

신생아중환자실 간호사의 완화간호에 대한 지식과 태도 및 죽음에 대한 인식 간의 관계

위다희¹, 강숙정¹

¹이화여자대학교 간호대학

Relationship Among Nurses' Knowledge, Attitude Towards Palliative Care and Perception of Death in Neonatal Intensive Care Units

Da Hee Wi¹, Sook Jung Kang¹

¹College of Nursing, Ewha Womans University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to investigate the relationship among knowledge and attitude toward palliative care and perception of death for Neonatal Intensive Care Unit (NICU) nurses. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted with 110 nurses who work in NICUs in South Korea. The participants filled out a questionnaire regarding their knowledge, attitude towards palliative care and perception of death. The attitude scale was divided into 3 subscales: comfort level, nurses' role and nurses' involvement with family. **Results:** Comfort level regarding attitude towards palliative care was positively correlated with knowledge ($r = .220, p = .016$) and the perception of death ($r = .194, p = .042$). Nurses' role showed a positive correlation with perception of death ($r = .395, p = .001$). **Conclusion:** NICU nurses' knowledge of palliative care was below standard across the board, implying that there is a definite need for palliative care education for nurses. The education program for palliative care should include a section that focuses on fostering a positive perception of death as well as defining and delineating the role of nurses.

Key words: Palliative care, Nurses, Knowledge, Attitude, Death

서론

연구의 필요성

우리나라의 출생률은 2004년 47만 2천 8백 명에서 2014년 43만 5천 4백 명으로 감소하였으나[1], 신생아의 출생이 감소한 것에 비해 미숙아나 저체중출생아와 같은 고위험 상태의 신생아가 차지하는 비중은

증가하고 있다[2]. 많은 고위험 신생아는 출생 직후 신생아중환자실에 입원하여 집중치료를 받게 되는데[3], 의료기술의 발달에도 불구하고 호흡곤란, 호흡기 질환, 태아 발육과 관련된 장애, 심장의 선천적 기형과 같은 원인으로 사망할 수 있다[4]. 실제로 2014년에는 영아사망자 1,305명 중 위와 같은 원인으로 사망한 경우가 74.8%를 차지하였다[4].

신생아중환자실에 입원한 고위험 신생아들은 종종 살아날 가망이 없음에도 불구하고 생명을 연장시키기 위한 치료를 지속하게 되는데 [5]. 특히 인공호흡기와 같은 생명 유지 장치의 사용은 신생아와 가족에게 고통스러운 임종의 과정을 연장시키는 결과를 가져오기도 한다 [5]. 또한, 이 과정에서 가족들은 환자의 생명을 계속 유지하도록 해야 할지에 대한 윤리적 갈등을 경험하기도 한다[6]. 따라서 환자의 고통을 최소화하고 가족에게 정서적 지지를 제공하기 위해서는 환자의 가족들에게 완화간호의 필요성을 알리고[6], 의료인, 특히 간호사가 합리적인 완화간호를 제공해야 한다.

신생아 완화간호란 치유가 불가능한 상태의 환자가 사망에 이르기

Corresponding author Sook Jung Kang College of Nursing, Ewha Womans University, 52, Ewhayeodae-gil, Seodaemun-gu, Seoul 03760, Korea
TEL +82-2-3277-2882 FAX +82-2-3277-2850 E-MAIL sookjungkang@ewha.ac.kr
*이 논문은 위다희의 이화여자대학교 석사학위논문 내용을 수정하여 작성한 것임.
*This article is a revision of the first author's master's thesis from Ewha Womans University.

Key words 완화간호, 간호사, 지식, 태도, 죽음

Received 26 July 2016 **Received in revised form** 1 September 2016

Accepted 24 September 2016

© 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.

까지 환아와 가족에게 이루어지는 총체적이고 광범위한 간호를 의미한다[7]. 완화간호가 필요한 경우임에도 불구하고 많은 환아의 부모들은 이에 대한 정보가 부족하거나 완화간호가 생명 유지를 포기한다는 부정적인 인식을 가지고 있어 이를 거부하게 되어, 적절한 통증 및 증상 관리와 임종간호가 이루어지지 못하는 경우가 있다[8,9]. 이러한 완화간호에 대한 부정적인 인식은 의료진에게서도 볼 수 있으며[10], 이로 인하여 환아와 가족의 신체적, 정신적, 영적인 요구를 충족시킬 수 있는 적절한 완화간호를 제공하지 못할 수 있다[11]. 의료진 중에서도 환아를 가장 가까이에서 돌보는 신생아중환자실 간호사의 역할이 매우 중요하며, 완화간호의 개념과 필요성을 깨닫고 임종을 앞둔 신생아와 가족에게 전문적인 간호를 제공하는 것이 필요하다.

환아와 부모를 위하여, 그리고 신생아 완화간호의 발전을 위해서는 간호사의 완화간호에 대한 과학적인 지식과 기술 및 긍정적인 태도가 바탕이 되어야 하는데[7], 이에 대한 이해 및 연구는 국내에서는 미비한 상태이다. 또한 신생아중환자실 간호사는 사망률이 높은 고위험 신생아들을 간호하면서 빈번하게 임종 상황을 맞이하게 되는데[12], 신생아의 죽음은 자연스러운 현상이 아니기 때문에 신생아중환자실 간호사는 성인 환자를 돌보는 간호사와 달리 더 심한 상실감과 슬픔을 경험하게 된다[13]. 이러한 상황들의 반복으로 신생아중환자실 간호사는 추가적인 업무 스트레스를 경험하게 된다[14]. 간호사가 임종 상황에 반복적으로 노출되더라도 최소한의 상실감과 스트레스를 경험하며 완화간호를 수행하기 위해서는 죽음에 대한 심도 있는 이해를 통하여 죽음에 대한 개인의 견해를 확실하게 정립해야 하는데[15], 이에 대한 이해 또한 국내에서는 미비하다. 따라서 신생아중환자실 간호사의 죽음에 대한 인식에 대하여 알아보고, 완화간호에 대한 지식과 태도를 파악하며 더불어 이 세 변수의 관계를 살펴본다면 간호사의 신생아 완화간호에 대한 이해도를 높일 수 있을 것으로 사료된다.

국내에서 시행된 신생아 완화간호에 대한 연구로는 신생아중환자실 간호사의 애도경험 및 임종간호 태도에 관한 연구[16]와 신생아중환자실 간호사의 임종환아 돌봄 경험에 대한 질적 연구[3]가 있었다. 이 두 연구는 신생아중환자실 간호사의 감정적 혹은 정서적 갈등 등을 다루고 있어 신생아중환자실 간호사의 완화간호와 관련된 임상실무, 지식, 태도 등과 관련된 기초연구는 부족한 실정이다. 이에 본 연구는 신생아중환자실 간호사의 완화간호에 대한 지식과 태도 및 죽음에 대한 인식을 측정하고 세 변인 간의 관계를 파악하여 완화간호 교육 프로그램과 신생아 완화간호와 관련된 프로토콜 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

연구의 목적

본 연구의 목적은 간호사의 완화간호에 대한 지식과 태도 및 죽음에 대한 인식의 정도를 파악하는 것이다. 이를 위한 구체적 목적은 다

음과 같다.

- 1) 신생아중환자실 간호사의 완화간호에 대한 지식과 태도 및 죽음에 대한 인식을 파악한다.
- 2) 신생아중환자실 간호사의 일반적 특성에 따른 완화간호에 대한 지식과 태도 및 죽음에 대한 인식의 차이를 파악한다.
- 3) 신생아중환자실 간호사의 완화간호에 대한 지식과 태도 및 죽음에 대한 인식 간의 상관관계를 파악한다.

용어의 정의

완화간호에 대한 지식

완화간호에 대한 지식이란 치유가 불가능한 상태의 환아가 사망에 이르기까지 환아와 가족에게 이루어지는 총체적이고 광범위한 간호[7]를 위해 필요한 명확한 인식이나 이해[17]를 의미한다. 본 연구에서는 Ross 등[18]이 개발한 The Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN)을 한국어로 변안한 도구를 이용하여 측정된 점수를 의미한다.

완화간호에 대한 태도

완화간호에 대한 태도란 임종을 앞둔 환자와 가족의 신체적, 정신적, 영적 간호를 제공하는 완화간호에 대해[19] 취하는 입장을 의미한다[17]. 본 연구에서는 Engler 등[20]이 개발한 The Bereavement/End-of-life Attitudes About Care: Neonatal Nurse Scale (BEACONNS)을 한국어로 변안한 도구를 이용하여 측정된 점수를 의미한다.

죽음에 대한 인식

죽음에 대한 인식이란 죽음을 단지 생물학적인 생명의 단절로서의 끝이 아닌 심리적, 철학적, 종교적인 측면이 통합적으로 얽혀 있는 복합적인 현상으로 인식하는 것[21]을 의미한다. 본 연구에서는 Kim, Kim과 Tak[22]이 개발한 죽음에 대한 인식 진술문을 토대로 수정보완한 도구를 이용하여 측정된 점수를 의미한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 신생아중환자실 간호사의 완화간호에 대한 지식과 태도 및 죽음에 대한 인식의 상관관계를 파악하기 위한 서술적 조사 연구이다.

연구대상

연구대상은 S, A, G시 소재의 5개 종합병원의 신생아중환자실 간호사와 신생아중환자실에서 1년 이상 근무한 경험이 있으며, 경력단절된 지 1년 미만인 간호사를 대상으로 하였다. 신생아중환자 간호 경력단절

이 1년 이상이 된 자의 경우, 현재 병원에서 실시되고 있는 완화간호 교육 현황과 간호 수행에 대한 정보를 제공할 수 없기 때문에 제외하였다.

G*power 3.10을 이용하여 상관관계분석 검정 시 유의수준 .05, 검정력 .90, 효과크기는 상관관계분석의 보통 수준인 .30으로 하였을 때 최소로 필요한 표본 수는 109명이었다. 탈락률 10%를 고려하여 총 120명에게 설문지를 배부하였으며 수집된 자료는 118부였다. 이 중 누락된 문항이 있는 설문지 8부를 제외한 110부가 최종 연구 분석에 사용되었다.

연구도구

완화간호에 대한 지식

Ross 등[18]이 간호사를 대상으로 개발한 The Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN)을 Kim 등[23]이 한국어로 번안한 도구를 사용하였다. 본 도구는 총 20문항으로 철학과 원칙 관련 4문항, 통증과 증상 관리 관련 13문항, 돌봄의 정신, 사회적 측면 관련 3문항으로 구성되어 있다. 문항별로 ‘맞다’, ‘틀리다’, 그리고 ‘모르겠다’로 구분되어 있으며, 정답의 경우 1점, 오답과 모르겠다는 0점으로 처리하여 최저 0점에서 최고 20점까지 가능하며 점수가 높을수록 신생아 완화간호 관련 지식이 높은 것을 의미한다. 원 도구의 내적 일관성 신뢰도 계수 KR-20은 .78[18]이었고, Kim 등[23]의 연구에서 내용타당도 Content Validity Index (CVI)는 .85였다. 본 연구의 내적 일관성 신뢰도 계수 KR-20은 .71이었다.

완화간호에 대한 태도

Engler 등[20]이 개발한 The Bereavement/End-of-Life Attitudes About Care: Neonatal Nurses Scale (BEACONNS)을 Yi와 Yang[16]이 한국어로 번안한 도구를 사용하였다. 본 도구는 총 51문항으로 편안함 영역 19문항, 역할 영역 18문항, 참여 영역 14문항의 세 개의 하위영역으로 구성된 5점 척도의 도구이며, 총점이 아닌 하위영역 별로 그 특성을 살펴보았다.

편안함 영역은 신생아중환자실 간호사가 완화간호를 이행할 때의 편안함의 정도를 측정하며, ‘매우 불편하다’가 1점, ‘매우 편안하다’가 5점으로 배점되며, 점수가 높을수록 완화간호에 편안함을 느끼는 것을 의미한다. 역할 영역은 신생아중환자실 간호사가 가족과 함께 완화간호를 수행할 때 간호사의 역할에 대한 인식에 대해 동의하는 정도를 측정한다. ‘전혀 동의하지 않는다’가 1점, ‘매우 동의한다’가 5점으로 구성되며, 점수가 높을수록 가족과 함께 완화간호를 수행할 때 간호사의 역할이 중요하다고 인식하는 것을 의미한다. 마지막으로 참여 영역은 특정 상황이 신생아중환자실 간호사가 완화간호에의 참여에 얼마나 영향을 미치는지를 살펴보았다. 참여 영역은 ‘전혀 중요하지 않다’가 1점, ‘매우 중요하다’ 5점으로 구성되며, 문항 당 평균이 높을수록 어떤 상황이 간호사의 완화간호에 많은 영향을 미침을 의미한다. 예를 들면 바쁜 병동일 경우, 죽어가는 영아가 있을 경우, 수용적인 가족이 있을

경우 등으로 그 각각의 상황을 문항으로 만들었다. 세 영역 모두 문항의 평균으로 계산하며 최소 1점에서 최대 5점까지 가능하다. 원 도구의 내적 일관성 신뢰도 계수 Cronbach’s α 는 전체 영역에서 .88이었고, 각 영역에서는 각각 .95, .85, .81이었다[20]. Yi와 Yang[16]의 연구에서는 전체 영역에서의 Cronbach’s α 는 .90이었고, 각 영역에서의 Cronbach’s α 는 각각 .90, .75, .86이었다. 본 연구의 Cronbach’s α 는 전체 영역에서 .86이었고, 각 영역에서의 Cronbach’s α 는 각각 .91, .75, .83이었다.

죽음에 대한 인식

죽음에 대한 인식은 Kim 등[22]이 개발한 죽음 인식에 대한 도구를 Han[24], Kim[25]이 수정 보완한 도구를 Cho[26]가 다시 수정한 도구를 사용하였다. 본 도구는 총 23문항으로 ‘전혀 아니다’에 1점, ‘아니다’에 2점, ‘보통이다’에 3점, ‘그렇다’에 4점, ‘매우 그렇다’에 5점으로 배점되는 5점 척도이다. 본 도구의 가능한 총 점수는 최저 23점에서 최고 115점으로 구성된다. 총 점수가 높을수록 죽음에 대한 인식이 긍정적인임을 의미한다. 원도구의 신뢰도는 명시되지 않았으며[22], Kim[25]의 연구에서의 신뢰도는 Cronbach’s α 는 .72였고 Cho[26]의 연구에서는 .73이었다. 일반적으로 측정도구의 신뢰도는 적어도 .70 이상이어야 내적 일관성 신뢰도를 확보한 것으로 판단하기 때문에[27], 내적 일관성 신뢰도를 떨어뜨리는 2 문항을 제외하였다. 분석에 사용되지 않은 문항은 ‘자신의 죽음은 생각하고 싶지 않은 일 중의 하나이다’와 ‘장례의 식이나 추모제 등은 죽은 사람에 대한 예우로 엄숙히 진행되어야 한다’는 두 개의 문항이었다. 최종 21개 문항의 Cronbach’s α 는 .72이었다.

자료 수집 방법

본 연구의 자료 수집은 2016년 2월 25일부터 3월 22일까지 시행하였다. S, A, G시에 위치한 총 5개 종합병원의 간호부에 설문협조요청 공문을 통해 협조 승인을 받은 후 해당 병동을 방문하여 모집 문건을 게시하고 연구에 관심 있는 대상자를 모집하였다. 연구에 관심이 있는 대상자에게 연구의 목적을 설명하고 동의를 구하였다. 설문지 작성에는 총 15-20분 정도가 소요되었으며, 대상자들에게 연구 참여에 대한 감사의 표시로 소정의 답례품을 제공하였다.

윤리적 고려

본 연구에서는 대상자의 윤리적 보호를 위하여 연구자의 소속 기관의 IRB 심의를 거쳐 승인(IRB No.: 110-11)을 받은 후 진행하였다. 연구 대상자에게 서면으로 연구에 관해 설명한 후 자발적인 참여를 원하는 대상자에 한해서 설문지를 배부하였다. 연구 대상자가 원할 경우 언제라도 참여를 철회할 수 있으며 수집된 자료는 본 연구를 위해서만 사용되고 익명이 보장되며 연구 종료 후 3년 후 폐기 처리하여 기밀유지를 보장한다는 내용의 동의서를 받았다.

자료 분석 방법

자료는 SPSS Statistics 21 프로그램을 이용하여 다음과 같이 통계 분석을 하였으며, 통계적 유의수준은 $p < .05$ 로 설정하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 실수, 백분율, 평균, 표준편차로 분석하였다.
- 2) 완화간호에 대한 지식과 태도 및 죽음에 대한 인식은 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 3) 대상자의 일반적 특성에 따른 완화간호에 대한 지식과 태도 및 죽음에 대한 인식의 차이는 t-test, one-way ANOVA로 분석하여 유의미한 경우 Scheffe test를 실시하였다.
- 4) 대상자의 완화간호에 대한 지식과 태도 및 죽음에 대한 인식의 상관관계는 Pearson's correlation을 이용하여 분석하였다.

연구 결과

대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 평균 연령은 29.29 ± 4.77 세이며, 성별은 모두 여성이

었다. 학력의 경우 전문학사를 졸업한 경우가 24.6%(27명), 학사를 졸업한 경우 72.7%(80명), 석사 졸업이 2.7%(3명)로 학사 학위 소지자가 가장 많았다. 신생아중환자실 근무 경력은 평균 55.64개월로, 25-60개월이 39.1%(43명)로 가장 많았고, 1-24개월이 28.2%(31명), 61개월 이상이 32.7%(36명)로 나타났다. 대상자가 속한 신생아중환자실에 완화간호 관련 프로토콜이 없다고 응답한 대상자가 71.8%(79명), 프로토콜이 있다고 응답한 대상자가 28.2%(31명)로 대부분의 간호사가 속한 신생아중환자실에 완화간호 프로토콜이 없는 것으로 나타났다(Table 1).

신생아중환자실 간호사의 완화간호에 대한 지식과 태도 및 죽음에 대한 인식

대상자의 완화간호에 대한 지식은 0점에서 20점 범위 중 평균 점수는 8.92 ± 2.42 점이었다. 완화간호에 대한 태도는 최고점이 5점인데 편안함 영역은 평균 2.82 ± 0.57 점, 역할 영역은 평균 3.19 ± 0.32 점, 참여 영역은 평균 3.80 ± 0.38 점이었다. 죽음에 대한 인식은 1점에서 5점 범위 중 평균 3.63 ± 0.34 점이었다(Table 2).

Table 1. Characteristics of Participants

(N=110)

Characteristics	Categories	n (%)	M ± SD	Min	Max
Gender	Female	110 (100)			
Age	<27	53 (48.2)	29.29 ± 4.77	23	50
	≥28	57 (51.8)			
Marital status	Yes	28 (25.4)			
	No	82 (74.6)			
Children	Yes	18 (16.4)			
	No	92 (83.6)			
Religion	Yes	47 (42.7)			
	No	63 (57.3)			
Experience of parents' death	Yes	16 (14.5)			
	No	94 (85.5)			
Experience of palliative care education	Yes	51 (46.4)			
	No	59 (53.6)			
Education	Associate	27 (24.6)			
	Bachelor	80 (72.7)			
	≥ Master	3 (2.7)			
Total clinical experience (month)	1-24	25 (22.7)	66.17 ± 60.12	3	325
	25-60	45 (40.9)			
	≥61	40 (36.4)			
NICU experience (month)	1-24	31 (28.2)	56.64 ± 50.64	3	244
	25-60	43 (39.1)			
	≥61	36 (32.7)			
Protocol in NICU	Yes	31 (28.2)			
	No	79 (71.8)			
Experience of caring for dying patients	< 1/ year	25 (22.7)			
	1/ year	23 (20.9)			
	1/ 6 months	38 (34.5)			
	1/ 3 month	17 (15.5)			
	1/ month	7 (6.4)			

NICU = Neonatal Intensive Care Units.

대상자의 일반적 특성에 따른 완화간호에 대한 지식과 태도 및 죽음에 대한 인식

완화간호에 대한 지식과 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 특성은 총 임상 경력(F=5.94, p=.004), 신생아중환자실 임상 경력(F=5.97, p=.003), 3년 이내 담당 환자 임종 경험(t=2.03, p=.045)이었다. 총 임상 경력과 신생아중환자실 임상경력이 25-60개월, 61개월 이상인 대상자의 지식 정도가 총 임상 경력 및 신생아중환자실 임상경력이 1-24개월인 대상자의 지식 정도보다 낮았다.

완화간호에 대한 태도 하위 영역 중 편안함 영역과 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 특성은 총 임상 경력(F=4.30, p=.016)으로, 총 임상 경력이 1-24개월인 대상자의 완화간호에 대한 편안함 정도가 총 임상 경력이 25-60개월, 61개월 이상인 대상자의 편안함 정도보다 높았다. 완화간호에 대한 태도 하위 영역 중 역할 영역과 통계적으로 유의한

차이를 나타낸 특성은 결혼상태(t=-2.41, p=.018), 자녀 유무(t=-1.99, p=.049), 완화간호 관련 교육 경험(t=-2.31, p=.023), 병동 내의 완화간호에 대한 프로토콜 유무(t=-3.11, p=.002)였다. 기혼인 대상자가 미혼인 대상자보다, 자녀가 있는 대상자가 없는 대상자보다, 완화간호 교육 경험이 있는 대상자가 없는 대상자보다, 병동 내의 완화간호에 대한 프로토콜이 있다고 응답한 대상자가 그렇지 않은 대상자보다 가족과 함께 완화간호 수행 시 간호사의 역할이 중요하다고 여기는 것을 의미한다. 마지막으로, 완화간호에 대한 태도 하위영역 중 참여 영역과 통계적으로 유의한 변수는 연령(F=4.63, p=.012)이었다. 25세 미만인 대상자가 25-29세인 대상자와 30세 이상인 대상자의 참여 영역에 대한 평균 점수보다 높았다.

죽음에 대한 인식과 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 특성은 종교(t=-2.76, p=.007), 지난 1년 동안 가까운 가족 또는 지인의 사별 경험(t=-3.56, p=.001), 총 임상 경력(F=3.20, p=.045)이었다. 종교가 있는 대상자가 없는 대상자보다, 지인의 사별 경험이 있는 대상자가 사별 경험이 없는 대상자보다, 총 임상경력이 적은 대상자가 경력이 많은 대상자보다 죽음에 대한 인식이 높았다(Table 3).

완화간호에 대한 지식과 태도 및 죽음에 대한 인식의 상관관계

본 연구에서 완화간호에 대한 지식은 완화간호에 대한 태도 하위영역 중 하나인 편안함 영역과 통계적으로 유의한 양의 상관관계를 나타

Table 2. Degree of Participants' Knowledge, Attitude Towards Palliative Care and the Perception of Death (N=110)

Variables	Total score	M±SD	Min	Max
Knowledge	20	8.92±2.42	4	14
Attitude				
Comfort	5	2.82±0.57	1.63	4.68
Role	5	3.19±0.32	2.50	3.96
Involvement	5	3.80±0.38	2.57	4.79
Perception of death	5	3.63±0.34	2.90	4.43

Table 3. Differences in Participants' Knowledge, Attitude Towards Palliative Care and the Perception of Death According to Demographic Characteristics of Participants (N=110)

Characteristics	Categories	n	Knowledge		Attitude						Perception of death	
			M±SD	t or F (p)	Comfort		Role		Involvement		M±SD	t or F (p)
					M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)		
Marital status	Yes	28	8.75±2.37	0.42	2.80±0.47	0.21	3.31±0.30	-2.41	3.81±0.41	-0.15	76.39±8.67	-0.17
	No	82	8.98±2.45	(.672)	2.83±0.60	(.832)	3.15±0.32	(.018)	3.80±0.37	(.883)	76.10±6.47	(.870)
Children	Yes	18	8.99±2.35	0.69	2.86±0.46	-0.36	3.33±0.37	-1.99	3.88±0.42	-0.98	76.22±9.80	-0.03
	No	92	8.56±2.81	(.489)	2.81±0.59	(.719)	3.16±0.31	(.049)	3.79±0.37	(.327)	76.16±6.45	(.981)
Religion	Yes	47	8.85±2.41	0.25	2.77±0.50	0.72	3.19±0.37	0.02	3.83±0.42	-0.49	78.34±7.93	-2.76
	No	63	8.97±2.44	(.803)	2.85±0.61	(.474)	3.19±0.29	(.982)	3.79±0.35	(.622)	74.56±5.88	(.007)
Experience of parents' death	Yes	16	9.19±2.71	-0.480	2.85±0.58	-0.21	3.22±0.45	-0.28	3.68±0.60	0.96	81.69±6.47	-3.56
	No	94	8.87±2.38	(.632)	2.81±0.57	(.838)	3.18±0.30	(.781)	3.83±0.33	(.349)	75.23±6.74	(.001)
Experience of palliative care education	Yes	51	8.63±2.42	1.17	2.85±0.57	-0.58	3.26±0.28	-2.31	3.82±0.38	-0.52	76.57±7.94	-0.55
	No	59	9.17±2.42	(.243)	2.79±0.56	(.566)	3.12±0.35	(.023)	3.79±0.38	(.606)	75.83±6.24	(.586)
Clinical experience (month)	1-24 ^a	25	10.32±1.95	5.94	3.10±0.73	4.30	3.25±0.39	0.96	3.94±0.39	2.28	78.64±6.99	3.20
	25-60 ^b	45	8.56±2.32	(.004)	2.75±0.49	(.016)	3.14±0.30	(.386)	3.77±0.36	(.107)	74.38±5.98	(.045)
	≥61 ^b	40	8.45±2.51	a>b	2.71±0.48	a>b	3.21±0.31		3.76±0.38		76.65±7.79	
NICU experience (month)	1-24 ^a	31	10.13±1.91	5.97	2.99±0.70	2.41	3.24±0.36	0.73	3.91±0.36	1.62	77.71±7.76	2.03
	25-60 ^b	43	8.53±2.41	(.003)	2.80±0.51	(.094)	3.15±0.31	(.484)	3.76±0.37	(.203)	74.56±6.09	(.136)
	≥61 ^b	36	8.33±2.51	a>b	2.69±0.47		3.19±0.31		3.77±0.39		76.78±7.29	
Protocol in NICU	Yes	31	9.13±2.45	-0.57	2.90±0.55	-0.92	3.34±0.31	-3.11	3.71±0.38	1.62	77.87±8.08	-1.59
	No	79	8.84±2.42	(.569)	2.79±0.57	(.359)	3.13±0.31	(.002)	3.84±0.37	(.107)	75.51±6.54	(.114)
Experience of caring for dying patients	Yes	73	8.59±2.54	2.03	2.84±0.52	-0.48	3.19±0.34	-0.19	3.76±0.37	1.67	76.00±6.78	0.36
	No	37	9.57±2.04	(.045)	2.78±0.65	(.630)	3.18±0.30	(.853)	3.89±0.38	(.098)	76.51±7.64	(.720)

*a, b: Scheffé test.

Table 4. Correlations among Knowledge, Attitude Towards Palliative Care and the Perception of Death

(N=110)

	Knowledge <i>r</i> (<i>p</i>)	Attitude toward palliative care		
		Comfort <i>r</i> (<i>p</i>)	Role <i>r</i> (<i>p</i>)	Involvement <i>r</i> (<i>p</i>)
Attitude toward palliative care				
Comfort	.229 (.016)			
Role	.053 (.579)	.288 (.002)		
Involvement	.017 (.856)	.147 (.125)	.314 (.001)	
Perception of death	.042 (.661)	.194 (.042)	.385 (<.001)	.105 (.277)

났다($r=.229, p=.016$). 죽음에 대한 인식은 완화간호에 대한 태도 하위 영역 중 하나인 편안함 영역($r=.194, p=.042$) 및 역할 영역($r=.385, p=.001$)과 통계적으로 유의한 양의 상관관계를 가지는 것으로 나타났다(Table 4).

논 의

본 연구는 신생아중환자실 간호사들의 완화간호에 대한 지식과 태도 및 죽음에 대한 인식 간의 관계를 확인하기 위해 시도되었다.

대상자의 완화간호에 대한 지식은 20점 중 평균 8.92 ± 2.42 점으로, 이는 간호사를 대상으로 본 연구와 같은 도구를 사용하여 완화간호 교육 과정의 효과를 알아본 연구[23]의 교육 전 지식의 평균 점수 12.5 ± 2.3 점보다 낮은 것으로 나타났다. 이 결과는 본 연구의 석사 학위 이상 소지자들이 2.7%(3명)인 것에 반해, Kim 등[23]의 연구 대상자들이 석사 학위 이상 소지자가 73.9%(82명)를 차지한 것이 지식 점수 차이에 영향을 주었을 것으로 사료된다. 완화간호에 대한 태도 중 편안함 영역은 평균 2.82 ± 0.57 점, 역할 영역은 평균 3.19 ± 0.32 점, 참여 영역은 평균 3.80 ± 0.38 점이었다. 신생아중환자실에서 근무하는 간호사에게 같은 도구를 사용하여 측정한 연구 결과[16], 편안함 영역의 평균 점수는 2.66 ± 0.55 점, 역할 영역은 3.03 ± 0.50 점, 참여 영역은 3.85 ± 0.48 점으로 편안함과 역할 영역에서 본 연구대상자들의 점수가 더 높게 나타났다. 이러한 결과는 Yi와 Yang[16]의 연구에서 임종을 앞둔 환아를 최소 6개월에 한번 이상은 간호하는 간호사가 33.3%인 반면, 본 연구 결과에서 56.4%로 대상자의 절반 이상을 차지하여 임종을 앞둔 환아를 간호하는 빈도가 높은 대상자들이 많아 완화간호에 대하여 좀 더 편안함을 느끼고 완화간호 수행 시 간호사의 역할에 대해 중요하게 생각하였을 것으로 사료된다.

죽음에 대한 인식은 다른 문헌과의 비교를 위해 총점 대신 문항 당 평균을 계산하였는데, 1점에서 5점 범위 중 평균 3.63 ± 0.34 점이었다. 문항 당 평균이 총 3점 이상일 때 죽음에 대한 인식의 긍정 정도가 보통 이상임을 의미하므로[28], 본 연구 대상자들의 죽음에 대한 인식이 긍정적이라 할 수 있겠다. Yoon과 Ha[28]의 연구에서 죽음에 대한 인식의 평균은 2.8 ± 0.22 점으로 본 연구의 결과보다 낮게 나타났는데, 이

는 본 연구에서 신생아중환자실 간호사만을 대상으로 한 것에 반해 Yoon과 Ha[28]의 연구에서는 부서에 제한을 두지 않고 일반 병동과 특수부서에서 근무하는 간호사를 모두 포함했다는 점으로 인한 차이일 수 있겠다. 중환자실과 같은 특수부서가 아닌 일반 병동에서는 임종을 앞둔 환자를 간호할 빈도가 더 낮아 죽음에 대한 인식이 더 낮았을 것으로 추측된다.

대상자의 일반적 특성에 따른 완화간호 지식의 차이를 살펴본 결과, 총 임상 경력 및 신생아중환자실 임상경력이 25개월 이상인 대상자의 지식 정도가 총 임상 경력과 신생아중환자실 임상 경력이 1-24개월인 대상자의 완화간호에 대한 지식 정도보다 낮았다. 이는 완화간호에 대한 교육의 부재 혹은 부족함으로 시간이 지날수록 간호사들이 신생아중환자실 간호사들이 완화간호와 관련된 지식이 감소하는 것으로 해석해 볼 수 있겠다. 이와 같은 결과에 대해서는 차후 반복 연구를 통해 임상경력과 완화간호 지식에 대한 관계성을 확인하고 차이가 있다면 그 원인을 확인할 필요가 있겠다. 또한 임상에서는 신규 간호사뿐만 아니라 경력 간호사들에게도 신생아 완화간호 교육을 주기적으로 시행하여 변화하는 완화간호 환경과 간호지식에 대한 정보를 제공할 필요가 있겠다.

대상자의 일반적 특성에 따른 태도의 하위 영역 중 편안함 영역의 차이는, 총 임상 경력이 2년 미만인 대상자의 완화간호에 대한 편안함 정도가 총 임상경력이 25개월 이상인 대상자의 편안함 정도보다 높은 것으로 나타났다. 하지만 기존 선행 연구[16]에서는 총 임상 경력에 따라 편안함 영역이 유의한 차이를 보이지 않아 본 연구 결과와 차이가 있었다. 이는 신생아중환자실 간호사들이 시간이 지날수록 더 많은 환자의 죽음을 경험하면서 완화간호에 대하여 더 고민을 하게 되고 더불어 불편하게 느끼는 것일 수 있다. 하지만 이 또한 반복연구를 통하여 이 관계성과 원인에 대하여 정확히 알아보고 분석해볼 필요가 있다.

대상자의 일반적 특성에 따른 완화간호에 대한 태도 하위 영역 중 역할 영역에서는, 기혼인 대상자가 미혼인 대상자보다, 자녀가 있는 대상자가 없는 대상자보다, 완화간호 교육 경험이 있는 대상자가 없는 대상자보다, 병동 내의 완화간호에 대한 프로토콜이 있다고 응답한 대상자가 그렇지 않은 대상자보다 간호사의 역할을 더 중요하게 인식하는 것으로 나타났다. 이는 기혼이거나 자녀가 있는 경우에 미혼인 대상자

보다 임종을 앞둔 환아를 돌볼 때 부모의 입장에서 생각하였기 때문으로 추측된다. 본 연구에서 완화간호에 대한 교육을 받은 경험이 있을 경우 교육을 받지 않은 간호사보다 완화간호에 있어서 간호사 자신의 역할이 중요하다고 인식하였는데, 이는 완화간호에 대한 태도가 사전 교육 경험에 영향을 받는다는 선행 연구[20]의 결과를 지지한다. 병동 내 완화간호에 대한 프로토콜이 있는 경우 간호사는 프로토콜의 내용을 어느 정도 숙지하고 있기 때문에 본인의 역할의 중요성에 대해서도 인지하고 있을 것으로 사료된다. 병동 내에 완화간호에 대한 프로토콜을 비치하여, 간호사가 처음 접해보는 상황에서도 스스로 판단을 내리고 대처하고 환아를 간호할 수 있도록 할 필요가 있겠다.

본 연구에서 종교가 있는 대상자가 종교가 없는 대상자보다, 지인의 사별 경험이 있는 대상자가 사별 경험이 없는 대상자보다, 총 임상경력이 적은 대상자가 경력이 많은 대상자보다 죽음에 대한 인식이 긍정적이었다. 종교의 유무와 관련하여 본 연구 결과는 간호사의 종교 유무에 따라 죽음에 대한 인식에 따라 차이가 있었다고 한 선행연구[28]를 지지한다. 이는 종교가 있을 경우 종교로부터 정신적 위안을 얻기 때문[29]으로 보이며, 가족 또는 지인의 사별을 최근에 경험해 본 경우가 가까운 사람을 잃은 경험으로 죽음에 대해 깊게 생각해보고 이에 대한 견해를 자신의 관점에서 정리해보았기 때문에, 죽음에 대해 긍정적인 인식을 가지고 있을 것으로 해석할 수 있다.

완화간호에 대한 태도 하위 영역 중 편안함은 죽음에 대한 인식과 통계적으로 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났으나 그 관계가 미약하였다. 하지만 완화간호에 대한 태도 하위 영역 중 역할 영역은 편안함 영역보다는 강한 상관관계를 보였다. 암 병동 간호사를 대상으로 한 Hong 등[30]의 연구에서도 완화간호에 대한 태도에 영향을 미치는 요인으로 죽음에 대한 인식이 나타났다. 이렇듯 죽음에 대한 인식과 완화간호 태도, 그 중에서도 간호사의 역할과 관련된 태도는 밀접한 관계를 갖고 있다. 따라서 완화간호 교육 프로그램 개발 시 간호사 자신이 죽음에 대하여 그 의미를 정립해 볼 수 있는 내용, 완화간호에 있어서의 간호사의 명확한 역할 및 업무 가이드라인 등을 포함시킨다면 그 프로그램의 효과를 극대화 할 수 있을 것으로 사료된다. 신생아 중환자의 경우 대부분 병원에서 임종을 맞이하기 때문에 간호사의 역할이 매우 중요하다. 이를 위해서는 완화간호에 있어서 명확한 간호사의 업무 구분, 그리고 환아, 보호자, 간호사 모두가 편안하게 죽음의 상황에 대처하도록 지지할 수 있는 신생아중환자실 간호사를 위한 교육 프로그램 및 표준화된 가이드라인이 필요하다.

본 연구는 S, A, G시에 위치한 일부 종합병원에서 대상자를 편의 추 출하였으므로 종합병원 신생아중환자실 간호사로 일반화시키기에 한계가 있다. 또한, 완화간호에 대한 지식을 측정하는 도구가 신생아 완화간호만을 위한 지식 측정 도구가 아니기에 추후 신생아의 발달 단계적 특성을 반영한 지식 측정 도구를 개발하여 신생아 완화간호 관련

연구에 적용해 볼 필요가 있다. 본 연구의 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 간호사가 임종 상황 시 간호 수행을 효과적으로 할 수 있도록 환아의 임종 전, 후에 일어날 수 있는 상황을 모의 훈련으로 구성하여 간호사들에게 제공할 것을 제언한다. 둘째, 간호사들의 신생아 완화간호에 대한 수행 기술을 향상시키고 죽음에 대한 인식을 긍정적으로 변화시킬 수 있는 교육 프로그램과 훈련과정을 개발할 것을 제언한다.

결론

본 연구결과 신생아중환자실 간호사들의 완화간호에 대한 지식과 태도 및 죽음에 대한 인식 중 지식의 수준이 전반적으로 낮은 수준으로 나타나, 신생아중환자실 간호사들에게 완화간호에 대한 교육을 제공하여 지식수준을 향상시킬 필요가 있음을 알 수 있었다. 또한, 완화간호에 대한 태도와 죽음에 대한 인식 간에 통계적으로 유의한 양의 상관관계가 나타났는데, 교육 프로그램 개발 시 이를 고려하여 죽음에 대하여 간호사들이 어떻게 인식하는지를 파악하고[28,30], 이를 동료와 나누고, 동료 간 서로 지지해 줄 수 있는 프로그램을 개발[3]하는 것이 도움이 될 것으로 보인다. 마지막으로 본 연구결과 신생아중환자실에 신생아 완화간호에 대한 프로토콜이 있는 병동이 많지 않고, 이 프로토콜의 유무가 간호사의 완화간호에 대한 태도, 그 중에서도 본인의 역할에 대한 인식과 관련이 있는 것으로 나타났다. 따라서 병동 내에서 완화간호와 관련한 프로토콜이 필요함을 알 수 있으며 나아가서 장기적으로는 표준화된 가이드라인을 개발 및 적용할 필요가 있을 것으로 사료된다.

Conflict of Interest

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

References

1. Statistics Korea. Birth certificate data 2014 [Internet]. Seoul: Statistics Korea; 2015 [cited 2016 January 5]. Available from: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=347963.
2. Kim SH, Im SJ, Kang HR, Choi EH, Kim ER, Kim AR. Study on improving pregnancy and delivery support. Research Report. Seoul: National Health Insurance Service, 2015 December. Report No.: 2015-1-0008.
3. Kang HJ, Bang KS. Neonatal intensive care unit nurses' experience in caring for infants who are dying. Child Health Nursing Research.

- 2013;19(4):252-261. <http://dx.doi.org/10.4094/chnr.2013.19.4.252>.
4. Statistics Korea. Infant, maternal and perinatal mortality statistics 2014 [Internet]. Seoul: Statistics Korea; 2015 [cited 2016 March 20]. Available from: <http://kostat.go.kr>.
 5. Peng NH, Chen CH, Liu HL, Lee HY. To explore the conditions of dying infants in NICU in Taiwan. *Journal of Critical Care*. 2012;27(1):102.e7-102.e13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrrc.2011.02.045>.
 6. Armstrong-Dailey A, Zarbock SF. *Hospice care for children*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2001.
 7. Mancini A, Kelly P, Bluebond-Langner M. Training neonatal staff for the future in neonatal palliative care. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2013;18(2):111-115. <http://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2012.10.009>.
 8. Kang KA, Kim SJ. The present and future of children's hospice care in Korea. *Child Health Nursing Research*. 2003;9(2):190-197.
 9. Koo HY, Choi SH, Park HR. Cognition and needs for hospice care among parents of children with cancer. *Child Health Nursing Research*. 2009;15(3):325-333. <http://dx.doi.org/10.4094/jkachn.2009.15.3.325>.
 10. Haut CM, Michael M, Moloney-Harmon P. Implementing a program to improve pediatric and pediatric ICU nurses' knowledge of and attitudes toward palliative care. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2012;14(1):71-79. <http://doi.org/10.1097/NJH.0b013e318236df44>.
 11. Field MJ, Behrman RE. *When children die: Improving palliative and end-of-life care for children and their families*. 1st ed. Washington D.C.: National Academies Press; 2003.
 12. Kang JH, Han SJ. A study of Intensive Care Unit nurses' understanding of the meaning of death, death anxiety, death concern and respect for life. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2013;16(2):80-89. <http://doi.org/10.14475/kjhpc.2013.16.2.080>.
 13. Couhen BA. "Sometimes I want to run": A nurse reflection on loss in the intensive care unit. *Journal of Loss & Trauma*. 2002;7(1):35-45.
 14. Yam BM, Rossiter JC, Cheung KY. Caring for dying infants: Experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*. 2001;10(5):651-659.
 15. Seo MJ, Kim JY, Kim SH, Lee TW. Nurses attitudes toward death, coping with death and understanding and performance regarding EOL care: Focus on nurses at ED, ICU and oncology department. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2013;16(2):108-117. <http://dx.doi.org/10.14475/kjhpc.2013.16.2.108>.
 16. Yi YH, Yang HM. Nurse's grief experience and attitudes toward bereavement/End-of-life care of families of dying infants in the neonatal intensive care units. *Journal of the Korean Data Analysis Society*. 2015;17(2):1045-1060.
 17. Basic Korean Dictionary [Internet]. National institute of Korean language; 2015 [cited 2016 January 9]. Available from: <http://stdweb2.korean.go.kr/main.jsp>.
 18. Ross M, 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.
 19. Korea Hospice Association. *Hospice introduction*. Seoul: Korea Hospice Association Press; 2010.
 20. Engler AJ, Cusson RM, Brockett RT, Cannon-Heinrich C, Goldberg MA, West MG, et al. Neonatal staff and advanced practice nurses' perceptions of bereavement/end-of-life care of families of critically ill and/or dying infants. *American Journal of Critical Care*. 2004;13(6):489-498.
 21. Kim MS. Philosophical studies on cognition and attitude of Koreans towards death. *The Journal of Confucianism Research Institute*. 2010;22(1):73-108.
 22. Kim BH, Kim HK, Tak YR. Measuring the effects of hospice program on death. *Korean Society for the Scientific Study of Subjectivity*. 1997;2:132-145.
 23. Kim HS, Kim BH, Yu SJ, Kim S, Park SH, Choi S, et al. The effect of an End-of-Life nursing education consortium course on nurses' knowledge of hospice and palliative care in Korea. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2011;13(4):222-229. <http://dx.doi.org/10.1097/NJH.0b013e318210fdcc>.
 24. Han MS. *An analysis of cancer care unit nurses' perception of death* [master's thesis]. Seoul: Hanyang University; 1998. p.1-71.
 25. Kim MA. *The perception of death to life style, quality of life, spiritual health in adult* [master's thesis]. Seoul: Hanyang university; 2006. p.1-95.
 26. Cho YC. *Emergency nurses' perception of death and terminal care attitude* [master's thesis]. Suwon: Ajou University; 2011. p.1-40.
 27. Nunnally J. *Psychometric methods*. New York: McGraw-Hill; 1978.
 28. Youn JH, Ha JY. Nurses' awareness of death and meaning of life. *Journal of the Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2013;20(4):381-388. <http://dx.doi.org/10.7739/jkafn.2013.20.4.381>.
 29. Lee JH, Lee HK. The mediating role of meaning in life in the relationship between religious coping styles and posttraumatic growth among Christians. *Korean Journal of Religious Education*. 2011;36:171-192.
 30. Hong E, Jun M, Park ES, Ryu E. Death perceptions, death anxiety, and attitudes to death in oncology nurses. *Asian Oncology Nursing*. 2013;13(4):265-272. <http://dx.doi.org/10.5388/aon.2013.13.4.265>.