

# 비암성 만성질환자 대상 완화간호 제공을 위한 간호사 교육 프로그램의 접근성 및 효과성 검증; 파일럿 연구

차은석<sup>1</sup>, 이소정<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>충남대학교 간호대학 부교수, <sup>2</sup>한국성서대학교 간호학과 조교수

## Reach and Efficacy of Palliative Care Nurse Training Program for Patients with Non Cancerous Chronic Disease; A Pilot Study

EunSeok Cha<sup>1</sup>, So-Jung Lee<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Associate Professor, College of Nursing, Chungnam National University

<sup>2</sup>Assistant Professor, Department of Nursing, Korean Bible University

**요약** 본 연구는 비암성 생애 후기 만성질환자 대상 완화간호 제공을 위해 간호사 교육 프로그램을 개발 후 교육대상자 접근 가능성과 효과성 검증을 목적으로 한 파일럿 연구이다. 연구목적을 달성하기 위하여 단일군 사전사후 비교와 그룹 인터뷰의 혼합 연구방법을 사용하였다. 양적자료로 수집한 완화간호 제공과 관련된 지식, 태도, 자기효능감의 변화는 SPSS 21.0을 이용하여 paired t-test로, 프로그램의 실무적용 가능성과 피드백은 그룹 인터뷰를 통해 수집한 질적연구 자료를 내용분석으로 분석하였다. 교육 후 지식 점수와 자기효능감이 있어 유의한 증가를 보였고, 모든 참가자는 전반적으로 프로그램의 내용 및 온라인-오프라인 교육을 혼합한 블렌디드 방법에 만족했다. 하지만, 현장 적용 및 확산을 위해서는 프로그램 운영시간의 단축과 상급종합병원 간호사들의 참여도를 높일 수 있는 차별화된 전략을 모색해야 할 것이다.

**주제어** : 만성질환, 완화간호, 교육, 간호, 혼합연구

**Abstract** This pilot study evaluated the reach and efficacy of nurse training program to provide palliative care to patients with advanced chronic diseases. A mixed method was used (an one-group pre-post research design and a group interview). To examine the changes in knowledge, attitude and self-efficacy, paired t-test were used with SPSS 21.0. To obtain pivoting information in real settings, a content analysis was conducted in the data obtaining from a group interview. There were significant improvements on knowledge and self-efficacy scores after the program. Additionally, high retention rate and program satisfaction were found in the participants while recruitment strategies, especially nurses working for tertiary hospitals, need to be modified in future research. A full-fledged research is warranted to find effective strategies to implement and disseminate the program for nurses working in diverse settings.

**Key Words** : Chronic Disease, Palliative Care, Education, Nursing, Mixed method

### 1. 서론

#### 1.1 연구의 필요성

복합적 만성 질병을 가진 비암성 환자들은 단일 만성

질병을 가진 환자들과는 다른 질환 경험을 하게 되며[1, 2], 생애 후기에 접어들었다고 느끼게 된다. 이들은 생애 후기부터 임종에 이르는 동안 경험하게 될 증상 및 통증을 관리하고 완화할 수 있는 자가간호에 대한 교육, 돌

\*This research was supported by the National Research Foundation of Korea (NRF-2017R1D1A3B03035133; PI: Cha, E)

\*Corresponding Author: So-Jung Lee(fate71@bible.ac.kr)

Received June 3, 2020

Accepted July 20, 2020

Revised July 5, 2020

Published July 28, 2020

봄을 위해 이용할 수 있는 지역사회 자원에 대한 정보, 유사시 의료 결정을 대신해줄 수 있는 성년후견인 지정 및 연명의료 결정에 대한 자신의 의사표현을 해 놓을 수 있는 사전장치(예: 사전 연명의료의향서 작성) 등 ‘웰리빙 완화간호(1차, 2차 완화간호)’에 대한 요구가 있다[3, 4]. 하지만 이들의 질환 경험과 완화의료에 대한 요구는 임종 1-2개월 전 급격한 신체적 쇠퇴를 경험하는 생애 말기 암환자와는 차별되며[3, 5], 예측되지 않은 질병의 예후 및 악화 과정에 대한 불안, 질병 치료 및 관리과정에서 자신의 질병 때문에 가족이 겪을 경제적 심리적 부담에 대한 지지가 필요하다[6].

최근 비암성 만성질환자들에게도 사전돌봄계획 및 완화간호 제공이 필요하다는 지각하에 지역사회에 거주하는 생애 후기 비암성 만성질환자들에게 완화간호를 제공하자는 움직임이 시작되었다. 하지만, 생애말기 암환자와 확연히 다른 예후를 가진 생애 후기 비암성 만성질환자에게 어떻게 차별화하여 완화간호를 제공해야 하는지에 대해서는 불일치된 견해만이 존재하고 있으며[7, 8], 따라서 비암성 만성질환자들에게 완화간호는 매우 소극적으로 제공하고 있는 실정이다.

간호사는 환자와 가족의 신체적, 정서적, 사회적, 영적 건강을 최일선에서 돌보고 관리하는 건강관리자이다. 많은 생애 후기 비암성 만성질환자들은 지역사회에서 거주하며, 변화하고 악화되는 질병 단계에 따라 수정되는 자가간호가 필요하고, 건강유지를 위해 필요한 서비스를 스스로 찾아야 한다. 따라서 비암성 만성질환자를 간호하는 간호사는 환자들의 질병 특성에 맞는 간호를 제공하는 간호 제공자, 건강정보 이해 능력을 고려한 건강교육을 제공할 수 있는 보건 교육자, 그리고 지역사회 돌봄/복지 서비스를 연결할 수 있는 케어코디네이터로서 준비되어야 한다. 이를 위해서 환자의 질병 특성, 가족구조 및 역동, 환자의 평소 가치관, 그리고 경제적 상태 및 그에 맞는 지역사회 이용 가능 자원 등을 총체적으로 파악하고 있어야 하며, 다학제 전문가들과 협업할 수 있는 능력을 갖추고 있어야 한다[4].

2018년부터 시행되고 있는 ‘호스피스 완화 의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명 의료 결정에 관한 법(이하 연명의료결정법)’이 원래의 취지대로 모든 이가 높은 삶의 질을 유지하면서 의미 있는 삶을 살도록 돕기 위해서는 생애 후기 비암성 만성질환자들의 완화간호에 대한 요구를 이해하고, 그들의 요구에 맞는 완화간호를 제

공할 수 있는 간호사가 준비되어야 한다. 또한 2019년부터 대한간호협회가 관심을 갖고 시행하고 있는 ‘만성질환 케어코디네이터 전담간호사 양성사업’이 활성화되기 위해서는 프로그램 개발에 대한 기초자료 제공이 절실한 시점이다.

완화의료 관련 선행연구로는 최근 의료인을 대상으로 한 호스피스 완화의료에 대한 의료인 인식조사나 생애 말기 연명의료 인식 관련 연구[7, 9-11], 노인 만성질환자의 건강행위 관련 연구[12] 등 노인환자나 말기 암환자를 대상으로 한 호스피스 관련 연구가 활발하게 수행되고 있다. 하지만 생애 후기 만성질환자를 대상으로 한 완화간호 제공을 위한 간호사 교육 관련 연구는 거의 찾아볼 수 없었다.

본 연구는 이러한 관점에서 매우 선도적이고 시기적절한 시도로 사료된다.

## 1.2 연구의 목적

본 연구는 실행 및 확산연구에서 자주 언급되는 RE-AIM (대상자의 접근성[Reach], 최적 조건(i.e., 중재연구)에서 프로그램 효과성 검증[Efficacy], 현장 시범 적용 [Adoption], 실행[Implementation], 유지[Maintenance]) 개념들을 이용한 것으로 [13-15], 지역사회 거주 생애 후기 비암성 만성질환자에게 완화간호를 제공할 수 있는 간호사 교육 프로그램을 개발하고 간호사 접근성과 프로그램 효과성을 평가하고자 실시되었다. 궁극적으로는 간호사를 교육하여 비암성 만성질환자들이 필요로 하는 완화간호 제공을 전국 단위 지역사회 현장에서 이용 가능하도록 하는 것이 목적이다. 파일럿 연구인 본 연구에서는 RE-AIM 개념들의 다섯 가지 요소 중 처음 두 요소를 평가하는 것을 구체적인 목적으로 하였으며 다음과 같다.

첫째, 지역사회 거주 생애 후기 비암성 만성질환자를 위한 완화간호 간호사 교육 프로그램에 참여를 원하는 간호사의 접근성, 교육 참여율 및 완수율을 파악한다.

둘째, 생애 후기 비암성 만성질환자를 위한 완화간호 간호사 교육 프로그램의 효과를 교육에 참여한 간호사의 지식, 태도, 자아효능감의 변화로 비교 분석한다. 또한, 향후 프로그램 현장 적용을 위해 집단면담을 통한 피드백을 수집하여 내용분석 한다.

## 2. 연구방법

### 2.1 연구설계

본 연구는 생애 후기 비암성 만성질환자들에게 완화간호를 제공할 간호사를 교육하는 프로그램을 개발하

여 전국단위로 확대 적용할 수 있는 가능성을 알아보기 위한 파일럿 연구이다. 완화간호 간호사 교육 프로그램 개발 후, 현장에 적용(Adoption) 할 수 있는 피보팅을 위한 기초자료를 수집하고자 통합연구방법(Mixed research method)을 사용하였다.

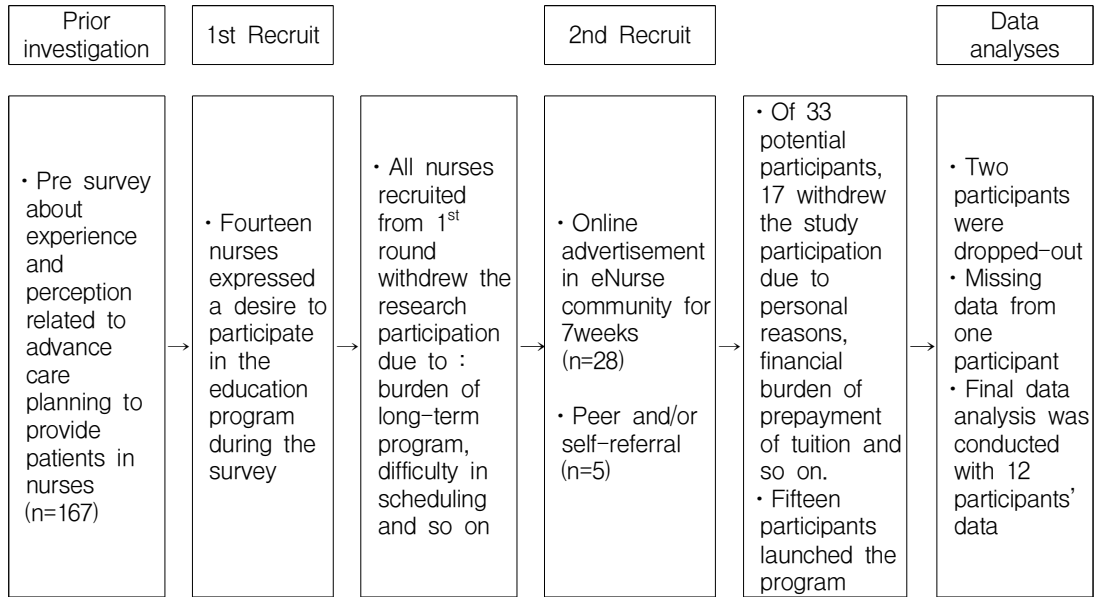


Fig. 1. The Process for Participant Recruitment

### 2.2 연구대상자

간호사 면허를 소지한 자로 3~6개월에 걸쳐 온라인-오프라인-실습으로 제공되는 120시간의 간호사 교육을 80% 이상 참여할 수 있는 자로 연구참여자 조건을 설정하였다. 이외에 연령, 성별, 경력 등의 자격기준에 대해서는 특별히 제한을 두지는 않았다. 파일럿 연구에 대한 연구대상자수 선정에 대한 기준은 특별히 정해져 있지 않다. 따라서 향후 계획하고 있는 연구참여자자 같은 특성을 지닌 10~30명 정도가 적정하며[13,16], 특히 중재 연구의 경우 각 집단당 12명 이상이면 충분하다고 제시한 선행연구의 제언[18]을 참고하였다. 이에 총 120시간의 3~6개월이 걸리는 긴 교육 이수 기간을 고려한 30%의 탈락률을 예상하여 15명의 간호사를 모집하였다.

연구대상자 모집절차는 Fig. 1과 같다. 먼저 D 도시 소재 1,300병상의 상급종합병원 간호부의 협조를 받아 만성질환자에게 사전돌봄계획을 제공하는 것에 대한 간호사의 경험과 인식을 설문조사 하면서 향후 있을 간호

사 교육 프로그램을 홍보하고 관심이 있는 경우 자신의 전화번호를 남기도록 하였다. 총 167부의 설문지 응답자 중 14명의 간호사가 교육 프로그램에 관심을 보이고 자신의 전화번호를 남겼다. 하지만, 정보화된 동의서(informed consent)를 수집하는 시점에서 연구 참여에 관심을 보였던 상급종합병원 소속 간호사 14명 전원이 120시간 교육 프로그램 참여에 대한 부담 및 일정이 맞지 않음, 교육 날(주말)은 가족과 함께 시간을 보내야 한다는 등의 이유로 연구 참여 결정을 철회하였다. 그다음으로 간호사 무료 구인 광고를 하는 온라인 게시판에 2018년 8월 25일부터 2018년 10월 13일까지 7주 동안 광고를 게재하여 총 28명의 간호사가 연구 참여에 관심을 보였으며, 이후 5명의 간호사가 자발적 또는 동료 추천(Peer & self-referral)을 통해 추가로 모집되었다. 하지만, 지역사회에서 모집된 간호사 33명 중 17명이 개인 사정, 교육비 선납 부담, 교육 실습을 위한 시간을 내는 것이 여의치 않음, 교육에 대한 자세한 설명을

들은 후 흥미가 없어짐 등을 이유로 참여 의사를 번복하였으며, 건강상의 문제로 수술을 앞둔 1명은 연구 참여의 성공 지표 중 하나인 80% 이상의 교육참여(온라인 90%, 오프라인 70%)가 어려울 수 있는 점을 고려하여 연구팀이 연구 참여를 제한하였다.

지역사회에서 모집된 간호사 15명의 동의서를 받은 후 연구팀은 국립암센터를 통해 제공되고 있는 온라인 완화호스피스 표준교육의 교육비를 연구대상자들이 선납한 후 교육을 시작하도록 지도하였으며, 연구팀이 개발한 60시간의 오프라인 교육도 함께 운영하였다. 이후 온라인 교육 이수증 제출과 70% 이상의 오프라인 교육 참여를 완수한 경우 선납한 온라인 교육비를 환급하고, 오프라인 교육 수료에 대한 수료증과 소정의 격려금을 지급하였다.

### 2.3 윤리적 고려

본 연구의 윤리성 확보를 위해 C 대학교 기관생명윤리위원회의 승인(IRB No. 201802-SB-024-01)을 받은 후 연구를 진행하였다. 참여자의 권리 보호를 위해 연구목적, 자유의사에 따른 연구 참여, 원치 않으면 언제든지 참여를 철회할 수 있음, 대상자의 익명성과 연구

로 인해 얻게 된 정보는 연구목적 이외에 사용하지 않을 것과 비밀보장 등에 대한 내용을 설명하고 되묻기 방법(talk-back method)을 통해 연구 참여 목적, 절차, 방법을 정확하게 이해했는지를 확인한 후 서면 동의를 받았다.

## 2.4 연구절차

### 2.4.1 완화간호 교육 프로그램 구성 및 진행

연구참여자들에게는 블랜디드 교육방법(온라인-오프라인 교육-실습)을 적용하여 총 120시간의 교육을 제공하였다. 프로그램의 세부내용은 Table 1과 같다. 바쁜 간호사의 일상을 고려하고, 현존하는 완화·호스피스 전문인력 표준교육 프로그램을 최대한 활용하면서 기존 프로그램과의 차별화가 가능하도록 구성하였다. 또한, 완화간호가 다학제의 팀에 의해 이루어져야 함을 고려하여 간호사뿐만 아니라 지역사회 자원을 소개하고 이를 연계하는 서비스를 제공하고 있는 의료 사회복지사, 호스피스 병동에서 음악치료를 통해 영적 건강증진을 도모하고 있는 음악치료사를 간호사 교육의 강사로 참여하게 하였다.

Table 1. Palliative Care Nurse Training Program for Patients with Advanced Chronic Diseases

| Category   | Contents  | Operating time                                     | Instructor                            | Certification  |
|--|---|--|---------------------------------------|--|
| Standardized hospice-palliative care online program for nurses | Online education  | Total 41 lectures                                  | Online                                | Certificate of the program if participant is successfully completed. |
|  | Practicum and submitting two reports  | 16hours/2days                                      | Practicum in Hospice ward             |  |
|  | Online test   | Pass when the correct answer rate is more than 60% | Online                                |  |
| palliative care in disease stage-disease experience            | Offline education   | Total 60hours                                      |                                       | Certificate when the offline course was attended more than 70%       |
|  | Orientation and introduction  | 4hours   | Research team                         |  |
|  | Necessity of palliative care by disease stage-illness experience  | 4hours   | Research team                         |  |
|  | Understanding of health equity and health literacy-Necessity of patient customized health education   | 3hours   | Research team                         |  |
|  | Learner-oriented health education planning and implementation   | 4hours   | Research team                         |  |
|  | Manage of symptoms of advanced chronic disease (diabetes, chronic renal disease, chronic health failure, liver cirrhosis, chronic obstructive pulmonary disease), Patient education material development, simulated patient education in the class, self-study & team project | 30 hours   | Participants (A group of 2-3 persons) |  |
|  | Understanding difficult subjects: how to start a conversation about advance care planning and designation of adult guardianship   | 4hours   | Research team                         |  |
|  | Improving spiritual health using guided music therapy   | 4hours   | Music therapist                       |  |
|  | Understanding the life-sustaining medical decision procedure, required lawful document  | 3hours   | Palliative care nurse                 |  |
| Medical welfare and care coordination                          | 4hours  | Social worker                                      |                                       |  |

1) 완화-호스피스 전문인력 표준교육(60시간)

온라인 또는 오프라인 형식으로 제공되는 현존하고 있는 간호사 대상 완화간호 표준 프로그램으로 주로 말기 암 환자에게 제공하게 되는 호스피스 완화간호에 대한 교육이다. 오프라인 교육의 경우 1년에 1~2회 정도만 제공되고 있지만, 오프라인 프로그램과 똑같은 프로그램이 보건복지부와 국립암센터의 협업으로 개발되어 국립암센터 호스피스·완화의료 간호사 이터닝 교육으로 제공되고 있다. 매달 교육신청이 가능하며, 41차시 이터닝 교육과 2일의 호스피스 병동에서의 실습이 60시간의 과정 안에 포함되어 있다. 90% 이상의 이터닝 진도율, 60점 이상의 시험성적, 실습 이수 후 제출하는 과제로 총점을 계산하게 되며, 총점 88점 이상을 얻어야 수료할 수 있다.

2) 만성질환자를 위한 완화간호 교육(60시간)

완화-호스피스 전문인력 표준교육을 이미 수료했으나, 현재 수강 중인 간호사를 대상으로 연구팀이 개발한 60시간의 오프라인 교육을 매주 토요일마다 총 6회에 걸쳐 오프라인 교육으로 제공하였다. 교육은 심질환, 신질환, 조절되지 않는 당뇨, 간경화, 만성 폐쇄성 폐질환, 뇌졸중 등의 비암성 만성질환자를 대상으로 한 증상관리 및 자가간호 교육, 사전돌봄계획(예: 완화간호 범위, 사전연명의료의향서 작성, 성년 후견인 지정)과 관련된 의사소통 기술, 지역사회 사회복지 서비스와의 연계성을 위한 케어코디네이션, 전환요법(음악요법)을 이용한 영적간호 체험(예: 음악심상요법 경험, 임종환자들이 음악심상요법을 어떻게 받아들이고 있는지에 대한 사례 설명, 사전돌봄계획의 일부로 임종 시 음악 리스트 작성 소개) 등이 교육에 포함되었다. 또한 연구팀이 1차년도 동안 생애 후기 만성질환자를 대상으로 심층면담을 실시하면서 얻은 경험과 연구결과[4] 등을 연구참여자와 공유하였다.

2.5 연구도구

오프라인 교육 시작 전 사전돌봄계획과 관련된 지식, 태도, 자아효능감에 대한 설문조사를 시행하였고, 교육 종료 직후에도 동일한 설문조사를 시행하였다. 또한 교육 종료 후 반구조화된 질문을 이용하여 집단면담을 실시하여 프로그램 현장적용을 위한 개선사항을 알아보았다.

연구 수행 시, 연구도구는 선행연구에서 사용되어 타

당도, 신뢰도가 검증된 도구를 사용하는 것이 이상적이다. 그러나 생애 후기 만성질환자 대상 완화간호 제공을 위한 간호사 교육이 전문한 점, 사전돌봄계획(Advance Care Planning)이 단순히 의료적 결정 뿐 아니라 인간 삶의 질을 향상하면서 영적 건강을 충족시킬 수 있는 포괄적 개념을 가지고 있지만[20], 기존 연구에서는 의료 행위 의사결정에만 초점을 맞추어 사전연명의료의향서, 사전의료지시서, 사전의료계획[19] 등의 여러 이름으로 불리 점, 본 연구가 수행되고 연명의료 결정법이 시행된 2018년의 경우 4개의 연명의료 시술(심폐소생술, 인공호흡기 착용, 항암치료, 혈액투석)에 대한 결정만을 포함한 사전연명의료의향서, 연명의료결정서가 현장에서 사용되고 있었던 점, 마지막으로 본 연구가 개발된 프로그램의 향후 전국단위의 실행·확산을 위해 시행된 파일럿 연구임을 고려하여 도구 개발 및 검증에 경험이 있는 주저자가 선행연구를 참조하고 전문가 자문을 거쳐 예비 문항을 구성하여 전문가 집단의 내용 타당도와 연구참여자 집단의 안면 타당도 검증 과정을 거쳐 새롭게 개발하였다.

2.5.1 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 간호사의 사회 인구학적 특성 9문항, 개인 경험 관련 8문항으로 구성하였다. 개인 경험은 연명의료 관련하여 가까운 지인이나 가족의 죽음, 연명치료에 대한 교육이나 홍보에의 노출, 만성 중증 질환을 가진 가족이나 지인 유무를 포함시켰고, 완화간호 제공 관련 문항은 Jezewski [21]가 개발하고 김미영[22]이 수정한 질문지를 참고로 하여 구성하였다.

2.5.2 사전돌봄계획과 관련한 간호사의 지식, 태도, 자아효능감

1) 사전돌봄계획에 대한 간호사의 지식

사전돌봄계획에 대한 지식은 연명의료 관련 내용을 묻는 15개의 문항으로 구성된 설문지이다. Hong과 Kim[23]이 지역사회 거주 노인의 임종기 치료, 연명치료, 사전연명의료의향서에 대한 지식을 측정하고자 개발한 설문지 및 선행연구, 2018년 연명의료결정법에 의해 정의된 연명의료에 대한 지식을 바탕으로 주저자가 개발하였다. 연구의 목적에 맞추어, 연명치료·사전돌봄계획과 관련한 지식에 초점을 맞추었고, 생애말기 환자나 암환자를 대상으로 했던 기존의 설문지를 생애 후기 비암성 만성질환자를 대상으로 수정하였으며, 2018년 시행되고

있는 연명의료결정법과 관련된 지식을 묻는 문항도 첨가하였다. 정답을 선택한 경우 1점, 오답 또는 '잘 모르겠다'를 선택한 경우 0점을 부여하여 총 15점 만점으로 하였으며, 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ 는 .68이었다.

## 2) 사전돌봄계획 수립에 대한 태도

Jezewski [21]가 개발하고, 김미영[22]이 수정한 질문지를 참고로 2018년 연명의료결정법을 시행하고 있는 시류를 고려하여 주저자가 총 14문항의 4점 척도 설문지로 개발하였다. '매우 그렇다' 4점에서 '전혀 그렇지 않다' 1점으로 점수가 높을수록 바람직한 태도를 나타내는 것이며, 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ 는 .95였다.

## 3) 사전돌봄제공 수립 논의와 관련한 자아효능감

Jezewski [21]가 개발하고, 김미영[22]이 수정한 질문지를 참고로 주저자가 개발한 설문지로 측정하였다. 총 23문항으로 구성된 4점 척도로, '매우 그렇다' 4점에서 '전혀 그렇지 않다' 1점으로 점수가 높을수록 자아효능감이 높은 것을 의미한다. 본 연구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ =.98이었다.

### 2.5.3 간호사 교육 피드백 수렴을 위한 집단면담

교육 프로그램 종료 후 6주 동안의 오프라인 교육, 국립암센터 이러닝 호스피스 표준교육, 프로그램 진행과 관련한 피드백을 수렴하기 위해 반구조화된 면담 질문지를 이용하여 집단면담을 실시하였다. 집단면담을 위해 사용한 세 가지 반구조화 질문은 "교육에 참여하게 된 이유는 무엇입니까?" "교육을 받는 동안 좋았던 점과 어려웠던 점은 무엇이었습니까?" "간호사 교육을 수정, 보완할 때 연구팀이 고려해야 할 점은 무엇입니까"였다.

## 2.6 자료 수집 및 분석 방법

본 연구의 자료수집은 2018년 8월 1일부터 2018년 12월 31일까지 약 5개월에 걸쳐 실시되었다. 모든 연구 참여자들이 온라인-오프라인 교육을 함께 이수하는 방법을 택했기에 교육 이수 기간이 연구팀이 예상한 최장 6개월보다 짧았으며, 빠른 자료수집이 가능할 수 있었다.

연구에 관심을 보인 총 47명 간호사 중 15명이 교육에 참여하였다. 교육 개시자 15명 중 13명이 교육을 완수하였다. 하지만, 오프라인 프로그램은 참석완료 하였

으나, 온라인 프로그램의 이수증을 연구팀에 제시하지 못했고 설문지 응답 또한 불충분한 1명으로부터 얻은 양적연구 자료를 분석에서 제외하여 양적연구의 경우 최종 12명의 자료를 가지고 최종 분석하였다.

양적 자료 분석은 SPSS 21.0 이용하여 도구의 신뢰도, 빈도 및 기술통계를 분석하였으며, 교육 전과 후의 평균 비교는 paired t-test로 분석하였다. 또한 연구의 참여자 수가 적음을 고려하여 효과크기를 cohen's d로 계산하였다. 자료의 정규성을 검증하기 위해 Shapiro-Wilk test를 이용하였고, 사전돌봄계획 관련 지식, 태도, 자기효능감 자료의 정규분포를 확인하였다.

면담의 진행은 질적연구 경험이 있는 연구원이 반구조화 질문지를 이용하여 진행하면서 집단면담 내용을 녹음하였다. 또한 보조연구원이 면담에 배석하여 대상자들의 반응을 관찰하고 필요 시 적절한 메모를 하였다. 이후 녹음된 대상자의 응답을 필사하고 질적 연구에 경험이 있는 주저자와 연구원이 독립적으로 내용 분석(content analysis)을 실시하여 카테고리별 주제, 주제모음, 범주화 작업을 진행하였다.

## 3. 연구결과

### 3.1 사회 인구학적 특성

대상자의 사회인구학적 특성은 Table 2와 같다. 대상자는 모두 여성으로 연령은 평균 38.1세였고 29세부터 48세까지 분포하였다. 교육정도는 4년제 5명, 석사 이상 4명, 3년제 3명 순이었다.

근무지는 '내과계' 4명, '요양병원' 3명 등의 순이었고, 경력은 '1년 이상-5년 미만'이 6명으로 가장 많았으며, 종교는 '무교' 5명, '기독교' 4명 순이었다. 결혼상태는 '기혼' 8명이었고, 자녀가 있는 경우가 8명이었다.

가까운 사람의 죽음 경험은 11명이 '예'라고 답하였고, 가까운 사람의 중증 만성질환 경험은 7명이 '예'라고 답하였다. 연명의료에 대한 교육이나 홍보를 받은 경험은 2명만이 '예'라고 대답하였다.

'사전연명의료의향서나 '사전돌봄계획서에 대해 들어본 경험', '사전연명의료의향서나 사전돌봄계획서 관련 규정이나 절차에 대한 설명 경험'은 교육 전 모두 '아니오'라고 답하였다. '완화간호에 대한 환자의 동의 후 간호를 제공한 경험'은 교육 전 1명이 '예'라고 하였으나 교육 후에는 3명으로 증가하였다.

Table 2. General Characteristics

(N=12)

| Item  | Frequency(%)          |          |          |
|---|-----------------------|----------|----------|
|   | Pre                   | Post     |          |
| Gender  | Female                | 12(100)  | 12(100)  |
| Age (year)  | a ≤30                 | 1(8.3)   | 1(8.3)   |
|   | 30(b ≤35              | 5(41.7)  | 5(41.7)  |
|   | 35(c ≤40              | 1(8.3)   | 1(8.3)   |
|   | d >40                 | 5(41.7)  | 5(41.7)  |
| Department  | internal medicine     | 4(33.3)  | 2(16.7)  |
|   | hospice               | -        | 1(8.3)   |
|   | surgery               | 1(8.3)   | 3(25)    |
|   | convalescent hospital | 3(25)    | 2(16.7)  |
|   | ICU                   | 1(8.3)   | 1(8.3)   |
|   | anesthesiology        | -        | 1(8.3)   |
| Career (year)   | missing               | 3(25)    | 2(16.7)  |
|   | 1(a                   | -        | 3(25)    |
|   | 1 ≤b <5               | 6(50)    | 5(41.7)  |
|   | 5 ≤c <10              | 2(16.7)  | 1(8.3)   |
|   | d ≥ 10                | -        | 1(8.3)   |
| Education   | missing               | 4(33.3)  | 2(16.7)  |
|   | 2 or 3-year college   | 3(25)    | 1(8.3)   |
|   | 4-year college        | 5(41.7)  | 6(50)    |
| Religion  | ≥master's degree      | 4(33.3)  | 5(41.7)  |
|   | The Christian         | 4(33.3)  | 5(41.7)  |
|   | The Buddhism          | 1(8.3)   | -        |
|   | The Catholic          | 2(16.7)  | 2(16.7)  |
| Marital status  | none or others        | 5(41.7)  | 5(41.7)  |
|   | Single                | 5(41.7)  | 4(33.3)  |
| Having children   | Married               | 7(58.3)  | 8(66.7)  |
|   | No                    | 4(33.3)  | 5(41.7)  |
| Dying experience in close network                       | Yes                   | 8(66.7)  | 7(58.3)  |
|   | No                    | 1(8.3)   | 1(8.3)   |
| Illness experience in close network                     | Yes                   | 11(91.7) | 11(91.7) |
|   | No                    | 5(41.7)  | 4(33.3)  |
| Education related to palliative care                    | Yes                   | 7(58.3)  | 8(66.7)  |
|   | No                    | 10(83.3) | 12(100)  |
| Ever provided promotion about palliative care           | Yes                   | 2(16.7)  | -        |
|   | No                    | 10(83.3) | 3(25)    |
| Ever heard about advanced medical directives            | Yes                   | 2(16.7)  | 9(75)    |
|   | No                    | 12(100)  | -        |
| Ever heard about advance care planning                  | Yes                   | -        | -        |
|   | No                    | 12(100)  | -        |
| Explaining procedures of palliative care                | Yes                   | -        | -        |
|   | No                    | 12(100)  | 9(75)    |
| Taking care of patients on agreement of palliative care | Yes                   | -        | 3(25)    |
|   | No                    | 11(91.7) | 9(75)    |
|   | Yes                   | 1(8.3)   | 3(25)    |

### 3.2 비암성 만성질환자를 위한 완화간호 간호사 교육 프로그램 참여 희망자 접근성, 교육 참여율 및 완수율

#### 3.2.1 교육 프로그램 참여 희망자 접근성

간호사들은 생애 후기 비암성 만성질환자를 위한 완화간호 제공 간호사 교육에 높은 관심을 보였다. 특히 상급종합병원에 근무하는 간호사보다는 지역사회나 이차 병원에 근무하는 간호사들의 교육 요구도가 높은 것으로 확인되었다.

#### 3.2.2 교육 참여율

상급종합병원의 간호사 167명 중 14명(8.4%)이 연구 참여에 관심을 보였으나, 실제로 교육에 참여한 사람은 0명이었고, 간호사 e-Community에 무료 구인공고를 올려 지역사회에서 모집한 간호사 33명중 15명(31.9%)이 실제 교육에 참여하였다.

교육에 참여한 간호사들의 학력, 연령은 다양하였고, 6주간의 교육 참여를 위해 대전뿐 아니라 타지(인천, 대구, 부천)에서 일부러 이동해 오기도 하였다.

3.2.3 교육 완수율

교육을 시작한 총 15명중 13명이 교육을 완수하여 교육 완수율은 86.7%였다.

3.3 비암성 만성질환자를 위한 완화간호 간호사 교육 프로그램의 효과 및 피드백

3.3.1 교육 프로그램의 효과

교육 프로그램 시행 후 완화간호 제공을 위한 간호사의 사전돌봄계획 관련 지식(Cohen's d=1.54), 태도(Cohen's d=0.15), 자아효능감(Cohen's d=1.95)이 높아짐에 따라 본 교육의 긍정적 효과를 확인할 수 있었다.

1) 사전돌봄계획과 관련된 지식

사전돌봄계획과 관련된 지식 점수의 교육 전후 비교 결과는 Table 3과 같다.

사전돌봄계획과 관련된 지식에 있어 정답을 모두 맞힌 문항은 교육 전에는 1번, 2번, 3번, 7번 문항, 교육 후에는 1번, 2번, 4번, 5번, 10번, 11번, 14번, 15번이었다.

사전돌봄계획과 관련된 지식 점수는 사전 10.33±2.27점, 사후 13.17±1.27점으로 교육 후 유의하게 증가하였다( $t=-4.02, p=.002, \text{cohen's } d=1.54$ ).

문항별로 보았을 때, '환자는 연명의료를 허락하거나 거절할 권리가 있다'와 '연명의료 결정을 미리 할 수 있는 항목 중 하나는 심폐소생술이다', '연명의료 결정을 미리 할 수 있는 항목 중 하나는 인공호흡기 착용이다'와 '사전연명의료의향서는 한 번 작성하면 변경할 수 없다' 등의 항목에서는 사전, 사후 간 유의한 차이가 없었고, 그 외 나머지 항목들은 지식 점수가 증가하였다. 특히 '연명의료 결정을 미리 할 수 있는 항목 중 하나는 항암제 투여이다( $t=-3.32, p=.007$ )', '연명의료 결정을 미리 할 수 있는 항목 중 하나는 혈액투석이다( $t=-3.32, p=.007$ )', '지역사회에 거주하는 중증 만성질환자는 사전돌봄계획서를 작성할 수 있다( $t=-2.35, p=.039$ )' 항목은 통계적으로 유의하게 지식 점수가 상승하였다.

Table 3. Pre- and Post-Education Knowledge Scores

(N=12)

| Item  | Correct answers |      | Mean±SD        |                | t(ρ)            | Cohen's d |
|---|-----------------|------|----------------|----------------|-----------------|-----------|
|   | Pre             | Post | Pre            | Post           |                 |           |
| 1. A patient have the right to decide Life-sustaining treatment.  | 12              | 12   | 1.00<br>±0.00  | 1.00<br>±0.00  | -               | -         |
| 2. In the Law of Life-sustaining treatment, CPR is elective before Life-sustaining treatment.   | 12              | 12   | 1.00<br>±0.00  | 1.00<br>±0.00  | -               | -         |
| 3. In the Law of Life-sustaining treatment, an artificial respirator is elective before Life-sustaining treatment.  | 12              | 11   | 1.00<br>±0.00  | 0.92<br>±0.29  | 1.00<br>(.339)  | -         |
| 4. In the Law of Life-sustaining treatment, anticancer treatment is elective before Life-sustaining treatment.  | 6               | 12   | 0.50<br>±0.52  | 1.00<br>±0.00  | -3.32<br>(.007) | -         |
| 5. In the Law of Life-sustaining treatment, Hemodialysis is elective before Life-sustaining treatment.  | 6               | 12   | 0.50<br>±0.52  | 1.00<br>±0.00  | -3.32<br>(.007) | -         |
| 6. Advance medical directives completed by an adult aged 19 or older has its legal effect.  | 2               | 3    | 0.17<br>±0.39  | 0.25<br>±0.45  | -0.43<br>(.674) | 0.19      |
| 7. Advance medical directives never changes once written.   | 12              | 11   | 1.00<br>±0.00  | 0.92<br>±0.29  | 1.00<br>(.339)  | -         |
| 8. A patient can ask a primary health care provider for the completion of the advance medical directives.   | 2               | 7    | 0.17<br>±0.39  | 0.58<br>±0.52  | -2.16<br>(.054) | 0.90      |
| 9. Only advanced medical directives completed by a lawyer has its legal effect.   | 6               | 11   | 0.50<br>±0.52  | 0.92<br>±0.29  | -2.16<br>(.054) | 0.99      |
| 10. A patient in terminal care or death can complete life-sustaining treatment form.  | 10              | 12   | 0.83<br>±0.39  | 1.00<br>±0.00  | -1.48<br>(.166) | -         |
| 11. A chronically ill patient in a local community can complete advance medical directives.   | 8               | 12   | 0.67<br>±0.49  | 1.00<br>±0.00  | -2.35<br>(.039) | -         |
| 12. Family members' agreement for the patient's average values for life-sustaining treatment is favorable as a patient's intent for life-sustaining decision making in case of incomplete advance medical directives. | 8               | 10   | 0.67<br>±0.49  | 0.83<br>±0.39  | -1.00<br>(.339) | 0.36      |
| 13. Advance care plan is a document describing essential medical actions for an ill patient with incapability of decision making.   | 7               | 9    | 0.58<br>±0.52  | 0.75<br>±0.45  | -0.69<br>(.504) | 0.35      |
| 14. A medical, legal representative can make a health care decision on behalf of a mute patient on a temporary or long term basis.  | 11              | 12   | 0.92<br>±0.29  | 1.00<br>±0.00  | -1.00<br>(.339) | -         |
| 15. A patient can change medical, legal representative at any time.   | 10              | 12   | 0.83<br>±0.39  | 1.00<br>±0.00  | -1.48<br>(.166) | -         |
| Sum of knowledge  |                 |      | 10.33<br>±2.27 | 13.17<br>±1.27 | -4.02<br>(.002) | 1.54      |



2) 사전돌봄계획 수립에 대한 태도

사전돌봄계획 수립에 대한 태도의 교육 전후 평균 점수 비교 결과는 Table 4와 같다.

사전돌봄계획 수립에 대한 태도는 사전 3.32±0.44점, 사후 3.38±0.38점으로 사후가 더 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다( $t=-0.86, p=.422, \text{cohen}'d=0.15$ ).

문항별로 보았을 때, 1번, 12번, 13번 항목은 변화가 없었다. 2번부터 5번은 사후 점수가 낮아졌다. 그 외 나머지 문항은 사후 점수가 증가하였으나 통계적으로 유의하지 않았다.

사전에는 '말기상태나 임종과정에 있는 환자 또는 중증 만성질환자가 아니더라도 모든 환자는 생명유지 장

치 거부에 대한 사전 결정을 할 수 있는 권리가 있다고 생각한다'와 '환자가 아니라도 모든 사람은 생명유지 장치 거부에 대한 사전 결정을 할 수 있는 권리가 있다고 생각한다'가 3.55±0.52점으로 가장 높았고, '환자에게 모든 정보를 제공하지 않는 것이 최선일 수 있다고 생각한다'는 2.73±1.10점으로 가장 낮은 점수를 보였다.

사후에는 '의사결정 능력이 있는 모든 환자는 사전연명의료의향서/사전돌봄계획을 작성하는 것이 좋다고 생각한다'가 3.70±0.48점으로 가장 높았고, '환자에게 모든 정보를 제공하지 않는 것이 최선일 수 있다고 생각한다'는 3.00±1.00점으로 사전과 동일하게 가장 낮은 점수를 보였다.

**Table 4. Pre- and Post-Education Attitude Scores (N=12)**

| Item  | Mean±SD       |               | t(p)            | Cohen's d |
|---|---------------|---------------|-----------------|-----------|
|   | Pre           | Post          |                 |           |
| 1. A patient at the end of life can make a decision and has a right to deny life support devices in advance.  | 3.45<br>±0.52 | 3.45<br>±0.52 | 0.00<br>(1.000) | -         |
| 2. A chronically ill patient can demand a life support device in advance, even if he/she is not at a stage of terminal care or end of life.   | 3.45<br>±0.52 | 3.27<br>±0.65 | 1.49<br>(.167)  | -0.31     |
| 3. A chronically ill patients have a right to make a preliminary decision to refuse of life support devices.  | 3.55<br>±0.52 | 3.36<br>±0.51 | 1.49<br>(.167)  | -0.37     |
| 4. Everyone has a right to make a preliminary decision to refuse life support devices.  | 3.55<br>±0.52 | 3.45<br>±0.52 | 0.56<br>(.588)  | -0.19     |
| 5. A healthcare provider should respect the wishes of a patient despite disagreement over end of life care decision.  | 3.45<br>±0.52 | 3.36<br>±0.51 | 0.43<br>(.676)  | -0.18     |
| 6. It may be best not to provide all information to the patient.  | 2.73<br>±1.10 | 3.00<br>±1.00 | -0.82<br>(.432) | 0.26      |
| 7. If there is a conflict between the patient's and family's wishes for end of life care decision, the nurse should follow the patient's opinion.   | 3.27<br>±0.65 | 3.45<br>±0.52 | -0.80<br>(.441) | 0.31      |
| 8. All patients capable of making a decision should prepare advance medical directives, advance care planning.  | 3.40<br>±0.52 | 3.70<br>±0.48 | -1.96<br>(.081) | 0.60      |
| 9. The nurse should actively assist patients in preparing advance medical directives, advance care planning.  | 3.36<br>±0.51 | 3.64<br>±0.51 | -1.94<br>(.082) | 0.55      |
| 10. If a primary doctor does not consider patient's value in 'death with dignity' as a treatment option, any other physicians in the patient care should provide information on life-sustaining treatment.            | 3.18<br>±0.60 | 3.36<br>±0.51 | -1.49<br>(.167) | 0.32      |
| 11. If a primary doctor does not consider a patient's value in 'death with dignity' as a treatment option, nurses for patient care should provide information on life-sustaining treatment.                           | 3.18<br>±0.60 | 3.36<br>±0.51 | -1.49<br>(.167) | 0.32      |
| 12. If a primary doctor does not consider patient's value in 'death with dignity' as a treatment option, any person in the patient care (ex. social workers) should provide information on life-sustaining treatment. | 3.18<br>±0.60 | 3.18<br>±0.60 | 0.00<br>(1.000) | -         |
| 13. Nurses should assist patients deciding on life-sustaining treatment, and its reservation or suspension should be presented as one of the options for treatments.  | 3.36<br>±0.51 | 3.36<br>±0.51 | 0.00<br>(1.000) | -         |
| 14. Nurses should have the ability to provide adequate information and counseling to ensure patients and family members in life-sustaining treatment.   | 3.50<br>±0.53 | 3.30<br>±0.48 | 1.50<br>(.168)  | 0.40      |
| Total mean score  | 3.32<br>±0.44 | 3.38<br>±0.38 | -0.84<br>(.422) | 0.15      |

3) 사전돌봄계획 수립과 관련된 자아효능감  
 사전돌봄계획 수립과 관련된 자아효능감의 교육 전후 비교 결과는 Table 5와 같다.  
 사전돌봄계획 수립과 관련된 자아효능감은 사전 1.11±0.59점, 사후 1.96±0.18점으로 교육 후 매우 유

의하게 증가하였다( $t=-4.47, p=.001, \text{cohen}'d=1.95$ ). 특히, 사전연명의료의향서 자아효능감보다 사전돌봄계획 자아효능감 점수 증가가 보다 큰 것으로 나타났다 (Cohen's  $d= 1.84$  vs. 2.01).

Table 5. Pre- and Post-Education Self-Efficacy Scores

(N=12)

| Item                       | Mean±SD   |           | t(ρ)        | Cohen's d |
|----------------------------|-----------|-----------|-------------|-----------|
|                            | Pre       | Post      |             |           |
| Advance medical directives | 1.13±0.58 | 1.93±0.20 | -4.31(.001) | 1.84      |
| Advance care plan          | 1.08±0.61 | 1.99±0.19 | -4.49(.001) | 2.01      |
| Total mean score           | 1.11±0.59 | 1.96±0.18 | -4.47(.001) | 1.95      |

3.3.2 교육 프로그램에 대한 피드백  
 교육 프로그램에 대한 연구참여자의 피드백은 다음과 같다.

1) 교육 참여 이유

교육에 참여한 이유는 자기계발(2명), 동역서 작성 후 오리엔테이션을 들으면서 해당 교육에 대한 필요성 증가(1명), 박사논문 주제 찾기(1명), 근무하면서 교육 필요성을 느낌(5명), 만성질환자 가족을 간호하면서 교육 필요성을 느낌(1명), 평소 주제에 대해 관심이 있었음(1명) 등 이었다. 연구참여자들은 모두 본 교육 프로그램에 대해 전반적으로 만족한다고 하였다.

2) 교육받는 동안 좋았던 점과 어려웠던 점

(1) 만성질환자 대상 완화간호 제공을 위한 내용습득

교육 프로그램에 참여함으로써 좋았던 점은 음악치료가 제공한 음악심상요법을 이용한 영적건강 프로그램, 의료 사회복지사가 제공한 지역사회 통합 돌봄에 대한 정보, 완화간호와 호스피스 간호를 구분할 수 있게 되었고, 비암성 만성질환자에게 제공해야 한다고 생각했지만 부담으로 느껴졌던 완화간호에 대한 부담감 해소, 회복될 수 없는 병의 진행을 겪는 환자를 간호하면서 겪었던 우울감이 해소되었다는 의견이 있었다. 또한, 교육 내용을 자신의 실무로 옮겨 생애 후기 만성질환자에게 보다 의미 있는 간호를 제공할 수 있을 것 같다고 이야기하기도 하였다.

(2) 간호사로서의 역량개발 및 롤 모델 발견의 장

오랜만에 다시 공부를 할 수 있었고, 좋은 교육을 무료로 받을 수 있어 좋았다는 것이 대다수의 의견이었다. 다른 간호사 보수교육과 달리, 다양한 경력, 학력,

간호에 대한 자긍심을 가진 동료 간호사들과의 교류를 통해 지금까지 간호에 대해 가졌던 회의감을 해소하고 반성과 성찰을 할 기회를 가짐으로써 간호학을 보다 가치 있게 보게 되었다고 진술하였다. 특히 교육에 참여한 다른 동료 간호사들과 공통점을 발견할 수 있어 동료애를 보다 강하게 느꼈으며, 이번 교육을 통해 경력 개발에 대한 생각을 구체화하게 되고, 나아가 계속 공부의 필요성을 느끼게 되어 대학원 진학을 고려하게 되었다고 진술하기도 하였다. 더욱 나아가 재가 장기요양자를 대상으로 한 창업 등 미래 간호의 새로운 분야에 대해 알게 되는 계기가 되었으며, 여러 분야를 접목하여 지역사회 통합 돌봄 간호가 제공될 수 있다는 점을 알게 되었고 시야를 넓혀 융합학문으로서의 간호학의 미래를 보게 되는 계기가 되었다고 진술하였다.

(3) 교육자 역할에 대한 부담

본 연구의 궁극적 목적이 비암성 만성질환자들에게 자가간호 및 완화간호 교육을 제공할 수 있는 간호사 양성이었기에, 본 교육 프로그램은 연구참여자들이 단순히 청취자, 피교육자가 아닌 교육자가 되어 교육을 제공하는 시연과정을 오프라인 교육프로그램에 포함하고 있었다. 연구팀이 간호학 교과서 및 문헌을 기반으로 마련해 준 기본 자료에 본인들의 임상경험을 더하여 만성질환에 대한 병인론, 질병 단계별 자가간호에 대한 내용을 2-3명씩 조를 이루어 각 주제별로 계획한 후 발표수업을 하도록 하였다. 이 방법은 이론과 실무의 차이를 이해하고 임상실무에서 적용하고 있는 현장 실무를 서로 공유하며 교육자로서의 경험을 갖게 된다는 장점이 있었다. 하지만, 어떤 참여자는 자신이 교육을 준비하고, 교육자로서 필요하다면 자신의 이야기를 해야

하는 것에 대해 부담을 표현하기도 하였다.

### 3) 프로그램 현장 적용을 위한 개선 의견

#### (1) 지역사회 돌봄에 대한 역량강화 요구

연구참여자들은 지역사회 돌봄에 대해 보다 자세히 알고 싶다는 의견을 피력했다. 이들은 음악치료, 미술치료, 케이스 매니지먼트에 대해서도 많은 관심을 보였다.

#### (2) 생애 후기 비암성 만성질환자 간호를 위한 간호사 교육임을 강조한 홍보 필요

많은 간호사들이 완화간호를 생애말기 환자들에게 제공하는 호스피스 간호 또는 임종간호로 오해한다. 그래서 본 교육이 생애 후기 비암성 만성질환자를 간호하고 있는 간호인들을 위한 교육임을 강조하여 프로그램을 홍보할 것을 조언하였다.

#### (3) 이러닝 프로그램 개발

향후 보다 많은 간호사들이 교육에 접근할 수 있는 전략을 강구하도록 조언하였다. 예를 들어 생애 말기 암성환자를 위한 호스피스 완화의료 이러닝 프로그램처럼 기존에 오프라인으로 제공하였던 생애 후기 비암성 환자 간호를 위한 교육 프로그램을 정보기술을 접목하여 개발할 것을 제안하였다.

## 4. 논의

본 파일럿 연구는 향후 실시할 생애 후기 비암성 만성질환자들을 위한 간호사 교육 프로그램의 현장 실행 및 확산을 위해 대상자 접근성, 개발된 프로그램의 효과성을 알아보기 위해 수행되었다. 또한 연구참여자의 교육 참여율, 완수율을 확인하고, 프로그램 현장 적용을 위한 피드백을 수집하고자 수행되었다.

생애 후기 만성질환자 대상 완화간호 간호사 교육 프로그램에 대한 요구도는 모집과정과 간호사들의 프로그램 참여율을 통해 확인할 수 있었다. 120시간이라는 장기간의 교육이지만 교육 참여율은 31.9%, 교육 완수율은 86.7%였다. 향후 오프라인 교육시간을 줄이고 교육을 초급, 중급, 고급의 단계별로 기획하며, 주말 이외의 교육, 교육비 선납 문제 해결, 의무교육인 보수교육과 연계하는 등 탄력적 운영을 고려한다면 교육의 확장 가능성을 높일 수 있을 것이라 사료된다.

본 연구에서 사전돌봄계획과 관련된 지식 점수는 교육 후 매우 크게 증가하였고( $t=-4.02, p<.002, \text{cohen}'d=1.54$ ), 교육 프로그램에 참여한 간호사들은 전반적으로 만족하여

생애 후기 비암성 환자를 위한 완화간호 간호사 교육의 필요성, 효과성, 향후 현장 적용 가능성을 확인할 수 있었다. 사전돌봄계획 수립에 대한 간호사의 태도는 교육 전 3.32점에서 교육 후 3.38점으로 증가하였으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 하지만 이것은 사전돌봄계획에 대한 태도 도구 개발 시 참고했던 도구[22]로 '측정한 생의 말기 치료 결정과 사전의사결정에 대한 태도'에서 보고한 점수를 4점 척도 기준으로 환산한 3.25점(60점 중 48.7점)과 유사한 결과라고 할 수 있다. 이는 간호사 스스로가 평소 사전돌봄계획 수립의 필요성을 느끼고 있고, 호의적인 태도를 갖고 있음을 보여주는 결과이기도 하며, 도구가 가진 천정효과를 암시하는 것이기도 하다. '환자에게 모든 정보를 제공하지 않는 것이 최선일 수 있다고 생각한다'는 항목은 교육 전, 후 가장 낮은 점수를 받은 항목으로 의료결정의 주체가 누가 되어야 하는지에 대한 동·서 가치관의 차이를 보여주는 항목이기도 하다[6]. 의료결정의 주체에 대한 결정은 사전돌봄계획이나 연명으로 결정에 큰 영향을 미치는 요소이므로 향후, 이 부분에 대한 간호사들의 생각을 보다 명료하게 알기 위해 질적 연구를 해 볼 것을 제안한다.

사전돌봄계획에 대한 지식이나 사전돌봄계획 수립과 관련한 자아효능감은 사전연명의료의향서 영역, 돌봄계획 영역 모두에서 사후 평균점수가 약 2배 가까이 유의하게 증가하였다. 이는 본 연구의 선행과제였던 비암성 만성질환자와의 심층면담 결과[3]인 환자들의 완화간호에 대한 요구도 및 간호사에게 기대하는 내용들을 참여자에게 제공하고 토론을 통한 성찰의 기회를 마련함으로써 중증 만성질환자 간호 시 느끼는 불안이나 부담감이 충분히 극복된 것이라 사료된다.

본 연구의 결과는 향후 간호사 보수교육의 내용 및 방향에 대해서도 시사하는 바가 크다. 간호사들은 체계적으로 간호지식을 갖춘 전문가 집단으로 자신의 업무에서 성취감을 느끼고 자신감을 가질 때 직무에 만족하고 높은 업무성과를 보이지만, 그렇지 못할 경우 의욕 저하, 스트레스 및 소진을 느껴 결국 이직 가능성이 높아진다[24]. 간호사의 보수교육 또한 전문간호직에 있는 간호사들에게 지속적인 교육을 제공하여 최신 정보를 업데이트하게 하고 경력개발을 하는데 유용한 교육 프로그램이다. 하지만 의료기관의 증가와 경쟁적 환경, 과도한 업무 속에 관행적으로 실시되거나 온라인 교육

같은 비대면 교육의 실효성에 대한 자신감 부족, 강의식 집합식의 획일화된 교육체계 등은 대상자의 다양한 요구를 제대로 반영하지 못하고 있다는 비판을 받고 있다[25]. 2013년 4월 28일 의료인 면허신고제 전면 실시를 통해 보수교육이 의무화되면서[26] 교육의 질 및 임상경력별 교육 요구도의 중요성이 증가하였다[27]. 또한 일부 연구[28]에서는 경력간호사의 경우 근무경력에 따라 능력과 경험의 차이가 있어 교육요구 및 전문성 수준에 따른 차등화 된 교육이 필요하다고 지적하였다. 따라서 계속 교육의 효율성을 높이고 지역사회의 대상자가 요구하는 맞춤형 전문간호를 제공하기 위해 경력 단계에 맞는 실질적인 교육 프로그램의 개발, 적용 및 확산을 위한 연구가 필요하다고 생각한다. 코로나 사태를 겪으면서 원격진료, 비대면 교육에 대한 사회적 인식의 긍정적 변화 및 필요성이 크게 대두되고 있다. 이는 향후 간호사 교육 프로그램에도 큰 영향을 미치게 될 것이며, 이러한 변화를 주도하기 위한 적극적·융합적 시각과 접근이 필요한 시점으로 사료된다.

본 연구는 기존 간호사 보수교육의 한계점으로 지적되었던 사항들을 숙고하여 새로운 형태의 교육방법을 적용하였고, 향후 간호사 교육개발 시 참고할 여러 교훈들을 제시하고 있다. 본 연구에서는 온라인과 오프라인 교육, 실습으로 교육을 구성하였고, 오프라인과 온라인의 장단점을 접목하였다. 또한 관심 주제는 일치하나, 연령대나 교육 수준이 다양한 간호사를 소집단으로 묶어 집단 과제를 하도록 하고 교육하는 방식은 교육 집단 내에서 롤모델을 찾고, 직업이나 학업에 대한 정보 공유의 장을 마련하는 계기가 되었다. 따라서 연구참여자들은 연구팀이 의도했던 프로그램 효과 외에 전문성 향상에 대한 동기유발이 되었으며, 향후 연구팀이 비슷한 프로그램을 개발하여 제공한다면 개인 부담금을 내고서라도 교육 프로그램에 참여할 의사가 있다고 밝히기도 하였다.

연명의료결정법에 대한 정확한 지식과 현황에 대한 설명이 가능한 현장에서 연명의료결정 상담을 하고 있는 학사학위 소지 간호사와 환자 안위 증진을 위해 함께 협업하고 있는 다른 전문직(예: 의료 사회복지사, 호스피스 팀의 음악치료사)들을 간호사 교육의 강사로 초대하여 그들의 일을 소개한 것 역시 새로운 시도로 볼 수 있다. 적용-확산연구에서 이론과 실무의 협업, 모든 이해당사자(stakeholders)들의 참여는 성공의 필수요

소이다. 이를 위해 연구팀은 환자들의 목소리를 선행연구에서 듣고, 그 내용을 교육에 포함시켰다. 또한 연구팀뿐 아니라, 현장경험이 풍부한 전문가들을 강사로 초청함으로써, 환자, 가족들의 목소리를 전달하고, 환자들에게 제공되는 현존 서비스를 경험해보도록 하는 교육을 제공하였다. 이를 통해 연구참여자들은 완화간호 제공에 대한 불안감이 해소되었으며, 환자 간호에 있어 다학제적 팀 접근이 왜 필요하고 어떤 효과를 갖게 되는지를 체감했다고 하였다. 또한 의사표현이나 치료적 결정이 어려울 때를 대비하여 의료에 대한 결정뿐 아니라 포괄적 돌봄계획을 세우는 사전돌봄계획(Advance Care Planning)이 의료적 처치에 중점을 둔 사전연명의료의향서나 연명의료결정서와 어떻게 차별화되는지를 느꼈다고 보고하였다. 이와 함께 간호가 정의하는 건강이 신체적, 정신적, 사회적, 영적 통합임을 고려하면 환자들의 권리로서 제공되어야 할 사전돌봄계획 수립을 주치의에게만 맡길 것이 아니라 보다 적극적으로 지지하고 옹호해야 할 필요성을 느꼈다고 하였다.

본 연구가 생애 후기 만성질환자를 위한 완화간호 제공에 대한 긍정적 방향과 간호사 영역 확대 및 계속교육에 여러 시사점을 남겼지만, 연구결과를 확대 해석하는데에는 다음과 같은 제한점이 있다. 첫째 본 연구에 참여한 사람들은 연구 참여와 관련하여 금전적 혜택이나 경력 인정의 혜택이 거의 없었음에도 적극적으로 교육에 참여한 자들로 경력개발이나 직무능력 향상에 자기 동기 부여가 매우 강한 집단으로 사료된다. 따라서 이들로부터 얻은 결과를 간호사 일반에게 적용하기에는 부족한 측면이 있다. 둘째, 본 프로그램이 파일럿(예비) 연구이기는 하지만 참여자 수가 적은 것도 연구의 결과를 확대 해석하는 데에 신중을 기하여야 할 요소로 사료된다. 비슷한 맥락에서 교육프로그램 참여에 관심을 보였던 모든 상급종합병원 간호사들이 교육 철회를 결정한 것 역시 본 프로그램을 확대 적용하기 전에 상급종합병원 간호사들을 대상으로 해당 프로그램을 시행해 보고 수정·보완할 점을 파악하는 것도 중요한 과제로 사료된다.

## 5. 결론 및 제언

본 연구를 통해 얻어진 결과는 향후 생애 후기 비암성 만성질환자에게 완화간호 서비스를 수행할 수 있는 간호사 교육 프로그램, 나아가 다학제적 접근을 통한 만성질환자 케어코디네이션 프로그램 개발의 근거를

제시할 것으로 기대된다. 교육시간을 줄이기 위해 생애 말기 호스피스 간호와 생애 후기 완화간호 교육을 분리하고, 오프라인으로 제공했던 생애 후기 만성질환자들의 완화간호를 호스피스 표준과정과 같이 온라인교육으로도 개발할 것을 제안한다. 또한 간호사 보수교육 법정 의무시간으로 정해진 8시간을 오프라인 교육 시간으로 활용하여 온라인교육과 오프라인교육의 장점을 극대화 할 수 있도록 프로그램을 재구성한 후, 그 효과를 검증하는 연구를 제안한다. 마지막으로 본 연구의 결과와 향후 수정 보완된 프로그램의 결과를 비교 분석해 보는 것도 의미 있을 것으로 사료된다.

## REFERENCES

- [1] P. Larsen. (2017). *Libkin's Chronic illness: Impact and intervention*. 10th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- [2] J. M. Teno, S. Weitzen, M. L. Fennell & V. Mor. (2001). Dying trajectory in the last year of life: does cancer trajectory fit other diseases?. *Journal of Palliative Medicine*, 4(4), 457-464. DOI : 10.1089/109662101753381593
- [3] E. S. Cha, J. H. Lee, K. W. Lee & Y. J. Hwang. (2019). Illness experiences and palliative care needs in community dwelling persons with cardiometabolic diseases. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 22(1), 8-18. DOI : 10.14475/kjhpc.2019.22.1.8
- [4] C. L. Ahia & C. M. Blais. (2014). Primary palliative care for the general internist: integrating goals of care discussions into the outpatient setting. *The Ochsner Journal*, 14(4), 704-711.
- [5] E. S. Cha et al. (2012). Educational needs for improving self-care in heart failure patients with diabetes. *The Diabetes Educator*, 38(5), 673-684. DOI: 10.1177/0145721712450923
- [6] L. S. Ke, X. Huang, W. Y. Hu, M. O'Connor & S. Lee. (2017). Experiences and perspectives of older people regarding advance care planning: A meta-synthesis of qualitative studies. *Palliative Medicine*, 31(5), 394-405. DOI : 10.1177/0269216316663507
- [7] J. Shin, S. J. Yoon, S. H. Kim, E. S. Lee, S. J. Koh & J. A. Park. (2017). A Qualitative study of physicians' perspectives on non-cancer hospice-palliative care in Korea: focus on AIDS, COPD and Liver Cirrhosis. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 20(3), 177-187. DOI : 10.14475/kjhpc.2017.20.3.177
- [8] M. Bakitas et al. (2013). Palliative care consultations for heart failure patients: how many, when, and why? *Journal of Cardiac Failure*, 19(3), 193-201. DOI : 10.1016/j.cardfail.2013.01.011
- [9] Y. E. Lee, E. J. Choi, J. S. Park & S. H. Shin (2013). Perception and knowledge of hospice care and attitude toward death held by medical professionals from the same region in Korea. *Korean Journal of Hospice Palliat Care*, 16(4), 242-252. DOI : 10.14475/kjhpc.2013.16.4.242
- [10] J. A. Park & D. Y. Jung (2013). The comparing perception of advance directives in one general hospital doctors and nurses. *Health & Nursing*, 25(2), 25-33.
- [11] C. K. Koh, C. M. Ko & H. Park. (2017). Critical Care Nurses' Perception of Life-sustaining Treatment at End of Life: A Content Analysis. *Journal of Korean Critical Care Nursing* 10(1), 41-50.
- [12] H. S. Jeong & O. S. Kim. (2013). Anxiety, depression and health behavior of elderly with chronic diseases. *Health & Nursing*, 25(2), 35-46.
- [13] B. Estabrook, J. Zapka & S. C. Lemon. (2012). Evaluating the implementation of a hospital work-site obesity prevention intervention: applying the RE-AIM framework. *Health Promotion Practice*, 13(2), 190-197. DOI : 10.1177/1524839910385897
- [14] L. Wozniak et al. (2012). Applying the RE-AIM framework to the Alberta's caring for diabetes project: a protocol for a comprehensive evaluation of primary care quality improvement interventions. *BMJ Open*. 2(5). DOI : 10.1136/bmjopen-2012-002099
- [15] R. C. Brownson, G. A. Colditz & E. K. Proctor. (2012). *Dissemination and implementation research in health: translating science to practice*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, Inc.
- [16] R. Hil. (1998). What sample size is "enough" in internet survey research? *Interpersonal computing and technology*. *An Electronic Journal for the 21st Century*. 6, 3-4.
- [17] S. Isaac & W. B. Michael. (1995). *Handbook in research and evaluation*. CA: Educational and Industrial Testing Services.

- [18] A. L. Whitehead, S. A. Julious, C. L. Cooper & M. J. Campbell. (2016). Estimating the sample size for a pilot randomised trial to minimise the overall trial sample size for the external pilot and main trial for a continuous outcome variable. *Statistical Methods in Medical Research*, 25(3), 1057-1073.  
DOI : 10.1177/0962280215588241
- [19] D. Heo. (2009). Patient autonomy and advance directives in Korea. *National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency*, 52(9), 865-870.
- [20] S. Y. Park. (2017). *Current status of advance care planning and factors affecting in life-sustaining treatment decision-making process for critical ill patients in Korea*. Doctoral dissertation. Ulsan University, Ulsan.
- [21] M. A. Jezewski, J. Brown, Y. W. Wu, M. A. Meeker, J. Y. Feng & X. Bu. (2005). Oncology nurses' knowledge, attitudes, and experiences regarding advance directives. *Oncology Nursing Forum*, 32(2), 319-327.  
DOI: 10.1188/04.Onf.319-327
- [22] M. Y. Kim & K. S. Kim. (2010). Korean nurses' attitude towards advance directives and end of life decision making. *Journal of Korean Critical Care Nursing*, 3(2), 77-90.
- [23] S. W. Hong & S. M. Kim. (2013). Knowledge regarding advance directives among community-dwelling elderly. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, 19(3), 330-340.  
DOI : 10.5977/jkasne.2013.19.3.330
- [24] Y. M. Kim & Y. S. Kang. (2013). The relationship among career plateau, self-efficacy, job embeddedness and turnover intention of nurses in small and medium sized hospitals. *Journal of the Korean Academia-Industrial Cooperation*, 14(10), 5078-5090.  
DOI : 10.5762/KAIS.2013.14.10.5078
- [25] J. M. Na. (2012). *A study on medical practitioners' perceptions on continuing medical education*. Master thesis. Keimyung University. Daegu.
- [26] Ministry of Health and Welfare. (2014). *Division of Healthcare Resources Policy: Health insurance review and assessment service*. Ministry of Health and Welfare.
- [27] J. H. Go, J. Hur & M. R. Han. (2014). The analysis of raw data of completion of offline continuing education in nursing in Seoul, 2008-2012. *Journal of Digital Convergence*, 12(6), 527-538.  
DOI : 10.14400/JDC.2014.12.6.527

- [28] J. L. Lee. (2014). *Development and evaluation of nursing practice education model for internal medicine field wards nurses based on nurses' clinical ladders stage*. Doctoral dissertation. Korea University, Seoul.

## 차 은 석(EunSeok Cha)

[정회원]



- 1993년 2월 : 중앙대학교 간호학과 (학사)
- 1998년 2월 : 서울대학교 보건대학원(석사)
- 2005년 12월 : 피츠버그대학교 간호대학(박사)
- 2009년 12월 : 피츠버그대학교 간호대학 임상전문간호사과정(석사)
- 2016년 9월 ~ 현재 : 충남대학교 간호대학 부교수
- 관심분야 : 만성질환자 간호, 적용 및 확산연구, 다학제 융합 행동증재개발, 건강정보이해능력
- E-Mail : echa5@cnu.ac.kr

## 이 소 정(So-Jung Lee)

[정회원]



- 1994년 2월 : 중앙대학교 간호학과 (학사)
- 2004년 8월 : 중앙대학교 대학원 간호학(석사)
- 2015년 8월 : 중앙대학교 대학원 간호학(박사)
- 2016년 3월 ~ 현재 : 한국성서대학교 간호학과 조교수
- 관심분야 : 간호교육, 생명윤리, 성격강점활용
- E-Mail : fate71@bible.ac.kr