha=.84, 돌봄의 연속성 요인 Cronbach’s alpha=.61, 환자와 가족을 위한 정서적 및 실질적 지지 요인 Cronbach’s alpha=.69, 임종기 돌봄에 대한 환경적 요인 Cronbach’s alpha=.66, 증상 관리와 안위 간호 Cronbach’s alpha=.73, 영적지원 요인 Cronbach’s alpha=.90 이었다. 본 연구에서는 도구 전체 신뢰도는 Cronbach’s alpha=.93 이었고, 하위 요인에 대한 신뢰도는 환자 및 가족중심의 의사결정 척도 요인 Cronbach’s alpha=.87, 정보 설명 및 제공 요인 Cronbach’s alpha=.81, 돌봄의 연속성 요인 Cronbach’s alpha=.72, 환자와 가족을 위한 정서적 및 실질적 지지 요인 Cronbach’s alpha=.88, 임종기 돌봄에 대한 환경적 요인 Cronbach’s alpha=.82, 증상 관리와 안위 간호 요인 Cronbach’s alpha=.85, 영적지원 요인 Cronbach’s alpha=.88 이었다.

2) 의사소통 장애

중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애정도는 장성옥과 박영주(1999)가 개발하고 김순희(2009)가 수정, 보완한 도구를 안정원과 김금순(2013)이 중환자실 간호사와 중환자가

족간의 의사소통 장애를 확인하기 최종 수정, 보완한 도구를 사용하였다.

본 도구는 총 4개 영역, 58개 문항으로 구성되어 있으며, 하부영역으로는 간호사 영역 28문항, 가족 영역 16문항, 환경영역 9문항, 환자상태영역 5문항으로 구성되어 있다. 각 항목은 “전혀 장애요인 아님” 1점에서 “매우 큰 장애요인임” 5점까지 Likert 5점 척도로 측정하였으며, 점수가 높을수록 간호사가 의사소통 장애를 높게 지각함을 의미한다.

중환자 가족을 대상으로 수정된 안정원과 김금순(2013)의 연구에서 도구의 전체 신뢰도는 Cronbach’s alpha=.96 이었고, 간호사 영역은 Cronbach’s alpha=.94, 가족 영역은 Cronbach’s alpha=.88, 환경 영역은 Cronbach’s alpha=.86, 환자상태 영역은 Cronbach’s alpha=.83 이었다. 본 연구에서는 도구 전체 신뢰도는 Cronbach’s alpha=.95 이었고, 간호사 영역은 Cronbach’s alpha=.92, 가족 영역은 Cronbach’s alpha=.84, 환경 영역은 Cronbach’s alpha=.80, 환자상태 영역은 Cronbach’s alpha=.79 이었다.

3) 일반적 특성

간호사의 임종간호 제공에 영향을 주는 요인을 확인한 Prompahakul & Nilmanat(2011) 연구 결과를 근거로, 나이, 학력, 총 근무경력, 중환자실 근무경력, 임종간호 교육 경험 여부, 본인 가족의 임종간호 경험 여부 및 관계를 일반적 특성에 포함하였다.

4. 자료 수집 방법

본 연구의 자료 수집은 서울 소재 일개 대학병원의 중환자실에 근무하는 간호사를 대상으로 2022년 3월 4일부터 3월 31일까지 시행되었다.

중환자실 각 부서 내의 직원 휴게실에 모집 공고문과 연구 설명문, 설문지와 봉투, 수거함을 비치해 두고, 공고문과 연구 설명문을 읽은 후 자발적으로 연구에 참여하도록 하였다. 설문지는 작성 후 봉투에 밀봉하여 개인정보가 노출되지 않도록 하였으며, 별도의 수거함에 넣어두면 연구자가 직접 회수하였다

5. 윤리적 고려

해당 병원의 의학연구윤리심의위원회의 연구승인을 받고(IRB No. 2103-169-1207), 해당 병원의 간호본부에 연구의 목적과 자료 수집 방법에 대해 허가를 받은 후 진행하였다. 연구 대상자가 동일한 기관의 간호사이므로, 연구에 대한 설명과 동의를 직접 시행할 경우 대상자들의 자율성을 침해할 수 있어 비치된 연구 설명문을 직접 읽고 연구 참여 여부를 결정하도록 하였다. 설명문에는 연구의 목적과 자료 수집 방법, 언제든지 연구 참여를 중단할 수 있음을 기재하였다. 설문지 회수용 수거함은 불투명한 박스로 비치하여 연구 참여 여부를 다른 사람이 알 수 없도록 하였다.

6. 자료 분석 방법

수집된 자료는 IBM SPSS statistics 25를 사용하여 분석하였다.

1) 대상자의 일반적 특성, 임종간호 중요도 및 수행도, 의사소통 장애정도는 빈도와 백분율, 평균, 표준편차로 분석하였다.
2) 대상자의 일반적 특성에 따른 의사소통 장애정도와 임종간호의 중요도 및 임종간호 수행도는 독립변수가 범주형인 경우 정규성을 만족하여 independent t-test로 분석하였다. 독립변수가 연속형인 경우 정규성을 만족하지 않아 Spearman correlation으로 분석하였다.
3) 대상자가 인식한 의사소통 장애정도와 임종간호 중요도 및 임종간호 수행도 간의 상관관계는 Pearson's correlation으로 분석하였다.

Ⅳ. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자는 중환자실 간호사 중 임종간호 경험과 가족과의 의사소통 경험이 있는 간호사로서 배부한 설문지 175부에서 최종 127부의 설문지가 회수되었다. 회수율은 72.6%였으며, 미완성된 응답 3부를 제외한 124부를 자료 분석에 사용하였다. 대상자의 일반적 특성은 다음과 같다(Table 1). 전체 평균 연령은 30.32±4.57세로 29세 이하 65명(52.4%), 30세 이상 40세 미만은 52명(41.9%), 40세 이상은 7명(5.6%) 순으로 나타났다. 최종 학력은 학사 107명(86.3%), 석사 이상은 17명(13.7%)이었다. 총 임상 경력은 평균 5.84±4.71년으로 구간별로는 1년 미만이 5명(4.0%), 1년 이상 5년 미만이 65명(52.4%), 5년 이상 10년 미만이 33명(26.6%), 10년 이상 15년 미만이 12명(9.7%), 15년 이상이 9명(7.3%)로 나타났다. 중환자실 경력은 평균 5.18±3.84년으로 구간별로는 1년 미만이 5명(4.0%), 1년 이상 5년 미만이 66명(53.2%), 5년 이상 10년 미만이 36명(29.0%), 10년 이상 15년 미만이 14명(11.3%), 15년 이상이 3명(2.4%)로 나타났다. 임종간호 교육을 경험한 적이 있는 경우는 38명(30.6%), 없는 경우는 86명(69.4%)로 나타났다. 본인 가족의 임종간호를 경험한 적이 있는 경우는 23명(18.5%), 없는 경우는 101명(81.5%)로 나타났고, 경험이 있는 경우 관계가 부모인 경우는 5명(4.0%), 조부모 또는 외조부모인 경우는 19명(15.3%), 그

외 기타인 경우는 2명(1.6%)로 나타났다. 본인 가족의 임종간호 경험이 있는 경우 관계는 중복응답이 가능하였다.

Table 1

General characteristics of participants

(N=124)

Characteristics	Classification	N	(%)	M±SD
Age(yr)	≤29	65	(52.4)	30.32±4.57
	30-39	52	(41.9)	
	≥40	7	(5.6)	
Education	≤Bachelor	107	(86.3)	
	≥Master	17	(13.7)	
Total clinical career (years)	<1	5	(4.0)	5.84±4.71
	1≤ - <5	65	(52.4)	
	5≤ - <10	33	(26.6)	
	10≤ - <15	12	(9.7)	
	≥15	9	(7.3)	
ICU career (years)	<1	5	(4.0)	5.18±3.84
	1≤ - <5	66	(53.2)	
	5≤ - <10	36	(29.0)	
	10≤ - <15	14	(11.3)	
	≥15	3	(2.4)	
End-of-life care education	Yes	38	(30.6)	
	No	86	(69.4)	
End-of-life care experience of family members	Yes	23	(18.5)	
	No	101	(81.5)	

※ ICU: Intensive Care Unit

2. 중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애정도, 임종간호 중요도와 수행도

중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애정도를 분석한 결과는 다음과 같다(Table 2). 의사소통 장애 전체 문항에 대한 점수는 5점 만점에 평균 3.60±0.49점이었다. 의사소통 장애는 간호사, 가족, 환경, 환자상태 영역으로 나누어진다. 각 영역별로 장애정도를 살펴보면 가족 영역 3.73±0.52점, 간호사 영역 평균 3.62±0.54점, 환자 상태 영역 3.51±0.74점, 환경 영역 3.34±0.63점 순이었다. 의사소통 장애 총 58개 문항 중 장애정도가 높은 상위 10개 문항은 '가족이 반말 혹은 언어폭력을 사용할 때'(4.56±0.77), '나의 업무가 바빠 가족과 대화할 시간이 부족할 때'(4.48±0.59), '가족구성원끼리 정보공유를 하지 않고 간호사에게 각각 개별적으로 문의를 할 때'(4.37±0.77), '가족이 의사의 말만 받아들이는 경향을 보일 때'(4.28±0.78), '간호사로서는 할 수 없는 무리한 요구에 대해 그것을 들어 줄 수 없는 나의 입장을 이해시키고 싶으나 이해시킬 수 없을 때'(4.23±0.77), '가족이 치료나 의료서비스에 대해 불만을 표현할 때'(4.23±0.81), '환자 치료 시 가족이 바라는 우선순위와 간호업무의 우선순위가 다를 때'(4.22±0.73), '가족이 환자 예후에 관해 가족이 부적절한 기대감을 가질 때'(4.17±0.78), '내가 맡은 다른 환자의 상태가 나빠 그 환자 혹은 가족에게 더 관심을 가질 때'(4.05±0.83), '환자의 검사에 대한 결과가 좋지 않음을 알지만 가족에게 어느 정도까지 설명해야 할지 모를 때'(3.98±0.89) 순이었다.

임종간호 중요도 및 수행도는 7개 하위 영역인 환자 및 가족 중심의 의사결정 척도, 정보 설명 및 제공, 돌봄의 연속성, 환자와 가족을 위한 정서적, 실질적 지원, 임종기 돌봄에 대한 환경적 요인, 증상관리와 안위 간호, 영적 지원으로 구성되어 있다. 중환자실 간호사가 인식하는 임종간호 중요도 및 수행도를 분석한 결과는 다음과 같다(Table 3). 중요도 전체 점수는 5점 만점에 평균 4.06±0.40점이었고, 하위 영역별로 살펴보면 정보 설명 및 제공 4.37±0.48점, 돌봄의 연속성 4.26±0.58점, 환자 및 가족 중심의 의사결정 척도 평균 4.24±0.50점, 증상관리와 안위 간호 4.05±0.48점, 임종기 돌봄에 대한 환경적 요인 3.97±0.52점, 환자와 가족을 위한 정서적, 실질적 지원 3.96±0.54점, 영적 지원 3.76±0.78점 순으로 나타났다. 중요도 평균 점수가 높은 상위 10개 항목은 '현재 환자의 상태에 대하여 가족에게 설명한다.'(4.61±0.52), '환자 상태에 대한 가족의 질문에 답변한다.'(4.52±0.55), '다음 교대할 간호사에게 환자의 임종기 돌봄에 대한 가족의 의사표현 내용을 인계한다.'(4.44±0.65), '가족에게 임종과정에 대한 정보를 제공한다.'(4.44±0.56), '정맥 내 주입으로 진통제를 투여한다.'(4.39±0.61), '환자가 원하는 임종기 돌봄에 관한 가족의 이해 정도를 확인한다.'(4.33±0.62), '가족들이 환자와 대화를 나눌 수 있도록 격려한다.'(4.33±0.61), '환자에게 위생 간호를 제공한다.'(4.31±0.55), '조용하고 평화로운 환경을 조성한다.'(4.31±0.56), '환자와 가족의 사생활을 보호하기 위해 커튼을 친다.'(4.31±0.59) 였다. 중요도 평균 점수가 낮게 나타난 하위 11개 항목은 '음악을 틀어놓는다.'(3.23±1.06), '환자 침상 주위의 조명을 조정(어둡게 또는 끄기)

한다.'(3.56±0.96), '임종기 간호 중 환자의 활력징후를 정기적으로 측정하고 기록한다.'(3.66±1.04), '수분 공급을 위해 환자에게 수액을 투여한다.'(3.68±0.93), '가족에게 어떻게 대처하고 있는지 물어본다.'(3.69±0.84), '임종과정과 관련된 문화적 관행(예: 장례의 규모와 일정, 조문방식 등)에 함께할 수 있도록 가족을 지원한다.'(3.71±0.88), '영적 조언자나 권위자(목회자 등)가 환자 및 가족을 방문할 수 있도록 조정한다.'(3.72±0.95), '가족들의 감정 상태에 대해 물어본다.'(3.73±0.87), '정기적인 면회시간 외에도 가족이 방문하는 것을 허용한다.'(3.75±0.99), '영적(종교적)인 요구가 있는지 가족에게 묻는다.'(3.81±0.86), '문화적 요구가 있는지 가족에게 물어본다.'(3.81±0.88) 순이었다.

중환자실 간호사가 인식하는 임종간호 수행도 전체 점수는 5점 만점에 3.50±0.48점이었다. 하위 영역별로 살펴보면, 증상 관리와 안위 간호 4.21±0.52점, 정보 설명 및 제공 4.05±0.55점, 돌봄의 연속성 3.57±0.72점, 임종기 돌봄에 대한 환경적 요인 3.52±0.63점, 환자 및 가족 중심의 의사결정 척도 평균 3.22±0.84점, 환자와 가족을 위한 정서적, 실질적 지원 3.06±0.75점, 영적 지원 2.55±1.00점 순으로 나타났다. 수행도 평균 점수가 높은 상위 10개 항목은, '구강내/기관내 흡인을 통해 기도 청결을 유지한다.'(4.53±0.62), '환자 상태에 대한 가족의 질문에 답변한다.'(4.48±0.60), '환자에게 위생 간호를 제공한다.'(4.44±0.64), '욕창을 예방하고 관리한다.'(4.37±0.70), '임종기 간호 중 환자의 활력징후를 정기적으로 측정하고 기록한다.'(4.36±0.76), '환자와 가족의 사생활을 보호하기 위해 커튼을 친다.'(4.31±0.70), '현재 환자의 상태에 대하여 가족에

게 설명한다.'(4.29±0.68), '필요한 경우, 환자를 진정 상태로 유지한다.'(4.22±0.70), '다음 교대할 간호사에게 환자의 임종기 돌봄에 대한 가족의 의사표현 내용을 인계한다.'(4.14±0.75), '정맥 내 주입으로 진통제를 투여한다.'(4.11±0.80) 이었다. 수행도 점수가 낮게 나온 하위 10개 항목은 '문화적 요구가 있는지 가족에게 물어본다.'(2.40±1.11), '가족들의 감정 상태에 대해 물어본다.'(2.44±1.09), '가족에게 어떻게 대처하고 있는지 물어본다.'(2.45±1.10), '음악을 틀어놓는다.'(2.47±1.24), '영적(종교적)인 요구가 있는지 가족에게 묻는다.'(2.49±1.12), '영적 조언자나 권위자(목회자 등)가 환자 및 가족을 방문할 수 있도록 조정한다.'(2.56±1.13), '가족이 상담자 혹은 사회복지사와 만날 수 있도록 연계한다.'(2.69±1.19), '임종과정과 관련된 문화적 관행(예: 장례의 규모와 일정, 조문방식 등)에 함께할 수 있도록 가족을 지원한다.'(2.75±1.28), '가족이 긍정적인 추억을 만들 수 있는 기회를 제공한다.'(2.81±1.10), '환자 가족에게 환자 돌봄에 참여하고 싶은지 질문한다.'(2.98±1.07) 로 나타났다.

Table 2

Self perceived Communication barriers with patient's families

(N=124)

Variables	M±SD
Communication barrier	3.60±0.49
Nurses	3.62±0.54
Family	3.73±0.52
Environment	3.34±0.63
Patient condition	3.51±0.74

Table 3

The Importance and Performance of end-of-life care practices

(N=124)

Variables	Importance M±SD	Performance M±SD
End-of-life care practices	**4.06±0.40**	**3.50±0.48**
Patient and family centered decision making scale	4.24±0.50	3.22±0.84
Provide the family with options about the care of the patient	4.29±0.60	3.46±0.89
Ask the family if they would like to be involved in care of the patient	4.15±0.66	2.98±1.07
Ask the family their preferences for the patient's care	4.15±0.68	3.08±1.06
Attend family meetings with the intensive care team	4.29±0.72	3.15±1.14
Ask the family about their knowledge of the patient's wishes for end-of-life care	4.33±0.62	3.45±0.96
Explaining and providing information	4.37±0.48	4.05±0.55
Answer the family's questions about the patient's condition	4.52±0.55	4.48±0.60
Fully inform the family about all aspects of the plan of care	4.20±0.70	3.73±0.83

Explain all interventions undertaken in the care of the patient	4.07±0.80	3.91±0.70
Provide information to the family about the dying process	4.44±0.56	3.83±0.78
Explain to the family what is happening to the patient	4.61±0.52	4.29±0.68
Continuity of care	4.26±0.58	3.57±0.72
Document the family's preference for the care of the patient	4.22±0.75	3.36±1.01
Handover the family's preferences for the patient's end-of-life care to the oncoming nurse	4.44±0.65	4.14±0.75
Ask the intensive care team to document the plan of care/treatment orders	4.15±0.74	3.37±1.08
Liaise with other members of the health care team to meet identified needs of the patient and family	4.22±0.74	3.40±1.05
Emotional and practical support for patients and families	3.96±0.54	3.06±0.75
Encourage the family to reminisce about the patient	4.11±0.73	3.31±1.05
Permit family to visit outside of regular visiting hours	3.75±0.99	3.14±1.11
Encourage the family to talk to the patient	4.33±0.61	3.69±0.93
Encourage the family to touch the patient	4.18±0.80	3.51±1.07
Provide the family with access to a private room to congregate	3.90±0.80	3.08±1.21

Arrange for a counsellor or social worker to meet with the family	3.91±0.81	2.69±1.19
Symptom management and comfort care	4.05±0.48	4.21±0.52
Administer fluids to the patient to maintain hydration	3.68±0.93	4.04±0.96
Keep the patient sedated, if appropriate	4.12±0.66	4.22±0.70
Administer analgesia via intravenous infusion	4.39±0.61	4.11±0.80
Provide care to maintain patient hygiene	4.31±0.55	4.44±0.64
Provide pressure area care	3.95±0.91	4.37±0.70
Maintain the patient's airway using oro/endotracheal suction	4.27±0.63	4.53±0.62
Initiate (or implement) weaning from mechanical ventilation once the decision to withdraw mechanical ventilation has been made (i.e. reduce FiO2, rate and/or tidal volume)	3.97±0.75	3.85±0.84
Administer medications to prevent/minimise dyspnoea and respiratory sections	4.09±0.67	3.97±0.85
Regularly obtain and document patient vital signs during the provision of end-of-life care	3.66±1.04	4.36±0.76
Stay in the room with the patient and family, if the patient and family wants	3.99±0.82	3.52±1.01

Ask the family about their feelings	3.73±0.87	2.44±1.09
Ask the family how they are coping	3.69±0.84	2.45±1.10
Provide opportunities for the family to create positive memories	3.98±0.77	2.81±1.10
Comfort care-environmental factors	3.97±0.52	3.52±0.63
Move the patient to a more private area of the unit	4.16±0.62	3.47±1.14
Create a calm, peaceful environment	4.31±0.56	3.80±0.86
Silence alarms on all equipment	3.95±0.98	3.44±1.07
Adjust (dim or turn off) the lighting around the patient's bed space	3.56±0.96	3.14±0.98
Play music	3.23±1.06	2.47±1.24
Put up photographs of the patient, family members and/or pets	3.84±0.82	3.28±0.92
Cluster/coordinate care to minimise interruptions and provide privacy for the patient and family	4.24±0.56	3.82±0.81
Draw curtains to provide privacy for the patient and family	4.31±0.59	4.31±0.70
Place chairs around the bed for the family	4.13±0.67	3.96±0.94

Spiritual support	3.76±0.78	2.55±1.00
Ask the family about spiritual needs	3.81±0.86	2.49±1.12
Offer to arrange for a spiritual advisor or pastoral care representative to visit the patient and family	3.72±0.95	2.56±1.13
Ask the family about cultural needs	3.81±0.88	2.40±1.11
Support the family to participate in cultural practices related to dying	3.71±0.88	2.75±1.28

3. 중환자실 간호사의 일반적 특성에 따른 의사소통 장애정도, 임종간호 중요도와 수행도

중환자실 간호사의 일반적 특성에 따른 환자 가족과의 의사소통 장애정도와 임종간호 중요도 및 수행도는 다음과 같다(Table 4). 나이와 총 임상 경력, 중환자실 임상 경력은 연속형 변수로서 정규성을 만족하지 않아 Spearman correlation으로 분석하였고, 학력, 임종간호 교육 여부, 본인 가족의 임종간호 경험 여부는 명목형 변수로서 정규성을 만족하여 independent t-test로 분석하였다. 환자 가족과의 의사소통 장애정도와 통계적으로 유의한 차이를 나타내는 일반적 특성은 없었다. 최종 학력(t=-1.201, p=.232), 임종간호 교육 여부(t=1.351, p=.179) 본인 가족의 임종간호 경험 여부(t=1.439, p=.162) 모두 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 나이(r_s=0.170, p=.059), 총 임상 경력(r_s=0.137, p=.130), 중환자실 임상 경력(r_s=0.127, p=.159) 역시 의사소통 장애정도와 통계적으로 유의한 상관관계를 보이지 않았다. 의사소통 장애 하위 영역별로 일반적 특성을 분석한 결과 가족 영역은 나이(r_s=0.233, p=.009), 총 임상경력(r_s=0.252, p=.005), 중환자실 임상 경력(r_s=0.276, p=.002)과 통계적으로 유의한 상관관계가 있었으며, 환경 영역은 임종간호 교육 여부(t=2.276, p=.007)와 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

임종간호 중요도와 통계적으로 유의한 차이를 나타내는 일반적 특성은 임종간호 교육 여부(t=2.661, p=.009)로 나타났다. 최종 학력(t=0.067, p=.947), 본인 가족의 임종간호 경험 여부(t=0.640,

p=.524)는 임종간호 중요도와 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 나이(r_s=-0.065, p=.473), 총 임상 경력(r_s=-0.110, p=.224), 중환자실 임상 경력(r_s=-0.082, p=.365)의 경우에도 임종간호 중요도와 통계적으로 유의한 상관관계를 보이지 않았다.

임종간호 수행도와 통계적으로 유의한 차이를 나타내는 일반적 특성은 임종간호 교육 여부(t=3.114, p=.002)로 나타났다. 최종 학력(t=-0.533, p=.595), 본인 가족의 임종간호 경험 여부(t=0.794, p=.429)에 따라 임종간호 수행도는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 나이(r_s=-0.063, p=.488), 총 임상 경력(r_s=-0.064, p=.481), 중환자실 임상 경력(r_s=-0.005, p=.952) 역시 임종간호 수행도와 통계적으로 유의한 상관관계를 보이지 않았다.

Table 4

Communication barriers, end-of-life care practices Importance and Performance according to general characteristics of participants

(N=124)

Characteristics	Classification	Communication barriers		Importance		Performance	
		M±SD	t or r_s *(p)*	M±SD	t or r_s *(p)*	M±SD	t or r_s *(p)*
Age(years)†			0.170 *(.059)*		−0.065 *(.473)*		−0.063 *(.488)*
Education	≤Bachelor	3.58±0.48	−1.201 *(.232)*	4.06±0.40	0.067 *(.947)*	3.49±0.46	−0.533 *(.595)*
	≥Master	3.73±0.52		4.07±0.41		3.56±0.61	
Total clinical career†(years)			0.137 *(.130)*		−0.110 *(.224)*		−0.064 *(.481)*
ICU career† (years)			0.127 *(.159)*		−0.082 *(.365)*		−0.005 *(.952)*
End-of-life care education	Yes	3.69±0.43	1.351 *(.179)*	4.20±0.43	2.661 *(.009)*	3.70±0.49	3.114 *(.002)*
	No	3.56±0.51		4.00±0.38		3.42±0.45	
End-of-life care experience of family members	Yes	3.42±0.70	1.439 *(.162)*	4.11±0.49	0.640 *(.524)*	3.57±0.47	0.794 *(.429)*
	No	3.64±0.42		4.05±0.38		3.48±0.48	

※ ICU: Intensive Care Unit, †: spearman correlation

4. 중환자실 간호사가 인식하는 의사소통 장애정도, 임종간호 중요도와 수행도 간의 상관관계

중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애정도, 임종간호 중요도 및 수행도 간의 상관관계를 분석한 결과는 다음과 같다(Table 5). Shapiro-wilk test, 왜도와 첨도를 확인한 결과 각 변수들의 분포는 정규성을 만족하여 Pearson's correlation 분석을 시행하였다. 환자 가족과의 의사소통 장애정도와 임종간호 중요도(r=.38, p<.001) 및 수행도(r=.21, p=.017)는 통계적으로 유의한 양의 상관관계를 나타내었다. 임종간호 중요도와 수행도(r=.45, p<.001)는 통계적으로 유의한 양의 상관관계를 보였다.

하위 영역별 상관관계를 보면 의사소통 장애정도 전체 영역은 임종간호 중요도 하위 영역인 증상 관리와 안위 간호(r=.34, p<.001), 돌봄의 연속성(r=.33, p<.001), 환자와 가족을 위한 정서적, 실질적 지원(r=.31, p<.001), 임종기 돌봄에 대한 환경적 요인(r=.30, p<.001), 정보 설명 및 제공(r=.25, p=.006), 환자 및 가족 중심의 의사결정 척도(r=.19, p=.030), 영적 지원(r=.19, p=.035) 모두와 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 의사소통 장애정도 전체 영역과 임종간호 수행도의 하위 영역에서는 돌봄의 연속성(r=.21, p=.018), 증상 관리와 안위 간호(r=.20, p=.029)와 유의한 양의 상관관계를 보였다.

임종간호 수행도 전체 영역은 임종간호 중요도의 하위 영역인 환자와 가족을 위한 정서적, 실질적 지원(r=.39, p<.001), 임종기

돌봄에 대한 환경적 요인(r=.39, p<.001), 돌봄의 연속성(r=.32, p<.001), 정보 설명 및 제공(r=.30, p<.001), 증상 관리와 안위 간호(r=.29, p=.001), 환자 및 가족 중심 의사결정 척도(r=.19, p=.036) 모두와 유의한 양의 상관관계를 보였다. 임종간호 수행도 전체 영역과 의사소통 장애정도의 하위 영역은 환자상태 영역(r=.25, p=.005)과 환경 영역(r=.24, p=.008)이 통계적으로 유의한 양의 상관관계가 있었다. 간호사 영역(r=.16, p=.082), 가족 영역(r=.17, p=.066)은 양의 상관관계를 보였으나 통계적으로 유의하지 않았다.

임종간호 중요도 전체 영역은 수행도 하위 영역 중 증상 관리와 안위 간호(r=.41, p<.001), 정보 설명 및 제공(r=.36, p<.001), 임종기 돌봄에 대한 환경적 요인(r=.36, p<.001), 돌봄의 연속성(r=.34, p<.001), 영적 지원(r=.32, p<.001), 환자와 가족을 위한 정서적, 실질적 지원(r=.30, p<.001)과 통계적으로 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 환자 가족 중심의 의사결정 척도 영역(r=.09, p=.325)은 양의 상관관계가 있었으나 통계적으로 유의하지 않았다. 임종간호 중요도 전체 영역과 의사소통 장애정도 하위 영역은 간호사 영역(r=.37, p<.001), 환자상태 영역(r=.31, p<.001), 환경 영역(r=.30, p<.001), 가족 영역(r=.26, p=.004) 모두와 유의한 양의 상관관계가 있었다.

Table 5

Correlations among Communication barriers, end-of-life care practices Importance and Performance

	Communication barriers	Importance	Performance
	r*(p)*	r*(p)*	r*(p)*
Communication barrier	1		
Importance	.38 *(<.001)*	1	
Performance	.21 *(.017)*	.45 *(<.001)*	1

Ⅴ. 논의

본 연구는 중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애정도와 환자 가족을 대상자로 포함한 임종간호 활동의 중요도 및 수행도를 확인하고 그 관계를 파악하고자 하였다. 또한 이를 통해 중환자실에서의 질 높은 임종간호 중재 프로그램을 개발하기 위한 근거 자료를 마련하고자 시행하였다. 본 연구의 결과를 토대로 한 논의는 다음과 같다.

1. 중환자실 간호사의 환자 가족과의 의사소통 장애

중환자실 간호사가 인식하는 의사소통 장애정도를 살펴보면, 의사소통 장애정도는 평균 3.60±0.49점으로 동일한 도구로 의사소통 장애를 측정한 선행 연구(안정원 & 김금순, 2013; 김재원, 김경희, 정혜경, & 곽연희, 2017)에서 평균 2.83±0.50, 3.39±0.45점으로 측정된 것에 비해 다소 높게 나타났다. 이는 선행 연구에서 임상경력이 높을수록 의사소통 장애 점수가 낮게 측정되었다는 점을 통해 본 연구에서는 대상자의 절반 이상이 5년 미만의 임상경력이었고, 총 임상경력 10년 미만의 간호사 비율이 선행 연구에 비해 낮은 것으로 인해 차이가 나는 것으로 사료된다. 높은 의사소통 장애는 간호업무성과를 저하시키며(김재원 외, 2017), 의사소통 스트레스가 임종간호 스트레스와 임종간호 수행에 영향을 미칠 수 있다. 특히 의사소통 장애 하위 영역 중 가족 영역 의사소통 장애

를 가장 높게 인식하고 있었던 점을 고려할 때 임종간호 상황에서 가족과의 의사소통 장애를 줄이기 위한 개선 방안이 필수적이며, 이를 통해 임종간호 수행을 향상시킬 수 있을 것으로 생각된다.

의사소통 장애 전체 항목에서 가장 높게 응답된 장애 상황은 가족 영역의 '가족이 반말 혹은 언어폭력을 사용할 때'였다. 언어폭력은 스트레스 상황과 관련되어 발생할 수 있고(Oweis & Diabat, 2005), 의료기관 내에서 질병과 관련된 신체적, 정신적 고통이나 의료서비스에 대한 불만을 간호사에게 화풀이 하는 경우가 많다(권혜진, 김효심, 최귀순, 이경숙, & 성영희, 2007). 임종 상황은 가족들에게 매우 큰 스트레스 상황이므로, 가족을 대상자로 임종간호를 수행하는 간호사에게 언어 폭력이 흔히 발생할 수 있는 상황임을 인식하는 것이 중요하다. 황윤영, 박영례, & 박성희(2015)는 환자 가족들의 무례한 언행이 간호사로서의 역할과 존재감에 대한 회의를 느끼게 한다고 하였고, Cho et al.(2011)의 연구에서도 언어폭력 경험이 간호사들에게 부정적 감정을 경험하게 하고 업무 생산성을 감소시킨다고 하였으며, Joung & Park(2016)의 연구에서도 언어폭력 경험이 소진을 증가시켜 이직 의도에 영향을 미칠 수 있다고 하였다. 따라서 언어폭력으로 인해 간호사가 환자와 보호자에게 임종 간호를 제공할 때 위축되고 주저할 수 있으므로 임종간호 수행에서 언어폭력에 대한 대처는 중요한 문제로 다루어져야 할 것이다. 중환자실에서 임종간호를 수행함에 있어 가족 관리는 중요한 부분으로(Truog et al., 2008), 가족과의 일반적인 의사소통 방법 뿐만 아니라 환자 가족과의 갈등상황에서 적절하게 대처할 수 있는 의사소통 기술 습득을 위한 교육 및 훈련이 필요하며, 언

어폭력으로부터 간호사를 보호할 수 있는 제도적 장치 마련 또한 필요할 것으로 생각된다.

다음으로 높게 응답된 의사소통 장애 상황은 간호사 영역의 '나의 업무가 바빠 가족과 대화할 시간이 부족할 때' 와 '가족구성원끼리 정보공유를 하지 않고 간호사에게 각각 개별적으로 문의를 할 때' 이었다. 고문정과 문소현(2016)의 연구에서도 업무량 과중이 임종간호 수행에 큰 장애요인임을 시사하고 있으며, Stricker et al.(2009)은 환자와 간호사 비율이 낮을수록 가족과의 의사소통 기회가 줄어들어 환자 가족의 만족도가 낮아진다고 하였다. 그러나 가족과의 의사소통 기회를 증가시키는 것이 오히려 간호사의 업무에 지장을 줄 수도 있다는 점을 고려할 때 리플릿 등의 인쇄물을 통해 특정 정보 요구를 충족시킬 수도 있다(Nelson et al., 2010). 본 연구에서도 '가족의 제한적인 방문시간'이나 '가족과 전화로 의사소통할 때'에 대한 장애 점수가 낮게 나타난 것으로 보아 임종과정 및 중환자실에서 제공되는 임종 간호 등에 대한 내용을 담은 인쇄물이나 동영상 자료로 제공하는 등의 간접적 의사소통 방법을 고려할 필요가 있다. 또한 가족들이 여러 의료진으로부터 제공되는 정보를 통합하면서 잘못된 정보로 이해하거나 혼란을 느낄 수 있으므로(Grant, 2015; Schubart et al., 2015; Amanda et al., 2017; Nelson et al., 2010), 가족 구성원에게 일관성 있는 정보를 제공하고 개별적인 문의에서 오는 간호사의 업무 피로도를 감소시키기 위하여 정해진 시간에 의사와 간호사가 함께 가족과 면담하는 것이 도움이 될 수 있을 것으로 생각된다. 다만 가족과 의료진이 정기적인 면담을 하는 것은 환자 및 가족에게 긍정적인 경험을 줄

수 있으나 각 병원의 인력 상황, 조직 문화 및 시스템 측면 등을 고려하여 조심스럽게 제언되어야 할 부분이다.

2. 중환자실 간호사가 인식하는 임종간호 중요도와 수행도

환자 가족을 대상자로 포함한 임종간호 활동에 대한 중요도와 수행도를 살펴보면, 중환자실 간호사가 인식하는 임종간호 중요도 점수가 평균 4.06±0.40점, 수행도 점수가 평균 3.50±0.48점이었으며, 중환자실 간호사가 인식하는 임종간호의 중요도는 임종간호 수행도와 양의 상관관계를 보였다. 이는 환자 가족 중심 간호의 중요성을 높게 인식할수록 돌봄 행위 수행이 높다고 한 김나연과 최혜란(2021)의 연구결과와 동일하였다. 이를 통해 중환자실에서의 임종간호 수행을 높이기 위해서 중환자실에서의 임종간호 중요성에 대한 인식을 강화하는 것이 선행되어야 할 것으로 생각된다.

본 연구에서 중환자실 간호사들은 정보 설명 및 제공 영역을 임종간호에서 가장 중요하게 인식하였고, 수행도 또한 두 번째로 높게 나타나 Ranse(2016b)의 연구 결과와 유사하였다. 환자와 가족들은 임종 과정이라는 불확실한 상황에서 환자의 상태와 예후에 대해 정확한 정보를 제공받기를 원한다(Nelson et al., 2010; 김선정, 2020). 환자와 가족에게 필요한 정보를 제공하는 것은 중환자실 환자 가족의 요구를 충족시켜 불안을 감소시키고, 나아가 만족도 향상에 기여할 수 있다.(Stricker et al., 2009). 본 연구에서 의

사소통 장애와 정보 설명 및 제공 영역의 임종간호 수행도에는 유의한 양의 상관관계가 있었던 점을 토대로 임종 상황에서 가족들과 의사소통 하는 것은 세심한 대응이 필요할 수 있음을 의미한다. Nelson et al.(2010)의 연구에서도 중환자실 환자와 가족들은 시기적절하고 명확하며 동정심 있는 의사소통의 중요성을 강조하였는데, 이는 환자 상태에 대한 가족들의 이해도를 고려하여 정확한 정보를 제공하면서도 가족들이 이해할 수 있는 언어로 설명하고 공감의 표현을 사용하는 등의 의사소통 기술을 습득하는 것이 필요하다고 할 수 있다.

본 연구에서 중환자실에서 수행되는 임종간호는 증상 관리와 안위 간호 영역의 수행도가 가장 높게 나타났으며, 이는 선행연구(고문정 & 문소현, 2016; 정상이, 2013)에서 신체적 영역의 임종간호 수행이 높았던 것과 일치하는 결과이다. 증상 관리와 안위 간호 세부 항목 중 기도 청결을 유지하거나 욕창 예방, 위생 간호 제공 등의 수행도에 비해 진통제를 투여하거나 진정 상태로 유지하는 등의 활동 수행도는 다소 낮게 나타났다. 체위 변경, 욕창 간호, 기관 내 흡인 등 중환자실에서 일상적으로 행해지는 간호 행위에도 통증이 수반될 수 있으며(Sigakis & Bittner, 2015), 말기 환자가 신체적 고통에 시달리게 되면 사회 심리적 및 영적 간호를 효과적으로 수행하기 어려울 수 있으므로(박순주, 1996), 임종 간호에서 통증 관리를 포함한 안위 간호의 중요성은 높다고 할 수 있다. 또한 진통제나 진정제 사용 등은 의사 처방이 전제되어야 한다는 점에서, 임종 환자의 통증 관리에 대한 간호사 뿐만 아니라 의사의 인식 강화도 필요할 것으로 생각된다.

중환자실에서의 포괄적인 환자 가족 중심 접근에서 환자 및 가족을 위한 정서적, 실질적 지원에 대한 간호를 제공하는 것은 좋은 죽음을 위해 필수적이다(Mitchell et al., 2016). 그러나 본 연구에서 중환자실 간호사의 정서적 지지 및 실질적인 지원에 대한 중요도 인식은 낮은 것으로 나타났다. 환자 지지에 대한 인식은 돌봄 행위 수행과 큰 연관이 있으므로(김나연 & 최혜란, 2021), 환자 가족 중심의 접근에 대한 중환자실 간호사들의 인식을 강화시키는 것이 필요할 것이다. 또한 환자 가족들에게 정서적 지지를 제공하는 것은 '가족들이 환자에 대한 추억을 나누도록 격려'하고, '가족들의 감정 상태에 대해 물어'보거나, '가족들이 어떻게 대처하고 있는지 물어보는' 등 직접적인 대화를 통해 이루어지므로 간호사의 의사소통 능력이 중요할 수 있다. 따라서 환자 및 가족들에게 적절한 정서적 지지를 위하여 사례별 구체적인 의사소통 지침 개발을 통해 실질적인 방법을 제시하는 것이 도움이 될 수 있을 것이라 생각된다.

선행 연구 결과(고문정 & 문소현, 2016; 정상이, 2013)와 동일하게 본 연구에서도 영적 지원 수행도는 가장 낮게 나타났으며, 중요도 인식 점수 또한 가장 낮게 측정되었다. 가족들의 요구하는 심리, 사회적, 영적 돌봄의 요구도 또한 낮은 편이지만(Lee at al., 2021), 영적 지원은 포괄적인 임종 간호 돌봄에서 중요한 요소이므로, 임종간호에서 영적 지원의 중요성에 대한 의료진의 인식을 높이는 것이 필요할 것으로 생각된다.

임종간호 교육 경험에 따라 임종간호 중요도 및 수행도에 차이를 보였는데 이는 선행 연구 결과에서도 지지된다(고문정 & 문소

현, 2016; 정상이, 2013). 준비되어 있다는 생각과 자신감은 임종간호 수행에 참여하는 정도와 관련이 있다(Kristen, 2013). 주기적인 임종간호 교육을 통해 중환자실 간호사의 임종 간호 역량을 증가시키고 질 높은 임종간호를 수행할 수 있을 것으로 생각된다. 본 연구에서 대상자들이 경험한 임종간호 교육에 대한 세부 내용을 확인하지는 못하였다. 다만 선행 연구와 본 연구에서의 결과를 바탕으로 중환자실 간호사들이 어려운 점으로 지목한 임종 과정의 가족관리 방법(고문정 & 문소현, 2016) 및 환자 가족과의 의사소통 장애를 감소시키기 위한 의사소통 기술, 환자 가족을 대상자로 포함한 포괄적인 임종간호에 대한 중요성 등이 임종간호 교육 내용이 포함되어야 할 것으로 생각되며, 구체적인 임종간호 교육 방법 및 효과 등에 대한 후속 연구가 필요할 것으로 생각된다.

본 연구에서 나이, 총 임상경력, 중환자실 경력에 따른 임종간호 수행도에는 차이가 없는 것으로 나타났다. 이는 고문정과 문소현(2016)의 연구결과와 동일하였으나 임상 경력과 중환자실 근무 경력에 따라 유의한 차이가 있었던 정상이(2013)의 연구 결과와는 상이하게 나타났다. 고문정과 문소현(2016)의 연구에서 3~5년 미만 대상자들이 임종간호 수행 평균 점수가 가장 낮게 나타났고, 본 연구에서도 5~10년 사이의 간호사들이 다른 연차에 비해 인식하는 중요도와 수행도 점수가 낮게 나타났다. 이는 임상경력별로 각 중환자실 내에서의 역할 차이가 있을 수 있음을 시사하며, 경력에 따른 역할별 차이를 고려한 임종간호 수행도 및 중요도를 확인하기 위한 후속 연구가 필요할 것으로 생각된다.

본 연구는 환자 가족을 임종간호 대상자로 포함한 임종간호 활동에 대한 중요도와 수행도를 파악하고 중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애와 동시에 비교 분석하였다는 점에서 의의가 있다. 특히 본 연구에서 측정된 임종간호 항목들은 중환자실 간호사의 실무가 반영된 임종간호 활동이라는 점에서 의의가 있으며, 추후 중환자실 간호사의 임종간호 표준을 제시하는데 도움이 될 것으로 생각된다.

본 연구는 1개 상급종합병원의 중환자실 간호사를 대상으로 편의 표집하여 조사하였으며, 중환자실별 특수성을 반영하지 않았으므로 일반화하여 해석하는 데 제한이 있다. 또한 자가보고식 설문지를 이용하여 수행도를 측정하였으므로 실제보다 높게 평가되었을 가능성이 있다.

Ⅵ. 결론 및 제언

본 연구는 중환자실 간호사를 대상으로 환자 가족과의 의사소통 장애와 환자 가족을 대상자로 포함한 임종간호 활동에 대한 중요도 및 수행도를 확인하고 그 관계를 파악함으로써 질 높은 임종간호를 제공하기 위한 전략 수립 및 가족과 의료진의 요구를 모두 지원할 수 있는 통합적인 임종간호 중재 개발의 기초 자료를 제공하고자 시행되었다.

본 연구는 서울 소재 1개 상급종합병원 중환자실 간호사 중 임종간호 경험이 있는 간호사를 대상으로 시행되었으며, 총 124부의 설문지를 연구 분석에 사용하였다. 연구 도구는 의사소통 장애정도 58개 문항, 임종간호 중요도 46개 문항, 임종간호 수행도 46개 문항, 일반적 특성 7개 문항으로 구성된 설문지를 사용하였다. 수집된 자료 분석은 IBM SPSS Statistics 25 프로그램을 이용하여 빈도와 백분율, independent t-test, Spearman correlation, Pearson's correlation 방법을 사용하였다.

본 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

첫째, 중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애는 5점 만점에 평균 3.60±0.49점이었고, 가족 영역의 의사소통 장애 점수가 평균 3.73±0.52점으로 가장 높게 나타났다.

둘째, 중환자실 간호사가 인식하는 임종간호 중요도는 5점 만점에 평균 4.06±0.40점이었으며, 임종간호 수행도는 5점 만점에 평균 3.50±0.48점이었다. 임종간호 중요도 점수가 가장 높은 하위 영

역은 정보 설명 및 제공 영역으로 평균 4.37±0.48점 이었으며, 임종간호 수행도 점수가 가장 높은 하위 영역은 증상관리와 안위 간호 활동으로 평균 4.21±0.52점으로 나타났다.

셋째, 중환자실 간호사의 임종간호 교육 여부에 따라 임종간호 중요도(t=2.661, *p*=.009) 및 수행도(t=3.114, *p*=.002)는 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

넷째, 중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애정도와 임종간호 중요도(r=.38, p<.001) 및 수행도(r=.21, p=.017)는 양의 상관관계를 나타냈다. 임종간호 중요도와 수행도(r=.45, p<.001)는 양의 상관관계를 보였다.

위 결과를 종합했을 때 중환자실에서의 질 높은 임종간호를 제공하기 위해서는 환자 가족과의 의사소통 장애를 개선하기 위한 다양한 중재 방법이 필요하며, 환자 가족을 대상자로 포함하는 통합적인 임종간호에 대한 인식을 강화시키고, 간호사와 환자 가족과의 효과적인 의사소통 방법을 포함한 임종간호 교육 프로그램이 필요하다고 생각된다.

본 연구 결과와 논의를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 중환자실 간호사와 환자 가족과의 의사소통 장애를 개선할 수 있는 사례별 의사소통 지침을 개발과 적용을 제언한다.

둘째, 중환자실 간호사를 위한 체계적인 임종간호 교육 프로그램 개발하고 이에 대한 효과 평가에 대한 연구를 제언한다.

참 고 문 헌

고문정 & 문소현. (2016). 중환자실 간호사의 임종간호수행에 영향을 미치는 요인. **정신간호학회지, 25**(4), 327-337. doi:10.12934/jkpmhn.2016.25.4.327

권혜진, 김효심, 최귀순, 이경숙, & 성영희. (2007). 의료기관내에서의 언어폭력에 관한 연구. **임상간호연구, 13**(2), 113-124.

김나연 & 최혜란. (2021). 중환자실 간호사의 환자-가족 중심 간호에 대한 인식이 돌봄행위 수행에 미치는 영향. *Journal of Korean Biological Nursing Science, 23*(3), 208-216. doi:10.7586/jkbns.2021.23.3.208

김미향 & 이은숙. (2015). DNR 환자 임종간호에 대한 간호사의 스트레스, 태도 및 임종간호 수행. **간호과학논집-전남대학교, 20**(1), 25-41.

김선정. (2020). *중환자 가족의 연명 의료 관련 지식, 인식, 태도 및 간호사 역할 인식과 요구.* 석사학위 논문, 서울대학교, 서울.

김양옥 & 이여진. (2017). 특수부서와 일반병동 간호사가 경험하는 병원 내 언어폭력이 직무 스트레스에 미치는 영향 비교. **간호행정학회지, 23**(3), 323-335. doi:10.11111/jkana.2017.23.3.323

김재원, 김경희, 정혜경, & 곽연희. (2017). 중환자실 간호사의 의사소통 장애가 간호업무성과에 미치는 영향. **한국웰니스학회지, 12**(1), 45-56. doi:10.21097/ksw.2017.02.12.1.45

김희영, 남금희, & 권수혜. (2017). 일 상급종합병원 간호사의 임종간호 스트레스와 임종간호수행 간의 관계에 미치는 공감역량과 극복력의 매개효과. **한국호스피스.완화의료학회지, 20**(4), 253-263. doi:10.14475/kjhpc.2017.20.4.253

노유자. (1994). *호스피스와 죽음*. 서울: 현문사.

박지예. (2018). *중환자실 간호사의 임종간호 경험*. 석사학위 논문, 서울대학교, 서울.

서민정, 김정연, 김상희, & 이태화. (2013). 임종 다빈도 부서 간호사의 죽음에 대한 태도 및 대처정도와 생애 말기환자 간호와의 관계 - 응급실, 중환자실, 종양내과 병동 간호사를 중심으로. **한국호스피스.완화의료학회지, 16**(2), 108-117. doi:10.14475/kjhpc.2013.16.2.108

설은미 & 고진강. (2018). 중환자실 간호사의 임종 환자 돌봄 경험. **중환자간호학회지. 11**(2), 1-10.

안정원 & 김금순. (2013). 중환자실 간호사의 의사소통 난이도, 중요도 및 만족도에 관한 인식과 환자 가족과의 의사소통 장애에 대한 조사연구. *Perspectives in Nursing Science, 10*(1), 12-23.

우영화, 김경희, & 김기숙. (2013). 간호사의 죽음불안과 임종간호스트레스 및 임종간호수행. **한국호스피스.완화의료학회지, 16**(1), 33-41.

이광자. (2013). *의사소통과 간호* (3 ed.). 서울: 신광출판사.

이소우, 이은옥, 허대석, 노국희, 김현숙, 김선례, ... & 윤영호. (1998). 말기암 환자와 가족의 의료 및 간호 서비스 요구. **대한간호학회지, 28**(4), 958-969.

이정숙, 김현숙, 곽미정, 박희정, 김연수, 이윤원, ... & 하숙연. (2003). 일개 3차 의료기관 중환자실의 간호업무량 측정 및 적정 간호인력 수요산정. **임상간호연구, 8**(2), 61-75.

이진영 & 김화순. (2021). 중환자 가족이 인지하는 간호사 의사소통유형과 중환자 가족 만족도와의 관계. **글로벌 건강과 간호, 11**(2), 92-101.

정상이. (2013). *중환자실 간호사의 임종간호 스트레스와 임종간호 수행.* 석사학위 논문, 한양대학교, 서울.

정혜진 & 강지연. (2014). 중환자실 간호사 근무환경과 환자가족 만족도의 관계. **중환자간호학회지, 7**(2), 58-67.

통계청. (2021). 2020년 인구동향조사 출생.사망통계 잠정 결과.

한창훈. (2017). *국민건강보험 청구자료를 이용한 중환자실 입원 환자의 현황과 의료이용 생존율 및 예후와 관련된 요인 분석.* Retrieved from www.alio.go.kr/download.dn?fileNo=2329119.

황윤영, 박영례, & 박성희. (2015). 중환자실 간호사의 폭력경험. **성인간호학회지, 27**(5), 548-558. doi:10.7475/kjan.2015.27.5.548

Amanda, J. Y., Stephens, E., & Goldsmith, J. V. (2017). Family Caregiver Communication in the ICU: Toward a Relational View of Health Literacy. *Journal of Family Communication, 17*(2), 137-152. doi:10.1080/15267431.2016.1247845

Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., ... & Schlemmer, B. (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 171*(9), 987-994. doi:10.1164/rccm.200409-1295OC

Beckstrand, R. L., Lamoreaux, N., Luthy, K. E., & Macintosh, J. L. (2017). Critical Care Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Obstacles: Comparative 17-Year Data. *Dimensions of Critical Care Nursing, 36*(2), 94-105. doi:10.1097/dcc.0000000000000234

Bernacki, R. E., & Block, S. D. (2014). Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA Internal Medicine, 174*(12), 1994-2003.

doi:10.1001/jamainternmed.2014.5271

Bloomer, M., Lee, S., & O'Connor, M. (2011). End of life clinician-family communication in ICU: a retrospective observational study - implications for nursing. *The Australian Journal of Advanced Nursing, 28*(2), 17-23. doi:10.3316/informit.052242146831879

Carlet, J., Thijs, L. G., Antonelli, M., Cassell, J., Cox, P., Hill, N., . . . Thompson, B. T. (2004). Challenges in end-of-life care in the ICU. *Intensive Care Medicine, 30*(5), 770-784. doi:10.1007/s00134-004-2241-5

Cho, Yoon Hee, Hong, Yu-Ri, Lee, A-Mi, Kim, Mi-Kyoung, Lee, Hye-Jin, Han, Aekyung, & Kim, Eun Jung. (2011). Experience of Verbal Abuse, Emotional Response, and Ways to Deal with Verbal Abuse against Nurses in Hospital. *Korean Journal of Occupational Health Nursing, 20*(3), 270 - 278. doi:10.5807/KJOHN.2011.20.3.270

Clarke, E. B., Curtis, J. R., Luce, J. M., Levy, M., Danis, M., Nelson, J., & Solomon, M. Z. (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

Coelho, C. B. T., & Yankaskas, J. R. (2017). New concepts in palliative care in the intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 29*(2), 222-230. doi:10.5935/0103-507x.20170031

Cox, C. E., Martinu, T., Sathy, S. J., Clay, A. S., Chia, J., Gray, A. L., ... & Tulsky, J. A. (2009). Expectations and outcomes of

prolonged mechanical ventilation. *Critical Care Medicine, 37*(11), 2888-2894; quiz 2904. doi:10.1097/CCM.0b013e3181ab86ed

Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., ... & Curtis, J. R. (2017). Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical Care Medicine, 45*(1), 103-128. doi:10.1097/CCM.0000000000002169

Efstathiou, N., & Clifford, C. (2011). The critical care nurse's role in end-of-life care: issues and challenges. *Nursing in Critical Care, 16*(3), 116-123. doi:10.1111/j.1478-5153.2010.00438.x

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods, 41*(4), 1149-1160.

FEN, J. T. W. (2018). *EXPLORING NURSES' PERCEPTION AND EXPERIENCE OF END-OF-LIFE CARE IN INTENSIVE CARE UNIT (ICU): A QUALITATIVE STUDY.* (Bachelor thesis), National University of Singapore, Retrieved from http://scholarbank.nus.edu.sg/handle/10635/146505

Ghabeljoo, J. (2017). *End of Life Care Practices for Patients Who Die in Intensive Care Units (ICU).* (Doctoral Projects), California State of University, Retrieved from http://scholarworks.sjsu.edu/etd_doctoral/66

Grant, M. (2015). Resolving communication challenges in the intensive care unit. *AACN Advanced Critical Care, 26*(2), 123-130. doi:10.1097/nci.0000000000000076

Hamric, A. B., & Blackhall, L. J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine, 35*(2), 422-429. doi:10.1097/01.CCM.0000254722.50608.2d

Jang, S. K., Park, W. H., Kim, H. I., & Chang, S. O. (2018). Exploring nurses' end-of-life care for dying patients in the ICU using focus group interviews. *Intensive and Critical Care Nursing, 52,* 3-8. doi:10.1016/j.iccn.2018.09.007

Jim, C., Bev, J., Susan, E.-L., Juliette, S., Dan, F., Pat, S., & Laurel, S. (2006). *Partnering with Patients and Families To Design a Patient- and Family-Centered Health Care System: A Roadmap for the Future* Retrieved from http://www.ipfcc.org/resources/Roadmap.pdf

Jo, M., Song, M. K., Van Riper, M., Yoo, Y. S., Knafl, G. J., & Beeber, L. (2017). Translation and cultural adaptation of the quality of communication questionnaire for ICU family members in Korea. *Heart Lung, 46*(6), 458-463. doi:10.1016/j.hrtlng.2017.08.002

Joung, S., & Park, K.-Y. (2016). Influence of experiencing verbal abuse, job stress and burnout on nurses' turnover intention in hemodialysis units. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration, 22*(2), 189-198. doi:10.11111/jkana.2016.22.2.189

Kim, S. Y., & Hong, M. H. (2000). A study on developing minimum requirement guidelines for standard questionnaire translation, validation using delphi method. *Journal of the Korean*

Academy of Family Medicine, 21(4), 457-470.

Kisorio, L. C., & Langley, G. C. (2016). Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive and Critical Care Nursing, 33*, 30-38. doi:10.1016/j.iccn.2015.11.002

Kongsuwan, W., & Touhy, T. (2009). Promoting peaceful death for Thai Buddhists: implications for holistic end-of-life care. *Holistic Nursing Practice, 23*(5), 289-296. doi:10.1097/HNP.0b013e3181b66ce6

Lee, C., Choi, Y., Kim, D., Kwon, S., Kim, W., Kim-Yoon, N., ... & Kim, J. (2021). A Nationwide Survey about Care of Dying Patients in Acute Care Hospitals in Korea. *Korean Journal of Clinical Geriatrics, 22*(2), 104-111. Retrieved from http://snu-primo.hosted.exlibrisgroup.com/82SNU:TN_cdi_crossref_primary_10_15656_kjcg_2021_22_2_104. doi:10.15656/kjcg.2021.22.2.104

Lee, S. W., Lee, E. O., Huh, D. S., Noh, K. H., Kim, H. S., Kim, S. R., ... & Yun, Y. H. (1998). The Study on the Medical and Nursing Service Needs of the Terminal Cancer Patients and Their Caregivers. *Journal of Korean Academy of Nursing, 28*(4), 958. doi:10.4040/jkan.1998.28.4.958

Lynn, J., Teno, J. M., Phillips, R. S., Wu, A. W., Desbiens, N., Harrold, J., ... & Connors, A. F., Jr. (1997). Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *Annals of Internal Medicine, 126*(2), 97-106.

doi:10.7326/0003-4819-126-2-199701150-00001

Malloy, P., Virani, R., Kelly, K., & Mune´var, C. (2010). Beyond Bad News: Communication Skills of Nurses in Palliative Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 12*(3), 175-176. doi:10.1097/NJH.0b013e3181e24a97

Maxwell, S. E. (2000). Sample size and multiple regression analysis. *Psychological Methods, 5*(4), 434-458. doi:10.1037/1082-989X.5.4.434

McAdam, J. L., Dracup, K. A., White, D. B., Fontaine, D. K., & Puntillo, K. A. (2010). Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Critical Care Medicine, 38*(4), 1078-1085. doi:10.1097/CCM.0b013e3181cf6d94

Medina, J. (2001). Managing Death in the Intensive Care Unit: The Transition from Cure to Comfort. *Critical Care Nurse, 21*(6), 72.

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

Moritz, R. D., Lago, P. M., Souza, R. P., Silva, N. B., Meneses, F. A., Othero, J. C., ... & Azeredo, N. (2008). End of life and palliative care in intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 20*(4), 422-428. doi:10.1590/S0103-507X2008000400016

Nelson, J. E., Angus, D. C., Weissfeld, L. A., Puntillo, K. A., Danis,

M., Deal, D., ... & Cook, D. J. (2006). End-of-life care for the critically ill: A national intensive care unit survey. *Critical Care Medicine, 34*(10), 2547-2553. doi:10.1097/01.CCM.0000239233.63425.1d

Nelson, J. E., Puntillo, K. A., Pronovost, P. J., Walker, A. S., McAdam, J. L., Ilaoa, D., & Penrod, J. (2010). In their own words: patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine, 38*(3), 808-818. doi:10.1097/CCM.0b013e3181c5887c

Noome, M., Beneken, G., Kolmer, D. M., van Leeuwen, E., Dijkstra, B. M., & Vloet, L. C. (2016). The nursing role during end-of-life care in the intensive care unit related to the interaction between patient, family and professional: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 30*(4), 645-661. doi:10.1111/scs.12315

Oweis, A., & Diabat, K. M. (2005). Jordanian nurses perception of physicians' verbal abuse: findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 42*(8), 881-888. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.11.005.

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

Perreault, A., Fothergill-Bourbonnais, F., & Fiset, V. (2004). The experience of family members caring for a dying loved one. *International Journal of Palliative Nursing, 10*(3), 133-143. doi:10.12968/ijpn.2004.10.3.12469

Pochard, F., Darmon, M., Fassier, T., Bollaert, P. E., Cheval, C., Coloigner, M., ... & Azoulay, E. (2005). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *Journal of Critical Care, 20*(1), 90-96. doi:10.1016/j.jcrc.2004.11.004

Prompahakul, C., & Nilmanat, K. (2011). Review: Factors Relating to Nurses' Caring Behaviors for Dying Patients. *Nurse Media: Journal of Nursing, 1*(1), 15-27. doi:10.14710/nmjn.v1i1.744

Ranse, K. (2013). *End-of-life care in the critical care setting: nurses' practices and factors affecting these practices.* (Doctor of Philosophy), Queensland University of Technology.

Ranse, K., Bloomer, M., Coombs, M., & Endacott, R. (2016a). Family centred care before and during life-sustaining treatment withdrawal in intensive care: A survey of information provided to families by Australasian critical care nurses. *Australian Critical Care, 29*(4), 210-216. doi:10.1016/j.aucc.2016.08.006

Ranse, K., Yates, P., & Coyer, F. (2016b). End-of-life care practices of critical care nurses: A national cross-sectional survey. *Australian Critical Care, 29*(2), 83-89. doi:10.1016/j.aucc.2015.07.001

Royal College of Nursing. (2019). Retrieved from https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/end-of-life-care/the-nursing-role

Schubart, J. R., Wojnar, M., Dillard, J. P., Meczkowski, E., Kanaskie, M. L., Blackall, G. F., ... & Lloyd, T. (2015). ICU family

communication and health care professionals: A qualitative analysis of perspectives. *Intensive and Critical Care Nursing, 31*(5), 315-321. doi:10.1016/j.iccn.2015.02.003

Sigakis, M. J., & Bittner, E. A. (2015). Ten myths and misconceptions regarding pain management in the ICU. *Critical Care Medicine, 43*(11), 2468-2478. doi:10.1097/CCM.0000000000001256

Stokes, H., Vanderspank- Wright, B., Bourbonnais, F. F., & Kenneth, D. (2018). Exploring what is meaningful: Creating a good death in the intensive care unit. *Canadian Journal of Critical Care Nursing, 29*(2), 32-32.

Stricker, K. H., Kimberger, O., Schmidlin, K., Zwahlen, M., Mohr, U., & Rothen, H. U. (2009). Family satisfaction in the intensive care unit: what makes the difference?. *Intensive Care Medicine, 35*(12), 2051-2059. doi:10.1007/s00134-009-1611-4

Truog, R. D., Campbell, M. L., Curtis, J. R., Haas, C. E., Luce, J. M., Rubenfeld, G. D., ... & Kaufman, D. C. (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

Wall, R. J., Curtis, J. R., Cooke, C. R., & Engelberg, R. A. (2007). Family satisfaction in the ICU: differences between families of survivors and nonsurvivors. *Chest, 132*(5), 1425-1433.

Wooldridge, M. (2016). *Examining the Satisfaction Levels of Hospice and Palliative Care Nurses in Education, Clinical Confidence*

and Knowledge of Self Care Practice. (Doctoral Projects), California State of University, Retrieved from https://scholarworks.sjsu.edu/etd_doctoral/36

Yang, S. (2008). A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing, 25*(4), 79-86.

부 록

부록 1. 중환자실 간호사가 인식하는 환자 가족과의 의사소통 장애정도 전체항목 결과 부록표

Variables	M±SD
간호사 영역	**3.62±0.54**
나의 업무가 너무 바빠 가족과 대화할 시간이 부족할 때	4.48±0.59
환자의 건강에 대한 완전한 통제권을 갖고 있지 않으면서 환자 건강에 책임을 갖고 있다고 느낄 때	3.85±0.79
환자의 검사에 대한 결과가 좋지 않음을 알지만 가족에게 어느 정도까지 설명해야 할지 모를 때	3.98±0.89
환자 치료 시 가족이 바라는 우선순위와 간호업무의 우선순위가 다를 때	4.22±0.73
임종에 가까운 환자가 생겼을 때 내가 해줄 수 있는 한계가 느껴질 때	3.97±0.87
간호사로서는 할 수 없는 무리한 요구에 대해 그것을 들어 줄 수 없는 나의 입장을 이해시키고 싶으나 이해시킬 수 없을 때	4.23±0.77
병동에서 환자의 건강상태에 대해 설명할 수 있는 프로토콜이 없어서	3.44±0.95

중한 환자의 질병으로 힘들어 하는 가족의 입장을 이해하고 위로의 말을 해 주고 싶으나 적절한 말을 찾을 수 없을 때	3.83±0.85
환자의 예후가 좋지 않아 환자의 질병에 대해 가족에게 절망적으로 이야기 할 때	3.73±0.96
회복이 불가능한 환자의 가족에게 알기 쉽게 이야기해야 하나 생각대로 잘 안되거나 적당한 말을 찾을 수 없을 때	3.81±0.83
동료간호사와 의료진과 환자상태에 대한 충분한 의견교환이 이루어지지 않았을 때	3.84±0.93
치료를 위해 타병원에서 이송된 환자와 가족의 요구도가 기존 환자 보다 높을 때	3.67±0.90
나 자신이 주로 사용하는 언어나 의사소통 양식에 대한 분석기회를 갖지 못해서	3.23±1.01
내가 가족의 특성에 따른 의사소통방법을 잘 알지 못할 때	3.34±0.94
환자의 수술 혹은 치료/검사일정을 잘 모르고 있는데 가족이 물어올 때	3.73±0.92
환자의 상태에 대해 가족이 느끼는 감정에 나의 감정이입이 어려울 때	3.30±1.02
가족의 마음이 상하지 않도록 적당한 말이나 표현을 찾으려고 애쓰나 잘 생각나지 않을 때	3.60±0.93
가족에 의해 나의 인격이 무시된다고 느낄 때	3.69±1.16
가족과의 대화 시 실수로 인한 비난에 대한 두려움이 있을 때	3.49±1.07
가족에게 환자의 상태나 병명, 검사 처치에 대하여 설명을 해야 하는데 나의 지식이 부족하다고 느낄 때	3.64±1.02
내가 처음 입실한 환자에 대한 정보를 충분히 파악하지 못했을 때	3.83±0.94

내가 습관적으로 가족에게 전문용어나 병원에 관한 용어를 사용할 때	3.24±1.03
내가 가족의 불평에 내포된 심리적, 영적 문제를 파악해 내지 못할 때	3.37±0.89
가족이 이해하기 쉽게 설명하는 능력이 부족하다고 느낄 때	3.43±1.00
나의 간호 지식이 가족에 의해 평가 받는다고 느낄 때	3.15±1.12
가족의 건강 상식이 증가하는데 반해 나의 건강 지식이 부족할 때	3.10±1.08
내가 환자나 가족 혹은 질병에 대한 선입견이 있을 때	3.16±1.08
나와 가족과의 종교적, 문화적 관점이 다를 때	3.05±1.13
가족 영역	**3.73±0.52**
가족 구성원끼리 정보공유를 하지 않고 간호사에게 각각 개별적으로 문의를 할 때	4.37±0.77
가족이 치료나 의료서비스에 대해 불만을 표현할 때	4.23±0.81
가족이 반말 혹은 언어폭력을 사용할 때	4.56±0.77
가족이 환자 예후에 관해 가족이 부적절한 기대감을 가질 때	4.17±0.78
가족이 의사의 말만 받아들이는 경향을 보일 때	4.28±0.78
가족이 환자의 회복에 대해 희망이 없다고 느껴 모든 일을 비관적으로 대할 때	3.53±0.99
가족이 환자의 상태로 인하여 우울, 불안, 두려움, 무력감, 죄책감 등의 정신적 어려움을 경험하고 있을 때	3.66±0.94

환자에 대한 정보 제공시, 가족의 교육수준에 따른 이해도가 다를 때	3.81±0.86
가족이 환자의 질병 이외 다른 개인적인 문제로 스트레스를 받고 있을 때	3.30±1.07
가족의 의학 상식이 부족할 때	3.34±1.12
가족이 병실을 자주 방문하지 않아 의사소통 기회가 적을 때	3.31±1.07
보호자가 환자 혹은 가족구성원 일부에게 경과나 진단에 대한 비밀유지를 원할 때	3.30±1.13
가족이 나의 말을 신뢰하지 않는다고 느낄 때	3.98±0.88
가족이 나의 설명을 열심히 듣지 않고 관심을 갖지 않는다는 느낌이 들 때	3.80±1.03
내가 설명한 내용을 가족이 이해하지 못한 것처럼 보이지만 이해한 척 넘어갈 때	3.42±0.94
가족의 발음이나 사투리 때문에 말을 잘 알아듣기 어려울 때	2.70±1.17
환경 영역	**3.73±0.52**
병실이 어수선하고 시끄러움	3.28±1.04
3교대 근무로 인하여 인계 시 전달되어야 할 정보가 누락	3.89±0.82
환자의 사생활이 지켜지지 않은 개방된 다인실	3.48±1.02
내가 맡은 다른 환자의 상태가 나빠 그 환자 혹은 가족에게 더 관심을 가질 때	4.05±0.82
같은 환자를 배정받지 못하고 다른 환자를 배정받는 경우가 잦을 때	3.65±1.04

가족과 전화로 의사소통을 할 때	3.09±1.07
가족의 제한적인 방문시간	3.06±1.11
환자 입실 시 가족이 새로운 환경이 생소하여 당황할 때	2.94±1.06
환자의 재원기간이 짧을 경우	2.64±1.08
환자상태 영역	**3.51±0.74**
환자의 상태가 갑자기 나빠졌을 때	3.82±0.92
환자의 상태가 위중할 때	3.79±0.97
환자의 정확한 진단명이 불분명할 때	3.52±1.03
환자 사망 후 적절한 말을 찾을 수 없을 때	3.53±1.05
새로 입실한 환자의 가족과 의사소통 할 때	2.90±1.04

Abstract

ICU nurses' perception of communication barriers with patient's families and end-of-life care practices

Jung, Woon-seon
Department of Nursing
The Graduate School
Seoul National University

While intensive care units have high demands for end-of-life care depending on high severity and mortality, the importance of end-of-life care is likely to be overlooked for various reasons. End-of-life care includes treatment provided to dying patients, as well as support provided to patients' families. A patient-family-centered approach is strongly recommended to provide high-quality end-of-life care in intensive care. During the provision of end-of-life care in the intensive care unit, the

key element of the family-centered approach is sharing information with the family and open communication between the family and the nurse is essential. Therefore, it is important in providing end-of-life care in the intensive care unit that recognizing that the patient's families are subject to end-of-life care and identifying communication barriers with the patient's families.

The aim of this study was to identify the communication difficulties with the patient's families recognized by intensive care unit nurses and the importance and performance of end-of-life care including the family as a care target, and to understand the relationship between each factor.

This study was conducted on intensive care unit nurses at one university hospital in Seoul from March 4 to March 31, 2022. The measurements in the study were communication barriers with the patient's families recognized by intensive care nurses, the importance and performance of end-of-life care practices, and a total of 124 survey data were analyzed. sing the SPSS statistics 25 program, it was analyzed as descriptive statistics, t-test, Spearman correlation, and Pearson's correlation.

The results of this study are as follows.

1) The mean score for the importance of end-of-life care practices recognized by intensive care nurses was 4.06±0.40 out of 5, and the performance of end-of-life care practices was

3.50±0.48 out of 5.

2) The scale with the highest score of the importance of end-of-life care practices was ‘explaining and providing information’, and the mean score was 4.37±0.48. The scale with the highest score of performance of end-of-life care practices was ‘symptom management and comfort care’, with an mean score of 4.21±0.52.

3) The importance of end-of-life care practices(t=2.661, *p*=.009) and the performance(t=3.114, *p*=.002) were differed significantly by end-of-life care education.

4) The communication barriers with the patient's families had a significant positive correlation with the importance of end-of-life care practices(r=.38 p<.001) and the performance(r=.21 and p=.017). The importance of end-of-life care practices had a significant positive correlation with the performance of end-of-life care practices(r=.45, p<.001)

In conclusion, it is necessary to develop various intervention to improve communication barriers with patient's families in intensive care units and end-of-life care education programs to raise awareness of comprehensive end-of-life care and effectively communicate with nurses and patient families.

Keywords : Intensive Care Unit nurse, end-of-life care, communication, patient-family centered approach
Student Number **: 2016-20516**