



## 한국형 사별돌봄자신감 척도 개발

권소희<sup>1)</sup> · 김영주<sup>2)</sup>

1) 경북대학교 간호대학, 대구, 교수

2) 칠곡경북대학교 병원, 권역호스피스 센터, 간호사

### Development of a Korean version of the Bereavement Care Confidence Scale (K-BCCS)

Kwon, So-Hi<sup>1)</sup> · Kim, Young-Joo<sup>2)</sup>

1) Professor, College of Nursing · Research Institute of Nursing Science, Kyungpook National University

2) Nurse, Chilgok Kyungpook National University Hospital Regional Hospice Center

**Purpose:** The purpose of this study is to evaluate the validity and reliability of the Korean Bereavement Care Confidence Scale (K-BCCS). **Methods:** The Perinatal Bereavement Care Confidence Scale (PBCCS) was translated into Korean according to an algorithm of cultural adaptation process and excluded six items which were specific to perinatal bereavement. A total of 229 clinical nurses participated in the study. Construct validity, convergent validity, discriminant validity, and group comparison validity were evaluated, and Cronbach's  $\alpha$  was calculated to estimate the reliability of the K-BCCS. **Results:** The K-BCCS consisted of 31 items in 7 factors, including knowledge and skills for bereavement care (12 items), organizational support (6 items), awareness of the needs (3 items), interpersonal skills (3 items), workload influence (2 items), continuous education (2 items), and understanding the grief process (3 items). The factor loading of 31 items within the 7 factors ranged from .60 to .86. For the convergent validity, the construct reliability (CR) ranged from .74 to .94, and the average variance extracted (AVE) ranged from .49 to .73, which is considered acceptable. The discriminant validity showed that the AVEs of the subscales were greater than the square of the correlation coefficient  $r$ . The nurses who had experience providing bereavement care ( $t=4.94$ ,  $p<.001$ ) or had received bereavement education ( $t=6.64$ ,  $p<.001$ ) showed higher K-BCCS values those without experience. The Cronbach's  $\alpha$  of 31 items was .93 and ranged from .60 to .94 per subscale. **Conclusion:** The K-BCCS is a valid and reliable tool for evaluating nurses' confidence in bereavement care.

**Keywords:** Terminal care, Bereavement, Validation study, Clinical competencies, Educational measurement

## 서론

### 연구의 필요성

한국에서 2019년 사망자는 295,110명이고, 이 중 77.1%는 요

양병원을 포함한 의료기관에서 사망했고, 주택에서 사망한 비율은 13.8%에 불과하다[1]. 의료기관 사망이 증가함에 따라 임종환자와 사별 가족을 돌보는 의료진의 책무도 커졌다. 사별은 살면서 누구나 겪게 되는 일이고, 대개의 경우 사별 직후 압도적이던 비통도 시간이 지나면 흐려진다. 그러나 적지 않은 이들의 경우

**주요어:** 임종 간호, 사별, 타당화 연구, 임상 역량, 교육학적 측정

**Address reprint requests to:** Kim, Young-Joo

Chilgok Kyungpook National University Hospital Regional Hospice Center

807 Hoguk-ro, Buk-gu, Daegu, 41404, Republic of Korea

Tel: +82-53-200-3680 E-mail: yjkim852@naver.com

**Received:** February 18, 2021 **Revised:** May 22, 2021 **Accepted:** May 22, 2021

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.

고인에 대한 극심한 갈망과 공허함으로 6개월 이상의 일상생활 장애를 일으키는 복합적 슬픔을 경험하게 된다[2]. 복합적 슬픔의 유병률은 전체 인구의 3.7%, 자녀 사별 시 23.6%, 배우자 사별 시 20.3%로 보고되고 있다[3]. 사별 후 적응과 복합적 슬픔은 성별, 연령, 사회경제적 상태, 건강 상태, 고인과의 관계, 사망의 원인 등의 개인적 요인뿐 아니라[2,3], 임종 돌봄에 대한 긍정적 혹은 부정적 인식과 기억, 고인의 임종에 대한 준비 정도, 그리고 임종기에 받은 심리적 지지에 의해 영향을 받는다[4-6]. 이 중 개인적 요인은 의료진의 노력으로 바꿀 수 없다 하더라도, 임종기 돌봄의 질과 가족의 사별 준비 정도에 따라 남겨진 가족들의 예후는 달라질 수 있다는 것이다[7]. 따라서 임종기 환자의 가족을 돌보는 의료진의 역할은 중요하다[8].

사별돌봄은 가족 개개인이 사별에 적응해가는 과정과 비통 반응에 영향을 주는 돌봄을 의미하며, 사별이 예측되는 시기에서부터 시작되어야 한다[2]. 임상간호사는 임종간호를 통해 환자뿐 아니라 그의 가족에게 필요한 심리·사회적 지원을 제공해야 하는 특별한 위치에 있고, 이때 간호사의 사별돌봄에 대한 태도와 준비 정도는 사별 후 비통의 강도를 낮추고 슬픔을 극복하는 과정에서 긍정적 영향을 미칠 수 있다[9]. 임종기 환자의 가족에 대한 돌봄, 즉 임종기 사별돌봄에서 간호사는 가족이 환자 간호에 참여하도록 허용하고, 환자와의 의미 있는 시간을 공유하도록 지원하며, 비통에 대한 심리적 지지와 함께 사별을 준비하도록 돕는 역할을 한다[8]. 임상간호사가 이 역할을 성공적으로 수행하기 위해서는 임종기 사별돌봄에 대한 자신감이 필요하다. 사별돌봄에 대한 자신감이 높을수록 가족의 슬픔과 고통에 쉽게 공감하며 효과적인 의사소통이 이루어져 사별 가족들의 요구에 맞는 적절한 돌봄을 제공할 수 있다[8]. 그러나 임상간호사의 대부분은 임종기 환자의 가족을 어떻게 도와야 할지 몰라 무력감을 느끼고, 이런 상황에 대처하기에 자신이 준비되지 않았다고 생각하는 것으로 보고되었다[10,11]. 따라서 임상간호사의 임종기 사별돌봄 자신감을 높이기 위한 전략과 교육을 개발할 필요가 있고, 이를 위해서는 사별돌봄자신감 측정이 우선되어야 한다.

임종기 환자의 가족에 대한 간호가 필요함이 확인되고 있음에도 불구하고, 지금까지 임종간호는 환자간호에 집중되어 있을 뿐 이들의 가족에 대한 돌봄은 간과되고 있다. 더욱이 간호사의 임종간호 중 가족 돌봄이나 사별 후 돌봄 자신감을 측정하는 척도는 개발되어 있지 않다. 관련 척도로서 암 병동 간호사를 대상으로 Lee [12]가 2004년 개발한 임종간호스트레스 척도와 Park [13]이 1996년 개발한 임종간호수행 척도를 복수의 연구자들이 자신의 연구 목적에 맞게 수정 보완하여 사용하고 있다. 그러나 이 두 척도 모두 조사연구 수행 과정의 일부로 개발되어 타당도와 신뢰도 검증이 명확히 기술되지 않았고, 측정 항목이 임종간호 시 간호사의 스트레스 요인을 측정하거나 가족보다는 환자 중심간호에 초점을 두고 있어 가족에 대한 사별돌봄 자신감을 측정하기에는 적

합하지 않다. 국외에서는 생애 말기간호 교육 개발을 위한 완화의료 지식측정을 위해 개발된 palliative care quiz for nursing (PCQN)[14], 노인요양시설 간호사와 간호보조 인력의 완화의료 자기효능감 측정을 위한 palliative care self-efficacy scale [15], 급성기 병원에서 의료인의 생애 말기 돌봄 역량을 측정하는 self-perceived end-of-life care competencies [16]가 광범위하게 사용되고 있다. 그러나 이들 척도 또한 환자 간호에 초점이 맞추어져 있어 임종기 가족 돌봄을 측정하기에는 미흡하다. 최근 Kalu 등[17]은 주산기 상실을 경험하고 있는 산모와 그의 배우자를 돌보는 부인과 간호사의 사별돌봄에 대한 자신감을 측정하기 위해 엄격한 도구개발 절차를 거쳐 Perinatal Bereavement Care Confidence Scale (PBCCS)를 개발하였다[17]. PBCCS는 사별을 앞둔 가족돌봄에 필요한 지식과 기술, 자기인식, 역량 개발과 조직적 지원을 포괄적으로 측정하는 유용한 도구이다. 그러나 주산기에 특화된 사별돌봄 척도이기 때문에, 일반 병동에서 임종기 환자의 가족을 돌보는 간호사의 사별돌봄자신감 측정에 활용하기 위해서는 도구의 수정과 타당화가 필요하다. 이에 본 연구는 PBCCS를 수정하여 임상간호사가 임종기 환자의 가족에게 제공하는 사별돌봄자신감 척도를 개발하고 타당도와 신뢰도를 검증하고자 한다.

## 연구 목적

본 연구의 목적은 Kalu 등[17]이 주산기 사별돌봄을 제공하는 간호사를 대상으로 개발한 Perinatal Bereavement Care Confidence Scale (PBCCS)를 일반 임상간호사 대상으로 변경하여 한국어로 번역한 한국형 사별돌봄자신감 척도(Korean version of Bereavement Care Confidence Scale, K-BCCS)의 타당도와 신뢰도를 검증하는 것이다.

## 연구 방법

### 연구 설계

본 연구는 Kalu 등[17]이 개발한 주산기 사별돌봄자신감 척도(PBCCS)를 한국어로 번역하고, 주산기 이외의 상황에서도 폭넓게 사용하도록 문항을 수정한 한국형 사별돌봄자신감 척도(K-BCCS)의 타당도와 신뢰도를 검증하는 방법론적 연구이다.

### 연구 대상

본 연구의 대상자는 편의표집에 의하여 선정된 D 광역시에 위치한 2개의 상급종합병원, 3개의 종합병원, 3개의 요양병원, 2개의 요양원에서 3개월 이상 근무한 간호사로 본 연구의 목적과 방

법을 이해하고 연구 참여에 동의한 간호사이다. 구성타당도 검증 을 위한 탐색적 요인분석에서 표본 크기는 적어도 문항의 4-5배 혹은 200개 정도가 적당하다[18]. 온라인 설문지는 탈락률을 고려 하여 230명의 연구대상자가 모집될 때까지 각 병원의 단체 Social Network Service (SNS)에 공지하였으며, 233명이 모집된 시점에서 온라인 설문지를 비공개로 전환하여 설문 조사를 종료 하였다. 233명의 설문지 중 응답이 불충분한 4부를 제외하고 최 종 229명의 응답을 분석하였다.

## 연구 도구

한국형 사별돌봄자신감 척도(K-BCCS) 개발을 위해 Kalu 등 [17]이 개발한 PBCCS를 한국어로 번역하고 주산기에 국한된 문 항을 제외하여 보편적 임종기 상황에서도 사용할 수 있도록 하였 다. 원도구인 PBCCS는 문헌 검토를 통한 문항 개발, 전문가 패 널의 안면타당도와 내용타당도 검증, 인지적 면담과 검사재검사, 그리고 3개 기관 부인과 간호사 277명에게 자료를 수집하여 탐색 적 요인분석을 통한 구성타당도 검증을 거쳐 개발되었다. PBCCS 는 광범위한 구성개념을 측정하는 도구로써, 총 9개 하위척도를 포함하는 4개의 척도로 구성된 43문항의 도구이다: 사별지지지식 (15개 문항, 3개 하위척도), 사별지지지기술(9개 문항, 2개 하위척 도), 자기인식(8개 문항, 2개 하위척도), 조직적 지원(11개 문항, 2 개 하위척도). 도구개발 당시 각 하위척도의 Cronbach's  $\alpha$ 값은 .66에서 .87 사이였다.

PBCCS의 각 척도와 하위척도 구성을 살펴보면, 사별지지지식 척도에서는 사별지지지요구에 대한 일반적 지식(general knowledge of bereavement support needs) 10문항, 사별부모의 정서적 요구 에 대한 지식(knowledge of the emotional needs of bereaved parents) 3문항, 모성 돌봄 전문가의 지속적 주산기 사별지지지식 개발(continuous perinatal bereavement support knowledge development of maternity care professionals) 2문항, 사별지지지 기술 척도에서는 사별지지에 특수한 대인관계기술(bereavement support specific interpersonal skills) 5문항, 사별 기능적 기술 (bereavement functional skills) 4문항, 자기인식 척도에서는 사별 부모의 요구 인식(awareness of the needs of bereaved parents) 5 문항, 사별지지 제공과 관련한 자신의 개인적 요구 인식 (awareness of my personal needs in relation to providing bereavement support) 3문항, 조직적 지원 척도에서는 사별돌봄을 제공하는 직원에 대한 지원(support for staff providing bereavement care) 7문항, 환경과 업무량의 영향(environmental and workload influences) 4문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 '매우 그렇지 않다' 1점, '그렇지 않다' 2점, '보통이다' 3점, '그 렵다' 4점, '매우 그렇다' 5점으로 구성된 5점 리커트 척도이고, 점수가 높을수록 사별돌봄에 대한 자신감이 높음을 의미한다.

## 도구 번역 과정

원도구 PBCCS의 번역을 시작하기 전에 도구의 원 개발자로부터 도구의 한국어 번역과 주산기 이외에서도 보편적 사용을 위해 항목을 수정한 후 사용할 수 있도록 허락을 받았다. 영문 도구를 다른 문화와 언어를 가진 국가에 적용하기 위하여 World Health Organization (WHO)에서 제시한 도구의 번역과 적용 안내 과정 에 따라 실시하였다[19].

K-BCCS의 예비문항은 PBCCS의 일차번역과 전문가 검토, 역 번역과 예비조사의 단계를 거쳐 도출되었다. 먼저 가정호스피스 에서 임종기 환자와 가족간호 업무를 수행하는 호스피스 전문간 호사가 영문의 원본을 한국어로 일차 번역하였다. 번역된 도구는 일차번역자와 다수의 도구 번역 경험이 있는 호스피스전공 간호 대학 교수 1인이 번역의 정확성을 검토하였다. 또한 일차번역자 와 호스피스 전공 간호대학 교수 1인은 PBCCS 문항 중 주산기 에 국한되는 6문항, 예를 들어 '나는 임신 24주 이전 태아사망과 관련된 법적 절차를 알지 못한다' 등 태아 사별 관련 법 절차와 규정 그리고 다음 아이를 갖고자 하는 부모의 욕구에 대한 항목 을 제외하였다. 일차번역본은 일차번역자와의 상호독립성을 유지 한 상태로 번역 전문기관에 소속된 비의료인 영문번역전문가에게 의뢰하여 역번역하였다.

다음으로 일차번역자, 역번역자, 호스피스전공 간호대학 교수 1 인이 함께 핵심 개념과 문화적으로 민감하게 수용되는 표현의 어 휘 선택을 논의하였고, 4개 문항의 표현을 수정하였다. 수정한 문 항은 2번 '사별 가족은 사별을 감당하기 위해 간호사의 도움이 필요하다'를 '사별 가족은 상실에 적응하기 위해 간호사의 지지가 필요하다'로, 8번 '나는 추가적인 사별지지를 위한 위탁시스템을 안다'를 '나는 추가적인 사별지지를 위한 의뢰체계를 안다'로, 19 번 '나는 사별가족에게 정서적 돌봄을 제공할 수 있다'를 '나는 사별가족에게 영적 돌봄을 제공할 수 있다'로, 24번 '나는 사별지 지 제공과 관련해 주기적으로 반성적 연습을 한다'를 '나는 사별 지지 제공과 관련해 주기적으로 성장한다'로 수정하였다. 그리고 주산기 사별을 특정하는 표현 중 사별 부모는 다양한 사별 대상 이 포괄될 수 있도록 사별 가족으로 수정하였다. 또한 K-BCCS의 하위척도의 명칭을 부여할 때, PBCCS에서 사용한 사별지원 (bereavement support) 대신 한국 호스피스완화의료 학계에서 주 로 사용되는 용어인 사별돌봄(bereavement care)을 사용하였다.

번역한 한국형 K-BCCS 37개 문항이 임상간호사의 임종기 환 자의 가족에게 제공하는 사별돌봄에 대한 자신감을 측정하기에 타당하지 노인 간호학 전공 교수 1인과 성인 간호학 전공 교수 1 인에게 검토를 받았다. 전체적으로 타당하다고 평가하였지만, 조 직적 측면의 문항이 간호사 개인의 재량으로 변화시키기 어렵다 는 점에서 우려가 있었다. 그러나 원 도구 개발자의 의도와 과도 한 업무량 등 조직적 요인이 임종 돌봄의 주요 장애요인이라는

선행연구 결과[8]를 고려하여 그대로 포함하는 것으로 결정하였다. 또한 예비조사로 이 도구를 본 적이 없는 임상경력 10년 이상의 간호사 3인에게 K-BCCS 37개 문항에 답하도록 하고, 각 문항을 이해하기 어렵지는 않은지, 각 문항의 내용은 적절한지, 문항 수정이 필요한 부분이 있는지 인터뷰를 실시하였다. 그 결과 3명의 간호사 모두 문항을 이해하는 데 어려움이 없으며, 임종기 사별돌봄에 대한 자신감을 측정하기에 적합하다고 답변하여 최종 번역본을 확정하였다.

### 자료수집 절차 및 연구의 윤리적 고려

본 연구는 기관생명윤리위원회로부터 승인을 받았다(IRB No. \*\*\*-2020-0098). 편의 표출된 연구대상 기관의 간호부서장을 직접 찾아가거나 유선으로 연락하여 본 연구 목적과 방법 등에 대해 설명하고 각 부서 단체 SNS에 온라인 설문지 링크를 전달하여 설문 조사할 수 있도록 허락과 협조를 구하였다. 본 연구에 자발적으로 참여하고자 하는 간호사를 대상으로 공지된 온라인 설문지 링크 접속을 통하여 설문조사가 실시되었으며, 자료수집은 2020년 10월 12일부터 2020년 11월 15일까지 실시하였다. 온라인 설문조사지 첫 페이지에 연구 설명문을 제시하고 대상자에게 연구 참여 동의서를 작성한 후 설문에 응하도록 하였다. 연구 설명문에는 연구 목적, 자료수집 과정, 비밀보장과 개인정보보호를 위한 무기명 자료처리, 정해진 연구 목적 이외의 다른 목적으로는 설문 결과를 사용하지 않을 것과 연구 참여 과정 중에 원하지 않으면 언제든지 참여를 취소할 수 있음을 명시하였다. 온라인 설문지는 이 설명을 이해하고, 연구 참여에 동의하면 설문 화면으로 이동하도록 구성하였고 연구에 참여한 대상자 중 개인 식별 정보인 전화번호를 제공한 경우는 답례로 모바일 쿠폰을 제공하였다.

### 자료 분석 방법

본 연구에서 수집된 자료는 IBM SPSS WIN 26.0과 Microsoft사의 Excel 2016 프로그램으로 분석하였다. 대상자들의 일반적 특성은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 산출하였다. K-BCCS 37개 문항의 평균과 표준편차, 왜도와 첨도를 산출하여 정규성을 확인하였고, 수정된 문항과 총 문항 간의 상관관계 분석을 통해 도구의 포괄성을 확인하였다. 도구의 구성타당도를 검증하기 위해 주성분분석 방법으로 직교회전하여 탐색적 요인분석(Exploratory Factor Analysis, EFA)을 실시하였다. 수집된 자료가 요인분석에 적합한지를 알아보기 위해 Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)과 Bartlett의 구형성 검정을 실시하였고, KMO 값이 .50 이상, Bartlett의 구형성 검정에서 유의확률이 .05 이하인지 확인하였다[18]. 문항의 수렴타당도(convergent validity) 검증을 위해 요인별 평균분산추출지수(Average Variance Extracted, AVE)와 개념신뢰도(Construct

Reliability, CR)를 산출하였다. 평균분산추출지수는 잠재개념에 대해 지표가 설명할 수 있는 분산의 크기를 의미하며, 0.5 이상이면 신뢰도가 있다고 판단하고, 개념신뢰도는 0.7 이상에서 내적일관성이 보장된다고 판단하여 수렴타당도가 있다고 판단하였다.

판별타당도(discriminant validity)는 평균분산추출지수 값이 상관계수의 제곱근보다 큰 지 여부를 확인하여 판단하였다[20]. 측정 도구의 사용과 해석의 타당성을 증명하기 위해서는 가능한 다양한 근거를 제시해야 한다[21]. 지금까지 임종간호 관련 척도는 가족이 아닌 환자 간호에 집중되어 있었기 때문에 사별돌봄자신감과 유사개념을 측정하는 준거 도구 선정이 어려웠다. 이에 본 연구에서는 K-BCCS의 동시타당도를 검증하는 대신 임종간호 경험과 교육이 있는 군은 그렇지 않은 군에 비해 임종간호 지식과 태도가 긍정적이고 임종간호 스트레스가 낮다는 선행연구에 근거하여[22,23], 사별돌봄 경험과 교육 유무에 따른 사별돌봄자신감을 t-test 평균 비교하여 집단비교타당성을 검증하였다. 도구의 신뢰도 검증은 Cronbach's  $\alpha$  값을 이용하였다.

## 연구 결과

### 대상자의 일반적 특성

본 연구대상자는 여자가 97.4%를 차지하였고, 평균연령은 34.65세였으며, 20대가 44.5%로 가장 많았다. 종교는 '없다'는 응답이 52.4%로 가장 많았으며, 결혼상태는 기혼이 50.2%, 교육 수준은 학사학위가 73.4%로 가장 많았으며, 석사학위 이상은 12.2%이었다. 임상경력 평균 10.85년으로 1년에서 5년 차 사이가 38.4%로 가장 많았으며, 직위는 일반간호사가 85.6%로 가장 많았다. 근무부서는 내과 병동이 51.1%로 가장 많았고, 외과 병동 23.1%, 중환자실 6.6%, 응급실 1.3% 순이었다. 근무지는 상급 종합병원이 48.9%로 가장 많았으며, 다음으로 종합병원 38.0%, 요양병원 7.9%, 요양원 5.2% 순이었다. 사별가족 돌봄 경험이 있는 경우가 38.0%, 사별돌봄 교육을 받은 경우가 31.4%였다(Table 1).

### 타당도 검증

#### ● 구성타당도

구조방정식 모형을 통한 확인적 요인분석은 요인구조에 대한 연구자의 가설을 모형화하여 검증하기에 유용하지만 동시에 제2종 오류의 위험이 크고, 측정변수가 많으면 타당도가 떨어지는 제한점이 있다[24]. PBCCS는 이론적 모형에 근거하여 하위척도가 구성된 것이 아니라 문헌 고찰과 전문가 면담을 통한 경험적 자료에 근거해 문항이 개발되었고, 개발 당시 요인분석에서 구인이 9개로 다양한 속성의 문항들이 포괄되어 있었다. 이에 본 연구에서는 탐색적 요인분석을 실시하였다. 먼저 예비문항 37개를 분석

한 결과, 왜도의 절대값은 0.05~1.58로 2를 넘지 않았고, 첨도의 절대값은 0.02~2.45로 3을 넘지 않아 정규성을 만족하는 것으로 보았다[18]. 또한 KMO와 Bartlett 구형성 검정 결과, KMO 값은 0.91로 적합하였고, Bartlett 검정 결과도 요인분석에 적합한 것으로 확인되었다( $\chi^2=5173.62, p<.001$ ).

요인분석은 주성분분석, 베리맥스 직교회전으로 실시하였고, 요인 수 결정 기준은 고유값(Eigen value) 1.0 이상, 공통성 .40 이상, 요인적재량의 절대치가 .50 이상인 문항을 선택하였다. 첫 번째 주성분 분석결과 고유량이 1.0 이상인 8개 요인이 추출되었으나, 요인적재량이 낮은 ‘나의 관리자는 내가 사별지지를 더 수월

Table 1. General Characteristics of Participants (N=229)

Characteristics	Categories	n (%)	Mean±SD
Gender	Male	6 (2.6)	
	Female	223 (97.4)	
Age (year)	20-29	102 (44.5)	34.65±12.02
	30-39	59 (25.8)	
	40-49	46 (20.1)	
	50-59	21 (9.2)	
	60-65	1 (0.4)	
Religion	Protestantism	48 (21.0)	
	Catholic	29 (12.7)	
	Buddhism	32 (14.0)	
	None	120 (52.4)	
Marital status	Married	115 (50.2)	
	Single	112 (48.9)	
	Divorced	2 (0.9)	
Educational level	Doctoral degree	1 (0.4)	
	Master's degree	27 (11.8)	
	Bachelor's degree	168 (73.4)	
	Associate degree	33 (14.4)	
Clinical experience (year)	1-5	88 (38.4)	10.85±11.31
	6-10	47 (20.5)	
	11-15	39 (17.0)	
	16-20	17 (7.4)	
	21-25	19 (8.3)	
	26-30	12 (5.2)	
	>30	7 (3.1)	
Position	Head nurse and above	25 (10.9)	
	Charge nurse	8 (3.5)	
	Staff nurse	196 (85.6)	
Working unit	Medical units	117 (51.1)	
	Surgical units	53 (23.1)	
	Intensive care unit	15 (6.6)	
	Emergency room	3 (1.3)	
	Others	41 (17.9)	
Institution	Geriatric hospital	18 (7.9)	
	General hospital	87 (38.0)	
	Territory hospital	112 (48.9)	
	Others	12 (5.2)	
Experience of bereavement care	Yes	87 (38.0)	
	No	142 (62.0)	
Education for bereavement care	Have experienced	72 (31.4)	
	None	157 (68.6)	

하게 제공할 수 있도록 나의 일과를 조정한다'를 삭제하였다. 이어 두 번째 주성분 분석에서 요인적재량이 낮은 '나는 충분한 사별지지 경험을 갖고 있지 않다'와 '사별가족 돌봄을 제공하는 것과 관련해 나에게 지원이 필요하다고 인식하면 도움을 구한다'를 삭제하였다. 34개 문항으로 시행한 세 번째 주성분 분석에서 7개 요인으로 각 문항이 공통성과 요인적재량은 채택기준을 충족하였으나, 수렴타당도 검증에서 타당도 개념신뢰도와 평균분산추출값을 낮추는 3문항, '나는 사별지지 제공과 관련해 나의 한계를 알고 있다', '나는 사별 지지에 대해 배워야 할 필요성을 알고 있다', '나의 업무 환경은 편안한 마음으로 일과를 수행할 수 있게 한다'를 삭제하였다. 결과적으로 탐색적 요인분석 과정에서 총 6 문항을 제외하고, 7개 요인, 31문항을 한국형 사별돌봄자신감 척도(K-BCCS)의 최종문항으로 채택하였다.

한국형 사별돌봄자신감 척도 31개 문항은 7개의 요인으로 분류되었으며 각 요인별 요인적재량은 최소 .60에서 최대 .86, 누적 설명력은 70.5%였다. 제1요인은 '나는 사별지지를 제공하기 위한 실용적 지식을 충분히 갖추고 있다', '나는 사별가족에게 심리적 지원을 제공하기 위한 애도상담 기술을 갖추고 있다'를 포함한 12개 문항으로 '사별돌봄에 대한 지식과 기술'이라고 명명하였고, 설명력은 37.1%였다. 제2요인은 '우리 조직은 사별지지 훈련을 제공한다', '내가 근무하는 병동/부서에는 가족을 위한 사별지지 제공에 대해 분명한 정책이 있다'를 포함한 6개 문항으로 '조직적 지원'으로 명명하였고, 설명력은 10.1%였다. 제3요인은 '나는 사별가족의 문화적 요구를 이해한다', '나는 사별가족의 사회적 요구를 이해한다'를 포함한 3개 문항으로 '사별지지 요구에 대한 이해'라고 명명하였고, 설명력은 6.3%였다. 제4요인은 '나는 애도하는 사별가족에게 쉽게 공감할 수 있다', '나는 사별가족이 말하는 것을 중간에 끼어들지 않고 편안하게 경청할 수 있다'를 포함한 3개 문항으로 '대인관계 기술'이라고 명명하였고, 설명력은 5.2%였다. 제5요인은 '나의 업무량은 효과적인 사별지지에 방해가 된다'를 포함한 2개 문항으로 '업무량의 영향'이라고 명명하였고, 설명력은 4.4%였다. 제6요인은 '병원에서 근무하는 모든 의료진은 사별교육을 받아야 한다'를 포함한 2개 문항으로 '지속적인 교육'이라고 명명하였고, 설명력은 3.9%였다. 제7요인은 '환자의 사망은 사별한 가족에게 외상적 사건이다', '나는 애도가 하나의 과정이라는 것을 이해한다'를 포함한 3개 문항으로 '애도 과정의 이해'라고 명명하였고, 설명력은 3.5%였다(Table 2).

#### ● 수렴타당도와 판별타당도

도구의 수렴타당도를 확인하기 위해, 요인별 개념신뢰도와 평균분산추출지수를 산출하였다. 개념신뢰도는 .74~.94 사이로 나타나 기준치 .70 이상을 충족하였으며, 평균분산추출지수는 .49~.73으로, 기준치 .5이상에 근접하여 각 항목이 동일한 개념을 측정하고 있는 것으로 판단하였다. 판별타당도는 각 요인의 평균분산추

출지수 값이 상관계수  $r$ 의 제곱보다 큰 것으로 나타나 각 요인 간에 분명한 차이가 있음을 확인하였다(Table 3).

#### ● 집단비교타당도

사별가족 돌봄과 사별간호 교육 경험이 있는 군과 없는 군 간에 사별돌봄자신감의 차이를 살펴보았다. 사별돌봄자신감은 사별가족돌봄 경험이 있는 군( $t=4.94, p<.001$ ), 사별돌봄 교육 경험이 있는 군( $t=6.64, p<.001$ )이 없는 군보다 유의하게 높은 것으로 나타나 집단비교타당도가 확보되었다(Table 4).

#### 신뢰도 검증

신뢰도 검증은 내적일관성 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$  값을 산출하였다. 한국형 사별돌봄자신감 척도 총 31문항에 대한 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 값은 .93이었고, 하위척도별 Cronbach's  $\alpha$ 값은 사별돌봄에 대한 지식과 기술 .94, 조직적 지원 .87, 사별지지 요구에 대한 이해 .87, 대인관계 기술 .80, 업무량의 영향 .82, 지속적인 교육 .77, 애도과정의 이해 .60으로 나타났다(Table 2).

## 논 의

일반 병동에서의 사별 돌봄은 환자의 임종 후 가족에 대한 지지 뿐 아니라 임종 전 가족이 환자와의 마지막 시간을 의미 있게 보내고 사별을 준비하도록 돕는 과정이 포함된다[9]. 본 연구는 주산기 사별돌봄자신감 척도[17]를 보편적으로 사용할 수 있도록 수정한 한국형 사별돌봄자신감 척도(K-BCCS)의 타당도를 검증하기 위해 수행되었다. 원 도구인 PBCCS의 대상이 유산, 사산, 신생아 사망으로 인해 주산기 사별을 경험하는 부모를 간호하는 조산사와 간호사인데 비해, 한국형 사별돌봄자신감 척도(K-BCCS)는 주산기 사별에 특정하지 않고, 임종기 환자의 가족을 돌보는 임상간호사를 대상으로 개발되었다는 점에서 구분된다. 또한 PBCCS가 사별돌봄자신감의 하위 구성개념과 그 아래 다시 하위 개념을 갖는 4차원 구조를 가진 반면, K-BCCS는 하위척도와 문항을 가지는 3차원 구조로 개발되었다는 점에서 차이가 있다.

K-BCCS는 31개 문항, 7개 하위척도로 구성되었는데, 하위척도는 사별돌봄에 대한 지식과 기술, 조직적 지원, 사별지지 요구에 대한 이해, 대인관계 기술, 업무량의 영향, 지속적인 교육과 애도과정의 이해였다. 본 연구의 결과, K-BCCS에서 각 항목들은 원 도구인 PBCCS의 항목이 속한 하위척도와 유사하게 구성되었다. 그러나 PBCCS에서 사별지지지식, 사별지지지기술, 자기인식이 각각의 척도로 구성되었던 것과 달리 K-BCCS에서는 제1요인 사별돌봄 지식과 기술이 별도의 구인으로 구분되지 않았고, 자기인식에 포함되어 있던 사별 가족과 간호사 자신의 요구에 대한 이해에 관한 항목도 제1요인 사별돌봄 지식과 기술로 분류되었다. 이

Table 2. Exploratory Factor Analysis (N=229)

Factors	No	Items	Mean±SD	Commonality	Factor loading						
					1	2	3	4	5	6	7
1. Knowledge and skill for bereavement care	9	I have adequate practical knowledge for bereavement support	2.52±0.92	.78	.82	.15	.23	-.01	.15	.09	.08
	13	I have the skills to provide practical support to recently bereaved families	2.55±0.81	.74	.81	.19	.11	.07	.05	.17	-.06
	15	I have grief counseling skills for providing psychological support to bereaved families	2.56±0.85	.70	.80	.18	.10	.13	.02	.04	-.07
	8	I know the referral system for additional bereavement support	2.60±1.00	.74	.78	.15	.19	-.07	.01	.08	.25
	10	I have been well prepared to provide bereavement support	2.68±0.89	.74	.76	.13	.25	.20	.06	.08	.17
	20	I am aware of the needs of recently bereaved families	2.96±0.86	.69	.76	.15	.07	.29	-.06	.03	-.01
	4	I know how to provide the specific bereavement support needs of grieving families	3.01±0.89	.66	.73	.04	.28	.14	.13	.06	.11
	30	I get recognition for providing effective bereavement support	2.69±0.84	.67	.71	.35	.09	.15	.02	.08	-.05
	16	I can provide the relevant information required by bereaved families	2.71±0.85	.64	.69	.25	.18	.22	.03	.12	-.10
	19	I can provide spiritual care to bereaved families	2.73±0.94	.61	.68	.18	.16	.25	.16	.08	-.05
2. Organizational support	25	I am aware of my personal resources for bereavement support	2.85±0.86	.56	.68	.20	.09	.20	-.12	-.01	.06
	24	I am regularly engaged in reflective practice in relation to the provision of bereavement support	2.68±0.96	.60	.66	.35	.02	.08	-.18	.06	-.05
	35	My organisation provides bereavement support training	2.20±0.89	.74	.25	.82	-.00	.02	.03	.07	.06
	36	Debriefing opportunities are always provided for me when required following a traumatic incident	2.09±0.74	.69	.21	.73	-.04	-.02	.23	.02	-.23
	33	There is a clear policy in my ward/unit for the provision of bereavement support to families	2.45±1.02	.65	.34	.71	.08	.07	.10	-.04	.08
	34	There is adequate number of nurses to cover the ward/unit to enable the provision of bereavement support	2.21±0.93	.59	.07	.68	.10	.04	.32	.02	-.12
	27	I have support from my workplace management in relation to providing bereavement support	2.38±0.94	.70	.51	.62	.09	.15	-.08	-.00	.12
	28	I have adequate peer support in my work place in relation to providing bereavement support	2.62±0.96	.62	.46	.60	.11	.15	.03	.11	.01

Table 2. Exploratory Factor Analysis (Continued) (N=229)

Factors	No	Items	Mean±SD	Commonality	Factor loading						
					1	2	3	4	5	6	7
3. Understand support needs	5	I understand the cultural needs of bereaved families	3.56±0.80	.83	.30	.05	.84	.15	-.02	-.00	.04
	6	I understand the social needs of bereaved families	3.59±0.81	.81	.36	.07	.80	.13	.01	.13	.02
	7	I understand the religious needs of bereaved families	3.83±0.85	.77	.22	.09	.80	.07	-.01	.12	.23
4. Interpersonal skill	21	I can easily empathize with grieving families	3.68±0.76	.72	.26	.07	.11	.78	-.14	.08	.07
	17	I can comfortably listen to bereaved families without trying to interrupt them	3.75±0.83	.72	.28	.11	.19	.74	.13	.10	.14
5. Workload influence	18	I can provide emotional care to bereaved families	3.38±0.74	.79	.57	.08	.08	.64	.12	.15	-.04
	32	My workload hinders effective bereavement support	2.34±0.99	.78	.02	.16	-.01	.03	.86	-.11	-.01
6. Continuous education	37	The workload of the ward/unit hinders effective bereavement support	2.36±0.94	.79	.07	.22	-.01	-.00	.86	-.07	.01
	12	All medical care professionals at the hospital should receive bereavement education	3.79±0.85	.78	.17	.03	.11	.10	-.17	.84	.00
7. Understand grief process	11	There is a need for continuing bereavement education for nurses	3.96±0.72	.79	.15	.08	.08	.11	-.04	.83	.22
	1	The patient's death is a traumatic event for bereaved families	4.21±0.97	.67	-.07	-.02	.04	.00	-.17	-.12	.79
	2	Bereaved families require the support of nurses to cope with their loss	4.07±0.73	.71	.15	-.01	.06	.04	.12	.42	.70
	3	I understand that grieving is a process	4.36±0.65	.59	.05	-.10	.26	.20	.16	.27	.62
Cronbach's α			0.93		.94	.87	.87	.80	.82	.77	.60
Eigen value					11.5	3.14	1.96	1.62	1.35	1.21	1.08
Explained variance (%)					37.1	10.1	6.3	5.2	4.4	3.9	3.5
Cumulative variance (%)					37.1	47.2	53.5	58.7	63.1	67.0	70.5
Kaiser-Meyer-Olkin=.91, Bartlett's test of sphericity=4524.66, p<.001											



는 임상간호사에게 일반적으로 사용하도록 수정하는 과정에서 PBCCS에 포함되어 있던 주산기 사망 관련 법과 규정, 그리고 젊은 부모에게 발생하는 이슈를 알고 있는지에 대한 문항이 K-BCCS에서는 제외되었고, 사별돌봄에서의 지식과 기술이 밀접한 상관성을 가지기 때문으로 해석된다. 요약하면 제1요인은 ‘사별돌봄에 대한 지식과 기술’로 사별돌봄을 제공하는데 필요한 실질적인 지식과 기술을 갖추고 있는지에 대한 자신감을 측정하는 것으로, 사별돌봄 방법, 사별 가족에게 필요한 정보, 그리고 관련 의뢰체계를 아는 것과 사별돌봄을 제공하기 위한 대상자 사정, 자기 성찰, 그리고 애도상담 기술을 묻는 12개 항목이 포함되었다. 또한 PBCCS에서 사별돌봄을 제공하는 직원에 대한 지원에 포함되었던 ‘나는 사별지지를 효과적으로 제공한다고 인정받는다’는 항목도 제1요인에 포함되었는데, 이는 조직 내에서 인정받는 것을 조직적 지원이 아닌 개인적 수행에 대한 평가로 인식되었기 때문으로 생각된다. PBCCS에서 조직적 지원 척도의 두 하부척도는 K-BCCS에서도 마찬가지로 제2요인 조직적 지원과 제5요인 업무량의 영향으로 분류되었다. 사별돌봄자신감에 개인이 통제할 수 있는 범위를 넘어서 조직차원의 구성개념이 포함되는 것이 적

절한지에 대한 이견이 있을 수 있다. 그러나 미흡한 조직적 지원과 과도한 업무량은 사별돌봄의 중요한 장애요인이며[8,25], 급성기 병원에서 임상간호사가 가족의 슬픔에 공감하고 가족의 사별준비를 돕기 어렵게 하는 주요 요인이다[8,17,26,27]. 따라서 임종기 환자와 가족을 돌보는 임상간호사의 사별돌봄자신감 척도에는 간호사 개인의 지식과 기술뿐 아니라 자신이 속한 조직의 지원과 업무량을 포함하는 것이 필요하다고 판단하였다. 다만 K-BCCS는 개인적 범주와 조직적 범주의 구성개념이 모두 포괄되어 있기 때문에 추후 K-BCCS를 적용할 때 총점보다는 하위척도별 점수로 분석하는 것이 바람직하다. 또한 임상간호사의 사별가족돌봄에 대한 자신감을 높이기 위해서는 조직적 지원과 함께 업무량 조정이 필요하다.

K-BCCS에서 제3요인은 ‘사별지지 요구에 대한 이해’로 사별가족의 문화적, 사회적, 종교적 요구를 이해하는지 그리고 제7요인은 ‘애도 과정의 이해’로 사별이 외상 사건이며 애도는 일회성의 사건이 아니라 과정임을 인지하는지 확인하는 것이다. 제3요인과 제7요인은 PBCCS에서 각각 사별지원에 대한 지식 영역에서 일반적 지식과 정서적 요구에 대한 지식에 속했으나, K-BCCS

Table 3. Convergent and Discriminant Validity

Factors	CR	AVE	$r^2$ ( $p$ )							
			1	2	3	4	5	6	7	
1) Knowledge and skill for bereavement care	.94	.55	1							
2) Organizational support	.85	.49	.39 ( $<.001$ )	1						
3) Understand support needs	.86	.66	.28 ( $<.001$ )	.08 ( $<.001$ )	1					
4) Interpersonal skill	.77	.52	.37 ( $<.001$ )	.13 ( $<.001$ )	.17 ( $<.001$ )	1				
5) Workload influence	.85	.73	.01 (.095)	.09 ( $<.001$ )	.01 (.687)	.01 (.072)	1			
6) Continuous education	.82	.70	.09 ( $<.001$ )	.02 (.020)	.08 ( $<.001$ )	.10 ( $<.001$ )	.02 (.039)	1		
7) Understand grief process	.74	.49	.02 (.059)	.01 (.873)	.06 ( $<.001$ )	.04 (.003)	.03 (.677)	.10 ( $<.001$ )	1	

AVE=average variance extracted; CR=construct reliability

Table 4. Mean Difference of K-BCCS according to Experience of Bereavement Care and Education for Bereavement Care

		K-BCCS*		t ( $p$ )
		n	Mean $\pm$ SD	
Experience of bereavement care	Yes	87	3.21 $\pm$ 0.47	4.94 ( $<.001$ )
	No	142	2.90 $\pm$ 0.44	
Education for bereavement care	Have experienced	72	3.30 $\pm$ 0.49	6.64 ( $<.001$ )
	None	157	2.89 $\pm$ 0.40	

\*Korean bereavement care confidence scale

에서는 제1요인 사별돌봄 지식과 기술에 포함되지 않았다. 이는 K-BCCS에서는 사별돌봄에 대한 구체적 실용적 지식을 묻는 항목과 이론적이고 개념적 지식을 묻는 항목이 각각의 구인으로 나타난 것으로 해석된다. 또한 K-BCCS는 4개의 척도 아래 총 9개의 하위척도로 구성된 PBCCS의 4차원 구조를 따르지 않고 하위척도로만 구성되어 있어, PBCCS에서는 같은 척도에 별도의 하위척도로 구성되었던 개념들이 K-BCCS에서는 각각의 하위척도로 분류되었기 때문에 생각된다. 사별돌봄 제공자는 사별가족의 반응을 종교, 사회, 문화적 맥락 속에서 이해하고, 이들이 상실 중심 대처와 회복중심 대처가 번갈아 가면서 나타나는 애도과정을 겪으면서 점차 감정적 동요에 익숙해지고 고인이 없는 삶에 적응하게 된다는 사실을 이해하고 있어야 한다[28,29]. 제4요인 ‘대인관계 기술’은 공감과 경청에 자신감이 있는지 확인하는 것으로 이 역량은 고통 중에 있는 사람을 돕기 위한 기본적 자질에 속한다. 사별돌봄을 제공하는 간호사는 사별 가족의 비통함을 공감하고 옹호하며 심리적 지원군의 역할을 한다[8]. 그리고 제6요인 ‘지속적인 교육’은 사별돌봄을 위한 의료진의 교육 요구를 확인하는 것이다. 사별돌봄 교육은 사별돌봄에 관한 지식, 기술, 수행을 향상시킬 뿐 아니라, 애도 과정에 있는 대상자를 돌보는 자기에 대한 의식 또한 향상시키기 때문에[10], 사별돌봄에 대한 추가 교육에 대한 요구도 증가할 수 있다.

집단비교타당도 검증에서 사별돌봄 경험과 사별간호교육 경험이 있는 집단의 사별돌봄자신감 점수가 없는 군에 비해 유의하게 높았기 때문에 준거타당도가 확보된 것으로 판단하였다. K-BCCS 7개 하위척도의 Cronbach's  $\alpha$ 값은 .60~.94였다. 신뢰도 계수가 가장 낮았던 제7요인 애도과정의 이해는 환자의 죽음이 가족에게 외상 사건이고, 비통은 사건이 아닌 과정이며, 상실에 적응하기 위해서는 간호사의 도움이 필요하다는 3개의 항목으로 구성되어 있다. 이 중 간호사의 도움이 필요하다는 항목은 동일 요인으로 묶이기는 하지만 다른 두 항목과 초점이 달라 신뢰도가 다소 낮았던 것으로 이해된다. 그러나 사회과학연구에서 척도의 신뢰도 허용기준은 일반적으로 .60이며 .70이상이면 더욱 수용할 만하다는 근거[30]에 따라 K-BCCS에서는 그대로 수용하였다. 따라서 임상간호사의 사별돌봄자신감을 측정하기에 K-BCCS는 타당성과 신뢰성을 갖춘 도구라고 할 수 있다.

본 연구의 제한점으로는 K-BCCS 개발 시 PBCCS에서 주산기에 국한되는 태아 사별 관련 법 절차와 규정에 해당하는 항목을 제외하였는데, 이 과정에서 국내 연명의료결정법 관련 사항, 즉 연명의료계획서 작성과 DNR 등 임종기에 가족의 의사결정과정을 지원하는데 필요한 지식과 기술을 추가하지 못했다. 또한 본 연구는 사별돌봄 경험에 따라 대상을 특정하지 않고 임종기 환자를 돌보는 간호사를 모집단으로 표본을 추출하였기 때문에 사별돌봄 경험 여부에 따라 연구결과가 달라질 가능성이 있다. 마지막으로 본 연구에서 구성타당도를 확인하기 위해 탐색적 요인분석,

수렴타당도, 판별타당도, 그리고 집단비교타당도 검증을 실시하였으나, 준거타당도, 예측타당도 검증, 확인적 요인분석은 실시하지 않았다. 따라서 추후 사별가족 돌봄 경험이 있는 간호사를 대상으로 확인적 요인분석을 포함해 보다 다양한 타당도 검증을 위한 반복연구가 필요하다.

애도는 상실이 예측되는 순간부터 시작되며, 임종기는 남아있는 사별가족에게는 고인이 없는 새로운 삶에 적응해야 하는 새로운 과제가 주어지는 순간이다. 이때 임상간호사는 환자에게 임종간호를 제공함과 동시에 가족에게 사별돌봄을 제공함으로써 복합적 슬픔이나 지연된 애도장애와 같은 정신심리적 후유증을 예방 혹은 최소화할 수 있는 중요한 역할을 담당한다[2,5,8]. 따라서 임상간호사는 사별돌봄을 제공할 수 있도록 준비되어야 하며 자신감을 가져야 하며 이를 위한 교육과 연구가 필요하다[10]. 본 연구에서 개발된 K-BCCS는 추후 사별돌봄 교육과 연구에서 사별돌봄자신감 측정에 활용될 수 있으며, 이를 통해 임상간호사의 사별돌봄의 질 향상에 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

## 결론 및 제언

본 연구는 임상간호사의 사별돌봄자신감을 측정하기 위해 최근 국외에서 개발된 주산기 사별돌봄자신감 척도(PBCCS)를 한국어로 번역하고 도구를 수정한 후 타당도와 신뢰도를 검증하였다. 한국형 사별돌봄자신감 척도(K-BCCS)는 PBCCS의 주산기에 국한되는 항목을 제외하거나 수정하였고, 타당도 검증에서 요인적재량이 낮은 문항, 개념신뢰도와 평균분산추출값을 낮추는 문항을 제외하여 최종 31문항, 7개 하위척도로 구성되었다. K-BCCS는 구성타당도와 수렴타당도, 판별타당도, 신뢰도가 검증되어 국내 임상에서 사별돌봄자신감을 측정하는 도구로서 적용 가능성이 확인되었다. 본 도구를 이용하여 임상간호사의 사별가족 돌봄에 대한 자신감 정도를 파악하고 그 결과를 사별돌봄 교육 및 연구에 반영함으로써, 사별 가족들에게 질 높은 돌봄을 제공할 수 있을 것으로 기대된다. 사별돌봄자신감은 비교적 최근 연구가 시작된 개념이고, 사별돌봄자신감 척도 타당화 분야에서의 지속적 연구가 필요하다. 본 연구 K-BCCS에서의 사별돌봄은 임종시기 환자의 가족을 대상으로 제공하는 돌봄으로 연구대상자를 임종기 환자를 돌보는 임상간호사를 대상으로 조사하였기에 환자가 임종한 후 사별가족을 돌본 경험이 없거나 사별간호 교육 경험이 없는 간호사가 60% 이상 차지하였고, 이는 사별가족 돌봄 경험과 교육 경험이 있는 간호사를 대상으로 하는 연구결과와 차이가 있을 수 있다. 따라서 임종기 사별간호자신감 척도의 고도화를 위해 후속 연구로 우리나라 의료 환경과 문화를 반영한 문항을 개발하여 포함하고, 임종간호의 빈도가 잦은 간호 분야나 사별간호경험 여부에 따라 대상자를 특정하여 도구 타당성 검증을 해볼 필요가 있다. 또한 확인적 요인분석을 포함한 보다 다각적인 타당도 검증

연구를 제안한다.

## Conflict of interest

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

## Funding

None

## Acknowledgements

None

## Supplementary materials

None

## References

1. Statistics Korea. Cause of death statistics in 2019 [Internet]. Korea: Statistics Korea; 2020 [cited 2021 January 18]. Available from: [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/1/6/2/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=385219&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/6/2/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=385219&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt)
2. Shear MK. Complicated grief. *The New England Journal of Medicine*. 2015;372(2):153-160. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>
3. Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*. 2011;131(1-3):339-343. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>
4. Tsai WI, Prigerson HG, Li CY, Chou WC, Kuo SC, Tang ST. Longitudinal changes and predictors of prolonged grief for bereaved family caregivers over the first 2 years after the terminally ill cancer patient's death. *Palliative Medicine*. 2016;30(5):495-503. <https://doi.org/10.1177/0269216315603261>
5. Kim SM, Kwon SH. Influential factors of complicated grief of bereaved spouses from cancer patient. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2018;48(1):59-69. <https://doi.org/10.4040/jkan.2018.48.1.59>
6. Quigley DD, McCleskey SG. Improving care experiences for patients and caregivers at end of life: A systematic review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2021;38(1):84-93. <https://doi.org/10.1177/1049909120931468>
7. Abernethy AP, Currow DC, Fazekas BS, Luszcz MA, Wheeler JL, Kuchibhatla M. Specialized palliative care services are associated with improved short- and long-term caregiver outcome. *Supportive Care in Cancer*. 2008;16(6):585-597. <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0342-8>
8. Raymond A, Lee SF, Bloomer MJ. Understanding the bereavement care roles of nurses within acute care: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(13-14):1787-1800. <https://doi.org/10.1111/jocn.13503>
9. Buckley T, Spinaze M, Bartrop R, McKinley S, Whitfield V, Havyatt J, et al. The nature of death, coping response and intensity of bereavement following death in the critical care environment. *Australian Critical Care*. 2015;28(2):64-70. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.02.003>
10. Doherty J, Cullen S, Casey B, Lloyd B, Sheehy L, Brosnan M, et al. Bereavement care education and training in clinical practice: Supporting the development of confidence in student midwives. *Midwifery*. 2018;66:1-9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.026>
11. Chan HY, Lee LH, Chan CW. The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement care in an oncology unit. *Supportive Care in Cancer*. 2013;21(6):1551-1556. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1692-4>
12. Lee YO. A study of cancer unit nurses' stress from bereavement support [master's thesis]. Seoul: Kyunghee University, Graduate school of public administration; 2004. p. 1-64.
13. Park SJ. A study on the degrees of death orientation and terminal care performance of nurses [master's thesis]. Gwangju: Chonnam National University, Graduate school of nursing; 1996. p. 1-50.
14. 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. *Journal of Advanced Nursing*. 1996;23(1):126-137. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb03106.x>
15. Phillips J, Salamonson Y, Davidson PM. An instrument to assess nurses' and care assistants' self-efficacy to provide a palliative approach to older people in residential aged care: A validation study. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48(9):1096-1100. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.02.015>

16. Montagnini M, Smith H, Balistreri T. Assessment of self-perceived end-of-life care competencies of intensive care unit providers. *Journal of Palliative Medicine*. 2012;15(1): 29-36. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0265>
17. Kalu FA, Larkin P, Coughlan B. Development, validation and reliability testing of 'perinatal bereavement care confidence scale (PBCCS)'. *Women and Birth*. 2020;33(4):e311-e319. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.07.001>
18. Noh KS. The proper methods of statistical analysis for dissertation: SPSS & AMOS 21. Seoul: Hanbit Academy Inc; 2019. p. 141-193.
19. World Health Organization (WHO). Process of translation and adaptation of instruments [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2020 August 16]. Available from: [https://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/)
20. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*. 1981;18(1):39-50. <https://doi.org/10.1177/002224378101800104>
21. Lee K, Shin S. Validity of instrument development research in Korean nursing research. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2013;43(6):697-703. <https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.6.697>
22. Shi H, Shan B, Zheng J, Peng W, Zhang Y, Zhou X, et al. Knowledge and attitudes toward end-of-life care among community health care providers and its influencing factors in China: A cross-sectional study. *Medicine*. 2019;98(45): e17683. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017683>
23. Kim S, No MJ, Moon KE, Cho HJ, Park Y, Lee NJ, et al. Intensive care unit nurses' death perception, end of life stress and end of life nursing attitudes. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2018;24(2):255-262. <https://doi.org/10.22650/JKCN.2018.24.2.255>
24. Kang H. A guide on the use of factor analysis in the assessment of construct validity. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2013;43(5):587-594. <https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.5.587>
25. Naef R, Peng-Keller S, Rettke H, Rufer M, Petry H. Hospital-based bereavement care provision: A cross-sectional survey with health professionals. *Palliative Medicine*. 2020;34(4):547-552. <https://doi.org/10.1177/0269216319891070>
26. Mak YW, Chiang VC, Chui WT. Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. *International Journal of Palliative Nursing*. 2013;19(9):423-431. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.9.423>
27. Kim HS, Choi EK, Kim TH, Yun HY, Kim EJ, Hong JJ, et al. Difficulties in end-of-life care and educational needs of intensive care unit nurses: A mixed methods study. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2019; 22(2):87-99. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2019.22.2.87>
28. Walter T. Grief and culture. *Bereavement Care*. 2010; 29(2):5-9. <https://doi.org/10.1080/02682621003707431>
29. Tang S, Chow AYM. How do risk factors affect bereavement outcomes in later life? An exploration of the mediating role of dual process coping. *Psychiatry Research*. 2017;255: 297-303. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.001>
30. Song JJ. SPSS/AMOS statistical analysis method required for thesis writing. Gyeonggi-do Province: 21st century history; 2017. p. 116.

Appendix

한국형 사별돌봄자신감 척도(K-BCCS)

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1. 나는 사별지지를 제공하기 위한 실용적 지식을 충분히 갖추고 있다.	①	②	③	④	⑤
2. 나는 사별한 지 얼마 안 된 가족에게 실질적인 도움을 제공하기 위한 기술을 갖추고 있다.	①	②	③	④	⑤
3. 나는 사별가족에게 심리적 지원을 제공하기 위한 애도상담 기술을 갖추고 있다.	①	②	③	④	⑤
4. 나는 추가적인 사별지지를 위한 의뢰체계를 안다.	①	②	③	④	⑤
5. 나는 사별지지를 제공할 준비가 잘 되어 있다.	①	②	③	④	⑤
6. 나는 최근에 사별한 가족의 요구를 알아차린다.	①	②	③	④	⑤
7. 나는 애도하는 가족에게 필요한 사별지지를 제공하는 방법을 안다.	①	②	③	④	⑤
8. 나는 효과적인 사별지지를 제공한다고 인정받는다.	①	②	③	④	⑤
9. 나는 사별가족이 요구하는 관련 정보를 제공할 수 있다.	①	②	③	④	⑤
10. 나는 사별가족에게 영적 돌봄을 제공할 수 있다.	①	②	③	④	⑤
11. 나는 사별지지를 위한 나의 개인적 자원을 알고 있다.	①	②	③	④	⑤
12. 나는 사별지지 제공과 관련해 주기적으로 성찰한다.	①	②	③	④	⑤
13. 우리 조직은 사별지지 훈련을 제공한다.	①	②	③	④	⑤
14. 외상적 사건 후에 필요할 경우 디브리핑 할 수 있는 기회가 나에게 항상 주어진다.	①	②	③	④	⑤
15. 내가 근무하는 병동/부서에는 가족을 위한 사별지지 제공에 대해 분명한 정책이 있다.	①	②	③	④	⑤
16. 내가 근무하는 병동/부서에는 사별지지 제공을 가능하게 하는 충분한 수의 간호사가 있다.	①	②	③	④	⑤
17. 사별지지 제공과 관련하여 나는 직장으로부터 지원을 받는다.	①	②	③	④	⑤
18. 사별지지 제공과 관련하여 나는 직장동료로부터 적절한 지원을 받는다.	①	②	③	④	⑤
19. 나는 사별가족의 문화적 요구를 이해한다.	①	②	③	④	⑤
20. 나는 사별가족의 사회적 요구를 이해한다.	①	②	③	④	⑤
21. 나는 사별가족의 종교적 요구를 이해한다.	①	②	③	④	⑤
22. 나는 애도하는 사별 가족에게 쉽게 공감할 수 있다. (공감은 감정적으로 그들의 입장이 될 수 있다는 것을 의미한다.)	①	②	③	④	⑤
23. 나는 사별가족이 말하는 것을 중간에 끼어들지 않고 편안하게 경청할 수 있다.	①	②	③	④	⑤
24. 나는 사별가족에게 정서적 돌봄을 제공할 수 있다.	①	②	③	④	⑤
25. 나의 업무량은 효과적인 사별지지에 방해가 된다.	①	②	③	④	⑤
26. 내가 근무하는 병동/부서의 업무량은 효과적인 사별 지지에 방해가 된다.	①	②	③	④	⑤
27. 병원에서 근무하는 모든 의료진은 사별 교육을 받아야 한다.	①	②	③	④	⑤
28. 간호사에게 사별교육을 지속적으로 제공할 필요가 있다.	①	②	③	④	⑤
29. 환자의 사망은 사별한 가족에게 외상적 사건이다.	①	②	③	④	⑤
30. 사별가족은 상실에 적응하기 위해 간호사의 지지가 필요하다.	①	②	③	④	⑤
31. 나는 애도가 하나의 과정이라는 것을 이해한다.	①	②	③	④	⑤