

# 요양병원 근무자의 호스피스 완화돌봄 지식과 인식, 임종돌봄 태도, 죽음에 대한 인식이 임종돌봄 수행에 미치는 영향

박미라, 제남주  
창신대학교 간호학과

## The Impact of Nursing Hospital Workers' Hospice·Palliative Care Knowledge and Awareness, End-of-Life Care Attitude and Death Awareness on Their End-of-Life Care Performance

Meera Park, R.N., Ph.D. and Nam Joo Je, R.N., Ph.D.  
Department of Nursing, Changshin University, Changwon, Korea

**Purpose:** This descriptive study is aimed at identifying how nursing hospital workers' performance of end-of-life care is influenced by their knowledge and awareness of hospice palliative care, attitude towards end-of-life care, performance, importance, awareness of death and the factors. **Methods:** A self-reported questionnaire was used to collect data from 113 workers at an accredited nursing hospital in K province. Variables were their knowledge and awareness of hospice palliative care, attitude towards end-of-life care, end-of-life care performance and importance and awareness of death. An analysis was performed with the frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, ANOVA, Scheffe's test, Pearson's correlation coefficient and multiple regression using IBM SPSS 21.0. **Results:** The factors affecting the nursing hospital workers' end-of-life care performance were the importance of end-of-life care and their marital status, which showed an explanatory power of 38.2%. **Conclusion:** In order to improve the nursing hospital workers' end-of-life care performance, a training on the importance of end-of-life care should be provided. Therefore, we would like to propose establishing administrative measures such as 1) efficient staffing to help the caregivers better perform what they think is important, 2) development of a training program that can improve their performance of end-of-life nursing care and 3) a study to verify the effectiveness of the program.

**Key Words:** Awareness, Death, Hospices, Knowledge, Palliative care

Received August 9, 2018  
Revised October 29, 2018  
Accepted November 28, 2018

**Correspondence to**  
Nam Joo Je  
Department of Nursing, Changshin University, 262 Paryong-ro, MasanHoiwon-gu, Changwon 51352, Korea  
Tel: +82-55-250-3175  
Fax: +82-55-250-8185  
E-mail: poo4757@naver.com

## 서론

### 1. 연구의 필요성

2018년 통계청 고령자통계에 의하면 2018년 현재 65세 이상

인구비율은 14.3%이며, 2030년 24.5%, 2040년 32.8%로 노인 인구가 지속해서 증가할 전망이다(1). 전통적으로 한국은 가정에서 가족과 함께 노인을 돌보았으나 최근 핵가족화와 여성의 사회진출 증가, 의료기술의 발달로 노인을 간호하거나 임종환자를 돌보는 것이 가정보다 요양병원이나 호스피스 병동에서 이뤄지는 경

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Copyright © 2018 by Korean Society for Hospice and Palliative Care

우가 늘어나게 되었다(2). 또한 2015년 65세 이상 노인 사망자의 74.7%가 요양병원을 포함한 의료기관에서 사망하여(3), 많은 수의 노인환자가 가정이 아닌 병원에서 임종을 맞이하고 있어, 이러한 병원의 근무자의 임종돌봄 수행을 고찰할 필요가 있다.

임종환자와 가족은 환자의 고통을 덜기 위한 전문적인 통증관리와 환자의 불편감 해결을 원하며, 동시에 의료정보의 제공과 정서적 영역의 돌봄을 바란다(4). 노인들은 죽음자체보다 '어떻게 잘 죽느냐' 하는 좋은 죽음에 대한 소망이 있으며(2), 호스피스 완화의료 및 연명의료 설문조사 결과에 따르면 일반인의 73%가 호스피스 완화의료를 이용하겠다고 응답하여, 호스피스 완화의료 및 임종돌봄에 대한 수요가 증가하고 있음을 알 수 있다(5).

요양병원은 만성질환 및 임종이 임박한 노인환자들이 많이 입원해 있으며, 요양병원에서 사망 시까지 임종을 준비하는 경우가 많다. 요양병원의 근무자는 대상자가 좋은 죽음에 대한 의미를 인식하고 인간 존엄성을 유지하면서 임종을 맞이하도록 도와주어야 한다. 요양병원 근무자는 대상자에게 각각의 의료서비스를 제공하고 있으나, 인력별로 대상자에게 제공하는 의료서비스의 종류가 다르며(6), 임종에 대한 인식과 임종돌봄 수행이 달라 이들의 임종돌봄 수행 정도를 확인해 볼 필요가 있다. 또한, 요양병원 간호사를 대상으로 한 Park(7)은 요양병원에서 이루어지는 간호행위를 규명하면서 간호조무사 및 요양보호사에게 간호업무를 상당수 위임하고 있는 실태를 밝힌 바 있다. 이에 요양병원 간호사뿐만 아니라 간호업무를 위임받아 수행하고 있는 간호보호 인력까지 확대하여 요양병원에서의 임종돌봄 수행을 확인해 볼 필요가 있다.

요양병원 근무자는 임종돌봄에 대한 중요성과 수요도를 알고 이에 부합하고자 여러 교육을 통해 관련 교육을 받고 있다(8). 그러나, 이러한 교육을 받았음에도 불구하고, Cho와 Lim(6)은 대개 요양병원에서의 임종돌봄서비스는 급성기 중환자에게 제공되는 공격적이고 적극적인 서비스가 제공되고 있고, 대상자에게 편안한 임종 돌봄이 제공되고 있지 않다고 보고하여(6), 요양병원 근무자들의 임종돌봄 수행에 대한 추가 연구가 필요하다. 그리고 요양병원 근무자들은 임종환자와 많은 시간을 보내면서 긴밀한 관계를 형성하여, 환자의 임종 시에 겪는 슬픔, 무기력감 등을 함께 경험할 수 있어 임종환자 돌봄에 대한 부담감이 높아 임종돌봄 수행에 어려움이 따르며(9), 또한 그들이 생각하는 중요도와 수행도 간의 차이가 있어 이를 반영한 구체적이고 체계적인 교육 제공이 요구된다.

선행연구는 요양병원 근무자를 대상으로 임종간호수행(10)과 임종간호 스트레스(10), 죽음에 대한 태도(11), 불안(12), 죽음 인식(13,14)과의 관련성, 직종별 행위분석(6)을 확인하는 연구가 있었으나, 호스피스 완화돌봄에 대한 지식과 인식 및 수행도와

중요도, 임종돌봄 태도 및 죽음에 대한 인식을 파악하고, 중요도와 수행도를 비교하고, 죽음에 대한 인식을 고려한 연구가 거의 이루어지지 않아 요양병원 근무자를 대상으로 임종돌봄 수행에 영향을 미치는 요인에 대해 분석할 필요가 있다.

이에 본 연구는 요양병원 근무자를 대상으로 호스피스 완화돌봄에 대한 지식과 인식 및 임종돌봄 태도, 임종돌봄 수행도와 중요도, 죽음에 대한 인식을 파악하고, 임종돌봄 수행에 영향을 미치는 요인을 확인하여, 임종돌봄 수행을 향상할 수 있는 교육방안을 마련하기 위한 기초자료로 활용하고자 한다.

## 2. 연구의 목적

요양병원 근무자를 대상으로 호스피스 완화돌봄에 대한 지식과 인식 및 임종돌봄 태도와 수행도와 중요도, 죽음에 대한 인식을 파악하고, 임종돌봄 수행에 영향을 미치는 요인을 확인하여, 임종돌봄 수행을 향상할 수 있는 교육방안을 마련하기 위한 기초자료로 활용하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 호스피스 완화돌봄에 대한 지식과 인식, 임종돌봄 태도, 임종돌봄 수행도와 중요도 및 죽음에 대한 인식과 일반적 특성에 따른 차이를 파악한다.
- 2) 호스피스 완화돌봄에 대한 지식과 인식, 임종돌봄 태도, 임종돌봄 수행도와 중요도 및 죽음에 대한 인식의 상관관계를 파악한다.
- 3) 호스피스 완화돌봄에 대한 지식과 인식, 임종돌봄 태도, 임종돌봄 수행도와 중요도 및 죽음에 대한 인식이 임종돌봄 수행에 영향을 미치는 정도를 파악한다.

## 대상 및 방법

### 1. 연구 대상 및 자료 수집

#### 1) 연구 대상

대상자는 K도에 소재한 요양병원 중 의료기관평가 인증을 받은 100병상 이상의 병원의 근무자(간호사, 간호조무사, 요양보호사, 간병인) 120명을 대상으로 하였다. 요양병원 근무경력이 5개월 이상의 대상자에게 연구목적에 대해 설명하고, 연구참여에 동의한 자를 대상으로 하였다.

#### 2) 자료 수집

G\*Power 3.1.9 program을 이용하여 연구표본수는 상관관계 분석을 위해 효과 크기(effect size) 0.3(중간), 유의수준( $\alpha$ ) 0.05로 하였고, 검정력( $1-\beta$ ) 0.9, 양측 검정하였을 때 109명이 산출되었으나 탈락률을 고려하여 120명을 대상으로 표집하였다. 연

구의 목적을 설명하고 동의를 얻어 진행하였다. 회수된 자료 중 불성실한 7부를 제외한 113부를 최종 분석에 사용하였다.

자료수집은 2017년 7월 C대학교 기관생명윤리위원회(IRB)의 승인(CSIRB-R2017005)을 받은 후, 2018년 3월 1일부터 31일까지 진행되었다. 본 연구자 2명은 K도의 요양병원에 방문하여 병원장에게 승인을 얻고 간호부서장의 동의를 받았다. 자료수집을 위해 각 병동을 직접 방문하여 수간호사에게 연구의 목적과 자료 수집방법에 대해 구두로 설명하고 협조를 구하였으며 연구자가 직접 대상자에게 설명, 배포 후 회수하였다. 설문지 걸리는 시간은 20~30분 정도였으며 윤리적 고려를 위해 설문지에 연구 참여 동의서를 첨부하여 설문지 작성 전 직접 서명 날인하도록 하였으며 연구 윤리적 측면을 설명하였다.

## 2. 연구 도구

사용된 도구는 구조화된 설문지로, 일반적 특성(13문항), 호스피스 완화돌봄 지식(20문항), 호스피스 완화돌봄 인식(22문항), 임종돌봄 태도(30문항), 임종돌봄 수행도, 임종돌봄 중요도(각 21문항), 죽음에 대한 인식(36문항) 등 총 142문항으로 구성하였다. 모든 도구는 도구개발자, 수정·보완한 자에게 이메일과 전화를 통해 모두 승인을 얻은 후 사용하였다.

### 1) 일반적 특성

일반적 특성 문항은 선행연구(15)를 참조하여 연령, 성별, 종교, 결혼여부, 학력, 근무경력, 임종경험, 호스피스 교육경험, 임종돌봄 필요성, 정보, 호스피스제도 도입관련, 호스피스 완화돌봄 받을 의향과 호스피스 완화돌봄의 필요성 등 총 13문항으로 측정하였다.

### 2) 호스피스 완화돌봄 지식

호스피스 완화돌봄 지식은 Ross 등(16)이 개발한 호스피스·완화간호 지식도구를 Kim 등(17)이 번역한 도구로 측정하였다. 총 20문항으로 각 문항에 대하여 “예, 아니오”로 답하며, 정답은 1점, 오답은 0점으로 배정하였다. 점수가 높을수록 호스피스 완화돌봄 지식정도가 높은 것을 의미한다. 도구개발시 신뢰도 KR 20=0.78이었고, Jang 등(18)의 연구에서 KR 20=0.61이었다. 본 연구에서는 KR 20=0.52이었다.

### 3) 호스피스 완화돌봄 인식

호스피스 완화돌봄 인식은 Kim(19)와 Lee(20)가 개발하고 Kim(21)이 수정·보완한 도구로 측정하였다. 총 22항으로 ‘전혀 그렇지 않다’(1점)에서 ‘매우 그렇다’(4점)까지의 4점 Likert 척도를 사용하며, 점수가 높을수록 호스피스 완화돌봄 인식이 높

은 것을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Kim(21)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha=0.84$ 이었고, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha=0.82$ 이었다.

### 4) 임종돌봄 태도

임종돌봄 태도는 Frommelt(22)가 간호사를 대상으로 개발한 FATCOD (Frommelt Attitudes toward Nursing Care of the Dying Scale)도구를 Cho와 Kim(23)이 번안하여 수정·보완한 도구로 측정하였다. 총 30문항으로 ‘전혀 그렇지 않다’(1점)에서 ‘매우 그렇다’(5점)까지의 5점 Likert 척도를 사용하며, 점수가 높을수록 임종돌봄 태도가 긍정적인 것을 의미한다. 도구 개발 시 신뢰도 Cronbach's  $\alpha=0.94$ 이었고, Cho와 Kim(23)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha=0.86$ 이었고 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha=0.69$ 이었다. 본 연구의 경우 선행연구보다 신뢰도가 다소 낮았는데, 이는 선행연구에서는 간호사를 대상으로 하였으며, 본 연구에서는 간호사(44.2%), 그 외 간호보조인력(간호조무사, 요양보호사 55.8%)을 대상으로 측정된 결과로, 대상자의 차이가 있어 나타난 결과로 유추된다.

### 5) 임종돌봄 수행도와 중요도

임종돌봄 수행도와 중요도는 Park과 Choi(24)의 도구를 기초로 Chung(10)이 수정·보완한 도구를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 신체적 영역(8문항), 심리적 영역(8문항), 영적 영역(5문항)의 총 21문항으로 구성되어 있다. 이 도구는 ‘전혀 시행 안 한다’(1점)에서 ‘꼭 시행한다’(4점)까지의 4점 Likert 척도를 사용하며, 점수가 높을수록 임종돌봄 수행 정도가 높음을 의미한다. 중요도는 ‘전혀 중요하지 않다’(1점)에서 ‘매우 중요하다’(4점)까지의 4점 Likert 척도를 사용하였다. 점수가 높을수록 임종돌봄 중요도가 높음을 의미한다. 도구개발 시 신뢰도 Cronbach's  $\alpha=0.93$ 이었고, Chung(10)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha=0.89$ 이었으며, 본 연구의 수행도, 중요도 Cronbach's  $\alpha=0.92$ ,  $0.92$ 이었다.

### 6) 죽음에 대한 인식

죽음에 대한 인식은 Inumiyama(25)가 개발한 사생관 척도를 Cha(26)가 수정·보완한 도구로 측정하였다. 본 도구는 죽음공정도(10문항), 죽음부정도(10문항), 죽음불안(5문항), 죽음관심도(5문항), 생명존중의지(6문항)로 총 36 문항으로 구성된다. 이 도구는 ‘전혀 그렇지 않다’(1점)에서 ‘매우 그렇다’(5점)까지의 5점 Likert 척도를 사용하며, 점수가 높을수록 인식이 높음을 의미한다. Cha(26)의 연구에서 죽음공정도, 죽음부정도, 죽음불안, 죽음관심도, 생명존중의지 Cronbach's  $\alpha=0.79$ ,  $0.71$ ,  $0.86$ ,  $0.85$ ,

0.75이었다. 본 연구에서는 죽음긍정도, 죽음부정도, 죽음불안, 죽음관심도, 생명존중의지 Cronbach's  $\alpha=0.75, 0.76, 0.79, 0.75, 0.75$ 이었다.

### 3. 자료 분석방법

수집된 자료는 IBM SPSS version 21.0 프로그램을 사용하여 분석하였다.

1) 요양병원 근무자의 일반적 특성은 빈도, 평균, 표준편차로 분석하였다.

2) 요양병원 근무자의 호스피스 완화돌봄에 대한 지식과 인식, 임종돌봄 태도, 임종돌봄 수행도와 중요도 및 죽음에 대한 인식은 평균, 표준편차로 분석하였고, 일반적 특성에 따른 차이는 t-test, one-way ANOVA로 분석하였다.

3) 요양병원 근무자의 호스피스 완화돌봄에 대한 지식과 인식, 임종돌봄 태도, 임종돌봄 수행도와 중요도 및 죽음에 대한 인식의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.

4) 요양병원 근무자의 호스피스 완화돌봄에 대한 지식과 인식, 임종돌봄 태도, 임종돌봄 중요도 및 죽음에 대한 인식이 임종돌봄 수행에 영향을 미치는 요인은 multiple regression로 분석하였다.

## 결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

대상자는 여성이 107명(94.7%)이었다. 연령은 평균 43.61세이며, 종교는 무교가 48명(42.5%)으로 가장 많았고 결혼상태는 기혼이 86명(76.1%)이었다. 학력은 전문학사 65명(57.5%)으로 많았고 간호사는 50명(44.2%)이며 그 외 간호인력은 63명(55.8%)이었다. 경력은 평균 56.19개월이었다. 호스피스 교육을 받은 경험은 '없다' 92명(81.4%)으로 많았다. 임종을 앞둔 환자에게 임종돌봄은 '필요하다' 107명(94.7%)이며, 본인이나 가족이 호스피스 간호를 받을 의향은 '있다' 104명(92.0%)으로 대부분 호스피스 간호를 원하는 것으로 나타났다(Table 1).

### 2. 일반적 특성에 따른 호스피스 완화돌봄에 대한 지식과 인식, 임종돌봄 태도, 임종돌봄 수행도와 중요도 및 죽음에 대한 인식 정도

대상자의 호스피스 완화돌봄 인식은 남성보다 여성이 높았으며( $t=-2.68, P=0.009$ ), 종교에 따라 유의한 차이를 보였다( $F=2.97, P=0.035$ ). 사후검증 결과, 가톨릭이 불교보다 유의한 차이를 보였다. 학력에 따라 차이가 있었으며( $F=6.89, P=0.002$ ),

Table 1. General Characteristics (N=113).

Variables	Categories	n (%)	M±SD
Gender	Male	6 (5.3%)	-
	Female	107 (94.7%)	
Age (yrs)	20~29	15 (13.3%)	43.61±9.67
	30~39	19 (16.8%)	
	40~49	40 (35.4%)	
	50~66	39 (34.5%)	
Religion	Christianity	18 (15.9%)	-
	Catholic	9 (8.0%)	
	Buddhist	38 (33.6%)	
	Atheism	48 (42.5%)	
Marriage status	Single	27 (23.9%)	-
	Married	86 (76.1%)	
Education	High school	19 (16.8%)	-
	College	65 (57.5%)	
	University	29 (25.7%)	
Job	RN	50 (44.2%)	-
	Other nursing staff	63 (55.8%)	
Career (months)	≤12	27 (23.9%)	56.19±63.47
	13~36	35 (31.0%)	
	37~60	16 (14.1%)	
	61~120	26 (23.0%)	
	121~396	9 (8.0%)	
Hospice education	Yes	21 (18.6%)	-
	No	92 (81.4%)	
Time of education (hours)	1~7	14 (66.7%)	5.05±6.46
	≥8	7 (33.3%)	
Hospice care	Need	107 (94.7%)	-
	Do not need	6 (5.3%)	
Hospice care (me/family)	Yes	104 (92.0%)	-
	No	9 (8.0%)	

사후검증 결과 고졸, 전문학사, 학사 이상 순으로 호스피스 완화돌봄인식이 높았다. 직업에 따라 유의한 차이를 보였고( $t=1.99, P=0.049$ ), 간호사는 간호보조인력보다 호스피스 완화돌봄 인식이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 임종돌봄 태도는 학력에 따라 차이가 있었으며( $F=3.88, P=0.024$ ), 사후검증 결과 고졸보다 학사이상에서 높은 것으로 나타났다. 직업에 따라 유의한 차이를

보였고( $t=2.33$ ,  $P=0.022$ ), 간호사는 간호보조인력보다 임종돌봄 태도가 높은 것으로 나타났다. 임종돌봄 수행도는 결혼유무( $t=-2.10$ ,  $P=0.038$ ), 임종돌봄 중요도는 학력( $F=9.41$ ,  $P<0.001$ ), 죽음에 대한 인식은 결혼유무( $t=-2.45$ ,  $P=0.016$ ), 임종경험유무( $t=2.04$ ,  $P=0.044$ )에 따라 유의한 차이가 있었다(Table 2).

각 변수의 하위요인을 살펴보면, 임종돌봄 수행도의 하부요인 중 신체적 영역의 경우 일반적 특성에 따른 유의한 차이가 없었다. 심리적 영역은 학력( $F=9.70$ ,  $P<0.001$ ), 임종교육횟수( $t=2.52$ ,  $P=0.021$ ), 영적 영역은 연령( $F=2.74$ ,  $P=0.047$ ), 결혼유무( $t=-2.97$ ,  $P=0.004$ ), 직업( $t=-1.99$ ,  $P=0.049$ ), 임종돌봄 중요도는 학력( $F=9.41$ ,  $P<0.001$ )에 따라 유의한 차이가 있었다. 임종돌봄 중요도의 하부요인 중 신체적 영역은 학력( $F=8.70$ ,  $P<0.001$ ), 심리적 영역은 학력( $F=9.70$ ,  $P<0.001$ ), 임종교육유무( $t=2.52$ ,  $P=0.021$ )에 따라 유의한 차이가 있었다(Table 3).

죽음에 대한 인식의 하부요인 중 죽음긍정도는 종교( $F=3.38$ ,  $P=0.021$ ), 죽음부정도는 결혼유무( $t=-2.17$ ,  $P=0.032$ ), 임종경험횟수( $F=6.71$ ,  $P=0.002$ ), 죽음불안은 결혼유무( $t=-1.98$ ,  $P=0.050$ ), 교육시간( $t=-3.06$ ,  $P=0.006$ ), 죽음관심은 임종경험횟수( $F=5.45$ ,  $P=0.007$ ), 생명존중의지는 종교( $F=6.03$ ,  $P=0.001$ ), 호스피스간호를 받을 의향유무( $t=2.06$ ,  $P=0.041$ )에 따라 유의한 차이가 있었다(Table 4).

### 3. 호스피스 완화돌봄에 대한 지식과 인식, 임종돌봄 태도, 임종돌봄 수행도와 중요도 및 죽음에 대한 인식의 상관관계

대상자의 호스피스 완화돌봄의 지식과 인식, 임종돌봄 태도, 수행도, 중요도 및 죽음에 대한 인식의 상관관계를 살펴본 결과 호스피스 완화돌봄의 인식과 임종돌봄 태도( $r=0.50$ ,  $P<0.001$ ), 임종돌봄 중요도( $r=0.30$ ,  $P=0.001$ ), 죽음에 대한 인식( $r=0.19$ ,  $P=0.041$ )과 순상관관계가 있는 것으로 확인되었다. 임종돌봄 태도는 임종돌봄 중요도와 순상관관계를 보였다( $r=0.23$ ,  $P=0.015$ ). 임종돌봄 수행도는 임종돌봄 중요도와 순상관관계를 보였다( $r=0.59$ ,  $P<0.001$ ) (Table 5).

### 4. 임종돌봄 수행도에 영향을 미치는 요인

대상자의 임종돌봄 수행도에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위하여, 단계적 다중 회귀분석을 실시하였다.

대상자의 일반적인 특성에 따른 임종돌봄 수행도의 사후검증에서 유의한 차이가 있었던 변수(결혼유무)와 임종돌봄 수행도와 상관관계가 있었던 임종돌봄 중요도를 독립변수로 투입하여 단계적 다중 회귀분석을 실시하였다.

다중공선성 문제를 검정하기 위해 공차한계(Tolerance)와 VIF (Variance Inflation Factor)를 확인한 결과 공차한계 0.99, VIF

1.001로 모든 변수는 다중공선성의 문제가 없었다. 또한 잔차의 독립성 검정인 Durbin-Watson Test의 경우  $d=1.790$ 으로 수용 기준에 부합하여 잔차의 자기상관성에 문제가 없는 것으로 확인되었다. 최종적으로 회귀분석을 실시한 결과 회귀모형은 유의한 것으로 나타났으며( $F=33.93$ ,  $P<0.001$ ), 임종돌봄 수행에 영향을 미치는 요인으로 임종돌봄 중요도( $\beta=0.586$ ,  $P<0.001$ )이며, 결혼유무( $\beta=0.177$ ,  $P=0.020$ )이었다. 이는 38.2%의 설명력을 보였다( $F=33.93$ ,  $P<0.001$ ) (Table 6).

## 고찰

본 연구는 요양병원 근무자를 대상으로 호스피스 완화돌봄에 대한 지식과 인식 및 임종돌봄 태도, 수행도, 중요도와 죽음에 대한 인식을 파악하고, 임종돌봄 수행에 영향을 미치는 요인을 확인하여, 요양병원 근무자의 임종돌봄 수행 향상을 위한 교육방안을 마련하기 위해 시도되었다.

본 연구에서 호스피스 완화돌봄 인식은 간호사(3.13점)가 간호보조인력(3.03점)보다 유의하게 높은 것으로 나타났다. 이는 일반인을 대상으로 한 Tsung 등(27)의 연구에서 2.93점~3.01점보다 높은 결과이며, 상급종합병원 근무자를 대상으로 한 Je와 Hwa(28)의 연구에서 3.02점보다 높은 결과이다. 이는 요양병원의 경우 호스피스 환자를 접하는 경우가 많아 호스피스 완화돌봄에 대한 인식이 높아진 결과로 사료된다. 그러나 Yoon(29)과 Cho(30)는 요양병원 입원환자의 경우 만성질환을 가진 대상자가 많고 더 높은 돌봄서비스의 강도와 빈도를 요구하고 있어, 호스피스 전문 인력배치와 교육이 필요하다고 보고하였다. 이에 임종을 돌보는 간호인력이 호스피스 완화돌봄 서비스를 제공하기 위해 요양병원 근무자들을 위한 체계적인 교육 프로그램 개발이 필요하다.

본 연구의 임종돌봄 태도는 간호사(3.51점)가 간호보조인력(3.39점)보다 높았고, 학력이 높을수록 높은 것으로 나타났다. 노인요양병원 간호사 대상의 An과 Lee(31)의 연구에서는 간호사의 임종돌봄 태도가 2.94점으로 본 연구보다 낮았지만, 학력이 높을수록 통계적으로 유의하게 높아 본 연구를 뒷받침하였다.

본 연구의 죽음에 대한 인식은 결혼유무, 임종경험유무에 따라 유의한 차이가 있었다. Ko와 Cho(32)의 연구에서 일반인은 결혼유무에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였으나, 간호사는 통계적으로 유의한 차이가 없어 본 연구를 부분적으로 뒷받침하였다. 죽음에 대한 인식은 결혼을 한 경우 양가집안의 장례과정에 직접적으로 관여하게 되면서 죽음에 대한 인식이 제고되고, 가족이나 친척 혹은 임상에서 임종을 경험해 봄으로써 죽음에 대한 인식이 높아지는 것으로 사료된다.

**Table 2.** Hospice Palliative Care Knowledge, Hospice Palliative Care Awareness, End-of-Life Care Attitude, Performance of Performing End-of-Life Care, Importance of Performing End-of-Life Care, and Awareness of Death to General Characteristics of Participants (N=113).

Variables	Categories	Hospice palliative care knowledge		Hospice palliative care awareness		End-of-life care attitude		Performance of end-of-life care		Importance of performing end-of-life care		Awareness of death	
		M±SD	t or F(P), Scheffé	M±SD	t or F(P), Scheffé	M±SD	t or F(P), Scheffé	M±SD	t or F(P), Scheffé	M±SD	t or F(P), Scheffé	M±SD	t or F(P), Scheffé
Gender	Male	0.52±0.10	1.03 (0.306)	2.80±0.06	-2.68 (0.009)	3.28±0.27	-1.49 (0.139)	3.14±0.26	-0.10 (0.919)	3.11±0.29	-0.68 (0.501)	3.17±0.28	-0.71 (0.478)
	Female	0.48±0.09		3.09±0.26		3.45±0.27		3.15±0.38		3.21±0.34		3.26±0.29	
Age (yrs)	20~29	0.46±0.15	0.40 (0.751)	3.06±0.25	0.43 (0.730)	3.50±0.28	0.32 (0.811)	2.93±0.22	2.18 (0.094)	3.10±0.22	0.89 (0.447)	3.13±0.24	1.81 (0.150)
	30~39	0.49±0.09		3.14±0.25		3.44±0.27		3.16±0.41		3.29±0.40		3.24±0.27	
Religion	40~49	0.49±0.08	0.87 (0.460)	3.07±0.28	2.97 (0.035)	3.41±0.28	1.15 (0.333)	3.17±0.34	1.80 (0.151)	3.20±0.36	1.90 (0.133)	3.23±0.29	2.41 (0.071)
	50~66	0.48±0.83		3.06±0.26		3.45±0.26		3.22±0.41		3.21±0.33		3.33±0.31	
Marriage status	Christianity	0.48±0.07	0.87 (0.460)	3.11±0.26 <sup>a</sup>	2.97 (0.035)	3.53±0.25	1.15 (0.333)	3.23±0.42	1.80 (0.151)	3.20±0.33	1.90 (0.133)	3.31±0.21	2.41 (0.071)
	Catholic	0.46±0.92		3.30±0.32 <sup>b</sup>		3.45±0.30		3.26±0.25		3.24±0.37		3.48±0.41	
Education	Buddhist	0.46±0.10	0.19 (0.824)	3.02±0.24 <sup>c</sup>	b>c	3.39±0.24	3.88 (0.024)	3.04±0.38	0.84 (0.436)	3.11±0.32	9.41 (<0.001)	3.21±0.30	1.49 (0.226)
	None	0.50±0.09		3.06±0.26 <sup>d</sup>		3.43±0.29		3.19±0.35		3.28±0.34		3.23±0.27	
Job	Single	0.47±0.13	-0.44 (0.664)	3.07±0.23	-0.02 (0.984)	3.45±0.27	0.21 (0.833)	3.02±0.34	-2.10 (0.038)	3.19±0.36	-0.33 (0.740)	3.14±0.24	-2.45 (0.016)
	Married	0.48±0.08		3.08±0.27		3.44±0.27		3.19±0.37		3.21±0.33		3.29±0.30	
Career (months)	High school	0.49±0.09	0.19 (0.824)	2.99±0.28 <sup>a</sup>	6.89 (0.002)	3.33±0.24 <sup>a</sup>	3.88 (0.024)	3.19±0.22	0.84 (0.436)	3.16±0.25 <sup>a</sup>	9.41 (<0.001)	3.36±0.20	1.49 (0.226)
	College	0.48±0.10		3.03±0.25 <sup>b</sup>		3.43±0.27 <sup>b</sup>		3.11±0.40		3.12±0.35 <sup>b</sup>		3.23±0.30	
Hospice education	University	0.49±0.08	-0.09 (0.927)	3.22±0.23 <sup>c</sup>	a<b<c	3.54±0.27 <sup>c</sup>	a<c	3.22±0.36	-1.38 (0.171)	3.43±0.28 <sup>c</sup>	a<b<c	3.25±0.31	-1.43 (0.156)
	RN	0.48±0.10		3.13±0.26	1.99 (0.049)	3.51±0.32	2.33 (0.022)	3.10±0.34	0.72 (0.578)	3.23±0.34	0.60 (0.551)	3.21±0.31	0.53 (0.717)
Time of education (hours)	Other nursing staff	0.48±0.08	0.58 (0.675)	3.03±0.26	0.22 (0.927)	3.39±0.21	1.13 (0.345)	3.20±0.39	0.72 (0.578)	3.19±0.34	0.32 (0.862)	3.22±0.24	0.53 (0.717)
	≤12	0.50±0.12		3.08±0.27		3.44±0.29		3.09±0.34		3.23±0.37		3.22±0.24	
Hospice care (me/family)	13~36	0.47±0.08	0.675 (0.763)	3.07±0.24	0.927 (0.078)	3.47±0.23	0.345 (0.833)	3.15±0.34	0.578 (0.578)	3.22±0.31	0.862 (0.374)	3.22±0.24	0.53 (0.717)
	37~60	0.48±0.09		3.12±0.31		3.52±0.21		3.16±0.40		3.13±0.22		3.32±0.40	
Hospice care (me/family)	61~120	0.47±0.86	0.51±0.08 (0.763)	3.04±0.22	0.37 (0.833)	3.35±0.26	0.35 (0.833)	3.25±0.42	0.35 (0.833)	3.19±0.35	0.35 (0.833)	3.30±0.30	0.35 (0.833)
	121~396	0.51±0.08		3.09±0.37		3.44±0.41		3.05±0.38		3.26±0.52		3.23±0.38	
Hospice care (me/family)	Yes	0.50±0.09	1.15 (0.252)	3.09±0.27	0.25 (0.806)	3.46±0.28	0.35 (0.727)	3.25±0.36	1.28 (0.205)	3.27±0.33	0.89 (0.374)	3.21±0.31	-0.83 (0.410)
	No	0.47±0.09		3.07±0.26		3.44±0.27		3.13±0.37		3.19±0.34		3.27±0.29	
Hospice care (me/family)	1~7	0.51±0.10	0.49 (0.629)	3.17±0.25	2.08 (0.052)	3.54±0.26	2.09 (0.050)	3.25±0.36	0.12 (0.908)	3.36±0.36	1.97 (0.064)	3.14±0.28	-1.52 (0.145)
	≥8	0.49±0.07		2.92±0.25		3.29±0.25		3.23±0.38		3.08±0.12		3.35±0.33	
Hospice care (me/family)	Need	0.48±0.09	0.90 (0.371)	3.07±0.26	-0.17 (0.863)	3.45±0.27	1.28 (0.203)	3.15±0.37	-0.11 (0.912)	3.21±0.34	0.85 (0.397)	3.25±0.30	-0.15 (0.880)
	Do not need	0.45±0.05		3.09±0.23		3.30±0.22		3.17±0.30		3.09±0.31		3.27±0.19	
Hospice care (me/family)	Yes	0.48±0.09	-0.30 (0.763)	3.09±0.26	1.78 (0.078)	3.45±0.27	1.75 (0.083)	3.15±0.37	0.13 (0.900)	3.21±0.34	0.19 (0.849)	3.26±0.30	1.02 (0.312)
	No	0.49±0.08		2.92±0.21		3.29±0.24		3.14±0.39		3.19±0.32		3.16±0.14	

**Table 3.** Performance of End-of-Life Care, and Importance of Performing End-of-Life Care by Category to General Characteristics of Participants (N=113).

Variables	Categories	Performance of end-of-life care						Importance of performing end-of-life care					
		Physical area		Psychological area		Spiritual area		Physical area		Psychological area		Spiritual area	
		M±SD	t or F(P) Scheffé	M±SD	t or F(P) Scheffé	M±SD	t or F(P) Scheffé	M±SD	t or F(P) Scheffé	M±SD	t or F(P) Scheffé	M±SD	t or F(P) Scheffé
Gender	Male	3.20±0.29	-0.83 (0.410)	3.16±0.40	-0.43 (0.665)	3.06±0.16	0.83 (0.406)	3.12±0.30	-1.43 (0.156)	3.16±0.40	-0.43 (0.665)	3.03±0.08	0.14 (0.886)
	Female	3.32±0.35		3.23±0.39		2.83±0.68		3.32±0.34		3.23±0.39		3.00±0.53	
Age (yrs)	20~29	3.19±0.27	0.99 (0.398)	3.17±0.33	0.70 (0.556)	2.42±0.53	2.74 (0.047)	3.28±0.25	0.80 (0.495)	3.17±0.33	0.70 (0.556)	2.70±0.44	2.22 (0.090)
	30~39	3.36±0.35		3.34±0.48		2.81±0.71		3.42±0.35		3.34±0.48		3.01±0.55	
	40~49	3.31±0.28		3.23±0.40		2.88±0.63		3.29±0.32		3.23±0.40		3.01±0.59	
	50~66	3.36±0.41		3.20±0.37		2.98±0.66		3.30±0.37		3.20±0.37		3.10±0.41	
Religion	Christianity	3.35±0.38	2.20 (0.093)	3.15±0.36	2.00 (0.119)	3.06±0.62	0.97 (0.410)	3.28±0.35	0.977 (0.407)	3.15±0.36	2.00 (0.119)	3.15±0.50	2.22 (0.090)
	Catholic	3.44±0.36		3.25±0.44		2.84±0.62		3.38±0.43		3.25±0.44		3.00±0.44	
	Buddhist	3.21±0.30		3.14±0.40		2.74±0.74		3.25±0.26		3.14±0.40		2.83±0.60	
Marriage status	None	3.37±0.34		3.33±0.38		2.84±0.61		3.36±0.36		3.33±0.38		3.07±0.44	
	Single	3.25±0.29	-1.25 (0.213)	3.24±0.41	0.08 (0.939)	2.52±0.75	-2.97 (0.004)	3.34±0.33	0.44 (0.663)	3.24±0.41	0.08 (0.939)	2.87±0.57	-1.49 (0.139)
	Married	3.34±0.36		3.23±0.39		2.94±0.60		3.30±0.34		3.23±0.39		3.04±0.49	
Education	High school	3.30±0.24	1.48 (0.232)	3.17±0.32 <sup>a</sup>	9.70 (<.001)	2.98±0.39	0.56 (0.576)	3.22±0.30 <sup>a</sup>	8.70 (<.001)	3.17±0.32 <sup>a</sup>	9.70 (<.001)	3.03±0.34	2.66 (0.074)
	College	3.28±0.37		3.13±0.38 <sup>b</sup>		2.80±0.69		3.25±0.33 <sup>b</sup>		3.13±0.38 <sup>b</sup>		2.91±0.55	
	University	3.41±0.34		3.49±0.36 <sup>c</sup>		2.84±0.74		3.53±0.28 <sup>c</sup>		3.49±0.36 <sup>c</sup>		3.17±0.49	
Job	RN	3.31±0.34	-0.22 (0.829)	3.26±0.39	0.70 (0.487)	2.70±0.67	-1.99 (0.049)	3.34±0.34	0.69 (0.489)	3.26±0.39	0.70 (0.487)	3.00±0.53	0.08 (0.936)
	Other nursing staff	3.32±0.35		3.21±0.40		2.95±0.64		3.29±0.33		3.21±0.40		3.00±0.51	
Career (months)	≤12	3.26±0.30	1.15 (0.337)	3.22±0.42	0.23 (0.919)	2.76±0.74	0.92 (0.435)	3.32±0.29	0.38 (0.821)	3.22±0.42	0.23 (0.919)	3.09±0.60	0.56 (0.691)
	13~36	3.29±0.29		3.26±0.37		2.93±0.57		3.32±0.34		3.26±0.37		3.01±0.44	
	37~60	3.26±0.41		3.21±0.36		2.85±0.61		3.23±0.28		3.21±0.36		2.85±0.29	
Hospice education	61~120	3.44±0.41		3.19±0.38		2.93±0.71		3.31±0.40		3.19±0.38		3.00±0.50	
	121~396	3.36±0.33		3.31±0.55		2.51±0.67		3.40±0.37		3.31±0.55		2.97±0.85	
	Yes	3.44±0.37	1.82 (0.072)	3.26±0.35	0.33 (0.739)	2.94±0.62	0.74 (0.462)	3.39±0.35	1.13 (0.263)	3.26±0.35	0.33 (0.739)	3.09±0.50	0.89 (0.373)
Time of education (hours)	No	3.29±0.33		3.22±0.40		2.82±0.67		3.30±0.33		3.22±0.40		2.98±0.52	
	1~7	3.45±0.37	0.15 (0.882)	3.38±0.37	2.52 (0.021)	2.95±0.68	0.15 (0.886)	3.49±0.35	1.89 (0.075)	3.38±0.37	2.52 (0.021)	3.14±0.62	0.60 (0.557)
Hospice care	≥8	3.42±0.40		3.01±0.04		2.91±0.53		3.19±0.28		3.01±0.04		3.00±0.00	
	Need	3.32±0.35	-0.22 (0.823)	3.23±0.40	0.30 (0.763)	2.84±0.67	0.05 (0.962)	3.31±0.34	0.19 (0.850)	3.23±0.40	0.30 (0.763)	3.02±0.51	1.81 (0.073)
Hospice care (me/family)	Do not need	3.35±0.28		3.18±0.36		2.83±0.51		3.29±0.28		3.18±0.36		2.63±0.49	
	Yes	3.32±0.34	0.03 (0.975)	3.22±0.39	-0.77 (0.446)	2.84±0.68	-0.31 (0.761)	3.31±0.34	-0.40 (0.691)	3.22±0.39	-0.77 (0.446)	3.03±0.51	1.91 (0.058)
Hospice care (me/family)	No	3.31±0.37		3.33±0.45		2.91±0.44		3.36±0.26		3.33±0.45		2.68±0.48	

Table 4. Awareness of Death by Category to General Characteristics of Participants (N=113).

Variables	Categories	Awareness of death									
		Affirmation of death		Negative of death		Anxiety about death		Concern of death		Respect for life	
		M±SD	t or F(P), Scheffé	M±SD	t or F(P), Scheffé	M±SD	t or F(P), Scheffé	M±SD	t or F(P), Scheffé	M±SD	t or F(P), Scheffé
Gender	Male	3.00±0.26	-1.20 (0.233)	3.35±0.32	-1.00 (0.322)	3.06±0.56	-0.10 (0.992)	2.96±0.83	1.56 (0.121)	3.44±0.79	-0.31 (0.758)
	Female	3.26±0.52	0.15 (0.930)	3.57±0.54	1.45 (0.232)	3.09±0.75	0.16 (0.923)	2.52±0.66	1.23 (0.302)	3.53±0.70	1.14 (0.337)
Age (yrs)	20~29	3.17±0.31	0.15 (0.930)	3.36±0.50	1.45 (0.232)	3.01±0.60	0.16 (0.923)	2.57±0.73	1.23 (0.302)	3.26±0.50	1.14 (0.337)
	30~39	3.27±0.38	0.15 (0.930)	3.46±0.59	1.45 (0.232)	3.06±0.74	0.16 (0.923)	2.65±0.63	1.23 (0.302)	3.48±0.59	1.14 (0.337)
Religion	40~49	3.23±0.62	0.15 (0.930)	3.56±0.51	1.45 (0.232)	3.15±0.71	0.16 (0.923)	2.39±0.65	1.23 (0.302)	3.53±0.73	1.14 (0.337)
	50~66	3.26±0.53	0.15 (0.930)	3.67±0.51	1.45 (0.232)	3.08±0.82	0.16 (0.923)	2.65±0.68	1.23 (0.302)	3.65±0.77	1.14 (0.337)
Religion	Christianity	3.50±0.49 <sup>a</sup>	3.38 (0.021)	3.48±0.63	0.60 (0.615)	2.81±0.59	1.361 (0.259)	2.54±0.59	1.50 (0.219)	3.89±0.65 <sup>a</sup>	6.03 (0.001)
	Catholic	3.53±0.51 <sup>b</sup>	3.38 (0.021)	3.53±0.59	0.60 (0.615)	2.97±1.16	0.67 (0.515)	2.97±0.66	1.50 (0.219)	4.16±0.65 <sup>b</sup>	b>a>c>d
Marriage status	Buddhist	3.12±0.51 <sup>c</sup>	3.38 (0.021)	3.50±0.55	0.60 (0.615)	3.22±0.73	0.67 (0.515)	2.56±0.72	1.50 (0.219)	3.41±0.58 <sup>c</sup>	b>a>c>d
	atheism	3.19±0.49 <sup>d</sup>	3.38 (0.021)	3.63±0.47	-2.17 (0.032)	3.12±0.69	0.67 (0.515)	2.46±0.65	0.63 (0.529)	3.36±0.71 <sup>d</sup>	-1.74 (0.084)
Education	Single	3.20±0.37	-0.49 (0.622)	3.37±0.56	-2.17 (0.032)	2.85±0.58	-1.98 (0.050)	2.62±0.71	0.63 (0.529)	3.32±0.66	-1.74 (0.084)
	Married	3.26±0.55	0.85 (0.432)	3.62±0.51	1.12 (0.329)	3.17±0.77	0.67 (0.515)	2.52±0.66	0.79 (0.457)	3.59±0.70	0.86 (0.425)
Job	High school	3.34±0.41	0.85 (0.432)	3.73±0.58	1.12 (0.329)	3.15±0.72	0.67 (0.515)	2.71±0.57	0.79 (0.457)	3.64±0.58	0.86 (0.425)
	College	3.19±0.55	0.85 (0.432)	3.53±0.49	1.12 (0.329)	3.13±0.66	0.67 (0.515)	2.53±0.68	0.79 (0.457)	3.45±0.72	0.86 (0.425)
Career (months)	University	3.30±0.50	1.25 (0.294)	3.51±0.59	2.38 (0.056)	2.95±0.90	1.36 (0.253)	2.46±0.72	0.67 (0.515)	3.62±0.72	0.43 (0.784)
	RN	3.18±0.45	-1.19 (0.238)	3.55±0.50	-0.06 (0.949)	3.01±0.77	-1.02 (0.311)	2.52±0.66	-0.31 (0.755)	3.44±0.72	-1.23 (0.222)
Hospice education	Other nursing staff	3.29±0.56	1.25 (0.294)	3.56±0.56	2.38 (0.056)	3.15±0.71	1.36 (0.253)	2.56±0.68	0.67 (0.515)	3.60±0.68	0.43 (0.784)
	Yes	3.20±0.37	1.25 (0.294)	3.55±0.65	2.38 (0.056)	2.95±0.58	1.36 (0.253)	2.56±0.66	0.67 (0.515)	3.61±0.69	0.43 (0.784)
Time of education (hours)	13~36	3.34±0.54	1.25 (0.294)	3.35±0.39	0.056 (0.834)	2.96±0.71	0.03 (0.988)	2.58±0.61	0.67 (0.515)	3.57±0.61	0.43 (0.784)
	37~60	3.35±0.41	1.25 (0.294)	3.75±0.63	0.056 (0.834)	3.21±0.89	0.03 (0.988)	2.31±0.72	0.67 (0.515)	3.53±0.71	0.43 (0.784)
Hospice care (me/family)	61~120	3.17±0.63	0.19 (0.848)	3.68±0.49	-1.54 (0.125)	3.21±0.79	-1.58 (0.117)	2.65±0.74	-0.06 (0.955)	3.48±0.80	0.87 (0.389)
	121~396	2.98±0.55	0.19 (0.848)	3.70±0.38	-1.54 (0.125)	3.21±0.79	-1.58 (0.117)	2.51±0.66	-0.06 (0.955)	3.27±0.78	0.87 (0.389)
Hospice care (me/family)	Yes	3.26±0.68	0.19 (0.848)	3.40±0.59	-1.63 (0.121)	2.86±0.63	-3.06 (0.006)	2.54±0.66	-0.06 (0.955)	3.65±0.079	0.87 (0.389)
	No	3.24±0.47	0.85 (0.404)	3.59±0.51	-1.63 (0.121)	3.14±0.75	-3.06 (0.006)	2.55±0.68	-1.13 (0.273)	3.50±0.68	-0.25 (0.803)
Hospice care (me/family)	1~7	3.35±0.79	0.85 (0.404)	3.25±0.53	0.21 (0.834)	2.61±0.49	-0.02 (0.988)	2.42±0.63	-1.13 (0.273)	3.61±0.84	-0.25 (0.803)
	≥8	3.08±0.35	-0.82 (0.413)	3.68±0.63	0.21 (0.834)	3.37±0.61	0.03 (0.978)	2.77±0.70	-1.31 (0.194)	3.71±0.73	1.51 (0.133)
Hospice care (me/family)	Need	3.23±0.52	-0.82 (0.413)	3.56±0.54	0.62 (0.538)	3.09±0.75	0.03 (0.978)	2.53±0.68	-1.31 (0.194)	3.55±0.70	1.51 (0.133)
	Do not need	3.41±0.26	0.02 (0.988)	3.51±0.39	0.62 (0.538)	3.10±0.27	0.03 (0.978)	2.90±0.37	-0.23 (0.820)	3.11±0.59	2.06 (0.041)
Hospice care (me/family)	Yes	3.24±0.53	0.02 (0.988)	3.57±0.54	0.62 (0.538)	3.09±0.76	0.03 (0.978)	2.54±0.68	-0.23 (0.820)	3.57±0.70	2.06 (0.041)
	No	3.24±0.32	0.02 (0.988)	3.45±0.36	0.62 (0.538)	3.08±0.30	0.03 (0.978)	2.60±0.56	-0.23 (0.820)	3.07±0.53	2.06 (0.041)



**Table 5.** Correlation between Hospice Palliative Care Knowledge, Hospice Palliative Care Awareness, End-of-Life Care Attitude, Performance of End-of-Life Care, Importance of Performing End-of-Life Care, and Awareness of Death (N=113).

Variables	Hospice palliative care knowledge	Hospice palliative care awareness	End-of-life care attitude	Performance of end-of-life care	Importance of performing end-of-life care	Awareness of death
	r(P)					
Hospice palliative care knowledge	1	-	-	-	-	-
Hospice palliative care awareness	-0.10 (0.319)	1	-	-	-	-
End-of-life care attitude	0.08 (0.376)	0.50 (<0.01)	1	-	-	-
Performance of end-of-life care	0.15 (0.117)	0.09 (0.369)	0.09 (0.328)	1	-	-
Importance of performing end-of-life care	0.17 (0.070)	0.30 (0.001)	0.23 (0.015)	0.59 (<0.01)	1	-
Awareness of death	-0.06 (0.560)	0.19 (0.041)	0.03 (0.788)	0.11 (0.231)	0.10 (0.297)	1

**Table 6.** Multiple Regression Analysis on Performance of End-of-Life Care (N=113).

Variables	B	S.E	$\beta$	t	P
Constant	0.839	0.284	-	2.95	0.004
Marriage status	0.154	0.066	0.177	2.35	0.020
Importance of performing end-of-life care	0.637	0.082	0.586	7.81	<0.001

R<sup>2</sup> =0.382, F=33.93, P<0.001

R<sup>2</sup>: R Square, S.E: Standard Error.

본 연구의 임종돌봄 수행도는 간호사(3.10점)가 간호보조 인력(3.20점)보다 낮게 나타났다. 이는 요양병원 간호사를 대상으로 Jung과 Park(33)의 연구에서는 3.03점으로 본 연구의 결과가 다소 높았으나, 본 연구에서는 간호보조 인력의 임종돌봄 수행도가 높게 나타나 간호사보다 간호조무사가 임종돌봄 수행을 더 실시함을 알 수 있다. 본 연구의 임종돌봄 수행도는 신체적, 심리적, 영적 영역 순으로 영적 영역의 임종돌봄 수행이 신체적·심리적 측면의 돌봄에 비해 소홀하게 다루어지는 것으로 볼 수 있다. 이는 Jung과 Park(33)의 연구결과와 일치하였고, 말기암환자(34)와 중환자 간호사(35)의 임종돌봄 수행 특성과 유사하였다. 환자의 영적 임종돌봄 수행이 낮게 나타났는데 이는 영적간호가 종교적 행위와 관련이 있다고 생각하는 경우가 많기 때문이며(36), 영적간호는 종교를 포괄하는 넓은 개념으로 환자로 하여금 자신이 영적 존재라는 사실을 깨닫도록 돕는 것으로(37) 간호사는 본인의 종교적 가치관과 상관없이 대상자의 영적돌봄을 우선시 할 수 있어야 한다. 이를 위해 대상자의 영적 안녕을 위한 중재를 제공하고 영적 지도자와 협업하는 체계적 시스템 마련이 필요하며, 임종환자들에게 영적 영역간호가 소홀하지 않도록 구체적인 영적 임종돌봄 수행에 대한 교육이 필요함을 시사한다. 체계적이고 정기적인 호스피스교육은 효율적 임종돌봄 수행 제공과 영적돌봄증진에 기여할 수 있을 것이다. 임종돌봄 수

행 정도는 일반적 특성의 결혼여부와 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 그 외의 연령, 임상근무경력 등은 일반적 특성에 따른 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 이는 Woo 등(9)의 연구와 Chung(10)의 연령과 임상근무경력에 따라 차이가 있다는 연구결과와 다른 결과이며, 이는 Woo 등(9)의 연구는 간호사를 대상, Chung(10)의 연구는 중환자실 간호사를 대상으로 실시하여 간호사는 임상근무경력이 높을수록 임종돌봄 수행도가 높아졌지만 본 연구의 요양병원 근무자들은 임상근무경력으로 임종돌봄 실무능력의 향상이 통계적으로 유의하지 않음을 시사한다. 선행 연구(37,38)에서 임종돌봄 수행도가 연령, 학력, 임상경력, 종교, 근무부서, 임종돌봄 교육경험, 임종돌봄 빈도 등의 일반적 특성에 따른 통계적 유의한 차이가 없어 본 연구와 일치하였다. Ko와 Moon(39)의 연구는 돌봄업무 수행 시 기능적 업무분담과 팀 간호를 혼재해서 사용하는 경우로, 일반적 특성에 따른 임종돌봄업무 수행의 차이가 없어 본 연구결과와 유사한 결과로 본 연구의 요양병원 돌봄업무 수행형태와 유사하여 나타난 결과로 유추된다. 현재 요양병원에서는 간호인력 부족으로 인해 법적으로 간호사 정원의 2분의 2 범위 내에서 간호조무사를 채용할 수 있다(의료법 시행규칙 제38조 ‘의료인 등의 정원 조항’). 이에 따라 요양병원에서 근무하는 간호조무사의 수는 증가하고 있는 실정이다. 요양병원에 근무하는 간호사의 경우 연령과 임상경력이 비례하나, 간호보조 인력의 경우는 연령과 근무경력이 비례하는 경우가 드물다. 본 연구는 요양병원 근무자 모두를 대상으로 하였으므로 연령과 임상경력이 비례하지 않는 것으로 사료된다. Chung(10)는 연령, 임상근무경력의 경우 시간이 흐를수록 실무능력이 향상되고 역량이 증대되어 임종돌봄 수행도가 높아진다고 하였고, Woo 등(9)은 5년 미만의 중간 정도의 경력자들이 임종돌봄 수행이 낮다고 보고하였다. 본 연구에서도 임상경력에 따라 임종돌봄 수행차이는 유의하지는 않았지만, 5년 이상의 경력자와 5년 미만의 경력자군을 비교하였을 때 5년 미만의 경우 임종돌봄 수행

평균점수가 낮았으며, 이 역시 Ko와 Moon(39)의 연구와 유사한 결과이다. 5년 미만 경력의 간호사들은 간호업무는 익숙해지지만 역할변화와 간호사로서의 정체성 혼란을 겪는 시기로 습관적으로 돌봄업무수행을 하는 것이 아닌지에 대해 확인할 필요가 있다(26). 따라서 지역적 간호업무 특성과 간호업무 역할수행에 따라 연령, 임상경력에 따라 임종돌봄 수행도를 파악하는 추후연구가 필요함을 제언한다. 요양병원의 간호보조 인력은 간호사의 감독 아래 간호업무를 수행하는 것이 일반적이나 요양병원의 인력 부족으로 인해 현실적으로 우리나라 보건의료전달체에서 적지 않은 역할을 수행한다. 그러나 간호보조 인력의 양성과 관리, 인적수준 제고 측면에서는 상대적인 사각지대에 놓여 있다. 이에 요양병원 근무자의 역할분담과 업무에 대한 명확한 기준이 필요하며, 직종별 업무규정과 효과적인 직접간호수행 가이드라인 제정이 필요하다 생각된다.

Woo 등(9)과 Ko와 Moon(39)의 연구에서는 임종돌봄 교육경험 유무에 따라 임종돌봄 수행에 차이가 있었는데, 본 연구에서는 임종돌봄 교육경험에 따른 임종돌봄 수행에 유의한 차이가 없었다. 임종돌봄 교육을 받은 대상자는 Ko와 Moon(39)의 연구에서 전체대상자의 33.2%였으나, 본 연구에서는 전체 대상자의 18.6%이며 교육 시간도 66.7%가 1~7시간으로 낮았다. 일반적으로 호스피스 자원봉사자 교육은 20~30시간, 전문직 교육은 60시간인데 비해 본 연구 대상자의 교육시간은 현저하게 부족하여 교육경험 유무에 따른 유의한 차이가 나타나지 않은 것으로 생각된다. 또한, 선행연구의 교육경험 정도가 더 높았고, 두 연구 모두 정기적인 보수교육 시 관련 교육을 받고 있음에도 불구하고, 관련 교육경험에 따른 임종돌봄 수행의 차이가 다르게 나타났다. 이는 대상자들이 임종돌봄 수행에 관한 교육을 받고 있으나, 교육내용이 실제로 행해지는 데 부족한 점과 향후 요양병원 간호종사자들을 위한 적절한 수준의 호스피스 교육이 필요함을 시사한다 하겠다.

선행연구 중 임종돌봄 수행의 영향요인에 대해 변수들을 비교할 수 있는 연구가 거의 없어 직접비교는 어려웠으며, 선행연구에서의 임종돌봄 수행 영향요인(9,10)을 보았을 때 임종돌봄 태도와 죽음인식이 임종돌봄 수행에 영향을 미치는 요인으로 확인되었다. 임종돌봄 태도는 임종돌봄에 대한 교육에 따라 긍정적인 변화가 있고(8,22), 죽음에 대한 인식이 긍정적일수록 임종돌봄 태도와 임종돌봄 수행에 영향을 준다고 보고하였다(9,10). 그러나, 본 연구에서는 선행연구에서 확인된 임종돌봄 태도와 죽음인식이 아닌 임종돌봄 중요도가 임종돌봄 수행의 영향요인으로 나타나 선행연구의 결과와의 차이를 보였다. 임종돌봄 수행도와 중요도의 관계를 비교할 수 있는 연구 역시 거의 없어 직접 비교가 어려우나, 간호수행영역 중 중요도에 따른 수행정도가 달라지기

때문에 유추되며, 인력구조상 재원환자에 비해 간호인력이 부족하여 수행업무 중 필요하다고 생각되는 부분을 우선적으로 제공하기 때문이라 생각된다.

대상자의 호스피스 완화돌봄의 인식은 임종돌봄 태도, 임종돌봄 중요도, 죽음에 대한 인식에서 유의한 양의 상관관계가 있었다. 임종돌봄 태도는 임종돌봄 중요도에서 유의한 양의 상관관계를 보였다. 임종돌봄 수행도는 임종돌봄 중요도와 유의한 양의 상관관계를 보였다. 중환자실 간호사를 대상으로 한 Choi(40)의 연구에서 업무수행도와 중요도는 유의한 상관관계를 보여 본 연구를 뒷받침하였다. 그러나 호스피스 전문기관 간호사를 대상으로 한 Kim(41)의 연구에서 임종돌봄 수행이 임종돌봄 태도와 상관관계를 보인 결과와 암환자를 돌보는 간호사를 대상으로 한 Noh(42)의 연구에서 임종돌봄 태도가 임종돌봄 수행과 상관관계가 있으며 죽음에 대한 인식과 임종돌봄 태도가 임종돌봄 수행에 유의한 영향을 준 선행연구와 차이는 있었다. 이는 본 연구 대상자는 요양병원근무자로서 호스피스 완화돌봄의 인식과 임종돌봄 태도는 간호사에 비해 간호보조 인력이 유의하게 낮았기 때문이다. 이 결과를 확인하기 위해 대상자를 간호인력 전반으로 확대한 반복연구가 필요하다 생각된다. 요양병원 근무자의 간호보조 인력을 대상으로 호스피스 완화돌봄 인식과 임종돌봄 태도를 높이기 위한 교육프로그램이 필요함을 시사한다.

본 연구에서 임종돌봄 수행에 영향을 미치는 요인은 임종돌봄 중요도이었다. 과거와 달리 핵가족 중심의 현대사회에서 가정이 아닌 의료기관이나 노인요양병원에서 죽음을 맞이하는 경우가 늘어나므로, 생의 마지막 단계를 보내는 과정에서 평화롭게 임종을 맞이하도록 돕는 돌봄을 시행해야 하고, 특히 임종환자와 임종가족에 대한 돌봄과 지지에서 임박한 죽음의 생리적인 징후를 정확하게 사정하여, 가족들이 죽음을 준비하게 하는 중요한 역할을 하므로, 실무자교육과 지원이 강화되어야 한다. 그러기 위해서는 요양병원 근무자들의 임종돌봄 수행도를 높이기 위해서는 임종돌봄 중요도에 대한 인식전환이 필요하다. 본 연구에서 임종돌봄 수행에 임종돌봄 중요도와 결혼유무는 38.2%의 설명력을 보였다. 선행연구(43,44)에서는 임종돌봄 수행은 죽음인식뿐 아니라 임상경력과 임종경험, 임종돌봄교육, 환자보호자 선호도 등 다양한 요인의 영향을 받는다고 보고하였다. 임상간호사를 대상으로 한 연구(45)에서는 임종간호수행에 영향을 미치는 변인 중 가장 영향력 있는 것은 돌봄행위이었다. 요양병원 간호사를 대상으로 한 연구(46)에서는 간호전문직관, 사전연명의료의향서에 대한 태도, 임종돌봄, 교육이수경험, 근무경력, DNR 교육이수경험이 영향요인으로 나타났다. 본 연구에서 임종돌봄 수행도의 설명력이 낮은 이유는 임종돌봄 교육경험과 근무경력이 본 연구에서는 관련이 없었으며, 이는 타 연구 대상자보다 임종돌봄 교육

경험과 교육시간이 적어 임종돌봄 수행에 영향을 미치지 못한 것으로 사료되며, 간호사만을 대상으로 한 연구에서는 직위가 임종돌봄 수행도에 영향요인이었으나, 요양병원 근무자중 간호인력(간호사, 간호조무사, 요양보호사, 간병인)은 다양한 직종으로 직위는 임종돌봄 수행도에 영향요인으로 나타나지 않았고, 다양한 직종의 근무경력 또한 임종돌봄 수행의 영향요인이 아니어서 본 연구의 설명력을 뒷받침하지 못하였다. 추후 근무경력과 임종돌봄 경험 정도에 따른 변수들을 구분해서 임종돌봄 수행도에 영향을 미치는 제 변수를 탐색하는 심도 있는 연구가 필요할 것으로 사료된다.

Jung과 Yun(47)의 연구에서 요양병원 간호인력의 직접간호수행 정도에서 간호사는 직접 간호활동을 하기보다는 간호과정, 의사소통업무, 행정업무에 좀 더 많은 시간을 할애하며, 간호조무사는 투약이나 주사, 유치관 삽입, 위관영양, 기관절개관을 통한 가래 흡인, 침상목욕 등의 간호보조 업무, 간병사는 일상생활활동의 보조 업무로 노인환자와 직접 접촉하는 횟수가 간호사나 간호조무사보다 간병사가 더 많다고 하였다. 요양병원에 근무하는 간호조무사는 간호인력 중 대부분을 차지하며 대상자에게 제공하는 간호행위가 상대적으로 많으므로 간호사뿐만 아니라 간호보조 인력까지 연구를 확대하여 실시한 본 연구는 의미가 있다고 볼 수 있다.

본 연구는 간호인력을 계층으로 나눠서 분석하기에는 표본수가 적었고, 호스피스 교육 정도에 따른 분석하지 못한 제한점이 있었다. 그러므로 연구결과의 검증에 위한 반복연구를 제안한다. 일 지역의 요양병원을 대상으로 하여 연구결과를 일반화하기에 제한이 있으므로 지역을 확대한 후속연구를 제안한다. 또한, 요

양병원 근무자들을 위한 호스피스 교육프로그램을 개발할 것을 제안한다.

## 요약

**목적:** 본 연구는 요양병원 근무자를 대상으로 호스피스 완화돌봄에 대한 지식과 인식 및 임종돌봄 태도, 수행도, 중요도, 죽음에 대한 인식하고 임종돌봄 수행에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

**방법:** K도에 소재한 의료기관평가인증을 받은 요양병원에 근무하는 113명의 근무자를 대상으로 자가 보고식 설문지를 이용하여 자료를 수집하였다. 호스피스 완화돌봄 지식, 호스피스 완화돌봄 인식, 임종돌봄 태도, 임종돌봄 수행도 및 중요도, 죽음에 대한 인식 등의 변수를 사용하였다. IBM SPSS 21.0을 이용하여 빈도, 백분율, 평균, 표준편차, t-test, ANOVA, Scheffé's test, Pearson's correlation coefficient, Multiple regression로 분석하였다.

**결과:** 요양병원 근무자의 임종돌봄 수행도에 영향을 미치는 요인은 임종돌봄 중요도와 결혼유무이었으며, 이는 38.2%의 설명력을 보였다.

**결론:** 요양병원간호사의 임종돌봄 수행도를 향상시키기 위하여 임종돌봄 중요도에 대한 교육이 필요하며, 그들이 중요하다고 생각되는 것을 잘 수행할 수 있도록 효율적인 인력배치 등의 행정적인 방안을 수립하고 임종돌봄 수행도를 향상시킬 수 있는 교육프로그램 개발 및 효과검증을 하는 연구 수행을 제안하는 바이다.

**중심단어:** 인식, 죽음, 호스피스, 지식, 완화돌봄

## REFERENCES

1. KOSIS: Population projections for Korea 2018 elderly people statistics [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; 2017 [cited 2018 Sep 27]. Available from: [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/2/6/1/index.board?bmode=read&aSeq=370779](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/6/1/index.board?bmode=read&aSeq=370779).
2. Noh YJ, Han SS, Ahn SH, Kim CG. Hospice and death. 2nd ed. Seoul:Hyunmoon Publishers;1997.
3. Birth and death press release in 2015 [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; 2015 [cited 2016 May 31]. Available from: <http://kostat.go.kr>.
4. Choi JY. A comparison of perceived nursing needs among oncology nurses, patients with non-terminal cancer and patients with terminal cancer. Taehan Kanho Hakhoe Chi 2005;35:1135-43.
5. Doctors news. 73.3% of Koreans, 98.7% of Doctors "Use Hospice" [Internet]. Seoul: Doctors news; 2016 [cited 2016 Oct 27]. Available from: <http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=113465>.
6. Cho H, Lim HY. Hospice-palliative care activities of personnel in a long-term care hospital; a retrospective chart review. JKAS 2017;18:570-7.
7. Park SE. Nursing activities and delegation status of registered nurses in geriatric hospital [master's thesis]. Daejeon: Chungnam National Univ.; 2011. Korean.
8. Lee YE, Choi EJ, Park JS, Shin SH. Perception and knowledge of hospice care and attitude toward death held by medical professionals from the same region in Korea. Korean J Hosp Palliat Care 2013;16:242-52.
9. Woo YW, Kim KH, Kim KS. Death anxiety and terminal care stress among nurses and the relationship to terminal care performance. Korean J Hosp Palliat Care 2013;16:33-41.

10. Chung SY. A study on terminal care stress and terminal care performance of ICU nurse [dissertation]. Seoul: Hanyang Univ.; 2013. Korean.
11. Cho HJ, Kim ES. The effect of the death education program on the death anxiety and attitudes toward nursing care of the dying patients of nursing student. *Korean J Hosp Palliat Care* 2005;8:163-72.
12. Deffner JM, Bell SK. Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education. *J Nurses Staff Dev* 2005;2:19-23; quiz 24-5.
13. Cho YC. Emergency nurses' perception of death and terminal care attitude [master's thesis]. Suwon: Ajou Univ.; 2011. Korean.
14. KIM SE. The relationship between intensive care unit nurses' death perception and terminal care performance [master's thesis]. Suwon: Ajou Univ.; 2011. Korean.
15. Kim GH. The perceptions of hospice palliative care and terminal care attitude of nurses at long-term care hospitals [master's thesis]. Pusan: Catholic Univ. of Pusan; 2016. Korean.
16. Ross MM, McDonald B, McGuinness J. The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *J Adv Nurs* 1996;23:126-37.
17. Kim SH, Shin SW, Chong MK, Lee SN, Lee SW, Lee KS, et al. Development of education program for physicians based on the 2004 hospice palliative model project for terminal cancer. *Korean J Hosp Palliat Care* 2006;9:67-76.
18. Jang MY, Kim JY, Yang SK. Factors affecting on terminal care attitudes in nursing students. *AJMAHS* 2016;6:269-81.
19. Kim JH. The attitude of medical personnel about death and hospice research [master's thesis]. Seoul: Hanyang Univ.; 1990. Korean.
20. Lee EJ. A study of spot-survey towards the attitude of hospice [master's thesis]. Iksan: Wonkwang Univ.; 1998. Korean.
21. Kim MS. Comparison on the perception about hospice and the meaning of life of participants and non-participants of the hospice volunteer education program [master's thesis]. Gwangju: Chonnam National Univ.; 2007. Korean.
22. Frommelt KH. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons. *Am J Hosp Palliat Care* 2015;6:73-88.
23. Cho HJ, Kim ES. The effect of the death education program on the death anxiety and attitudes toward nursing care of the dying patients of nursing student. *Korean J Hosp Palliat Care* 2005;8:163-72.
24. Park SJ, Choi SH. A study on the degrees of death orientation and terminal care performance of nurses. *Korean J Funda Nurs* 1996;3:285-97.
25. Inumiyama Y. A study on development of a view of life and death scale and relationships among its elements [dissertation]. Seoul: Korea Univ.; 2002. Korean.
26. Cha YR. A study on the nurses' attitude to death in Korea: Centering on university hospital in Jeollabuckdo province [master's thesis]. Iksan: Wonkwang Univ.; 2005. Korean.
27. Tsung PL, Lee YJ, Kim SY, Kim SK, Kim SA, Kim HJ, et al. Effects of death preparation education on awareness of hospice palliative care and withdrawing life sustaining treatment in city dwellers. *Korean J Hosp Palliat Care* 2015;18:227-34.
28. Je NJ, Hwa JS. Factors influencing withdrawal of life-sustaining treatment in tertiary general hospital workers -knowledge and attitude of organ donation and transplantation, awareness of death, knowledge and perception of hospice palliative care-. *Korean J Hosp Palliat Care* 2018;21:92-103.
29. Yoon EG. A study on the actual condition of hospice service in nursing home. *Korean J Soc Welf* 2002;15:91-120.
30. Cho YG. Activation of hospice service in rehabilitation hospitals for senior citizens [master's thesis]. Gimhae: Kaya Univ.; 2011. Korean.
31. An MS, Lee KJ. Awareness of good death and attitudes toward terminal care among geriatric hospital nurses. *Korean J Hosp Palliat Care* 2014;17:122-33.
32. Ko GH, Cho IS. Attitudes towards death and euthanasia among nurses and general population. *JKCA* 2015;15:229-40.
33. Joung BR, Park HO. Nurses' death perception and terminal care performance in long-term care hospital. *Keimyung J Nurs Sci* 2016;20:1-12.
34. Ahn SN. A study of the correlation among the degree of nurse's suffering experience, death orientation, and terminal care performance [master's thesis], Daegu: Catholic Univ. of Daegu; 2004. Korean.
35. Kim SE. The relationship between intensive care unit nurses' death perception and terminal care performance [master's thesis]. Suwon: Ajou Univ.; 2011. Korean.
36. Shin SJ, Choi MH. A study for the spiritual well-being and the spiritual nursing care of nurses. *Chung-Ang J Nurs* 2004;8:15-26.
37. Cho JH. A study on attitude to DNR and terminal care performance of clinical nurse [master's thesis]. Suwon: Ajou Univ.; 2015. Korean.
38. Son YL, Seo YS. A study on ethical attitude to DNR and terminal care performance of hospital nurse. *J Korean Clin Health Sci* 2015;3:361-71.
39. Ko MJ, Moon SH. Factors influencing performance of end-of-life care by ICU nurses. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs* 2016;25:327-37.
40. Choi MS. A study on work performance, importance, and clinical competency perceived by ICU nurses [master's thesis]. Jinju: Gyeongsang National Univ.; 2012. Korean.
41. Kim JH. Factors influencing terminal care performance of nurse in a hospice specialized agency unit [master's thesis]. Kunsan: Kunsan National Univ.; 2018. Korean.
42. Noh SS. A study on death perception, terminal care attitude, and terminal care performance of clinical nurses caring for cancer patients [master's thesis]. Seoul: Sungkyunkwan Univ.; 2010. Korean.

43. Ransie K, Yates P, Coyer F. Factors influencing the provision of end-of-life care in critical care settings: development and testing of a survey instrument. *J Adv Nurs* 2015;71:697-709.
44. Sakai M, Naruse T, Nagata S. Home visiting nurses' attitudes toward caring for dying patients, and related workplace factors. *Int J Palliat Nurs* 2013;19:195-202, 204.
45. Jo KH, Park AR, Lee JJ, Choi SJ. The effect of suffering experience, empathy ability, caring behaviors on terminal care performance of clinical nurses. *Korean J Hosp Palliat Care* 2015;18:276-84.
46. Park EH, Kim NY. The influence of nursing professionalism, attitudes toward advance directive, and death anxiety on terminal care performance of nurses in long-term care hospitals. *Korean J Adult Nurs* 2018;30:183-93.
47. Jung JY, Yun SY. Elder care related knowledge, attitudes, nursing practice and awareness of elder abuse in geriatric hospital health personnel. *J Korean Gerontol Nurs* 2012;14:233-41.