Journal of Digital Convergence
Vol. 18. No. 7, pp. 347-355, 2020

ISSN 2713-6434 / eISSN 2713-6442
https://doi.org/10.14400/JDC.2020.18.7.347

간호사의 연명의료에 대한 태도, 역할 인식 및 간호 스트레스

이미라
평택대학교 간호학과 부교수

Attitude, Role perception and Nursing stress on Life Sustaining Treatment of Nurses

Mi-Ra Lee
Associate Professor, Department of Nursing, Pyeongtaek University

요 약 본 연구의 목적은 간호사의 연명의료에 대한 태도, 역할 인식 및 간호 스트레스에 대하여 조사하고 관련 요인을 파악하는 것이다. 연구 대상자는 P시에 소재한 G 병원에 근무하는 간호사 160명이며, 구조화된 설문지를 이용하여 자료를 수집하였다. 연명의료에 대한 태도는 5점 만점에 3.33점, 역할 인식은 3.94점 그리고 간호 스트레스는 3.78점이었다. 연명의료에 대한 태도는 근무 병동 그리고 간호 스트레스는 성별, 결혼 상태, 근무 병동에서 유의한 차이가 있었다. 간호 스트레스는 역할 인식과 양의 상관관계가 있었으며, 간호 스트레스에 영향을 미치는 요인은 성별, 내과 병동, 중환자실, 역할 인식이었다. 그러므로 간호사의 연명의료 간호 스트레스 감소를 위한 교육프로그램의 개발과 효과를 확인하는 연구가 필요하다.

주제어 : 간호사, 연명의료, 태도, 역할 인식, 스트레스

Abstract The purpose of this study was to identify the attitude, role perception and nursing stress on life sustaining treatment of nurses. The participants were 160 nurses in G hospital of P city. Data were collected by using self-report questionnaires. The mean score of attitude toward life sustaining treatment was 3.33, role perception was 3.94 and nursing stress was 3.78. Attitude toward life sustaining treatment was significant difference for work unit and nursing stress was significant difference for gender, marital status and work unit. The nursing stress was positively correlated with role perception. The influencing factors of nursing stress were gender, medical ward, intensive care unit and role perception. Therefore, it is necessary to develop education program to reduce nursing stress and research is needed to verify the effectiveness of the program.

Key Words : Nurse, Life sustaining treatment, Attitude, Role perception, Stress

1. 서론

1.1 연구의 필요성

연명의료란 임종 과정에 있는 환자에게 심폐소생술, 인공호흡기 적용, 혈액투석 및 항암제 투여, 체외생명유지술, 수혈, 혈압상승제 투여 등의 의학적 시술로서 치료 효과 없이 임종 과정만을 연장하는 것이다[1]. 우리나라 65세 이상 성인의 사망 직전 1개월간 의료비는 2005년 89만원에서 2015년에는 231만원으로 약 2.6배 증가하여 사망에 가까울수록 의료비 지출이 늘어났다[2]. 노인

*Corresponding Author : Mi-Ra Lee(miralee21c@ptu.ac.kr)
Received June 9, 2020 Revised June 25, 2020
Accepted July 20, 2020 Published July 28, 2020

장기요양보험 인정자의 사망 전 급여이용 실태분석에 의하면 조사 대상의 27.8%가 사망 전 1개월간 인공적 영양공급, 인공호흡기, 중환자실, 심폐소생술, 혈액투석 등 연명의료를 받았다[3].

최근 존엄사 및 품위 있는 죽음에 대해 사회적 논의가 활발하게 진행되면서 연명의료에 대한 환자의 자기결정권을 존중하는 연명의료결정법이 2018년 2월 제정되었다. 그러나 2020년 2월 현재 60세 이상 인구 중 22.7%만이 사전연명의료 의향서를 작성하였을 뿐, 77.3%가 연명의료에 대한 결정을 하지 않은 것으로 나타났다[4].

국내 최대규모의 국립대학병원의 경우 임종 1개월 내 말기 암환자의 중환자실 이용률이 2012년 19.9%에서 2018년 30.4%로 증가하여 연명의료 결정법 시행 후에 오히려 임종을 앞둔 환자의 중환자실 이용률이 증가하였다[5]. 이는 연명의료결정법 시행 후에도 의료현장에서는 연명의료를 받는 환자들이 많다는 것을 의미한다.

연명의료 환자를 간호하는 간호사는 반복되는 과중한 업무, 보호자와의 관계, 응급상황에 빠르게 대처를 할 수 없을 때 그리고 연명의료 간호에 필요한 기술이나 지식이 부족할 때 스트레스를 받는 것으로 나타났다[6]. 간호사의 업무 관련 스트레스가 높으면 업무 만족도가 저하되고 이직의도가 높아지며 질 높은 간호를 제공하기가 어렵다. 이와 같이 연명의료결정법이 시행된 후에도 의료현장에서는 연명의료를 받는 환자가 많으므로, 간호사들의 연명의료에 대한 태도와 역할 인식을 조사하고 간호 스트레스의 영향요인을 파악하는 것이 필요하다.

연명의료에 대한 태도는 개인의 경험과 사회문화적 가치관에 따라 다양하게 나타난다[7]. 연명의료에 대한 의료인의 태도는 연명의료에 반대하는 연명의료 반대형, 연명의료 결정 시 본인의 의지가 가장 중요하다는 사전의사결정 중시형, 연명의료 중지에 관한 지침은 연명의료 판단의 근거로 사용되어야 한다는 객관적 판단 중시형으로 나타났다[8]. 간호사 등 의료인의 연명의료에 대한 태도는 환자와 보호자가 연명의료 결정 시 영향을 미친다[9]. 그러므로 간호사는 환자의 상담자, 중재자로서의 역할을 하기 위해서 자신의 연명의료에 대한 태도를 정립하는 것이 필요하다[10]. 간호사의 연명의료에 대한 태도는 환자와 보호자의 연명의료 결정에 과정에 영향을 미치며, 간호사의 역할 인식과 간호 스트레스에 영향을 미칠 수 있으므로 간호사의 연명의료에 대한 태도를 파악하는 것이 필요하다.

간호사는 정보제공자, 지지자, 옹호자, 상담자, 교육자로서 임무를 수행해야 하며, 연명의료 지속 및 중단 결정 과정에서 정보를 제공하고 환자와 가족이 의논할 수 있는 대상이 되어야 한다[11]. 그리고 연명의료 결정 시 간호사는 환자와 가족에게 정서적으로 지지를 하고 필요한 정보를 제공해야 한다[12]. 그러나 연명의료 결정 과정에서 의사는 조정자, 상담자의 역할을 하는 것로서 인식되는데 반해 간호사는 방관자 또는 아무 역할도 하지 않는 것으로 인식되고 있다[13]. 임상현장의 간호사들은 연명의료 결정 과정을 치료의 일부로써 의사의 권한이라고 생각하고 있으며 간호사는 최소한으로 개입하고, 환자 가족의 상담자로서 역할을 하는 것으로 나타났다[13, 14]. 간호사의 연명의료에 대한 역할 인식이 높은 경우 연명의료 결정 시 환자의 자기결정권에 대한 인식이 높고, 가족과 환자를 위해 중재자, 정보 제공자로서의 역할을 한다[15]. 그러므로 간호사가 연명의료와 관련된 간호제공 시 환자와 가족을 위한 지지자, 상담자, 교육자로서의 임무를 수행하기 위해 연명의료에 대한 역할 인식을 조사하고 역할 인식을 향상시키기 위한 방안을 구축하는 것이 필요하다.

간호사는 연명의료 환자 간호 시 인공호흡기, 혈액투석기 등의 기계 및 장비를 조작하는데 대한 부담감과 반복되는 과중한 간호 업무로 스트레스를 받고 있다. 연명의료 환자를 간호하면서 연명의료의 지속과 중단과정에서 윤리적 딜레마를 경험하며, 이러한 딜레마 문제가 해결되지 않을 경우 정서적 소진으로 인해 연명의료 환자 간호 시 스트레스를 받고 있다[16]. 또한 간호사는 연명의료 환자 간호 시 반복되는 과중한 업무, 보호자와의 관계, 응급상황에 빠르게 대처를 할 수 없을 때 그리고 연명의료 간호에 필요한 기술이나 지식이 부족할 때 스트레스를 받는 것으로 나타났다[6]. 그리고 간호사는 연명의료 환자의 상태가 나빠지는 것을 보면서 죄책감을 느끼고, 임종의 순간에 고통스러워하는 환자의 모습을 보며 안타까움을 느끼는 등 정서적 소진을 경험하는 것으로 나타났다[16]. 이와같이 간호사는 연명의료 간호 시 정신적 소진, 반복되는 과중한 업무, 연명의료 장비 조작 부담, 보호자와의 갈등, 연명의료 중단과 연장의 딜레마 등의 스트레스를 받고 있다. 그러므로 간호사의 연명의료 시 간호 스트레스 정도를 조사하고 영향을 미치는 요인을 파악하여 연명의료 간호 시 스트레스 감소를 위한 방안을 모색하는 것이 필요하다. 연명의료 간호 스트레스에 관한 연구는 대부분 중환자실 간호사들을 대상으로 하였으며[10, 16, 17], 병동을 포함한 간호사들을 대상으로 한 연구는 Park[6]의 연구 한편으로 매우 부족한 실정이다. 그러므로 연명의료를 경험한 간호사들을 대상으로 연

명의료에 대한 간호 스트레스를 조사하는 것이 필요하다.

이에 본 연구에서는 연명의료결정법이 시행된 후에도 의료현장에서는 연명의료를 받는 환자가 많으므로, 간호사의 연명의료에 대한 태도, 역할 인식 및 간호 스트레스를 조사하고 관련 요인을 파악하여 추후 연명의료 시 간호사가 교육자, 상담자, 지지자의 역할을 잘 수행하도록 하고 간호 스트레스를 감소시킬 수 있는 융복합적인 방안을 마련하기 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

1.2 연구목적

본 연구의 목적은 간호사의 연명의료에 대한 태도, 역할 인식 및 간호 스트레스를 파악하기 위한 것이다.

1) 대상자의 일반적인 특성, 연명의료에 대한 태도, 역할 인식 및 간호 스트레스를 조사한다.
2) 대상자의 일반적인 특성에 따른 연명의료에 대한 태도, 역할 인식 및 간호 스트레스를 파악한다.
3) 연명의료에 대한 태도, 역할 인식 및 간호 스트레스 간의 상관관계를 조사한다.
4) 연명의료 간호 스트레스에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

2. 연구방법

2.1 연구설계

본 연구는 간호사의 연명의료에 대한 태도, 간호사의 역할 인식 및 간호 스트레스를 조사하고, 이들 변수 간의 상관관계 및 영향요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2.2 연구 대상자 및 자료수집

본 연구의 대상자는 경기도 P시에 소재한 300병상 규모의 G 병원에 근무하는 간호사 중 전체 임상경력 중 연명의료 간호경험이 있는 간호사중에서 본 연구의 목적을 설명하고 동의한 간호사를 대상으로 편의 추출하였다. 자료수집 기간은 2019년 8월 19일부터 9월 20일까지이며 구조화된 설문지를 이용하여 자료를 수집하였다. 자료수집 시 윤리적인 측면을 고려하여 연구의 목적과 비밀유지 및 익명성에 대하여 설명하였다. 수집된 자료는 연구목적 외에 다른 용도로 사용하지 않을 것을 자세히 설명한 후 동의서에 서명을 받았다. 표본의 크기는 G* power 3.1 프로그램을 이용하여 다중회귀분석에 필요한 표본수를 구하기 위해 유의수준, .05, 검정력 .90, 효과 크기 .15, 예측변수 10개일 때 연구에 필요한 표본수는 147개였다. 그러나 탈락자를 고려하여 177명에게 설문 조사하였으며, 이중 응답이 불충분한 17부를 제외한 160부가 최종분석에 사용되었다.

2.3 연구 도구

2.3.1 연명의료에 대한 태도

연명의료에 대한 태도는 Park[19]의 원도구를Byun 등[12]이 수정하고 Lee[18]가 수정, 보완한 도구로 측정하였다. 이 도구는 연명의료에 대한 긍정적인 문항 3개, 부정적인 문항 14개 총 17개로 구성되어 있으며 긍정적인 3개 문항은 역채점하였다. 5점 Likert 척도로 점수의 범위는 17점에서 85점까지이며 점수가 높을수록 연명의료에 대해 부정적인 것을 의미한다. Lee[18]의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach,s α=.78이었으며, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach,s α=.75이었다.

2.3.2 연명의료에 대한 역할 인식

연명의료에 대한 역할 인식은 Byun 등[12]의 도구를 사용하여 연명의료 결정 과정에서 간호사의 역할에 대한 인식을 측정하였다. 이 도구는 총 13문항으로 부정적인 1개 문항은 역채점하였다. 5점 Likert 척도로 점수의 범위는 13점에서 65점까지이며 점수가 높을수록 간호사의 역할 인식이 높은 것을 의미한다. Byun 등[12]의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach,s α=.88이었으며, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach,s α=.82이었다.

2.3.3 연명의료 간호 스트레스

간호 스트레스는 Lee[18]의 도구로 측정하였다. 본 도구는 총 28문항으로 연명의료 간호 부담 6문항, 정신적 소진 경험 8문항, 보호자와의 갈등 6문항, 연명의료 장비 조작 부담 2문항, 대상자에 대한 연민 3문항 그리고 연명의료 중단과 연장의 딜레마 3문항으로 구성되어 있다. 5점 Likert 척도로 점수의 범위는 28점에서 140점까지이며 점수가 높을수록 연명의료 관련 간호 스트레스가 높은 것을 의미한다. Lee[18]의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach,s α=.93이었으며, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach,s α=.88이었다.

2.4 자료 분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 25.0 프로그램을 이용하여

일반적 특성에 따른 연명의료 태도, 역할 인식, 간호 스트레스는 t-test, ANOVA 그리고 사후검정은 Scheffe's test로 하였다. 연명의료 태도, 역할 인식, 간호 스트레스의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였으며, 간호 스트레스에 미치는 변수는 Hierarchical multiple regression analysis로 분석하였다.

3. 연구결과

3.1 일반적 특성

대상자는 여자가 145명(90.6%), 남자가 15명(9.4%)이었으며 나이는 20세~29세 86명(53.7%), 30세~39세 50명(31.3%) 그리고 40세 이상이 24명(15.0%) 이었다. 결혼 상태는 미혼이 94명(58.7%), 기혼이 66명(41.3%)이었으며, 학력은 4년제 대학 졸업이 106명(66.2%)으로 가장 많았다. 현재 근무하는 병동은 내과 병동 65명(40.6%), 외과 병동 39명(24.4%), 중환자실 23명(14.4%) 그리고 기타가 33명(20.6%) 이었다. 임상경력은 5년이하 73명(45.6%), 6년~10년 41명(25.6%), 11년~15년 26명(16.3%) 그리고 16년 이상이 20명(12.5%) 이었다. 임종간호 경험의 유무에서 151명(94.4%)이 임종간호 경험이 있는 것으로 나타났다(Table 1).

3.2 연명의료에 대한 태도, 역할 인식 및 간호 스트레스

연명의료에 대한 태도는 5점 만점에 평균 평점이 3.33±.39점이었으며, 역할 인식은 3.94±.44 점 그리고 간호 스트레스(전체)는 3.78±.38점이었다. 간호 스트레스를 영역별로 분석한 결과 연명의료 간호부담 3.42±.68점, 정신적 소진 경험 3.61±.52점, 보호자와의 갈등 4.06±.47점, 연명의료 장비 조작 부담 4.14±.59점, 환자에 대한 연민 4.15±.54점, 연명의료에 대한 딜레마 3.74±.56점으로 나타났다(Table 2).

3.3 일반적 특성에 따른 연명의료 태도, 역할 인식, 간호 스트레스

연명의료에 대한 태도는 근무 병동(F=3.01, p=.032)에서 유의한 차이가 있었으며, 간호 스트레스는 성별(t=2.44, p=.016), 결혼 상태(t=-2.17, p=.031) 그리고

Table 1. Attitude, Role perception and Nursing stress on Life Sustaining Treatment according to General Characteristics (N=160)

Characteristics	Categories	N(%)	Attitude		Role perception		Nursing stress	
			M±SD	t or F(p)	M±SD	t or F(p)	M±SD	t or F(p)
Gender	Female	145(90.6)	3.34±.39	0.90	3.92±42	−1.44	3.80±.36	2.44
	Male	15(9.4)	3.24±.46	(.368)	4.09±.66	(.335)	3.55±.51	(.016)
Age(years)	20~29	86(53.7)	3.33±.38	0.73	3.93±.43	0.17	3.73±.36	1.59
	30~39	50(31.3)	3.37±.40	(.482)	3.92±.45	(.842)	3.82±.43	(.208)
	≥40	24(15.0)	3.25±.43		3.98±.48		3.87±.34	
Marital status	Single	94(58.7)	3.32±.36	−0.51	3.93±.44	−0.63	3.72±.67	−2.17
	Married	66(41.3)	3.35±.44	(.613)	3.94±.45	(.950)	3.85±.40	(.031)
Level of education	College	51(31.9)	3.36±.42	2.31	3.96±.39	0.20	3.82±.40	1.37
	University	106(66.2)	3.33±.37	(.103)	3.92±.47	(.819)	3.75±.38	(.257)
	≥Master	3(1.9)	2.86±.65		4.03±.44		4.04±.22	
Work unit	Medical ward[a]	65(40.6)	3.42±.40	3.01	3.96±.46	0.53	3.70±.32	3.60
	Surgical ward[b]	39(24.4)	3.28±.39	(.032)	3.97±.45	(.663)	3.85±.41	(.015)
	ICU[c]	23(14.4)	3.36±.32	d<a†	3.83±.44		3.66±.39	a,c<d†
	et al[d]	33(20.6)	3.18±.39		3.93±.41		3.92±.42	
Work career (years)	≤1~5	73(45.6)	3.30±.38	2.07	3.91±.46	0.66	3.71±.38	1.72
	6~10	41(25.6)	3.37±.41	(.106)	3.90±.39	(.574)	3.79±.39	(.165)
	11~15	26(16.3)	3.46±.37		4.04±.42		3.85±.39	
	≥16	20(12.5)	3.19±.43		3.96±.50		3.88±.36	
Experience of end-of life care	Yes	151(94.4)	3.34±.40	−1.06	3.94±.45	−0.32	3.78±.38	−1.08
	No	9(5.6)	3.20±.23	(.293)	3.89±.41	(.746)	3.64±.47	(.283)

†Scheffe,s test, ICU=Intensive Care Unit, et al=Operating room, Emergency room, Hemodialysis room, Out patient department

근무 병동(F=3.60, p=.015)에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(Table 1).

Table 2. Score of Attitude, Role perception and Nursing stress on Life Sustaining Treatment (N=160)

Characteristics	M±SD
Attitude	3.33±.39
Role perception	3.94±.44
Nursing stress(total)	3.78±.38
Burden of LST care	3.42+.68
Experience of mental exhaustion	3.61±.52
Conflict with patient,s family	4.06±.47
Burden of operation equipment	4.14±.59
Compassion for patients	4.15±.54
Dilemma of LST	3.74±.56

3.4 연명의료에 대한 태도, 역할 인식 및 간호 스트레스와의 상관관계

연명의료에 대한 태도, 역할 인식 및 간호 스트레스와의 상관관계에서 역할 인식은 간호 스트레스(r=.254, p=.001)와 상관관계가 있는 것으로 나타났다(Table 3).

Table 3. Correlation among Attitude, Role perception and Nursing stress (N=160)

Characteristics	Attitude	Role perception	Nursing stress
	r(p)	r(p)	r(p)
Attitude	1		
Role perception	.027 (.731)	1	
Nursing stress	−.909 (.258)	.254 (.001)	1

3.5 간호 스트레스에 영향을 미치는 요인

간호 스트레스에 영향을 미치는 변수를 파악하기 위해 일반적 특성에서 간호 스트레스에 통계적으로 유의하게 나타난 성별, 결혼 상태, 근무 병동과 간호 스트레스에서 유의한 상관관계가 있었던 역할 인식을 독립변수로 하고 명목변수는 가변수 처리하여 위계적 회귀분석을 하였다. 변수들의 다중공선성을 확인한 결과 공차 한계는 0.5~1.0으로 0.1보다 크고, 분산팽창계수는 1.0~1.8로 10보다 크지 않으므로 다중공선성에는 문제는 없는 것으로 나타났다. Durbin− watson 통계량은 2.015로 0 또는 4에 가깝지 않기 때문에 잔차들 간에는 상관관계가 없어 회귀모형은 적합하였다.

모델1에서 간호 스트레스에 영향을 미치는 요인은 성별(t=2.01, p=.045)로 나타났다. 모델2에서는 근무 병동을 추가로 투입하여 분석한 결과 모델1에 비해 5.6% 더 설명하여 10.9%이었으며, 성별(t=2.03, p=.044), 내과 병동(t=−2.27, p=.025) 그리고 중환자실(t=−2.67, p=.008)이 간호 스트레스의 영향요인이었다. 모델3에서는 역할 인식을 추가로 투입하여 분석한 결과 간호 스트레스의 변량을 17.8% 설명하고 있으며, 이는 모델2에 비해 6.9% 더 설명하고 있다. 간호 스트레스에 영향을 미치는 요인은 성별(t=2.51, p=.013), 내과 병동 (t=−2.44, p=.016), 중환자실(t=−2.57, p=.011) 그리고 역할 인식(t=3.60, p=.000)이었다. 간호 스트레스에 대한 변수들 간의 상대적 영향력을 평가하면 역할 인식(β=.267)이 간호 스트레스에 가장 큰 영향력을 보이는 변수이었으며 그다음이 내과 병동(β=−.242), 중환자실(β=−.228), 성별(β=.192)의 순이었다(Table 4).

4. 논의

본 연구는 연명의료 간호경험이 있는 간호사를 대상으로 연명의료에 대한 태도, 역할 인식 및 간호 스트레스를 조사하고 관련 요인을 파악하여, 간호 스트레스 감소를 위한 통합적 프로그램 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

본 연구에서 간호사의 연명의료에 대한 태도는 5점 만점에 평균 3.33점으로 연명의료에 대하여 부정적인 것으로 나타났다. 이는 중환자실 간호사를 대상을 한 Lee & Kim[16]의 연구의 3.33점과 같았으며, Um 등[17]의 연구의 3.23점과 비슷한 결과이다. 본 연구의 대상자들은 중환자실 간호사들처럼 치료의 효과 없이 단순히 생명만을 연장하는 연명의료에 대하여 부정적이라는 것을 알 수 있다. 연명의료에 대한 태도 문항 중 가장 점수가 높은 문항은 '환자는 본인의 죽음을 결정할 권리가 있다'가 4.23점으로 선행연구[15, 20] 결과와 일치한다. 간호사들은 환자의 의지와 무관하게 이루어지는 연명의료에 대하여 부정적이며, 연명의료의 중단이나 연장 결정 과정에서 환자의 자기결정권이 존중되어야 한다는 것을 의미한다. 그러나 2018년 2월 연명의료결정법이 제정되어 환자가 스스로 연명의료를 결정할 수 있음에도 불구하고 2020년 2월 현재 60세 이상 인구 중 22.7% 만이 사전연명의료 의향서에 서명한 것으로 나타나[4], 추후 전 국민을 대상으로 연명의료결정법과 사전연명의료 의향서에

Table 4. Influencing factors of Nursing stress (N=160)

	Model 1			Model 2			Model 3		
	SE	β	t(p)	SE	β	t(p)	SE	β	t(p)
(constant)	.113		32.36(<.001)	3.767		31.04(<.001)	2.821		9.80(<.001)
Gender†	.104	.160	2.01(.045)	.103	.160	2.03(.044)	.100	.192	2.51(.013)
Marital state†	.062	−.134	−1.68(.095)	.062	−.111	−1.40(.164)	.606	−.100	−1.30(.196)
Medical ward†				.080	−.234	−2.27(.025)	.077	−.242	−2.44(.016)
Surgical ward†				.087	−.079	−.807(.421)	.084	−.093	−0.979(329)
ICU†				.100	−.246	−2.67(.008)	.096	−.228	−2.57(.011)
Role perception							.064	.267	3.60(<.001)
F(p)	4.43(.013)			3.76(.003)			5.53(<.001)		
R^2	.053			.109			.178		
Adjusted R^2	.041			.080			.146		

†Dummy variable, ICU=Intensive Care Unit

대한 교육 및 홍보가 필요하다. 연명의료에 대한 태도는 일반적인 특성 중에서 근무하는 병동에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났는데, 내과 병동에 근무하는 간호사들이 혈액투석실, 응급실, 외래 등 기타부서에 근무하는 간호사들보다 연명의료에 대하여 부정적인 것으로 나타났다.

이와 같이 내과 병동에 근무하는 간호사가 연명의료에 대하여 부정적인 이유는 내과 병동에는 고혈압, 당뇨병, 폐렴, 만성폐쇄성폐질환 등 간호의 의존도가 높은 만성질환 환자들이 입원하기 때문에 간호사의 업무량이 많은 상태에서 연명의료 환자를 간호하는데 많은 노력과 시간이 소요되고 인공호흡기 등 연명의료 장비들을 다루는 것에 대한 부담감 때문에 치료의 효과가 없는 연명의료에 대해 부정적인 것으로 사료된다.

연명의료에 대한 역할 인식은 5점 만점에 3.94점으로 간호사를 대상으로 한 Hwang[20] 연구의 3.90점, Yu[15] 연구의 3.82점보다 높은 것으로 나타났다. Chang 등[21]의 연구에서도 간호사는 연명의료 결정과 관련하여 보호자보다 환자와 직접 논의하고 연명의료 결정에 도움을 줄 의향이 있다고 하였다. 본 연구의 대상자들은 간호사의 역할에 대한 인식이 높았는데, 연명의료 결정 과정에서 간호사가 적극적으로 참여해야 한다고 인식하고 있었다. 그러나 실제 임상현장에서 간호사들은 연명의료 결정 과정을 치료 과정의 일부로 의사의 권한이라고 여기고 간호사들은 최소한으로 개입한다[14]. 또한 간호사는 연명의료 결정 시 환자 및 보호자와의 의사소통 부재, 자신감 부족, 역할 범위의 불분명 등으로

참여를 하지 못하고 있다. 따라서 연명의료 결정 시 간호사의 적극적인 참여 및 역할을 위해서 연명의료 결정과 관련한 간호사의 역할을 명확하게 정립하고 체계적인 교육과 지침을 마련하는 것이 필요하다. 역할 인식의 문항 중 가장 점수가 높은 문항은 '간호사는 객관적이고 전문적인 입장에서 필요한 정보를 제공하고 그들의 판단을 존중해 주어야 한다'로 4.37점이었다. 이는 간호사의 역할 중 정보제공자, 지지자의 역할로 간호사는 환자 곁에서 24시간 간호를 제공하면서 환자나 보호자가 궁금해하는 것에 대하여 객관적이고 전문적인 입장에서 정보를 제공하는 것이 중요하며 환자가 판단하는 것을 비판하지 말고 존중해 주어야 한다고 인식하고 있다는 것을 알 수 있다.

간호 스트레스는 5점 만점에 평균 3.78점으로 중환자실 간호사를 대상으로 한 Lee 등[16] 연구의 3.73점 그리고 Um 등[17] 연구의 3.74점과 비슷하였다. 즉, 혈액투석실, 응급실, 수술실 등에 근무하는 간호사도 중환자실에 근무하는 간호사만큼이나 연명의료와 관련하여 간호 스트레스를 받는다는 것을 알 수 있다. 간호 스트레스를 영역별로 분석하였을 때 환자에 대한 연민이 4.15점으로 가장 높았으며 그다음이 기계 조작의 부담감 4.14점 그리고 보호자와의 갈등 4.06점의 순으로 나타났다. 이는 Kim 등[22] 연구와 비슷한 결과로 간호사는 연명의료 환자에 대한 연민과 관련하여 스트레스를 가장 많이 받는 것으로 알 수 있다. Taylor 등[23]의 연구에서도 연명의료로 인하여 환자가 힘들어 할 때 간호사는 감정이입이 되면서 스트레스를 받는다고 하였다.

그다음으로 연명의료 간호 시 고도의 지식과 기술을 필요로 하는 기계 조작에 대한 부담감과 자신감 부족으로 인하여 스트레스를 받는 것으로 나타났다. 간호 스트레스 문항에서 '주치의가 명확하지 않은 처방을 내릴 때' 4.34점, '환자의 보호자가 의료진을 원망할 때' 4.26점,

‘보호자가 위급한 상황을 두고 우선순위가 아닌 일에 몰두할 때’ 4.20점의 순으로 간호 스트레스를 받는 것으로 나타났다. 이는 의료진과의 의사소통 및 협업의 부재로 인한 스트레스와 보호자와의 갈등상황 그리고 의료진과 보호자 간의 신뢰 상실로 인해 스트레스를 받는 것을 알 수 있다. Bloomer 등[24]의 연구에도 간호사는 연명의료 중인 환자의 보호자와 의사소통을 하는데 어려움으로 인하여 스트레스를 받는 것으로 나타났다. 따라서 간호사가 연명의료 환자 간호 시 스트레스를 감소시키기 위해서는 의료진과의 의사소통 방법, 보호자와의 갈등상황 업무 매뉴얼 개발, 응급상황에 대처하는 방법 그리고 연명의료에 사용되는 의료 장비에 대한 교육프로그램의 개발 및 적용이 필요할 것으로 사료된다. 간호 스트레스는 성별, 결혼 상태 그리고 근무 병동에 따라 차이가 있는 것으로 나타났는데, 여성 그리고 기혼자가 간호 스트레스가 높았으며, 혈액투석실, 응급실, 수술실 등에 근무하는 경우 간호 스트레스가 높은 것으로 나타났다. 여성이 연명의료에 대한 간호 스트레스가 높은 것은 여성의 스트레스 민감성이 더 높기 때문으로 사료된다[25]. 그러나 본 연구의 남자 간호사 표본 수가 여자 간호사에 비해 매우 부족하므로 추후 후속 연구를 통해 확인하는것이 필요하다. 근무부서 중 혈액투석실, 응급실, 수술실 등에 근무하는 간호사가 중환자실 간호사들 보다 연명의료 간호 스트레스가 더 높은 것으로 나타났다. Kim 등[22]의 연구에서도 병동 간호사들이 중환자실 간호사들보다 연명의료 간호 스트레스가 더 높았다. 중환자실 간호사는 생명이 위급한 환자와 연명의료 환자 간호에 숙련되어 있고, 인공호흡기와 지속적 신대체요법과 같은 복잡한 기계와 장비 조작에 능숙하기 때문에 다른 부서에 근무하는 간호사들보다 연명의료 간호 시 스트레스가 낮은 것으로 사료된다. 그러므로 연명의료 간호 스트레스 감소를 위한 프로그램이나 교육을 할 때 근무부서에 따라 맞춤형 프로그램을 개발하고 적용을 하는 것이 효과적일 것이라고 생각한다.

간호 스트레스는 역할 인식과 상관관계가 있는 것으로 나타났는데, 이는 연명의료에 대한 간호사의 역할 인식이 높을수록 간호 스트레스가 높았다는 선행연구[16] 결과와 일치한다. 연명의료 결정 과정에서 간호사는 정보제공자, 상담자 및 옹호자의 역할을 해야 하는것으로 인식을 하고는 있지만 실제 임상현장에서는 업무의 과중으로 인해 감당해야 할 역할이 많아지면서 연명의료 관련 간호 스트레스를 많이 받는 것으로 생각된다. 간호 스트레스에 영향을 미치는 요인은 역할 인식, 내과 병동, 중환자실, 성별의 순이었다. 즉 간호 스트레스에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 역할 인식이었는데, 연명의료 환자 간호에 있어 간호사의 역할이 적극이어야 한다고 인식하는 경우 간호 스트레스에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 역할 인식 중에서 간호사의 역할 중 정보제공자, 지지자의 역할이 중요함을 인식하였다. 또한 ‘연명의료 중단을 결정한 환자라도 간호사는 마지막까지 최선을 다해 간호해야 한다’ 라는 역할 인식도 높은 것으로 나타나 간호사는 연명의료 간호 시 전문적이고 다양한 역할 등으로 인해 스트레스를 많이 받는 것을 알 수 있다. 그러므로 연명의료 환자를 간호하는 간호사들의 역할 관련 스트레스 감소를 위한 프로그램의 개발 및 적용이 필요하다. 그리고 근무부서 중에서 내과 병동과 중환자실이 간호 스트레스에 가장 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 내과 병동은 고령의 만성질환자들이 장기간 입원을 하므로 간호 요구도가 높고 결국에는 연명의료로까지 이어지게 되면서 과중한 업무로 인하여 연명의료 스트레스가 높은 것으로 생각이 된다. 중환자실은 중증환자와 연명의료 환자에게 특수간호와 숙련된 간호를 제공해야 하며 특히 첨단 의료장비에 대한 지식과 기술을 필요로 하기 때문에 간호 스트레스가 높은 것으로 사료된다.

본 연구결과를 토대로 간호사의 연명의료 관련 스트레스를 감소시키기 위해서는 연명의료 결정 시 간호사의 역할을 명확하게 정립하고, 근무부서를 고려한 통합적 맞춤형 스트레스 감소 프로그램의 개발 및 적용이 필요하다.

5. 결론 및 제언

본 연구는 연명의료 간호경험이 있는 간호사를 대상으로 연명의료에 대한 태도, 역할 인식 및 간호 스트레스를 조사하고 관련 요인을 파악하여, 간호 스트레스 감소를 위한 통합적 프로그램 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었다. 간호사의 연명의료에 대한 태도는 연명의료에 대하여 부정적이었으며, 내과 병동에 근무하는 간호사들이 혈액투석실, 응급실, 외래 등 기타부서에 근무하는 간호사들보다 연명의료에 대하여 부정적인 것으로 나타났다. 연명의료에 대한 간호사의 역할에 대한 인식이 높았는데, 연명의료 결정 과정에서 간호사가 적극적으로 참여해야 한다고 인식하고 있었다.

간호 스트레스는 중간 정도 보다 높았는데, 중환자실에 근무하는 간호사만큼 간호 스트레스를 받았으며, 의료진과의 의사소통 및 협업의 부재로 인한 스트레스, 보호

자와의 갈등상황, 의료진과 보호자 간의 신뢰 상실 그리고 연명의료에 대한 자신감 부족으로 인하여 스트레스를 받는다고 하였다. 간호 스트레스는 여성, 기혼자 그리고 혈액투석실, 응급실, 수술실 등에 근무하는 경우 간호 스트레스가 높았으며, 역할 인식과 상관관계가 있었는데 연명의료에 대한 간호사의 역할 인식이 높을수록 간호 스트레스가 높았다. 간호 스트레스에 영향을 미치는 요인은 역할 인식, 내과 병동, 중환자실, 성별의 순이었다. 즉, 연명의료 환자 간호 시 간호사의 역할이 적극이어야 한다고 인식하는 경우 간호 스트레스에 가장 큰 영향을 미쳤으며, 그다음이 내과 병동과 중환자실이었다. 그러므로 연명의료 관련 간호 스트레스를 감소시키기 위해서는 연명의료 결정 시 간호사의 역할을 명확하게 정립할 수 있는 역할 관련 매뉴얼 및 교육과 근무부서를 고려한 통합적 맞춤형 스트레스 감소 프로그램의 개발 및 적용이 필요하다.

본 연구는 일 종합병원의 간호사들을 대상으로 하였기 때문에 연구결과를 전체 간호사들에게 일반화시키는데 제한점이 있다. 그러므로 추후 지역과 대상자를 확대한 연구를 통해 간호사의 연명의료에 대한 태도, 역할 인식 및 간호 스트레스와의 관계를 재확인하고 비교하는 반복 연구를 제언한다. 또한 연명의료 결정 시 간호사의 역할을 명확하게 정립할 수 있는 교육프로그램과 근무부서를 고려한 통합적 맞춤형 스트레스 감소 프로그램의 개발하고 그 효과를 확인하는 연구를 제언한다.

REFERENCE

[1] Ministry of Health and Welfare. (2019). Revised the life-sustaining treatment Act. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&BOARD_ID=140&BOARD_FLAG=00&CONT_SEQ=348830.

[2] National Health Insurance service. (2017). *Efficient management plan for elderly medical expenses in preparation for an aging society.* https://www.nhis.or.kr/bbs7/boards/B0069/23576?bodKey=39&boardName=B0069.

[3] National Health Insurance service. (2014). *Analysis of the use of wages before death by the long-term care insurance recipient.* https://www.nhis.or.kr/bbs7/boards/B0069/12977?bodKey=39&boardName=B0069.

[4] Ministry of Health and Welfare(2020). 2 years of life-sustaining treatment Act. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PA

[5] After the implementation of the life sustaining treatment Act. (2019. July.9). MEDI:GATE NEWS. https://medigatenews.com/news/702311991.

[6] D. H. Park. (2018). A*ttitude toward the termination of life-sustaining treatment of nurse in general hospital and life-sustaining treatment nursing care stress*. Unpublished Master's thesis, Changwon National University, Changwon.

[7] E. J. Yeun & M. S. Song. (2011). Attitude toward the life-sustaining treatment(LST) among Korean adults: An application of Q-methodology. *Journal of Korean Society for Scientific Study of Subjectivity, 22(1).* 129-145.

[8] E. J. Yeun, Y. P. Hong & H. H. An. (2016). Attitude toward life-sustaining treatment(LST) of health professionals and general public: A Co-orientational look. *Journal of the Korean society for Wellness, 11(2)*, 1-14. DOI: 10.21097/ksw.2016.05.11.2.1.

[9] M. O. Park & H. J. Yun. (2016). Nurse's experience dealing with ethical dilemma in intensive care unit. Asia-pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, *Humanities and Sociology, 6(8)*, 81-93. DOI:10.14257/AJMAHS.2016.08.36.

[10] J. K. Um. (2017). *Life-sustaining treatment Attitude, Stress and Advanced Directives Awareness in ICU Nurses*. Unpublished Master's thesis. Gangneung-Wonju National Univesity, Wonju.

[11] M. S. Haras, S. K. Astroth & S. P. Kossman (2015). Exploring advanced care planning from the nephrology nurse perspective: A literature review. *Journal of American Neprology Nurses Association, 42(1)*, 23-35. PMID: 26290915.

[12] E. K. Byun, H. R. Choi, A. L. Choi, N. M. Kim. K. H. Hong & H. S. Kim. (2003). An Investigative research on the attitudes of Intensive Care Unit nurses and families on terminate life support, *Clinical nursing Research, 9(1)*, 112-124. UCL:G704-000921.203.9.1.005.

[13] S. O. Kim.(1999). *Characteristic analysis of stop treatment at intensive care unit.* Unpublished Master's thesis. Yonsei University, Seoul.

[14] M. S. Yi, S. E. Oh, E. O. Choi, I. G. Kwon, S. B. Kwon, K. M. Cho et al. (2008). Hospital nurses' experience of Do-Not-Resuscitate in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing, 38(2)*, 298-309. DOI: 10.4040/jkan2008.38.2.298.

[15] J. I. Yu. (2019). *Knowledge on advance directive, attitude and role perception on life sustaining treatment among nurses in general hospitals.* Unpublished Master's thesis. Hanyang University, Seoul.

[16] S. J. Lee & H. Y. Kim. (2017). Attitude, role perception and nursing stress on life sustaining treatment among Intensive Care Unit nurses. *Korean Journal of Adult Nursing, 29(2)*, 131-142.

DOI: 10.7475/kjan.2017.29.2.131.

[17] J. K. Um, G. H. Suh & S, Park. (2018). Life-sustaining treatment attitude, stress and advanced directive awareness in ICU nurses. *J Korean Bioethics Assoc, 19(1)*, 37-50.
DOI: 10.305.

[18] S. J. Lee. (2016). *The role perception, nursing stress and attitude on life sustaining treatment among Intensive Care Unit nurses*. Unpublished Master's thesis. Keimyung University. Daegu.

[19] G. S. Park. (2000). *Sense researches of medical agent over euthanasia of patients who can't resuscitate: Q-Methodological approach*. Unpublished Master's thesis. Dankook University. Seoul.

[20] H. S. Hwang. (2019). *Effects of nurses knowledge of advanced directive, role perception of life sustaining treatment and death orientation on their attitude toward withdrawal from life sustaining treatment.* Unpublished Master's thesis. Korea Bible University. Seoul.

[21] H. T. Chang, M. H. Lin, C. K. Chen, T. H. Chen & S. J. Hwang (20200. Nurses experience and factors related to their attitudes regarding discussions with patients and family members about Do-Not-Resuscitate decision and Life-sustaining treatment withdrawal: A hospital-based cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health, 17(2)*. 1-6.
DOI:10.3390/ijerph17020557.

[22] S. K. Kim, S. H. Kim & H. Y. Yun. (2019). Factors that influence end-of-life care provided by nurses in general hospitals. *Korean J Med Ethics, 22(1)*, 53-72.

[23] I. H. F. Taylor, A. Dihle, K. Hofso & S. A. Steindal (2020). Intensive care nurses' experience of withdrawal of life -sustaining treatments in intensive care patients: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing 56*, 1-23.
DOI:10.1016/j.iccn.2019.201768.

[24] M. J. Bloomer, R. Endacott, K. Ranse & M. Coombs. (2016). Navigation communication with families during withdrawal of life-sustaining treatment in intensive care: A qualitative descriptive study in Australia and New Zealand. *J Clin Nurs, 26*, 690-697.
DOI:10.1111/jocn.13585.

[25] B. D. Sachs, J. R. Ni & M. Caron. (2014). Sex differences in response to chronic mild stress and congenital serotonin deficiency.*Psychoneuroendocr -inology, 40,* 123-129.
DOI: 10.1016/j.psyneuen.2013.11.008.

이 미 라(Mi-Ra Lee) [정회원]

· 1995년 2월 : 연세대학교 간호학과(간호학사)
· 2001년 8월 : 연세대학교 교육대학원(간호교육학 석사)
· 2005년 2월 : 서울대학교 대학원(간호학 박사)
· 2011년 3월 ~ 현재 : 평택대학교 간호학과 부교수
· 관심 분야 : 치매, 노인, 만성질환
· E-Mail : miralee21c@ptu.ac.kr