■ 중환자간호학회지 2014년 6월 제 7권 제 1호
Journal of Korean Critical Care Nursing Vol. 7, No. 1, 40-46, June, 2014

중환자실 완화의료 모델과 간호사의 역할

고진강

서울대학교 간호대학 부교수, 서울대학교 간호과학연구소 연구원

Palliative Care Models in Intensive Care Units and Nurses' Roles in the Models

Koh, Chin-Kang

Associate professor, College of Nusing, Seoul National University

Purpose: In Korea, about 30,000 people die in intensive care units annually. However, their quality of life at the end-of-life seems very low. The purpose of this study was to describe palliative care models that could be applied in intensive care units and examine nurses' roles in the models. **Methods:** A conventional literature review was performed focusing on palliative care in intensive care units and nursing roles in the approaches identified. **Results:** There are two different models regarding the implementation of palliative care approaches in the intensive care unit. Those are the consultative model and the integrative model. Each model has advantages and disadvantages. Therefore, an appropriate model must be chosen according to the setting. Nurses' roles could vary depending on the setting. **Conclusion:** Palliative care in the intensive care unit is important to improve patients' quality of life. Moreover, nursing roles are important in providing comprehensive palliative care in intensive care units.

Keywords: Intensive care units, Palliative care, End of life care, Critical care nurses

I. 서 론

세계보건기구의 정의에 따르면, "완화의료란 생명을 위협하는 질병(life-threatening illness)으로 인해 여러 가지 문제들에 직면하게 되는, 환자와 환자 가족의 삶의 질 향상을 목적으로 하는 접근법이다. 통증 및 그 외의 신체적, 정신적, 사회적, 영적 문제들을 조기에 발견하고, 면밀하게 평가하며, 중재함으로써 고통을 예방하고 완화시킬 수 있으며, 이러한 활동을 통해 환자와 환자 가족의 삶의 질 향상을 도모 한다(WHO, 2014)". 이러한 의미에서 완화의료는 환자가 받고 있는 주 치료(항암 치료 등)에 대한 대체적 접근이 아니라 주 치료와 동시에 환자에게 제공될 수 있으며, 죽어가는 환자에 국한되지 않는 의료서비스이다. 완화의료는 환자의 편안함을 최대화하여 환자와 환자의 가족을 돕고, 환자가 자신에게 더 의미 있는 삶이 무엇인지 생각하여 자신이 받고자 하는 의료서비스의 방향을 설정하는데 도움을 준다(NINR, 2011). 다른 전공과 구별되는 완화의료의 전문성은 통증을 비롯한 신체적 정신적 증상을 효과적으로 감소시키고, 환자가 원하는 의료서비스의 방향과 목표(goal of care)를 설정하기 위해 환자 및

투고일: 2014. 6. 12 **심사의뢰일:** 2014. 6. 12 **게재확정일:** 2014. 6. 22
주요어: 중환자실, 완화의료, 생애말 간호, 중환자 간호사
* 이 논문은 2013년도 정부의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(2011-0014943)
Address reprint requests to : Koh, Chin-Kang
College of Nursing, Seoul National University, 103 Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul, 110-799, Korea
Tel : 82-2-740-8813, Fax : 82-2-765-4103, E-mail : ckoh@snu.ac.kr

환자 가족과 효과적으로 의사소통하며, 다학제적 팀 접근으로 가족을 지지하여 가족이 환자에 대한 돌봄제공과 의사결정 대리인으로서의 역할을 보다 효과적으로 할 수 있도록 돕는데 있다(Nelson & Hope, 2012).

의료서비스의 목적 설정은 일반적으로 코드상태(code status)를 포함한다. 환자의 코드상태는 그 환자가 심정지 또는 폐기능부전 시 할 수 있는 처치를 의미하며, 코드상태의 분류는 기관마다 다양하게 적용되고 있다. 분류의 한 예로는 '모든 처치(full code)', '심폐소생술 금지-심장이 멈추면 안위 케어(DNR-CCA: Do Not Resuscitate-Comfort Care Arrest)', '심폐소생술 금지-안위 케어(CNR-CC: Do Not Resuscitate-Comfort Care)'의 세 단계가 있다. 이 때 '심폐소생술 금지-심장이 멈추면 안위 케어'의 경우 심정지 전에는 기관삽관을 포함한 모든 처치를 하는 것이며, '심폐소생술 금지-안위 케어'는 기관삽관, 승압제 사용 등의 처치는 배제하고 증상을 완화시키고 편안함을 증진시키는 약물과 처치만을 하는 것이다. 한편, 의료서비스의 목적 설정은 사전의사결정서 작성도 포함하고 있다.

한편 우리나라에서는 최근 완화의료에 대한 관심이 높아져 왔으나 아직 완화의료에 대한 환자들의 접근성은 매우 낮은 상태이다. 이에 2013년 보건복지부는 '호스피스완화의료 활성화 대책'을 발표하였고 주요 내용은 완화의료팀 제도의 도입, 가정호스피스완화의료제 도입, 완화의료서비스의 확대이다.

미국의 연간 사망자 중 약 20%가 중환자실에서 사망하고, 생존자 가운데 많은 수가 중환자실 퇴실 이후 일정 기간 내에 사망한다(Billings et al., 2006). 우리나라에서도 중환자실에서 사망하는 환자의 수는 연간 3만명, 사망자 전체의 약 10%에 달한다(Huh, 2012). 이렇게 중환자실은 많은 환자들이 사망하게 되는 장소이기도 하고, 중환자실 입원 환자의 많은 수는 생명을 위협하는 질병을 가지고 있다. 또한 중환자실 환자들은 많은 고통을 경험한다. 중환자실 환자가 경험하는 대표적인 신체 증상으로는 통증, 호흡곤란, 갈증이 있으며(Puntillo et al., 2014), 의사소통 장애와 답답함, 가족과의 격리로 인한 외로움, 기계처럼 취급된다는 소외감 등 정신적 고통도 경험한다(Kim et al., 2007). 따라서 중환자실에서의 완화의료는 생명을 위협하는 질병을 가진 환자들과 그 가족들의 고통을 경감시키고 삶의 질을 향상시키는데 중요한 역할을 하게 된다.

II. 본론

1. 중환자실에서의 완화의료의 필요성

중환자실에 완화의료적 접근이 도입되었을 때 얻을 수 있는 긍정적 효과로는 중환자실 및 병원 재원기간의 단축, 유익함이 없는 처치의 감소, 기계환기 기간의 단축, 가족 만족도 및 이해도 증가, 가족 불안, 우울, 및 외상 후 스트레스의 감소, 의료서비스 제공 방향을 둘러싼 갈등 감소, 나쁜 예후상태에서 안위 중점 케어로의 전환 시간 감소, 환자에 대한 증상 사정과 안위를 위한 케어 증가 등이 있다(Nelson et al., 2010a; Aslakson et al., 2014). 중환자실에 완화의료가 개입되면 현재 중환자실에서 고통 받는 환자의 삶의 질을 높일 수 있다. 우리나라에서도 결과에 있어 환자에게 이익이 되지 않는 중환자실에서의 치료에 대해 연구되고 있으며, 완화의료의 조기 개입의 필요성이 제기되고 있다(Kim et al., 2014). 중환자실에서의 완화의료 도입 필요성은 다음과 같다.

첫째, 중환자실 완화의료는 환자의 연명의료로 인한 신체적 정신적 고통을 완화시킬 수 있다. 중환자실 환자들을 가장 힘들게 하는 신체 증상으로 통증, 호흡곤란, 갈증 등이 있으며 이러한 증상들에 대해 완화의료팀은 전문성을 가지고 적절한 중재를 할 수 있다(Puntillo et al., 2014). 또한 완화의료팀은 환자에게 정서적, 영적 지지를 제공함으로써 환자의 고립감, 공포를 덜어줄 수 있다(Nelson et al., 2010b).

둘째, 중환자실 완화의료는 환자와 가족의 의료서비스 목표(goal of care) 설정과 관련된 혼란을 줄일 수 있다. 중환자실은 의사결정과 관련한 여러 가지 갈등이 빈번히 발생하는 곳이다. 환자 한 사람에게 여러 개의 진료과가 협진하는 경우 그들 간의 의사소통이 원활하지 않은 경우들이 발생하기도 하고, 환자 보호자가 환자 예후에 대해 정확히 이해하지 못하는 경우도 흔히 발생한다(Espinosa, Young, Symes, Haile, & Walsh, 2010). 또한 연명의료 유보 또는 중단 결정을 포함하여 치료 결정에 혼란도 자주 발생한다. 환자나 가족이 연명의료 유보와 시행 중 하나를

선택할 때 의료진과 환자, 환자 가족 간에 충분한 정보공유와 논의가 이루어지지 못하는 실정이다. 환자와 환자 가족은 연명의료를 시작한 이후에 발생하는 상황에 대한 충분한 지식 없이 연명의료를 선택하는 경우가 많다. 완화의료의 주요 관심 중 하나는 환자와 환자가족 중심의 의사결정을 이끄는 것이다(Nelson et al., 2010b). 완화의료팀은 효과적인 가족회의 이끌기 등 환자와 환자가족 중심의 의사결정을 도울 수 있는 여러 가지 기술과 지식을 가지고 가족갈등을 중재하며, 환자 상태에 대한 상호 이해를 바탕으로 의사결정이 이루어지도록 의견을 조정해 나간다.

셋째, 중환자실 완화의료는 환자의 가족이 겪는 고통을 감소시킬 수 있으며 사별한 가족의 애도과정을 도울 수 있다. 환자의 가족은 상실에 대한 불안, 두려움, 슬픔 등 감정의 고통을 겪는다. 또한 중환자 보호자실에서 지내며 신체적 사회적으로도 어려움을 겪을 수 있으며, 경제적 어려움은 중환자실 환자 보호자의 흔한 문제 가운데 하나이다. 환자의 가족은 완화의료의 대상자로 완화의료팀은 그들이 겪는 일상생활에서의 어려움, 정신적, 사회적 고통의 완화를 위한 다양한 중재들을 제공한다(Curtis et al., 2008; Mosenthal et al., 2012). 중환자 보호자실 시스템 개선 및 면회시간 조정이 한 예이며, 완화의료팀은 사별 전 심리상담, 사별 후 심리 상담을 제공하며, 완화의료팀의 사회복지사는 환자의 경제상태를 파악하고 필요한 재원을 확보하는 활동을 한다.

2. 중환자실에서의 완화의료 모델

미국 CAPC (Center to Advance Palliative Care)에서는 중환자실에서의 완화의료 수행지표로 다음을 제시하고 있다(Nelson et al., 2010b).

- 의료관련 의사결정자: 중환자실 입실 1일 이내 가족 또는 다른 대리인 중 환자를 위한 의사결정자를 선정하려는 시도를 하고 문서로 기록
- 사전의사결정서: 중환자실 입실 1일 이내 사전의사결정서 보유상태 문서로 기록
- 심폐소생술: 중환자실 입실 1일 이내 심폐소생술 선택 여부를 문서로 기록
- 가족안내문: 중환자실 입실 1일 이내 중환자실 안내문을 가족에게 전달하고 문서로 기록
- 통증사정: 정기적인 통증 사정
- 통증중재: 최적화된 통증 중재
- 사회복지 지지: 중환자실 입실 3일 이내 중환자실 환자와 가족에게 사회복지 지지 제공
- 영적 지지: 중환자실 입실 3일 이내 중환자실 환자와 가족에게 영적 지지 제공
- 다학제 가족 회의: 중환자실 입실 5일 이내 의료진과 환자-가족 간 적절한 의사소통

이러한 수행지표를 달성하기 위한 중환자실에서의 완화의료 모델로는 자문가 모델(consultative model)과 통합모델(integrative model)의 두 가지 형태가 제시되고 있다(Nelson et al., 2010a).

1) 자문가 모델

자문가 모델은 미국 대형 병원 가운데 75%가 활용하고 있는 모델이며, 자문가 1인이 있는 경우와 완화의료 팀이 있는 경우로 나뉘고, 자문가 1인의 경우 완화의료전문간호사가 가장 많다(Nelson et al., 2010a). 자문가 모델에서는 완화의료자문 요청 기준(triggering criteria)을 선정하고 이에 해당되는 환자들을 선별해 자문을 요청하게 된다. 미국의 179개 중환자실의 385,770명의 환자를 대상으로 한 후향적 코호트 연구에서 완화의료자문 요청 기준으로 '중환자실 입원기간 10일 이상', '두 개 이상의 질병을 가진 80세 이상 환자', '4기 이상 악성종양 환자', '심정지 이후의 상태인 환자', '기계적 환기가 필요한 뇌출혈 환자' 이상의 5개를 선정하였고, 전체 대상자의 약 13%가 이 중 1개 이상에 해당되었다(Hua, Li, Blinderman, & Wunsch, 2014).

자문의 범위로는 환자와 환자가족 중심의 의사결정, 의료팀 내부 또는 의료팀과 환자/가족 간의 의사소통, 의료제공의 연속성, 환자와 가족에 대한 정서적 및 실제적 지지, 증상관리 및 안위증진케어, 환자와 가족에 대한 영적 지지, 중환자실 의료진에 대한 정서적 및 조직적 지지 등이 있다. 자문가 모델의 장점은 자문가가 이미 완화의료 전문가이므로 별도의 훈련이 필요 없고, 중환자실 퇴실 후에도 연속성 있는 완화의료 서비스를 제공 받을 수 있으며, 자문가 모델의 연구들이 이미 많이 이루어져 있어 유용성에 대한 근거가 마련되어 있다는 것이다. 단점으로는 자문가 또는 자문팀으로 활동할 충분한 인력이 마련되어

야 하고, 완화의료전문가가 중환자실 의료팀으로부터 외부인으로 여겨질 수 있으며, 완화의료전문가가 중환자에 대한 의학적 간호학적 이해가 부족할 수 있고, 중환자실 의료팀과 갈등이 생길 수 있다(Nelson et al., 2010a).

2) 통합모델

통합 모델은 중환자실 의료진들에게 완화의료 서비스에 대한 지식과 기술을 교육하여 중환자실 의료진이 직접 중환자실 의료에 완화의료를 통합하여 환자에게 제공하도록 하는 것을 말한다(Nelson et al., 2010a). 일시적인 교육에 의해 중환자실 의료진의 지식을 향상시키는 것만으로는 실무가 변화할 수 없으므로 중환자실의 의료진, 관리자 모두가 변화의 필요성을 인식하고 함께 노력하며, 중환자실 상위 관리 체계의 지지도 필요하다. 대상자의 요구도를 파악한 후 참여 동기를 부여하여 대상자가 적극적으로 교육에 참여할 수 있도록 하고, 다양한 교육 방법을 사용하며, 완화의료적 접근을 실천할 수 있는 구체적 방법을 제시하고, 완화의료모델의 도입으로 인해 얻게 된 질향상 결과를 공유함으로써 변화를 만들어갈 수 있다(Curtis et al., 2008; Ray et al., 2006; Treece et al., 2006). 또한 통합모델은 실무와 중환자실 환경의 변화를 포함한다. 완화의료 처방 양식 도입, 중환자 보호자 대기실의 환자 가족들에 대한 구체적인 편의 제공, 면회규제 폐지, 환자 사망 시 애도서비스(bereavement service)의 제공 등이 통합모델의 완화의료에서 활용되는 중재들이다(Ray et al., 2006; Billings et al., 2006).

통합모델의 장점은 자문가 모델과 다르게 완화의료 대상자를 선별하지 않으므로 모든 중환자실 입원 환자와 보호자가 완화의료적 접근에 대상자가 될 수 있으며, 별도의 완화의료 서비스 전문가나 팀이 필요하지 않고, 완화의료적 접근이 중환자실 의료서비스의 핵심 요소로서 인식될 수 있다. 반면, 단점은 완화의료에 대한 교육이 필요하고 의료진의 관심과 노력이 필요하며, 완화의료적 접근을 지지하는 중환자실 문화가 뒷받침되지 않으면 불가능하다는 것이다(Nelson et al., 2010a).

3) 적합한 모델의 선택

전문가의 의견과 전문성을 활용할 수 있는 자문가모델과 중환자실 팀이 완화의료적 관점을 이해하고 실천하는 통합모델이 하나의 중환자실에 공존한다면 가장 이상적인 형태일 것이다(Ford, 2014). 그러나 부분적으로 두 모델을 상호보완적으로 사용할 수는 있으나 한정된 의료자원이라는 측면에서 하나의 모델을 선택하는 경우가 대부분이다.

통합모델의 경우 병원 시스템의 변화와 이를 바탕으로 한 중환자실 의료진의 참여와 실천이 따라야 하므로 적용에 어려움이 있어 미국의 경우 자문가 모델에 비해 사용하는 병원의 수가 현저히 적은 실정이다. 그러나 완화의료인력이 부족하고 재정적 자원이 부족할 때 저비용에서 쉽게 도입할 수 있는 방법은 통합모델이다(Ray et al., 2006). 우리나라의 경우 완화의료전문가의 수가 부족하다는 측면에서 통합모델을 고려해 볼 수 있으나 이미 중환자실 의료진의 업무가 과중한 상태에서 그들을 훈련시키고 변화시키는 일은 어려운 일일 것이다. 따라서 보건복지부의 '호스피스완화의료 활성화 대책'이 적극적으로 추진되어 완화의료팀 제도가 도입된다면 이를 기반으로 자문가모델 형태의 중환자실 완화의료 모델이 활용될 수 있을 것이다.

3. 중환자실 완화의료에서의 간호사 역할

중환자실 간호사는 환자의 가장 가까이에서 환자가 겪는 고통을 지켜보며, 중환자실에서의 말기 환자 간호에 있어 윤리적 갈등을 느끼기도 한다. Espinosa 등(2010)에 따르면, 중환자실 간호사는 환자의 케어계획에 참여정도가 미미하고, 진료 의사간의 의견이 불일치되거나, 환자 가족이 비현실적인 기대감을 가질 때 최적화된 환자 간호가 이루어지기 어렵다고 여긴다. 한편, 중환자실 간호사는 환자를 편안하게 하고 환자가족에게 좋은 기억을 나누도록 하고 싶어 하면서도, 동시에 그런 목적을 위한 의사결정을 주도적으로 할 수 없음에 내적 갈등을 느끼며, 또한 간호사들의 간호학적 관점과 중환자실에서의 의학적 치료 모델이 서로 상충될 때 내적 갈등을 느낀다고 보고하고 있다. 따라서 중환자실 간호사는 생애말 환자 간호에 대해 보다 준비되길 원하며, 자신들의 생애말 환자 간호에 대해 시스템적으로 지지받기를 원한다(De Lisle-Porter & Podruchny, 2009).

한편, 간호학 이론과 간호학적 관점은 완화의료적 접근과 많은 유사점을 가지며, 특히 생애말 간호와 관련

된 간호 이론들은 환자 중심 간호를 강조하고 있고, 이는 완화의료의 중심 개념이기도 하다(Dobrina, Tenze, & Palese, 2014). 따라서 중환자실 간호사들은 완화의료적 접근에 대한 필요성에 쉽게 공감하고 중환자실 문화를 바꾸는데 주도적 역할을 하고 있다(Billings et al., 2006). 한 예로 미국에서 중환자실 안전과 질향상에 대한 전문성을 가진 간호전문가 그룹이 중환자실에서의 완화의료적 질평가 기준으로 의사소통 지표를 개발하였고 이는 국가적인 인정을 받아 전국적으로 활용되고 있다(Nelson et al., 2011). 병원단위에서 간호사 역할을 살펴보면, 전문간호사, 중환자실 간호사, 간호관리자 역할로 나누어 볼 수 있다.

1) 전문간호사

자문가 모델은 중환자실 외부에 있는 완화의료 전문가 또는 완화의료팀이 중환자실 환자 중 완화의료 대상자에게 완화의료적 서비스를 제공하는 것인데, 이 모델에서 전문간호사들은 완화의료 전문가로서 역할할 수 있다. O' Mahony 등(2009)은 2년간 중환자실에서 외부의 완화의료팀을 활용하여 중재를 제공하는 프로젝트를 실시하였는데, 완화의료팀의 구성은 전문간호사, 완화의료 전문의, 완화의료사회복지사로 하였다. 전문간호사는 중환자실 실무 경험과 관리 경험이 있었고, 이 프로젝트에서 전문간호사의 독립적인 역할은 매일 열리는 중환자실 다학제 실무자 회의에서 완화의료 대상자를 파악하고, 중환자 전문의 팀과 대상저 선정의 적절성을 검토하는 것과 사전의사결정서 작성과 관련한 자문을 제공하는 것이었다. 이외에 완화의료 프로젝트 팀과 함께 가족회의 개최, 사별전 심리상담, 죽음과정에 대한 교육을 포함한 가족지지, 중환자실 의사와 간호사 교육 등을 수행하였다. Campbell과 Guzman (2003)의 연구에서는 완화의료팀의 구성을 완화의료만을 전담하는 전문간호사 1인과 완화의료에 관심을 가지고 교육받은 2명의 순환제 의사 2인으로 하였고, 중재 내용은 사전의사결정서 확인 또는 생애말 연명치료 선호 여부 확인, 예후와 선택 가능한 의료서비스에 대한 상담, 안위 케어로 전환 시 완화의료중재 전략 수립 등이었다. 한편 전문간호사는 중환자실 간호사 및 실무자들에게 완화의료에 대한 교육을 제공할 수 있으며 중환자실 간호사의 멘토로서 역할 해 생애말 간호와 관련된 중환자실 간호사들의 스트레스와 갈등을 줄이고 자신감과 만족감을 높일 수 있다(Billings et al., 2006; Mauricio & Okhuysen-Cawley, 2010).

2)중환자 간호사

중환자실 간호사는 교육을 통해 완화의료에 대한 지식과 기술을 습득하여 환자와 환자가족을 대상으로 보다 명확한 의사소통을 할 수 있고, 환자의 사망 과정에서 환자와 가족을 효과적으로 지지하는 역할을 한다(Ray et al., 2006). 통합모델에서는 매일의 또는 정기적인 중환자실 다학제팀 회의가 중요시되고, 이 회의에서 간호사는 각 환자의 의료서비스 목표를 확인하고 공유한다. 중환자실 간호사의 역할은 의사소통 뿐 아니라 증상관리 및 연명치료 중단과정과 중단과정에서의 환자와 가족에 대한 지지를 포함한다(Billings et al., 2006).

또한 기존의 중재연구에서 중환자실 간호사 중 완화의료 챔피언 간호사(nurse champion)를 선정해 훈련시키고, 그로 하여금 다른 간호사들 및 실무자들을 교육하고 평가하도록 하는 방안들이 제시되고 있다(Curtis et al., 2008; Billings et al., 2006; Strand & Billings, 2012). 챔피언 간호사는 완화의료 뿐 아니라 새로운 지식이나 기술이 병동에 필요할 때, 그 분야에 관심 있는 간호사에게 훈련의 기회를 제공한 후 그 간호사가 다른 간호사들에게 정보를 제공할 수 있도록 하는 제도를 말한다. 완화의료 챔피언 간호사는 다른 간호사의 역할 모델이 되고 다른 간호사들의 행동 변화에 원동력이 되며, 병동 내 완화의료 원칙들을 준수해 나가는데 핵심적인 역할을 한다.

3)중환자실 간호관리자

중환자실 간호관리자와 상급 간호사들의 리더쉽은 중환자실에서의 완화의료 도입에 매우 중요한 역할을 한다(Mosenthal et al., 2012). 완화의료 챔피언 간호사를 선정하고 이들이 교육받을 시간을 허용하고 그들이 제대로 역할 할 수 있도록 지지하는 것도 간호관리자의 리더쉽 없이는 불가능하다(Billings et al., 2006).

III. 결론

중환자실에서의 완화의료는 생명을 위협하는 질병을 가진 환자와 환자 가족의 삶의 질 향상에 매우 중요한 역할을 한다. 중환자실 간호사는 생애말 환자 및 가족들과 밀접히 상호작용하며 영향하지만(Baggs, Norton, Schmitt, & Sellers, 2004), 한편 환자와 보호자 지지에 종종 내적 갈등을 느낀다(De Lisle-Porter & Podrunchny, 2009). 중환자실 완화의료 도입을 통해 중환자실 간호사는 생애말 환자와 그 가족들을 대상으로 보다 자신감 있게 간호를 제공할 수 있으며, 이는 곧 환자와 환자 가족의 안위 증진을 의미한다. 본 고찰의 결과를 바탕으로 한 제언으로는 간호교육적 측면에서 중환자실에서의 완화의료적 접근에 대한 교육프로그램의 개발이 필요하며, 간호연구에 있어서는 중환자실 간호사들의 완화의료적 접근 방법 또는 중환자실에서의 완화의료 전문간호사의 활동 내용을 구체적으로 제안하고, 이의 효과를 규명하는 연구가 필요할 것이다. 중환자실 완화의료 도입은 적극적으로 이루어져야 하며, 완화의료적 접근에서 간호사는 중추적 역할을 하여, 중환자실 환자들의 생애말 삶의 질 향상에 기여해야할 것이다.

REFERENCES

Aslakson, R., Cheng, J., Vollenweider, D., Galusca, D., Smith, T. J., & Pronovost, P. J. (2014). Evidence-based palliative care in the intensive care unit: a systematic review of interventions. *Journal of Palliative Medicine, 17*(2), 219-235.

Baggs, J. G., Norton, S. A., Schmitt, M. H., & Sellers, C. R. (2004). The dying patient in the ICU: role of the interdisciplinary team. *Critical Care Clinics, 20*(3), 525-540.

Billings, J. A., Keeley, A., Bauman, J., Cist, A., Coakley, E., Dahlin, C., et al. (2006). Merging cultures: palliative care specialists in the medical intensive care unit. *Critical Care Medicine, 34*(suppl. 11), S388-S393.

Campbell, M. L., & Guzman, J. A. (2003). Impact of a proactive approach to improve end-of-life care in a medical ICU. *Chest, 123*(1). 266-271.

Curtis, R., Treece, P. D., Nielsen, E. L., Downey, L., Shannon, S. E. Braungardt, T., et al. (2008). Integrating palliative and critical care: evaluation of a quality-improvement intervention. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 178*(3), 269-275.

De Lisle-Porter, M, & Podruchny, A. M. (2009). The dying neonate: family centered end-of-life care. *Neonatal Network, 28*(2), 75-83.

Dobrina, R., Tenze, M., & Palese, A. (2014). An overview of hospice and palliative care nursing models and theories. *International Journal of Palliative Nursing, 20*(2), 75-81.

Espinosa, L., Young, A., Symes, L., Haile, B., & Walsh, T. (2010). ICU nurses' experiences in providing terminal care. *Critical Care Nursing Quarterly, 33*(3), 273-281.

Ford, D. W. (2014). Palliative care consultation needs in United States intensive care units. Another workforce shortage? *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 189*(4), 383-384.

Hua, M. S., Li, G., Blinderman, C. D., & Wunsch, H. (2014). Estimates of the need for palliative care consultation across united states intensive care units using a trigger-based model. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 189*(4), 428-436.

Huh, D. S. (2012, December 3). Reasons to Urge Legislation to Allow Withdrawal of Life-Sustaining Therapies. *Dong-A Ilbo*. Retrieved March 20, 2014, from http://news.donga.com/3/all/20121202/51261640/1

Kim, Y. H., Koo, M. J., Kim, S. H., Kim, Y. M., Lee, N. Y., & Chang, K. O. (2007). The experiences of patients in intensive care units. *Journal of Korean Academy of Nursing, 37*(6), 924-931.

Kim, Y. J., Kim, M., Cho, Y., Park, J. S., Kim, J. W., Chang, H., et al. (2014). Who should be admitted to the intensive care unit? The outcome of intensive care unit admission in stage IIIB-IV lung cancer patients. *Medical Oncology, 31*(3), 847.

Mauricio, R. V., & Okhuysen-Cawley, R. (2010). The caring continuum: role of the pediatric critical care advanced practice nurse in palliative care program development. *Critical Care Nursing Quarterly, 33*(3), 292-297.

Mosenthal, A. C., Weissman, D. E., Curtis, J. R., Hays, R. M., Lustbader, D. R., Mulkerin, C., et al. (2012). Integrating palliative care in the surgical and trauma intensive care unit: a

report from the Improving Palliative Care in the Intensive Care Unit (IPAL-ICU) Project Advisory Board and the Center to Advance Palliative Care. *Critical Care Medicine, 40*(4), 1199-1206.

Nelson, J. E., Bassett. R. D., Brasel, K. J., Campbell, M. L., Cortez, T. B., Curtis, J. R., et al. (2010a). Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: a report from the IPAL-ICU Project. *Critical Care Medicine, 38*(9), 1765-1772.

Nelson, J. E., Brasel, K. J., Campbell, M. L., Cortez, T. B., Curtis, J. R., Lustbader, D. R., et al. (2010b). Evaluation of ICU palliative care quality: A technical assistance monograph from IPAL-ICU Project. Retrieved March 20, 2014, from http://ipal.capc.org/downloads/ipal-icu-evaluation-of-icu-palliative-care-quality.pdf

Nelson, J. E., Cortez, T. B., Curtis, J. R., Lustbader, D. R., Mosenthal, A. C., Mulkerin, C., et al. (2011). Integrating Palliative Care in the ICU: The Nurse in a Leading Role. *Journal of Hospice and Palliative Nursing, 13*(2), 89-94.

Nelson, J. E., & Hope, A. A. (2012). Integration of palliative care in chronic illness management. *Respiratory Care, 57*(6), 1004-1013.

NINR (2011). Palliative Care: The Relief You need When You're Experiencing the Symptoms of Serious Illness. Retrieved March 20, 2014, from https://www.ninr.nih.gov/sites/www.ninr.nih.gov/files/Palliative-Care-Relief-When-Experiencing-Symptoms-Serious-Illness-508.pdf

O'Mahony, S., McHenry, J., Blank, A. E., Snow, D., Eti Karakas, S., Santoro, G., et al. (2010). Preliminary report of the integration of a palliative care team into an intensive care unit. *Palliative Medicine, 24*(2), 154-165.

Puntillo, K., Nelson, J. E., Weissman, D., Curtis, R., Weiss, S., Frontera, J., et al. (2014). Palliative care in the ICU: relief of pain, dyspnea, and thirst - a report from the IPAL-ICU Advisory Board. *Intensive Care Medicine. 40.* 235-248.

Ray, D., Fuhrman, C., Stern, G., Geracci. J., Wasser, T., Arnold, D., et al. (2006). Integrating palliative medicine and critical care in a community hospital. *Critical Care Medicine, 34*(suppl. 11), S394-S398.

Strand, J. J., & Billings, J. A. (2012). Integrating palliative care in the intensive care unit. *The Journal of Supportive Oncology, 10*(5), 180-187.

Treece, P. D., Engelberg, R. A., Shannon, S. E., Nielsen, E. L., Braungardt, T., Rubenfeld, G. D., et al. (2006). Integrating palliative and critical care: description of an intervention. *Critical Care Medicine, 34*(suppl. 11), S380-S387.

WHO (2014). Definition of Palliative Care. Retrieved March 20, 2014, from http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/