



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

중환자실 간호사의 섬망 간호  
스트레스

: 폭력 경험과 자기자비를 중심으로

2023년 8 월

서울대학교 대학원

간 호 학 과

김 소 정

# 중환자실 간호사의 섬망 간호 스트레스

: 폭력 경험과 자기자비를 중심으로

지도교수 고진강

이 논문을 간호학석사 학위논문으로 제출함  
2023년 5월

서울대학교 대학원  
간호학과 간호학 전공  
김소정

김소정의 석사 학위논문을 인준함  
2023년 6월

위원장           최스미           (인)

부위원장           이남주           (인)

위원           고진강           (인)

## 국문 초록

본 연구의 목적은 중환자실 간호사의 섬망 환자로부터의 폭력 경험과 자기자비를 확인하고, 중환자실 간호사의 섬망 간호 스트레스에 어떠한 영향을 미치는지 검증하여 섬망 간호 과정을 총체적으로 이해하는 기초 자료를 얻기 위함이다.

본 연구는 서술적 상관관계 조사연구로 연구대상자는 서울 소재 일개 상급 종합병원 성인 중환자실 간호사 중, 최근 1년 이내 18세 이상 섬망 환자 직접 간호 경험이 있으면서 현 부서 근무경력이 4개월 이상인 간호사이다. 자료 수집 기간은 2022년 10월 19일에서 2022년 11월 2일이었으며 총 160명을 대상으로 자료 분석을 하였다.

자가보고 형식의 설문지를 이용하였으며 섬망 환자로부터 폭력 경험은 윤종숙(2004)이 개발하고 김민경(2019)이 수정·보완한 도구로, 섬망 간호 스트레스는 Milisen(2004)이 개발하고 정인애(2014)가 번역한 도구로, 자기자비는 Neff(2003)가 개발하고 김경의 등(2008)이 번역한 도구로 설문지를 구성하였다. 수집된 자료는 통계 프로그램 R 4.2.2를 사용하여 분석하였으며 위계적 회귀분석을 사용하여 섬망 간호 스트레스 설명 요인을 확인하고 폭력 경험의 조절 효과를 확인하였다.

연구 결과 중환자실 간호사의 폭력 경험은 총점 64점 만점에 15.669점이었으며, 언어적 폭력 5.162점, 신체적 위협 5.731점, 신체적 폭력 4.768점으로 나타나 신체적 위협 점수가 가장 높았다. 폭력 경험은 심폐기계 중환자실이 외과계 중환자실 보다 높았으며( $F=4.916, p<.001$ ), 섬망 환자 보호자와 갈등 경험이 있는 군이 없는 군보다 높았다( $t=23.020, p<.001$ ). 또한 한 달에 10회 이상 섬망 간호를 제공하는 군이 1회 이하 섬망 간호를 제공하는 군과 2~4회 제공하는 군보다 폭

력 경험이 높았다( $F=11.250, p<.001$ ).

중환자실 간호사의 자기자비는 5점 만점에 3.325점이었으며 하위항목으로 자기 친절은 2.736점, 자기 판단은 2.248점, 보편적 인간성은 3.014점, 고립은 2.084점, 마음 챙김은 3.084점, 과잉 동일시는 2.533점과 같았다. 남자가 여자보다 자기자비 수준이 높았으며( $t=8.688, p=.003$ ), 섬망 간호 관련 특성에서는 섬망 간호 교육 여부( $t=6.273, p=.010$ ), 섬망 환자 전동 및 전원 경험 여부( $t=4.198, p=.042$ )에서 유의한 차이를 보였다.

중환자실 간호사의 섬망 간호 스트레스는 5점 만점에 3.609점이었으며, ‘환자가 침습적 장치를 제거하려고 한다’는 항목이 가장 높은 점수( $M=4.694, SD=0.59$ )를 보였으며, 전반적으로 과다 행동 유형의 항목에서 스트레스 점수가 더 높은 경향이 나타났다. 대상자의 특성에 따른 스트레스 수준은 섬망 환자 보호자와 갈등 경험이 있는 군이 없는 군보다 높았으며( $t=5.536, p=.019$ ), 섬망 환자 전원 및 전동 경험이 없는 군이 경험이 있는 군보다 높았다( $t=3.895, p=.050$ ). 또한 섬망 간호를 제공하는 것이 어렵다고 응답한 군이 그렇지 않다고 응답한 군보다 스트레스가 유의하게 높았다( $t=13.220, p<.001$ ).

섬망 간호 스트레스와 연구 변수들의 상관관계를 분석한 결과, 신체적 위협( $r=.172, p=.029$ )은 정적 상관관계를 보였고, 자기자비( $r=-.216, p=.006$ )는 유의한 부적 상관관계를 보였다. 섬망 간호 스트레스에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위하여 중재를 통한 변화가 어려운 대상자의 인구학적 특성과 단변량 분석에서 유의했던 섬망 간호 관련 특성을 통제하였다. 그럼에도 자기자비는 3.2%의 설명력을 가지며 섬망 간호 스트레스에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다( $F=5.616, p=.019$ ). 추가분석으로 자기자비와 폭력 경험의 상호작용항을 투입하여

분석한 결과, 자기자비는 섬망 간호 스트레스를 낮추는 유의한 요인이었고( $\beta = -.223, p = .004$ ), 신체적 위협은 스트레스를 높이는 유의한 효과를 가졌다( $\beta = .019, p = .050$ ). 또한 신체적 위협 경험이 높은 군의 경우에는 자기자비의 주효과가 완충되며 스트레스에 대하여 조절효과를 갖는 것을 확인할 수 있었다( $\beta = .047, p = .011$ ).

결론적으로 낮은 자기자비 수준과 높은 폭력 경험 수준은 섬망 간호 스트레스를 높이는 데 영향을 준다고 볼 수 있다. 섬망 간호를 제공하는 과정에서 발생하는 간호사의 스트레스를 파악하고 대처하는 것이 중요한데 자기자비 수준을 증진시키고, 폭력을 예방함으로써 스트레스를 줄일 수 있을 것으로 사료되며 이를 위한 다양한 교육과 시스템 구축이 필요하다.

**주요어** : 중환자실 간호사, 섬망 간호, 폭력 경험, 자기자비, 섬망 간호  
스트레스

**학 번** : 2021-27266

## <차 례>

국문 초록 .....	i
차 례 .....	iv
<b>I. 서론 .....</b>	<b>1</b>
1. 연구의 필요성 .....	1
2. 연구의 목적 .....	5
3. 용어 정의 .....	6
3.1 섬망 환자로부터의 폭력 .....	6
3.2 자기자비 .....	6
3.3 섬망 간호 스트레스 .....	6
<b>II. 문헌 고찰 .....</b>	<b>8</b>
1. 중환자실에서의 섬망과 간호사의 폭력 경험 .....	8
2. 자기자비 .....	10
3. 섬망 간호 스트레스 .....	11
<b>III. 연구 방법 .....</b>	<b>14</b>
1. 연구 설계 .....	14

2. 연구 대상 .....	14
3. 연구 도구 .....	15
3.1 일반적 특성 .....	15
3.2 섬망 환자로부터의 폭력 경험 .....	16
3.3 자기자비 .....	16
3.4 섬망 간호 스트레스 .....	17
3.5 측정 도구 신뢰도 분석 .....	18
4. 자료 수집 절차 .....	19
5. 자료 분석 방법 .....	19
6. 대상자의 윤리적 고려 .....	20
<b>IV. 연구 결과 .....</b>	<b>21</b>
1. 대상자의 특성 .....	21
1.1 일반적 특성 .....	21
1.2 섬망 간호 관련 특성 .....	23
2. 대상자의 섬망 환자로부터 폭력 경험, 자기자비, 섬망 간호 스트레스 .....	27
2.1 섬망 환자로부터 폭력 경험 .....	27
2.2 자기자비 .....	27
2.3 섬망 간호 스트레스 .....	28



3. 대상자의 특성에 따른 섬망 환자로부터 폭력 경험 .....	30
3.1 일반적 특성에 따른 섬망 환자로부터 폭력 경험 .....	30
3.2 섬망 간호 관련 특성에 따른 섬망 환자로부터 폭력 경험 .....	30
4. 대상자의 특성에 따른 자기자비 .....	34
4.1 일반적 특성에 따른 자기자비 .....	34
4.2 섬망 간호 관련 특성에 따른 자기자비 .....	34
5. 대상자의 특성에 따른 섬망 간호 스트레스 .....	37
5.1 일반적 특성에 따른 섬망 간호 스트레스 .....	37
5.2 섬망 간호 관련 특성에 따른 섬망 간호 스트레스 .....	37
6. 섬망 환자로부터 폭력 경험, 자기자비, 섬망 간호 스트레스 간의 관계 .....	41
7. 섬망 간호 스트레스의 예측 요인 .....	43
8. 조절 효과 분석 .....	46
8.1 폭력 경험 조절 효과 .....	46
8.2 하위항목별 조절 효과 .....	46
V. 논의 .....	50
1. 자기자비, 섬망 환자로부터 폭력 경험, 섬망 간호 스트레스 .....	50
2. 자기자비, 섬망 환자로부터 폭력 경험, 섬망 간호 스트레스의 관계 .....	56

VI. 결론 및 제언 .....	61
참고문헌 .....	64
부    록 .....	73
Abstract .....	93

### <List of Tables>

Table 1. Chronbach's <i>a</i> of Research Tools .....	18
Table 2. General Characteristics of the Subjects .....	22
Table 3. Delirium-care Related Characteristics of the Subjects .....	25
Table 4. Reasons for Difficulties Caring for Delirious Patients .....	26
Table 5. Violence Experience from Delirious Patients .....	27
Table 6. Self Compassion Score .....	28
Table 7. Strain of Caring Delirium .....	29
Table 8. Levels of Violence Experience according to General Characteristics of the Subjects. ....	32
Table 9. Levels of Violence Experience according to Delirium-care Related Characteristics of the Subjects .....	33
Table 10. Self Compassion according to General Characteristics of the Subjects. ....	35
Table 11. Self Compassion according to Delirium-care Related	

Characteristics of the Subjects .....	36
Table 12. Strain of Caring Delirium according to General Characteristics of the Subjects .....	39
Table 13. Strain of Caring Delirium according to Delirium-care Related Characteristics of the Subjects .....	40
Table 14. Correlation between Violence Experience, Self Compassion and Strain of Caring Delirium .....	42
Table 15. Influencing Factors of Strain of Caring Delirium .....	45
Table 16. Moderating Effect of Violence Experience between Self Compassion and Strain of Caring Delirium .....	48

## <Figures>

Figure 1. Moderating Effect of Violence Experience .....	49
--	----

## <부록 차례>

부록 1. 일반적 특성 .....	73
부록 2. 자기자비 척도 .....	75
부록 3. 섬망 간호 스트레스 .....	77
부록 4. 섬망 환자로부터의 폭력 경험 .....	79
부록 5. 연구대상자 설명문 .....	80
부록 6. 섬망 간호 어려움의 이유 응답 내용 .....	82
부록 7. 섬망 간호 스트레스 문항별 점수 .....	92

# I. 서론

## 1. 연구의 필요성

섬망은 다양한 위험인자가 복합적으로 상호작용하여 발생하는 다인성(multifactorial) 증후군으로 주의력과 집중력의 저하를 동반한 인지 기능 전반의 장애가 단기간에 걸쳐 발생하며 시간에 따라 변동하는 양상을 특징으로 한다(American Psychiatric Association, 2013). 국내 중환자실 입원 환자 수는 2013년 268,968건에서 2020년 298,154건으로 7년간 약 10% 증가하였다. 중환자실의 섬망은 매우 흔하며, 국내외 연구에서 중환자실 섬망 발생률은 15%에서 82%까지 다양하게 보고되고 있다(강지연, 최민정, 2021). 섬망은 환자의 사망률, 인공호흡기 적용일 수와 중환자실 및 병원 재원일 수, 퇴원 후 인지 손상의 증가 등 여러 가지 부정적인 결과를 초래한다(박상희, 김희정, 최희영, 유지은, 박지은, 김은정, 임수정, 2020). 또한 환자당 간호 시간이 길어지고, 욕창 발생 위험, 낙상 위험이 커지며 의료비도 상승한다(양영희, 2010).

이처럼 환자의 안전과 삶의 질에 직결되는 섬망에 대해 간호사의 역할과 섬망 간호의 중요성은 강조되고 있다. 24시간 환자 곁에 있고 가까이서 작은 변화를 알아차릴 수 있기 때문이다. 하지만 섬망 환자를 돌보는 것은 환자의 예측할 수 없는 행동으로 인해 간호사에게 위험을 초래한다. 섬망이 진행되고 나면 의식이 혼탁해지고, 주의력과 집중력이 저하되며, 기억력장애와 시간이나 장소와 관련된 지남력 장애 및 전반적인 인지 기능의 장애가 오며, 수면-각성 주기의 반정으로 소위 일몰 증상

이 나타난다. 불안과 공포가 심한 경우 환각 증상도 나타날 수 있다. 과활동형(hyperactive)은 흥분과 각성을 나타내어 삽입된 관이나 장비를 제거하려 하거나, 침대 밖으로 나오려는 행동을 보이며, 옷 입고 벗기를 반복하기도 하고, 소리를 지르거나 때로는 폭력을 행사하여 상해를 입히기도 한다(정미혜 등, 2011).

섬망 환자 폭력의 주요 대상은 의료진(대부분 간호사)이었으며 의료 절차나 침상 목욕 등 개인 돌봄이 수반되는 상황에서 발생한다(Tachibana, Inada, Ichida, & Ozaki, 2021). 간호사들은 섬망 환자 간호에 심리적인 부담감과 스트레스가 높다(김미향, 2020; 김지혜, 김숙영, 2019). 섬망 환자가 침습적 장치를 제거하려는 시도, 섬망의 특성으로 인한 폭력적인 행동, 낙상과 같은 안전사고의 발생으로 인해 섬망 환자 간호는 간호사들에게 심리적으로 충격적인 경험으로 묘사되기도 한다(Partridge, Martin, Harari, & Dhesi, 2013). 이처럼 특정 섬망 증상들에 의해 간호사가 경험하는 고통은 결국 간호의 질에도 잠재적인 영향을 미치게 되므로 관심을 기울일 필요가 있다(Martins et al., 2018).

중환자실에 입원한 환자들은 중증 정도가 높고 의식이 명료하지 않은 경우가 많다. 또한 보호자가 상주하지 않는다는 폐쇄적 특성도 있어 폭력 유발의 가능성이 큰 환경이다. 중환자실 간호사가 환자로부터 경험하는 폭력의 행태는 환자가 험상궂은 표정을 짓거나, 때리려는 자세를 취하고, 간호사를 향해 침을 뱉거나 발로 차거나 때리는 양상으로 나타났다. 이는 과활동성 섬망에서 나타날 수 있는 행동들과 일맥상통하는 양상이다. 중환자실 간호사의 폭력 경험은 환자로부터의 폭력이 가장 높았으며, 언어적·신체적 위협 및 폭력, 성폭력을 경험하고 있다. 또한 간호사들은 폭력 경험에 수반되는 정서적, 신체적, 사회적으로 부정적인 반

응을 경험하는 것으로 나타났다(박현정, 강희선, 김경희, 권혜진, 2011).

간호사의 폭력 경험과 스트레스를 함께 다룬 국내 연구는 주로 응급실 간호사와 정신건강증진센터 종사자를 대상으로 하고 있었다. 한편, 중환자실 간호사를 대상으로 한 연구로는 폭력 경험과 대처 방법을 다룬 연구와 폭력 경험의 본질을 담고자 한 현상학적 연구가 있었다(박현정 등, 2011; 황윤영, 박영례, 박성희, 2015). 섬망 환자의 폭력을 유발하는 위험 요인을 규명한 국외 연구는 있었으나(Tachibana et al., 2021), 국내 연구에서 중환자실 간호사가 섬망 환자를 간호하는 과정에서 발생하는 폭력은 연구된 바가 없었다. 따라서 본 연구에서는 섬망 간호 스트레스에 미치는 주요 영향 요인으로 폭력 경험을 새로이 주목하고자 한다.

또한 본 연구는 폭력 경험 및 스트레스 상황에서의 보호 요인으로 부상하고 있는 자기자비 개념을 적용해보고자 한다. 자기자비는 고난이나 실패의 경우에 자신을 자비로움으로 돌보는 태도를 말한다(Neff, 2003). 소방공무원의 외상 사건 경험과 외상후 스트레스 증상의 관계에서 자기자비가 완충작용을 하는 것으로 밝혀졌다(이수정, 2014). 중환자실 간호사의 스트레스를 다룬 연구는 다수 진행되고 있지만, 자기자비를 포함하는 연구는 없었다.

종합해보면 섬망 간호의 중요성이 강조되는 만큼 양질의 간호를 제공하기 위해서는 간호사의 정신적·신체적 건강을 보호해야 하며, 섬망 간호 과정에서 발생할 수 있는 스트레스에도 주목하고 관리해야 한다. 섬망 환자를 간호하는 과정에서 간호사들은 신체적 위협, 신체적 폭력, 언어적 위협을 받을 수 있는 상황에 노출되므로 폭력 경험을 확인하는 것이 필요하다. 또한 중환자실 간호사의 자기자비 정도는 어떠한지 반복 연구하여 규명할 필요가 있다. 최종적으로 섬망 환자를 간호하는 과정에

서 발생하는 스트레스에 대해 중환자실 간호사의 자기자비와 폭력 경향이 어떠한 영향을 미치는지 함께 조망하여 볼 필요가 있다.

## 2. 연구의 목적

본 연구는 중환자실 간호사의 섬망 환자로부터의 폭력 경험과 자기자비를 확인하고, 중환자실 간호사의 섬망 간호 스트레스에 어떠한 영향을 미치는지 검증하고자 한다. 이를 통해 섬망 간호 과정을 총체적으로 이해하는 토대를 제공하고자 하며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- (1) 중환자실 간호사의 특성과 섬망 환자로부터의 폭력 경험, 자기자비, 섬망 간호 스트레스를 파악한다.
- (2) 중환자실 간호사의 특성에 따른 폭력 경험 및 자기자비의 차이를 파악한다.
- (3) 중환자실 간호사의 특성에 따른 섬망 간호 스트레스의 차이를 파악한다.
- (4) 중환자실 간호사의 폭력 경험, 자기자비, 섬망 간호 스트레스의 관계를 파악한다.
- (5) 중환자실 간호사의 특성, 폭력 경험, 자기자비가 섬망 간호 스트레스에 미치는 영향을 파악한다.



### 3. 용어 정의

#### 3.1 섬망 환자로부터의 폭력

이론적 정의 : 폭력이란 신체적인 손상을 가져오고, 정신적·심리적 압박을 가하는 물리적인 강제력을 말한다. 언어적 폭력, 신체적 위협, 신체적 폭행, 기물 손상을 포함한다(국립국어원 표준국어대사전).

조작적 정의 : 섬망 환자로부터의 폭력이란 섬망 환자를 간호하며 간호사가 경험하는 언어적 폭력, 신체적 위협, 신체적 폭력을 말하며 윤종숙(2004)이 개발한 도구를 김민경(2019)이 수정한 도구로 측정한 점수를 말한다.

#### 3.2 자기자비

이론적 정의 : 자기자비란 건강한 형태의 자기수용으로, 고통에 처했을 때 혹독한 자기 비난을 하는 대신 자신을 돌보는 온화한 태도를 취하는 것을 일컫는다(Neff, 2003).

조작적 정의 : 본 연구에서는 Neff(2003)가 개발하고 김경의 등(2008)이 번역한 한국판 자기-자비 도구를 사용하여 측정한 점수를 말한다.

#### 3.3 섬망 간호 스트레스

이론적 정의 : 스트레스란 정신적 신체적 자극을 일으키는 심리적, 신체적 반응으로써의 적응을 뜻한다. 스트레스 요인에 대해 경계하고 대항하려는 심신의 변화 과정을 의미한다(Tan & Yip, 2018).

조작적 정의 : 섬망 간호 스트레스란 섬망 환자를 간호할 때 간호사가 느끼는 위협 정도를 말하며 Milisen(2004)이 개발한 도구를 정인애(2014)가 번역한 각성 섬망 업무 스트레스로 측정한 점수이다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 중환자실에서의 섬망과 간호사의 폭력 경험

중환자실은 폐쇄된 공간이기 때문에 환자나 보호자로부터의 언어적 물리적 폭력으로부터 보호하는 시스템을 구축하기 어렵다(Yoo, Suh, Lee, Hwang, & Kwon, 2018). 환자로부터 언어적, 신체적 위협 및 폭력, 성폭력에 관한 연구 결과 간호사의 80%에서 99.5%까지 환자로부터 위와 같은 폭력을 받은 경험이 있다고 응답하였다. 언어적 폭력의 형태는 반말을 하고, 소리를 지르며, 욕을 하고, 헐박하는 양상이었다. 신체적 위협의 형태는 험상궂은 표정을 짓거나, 때리려는 자세를 취하고, 물건을 던지려는 자세를 취하며, 물건을 발로 차는 양상이었다. 신체적 폭력의 형태는 침을 뱉거나, 할퀴거나, 때리거나 발로 차는 것, 간호사를 물거나 간호사를 향해 물건을 던지는 양상으로 드러났다(박현정 등, 2011).

섬망 환자는 일반 입원 환자보다 공격적 사고위험이 11배 이상 높은 것으로 보고되었다(Williamson et al., 2014). 섬망 환자의 행동 양상으로 발현되는 모든 폭력은 대부분 간호사를 대상으로 발생하였으며, 의료 절차나 침상 목욕 등 개인 돌봄이 수반되는 상황이 선행되었다. 섬망 환자의 폭력 발생률은 31.4%였다. 현재 흡연 여부, 고령, 성별(남성), 중환자실 입원 등이 섬망 환자의 폭력과 관련된 요인으로 확인된 바 있다(Tachibana et al., 2021). 하지만 섬망 환자의 폭력적 행동은 혼란과 공포의 상태에 있기에 의도된 폭력이 아닌 자기 보호 행위일 수 있다(Wharton, Paulson, Macri, & Dubin, 2018). 치료과정에 필요한 각종

튜브도 환자들이 느끼기에는 강압적인 자극으로 느껴지고 이를 제거하려 하는 움직임이 보이게 되며, 의료진은 이를 제지하는 과정에서 섬망 환자로부터 폭력을 경험한다. 또한 이 과정에서 빈번하게 물리적 억제대를 적용하게 되며 이는 또다시 환자들이 느끼기에 강압적인 자극이 되어 앞선 과정이 악순환하게 된다(Hume, 2021). 결과적으로 의도치 않게 발생한 환자의 공격성과 폭력의 문제는 간호사의 불안감을 야기하고, 이에 대처하기 위해 치료의 질을 해치는 비생산적인 전략을 채택하는 것으로 이어질 수 있다(Lim, 2010).

중환자실 간호사의 폭력 경험을 확인한 연구에서 간호사들은 폭력 경험 후 본인이 제공하는 간호에 대한 평가가 절하되는 현실에 안타까움을 느꼈다. 또한 친밀한 관계를 형성했다고 생각했던 환자나 보호자들이 폭력을 행사하는 경우 더욱 큰 충격을 받았다(황윤영, 박영례, 박성희, 2015). 간호사가 경험하는 폭력은 분노, 불안함, 위협에 대한 공포 등의 정서적 반응을 끌어내며, 환자에게 투사하거나 체념과 포기하는 태도를 보이는 등 업무 태도에 변화를 가져오기도 한다(Jeong, 2015). 이는 섬망 환자로부터 폭력 경험이 간호사에게 스트레스를 유발함과 동시에, 섬망 간호를 제공할 때의 태도에 변화를 줄 수 있는 요인임을 시사한다.

간호사들은 이러한 폭력 상황 속에서 스트레스 해소에 한계를 느끼며 소극적인 방법으로만 대처할 수밖에 없었다. 폭력으로 인한 상처와 스트레스를 해소하기 위해 동료들과 경험을 공유하거나 잠을 자는 방법을 택한다. 다른 일들로 폭력의 기억을 잊으려고 하지만 동료가 폭력을 당하는 상황을 목격하게 되면 은연중에 과거의 경험이 떠오르며 부정적인 감정이 수면 위로 다시 떠오르게 된다(황윤영, 박영례, 박성희, 2015). 그러므로 섬망 간호를 제공하는 데 있어서 섬망 환자로부터 받는 폭력적 행위에 대한 불안감, 스트레스는 관심을 기울여야 하는 현상이다.

## 2. 자기자비

자기자비란 건강한 형태의 자기수용으로, 고통에 처했을 때 혹독한 자기 비난을 하는 대신 자신을 돌보는 온화한 태도를 취하는 것을 일컫는다. 자기자비를 측정하는 하위개념은 자기 친절(Self-Kindness)과 자기 판단(Self-Judgment), 인간 보편성(Common Humanity)과 고립(Isolation), 그리고 마음 챙김(Mindfulness)과 과잉 동일시(Over-Identification)로 구성되어있다. 자기 친절은 자기에 대해 비판단적으로 이해하는 것으로 자기 판단과 반대되는 개념이다. 두 번째 하위개념인 인간 보편성은 내가 경험하는 것 또한 모든 사람이 경험하는 것임을 아는 것으로 다른 사람들로부터의 고립과 반대되는 개념이다. 마음챙김은 현재 자신이 겪는 고통이나 경험을 과장하거나 지나치게 몰두하지 않는 것으로 과잉 동일시와는 반대되는 개념이다(Neff, 2003).

중환자실 간호사의 자기자비 수준을 측정한 연구에서는 나이, 경력, 성별, 교육 수준이 자기자비 수준과 유의한 상관관계가 있다고 밝혔다(Mohammady, Borhani, & Roshanzadeh, 2016). 자기자비와 스트레스 간의 관계를 규명한 연구는 하위 개념 중 자기 친절이 응급실 간호사의 폭력 경험으로 인한 외상 후 스트레스 장애의 감소에 유의한 영향을 주었음을 밝혔으며, 자기 친절은 고정된 특징이 아니라 개인이 획득하고 개발할 수 있음을 강조하였다(김민경, 이성희, 2019). 또한 자기자비가 스트레스 및 소진에 매개효과를 가지고 있음이 밝혀지기도 했다. 소방관을 대상으로 조사한 연구에서는 자기자비의 매개효과로 인해 외상 후 스트레스 정도가 완충되었다. 즉, 자기자비는 스트레스 장애의 보호 요인으로 작용하고 있음을 확인할 수 있었다(이수정, 2014). 자기자비 수준이 높은 개인은 자신의 실패로 인한 수치심에 치우치지 않고 자신을 지

지하며 친절하게 대한다. 자신이 경험한 외상 사건을 공통적인 인간 경험의 일부로 수용하여 타인과의 심리적 거리감을 줄인다(Thompson & Waltz, 2008). 그리고 스트레스가 많은 상황에서 지나치게 비판적이고 가혹한 대응보다는 차분하고 친절하며 동정적인 반응을 보일 가능성이 더 크다는 것이다. 자신과 다른 사람들의 단점을 수용하고 스트레스를 받는 상황에서 친절하게 자신을 스스로 관리할 수 있다. 이에 따라 자기자비는 인지된 스트레스에 대한 보호 요소가 될 수 있고, 간호사의 직업소진의 가능성을 줄일 수 있다고 할 수 있다(Abdollahi, Taheri, & Allen, 2021; Satake & Arao, 2020).

한 실험 연구에서는 교육과 중재를 제공 받을 때 스트레스, 소진, 자기자비가 유의하게 개선되기도 하였으며, 이는 간호사의 스트레스 및 소진에 영향을 미치는 자기자비가 얼마든지 중재의 가능성이 있음을 시사한다(Sawyer, Bailey, Green, Sun, & Robinson, 2021). 중환자실 간호사의 폭력 경험과 자기자비를 조사한 연구는 없었지만, 선행 연구를 통해 중환자실 간호사의 자기자비 수준이 섬망 환자를 간호하면서 발생하는 스트레스에 영향을 미칠 수 있음을 예측해 볼 수 있다.

### 3. 섬망 간호 스트레스

간호사는 환자를 위해 최전선에서 치료를 제공하며 섬망 예방, 조기 확인, 치료에 더욱 적극적인 역할을 수행할 필요가 있다. 그러나 섬망 환자를 돌보는 것은 간호사들에게 스트레스와 불안, 정신적 갈등을 유발했으며, 간호사들은 자신의 안전을 걱정하고 두려워했다 (Thomas, Coleman, & Terry, 2021). 섬망 환자에게 배정될 때 종종 스트레스와 불안을 경험하는 반면 이러한 간호사를 지원할 자원이 부족한 경우가 많

다. 섬망 간호 스트레스 정도를 파악한 결과 100점 만점에 60~70점으로 높게 나타났다(황혜정, 신영희, 이은숙, 2016). ‘환자가 불안정하여 협조가 안된다’, ‘침습적 장치를 제거할까 봐 불안하다’, ‘섬망 환자 간호 때문에 다른 업무가 지연된다’, ‘섬망 환자의 소음이 다른 환자들에게 영향을 미칠까 봐 걱정된다’, ‘나의 정신이 혼란스럽다’, ‘시간적 여유가 없다’, ‘의사소통이 어렵다’는 항목들의 점수가 높게 나타나 어떤 이유로 스트레스가 주로 발생하는지 파악할 수 있었다. 섬망 환자 간호로 인하여 다른 업무가 지연되는 것, 섬망 환자를 집중하여 관리하느라 시간적 여유가 없는 것이 스트레스의 주요한 원인이었고(서희정, 2006), 불안정한 행동을 보이는 환자에게 억제대를 적용하는 과정에서도 간호사들의 섬망 스트레스가 높아지기도 하였다(김미향, 2020).

스트레스에 유의한 차이를 보이는 일반적 특성으로는 종교, 보호자와의 갈등 경험 여부, 1인당 돌보는 환자 수가 5명 이상인 경우, 성별, 임상 경력 등이 있었다(김미향, 2020). 임상 경력이 많을수록 섬망 간호 스트레스가 높게 나타나는 경향도 보이는데, 이는 섬망 간호 경험이 많을수록 섬망 환자에 대한 스트레스 지각이 더 높을 수 있음을 시사한다. 간호사가 경험하는 부담은 스트레스를 유발하고 높은 스트레스 수준은 간호 수행률과 음의 상관관계를 보이기에 섬망 간호의 질을 향상 시키기 위해서는 의료 환경 내에서 지원이 필수적이다(김미향, 2020; 서희정, 2006; 양영희, 2010; Mc Donnell & Timmins, 2012).

이상 문헌 고찰을 토대로 중환자실에서 흔하게 발생하고 있는 섬망에 대하여 예방과 조기 발견 등의 치료 전반에서 간호사의 역할이 강조되고 있음을 확인하였다. 하지만 간호사는 섬망 환자를 간호하는 데 높은 스트레스 수준을 가지고 있었다. 섬망 환자의 인지 상태가 불안정하고 대

응 프로토콜이 확립되지 않은 상황 속에서 폭력은 언제든지 발생할 수 있었다. 이는 결국 간호사가 섬망 환자를 간호할 때 소극적 태도를 보이거나 치료과정에서 비생산적인 전략을 택하도록 만들었다. 이러한 한계를 극복하기 위해서는 자기자비 개념과 함께 폭력 경험 수준을 살펴봄으로써 섬망 환자를 간호하는 일련의 과정에 대한 총체적인 이해를 높일 필요가 있다. 또한 본 연구를 통해 얻은 자료는 섬망 간호 과정에서 중환자실 간호사에게 필요한 중재 및 교육 개발을 위한 기초 자료가 될 수 있을 것으로 기대한다.



### Ⅲ. 연구 방법

#### 1. 연구 설계

본 연구는 중환자실 간호사의 섬망 환자로부터 폭력 경험, 자기자비, 섬망 간호 스트레스를 파악하고 관계를 규명하며, 섬망 관련 폭력 경험, 자기자비가 섬망 간호 스트레스에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 상관관계 조사연구이다.

#### 2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 서울 소재 일개 대학 병원 중환자실에서 근무하고 있는 간호사를 근접 모집단으로 하여 아래 선정기준에 맞는 대상자를 편의 표출하였다. 본 연구에서 연구 표본의 크기는 G\*Power 3.1.9.4 프로그램을 이용하여 산출하였으며 회귀분석을 위한 중간 효과크기 .15, 검정력 .80, 유의수준 .05를 유지하는 조건에서 회귀분석에 사용되는 독립변수를 최대 21개로 하여 산출한 결과, 최소 표본 수는 160명이었다. 본 연구에서는 응답률 58%(Smithburger et al., 2017)를 고려하여 간호사 280명에게 설문지를 배포하였고, 결과적으로 총 161명이 응답하고 대부분 항목에 응답하지 않은 1명을 제외한 160명의 자료가 연구 분석에 사용되었다. 최종 분석에서는 일반적 특성 가운데 단변량분석(Univariable analysis)에서 유의했던 4개 변수, 그리고 연구 변수인 섬망 환자로부터의 폭력 경험, 자기자비를 독립변수로 하여 분석하였다. 따라서 결과적으로 이 연구의 회귀분석에서 검정력은 중간 효과크기 .15 유의수준 .05에서 .96이었다.

연구 대상의 구체적인 선정기준과 제외 기준은 다음과 같다.

(1) 선정기준

- ① 본 연구의 목적과 연구 방법, 진행 과정에 대해 이해하고 자발적으로 연구 참여 동의한 자
- ② 최근 1년 이내 18세 이상 섬망 환자 직접 간호 경험이 있는 간호사
- ③ 현재 성인 중환자실에서 근무 중인 간호사

(2) 제외 기준

- ① 중환자실 경력이 해당 근무지 교육 종료 기준 4개월 미만인 간호사  
간호사는 교육 기간 후 3~4개월 동안은 업무 강도와 불안 수준이 증가하며 거의 모든 요소에 스트레스를 받으며, 그 이후 기간에 사고, 지식수준, 능숙함이 진전을 보이는 시기라는 선행 문헌에 근거하여(Duchscher & Windey, 2018), 교육 기간 종료 기준 4개월 미만인 간호사는 대상자에서 제외하였다.

### 3. 연구 도구

연구 도구는 섬망 간호 스트레스, 섬망 환자로부터의 폭력 경험, 자기자비, 일반적 특성으로 구성되며 도구 개발자와 수정 저자에게 모두 사용 승인받았다.

#### 3.1 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 섬망 간호 스트레스에 영향을 미치는 요인으로 밝혀진 바가 있었던 경력, 종교 등과 섬망 간호 관련 특성인 섬망 간

호 교육 여부, 보호자와의 갈등 경험, 섬망 간호 빈도 등을 추가하여 구성하였다.

### 3.2 섬망 환자로부터의 폭력 경험

폭력 경험에 관한 측정 도구는 윤종숙(2004)이 개발한 도구를 김민경(2019)이 수정·보완한 도구로 측정한다. 본 도구는 언어적 폭력(4문항), 신체적 위협(5문항), 신체적 폭력(7문항) 총 16문항으로 구성된다. 언어적 폭력은 1주 단위로 '없음'부터 '4회 이상', 신체적 위협은 1개월 단위로 '없음'부터 '4회 이상', 신체적 폭력은 1년 단위로 '없음'부터 '4회 이상'의 항목에 각각 0점부터 4점을 부여한다. 폭력 경험 총점은 16문항의 합계를 사용하며, 가능한 점수의 범위는 0점에서 64점이다. 점수가 높을수록 폭력 경험이 많음을 의미한다. 개발 당시 간호학 교수 1인, 응급실 상주 의료인 3인과 보건행정학 석사 1인에게 자문을 구했다. 윤종숙의 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .87$ 였고, 김민경의 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .92$  였다. 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha = .91$ 이었다.

### 3.3 자기자비

자기자비는 Neff(2003)가 개발하고 김경의 등(2008)이 번역한 도구로 측정한다. 자기친절(5문항) 대 자기판단(5문항), 인간보편성(4문항) 대 고립(4문항), 그리고 마음챙김(4문항) 대 과잉동일시(4문항)의 3가지 하위요인으로 구성되어있으며, 총 26개 문항은 5점 Likert 척도로 표시하도록 되어 있다. 총점을 구할 때는 자기 판단, 고립, 과잉 동일시는 역채점하여 각각 자기 친절, 인간 보편성, 마음 챙김과 합산하여 3가지의 하위요인으로 구성된다. 26문항의 평균을 구하며 점수 범위는 0점에서 5점으로 점수가 높을수록 자기자비가 높음을 의미한다. 개발 당시

Cronbach's  $\alpha = .92$ , 김경의의 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .87$ 이었다. 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha = .82$  였다.

### 3.4 섬망 간호 스트레스

섬망 간호 스트레스 Milisen(2004)이 개발한 Strain of caring delirium index (SCDI)를 정인에(2014)가 번역한 '각성 섬망 업무 스트레스'로 측정한다. 이 도구는 hypoactive behavior, hypoalert behavior, fluctuating course and psychoneurotic behavior, hyperactive/hyperalert behavior를 포괄하는 22문항으로 구성되어있으며, 스트레스가 '전혀 없음'부터 '매우 심함'까지 1점에서 5점의 Likert 척도를 사용하여 스트레스 정도를 표시할 수 있도록 한다. 22문항의 평균을 구하여 점수가 높을수록 스트레스가 높음을 의미한다. 번역 당시 도구의 내용 타당도 검증을 위해 성인 간호학 교수 2명, 회복실 수간호사 3명, 석사 학위 이상의 회복실 경력 10년 이상의 간호사 4명으로 구성된 전문가 총 9명에게 검토받았다. 내용 타당도 검토 결과 CVI(Content validity index)는 .94로 나왔으며, Milisen(2004)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .88$ 이었고, 정인에의 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .91$ 이었다. 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha = .89$ 였다.

### 3.5 측정 도구 신뢰도 분석

Table 1. Chronbach's  $\alpha$  of Research Tools

Tools	Subscales	Question Number	Number of Question		Cronbach's $\alpha$	
Violence Experience	Verbal Abuse	1, 2, 3, 4	4	16	0.82	0.91
	Physical Threat	5, 6, 7, 8, 9	5		0.81	
	Physical Violence	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16	7		0.86	
Self Compassion Scale	Self-Kindness	5, 12, 19, 23, 26	5	26	0.77	0.82
	Self-Judgement*	1, 8, 11, 16, 21	5		0.84	
	Common Humanity	3, 7, 10, 15	4		0.66	
	Isolation*	4, 13, 18, 25	4		0.83	
	Mindfulness	9, 14, 17, 22	4		0.79	
	Over-Identification*	2, 6, 20, 24	4		0.79	
Strain of Caring Delirium			22		0.89	

Note. \* : Reverse score questions

## 4. 자료 수집 절차

본 연구는 구조화된 설문지를 이용하였으며 서울 소재 일개 대학 병원 연구심의위원회에서 승인받은 후 간호본부의 승인을 받아 연구를 진행하였다 (IRB No. 2207-080-1339). 자료 수집 기간은 2022년 10월 19일부터 11월 2일까지 15일이었다. 연구자가 각 중환자실을 직접 방문하여 연구 참여 설명문과 모집 공고문을 부착하여 대상자가 자발적으로 참여할 수 있게 하였다. 설문지와 함께 밀봉 봉투를 배부하여 응답한 설문지는 개별로 밀봉 봉투에 넣어 수거할 수 있도록 하여 개인정보가 노출되지 않도록 하였다. 자료 수집 종료 시점에 연구자가 방문하여 일괄 수거하였다.

## 5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 통계 프로그램 R 4.2.2를 사용하여 분석하였으며 구체적인 분석과정은 다음과 같다.

- ① 대상자의 특성과 섬망 환자로부터 폭력 경험, 섬망 간호 스트레스, 자기자비는 기술 통계 방법을 이용하여 실수와 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다.
- ② 대상자의 특성에 따른 섬망 환자로부터 폭력 경험, 섬망 간호 스트레스, 자기자비의 차이는 t-test, ANOVA로 분석하였으며, 유의한 차이가 있는 경우 Scheffe 사후검정을 적용하여 어느 집단 간의 차이인지 분석하였다.

- ③ 대상자의 섬망 환자로부터 폭력 경험, 자기자비, 섬망 간호 스트레스 간의 상관관계는 Pearson correlation으로 분석하였다.
- ④ 대상자의 섬망 간호 스트레스에 영향을 미치는 요인들의 설명력은 위계적 회귀분석(Hierarchical regression analysis)으로 분석하였다.
- ⑤ 측정 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ 로 분석하였다.
- ⑥ 추가로 회귀분석을 통하여 폭력 경험의 조절 효과를 검증하였고 다중 공선성 문제가 발생할 수 있으므로 독립변수와 조절변수를 평균중심화한 후 두 변인 간 곱을 상호작용항으로 산출하였다.

## 6. 대상자의 윤리적 고려

본 연구는 연구대상자 보호를 위하여 해당 병원 IRB의 연구 승인을 받은 후에 실시하였다. 연구에 참여하는 대상자의 윤리적인 측면을 보호하기 위해 연구대상자인 중환자실 간호사들에게 연구 목적과 방법, 연구 대상자의 위험과 이익, 개인정보와 비밀보장, 중도 탈락에 대한 설명서를 배부하고 모집 공고문을 부착하였다. 이를 확인한 후 자발적으로 연구에 참여하기로 동의한 대상자들은 설문지를 작성함으로써 연구에 참여하였다. 설문 작성에 대한 보상으로 대상자에게 소정의 답례품을 증정하였다. 작성된 설문지의 기밀성을 보장하기 위해 밀봉 봉투를 함께 제공하였으며 수집된 모든 자료를 비밀로 보장하고 코드화하여 참여자의 정보가 노출되지 않도록 하였다. 성별, 나이, 소속 병동, 임상 경력 등 개인정보가 유출되지 않도록 하여 연구 참여자의 비밀 유지 및 익명성을 보장하였다.

## IV. 연구 결과

### 1. 대상자의 특성

#### 1.1 일반적 특성

본 연구대상자의 일반적 특성인 나이, 성별, 근무부서, 직위, 간호사 경력, 최종 학력, 종교는 Table 2와 같다. 나이는 20~29세가 68.8%로 가장 많았으며, 대상자의 96.3%는 나이가 40대 미만으로 평균 28.7세 ( $\pm 4.75$ )였다. 여성이 86.8%이었으며, 근무부서는 외과계중환자실이 26.9%, 응급중환자실이 25.6% 이었으며 재난중환자실(16.87%), 내과계중환자실(12.5%), 심폐기계중환자실(11.87%), 심혈관내과 중환자실(6.25%) 순으로 많았다. 직위는 95.6%가 일반간호사로 대부분을 차지하였으며 나머지 4.4%는 책임간호사 직위에 해당되었다. 간호사 경력 기간은 5년 이상이 36.3%로 가장 높았고, 1~3년 미만 경력이 28.8%, 3~5년 미만 경력이 26.9%이며, 1년 미만 경력이 8.1%로 가장 낮았다. 전체 대상자의 간호사로서 경력 평균은 59.95( $\pm 52.64$ )개월이었다. 학사 졸업은 81.9%, 석사 과정 또는 석사 졸업은 16.3%이었으며, 박사과정 또는 박사 졸업은 1.9%만 해당하였다. 종교는 무교가 56.9%로 가장 많았으며 기독교(23.8%), 가톨릭(13.1%), 불교(6.3%) 순서로 많았다.



Table 2. General Characteristics of the Subjects

(N=160)

Variables	Categories	n(%)	Mean±SD	Min~Max
Age	20~29	110 (68.75%)	28.66±4.75	23~49
	30~39	44 (27.50%)		
	≥40	6 (3.75%)		
Gender	Men	21 (13.13%)		
	Women	139 (86.87%)		
Work Place	Medical ICU	20 (12.5%)		
	Surgery ICU	43 (26.87%)		
	Emergency ICU	41 (25.62%)		
	Cardiopulmonary ICU	19 (11.87%)		
	Disaster ICU	27 (16.87%)		
	CCU	10 (6.25%)		
Position	Staff Nurse	153 (95.63%)		
	Charge Nurse	7 (4.37%)		
Length of Nursing Career (months)	≤11	13 (8.12%)	59.95±52.64	6~324
	12~35	46 (28.75%)		
	36~59	43 (26.87%)		
	≥60	58 (36.25%)		
Level of Education	Diploma	131 (81.88%)		
	BSN	26 (16.25%)		
	MSN	3 (1.88%)		
Religion	Christian	38 (23.75%)		
	Catholic	21 (13.12%)		
	Buddhist	10 (6.25%)		
	None	91 (56.88%)		

*Note.* BSN=Bachelor of Science in Nursing, MSN=Master of Science in Nursing, ICU=Intensive Care Unit, CCU=Coronary Care Unit, Min=Minimum, Max=Maximum

## 1.2 섬망 간호 관련 특성

섬망 간호 관련 특성으로는 부서 내 섬망 간호 관련 지침, 섬망 관련 교육 경험 및 교육의 필요성, 섬망 환자의 보호자와의 갈등 경험, 섬망 환자로 인한 다른 부서와의 갈등 경험, 섬망 환자에 대한 전동이나 전원 경험, 섬망 환자 간호 경험 횟수, 섬망 환자 간호가 어렵다고 생각하는 지에 대한 여부를 조사하였으며 결과는 Table 3과 같다.

부서에 섬망 간호 지침이 있다는 비율이 31.9%로, 간호 지침이 없는 경우가 더 많았다(67.5%). 단, 동일한 중환자실에서 근무하는 경우에도 병동 내 섬망 간호 관련 지침 보유 여부에 대한 응답은 상이하였다.

섬망 간호 교육은 51.3%가 받은 적이 있다고 응답하였으며 교육에 대하여 97.5%가 '매우 필요하다' 또는 '필요하다'로 응답하였다.

섬망 환자의 보호자와 갈등 경험이 있는 경우는 61.9%였으며, 섬망 환자로 인하여 타부서와의 갈등이 있는 경우는 39.4%였다. 섬망 환자 전동 및 전원 경험이 있는 경우는 80%이었다.

한 달 동안 섬망 환자 간호 횟수는 평균 5.90( $\pm 4.75$ )회였으며, 2~4회가 40%로 가장 많았고, 10회 이상(26.25%), 5~9회(22.5%), 1회 이하(11.25%) 순이었다.

섬망 환자를 간호하는 데 93.8%가 어려움이 있다고 느꼈다. 어려움을 느끼는 경우 원인에 대해 개방형으로 질문을 하였고 142명이 답변을 작성하여 총 225개의 응답이 수집되었다. 강은경(2016)의 연구에 기반하여 정리한 내용은 Table 4와 같다. 환자 관련 요인으로는 폭력 및 통제 불가로 인한 갈등 발생, 환자 안전 위협, 의사소통 어려움이 있었고, 응답의 48.44%가 해당되어 가장 높은 비율을 차지하였다. 간호사 관련 요인으로는 소진, 지식 부족, 간호사 안전 위협, 시간 부족, 가치관의 혼

란이 포함되며 응답의 37.77%가 이에 해당되었다. 기타 갈등 요인으로  
는 보호자와 갈등, 타부서와의 갈등, 다른 환자와의 갈등이 포함되며 응  
답의 3.11%가 해당되었다. 환경적 요인으로는 인력 부족, 섬망 간호의  
가이드라인 부재가 해당되었으며 10.66% 응답이 이에 해당되었다. 부록  
6에는 응답 내용을 수정 없이 그대로 기술하였다.

Table 3. Delirium-care Related Characteristics of the Subjects

(N=160)

Variables	Categories	n(%)
Nursing Guideline for Delirium	Yes	52 (31.87%)
	No	108 (67.5%)
Experience of Delirium Education	Yes	82 (51.25%)
	No	78 (48.75%)
Need of Delirium Education	Very high	64 (40%)
	High	92 (57.5%)
	Low	4 (2.5%)
	Very low	0 (0.0%)
Perception of Difficulty with Delirium-care	Difficult	150 (93.75%)
	Not difficult	10 (6.25%)
Experience of Conflicts with Caregivers	Yes	99 (61.87%)
	No	61 (38.12%)
Experience of Conflicts with Other Disciplines	Yes	63 (39.37%)
	No	97 (60.63%)
Experience of Transferring Delirious Patients	Yes	128 (80%)
	No	32 (20%)
Number of Nursing Experiences with Delirious Patients (in a month)	≤1	18 (11.25%)
	2~4	64 (40%)
	5~9	46 (22.5%)
	≥10	42 (26.25%)

Table 4. Reasons for Difficulties Caring for Delirious Patients

(N=225)

Domains	Item	n(%)	
Patients	(1) Conflicts with Patients (violence, out of control, irritability etc)	29 (12.88%)	109 (48.44%)
	(2) Problems with Patients' Safety	38 (16.88%)	
	(3) Difficulties in Communication	36 (16%)	
	(4) Others	3 (1.33%)	
Nurse	(5) Burnout	18 (8%)	85 (37.77%)
	(6) Lack of Knowledge	10 (4.44%)	
	(7) Problems with Nurse's Safety	17 (7.55%)	
	(8) Lack of Time	24 (10.66%)	
	(9) Belief	8 (3.55%)	
	(10) Others	8 (3.55%)	
Other people	(11) Conflicts with Caregivers	3 (1.33%)	7 (3.11%)
	(12) Conflicts with Other Disciplines	3 (1.33%)	
	(13) Conflicts with Other Patients	1 (0.44%)	
Environment	(14) Shortage of Manpower	9 (4%)	24 (10.66%)
	(15) No Nursing Guideline for Delirium	13 (5.77%)	
	(16) Others	2 (0.88%)	

*Note.* Multiple answers allowed for open question

## 2. 대상자의 섬망 환자로부터 폭력 경험, 자기자비, 섬망 간호 스트레스

### 2.1 섬망 환자로부터 폭력 경험

대상자의 섬망 환자로부터 폭력 경험을 조사한 결과는 Table 5와 같다. 전체 폭력 경험 점수는 15.669( $\pm 9.838$ )점으로 나타났다. 대상자의 언어적 폭력 경험 점수는 5.162( $\pm 2.986$ )점, 신체적 위협 경험 점수는 5.731( $\pm 4.079$ )점, 신체적 폭력 경험 점수는 4.768( $\pm 4.499$ )점으로 신체적 위협 경험 점수가 가장 높게 나타났다.

Table 5. Violence Experience from Delirious Patients

(N=160)

Domains	Range	Mean $\pm$ SD	Minimum	Maximum
Verbal Violence	0~16	5.162 $\pm$ 2.986	0	16
Physical Threat	0~20	5.731 $\pm$ 4.079	0	18
Physical Violence	0~28	4.768 $\pm$ 4.499	0	24
Total	0~64	15.669 $\pm$ 9.838	0	44

### 2.2 자기 자비

대상자의 자기자비 수준은 3.325( $\pm 0.564$ )점이었고, 하위영역인 자기 친절은 2.736( $\pm 0.725$ )점, 보편적 인간성은 3.014( $\pm 0.717$ )점, 마음챙김

은 3.084( $\pm$ 0.744)점이었다. 자기판단, 고립, 과잉동일시는 개별 통계량을 기술할 경우에는 역채점을 하지 않고 점수 그대로 평균을 구해야 하며, 전체 점수로 합산할 경우에는 역채점을 해야 한다. 그 결과 자기판단은 2.248( $\pm$ 0.860)점, 고립은 2.084( $\pm$ 0.873)점, 과잉동일시는 2.533( $\pm$ 0.848)점으로 확인되었다. (Table 6)

Table 6. Self Compassion Score

(N=160)

Domains	Range	Mean $\pm$ SD	Minimum	Maximum
Self Kindness	0~5	2.736 $\pm$ 0.725	1.000	4.400
Self Judgement	0~5	2.248 $\pm$ 0.860	1.000	4.600
Common Humanity	0~5	3.014 $\pm$ 0.717	1.000	4.750
Isolation	0~5	2.084 $\pm$ 0.873	1.000	4.500
Mindfulness	0~5	3.084 $\pm$ 0.744	1.250	5.000
Over Identification	0~5	2.533 $\pm$ 0.848	1.000	4.500
Total	0~5	3.325 $\pm$ 0.564	1.615	4.500

### 2.3 섬망 간호 스트레스

대상자의 섬망 간호 스트레스는 5점 만점에 3.609( $\pm$ 0.542)점으로 나왔다(Table 7). 문항별로 평균 점수를 확인한 결과 가장 높은 점수를 가진 항목은 ‘환자가 침습적 장치를 제거하려고 한다’(M=4.694, SD=0.593) 다음으로 ‘환자가 움직임이 과하여 통제가 되지 않는

다'(M=4.613, SD=0.634)였다. 반면 가장 낮은 평균 점수를 가진 항목은 '환자가 너무 조용하고 반응이 없다'(M=1.981, SD=0.968) 다음으로 '환자의 주변 사람(간호사나 다른 환자)을 환자가 알고 있는 다른 사람의 이름으로 부른다'(M=2.294, SD=1.062)로 나타났다. (부록 7)

Table 7. Strain of Caring Delirium

(N=160)

Domains	Range	Mean±SD	Minimum	Maximum
Strain of Caring Delirium	0~5	3.609±0.542	1.772	4.818



### 3. 대상자의 특성에 따른 섬망 환자로부터 폭력 경험

대상자의 일반적 특성과 섬망 간호 관련 특성에 따른 폭력 경험의 차이를 확인하기 위해 등분산 검정을 하였으며, 등분산 가정이 충족되지 않은 경우에는 Welch's t-test를 통해 분석하였다.

#### 3.1 일반적 특성에 따른 섬망 환자로부터 폭력 경험

대상자의 일반적 특성에 따른 섬망 환자로부터 폭력 경험 차이를 조사한 결과 종교에 따른 폭력 경험에서 유의한 차이가 있었다( $F=3.324$ ,  $p=.021$ ). 그러나 사후검정에서 그룹 간 유의한 차이는 없었다. 근무부서에 따른 폭력 경험도 차이가 있었으며( $F=4.916$ ,  $p<.001$ ), 사후검정에서 심폐기계 중환자실( $M=21.474$ ,  $SD=11.735$ )이 외과계 중환자실( $M=12.116$ ,  $SD=7.787$ )보다 높게 나타났다. 이외 나이, 성별, 최종 학력, 직위, 경력에 따른 섬망 환자로부터 폭력 경험 정도는 유의한 차이가 없었다. (Table 8)

#### 3.2 섬망 간호 관련 특성에 따른 섬망 환자로부터 폭력 경험

섬망 환자의 보호자들과 갈등 경험 여부에 따라 섬망 환자로부터 폭력 경험 점수에 유의한 차이가 있었다. 즉, 섬망 환자의 보호자와 갈등 경험이 있는 그룹( $M=18.414$ ,  $SD=10.744$ )의 경우 갈등 경험이 없는 그룹( $M=11.213$ ,  $SD=5.945$ )보다 폭력 경험이 유의하게 높았다( $t=23.020$ ,  $p<.001$ ).

섬망 환자 간호 빈도에 따라서 폭력 경험 점수에도 유의한 차이가 있

었다( $F=11.250$ ,  $p<.001$ ). 한 달에 10회 이상 섬망 간호를 제공하는 그룹( $M=20.928$ ,  $SD=10.299$ )의 경우 한 달에 1회 이하 섬망 간호를 제공하는 그룹( $M=8.056$ ,  $SD=6.629$ )과 2~4회 제공하는 그룹( $M=13.219$ ,  $SD=8.407$ )보다 폭력 경험 점수가 높았다( $p<.001$ ). 한 달에 5~9회 섬망 간호를 제공하는 그룹( $M=17.694$ ,  $SD=9.417$ )은 1회 이하 제공하는 그룹보다 폭력 경험 점수가 유의하게 높았다( $p=.004$ ). 이외 항목에서 폭력 경험 점수에 유의한 차이를 보이는 항목은 없었다. (Table 9)

Table 8. Levels of Violence Experience according to General Characteristics of the Subjects.

(N=160)

Variables	Categories	Mean±SD	t/F	p-value (Sheffe)
Age	20~29	15.982±9.677	0.257	.774
	30~39	14.773±9.791		
	≥40	16.500±14.209		
Gender	Men	12.476±8.122	2.571	.111
	Women	16.151±10.008		
Level of Education	Diploma	16.336±10.044	2.642	.074
	BSN	13.500±8.420		
	MSN	5.333±0.577		
Religion	Christian	19.316±11.595	3.324	.021
	Catholic	13.143±9.588		
	Buddhist	19.200±7.177		
	None	14.341±8.937		
Position	Staff Nurse	15.379±9.714	3.071	.080
	Charge Nurse	22.000±11.210		
Work Place	Medical ICU	19.300±11.581	4.916	<.001 (b<d)
	Surgery ICU <sup>b</sup>	12.116±7.787		
	Emergency ICU	18.024±9.234		
	Cardiopulmonary ICU <sup>d</sup>	21.474±11.735		
	Disaster ICU	12.556±8.732		
	CCU	11.400±5.816		
Length of Nursing Career (months)	≤11	16.000±5.196	0.287	.836
	12~35	15.435±9.256		
	36~59	16.767±11.483		
	≥60	14.966±9.901		

Note. BSN=Bachelor of Science in Nursing, MSN=Master of Science in Nursing, ICU=Intensive Care Unit, CCU=Coronary Care Unit

Table 9. Levels of Violence Experience according to Delirium-care Related Characteristics of the Subjects

(N=160)

Variables	Categories	Mean±SD	t/F	p-value (Sheffe)
Nursing Guideline for Delirium	Yes	14.196±9.714	1.260	.263
	No	16.389±11.210		
Experience of Delirium Education	Yes	14.930±10.437	0.925	.338
	No	16.436±9.172		
Need of Delirium Education	Very high	15.344±10.376	0.268	.766
	High	16.022±9.617		
	Low	12.750±6.801		
Perception of Difficulty with Delirium-care	Yes	18.414±10.744	23.020	<.001
	No	11.213±5.945		
Experience of Conflicts with Caregivers	Yes	16.873±11.097	1.563	.213 <sup>†</sup>
	No	14.887±8.900		
Experience of Conflicts with Other Disciplines	Yes	15.773±10.358	0.072	.789 <sup>†</sup>
	No	15.250±7.526		
Experience of Transferring Delirious Patients	Difficult	15.853±9.767	0.844	.360
	Not difficult	12.900±11.030		
Number of Nursing Experiences with Delirious Patients (in a month)	≤1 <sup>a</sup>	8.056±6.629	11.250	<.001 (d>a,b c>a)
	2~4 <sup>b</sup>	13.219±8.407		
	5~9 <sup>c</sup>	17.694±9.417		
	≥10 <sup>d</sup>	20.928±10.299		

Note. † = Welch's t-test

## 4. 대상자의 특성에 따른 자기자비

대상자의 일반적 특성과 섬망 간호 관련 특성에 따른 자기자비의 차이를 확인하기 위해 등분산 검정을 하였으며, 등분산 가정이 충족되지 않은 경우에는 Welch's t-test를 통해 분석하였다.

### 4.1 일반적 특성에 따른 자기자비

대상자의 자기자비는 성별에 따라 유의한 차이가 있었고( $t=8.688$ ,  $p=.003$ ), 남자( $M=3.656$ ,  $SD=0.458$ )가 여자( $M=3.275$ ,  $SD=0.563$ )보다 높았다. 다른 항목에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. (Table 10)

### 4.2 섬망 간호 관련 특성에 따른 자기자비

대상자의 섬망 간호 교육 경험 여부에 따른 자기자비 정도를 비교한 결과 유의한 차이가 있었다( $t=6.273$ ,  $p=.010$ ). 섬망 간호 교육을 받은 그룹( $M=3.432$ ,  $SD=0.524$ )이 교육을 받지 않은 그룹( $M=3.213$ ,  $SD=0.569$ )보다 자기자비 수준이 높았다.

섬망 환자 전동 및 전원 경험이 있는 경우에도 자기자비에 유의한 차이를 보였다( $t=4.198$ ,  $p=.042$ ). 전동 및 전원 경험이 있는 그룹( $M=3.370$ ,  $SD=0.549$ )이 없는 그룹( $M=3.345$ ,  $SD=0.560$ )보다 자기자비 수준이 높았다. (Table 11)

Table 10. Self Compassion according to General Characteristics of the Subjects.

(N=160)

Variables	Categories	Mean±SD	t/F	p-value
Age	20~29	3.339±0.570	0.117	.890
	30~39	3.299±0.581		
	≥40	3.263±0.359		
Gender	Men	3.656±0.458	8.688	.003
	Women	3.275±0.563		
Level of Education	Diploma	3.348±0.547	0.661	.518
	BSN	3.209±0.657		
	MSN	3.346±0.482		
Religion	Christian	3.275±0.662	0.837	.475
	Catholic	3.240±0.593		
	Buddhist	3.169±0.401		
	None	3.383±0.529		
Position	Staff Nurse	3.324±0.574	0.010	.921
	Charge Nurse	3.346±0.304		
Work Place	Medical ICU	3.404±0.630	0.569	.723
	Surgery ICU	3.292±0.570		
	Emergency ICU	3.356±0.495		
	Cardiopulmonary ICU	3.152±0.565		
	Disaster ICU	3.397±0.563		
	CCU	3.319±0.727		
Length of Nursing Career (months)	≤11	3.349±0.583	0.720	.542
	12~35	3.253±0.620		
	36~59	3.424±0.584		
	≥60	3.304±0.500		

*Note.* BSN=Bachelor of Science in Nursing, MSN=Master of Science in Nursing, ICU=Intensive Care Unit, CCU=Coronary Care Unit

Table 11. Self Compassion according to Delirium-care Related Characteristics of the Subjects

(N=160)

Variables	Categories	Mean±SD	t/F	p-value
Nursing Guideline for Delirium	Yes	3.298±0.574	1.056	.305
	No	3.328±0.304		
Experience of Delirium Education	Yes	3.432±0.542	6.273	.010
	No	3.213±0.569		
Need of Delirium Education	Very high	3.347±0.607	0.359	.699
	High	3.302±0.546		
	Low	3.519±0.200		
Perception of Difficulty with Delirium-care	Yes	3.259±0.584	3.667	.057
	No	3.433±0.517		
Experience of Conflicts with Caregivers	Yes	3.294±0.574	0.300	.585
	No	3.345±0.560		
Experience of Conflicts with Other Disciplines	Yes	3.370±0.549	4.198	.042
	No	3.144±0.598		
Experience of Transferring Delirious Patients	Difficult	3.322±0.570	0.064	.800
	Not difficult	3.369±0.499		
Number of Nursing Experiences with Delirious Patients (in a month)	≤1	3.462±0.388	0.397	.755
	2~4	3.300±0.630		
	5~9	3.312±0.565		
	≥10	3.316±0.530		

## 5. 대상자의 특성에 따른 섬망 간호 스트레스

대상자의 일반적 특성과 섬망 간호 관련 특성에 따른 섬망 간호 스트레스의 차이를 확인하기 위해 등분산 검정을 하였으며, 등분산 가정이 충족되지 않은 경우에는 Welch's t-test를 통해 분석하였다.

### 5.1 일반적 특성에 따른 섬망 간호 스트레스

대상자의 일반적 특성에 따른 섬망 간호 스트레스 차이 분석 결과 근무부서에 유의한 차이가 있었으나( $F=3.408$ ,  $p=.005$ ), 사후분석 결과 유의하지 않았다. 이외 모든 항목에서 유의한 차이를 보이지 않았다. (Table 12)

### 5.2 섬망 간호 관련 특성에 따른 섬망 간호 스트레스

보호자와 갈등 경험 여부, 섬망 환자의 전원 및 전동 경험 여부 그리고 섬망 간호를 제공하는 데 느끼는 어려움 여부에 따라서 섬망 간호 스트레스는 유의하게 차이가 났다. 갈등 경험이 있는 경우( $M=3.687$ ,  $SD=0.464$ )가 갈등 경험이 없는 그룹( $M=3.482$ ,  $SD=0.633$ )보다 섬망 간호 스트레스 수준이 높았다( $t=5.536$ ,  $p=.019$ ). 섬망 환자의 전원 및 전동 경험이 있는 그룹의 경우( $M=3.567$ ,  $SD=0.567$ )에는 전원 및 전동 경험이 없는 그룹( $M=3.777$ ,  $SD=0.397$ )보다 섬망 간호 스트레스 수준이 낮게 나타났다( $t=3.895$ ,  $p=.050$ ). 섬망 간호를 제공하는 것이 어렵다고 응답한 경우( $M=3.648$ ,  $SD=0.508$ ), 어렵지 않다고 응답한 그룹( $M=3.027$ ,  $SD=0.397$ )보다 섬망 간호 스트레스 수준이 유의하게 높았



다( $t=13.220$ ,  $p<.001$ ). 이외 섬망 환자 간호 가이드라인 여부, 섬망 교육 경험, 섬망 간호 교육 필요도, 타부서와 갈등 경험, 섬망 환자 간호 빈도에서는 유의한 차이가 나타나지 않았다. (Table 13)

Table 12. Strain of Caring Delirium according to General Characteristics of the Subjects

(N=160)

Variables	Categories	Mean±SD	t/F	p-value
Age	20~29	3.602±0.541	0.150	.861
	30~39	3.611±0.549		
	≥40	3.727±0.606		
Gender	Men	3.485±0.719	1.273	.261 <sup>†</sup>
	Women	3.628±0.511		
Level of Education	Diploma	3.601±0.534	1.494	.228
	BSN	3.705±0.482		
	MSN	3.152±1.230		
Religion	Christian	3.749±0.534	1.313	.272
	Catholic	3.649±0.627		
	Buddhist	3.568±0.485		
	None	3.546±0.528		
Position	Staff Nurse	3.515±0.542	0.332	.566
	Charge Nurse	3.494±0.576		
Work Place	Medical ICU	3.834±0.272	3.408	.005
	Surgery ICU	3.677±0.432		
	Emergency ICU	3.415±0.635		
	Cardiopulmonary ICU	3.572±0.559		
	Disaster ICU	3.508±0.594		
	CCU	4.009±0.464		
Length of Nursing Career (months)	≤11	3.465±0.339	1.937	.126
	12~35	3.738±0.449		
	36~59	3.488±0.630		
	≥60	3.629±0.562		

Note. BSN=Bachelor of Science in Nursing, MSN=Master of Science in Nursing, ICU=Intensive Care Unit, CCU=Coronary Care Unit, † = Welch's t-test

Table 13. Strain of Caring Delirium according to Delirium-care Related Characteristics of the Subjects

(N=160)

Variables	Categories	Mean±SD	t/F	p-value
Nursing Guideline for Delirium	Yes	3.582±0.542	0.090	.764 <sup>†</sup>
	No	3.623±0.576		
Experience of Delirium Education	Yes	3.538±0.570	2.961	.08
	No	3.684±0.505		
Need of Delirium Education	Very high	3.660±0.591	0.461	.632
	High	3.575±0.514		
	Low	3.580±0.407		
	Very low			
Perception of Difficulty with Delirium-care	Yes	3.687±0.464	5.536	.019
	No	3.482±0.633		
Experience of Conflicts with Caregivers	Yes	3.688±0.442	2.185	.141
	No	3.558±0.596		
Experience of Conflicts with Other Disciplines	Yes	3.567±0.567	3.895	.050
	No	3.777±0.397		
Experience of Transferring Delirious Patients	Difficult	3.648±0.508	13.220	<.001
	Not difficult	3.027±0.727		
Number of Nursing Experiences with Delirious Patients (in a month)	≤1	3.833±0.415	2.036	.111
	2~4	3.522±0.547		
	5~9	3.701±0.532		
	≥10	3.567±0.570		

Note. † = Welch's t-test

## 6. 섬망 환자로부터 폭력 경험, 자기자비, 섬망 간호 스트레스 간의 관계

섬망 환자로부터 폭력 경험, 자기자비, 섬망 간호 스트레스의 관계를 알아보기 위해 상관관계분석을 실시하였다(Table 14). 섬망 간호 스트레스는 폭력 경험과 양의 상관관계가 있었으나 유의하지 않았고( $r=0.137$ ,  $p=.085$ ), 하위항목을 확인한 결과 신체적 위협에서 유의한 양의 상관관계를 보였다( $r=0.172$ ,  $p=.029$ ). 자기자비와 유의한 음의 상관관계를 보였으며( $r=-0.216$ ,  $p=.006$ ), 세 개의 하위항목을 확인한 결과 자기친절은  $-0.228$ ( $p=.004$ ), 보편적 인간성은  $-0.162$ ( $p=.040$ ), 마음챙김은  $-0.189$ ( $p=.017$ )로 나타났다. 즉, 신체적 위협이 높은 경우 섬망 간호 스트레스 수준이 높게 나타나며, 자기자비 수준이 높은 경우 섬망 간호 스트레스가 낮다는 것을 보여준다.

또한 회귀분석에 앞서 정규성 충족 여부를 판단하기 위해 왜도와 첨도를 검토한 결과 왜도는 절대값이 2, 첨도는 절대값이 7을 벗어나지 않아 측정 변수의 정규성 가정을 충족하였다.

Table 14. Correlation between Violence Experience, Self Compassion and Strain of Caring Delirium

(N=160)

	1	2	2-1	2-2	2-3	3	3-1	3-2	3-3
	r (p)								
1	1								
2	.137 (.085)	1							
2-1	.072 (.364)	.752 ( $<.001$ )	1						
2-2	.172 (.029)	.884 ( $<.001$ )	.533 ( $<.001$ )	1					
2-3	.096 (.225)	.887 ( $<.001$ )	.497 ( $<.001$ )	.673 ( $<.001$ )	1				
3	-.216 (.006)	-.014 (.859)	-.041 (.609)	-.073 (.356)	.063 (.428)	1			
3-1	-.228 (.004)	-.03 (.748)	-.040 (.617)	-.100 (.209)	.062 (.437)	.919 ( $<.001$ )	1		
3-2	-.162 (.040)	.038 (.636)	-.031 (.699)	.030 (.710)	.077 (.333)	.866 ( $<.001$ )	.687 ( $<.001$ )	1	
3-3	-.189 (.017)	-.060 (.454)	-.072 (.361)	-.125 (.114)	.031 (.701)	.895 ( $<.001$ )	.745 ( $<.001$ )	.685 ( $<.001$ )	1
Mean	3.609	15.669	5.163	5.731	4.769	3.325	3.244	3.465	3.276
SD	0.542	9.838	2.986	4.079	4.499	0.564	0.637	0.604	0.632
Skewness	-0.959	0.863	0.874	0.775	1.678	-0.336	-0.281	-0.363	-0.193
Kurtosis	4.638	3.512	4.356	3.091	5.967	3.161	2.848	3.162	2.956

1. Strain of Caring Delirium

2. Violence Experience, 2-1. Verbal Abuse, 2-2. Physical Threat ,2-3. Physical Violence

3. Self Compassion, 3-1. Self Kindness, 3-2. Common Humanity, 3-3. Mindfulness

## 7. 섬망 간호 스트레스의 예측 요인

섬망 간호 스트레스에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 위계적 회귀분석(Hierarchical regression analysis)을 실시한 결과는 Table 15와 같다. 일반적 특성을 통제된 상태에서 폭력 경험과 자기자비가 섬망 간호 스트레스에 미치는 영향에 대하여 Model 1에서는 인구학적 통제변수로서 성별과 나이를 투입하였으며, 추가로 앞서 진행한 단변량 분석에서 섬망 간호 스트레스에 유의한 차이를 보였던 섬망 환자 보호자와의 갈등 경험, 섬망 환자 전동 및 전원 경험, 그리고 섬망 환자 간호 주관적 어려움을 통제변수로 투입하였다. Model 2와 Model 3에서는 연구변수인 폭력 경험과 자기자비를 순서대로 추가 투입하였다. 변수가 추가로 투입됨에 따라 회귀식의 유의성을 확인하였고, 설명력의 변화가 유의하였는지 확인하였으며 각 변수의 주효과가 유의한지 확인하였다.

우선, Durbin-Watson의 값을 확인한 결과 모두 2에 근사하여 종속변수의 자기상관이 없음을 확인하였다. 또한 평균 표준화를 거쳐 분산팽창인자(Variance Inflation Factor, VIF)를 확인한 결과 모두 1에서 10사이의 값을 가졌고 독립변수 간 자기상관의 문제가 없음을 확인하였다.

Model 1의 설명력은 12.1%로 회귀식은 통계적으로 유의하게 나타났다( $F=4.157$ ,  $p=.001$ ). 단, 섬망 간호 스트레스에 유의한 영향을 주는 변수는 섬망 간호 주관적 어려움이 유일했다( $\beta=0.549$ ,  $t=-3.164$ ,  $p=.001$ ).

Model 2는 폭력 경험을 추가 투입하였고 설명력은 12.7%로 회귀식은 유의하였다( $F=3.654$ ,  $p=.002$ ). 설명력은 0.6% 증가하였으나 그 차이가 유의하지는 않았고( $F=1.122$ ,  $p=.291$ ), 통제변수를 통제된 후 폭력 경험의 주효과는 유의하지 않았다.

Model 3에서는 자기자비를 추가 투입하여 섬망 간호 스트레스에 미치는 영향을 분석하였다. Model 3의 설명력은 15.9%였으며 회귀식은 유의하였다( $F=4.030$ ,  $p<.001$ ). Model 2와 비교하여 설명력은 3.2% 증가하였으며 그 차이는 유의하였다( $F=5.616$ ,  $p=.019$ ). 앞선 변수들을 모두 통제했음에도 불구하고 자기자비의 주효과는 유효하였다( $\beta = -0.180$ ,  $t = -2.370$ ,  $p = .019$ ). 폭력 경험의 주효과는 유의하지 않았다.

Table 15. Influencing Factors of Strain of Delirium Care

(N=160)

Variables	Model 1					Model 2					Model 3				
	B	$\beta$	S.E	t	<i>p</i>	B	$\beta$	S.E	t	<i>p</i>	B	$\beta$	S.E	t	<i>p</i>
Gender(Female)															
Male	-.113	-.069	.126	-.903	.368	-.102	-.062	.126	-0.811	.418	-.040	-.024	.127	-.321	.748
Age	.000	.001	.009	.024	.980	.000	.004	.009	.063	.950	.000	.005	.009	.075	.940
Experience of Transferring Delirious Patients	-.176	-.130	.104	-1.696	.091	-.182	-.134	.104	-1.750	.082	-.150	-.110	.103	-1.452	.148
Experience of Conflicts with Caregivers	.153	.136	.088	1.738	.084	.121	.107	.093	1.302	.194	.093	.082	.092	1.007	.315
Perception of Difficulty with Delirium-care	.549	.245	.173	3.164	.001	.533	.243	.173	3.135	.002	.542	.243	.170	3.175	.001
Violence Experience						.004	.086	.004	1.059	.291	.005	.100	.004	1.246	.214
Self Compassion											-.180	-.185	.076	-2.370	.019
$R^2$ (adj $R^2$ )	.121 (.091)					.127 (.092)					.159 (.119)				
F( <i>p</i> )	4.157 (.001)					3.654 (.002)					4.030 (<.001)				
$\Delta R^2$ (F, <i>p</i> )						.006 (F=1.122, <i>p</i> =.291)					.032 (F=5.616, <i>p</i> =.019)				

Note. Gender Reference Group=Female, Durbin Watson Statistics=1.968



## 8. 조절 효과 분석

추가분석으로 자기자비와 폭력 경험의 상호 작용항을 포함하는 회귀 분석을 진행하여 조절 효과를 가지는지도 확인하였다(Table 16). 단, 상호 작용항을 투입할 때는 변수 간의 다중공선성의 문제를 없애기 위하여 평균 표준화 과정을 먼저 거쳤다.

### 8.1 폭력 경험 조절 효과

회귀분석 결과 자기자비의 주효과는 유의하였고( $\beta = -.223, p = .004$ ), 폭력 경험의 주효과는 유의하지 않았다. 하지만 상호 작용항은 유의하게 나타났다( $\beta = .174, p = .028$ ). 즉, 자기자비가 높아지면 섭망 간호 스트레스는 감소하는 효과를 보였으며, 폭력 경험이 높은 경우에는 자기자비가 섭망 간호 스트레스에 미치는 효과가 완충됨을 확인하였다. 모델의 설명력은 10.1%로 유의하였다( $F = 5.714, p = .001$ ). 폭력 경험의 조절 효과에 대해서 하위 척도 별로 추가 분석하였다.

### 8.2 하위항목별 조절 효과

폭력 경험의 하위항목별로 조절효과를 분석해본 결과 유의한 조절효과를 갖는 것은 신체적 위협임을 확인하였다. 구체적인 분석 결과는 다음과 같다.

자기자비와 언어적 폭력을 투입한 결과 자기자비의 주효과는 유의하였으나( $\beta = -.235, p = .003$ ), 언어적 폭력의 주효과와 상호 작용항은 유

의하지 않았다. 회귀식의 설명력은 7%로 유의하였다( $F=3.847$ ,  $p=.010$ ).

자기자비와 신체적 위협을 투입한 결과 자기자비의 주효과는 유의하였고( $\beta=-.205$ ,  $p=.007$ ), 신체적 위협의 주효과도 유의하였다( $\beta=.146$ ,  $p=.050$ ). 상호 작용항도 유의하였다( $\beta=.196$ ,  $p=.011$ ). 이는 자기자비가 높아지면 섬망 간호 스트레스는 감소하며, 신체적 위협이 높아질수록 섬망 간호 스트레스는 증가함을 의미한다. 또한 신체적 위협이 높은 경우에는 자기자비가 섬망 간호 스트레스에 미치는 효과가 완충됨을 의미하며 Figure 1로 표현하였다. 회귀 모델의 설명력은 11.6%로 유의하였다( $F=6.713$ ,  $p<.001$ ).

마지막으로 자기자비와 신체적 폭력을 투입한 결과 자기자비의 주효과는 유의하였으나( $\beta=-.227$ ,  $p=.004$ ), 신체적 폭력과 상호 작용항은 유의하지 않았다. 모델의 설명력은 7.9%로 유의하였다( $F=4.383$ ,  $p=.005$ ).

Table 16. Moderating Effects of Violence Experience between Self Compassion and Strain of Caring Delirium

(N=160)

Variables	B	$\beta$	S.E	t	p	VIF	$R^2$ (adj $R^2$ )	F(p)	D-W
Self Compassion	-.217	-.223	.074	-2.921	.004	1.000	.101 (.083)	5.714 (.001)	1.962
Violence Experience	.005	.105	.004	1.334	.184	1.060			
Self Compassion ×Violence Experience	.018	.174	.008	2.212	.028	1.060			
Self Compassion	-.228	-.235	.076	-3.00	.003	1.009	.070 (.051)	3.847 (.010)	1.972
Verbal Abuse	.011	.061	.014	.778	.437	1.019			
Self Compassion ×Verbal Abuse	.037	.118	.025	1.504	.134	1.028			
Self Compassion	-.199	-.205	.073	-2.700	.007	1.005	.116 (.098)	6.713 ( $<.001$ )	1.945
Physical Threat	.019	.146	.010	1.907	.050	1.014			
Self Compassion ×Physical Threat	.047	.196	.018	2.563	.011	1.015			
Self compassion	-.221	-.227	.075	-2.92	.004	1.009	.079 (.061)	4.383 (.005)	1.991
Physical violence	.011	.095	.009	1.209	.228	1.045			
Self compassion ×Physical violence	.030	.122	.019	1.552	.122	1.040			



Figure 1. Moderating Effect of Violence Experience

## V. 논의

본 연구에서는 중환자실 간호사를 대상으로 자기자비와 폭력 경험이 섬망 간호 스트레스에 미치는 영향을 파악하고자 하였다. 연구 결과, 중환자실 간호사의 섬망 간호 스트레스 영향 요인으로 섬망 간호 주관적 어려움과 자기자비를 확인하였으며, 추가분석에서 폭력 경험의 조절 효과를 확인하였다. 우선 각 연구 변수들에 대하여 논의한 후 연구 변수 간의 관계에 대하여 주요 연구 결과를 중심으로 논의하고자 한다.

### 1. 자기자비, 섬망 환자로부터 폭력 경험, 섬망 간호 스트레스

본 연구에서 중환자실 간호사의 자기자비는 5점 만점에 3.325점이었으며 하위항목으로 자기 친절은 2.736점, 자기 판단은 2.248점, 보편적 인간성은 3.014점, 고립은 2.084점, 마음 챙김은 3.084점, 과잉 동일시는 2.533점으로 나타났다. 임상간호사의 업무수행 능력을 설명하기 위한 연구에서 자기자비는 3.46점(Kim & Han, 2021)으로 본 연구보다 약간 높았다. 간호사들의 자기자비와 소진, 직업 만족도 그리고 수면의 질의 관계를 확인한 연구에서 자기자비는 3.27점(Vaillancourt & Wasylkiw, 2020), 자기자비가 스트레스와 소진에 미치는 영향을 완충시키는지 확인한 연구에서는 3.24점 (Dev, Fernando, & Consedine, 2020)으로 본 연구보다 약간 낮았으나 모두 보통 수준에 해당한다.

간호대 대학생들을 대상으로 한 연구에서는 평균 3.01점에서 3.29점으로 모두 보통 수준에 해당하였지만(도영주, 안진영, 장희경, 2022; 이

내영, 한지영, 김영자, 2021; Hyun-Jung Jang & Yun-Jeong Lee, 2021), 본 연구에서보다 낮게 나타났다. 이는 자기자비가 나이가 적을수록 자기자비가 낮았다는 선행 연구 결과(Mohammady et al., 2016)로 그 이유를 설명할 수 있다.

자기자비에 유의한 차이를 나타낸 일반적 특성으로는 성별이 있으며, 본 연구에서는 남성이 여성보다 자기자비 수준이 높았다. 다른 연구들에서도 남성이 자기자비 수준이 높다는 동일한 결과가 있었으나, 성별에 차이가 없다는 연구도 있어 일관되지 않은 결과가 나타나고 있었다 (Henje, Rindestig, Gilbert, & Denhag, 2020).

본 연구에서 중환자실 간호사의 폭력 경험 점수는 언어적 폭력 5.162점, 신체적 위협 5.731점, 신체적 폭력 4.768점이었다. 이는 같은 도구로 응급실 간호사를 대상으로 한 연구에서 언어적 폭력 8.61점, 신체적 위협 8.34점, 신체적 폭력 5.27점보다 낮았다(김민경, 이성희, 2019). 이러한 차이가 발생한 이유는 선행 연구에서 폭력 경험은 환자, 보호자, 의료진으로의 경험도 포괄하였다는 점과, 본 연구에서의 폭력 경험이 심방 환자로부터의 폭력 경험만으로 특정하였다는 점에서 기인하는 것으로 보인다. 본 연구 결과에서는 신체적 위협이 가장 높고 이어서 언어적 폭력, 신체적 폭력 순으로 나타났는데 이러한 결과는 언어적 폭력이 가장 높고, 신체적 위협, 신체적 폭력 순으로 폭력 경험이 나타났다고 한 선행 연구 결과(강채은, 은영, 2022; 손연정, 공현희, 유미애, 공성숙, 2015; 오은정, 2022; 이경숙, 안성아, 2020)와 차이가 있었다. 이는 중환자실에서 인공호흡기를 적용하고 있는 경우, 언어적인 표현보다는 위협적인 표정이나 태도로 드러나기 때문이라고 볼 수 있다. 한편으로 중환자실 간호사를 대상으로 한 박현정 등(2011)의 연구에서도 언어적인 폭력이 가장 높게 나타났는데 이는 폭력 경험의 빈도를 물어본

본 연구와 다르게 예 또는 아니오의 응답을 받았기에 명확한 비교가 어려운 것으로 보인다. 폭력 경험의 실태를 명확하게 파악하여 대처 방안을 구축하기 위해서 앞으로는 신뢰도와 타당도가 검증된 폭력 경험 측정 도구를 개발하고, 다양한 의료기관과 부서별 간호사를 대상으로 반복 연구를 진행하는 것이 필요하다.

폭력 경험에 유의한 차이를 나타낸 특성은 보호자와의 갈등 경험, 섬망 간호 빈도, 근무부서였다. 섬망 환자 보호자와 갈등 경험이 있는 군이 없는 군보다 폭력 경험이 높았다. 또한 한 달에 10회 이상 섬망 간호를 제공하는 그룹이 1회 이하 섬망 간호를 제공하는 그룹과 2~4회 제공하는 그룹보다 폭력 경험이 높게 나타났다. 간호 빈도가 높을수록 폭력의 상황에 노출되기 쉽기 때문으로 생각되며, 보호자와의 갈등과 폭력 경험은 무엇이 선행되는지 알 수 없지만 폭력 경험을 연구하는 다수의 연구에서 보호자 관련 요인이 언급되고 있음을 확인하였다(Kumari et al., 2020). 근무부서에서는 심폐기계 중환자실이 외과계 중환자실보다 높았다. 심폐기계 중환자실은 중증도가 높고, 개심술 및 개흉술을 주로 한다. 특히 심장 수술을 한 경우 섬망 발생률이 30~50%로 나타났고 (Brown et al., 2016), 중증도가 높아 수술 시간이 길수록 섬망 발생률이 높기 때문에 (Habeb & Alshraideh, 2019) 심폐기계 중환자실에서 섬망과 관련된 폭력 발생 빈도가 높았던 것으로 보인다.

본 연구에서 중환자실 간호사의 섬망 간호 스트레스의 평균 점수는 3.609점으로 나타났다. 도구가 달라 명확한 비교는 어렵지만, 중환자실 간호사를 대상으로 김지혜(2021)가 섬망 지식, 공감 역량 및 섬망 스트레스의 관계를 규명한 연구에서 스트레스 평균 점수는 3.84점이었고, 김미향(2020)이 섬망 지식, 섬망 간호 자신감과 섬망 간호 스트레스의 관계를 확인하고자 한 연구에서 섬망 간호 스트레스는 평균 3.98점으로

모두 본 연구보다 높았다.

같은 도구를 사용한 정인애(2014)의 연구에서 스트레스 평균 점수는 3.86점으로 본 연구보다 높았다. 다만, 정인애(2014)의 연구는 섬망 간호 스트레스를 측정하는 Milisen(2004)의 도구를 수정하여 ‘각성 섬망’ 간호 스트레스를 측정한 것이었고, 이는 회복실 간호사의 각성 섬망에 대한 지식과 스트레스에 관한 연구에서 활용된 바 있다(조지훈, 2016). 각성 섬망과 섬망은 혼용되기 쉬운 개념임을 유의해본다면, 섬망 간호 스트레스를 측정하기 위한 도구의 타당도와 신뢰도를 확보할 필요가 있다.

원 도구인 SCDI를 활용한 연구에서도 스트레스 정도가 가장 높았던 항목은 ‘환자가 협조 안 되고 간호하기 어렵다’, ‘환자가 침습적 장치를 제거하려고 한다’, ‘환자가 주의가 산만하다’ 세 가지였다(Tan et al., 2021). 본 연구에서도 ‘환자가 침습적 장치를 제거하려고 한다’, ‘환자가 움직임이 과하여 통제가 되지 않는다’에서 스트레스 정도가 가장 높았다. 섬망 관리를 할 때 과다행동 유형에 대해서 의료진은 높은 수준의 부담을 경험하였다. 반면 ‘환자가 너무 조용하고 반응이 없다’, ‘환자가 자극에 반응이 없고 활동 저하 상태이다’와 같은 과소행동 유형에 대해서는 스트레스가 낮았는데, 과소행동 유형의 섬망을 인식하지 못하는 경우 또한 많기에(Mossello, Lucchini, Tesi, & Rasero, 2020) 이 경우에도 적절한 섬망 간호가 이루어질 수 있도록 각별한 유의가 필요하다.

섬망 간호 스트레스에 유의한 영향을 준 변수들로는 보호자와 갈등 경험이 있는 경우, 섬망 환자의 전원 및 전동 경험이 없는 경우, 섬망 간호에 있어 주관적 어려움을 느끼는 경우가 있었다. 본 연구에서는 억제대 적용 시 보호자와 갈등이 생기기도 하며, 환자의 상태에 대해서 보호자가 이해하지 못하여 발생하는 갈등으로 인해 섬망 환자 간호가 어렵



다는 응답이 있었다. 국외 문헌을 고찰해본 결과 환자 가족의 요구를 충족시키고 어려움을 극복하기 위해 중환자실 환자의 보호자들을 대상으로 간호사가 중심이 된 지지그룹을 형성하는 체계를 구축하고 있었다 (Kirshbaum-Moriah, Harel, & Benbenishty, 2018). 이러한 시스템은 환자들의 현 상태와 관련된 의학적 문제에 대한 보호자의 이해도를 높이고 실질적인 대처 방안을 파악하는 데 도움이 되는 것으로 나타났다. 이는 보호자와의 갈등 경험으로 인해 발생하는 스트레스에 대한 환경적·제도적 변화의 필요성을 시사한다.

본 연구에서 섬망 환자를 간호하면서 어려움을 느끼는 경우 그 이유에 대해서도 개방형 질문으로 확인하였는데, 섬망 환자들이 치료에 비협조적이고 의사소통이 어렵다는 점, 침습적 치료 장치들의 제거 가능성이 있어 주의를 기울여야 하는 것에 부담감이 가중된다는 점, 간호사 자신의 안전을 위협받는다든 점, 섬망 환자가 폭력적이거나 흥분한 상태일 때 인력이 부족하여 혼자 대처해야 하는 상황이 발생한다는 점, 폭력 발생 시 프로토콜의 부재 등이 있었다. 또한 섬망 환자 간호 시 간호 지침이 없다는 점을 언급하며 섬망 환자로 인해 받는 스트레스를 관리해주는 시스템이 필요하다고 강조한 응답도 있었다. 본 연구에서 같은 부서에서도 섬망 간호 지침 여부에 대한 응답은 상이하었는데 확인 결과 병원 내 ‘진정, 진통, 섬망 프로토콜’이 존재하였다. 원내 프로토콜이 존재함에도 응답이 상이했던 이유는 지침에 대한 홍보와 교육이 부족하였기 때문으로 사료된다. 더불어 섬망 환자 간호가 어려운 이유 중 섬망 간호 지식이 부족하거나 가치판단이 서지 않는 경우가 전체 응답의 8% 해당하였다. 또한 응답자의 97.5%가 섬망 간호 교육을 필요로 하였고, 이러한 요구에 부응하는 교육 시스템 구축이 필요한 실정이다. 간호사들에게 섬망 관리 프로그램을 적용하거나 섬망 교육을 진행하였을 때 섬망 간호

스트레스가 낮아졌다는 연구들이 진행된 바 있어(김지혜, 김숙영, 2019; 허인숙, 2011) 교육을 통해서도 충분히 스트레스를 줄일 수 있음을 기대해 볼 수 있다.

## 2. 자기자비, 섬망 환자로부터 폭력 경험, 섬망 간호 스트레스의 관계

본 연구의 단변수 분석에서 자기자비는 중환자실 간호사의 섬망 간호 스트레스와 유의한 부의 상관관계를 가지고 있으며, 응급실 간호사를 대상으로 한 선행 연구에서는 자기 친절이 높을수록 스트레스가 줄어들음을 확인한 바 있다(김민경, 이성희, 2019). 간호사를 대상으로 자기자비를 연구한 논문들의 메타분석 결과 관련 변인으로는 감정 지능, 공감 만족, 소진, 공감 피로, 안녕감, 임상 경력, 업무부담, 간호 역량 등이 있었으며, 자기자비와 긍정 변인들은 작은 효과 크기를 갖고 부정 변인들과는 중간 효과 크기를 갖고 있었다(Peun, B. & Choi, B. H., 2022). 단, 본 연구에서는 자기자비가 스트레스와 약한 상관관계를 가지고 있었다. 자기자비가 부정적인 변인들에 대하여 완충 역할을 한다는 연구도 있었지만(Abdollahi et al., 2021), 아직 국내 연구에서는 간호사의 삶의 질 증진과 질 높은 간호를 제공하기 위한 전략으로 자기자비를 활용하는 것에 대한 관심이 부족하다.

다변수 분석에서 통제변수를 통제한 후에도 자기자비는 섬망 간호 스트레스의 감소에 유의한 설명력을 가졌다. 이는 스트레스에 자기자비가 영향을 미친다는 선행 연구 결과와 일치하였다(김향순, 2017; 이수정, 2014). 다만 자기자비의 설명력이 3.2%에 그쳤다는 한계점이 있으므로 추후에 다른 측면으로 접근하여 그 효과를 규명하는 연구가 진행될 필요가 있다.

자기자비를 증진시킬 수 있는 적용 방안과 관련하여 워크숍 형식의 교육을 구축하여 연구를 진행한 결과, 자기자비가 증가하고 우울, 불안,

스트레스가 유의하게 감소한 경우도 있었다(Franco & Christie, 2021). 또한 8주간의 교육을 진행한 후 추적 관찰을 한 결과, 자기자비가 유의하게 증가하고 우울과 스트레스 정도는 유의하게 감소한 연구도 있었다. 하지만 교육 6개월 이후의 유의한 차이는 소멸되었고(Bluth et al., 2021), 이는 반복적인 교육이 필요함을 시사한다. 또한 간호사 개인이 자기자비를 중요하게 생각하더라도 실제로 행동으로 옮기는 것에는 개인적 또는 구조적인 장벽이 있기에(Serçe Yüksel, Partlak Günüşen, Çelik Ince, & Zeybekçi, 2022) 교육을 포함하여 적절한 시스템을 구축하는 것이 중요하다. 중환자실 간호사들이 임상에서 겪는 다양한 경험 속에서 발생하는 부정적인 감정들을 적절히 해소하기 위해서는 자기자비를 증진시킬 필요가 있다. 이를 위해 다양한 임상 환경에서 다양한 표본을 대상으로 반복적으로 그 효과를 검증하는 연구가 필요하며, 간호 현장에서는 조직 차원에서 자기자비 증진 프로그램들을 적극적으로 마련하는 것이 필요하다.

섬망 간호 스트레스와 폭력 경험은 양의 상관관계를 보였지만 유의하지는 않았고, 신체적 위협 경험은 섬망 간호 스트레스와 유의한 양의 상관관계를 보였다. 이는 응급실 간호사를 대상으로 외상후 스트레스 장애를 확인한 김민경(2019)의 연구 결과를 지지한다. 통제변수를 통제했을 때 폭력 경험은 섬망 간호 스트레스에 유의한 영향을 미치지 못했지만, 추가분석에서는 신체적 위협 경험이 섬망 간호 스트레스의 증가에 유의한 영향을 미쳤다.

기존 연구에서는 언어적인 폭력만을 가지고 상급 종합병원 간호사, 혈액투석 간호사, 일반간호사, 수술실 간호사를 대상으로 하여 다수 연구가 진행된 바 있다(박부연, 이경희, 신지훈, 2012; 오은주, 김영순, 2015; 임민숙, 박경희, 최은경, 김원순, 최은정, 2017; Kim & Kang,

2022). 본 연구 결과로 확인했듯이 실질적인 상해를 유발하지는 않아도 신체적 위협 경험은 스트레스 증가와 관련이 있으므로 이에 대해서도 주목할 필요가 있다. Squire와 Hessler (2023)의 연구에 따르면 중환자실 간호사 중 특히 수년간의 경력이 있는 간호사들은 폭력 발생에 해결책이 없다고 여겨 폭력 경험을 업무 일부로 수용하는 경우가 있다고 밝혔다. 종합하면 중환자실에서 섬망 환자들이 보이는 위협적인 행동만으로도 간호사들의 스트레스가 증가할 수 있음을 인지해야 하며, 폭력은 불가피하여 수용해야 한다는 인식에서 벗어나 묵인되지 않도록 해야 한다.

중환자실 간호사의 외상후 스트레스 장애 증상 관련 요인을 확인한 연구에서 외상성 사건 경험은 본인이 직접 경험한 것뿐만 아니라 목격한 것도 포함되며, 중환자실 간호사의 외상성 사건 경험 중 가장 괴로움을 주는 사건은 ‘비정상적인 행동(소리지름, 난동, 성적행동, 섬망 등)을 보이는 환자의 간호’가 32.7%로 가장 높았다(김수희, 2019; 조금진, 2014). 또한 본 연구의 대상자는 환자에게 맞아도 신체적·정서적 고통을 호소하기 어렵다는 점과 간호사의 정서적 지지를 위한 시스템 부재를 호소하였다. 불가피하게 섬망 환자를 간호하는 과정에서 폭력 사건이 발생했다고 하더라도 간호사의 외상후 스트레스 장애 증상으로 남지 않게 하기 위해서는 간호사를 보호하는 시스템을 구축할 필요가 있으며, 그 시스템에는 직접 겪은 폭력뿐만 아니라 사건을 목격함으로써 초래되는 스트레스도 포괄할 필요가 있다.

폭력 경험과 자기자비는 유의한 상관관계가 없었다. 폭력 경험과 자기자비의 상호 작용항을 투입하여 분석한 결과 폭력 경험의 조절 효과는 유의하게 나타났다. 즉, 자기자비가 섬망 간호 스트레스에 감소하는 효과를 가지지만, 폭력 경험 정도가 높을 때는 그 효과의 방향이 오히려 반대로 나타남을 확인하였다. 폭력 경험의 조절 효과를 확인한 선행 연

구는 없어 직접적인 비교는 어렵지만, 스트레스의 보호 요인으로 주목받고 있는 자기자비가 폭력 경험이 높을 시에는 역효과를 보이는 만큼 폭력 경험의 관리가 시급해 보인다.

본 연구에서 섬망 환자 간호의 어려움에 있어서 환자와 의사소통이 어렵다는 응답이 16%로 높은 비율을 차지하였다. 이는 선행 연구에서도 폭력 발생 관련 요인에 의사소통 능력 부족이 있었다는 것으로 설명할 수 있다(Kumari et al., 2020). 또한 응급실 환자와 보호자를 대상으로 폭력 발생 원인을 규명한 연구에서 폭력 행위군의 경우 의료진의 응대 시 태도, 설명 시 태도, 처치 시 숙련도를 불만스럽게 인식했다는 결과도 있었다(박은영, 이은남, 2014). 개인의 의사소통 능력 함양을 위해 환자 및 보호자 역할을 체험하도록 하는 등 의사소통 능력 증진 교육 프로그램을 구축한다면 폭력 경험을 줄이는 데 도움이 될 것으로 생각한다. 이와 더불어 제도적, 환경적 차원의 변화도 필요하다. 폭력 행위군의 경우 응급실 의료 인력의 수에 대한 적절성에 대해서도 부족하다고 느꼈으며(박은영, 이은남, 2014), 본 연구에서도 섬망 간호가 어려운 이유에 대해서 4%가 인력이 부족하다고 응답하였고, 10.66%는 섬망 환자를 간호할 시간이 부족하다고 응답하였다. 업무가 과중되고, 간호 제공 시간이 지연되는 경우에 대하여 인적·물적 자원 확보와 시스템을 보완한다면 폭력 발생 감소를 기대해볼 수 있을 것이다.

폭력 발생 빈도를 줄이기 위한 노력의 일환으로 간호사가 자신을 스스로 보호할 수 있는 교육도 필요하며, 예방을 위한 전략, 폭력 발생 후 명확한 보고 절차 구축 등의 시스템 정비를 통해 폭력의 예방이 가능하다(Squire & Hessler, 2023). 양유정과 김정희(2020)의 연구에서 폭력 예방 및 대처 프로그램을 시행하고 실험군과 대조군을 비교하였으나 폭력 경험 점수나 폭력 반응 점수가 유의한 차이가 없었다. 그렇기에 앞으

로도 다양한 폭력 예방 교육 프로그램을 개발하고 그 효과를 검증하는 연구들이 필요하다.

마지막으로 중환자실 간호사를 대상으로 자기자비와 스트레스를 조사한 연구가 없고, 스트레스-자기자비-폭력 경험을 탐색한 선행 연구가 제한되어 있으므로 이론적·실천적 연구들이 추가로 필요하다. 중환자실 간호사의 정신적 부담을 줄여 환자의 안위를 증진하는 높은 수준의 섬망 간호를 제공하기 위하여 이상 연구 결과와 논의를 토대로 후속 연구들이 진행되어 섬망 간호의 다양한 측면을 조망하고 효과적인 대책을 만들 수 있기를 기대한다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 중환자실 간호의 섬망 환자로부터 폭력 경험, 자기자비 그리고 섬망 간호 스트레스를 확인하고 그 관계를 파악함으로써 섬망 간호 과정을 총체적으로 이해하는 기초 자료를 제공하고자 시행되었다.

연구대상자는 서울 소재 일개 상급 종합병원 성인 중환자실 간호사 중, 최근 1년 이내 18세 이상 섬망 환자를 직접 간호 경험이 있으면서 현 부서 근무경력이 4개월 이상인 간호사이며, 총 160명을 대상으로 자료 분석을 하였다. 연구 도구는 폭력 경험 측정 문항 16개, 섬망 간호 스트레스 측정 문항 22개, 자기자비 측정 문항 26개, 일반적 특성과 섬망 간호 관련 특성 문항 16개로 구성된 설문지를 사용하였다. 수집된 자료 분석은 통계 프로그램 R 4.2.2를 사용하여 분석하였으며, 빈도와 백분율, t-test, ANOVA, Pearson correlation, 위계적 회귀분석을 사용하였다. 추가분석에서는 폭력 경험의 조절 효과를 확인하였다. 본 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

- 1) 중환자실 간호사의 폭력 경험 점수는 64점 만점에 15.669점이었고, 신체적 위협이 5.731점으로 가장 높게 나타났다.
- 2) 중환자실 간호사의 자기자비 점수는 5점 만점에 3.325점이었고, 자기 친절은 2.736점, 보편적 인간성은 3.014점, 마음챙김은 3.084점, 자기판단은 2.248점, 고립은 2.084점, 과잉동일시는 2.533점으로 확인되었다.
- 3) 중환자실 간호사의 섬망 간호 스트레스는 5점 만점에 3.609점으로 나타났다.



- 4) 대상자의 일반적 특성 및 섬망 간호 관련 특성에 따른 섬망 간호 스트레스 정도를 확인한 결과, 섬망 환자의 전원 및 전동 경험이 없는 군의 경우, 섬망 환자 보호자와 갈등 경험이 있는 군의 경우, 섬망 간호 주관적 어려움이 있다고 느낀 경우에 섬망 간호 스트레스가 유의하게 높았다.
- 5) 중환자실 간호사가 섬망 환자로부터 겪는 폭력 경험과 자기자비와 섬망 간호 스트레스의 관련성을 분석한 결과 자기자비( $r=-.216$ ,  $p=.006$ )는 섬망 간호 스트레스와 유의한 음의 상관관계를 보였으며, 하위항목인 자기친절( $r=-.228$ ,  $p=.004$ ), 보편적 인간성( $r=-.162$ ,  $p=.040$ ), 마음챙김( $r=-.189$ ,  $p=.017$ ) 모두 유의하였다. 섬망 환자로부터 겪는 폭력 경험은 섬망 간호 스트레스와 상관관계가 없었으나 ( $r=.137$ ,  $p=.085$ ), 하위항목인 신체적 위협과 섬망 간호 스트레스는 유의한 양의 상관관계를 보였다( $r=.172$ ,  $p=.029$ ).
- 6) 섬망 간호 스트레스에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과, 성별과 나이 및 섬망 간호 관련 특성을 통제한 뒤에도 자기자비는 스트레스에 3.2%의 설명력으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다 ( $F=5.616$ ,  $p=.019$ ). 다만, 섬망 환자로부터의 폭력 경험은 0.6%의 설명력을 가지며 유의하지 않았다( $F=1.122$ ,  $p=.291$ ).
- 7) 추가 분석에서 폭력 경험의 조절 효과를 확인하였으며, 폭력 경험이 높은 군에서는 섬망 간호 스트레스 감소에 유의했던 자기자비의 효과가 완충됨을 확인하였다.

위 결과를 종합했을 때 중환자실에서 섬망 간호의 질을 높이기 위해서는 섬망 간호에서 발생하는 중환자실 간호사의 스트레스 수준에 관심을 가지고 중재가 필요하며, 이를 위해서 다양한 접근 방법을 고안해볼 필요가 있다. 자기자비를 증진시키고 섬망 환자로부터 겪는 폭력을 줄이기 위해 다양한 교육 및 시스템의 구축이 필요하다고 생각된다. 다만, 본 연구는 일개 대학 병원에서 진행하였으므로 일반화에는 어려움이 있다. 본 연구 결과와 논의를 바탕으로 다음과 같이 제안하고자 한다.

첫째, 중환자실 간호사의 섬망 환자로부터 폭력을 예방하고 줄이기 위해 다양한 중재를 적용하고 효과를 검증하는 시도가 필요하다.

둘째, 중환자실 간호사에게 자기자비를 향상시키는 경우의 이점에 대하여 표본을 다르게 한 반복 연구가 필요하다.

셋째, 섬망 간호 스트레스를 측정하기 위한 타당도와 신뢰도를 확보하는 것이 필요하며, 스트레스를 낮추기 위해서 다양한 측면에서 탐구하여 섬망 간호 스트레스의 영향 요인을 규명할 필요가 있다.

## 참고문헌

- 강지연, 최민정 (2021). 국내 중환자실 섬망 예방 중재에 관한 체계적 고찰 및 메타분석. *중환자간호학회지*, 14(3), 141-156.
- 강채은, 은영 (2022). 간호사의 폭력 경험이 외상 후 스트레스 장애에 미치는 영향: 회복탄력성과 조직 내 사회적 지지의 조절 효과를 중심으로. *임상간호연구*, 28(2), 99-111.
- 김경의, 이금단, 조용래, 채숙희, 이우경 (2008). 한국판 자기-자비척도의 타당화 연구: 대학생을 중심으로. *한국심리학회지: 건강*, 13(4), 1023-1044.
- 김미향 (2020). 중환자실 간호사의 섬망관련 지식, 간호자신감 및 스트레스. 석사학위논문, 연세대학교 대학원, 서울
- 김민경, 이성희 (2019). 응급실 간호사의 폭력 경험과 자기자비가 외상 후 스트레스장애에 미치는 영향. *경북간호과학지*, 23(1), 1-11.
- 김수희 (2019). 중환자실 간호사의 외상 후 스트레스 장애증상 관련 요인. 석사학위논문, 경희대학교 공공대학원, 서울
- 김지혜 (2021). 중환자실 간호사의 섬망지식, 공감역량 및 섬망스트레스. 석사학위논문, 연세대학교 대학원, 서울
- 김지혜, 김숙영 (2019). 섬망관리 프로그램이 간호간병통합서비스 병동 간호사의 섬망간호 수행과 섬망간호 스트레스에 미치는 영향. *재활간호학회지*, 22(2), 114-123.
- 김향순 (2017). 자기 지향적 완벽주의와 지각된 스트레스의 관계에서 자기자비의 조절효과. 석사학위논문, 대구대학교, 경상북도
- 도영주, 안진영, 장희견 (2022). 간호대학생의 인간중심돌봄 역량에 대한 공감, 자기자비 및 비판적 사고성향의 영향. *한국산학기술학회 논문지*, 23(1),

98-107.

- 박부연, 이경희, 신지훈 (2012). 수술실 간호사의 언어폭력 경험과 정신건강과의 관련성. *한국전자통신학회 논문지*, 7(5), 1205-1211.
- 박상희, 김희정, 최희영, 유지은, 박지은, 김은정, 임수정 (2020). 일 종합병원 외과 중환자실 환자의 섬망 아형별 관련 요인. *임상간호연구*, 26(2), 207-216.
- 박은영, 이은남 (2014). 응급실 환자 및 보호자의 폭력행위 예측요인. *성인간호학회지*, 26(5), 500-511.
- 박현정, 강희선, 김경희, 권혜진 (2011). 중환자실 간호사의 폭력 경험과 대처. *정신간호학회지*, 20(3), 291-301.
- 서희정 (2006). 중환자실 간호사의 섬망 관련 지식, 간호수행도 및 스트레스. 석사학위논문, 가톨릭대학교 대학원, 서울
- 손연정, 공현희, 유미애, 공성숙 (2015). 간호사의 폭력경험과 외상후 스트레스 증상, 극복력 간의 관계. *한국자료분석학회*, 17(1), 515-530.
- 양영희 (2010). 요양병원과 종합병원 노인 입원환자의 섬망 유병율과 유발요인. *기본간호학회지*, 17(1), 26-34.
- 양유정, 김정희 (2020). 폭력 예방 및 대처 프로그램이 간호사의 폭력 경험 및 폭력 반응, 자기효능감과 조직몰입에 미치는 영향. *간호행정학회지*, 26(5), 550-562.
- 오은정 (2022). 정신병동간호사와 응급실간호사의 폭력경험, 감정노동과 긍정 심리자본이 직무소진에 미치는 영향. *디지털융복합연구*, 20(1), 445-458.
- 오은주, 김영순 (2015). 상급종합병원 간호사의 언어폭력경험과 직무 스트레스와의 관계. *한국직업건강간호학회지*, 24(3), 173-182.
- 윤종숙 (2004). 응급센터 간호사가 경험한 환자 및 보호자에 의한 폭력과

- 직무만족도에 관한 연구. 석사학위논문, 울산대학교 산업대학원, 울산.
- 이경숙, 안성아 (2020). 임상간호사의 폭력경험과 이직의도 관계에서 직무만족의 매개효과. *디지털융복합연구*, 18(12), 315-323.
- 이내영, 한지영, 김영자 (2021). 코로나-19로 인한 비대면 수업에서 간호대학생의 자기자비, 부정적 학습정서 및 학습참여가 학업 만족에 미치는 영향. *학습자중심교과교육연구*, 21(24), 359-369.
- 이수정 (2014). 소방공무원의 외상사건 경험과 외상후 스트레스 장애와의 관계에서 자기자비와 소명의식의 영향. 석사학위논문, 이화여자대학교 대학원, 서울
- 임민숙, 박경희, 최은경, 김원순, 최은정 (2017). 일반 간호사의 언어폭력 경험, 사회·심리적 스트레스, 간호업무성과와의 관계. *한국콘텐츠학회논문지*, 17(8), 568-596.
- 정인에 (2014). 회복실 간호사의 각성 섬망에 대한 지식과 업무 스트레스에 관한 연구. 석사학위논문, 이화여자대학교 대학원, 서울
- 조금진. (2014). 중환자실 간호사의 외상 후 스트레스장애(PTSD) 증상 및 영향요인. 석사학위논문, 동아대학교, 부산
- 조지훈 (2016). 회복실 간호사의 각성 섬망에 대한 지식과 간호수행 및 업무스트레스에 관한 연구. 석사학위논문. 을지대학교 대학원. 대전
- 허인숙 (2011). 섬망 교육이 중환자실 간호사의 간호수행과 스트레스에 미치는 영향. 석사학위논문, 단국대학교 대학원, 용인.
- 황윤영, 박영례, 박성희 (2015). 중환자실 간호사의 폭력경험. *성인간호학회지*, 27(5), 548-558.
- 황혜정, 신영희, 이은숙 (2016). 임상간호사의 섬망 관련 지식과 스트레스. *계명간호과학*, 19(3), 15-28.
- 국립국어원 표준국어대사전. 폭력[Internet] cited December 12 2021.

Available from :<https://stdict.korean.go.kr/search/searchView.do>

- Abdollahi A., Taheri A., & Allen K.A. (2021). Perceived stress, self-compassion and job burnout in nurses: the moderating role of self-compassion. *Journal of Research in Nursing*, 26(3), 182–191. doi.org/10.1177/1744987120970612
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
- Bluth, K., Lathren, C., Silbersack Hickey, J. V., Zimmerman, S., Wretman, C. J., & Sloane, P. D. (2021). Self-compassion training for certified nurse assistants in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(7), 1896–1905. doi.org/10.1111/jgs.17155
- Brown CH, IV, Laflam A, Max L, Lymar D, Neufeld KJ, Tian J, Shah AS, Whitman GJ, Hogue CW. (2016). The impact of delirium after cardiac surgery on postoperative resource utilization. *The Annals of Thoracic Surgery*, 101(5), 1663–1669. doi.org/10.1016/j.athoracsur.2015.12.074
- Dev V, Fernando AT, Consedine NS. (2020). Self-compassion as a stress moderator: A cross-sectional study of 1700 doctors, nurses, and medical students. *Mindfulness*, 11(5), 1170–1181. doi.org/10.1007/s12671-020-01325-6
- Duchscher, J. B., & Windey, M. (2018). Stages of transition and transition shock. *Journal for Nurses in Professional Development*, 34(4), 228–232. doi: 10.1097/NND.0000000000000461.
- Franco, P. L., & Christie, L. M. (2021). Effectiveness of a one day self-compassion training for pediatric nurses' resilience. *Journal of Pediatric Nursing*, 61, 109–114. doi.org/10.1016/j.pedn.2021.03.020
- Habeeb-Allah A., Alshraideh J.A. (2021). Delirium post-cardiac surgery:

- Incidence and associated factors. *Nursing in Critical Care*, 26(3), 150–155. doi: 10.1111/nicc.12492.
- Henje E., Rindestig F.C., Gilbert P., & Denhag I. (2020). Psychometric validity of the Compassionate Engagement and Action Scale for Adolescents: a Swedish version. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 8(1), 70–80. doi.org/10.21307/sjcapp-2020-007
- Hume, V. J. (2021). Delirium in intensive care: Violence, loss and humanity. *Medical Humanities*, 47(4), 496–506. dx.doi.org/10.1136/medhum-2020-011908
- Hyun-Jung Jang & Yun Jeong Lee (2021). The Influence of self-compassion, conflict resolution strategy on the adaptation of clinical practice in nursing college students. *Journal of the Convergence on Culture Technology*, 7(2), 77–83. dx.doi.org/10.17703/JCCT.2021.7.2.77
- Kim Woo-Ju & Kang Da-Hai-Som (2022). The Effects of verbal abuse experience, emotional labor and nursing practice environment on job stress of nurses in hemodialysis units. *The Journal of the Convergence on Culture Technology*, 8(2), 99–108. dx.doi.org/10.17793/JCCT.2022.8.2.99
- Kim, Y. A., & Han, K. S. (2021). Work performance, anger management ability, resilience, and self-compassion of clinical nurses. *Journal of Korean Academy of psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(2), 110–118. doi.org/10.12934/jkpmhn.2021.30.2.110
- Jeong, Y. H. (2015). Convergent approach of phenomenological methodology about Emergency Nurses' experience of hospital violence. *Journal of the Korea Convergence Society*, 6(5), 63–75.

doi.org/10.15207/JKCS.2015.6.5.063

- Kirshbaum-Moriah, D., Harel, C., & Benbenishty, J. (2018). Family members' experience of intensive care unit support group: qualitative analysis of intervention. *Nursing in Critical Care*, 23(5), 256–262. doi.org/10.1111/nicc.12272
- Kumari, A., Kaur, T., Ranjan, P., Chopra, S., Sarkar, S., & Baitha, U. (2020). Workplace violence against doctors: Characteristics, risk factors, and mitigation strategies. *The Journal of Postgraduate Medicine*, 66(3), 149–154. doi: 10.4103/jpgm.JPGM\_96\_20.
- Lim, B. C. (2010). A systematic literature review: managing the aftermath effects of patient's aggression and violence towards nurses. *Singapore Nursing Journal*, 37(4), 18–24.
- Martins, S., Pinho, E., Correia, R., Moreira, E., Lopes, L., Paiva, J., & Fernandes, L. (2018). What effect does delirium have on family and nurses of older adult patients? *Aging & Mental Health*, 22(7), 903–911. doi.org/10.1080/13607863.2017.1393794
- Siobhan Mc Donnell & Fiona Timmins (2012). A quantitative exploration of the subjective burden experienced by nurses when caring for patients with delirium. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17–18), 2488–2498. doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04130.x
- Milisen, K., Cremers, S., Foreman, M. D., Vandavelde, E., Haspeslagh, M., Geest, S., & Abraham, I. (2004). The strain of care for Delirium Index: a new instrument to assess nurses' strain in caring for patients with delirium. *International Journal of Nursing Studies*, 41(7), 775–783. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.03.005
- Mohammady S., Borhani F., Roshanzadeh M. (2016). Self–compassion in



- critical care nurses. *Quarterly Journal of Nursing Management*, 5(2), 44–50. doi.org/10.29252/ijnv.5.2.44
- Mossello E., Lucchini F., Tesi F., & Rasero L. (2020). Family and healthcare staff's perception of delirium. *European Geriatric Medicine*, 11(1), 95–103. doi.org/10.1007/s41999-019-00284-z.
- Neff K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. doi.org/10.1080/15298860309032
- Partridge, J., Martin, F., Harari, D., & Dhesi, J. (2013). The delirium experience: What is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(8), 804–812. doi.org/10.1002/gps.3900
- Peun, B. & Choi, B. H. (2022). Variables associated with self-compassion among nurses: A systematic review and meta-analysis. *STRESS*, 30(4), 221-233. doi.org/10.17547/kjsr.2022.30.4.221
- Satake, Y., & Arao, H. (2020). Self-compassion mediates the association between conflict about ability to practice end-of-life care and burnout in emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 53, 100917. doi.org/10.1016/j.ienj. 2020.100917
- Sawyer, A. T., Bailey, A. K., Green, J. F., Sun, J., & Robinson, P. S. (2021). Resilience, insight, self-compassion, and empowerment (rise): a randomized controlled trial of a psychoeducational group program for nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. doi:10.1177/10783903211033338
- Serçe Yüksel, Ö., Partlak Günüşen, N., Çelik Ince, S., & Zeybekçi, S. (2022). Experiences of oncology nurses regarding self-compassion and

- compassionate care: A qualitative study. *International Nursing Review*, 69(4), 432–441. doi.org/10.1111/inr.12747
- Smithburger, P., Korenoski, A., Kane–Gill, S., & Alexander, S. (2017). Perceptions of family members, nurses, and physicians on involving patients' families in delirium prevention. *Critical Care Nurse*, 37(6), 48–57. doi.org/10.4037/ccn2017901
- Squire, M., & Hessler, K. (2023). Patient–to–nurse violence during one–to–one assignments: a silent epidemic. *American Journal of Nursing*, 123(2), 28–35. doi.org/10.1097/01.NAJ.0000918672.80373.ae
- Tachibana, M., Inada, T., Ichida, M., & Ozaki, N. (2021). Risk factors for inducing violence in patients with delirium. *Brain and Behavior*, 11(8), e2276. doi.org/10.1002/brb3.2276
- Tan, S. Y., & Yip, A. (2018). Hans Selye (1907–1982): Founder of the stress theory. *Singapore medical journal*, 59(4), 170–171. doi.org/10.11622/smedj.2018043
- Tan, H., Zhou, L., Wu, S., Dong, Q., Yang, L., Xu, J., Zhao, S., Wang, X., & Yang, H. (2021). Subjective strain of care experienced by pulmonary and critical care medical nurses when caring for patients with delirium: a cross–sectional study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–7. doi.org/10.1186/s12913–021–06860–z
- Thomas, N., Coleman, M., & Terry, D. (2021). Nurses' experience of caring for patients with delirium: Systematic review and qualitative evidence synthesis. *Nursing Reports*, 11(1), 164–174. doi.org/10.3390/nursrep11010016
- Thompson, B. L., & Waltz, J. (2008). Self-compassion and PTSD symptom severity. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the*

- International Society for Traumatic Stress Studies*, 21(6), 556–558.  
doi.org/10.1002/jts.20374
- Vaillancourt, E. S., & Wasyliw, L. (2020). The intermediary role of burnout in the relationship between self-compassion and job satisfaction among nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 52(4), 246–254. doi.org/10.1177/084456211984627
- Wharton, T., Paulson, D., Macri, L., & Dubin, L. (2018). Delirium and mental health history as predictors of aggression in individuals with dementia in inpatient settings. *Aging & Mental Health*, 22(1), 121–128. doi.org/10.1080/13607863.2016.1235680
- Williamson, R., Lauricella, K., Browning, A., Tierney, E., Chen, J., Joseph, S., Sharrock, J., Trauer, T., & Hamilton, B. (2014). Patient factors associated with incidents of aggression in a general inpatient setting. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7–8), 1144–1152.  
doi.org/10.1111/jocn.12294
- Yoo, H. J., Suh, E. E., Lee, S. H., Hwang, J. H., & Kwon, J. H. (2018). Experience of violence from the clients and coping methods among intensive care unit nurses working in a hospital in South Korea. *Asian Nursing Research*, 12(2), 77–85. doi.org/10.1016/j.anr.2018.02.005

## 부록 1. 일반적 특성

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 학사 졸업                    ② 석사 과정 중  
③ 석사 졸업                    ④ 박사과정 중 및 졸업

4. 귀하의 종교는 어떻게 되십니까?

- ① 기독교    ② 천주교    ③ 불교    ④ 이슬람교    ⑤ 힌두교    ⑥ 무교  
⑦ 기타 : (            )

5. 귀하의 직위는 어떻게 되십니까?

- ① 일반간호사                    ② 책임간호사

6. 귀하의 현재 근무 부서는 어디입니까?

- ① 내과계중환자실                    ② 외과계 중환자실 I                    ③ 외과계 중환자실 II  
④ 심폐기계 중환자실                    ⑤ 응급중환자실                    ⑥ 위기대응 중환자실  
⑦ 심혈관내과 중환자실

7. 귀하의 근무 부서에 섬망 환자 간호를 위한 지침이 있습니까?

- ① 예                    ② 아니오

8. 귀하의 총 임상 경력은 어떻게 되십니까? ( )년 ( )개월

9. 귀하의 현 근무지 경력은 어떻게 되십니까? ( )년 ( )개월

10. 섬망에 대한 교육을 받은 적이 있습니까?

- ① 예                      ② 아니오

11. 섬망 관련 간호에 대한 교육이 필요하다고 느끼십니까?

- ① 매우 그렇다      ② 그렇다      ③ 그렇지 않다      ④ 매우 그렇지 않다

12. 섬망 환자의 보호자와 섬망으로 인한 갈등이 있었던 적이 있습니까?

- ① 예              ② 아니오

13. 섬망 환자의 섬망 증상과 관련하여 의료진이나 타부서와의 갈등이 있었던 적이 있습니까?

- ① 예              ② 아니오

14. 섬망 환자 전동이나 전원 경험이 있으십니까?

- ① 예              ② 아니오

15. 섬망 환자를 얼마나 자주 간호하십니까?

한 달 평균 ( ) 회

16. 실제 간호 현장에서 섬망 환자를 간호하는 것이 어렵다고 생각하십니까?

- ① 예(16-1번으로)      ② 아니오

16-1 '예'라고 대답을 하신 경우 어렵다고 생각한 이유는 무엇입니까?

이유: \_\_\_\_\_

## 부록 2. 자기자비 척도

일반적으로 어려운 시기에 처해 있을 때, 자신에게 어떻게 행동하는지 각 문항들을 주의 깊게 읽고 응답해 주시기 바랍니다. 문항에 기술되어있는 방식대로 얼마나 자주 행동하는지 아래 다섯 가지 대답 가운데 자신을 잘 나타낸다고 생각하는 정도에 따라서 우측 숫자에 0 표시해주시십시오.

문 항	거의 아니다	조금 그렇다	웬만큼 그렇다	자주 그렇다	거의 항상 그렇다
1.	1	2	3	4	5
2.	1	2	3	4	5
3.	1	2	3	4	5
4.	1	2	3	4	5
5.	1	2	3	4	5
6.	1	2	3	4	5
7.	1	2	3	4	5
8.	1	2	3	4	5
9.	1	2	3	4	5
10.	1	2	3	4	5
11.	1	2	3	4	5
12.	1	2	3	4	5

13.	[Blurred text]	1	2	3	4	5
14.	[Blurred text]	1	2	3	4	5
15.	[Blurred text]	1	2	3	4	5
16.	[Blurred text]	1	2	3	4	5
17.	[Blurred text]	1	2	3	4	5
18.	[Blurred text]	1	2	3	4	5
19.	[Blurred text]	1	2	3	4	5
20.	[Blurred text]	1	2	3	4	5
21.	[Blurred text]	1	2	3	4	5
22.	[Blurred text]	1	2	3	4	5
23.	[Blurred text]	1	2	3	4	5
24.	[Blurred text]	1	2	3	4	5
25.	[Blurred text]	1	2	3	4	5
26.	[Blurred text]	1	2	3	4	5

### 부록 3. 섬망 간호 스트레스

섬망 발생 시 간호사들이 느끼는 스트레스 상황입니다. 각 문항에 대한 스트레스 정도를 1점(전혀 없음)에서 5점(매우심함) 중에 해당하는 점수에 체크해 주십시오.

문항	전혀없음	매우심함
예) 섬망에 대한 판단 기준을 모르겠다	①-----②-----③-----④-----⑤	

→ 섬망에 대한 판단기준을 몰라 스트레스를 4점 정도 받는다.

	문항	전혀없음	매우심함
1		①-----②-----③-----④-----⑤	
2		①-----②-----③-----④-----⑤	
3		①-----②-----③-----④-----⑤	
4		①-----②-----③-----④-----⑤	
5		①-----②-----③-----④-----⑤	
6		①-----②-----③-----④-----⑤	
7		①-----②-----③-----④-----⑤	
8		①-----②-----③-----④-----⑤	
9		①-----②-----③-----④-----⑤	
10		①-----②-----③-----④-----⑤	
11		①-----②-----③-----④-----⑤	
12		①-----②-----③-----④-----⑤	
13		①-----②-----③-----④-----⑤	
14		①-----②-----③-----④-----⑤	



15		①-----②-----③-----④-----⑤
16		①-----②-----③-----④-----⑤
17		①-----②-----③-----④-----⑤
18		①-----②-----③-----④-----⑤
19		①-----②-----③-----④-----⑤
20		①-----②-----③-----④-----⑤
21		①-----②-----③-----④-----⑤
22		①-----②-----③-----④-----⑤

⇒ 섬망 환자를 간호할 때 기타 어려움이 있다면 적어주십시오.

#### 부록 4. 섬망 환자로부터 폭력 경험

최근 1년 이내의 본인이 직접 경험한 폭력 경험을 토대로 대답해 주세요.

##### 1. 언어적 폭력에 관한 내용입니다. (1주일 기준 00회)

번호	내용	해당되는 칸에 V표로 대답해 주세요				
		경험없음	1회/주	2회/주	3회/주	4회이상/주
1						
2						
3						
4						

##### 2. 신체적 위협에 관한 내용입니다. (1달 기준 00회)

번호	내용	해당되는 칸에 V표로 대답해 주세요				
		경험없음	1회/달	2회/달	3회/달	4회이상/달
1						
2						
3						
4						
5						

##### 3. 신체적 폭력에 관한 내용입니다. (1년 기준 00회)

번호	내용	해당되는 칸에 V표로 대답해 주세요				
		경험없음	1회/년	2회/년	3회/년	4회이상/년
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

## 부록 5. 연구대상자 설명문

### 연구대상자 설명문

#### 1. 임상연구 제목

중환자실 간호사의 폭력 경험과 자기자비가 섬망 간호 스트레스에 미치는 영향

#### 2. 연구 책임자

김소정 ([brightctk@snu.ac.kr](mailto:brightctk@snu.ac.kr) /서울대학교 간호대학, 석사과정)

#### 3. 임상연구의 배경 및 목적

본 연구는 석사 과정 연구의 일환으로 중환자실 간호사들이 섬망 환자를 간호하는 과정에서 발생하는 폭력 경험과 중환자실 간호사의 자기자비를 파악하여 섬망 간호 스트레스에 미치는 영향을 규명하고자 하는 연구입니다. 섬망 환자를 간호하는 과정에서 간호사들은 신체적 위협, 신체적 폭력, 언어적 위협을 받을 수 있는 상황에 노출되어있기에 폭력 경험을 조사하는 것이 필요하고, 이러한 경험이 섬망 간호를 제공하는 과정에서 발생하는 스트레스에 어떤 영향을 미 치는지 알아보하고자 합니다. 또한 간호사의 자기자비 정도가 섬망 간호 스트레스에는 어떠한 영 향을 미치는지 함께 조망해봄으로써 섬망 간호 과정을 총체적으로 이해하는 토대를 제공하고자 합니다.

#### 4. 연구 정보

**섬망간호 스트레스와 섬망 환자로부터 폭력 경험**은 직접 느끼는 정도, 경험정도를 표시해 주시면 됩니다. **자기자비**란 건강한 형태의 자기수용으로, 고통에 처했을 때 혹독한 자기 비난을 하는 대신 자신을 돌보는 온화한 태도를 취하는 것을 일컫습니다. 이 또한 느끼는 정도, 생각되는 정도를 설문지의 문항을 읽어보신 후 표시해주시면 됩니다.

#### 5. 임상 연구 참여대상자 수 및 참여기간

성인 중환자실에 근무하는 간호사 중 연구 참여에 자발적으로 동의한 약 280 명의 사람이 참여할 것입니다. 설문 소요시간은 약 10-15 분의 시간이 소요될 것입니다.

#### 6. 임상 연구 절차 및 방법

만일 귀하께서 참여의사가 있으시다면 비치되어 있는 설문지를 작성해주시면 됩니다. 작성하신 후에는 봉투를 밀봉하여 별도로 준비되어있는 박스에 넣어주시면 됩니다.

## 7. 연구대상자에게 예견되는 부작용, 위험과 불편함

연구에 참여하지 않아도 예상되는 위험과 불이익은 없습니다. 단, 설문지를 통한 조사 연구이기에 개인 정보 유출의 위험이 존재합니다. 따라서 이를 방지하기 위해 이름과 연락처 등 신원노출이 가능한 정보는 수집되지 않을 것이며, 제공해주신 설문지는 일련번호를 부여하여 모든 정보를 숫자화할 것입니다. 설문지와 통계분석을 위한 자료는 연구자 개인이 잠금장치가 있는 보관함에 보관될 예정이며 연구 외의 목적으로 전혀 사용되지 않을 것입니다. 본 연구가 종료된 후에는 모든 자료를 분쇄하여 폐기할 예정입니다.

## 8. 연구대상자에게 예견되는 이득

귀하가 이 연구에 참여하는 데 있어서 직접적인 이득은 없습니다. 그러나 귀하께 제공하는 정보를 바탕으로 중환자실 간호사의 섬망간호 과정을 총체적으로 이해하고 개선 방안을 마련할 수 있는 기초자료를 마련할 수 있습니다.

## 9. 연구 참여 비용 및 손실에 대한 보상

귀하가 본 연구에 참여하는 데에는 특별한 비용이 들거나 손실이 발생하지 않습니다. 연구 참여시 감사의 뜻으로 소정의 기념품이 증정될 것입니다.

## 10. 자발적 참여 및 동의 철회

귀하는 연구에 참여하지 않기로 결정할 수 있고, 그러한 결정이 귀하의 고용이나 직무 평가에 영향을 절대 미치지 않을 것입니다. 귀하가 본 연구에 참여하지 않아도 귀하에게는 어떠한 불이익도 없습니다. 귀하는 언제든지 어떠한 불이익 없이 참여 도중에 그만 둘 수 있습니다.

## 11. 개인정보보호 및 개인정보 제공에 관한 사항

본 연구자는 모든 개인 정보의 비밀 보장을 위해 최선을 다할 것입니다. 연구 대상자의 응답이 담긴 설문지는 별도의 파일로 보관하며 이를 코드화하여 연구 데이터를 통하여 개인 신상을 절대로 유출 할 수 없도록 관리할 것입니다. 또는 생명윤리법 시행규칙 제 15 조에 따라 연구 관련 기록을 연구가 종료된 시점부터 3 년간 보관하여야하며, 보관기간이 지난 문서 중 개인정보에 관한 사항은 개인정보보호법 시행령 제 16 조에 따라 파기할 것입니다.

## 12. 담당자 연락처

**설문 도중 발생한 문제, 우려, 질문이 있을 경우에는 언제든지 연구 담당자에게 연락하십시오.**

담당자 : 서울대학교 간호대학 성인간호학 석사과정 김소정 (                    )

연구대상자의 권익에 대한 질문이 있을 때에는 의학연구윤리심의위원회(IRB) (                    )

또는 임상연구윤리센터 (                    )로 연락을 주십시오.

## 부록 6. 섬망 간호 어려움의 이유 응답 내용

본 응답은 '섬망 환자를 간호하는 것이 어렵다고 대답한 경우, 어렵다고 생각한 이유는 무엇입니까?' 라는 질문과 '섬망 환자를 간호할 때 기타 어려움이 있다면 적어주십시오'라는 질문에 대한 대상자들의 답을 모두 기술한 것이다. 의학용어나 약어를 풀어서 작성한 것을 제외하고는 모두 대상자가 작성한 내용을 그대로 기술하였다. 총 142명의 응답자가 답변했고, 225개의 항목이 집계되었다. 응답 내용 옆에 표기되어있는 숫자는 Table 4의 항목 번호를 의미한다.

섬망 중재 방법이 제한적임 (15)
진정제 사용이 많아 hypoactive 섬망과 감별이 어려울 때가 많음 (10)
섬망 간호로 인한 업무 로딩 (8)
환자의 요구를 평가하기 힘들다 (3)
현 상태에 대한 설명과 그에 대한 이해가 어려움. 의사소통이 표면적으로 가능하지만 불가능함 (3)
폭력적이고 막무가내임. 행동들을 통제하기 어려움 (1)
특히 신입 간호사의 경우 간호 업무 로딩이 심해짐 (8)
생명유지장치(ventilator, ECMO, CRRT), tube 분리/제거 가능성 많음 (2)
섬망과 안절부절못함(agitation)을 구분하여 패혈증 진행 의심해봐야 함 (10)
섬망증상이 보일 때 V/S 또한 불안정해짐 (호흡수 상승, 심박수 상승 혈압 변동 심함) (2)
중요한 관을 빨까 봐, 낙상할까 봐 시선을 뺄 수 없음. (2)
폭력성, 예측 불가능 (1)
치료 유지 어려움 (2)
기록으로 남지 않는 어려움. 섬망이 심할 경우 그 환자를 떠날 수가 없다. (10)
정서적 소진 (5)

---

중요한 line 제거 가능성 (2)

의료진에게 물리적 해를 가함 (7)

---

다른 간호를 시행할 수 없음 (8)

자해 및 타해 위험 높음 (2)

감정적 소모가 매우 큼 (5)

---

논리가 통하지 않음 (1)

---

의사소통이 안 되기 때문에 환자 간호가 이뤄지지 않는다. (1)

---

보통 심망 환자들은 지남력이 떨어짐과 함께 치료받는 환경을 이해하지 못하여 치료과정 중임을 설명하고 대응하는 데 시간이 소모된다. (3)

각종 관을 무의식적으로 제거할 위험이 커져서 주의 깊게 신경을 써야 해 어렵다. (2)

---

아무리 현재 상황에 대해 반복적으로 설명해도 소통이 되지 않고 같은 갈등 상황만 반복하게 됨 (3)

지속적으로 소리를 지르며, 힘이 비인간적으로 강해진다. (1)

의료진에게 위협적인 행동을 취하며 제려보다가 갑자기 때리는 등의 행동을 한다. (7)

의료진이 자신을 죽이려 한다, 거짓말이다 등과 같이 납득하기 어려운 말도 한다. (3)

이런 행동을 할 때 그냥 억제대를 적용하는 것만이 할 수 있는 일이라 안타깝다. (9)

---

의사소통이 어렵고, (3)

위험한 line 들을 자꾸 만져서 위험한 순간이 생길 수도 있어서 잘 감시해야 하므로 또 하나의 일이 늘어나게 되어서 (2)

---

폭력적이고 (1)

신체적, 정신적으로 타격 받기 때문 (5)

---

기본 업무 진행이 어려움 (8)

정서적으로 피로도가 엄청남 (5)

인력 부족 (14)

---

소통이 안 됨 (3)

---

input 대비 output이 제각각이라서 (10)

---

환자 움직임이 과하여 통제되지 않을 때 침습적 장치를 스스로 제거할까 봐 신경 써야 하는 게 어렵습니다. (2)

---

정신적으로 힘들다. 나에게 하는 말이 아닐지라도 그 말에 상처받는다. (7)

---

---

통제할 수 있는 자원이 부족하다. (14)

섬망이나 정신적 변화 없는 환자들만 보기에 시간과 자원이 부족한 것이 현 실정이다.  
(8)

---

정신적 스트레스 (5)

---

중환자실을 벗어나지 않는 한 사라지지 않음 (4)

---

체력적 부담 (5)

---

업무 로딩 (8)

---

통제가 안 되어서 약물로도 조절이 안 되어서 신체적 부담 증가 (5)

간호 시간 증가 (8)

---

환자와 정확한 소통의 어려움 (3)

---

낙상 등의 안전 관리 문제 (2)

다른 환자들과 같이 간호할 때 간호 시간 형평적 배분이 어려울 때가 많다. (8)

다른 환자들의 환경적인 요인(수면, 소음 등)에 대한 민원 가능성이 있다. (13)

---

환자 바로 옆에서 보는 간호사와 그렇지 않은 의사의 온도 차(치료의 적극성/위급성 차이) (12)

---

중환자실인 만큼 환자의 섬망으로 치명적일 수 있음 (2)

누군가 도와주지 않으면 위험할 때가 많은데 병동이 늘 바빠 혼자 대처해야 해서 엄청난 부담감과 스트레스가 있다. (14)

기록에는 나타나지 않는 바쁨이 계속된다. (5)

---

irritable 함 (1)

---

E-tube(Endotracheal tube), ECMO(Extracorporeal Membrane Oxygenation) line 등 생명 유지 장치를 제거하려 함 (2)

---

손이 많이 감 (8)

각종 관을 뽑고 position(체위변경 및 유지)이 어려움 (2)

---

정신적으로 굉장히 힘들. 할 일이 많은데 emotional support(정서적 지지)를 하느라 시간 다감. (5)

line이 뽑힐까 봐 신경이 예민해짐 (2)

실제 line이 뽑힌 경우 다시 넣고 흉부 X-ray 촬영 등 업무 로딩이 길어짐. (8)

정해진 시간 내에 V/S도 확인하고 기록도 해야 하는데 환자를 달래고, 억제대가 잘 묶여 있는지 확인하고, 침대에서 내려오지 못하게 하느라 시간이 전부 소비될 때 특히 스트레스를 받는다 (8)

---

지 않음 (10)
환자의 요구사항이 우선순위에서 밀리는 경우가 많고, 증상을 유심히 보고 있기 어려운 상황이 많음 (8)
의료 장비 제거나 치료 협조가 잘 안되기 때문이다 (2)
invasive line 관리 (2)
소음 (4)
업무 loading (8)
치료에 잘 따르지 않아서 (1)
예기치 못한 사고가 날까 봐 계속 확인해야 하기 때문(ex: line removal) (2)
섬망에 대한 명확한 진단기준의 부재. 정말 섬망인지 stroke(뇌졸중) 인지 등 구분이 어려움. 조용한 섬망의 경우 stroke와의 감별이 어려워 대처에 어려움을 겪는다. 섬망의 정확한 기전을 알고 싶다. 왜 그런 것이 발생하는지 (6)
침습적 장치 제거를 막기 위해 억제대 적용 시 더 소리를 지르는 등 (2)
Haldol(할로페리돌) 같은 약물 투여 시의 부작용에 예민해진다. (10)
통제가 잘 안될 때 (1)
약물이나 보호대를 적용해도 잘 통제가 안 될 경우 진정제 약의 증량을 안 할 경우 간호사만 너무 힘들게 됨. 적극적인 중재를 안 할 때 매우 힘듭니다. (12)
섬망 환자 발생 시에 간호할 수 있는 시간과 인력의 부족 (8),(14)
환자마다 증상, 강도, 반응이 천차만별이므로 (15)
통제가 어렵고 (1)
치료와 나를 보호하는 문제 사이에서의 갈등이 생긴다. (9)
침상 안정해야 하는 경우이나 아무리 설명해 드려도 이해하기 어려워해서 (3)
환자에게 맞아도 정신·육체적 아픔을 호소하기가 힘들 때가 있습니다. (7)
대화가 통하지 않을 때의 대처 방안이 미숙합니다. (6)
환자가 치료에 대한 거부감이 커서, 공격적이고 위협적이어서 (1)
근무 내내 각종 tube, line이 빠질까 걱정되어서 신경 쓰임. (2)
정확한 지침이 없다. (15)



irritable 하면 line 유지 어려움. Vital sign(활력징후) 불안정(ex. 혈압 상승) (2)
대처가 어려워서 (6)
Safety 보장 어려움. (7)
섬망 환자에게 안전 간호가 중요하고, 그렇다면 one-to-one observation(일대일 간호)이 중요한데 그럴 인력이 되지 않음. (14)
다른 처치가 늦어진다. (8)
섬망 환자에 실을 에너지 부족 (5)
간호 업무 이외에 섬망 환자를 통제하는 데 시간과 정신적 노력을 배 이상으로 들여야 함. (5)
중환자실 환자들은 표현(진정제나 투약 중이거나 인공호흡기 적용 상태에서의 의사소통)이 힘든 경우가 많아 섬망이라고 정확하게 판단하기 애매할 때가 있음. (6)
중환자실 특성상 섬망 환자에 대한 정서 적지, 환경 제공 등이 연속성을 가지고 해내기 어렵다. 인력 부족의 문제, 바쁜 상황 등이 그 원인이며, (14)
정확한 의사소통이 되지 않는 환자들이 많고 침습적인 기구가 있는 경우 제거 방지를 위해 억제대부터 적용하기 때문에 섬망의 호전을 기대하기 쉽지 않다. (10)
인공호흡기 치료를 받는 환자의 경우 완전히 수면하거나 의식이 명료한 경우 신체 보호대 적용을 해제하지만, 만일의 상황을 위해 간호사는 더욱더 자주 환자를 관찰해야 하고 그에 따른 스트레스도 증가하게 된다. (2)
환자 스스로 또는 의료진이 상해를 입을 것 같다는 두려움이 생긴다. (2), (7)
적극적인 제어와 환자 안위, 존중과의 충돌 (9)
환자의 진짜 불편한 점을 사정하기 어려움 (3)
환자의 필요, 요구를 정확히 파악하기 어렵고 정확한 의사소통이 어려움 (3)
진정제를 사용하지 않을 경우, 환자나 의료진의 안전이 보장되지 않는다. 하지만 지속적인 지남력을 제공해야 하므로 억제대에 의존해야 하는 상황이 자주 있다. (2), (7)
의사소통 및 치료 협조 불가 (3)
의사소통 불가 (3)

---

계속해서 반복된 설명으로 인한 업무 로딩 (8)

---

감정적, 신체적 어려움. (5)

섬망으로 인해 중환자 간호 업무가 지연됨. 혼자서 섬망 환자를 지속해서 보고 있어야 할 때, 심리적 부담감과 업무 지연이 스트레스로 다가온다. 이에 따라 일이 진행되지 않을 때 다음 근무자에게 인계하기가 걱정된다. (8)

---

욕설 (7)

치료 장치 제거 가능 (2)

설득이 안 통함 (3)

업무 지연 (8)

---

설명을 해줘도 진정이 안 되고 irritable 해서 vital sign 흔들림. (1)

---

의사소통 힘들 (3)

---

섬망 환자 간호 시 간호 지침이 특별하게 있지 않음. 교육을 받아 본 경험도 없음. (15)  
간호사 정서적 지지 시스템도 없음. 병원 차원에서 섬망 환자로 인해 받는 스트레스를 관리해주는 시스템이 필요하다고 생각한다. (16)

---

똑같은 말 반복 (3)

위험한 행동 통제 안 됨 (1)

---

폭력적인 행동으로 인한 환자 사고, 의료진 사고. (2),(7)

비협조적인 태도로 인한 의료 처치 저해 (3)

---

폭력성 때문에 의사소통이 어렵 (3)

---

의사소통이 안 되고 폭력으로 힘들어요. (3), (7)

---

어떻게 대처하여야 할지 고민이 되어서

---

이치에 맞게 상황 설명을 해도 환자가 받아들이지 못하고 치료에 협조를 안 하니 결국 환자를 고통스럽게 억제대를 적용해야 하기 때문 (3), (9)

---

의사소통이 불가능 하여 스트레스 받음. 일의 로딩이 길어짐 (3)

---

움직이기도 많이 움직이고 알람도 자주 울려서 환자에게 가보는 빈도가 많아져 업무가 지체되며 스트레스받음 (8)

---

치료를 위한 행위에 협조가 되지 않아 강제로 하게 될 경우 할 일이 늘어나며, 업무가 늘어난다. 스트레스 강도가 늘어난다. (3)

섬망이 있는 환자의 경우 적절한 sedatives(진정제)를 통하여 진정시키는데 의학적으로 인공호흡기 weaning이나 재활을 이유로 무지성의 tapering을 시도함. 인지하였을 경

---

---

우 NP(신경정신과) consult를 통해 조절하려 하지만 light한 sedation을 유지하는 기  
조는 변하지 않음. ventilator 적용 환자의 경우 적극적인 sedation 증량으로 몸을 편  
하게 하여 추후 깨었을 때 더 쉽게 자가 호흡할 수 있도록 근육의 피로를 감소, lung  
의 염증 및 필요한 용적 확보를 더 여유 있게 주는 치료를 생각해보면 어떨까요?  
(15)

---

아예 의사소통이 안 되는 경우보다 의사소통이 애매하게 되는 경우 했던 말을 반복하거  
나 자기주장만 강력히 주장하기 때문에 환자의 말을 무시할 수도 없고 들어줄 수도  
없어 어려운 것 같습니다. (3)

가만히 내버려 두면 환자가 다칠 것 같고 내가 환자를 저지하려고 하면 내가 다칠 것 같  
아 어렵습니다. (2), (7)

환자의 인권을 존중하며 섬망에 대해 간호를 하기 어렵습니다. (9)

---

대화가 정상적으로 이루어지기 어렵다. (3)

---

갑자기 인지능력이 떨어져서 monitoring 기계 및 삽입된 관을 빼거나 의료진을 폭행함  
(2), (7)

섬망이 심해서 각종 line을 제거하려 해서 억제대 적용 시 받아들이지 못하고 지속해서  
억제대 제거를 요구해서 힘들다. (1)

---

irritability가 심하여 통제하기가 어려움, 힘이 센 환자를 제압하는 과정/절차 (1)

억제대 적용된 환자의 경우 스스로 억제대를 푸는 경우 (2)

---

인력 부족으로 섬망 환자를 집중적으로 간호하기 어려움 (14)

---

소통이 원활하지 않아서 적절한 치료가 진행되기가 힘들. (3)

---

각종 장비와 약물이 들어가고 있는 주의가 필요한 것이 많기 때문입니다 (10)

---

의사소통이 원활하지 않아서 통제가 어려움 (3)

체력적으로 힘들 (5)

---

일반환자보다 신체적, 정신적인 부담이 있음 (5)

폭력적 행동/낙상/line removal 등의 상황에서 스트레스를 받는 것 같다. (2)

환자의 섬망 행동도 스트레스풀하지만, 보호자가 이에 대해 이해하지 못하는 경우에도  
기분이 안 좋은 것 같다. (11)

ex) 환자가 보호자에게 거짓말하거나 하는 경우, 보호자가 이에 대해 비난할 때 환자  
는 섬망 때문에 그럴 수도 있다고 이해라도 해보겠으나 보호자는 의식이 또렷함에도  
불구하고 상황에 대한 이해 없이 간호사를 비난하는 경우가 있어 더 별로인 것 같다.

---

의사소통은 되나 협조가 잘 안되는 경우 난감 (1)
손이 많이 가고 신경 쓸 게 많다 (4)
의사소통이 제대로 되지 않고 치료 장치를 스스로 제거할 위험도 있음 (2), (3)
섬망으로 인해 치료적 장치 제거 등을 보이는 경우가 있어 심한 경우 간호사 혼자서 대응 어려운 경우 많음 (14)
환자 안전 확보가 어려움 (2)
명확한 간호 지침 부족 (15)
치료과정에 비협조적이어서 힘들어요 (1)
어떻게 대응해야 할지 어렵고 원하지 않는 문제가 자주 발생 (6)
진정제가 들어가는 사람을 대하는 것이 일반인을 대하는 것과 다르기 때문에 어떻게 해야 할지 모르겠습니다. (6)
환자와 소통이 되지 않고 어떻게 행동할지 몰라서 (3)
중환자실 섬망 환자에게서 나타나는 특징에 따라 어떤 간호와 대화를 해야 하는지 어려움을 느낀다. (3)
지남력을 알려주며 환자를 대우하는 것, 진정시키는 것이 어렵다고 느낌 (1)
대화가 안 통하며 폭력적인 행동을 보이는 경우 대처하기 힘들다 (1), (3)
각종 카테터나 line을 제거할 위험이 크며 더 많은 관찰이 필요하다 (2)
정신적인 소모가 크고, 확실한 치료 방법의 부재 (5), (15)
말이 통하지 않는다 (3)
협조가 안 된다. (1)
억제대 적용 시 보호자와의 갈등 (11)
환자로부터 위협, 맞는 때도 있음 (7)
투약 외에 정서적으로 지지를 위한 가능한 중재가 제한적임 (15)
섬망으로 인해 환자가 온전하지 않은 정신으로 험한 말을 하면 화가 납니다. 섬망 환자를 대할 때 화를 내지 않고 환자를 대하는 것이 가장 어렵습니다. (6)

---

설명하여도 수용되지 않는 경우가 많음 (1)

---

간호를 거부하는 경우가 많아서 (1)

---

침습적 line 제거 위험성 (2)

---

irritable 한 상황에 CAM-ICU(Confusion Assessment Method for the ICU) 적용이 어려움. 폭력적인 경우 간호가 어려움 (1)

---

일 자체에 로딩이 됨 (8)

---

다른 일을 하나도 하지 못하고 섬망 환자의 irritable 한 행동에 모든 힘을 쓰게 된다. (8)

---

비협조적 (1)

---

침습적 line 제거 위험 (2)

---

섬망 환자를 간호할 때 정신적, 육체적 스트레스를 많이 받게 돼서 어렵습니다. (5)

---

프로토콜이 없고 환자 개인차도 있어서 (15)

---

협조가 안 돼서 간호가 어렵습니다. (1)

---

침습적 장치가 뽑힐 것 같아요 (2)

---

기타 업무가 많다. (8)

---

섬망 환자와의 소통이 감정 소모가 심하다 (5)

---

약물을 늘리면 sedation이 되고, 억제대를 하면 물리적 손상이 발생하는 경우가 많음. (9)

---

폭행당하지 않게 알아서 피해야 한다는 점 (7)

---

섬망 환자 둘을 동시에 간호하거나 섬망 환자와 중증도 높은 환자를 함께 간호하는 것이 몹시 힘들다. 간호사에게도 환자에게도 위해가 생길 것 같다 (5)

---

환자에게 Ativan 등 진정제를 드릴 수 있는 기준이 있었으면 좋겠다 단지 간호사가 돌보기 힘들어서가 아니라 개인으로서 어느 정도 참을 수 있는 정도의 섬망에 따라 환자에 대한 치료의 방향이 다른 것 같다. A라는 간호사는 ‘이 정도면 바로 재워야지’라며 의사에게 알린 후 진정제를 드리다가 하면, B라는 간호사는 이 정도는 본인이 감내할 수 있으니 활력징후에 크게 문제가 되지 않는다면 그냥 지켜볼 수 있는 문제다. 이렇듯 간호사가 처한 상황 그리고 감내할 수 있는 정도에 따라 환자의 치료 방법이 달라지는 것 같다. 또한 환자가 폭력적인 행동을 한다면 무언가 원해서 그런 것인지 아니면 진짜 섬망에 의한 것인지 구분하기가 어렵다. 하나 더 덧붙이자면 일부 선생님들은 무시하는 게 답이라는 분도 계시고, 어떤 분들은 귀 기울여 말을 들어달라는 분도

---

---

있다. 이것에 대한 명료한 내 생각은 아직 없는 상태다. (15)

---

알아챌 수 있는 경우의 섬망이 주로 hyperactive 한 타입이어서 irritable 한 경우가 많음 (6)

---

치료에 응해주지 않아서 (1)

---

섬망 간호 프로세스가 없음. (15)

각종 폭언, 폭력에 노출되었을 때 간호사가 보호받지 못해 생기는 심리적 부담감이 있음. (7)

섬망 환자 간호 시 간호하는 시간이 오래 걸림(업무적 부담) (8)

섬망 환자를 간호할 때 환자를 2~3명 보는 상황임에도 섬망 환자의 말에 지속해서 응대하고 모니터링하느라 너무 바쁘고 힘들다 (8)

특히나 환자가 폭력적일 때 직원 보호를 위한 대책이 마련되어있지 않아 심리적인 스트레스도 많이 가중된다. (16)

---

의사소통이 어려움 (3)

---

폭력(언어, 신체)에 노출되는 경우 무방비한 상태로 공격당하는 경우가 있고, 간호사로서의 자존감에도 영향을 미쳐 타 환자를 대하는 태도 늘 경계하게 되는 경향이 그 후로 생기게 됨. (7)

의료진 간에도 섬망 환자를 케어하는 데 약물 조절이나 결박(보호대)을 하는 것, 설득하는 것에 대한 의견 차이가 있어서 일차적으로 환자를 담당하는 간호사는 늘 위협에 노출되어 불안할 수밖에 없음 (12)

---

환자의 섬망으로 인해 안전사고가 발생하거나 의료진에게 폭력, 폭언하는 경우가 많은데 이런 경우 당당 간호사 1명이 케어할 수 없다. (14)

이런 상황에 대해 당직의 혹은 주치의에게 알려도 그들 역시 섬망에 대한 지식이 많지 않아 제대로 된 치료가 이루어지지 않게 되고 환자는 위험(스스로 기관내관, 중심정맥관, 동맥관을 제거하려는 모습)에 계속 노출된다. (6), (2)

또한 간호사 역시 그런 환자 옆에 지속적으로 있어야 하므로 환자의 폭력에 노출 되게 된다. (7)

---

각종 line 연결 분리 또는 낙상에 대한 우려 때문 (2)

---

이해시키기 어렵다. 말이 통하지 않음 (3)

---

이성과 감정의 갈등이 생김 (9)

---

## 부록 7. 섬망 간호 스트레스 문항별 점수

### Strain of Caring Delirium Index(SCDI)

(N=160)

Question	Mean±SD	Rank
환자가 침습적 장치를 제거하려고 한다	4.694±0.593	1
환자가 움직임이 과하여 통제가 되지 않는다	4.613±0.634	2
환자가 침대에서 적절하지 않게 내려오려고 한다	4.531±0.760	3
환자가 반복적인 행동을 계속한다(소리지르기, 때리기...)	4.363±0.789	4
환자가 소리를 지른다	4.300±0.815	5
환자가 화를 내며 짜증을 낸다	4.269±0.758	6
환자가 협조가 안되고 간호하기 어렵다	4.138±0.828	7
각성 섬망 발생 시 인력이 부족하다	4.138±1.107	8
간호사 자신이 상해를 입을 것 같다	4.013±1.003	9
의사가 없는 상황에서 환자에 대한 즉각적인 판단을 내려야 할 때가 있다	3.794±1.004	10
환자가 불안해하고 초조해 한다	3.681±0.921	11
환자 본인이 상해를 입을 것 같다	3.631±1.136	12
섬망 환자에게 억제대를 사용하게 된다	3.506±1.176	13
환자의 주의가 산만하다	3.413±1.078	14
환자가 말을 적절하게 하지 못하여 의사소통이 어렵다	3.206±1.105	15
섬망 환자를 간호하는 기술이나 경험이 부족하다	3.188±1.100	16
환자의 의식이 때로는 명료한 상태이고 때로는 혼란 상태이다	3.106±0.988	17
섬망 혹은 그 상황을 판단하고 이해하기에 지식이 부족하다	3.069±1.059	18
환자의 눈에 초점이 없으며 눈 맞춤이 되지 않는다	2.975±1.138	19
환자가 자극에 반응이 없고 활동 저하 상태이다	2.500±1.202	20
환자의 주변사람(간호사나 다른환자)을 환자가 알고 있는 다른 사람의 이름으로 부른다	2.294±1.062	21

## Abstract

### Strain of Caring Patients with Delirium in Intensive care Unit Nurses: Focusing on Violence Experience and Self–compassion

Kim So Jung

Department of nursing

The Graduate School

Seoul National University

The purpose of this study was to examine delirium–care related stress, self compassion and violence experiences by patients with delirium. Additionally, it aims to examine the impact of self compassion and violence experiences on the strain of caring delirious patients to obtain fundamental data for a comprehensive understanding of the delirium care nursing process.

This study is a descriptive correlational research, and the subjects of the study were adult intensive care unit nurses working in a single tertiary hospital located in Seoul. They were required to



have direct nursing experience with burnout patients aged 18 years or older within the last 1 year and have at least 4 months of current departmental work experience. Data were collected from October 19, 2022, to November 2, 2022, and a total of 160 participants were included in the data analysis.

This study used a self-report type of survey questionnaire. The violence experience by patients with delirium was measured with an instrument developed by Jong-Sook, Yoon(2004) and modified by Min-Kyong, Kim(2019). The Strain of caring delirious patients was measured with an instrument developed by Milisen(2004) and translated by In-ae, Jung(2014). Self compassion was measured with an instrument developed by Neff(2003) and translated by Kyong-Ui Kim(2008). The collected data were analyzed with descriptive statistical methods, t-test, ANOVA, Pearson correlation and hierarchical regression. Further analysis confirmed the moderating effect of violence experience.

As a result of the study, the experience of violence among nurses in the intensive care unit was 15.669 out of a total of 64 points, with 5.162 points for verbal violence, 5.731 points for physical threats, and 4.768 points for physical violence. The violence experience was higher in cardiopulmonary intensive care unit than in surgical intensive care units ( $F=4.916$ ,  $p<.001$ ), it was higher than the group without conflict experience with the caregivers of delirium patients ( $t=23.020$ ,  $p<.001$ ). In addition, the group that provides delirium nursing more than 10 times a month had higher experience of violence than the group that provides

delirium nursing less than once and the group that provides it two to four times ( $F=11.250$ ,  $p<.001$ ).

Self compassion scores was 3.325 out of 5, with 2.736 points for self-kindness, 2.248 points for self-judgment, 3.014 points for common humanity, 2.084 points for isolation, 3.084 points for mindfulness, and 2.533 points for over identification. Men had a higher level of self compassion scale than women ( $t=8.688$ ,  $p=.003$ ). In addition, whether delirium nursing education is provided ( $t=6.273$ ,  $p=.010$ ), whether transferring delirious patients has experienced ( $t=4.198$ ,  $p=.010$ ) showed a statistically significant difference in self compassion score.

The strain of caring delirium of intensive care nurses' was 3.609 out of 5, with the highest score ( $M=4.694$ ,  $SD=0.59$ ) for "the patient is trying to remove the invasive device". Overall, the stress score tended to be higher in the type of hyperactivity symptoms.

The stress level of the subjects was higher for those with conflicts with caregivers compared to those without conflicts ( $t=5.536$ ,  $p=.019$ ). Additionally, the stress level was higher for those with no experience in transferring delirious patients compared to those with experience ( $t=3.895$ ,  $p=.050$ ). Furthermore, the group that reported difficulty in providing delirium care had significantly higher stress levels compared to the group that did not report such difficulty ( $t=13.220$ ,  $p<.001$ )

As a result of analyzing the correlation between delirium nursing stress and research variables, physical threats ( $r=.172$ ,  $p=.029$ ) showed a positive correlation, and self compassion ( $r=-.216$ ,

$p=.006$ ) showed a significant negative correlation. In order to identify the factors influencing delirium nursing stress, the demographic characteristics of the subjects which were difficult to change through intervention and the characteristics related to delirium nursing which were significant in univariate analysis, were controlled. Despite this control, self compassion still showed a significant impact on delirium nursing stress, explaining 3.2% of the variance ( $F=5.616$ ,  $p=.019$ ). As a result of further analysis, self compassion was a significant factor in lowering delirium nursing stress ( $\beta=-.223$ ,  $p=.004$ ), physical threats had a significant effect on increasing stress ( $\beta=.019$ ,  $p=.050$ ). In addition, in the case of the group with high physical threat experience, it was confirmed that the main effects of self-compassion were buffered ( $\beta=.047$ ,  $p=.011$ ).

In conclusion, it can be seen that the low level of self compassion and the high level of violence experience have an effect on increasing delirium nursing stress. It is important to identify and cope with the stress of nurses in the process of providing delirium nursing, and it is believed that stress can be reduced by improving the level of self compassion and preventing and coping with violence, and various education and systems are needed for this.

**Key words** : Intensive care unit nurses, Delirium care, Violence experience, Self compassion, Strain of caring delirium

**Student Number** : 2021-27266