아동의 임종에 관한 간호사의 인식과 이직 의도

백숙영¹, 강숙정²¹이화여자대학교 대학원 간호학과 대학원생 · 서울대학교병원 간호사, ²이화여자대학교 간호대학 조교수

Pediatric Nurses' Perceptions related to End-of-Life Care and Turnover Intention

Sook Young Baek¹, Sook Jung Kang²¹Graduate Student, Graduate School, Ewha Womans University · Staff Nurse, Seoul National University Hospital, Seoul;²Assistant Professor, College of Nursing, Ewha Womans University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to investigate pediatric nurses' perceptions regarding in end-of-life care and turnover intention. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was performed among 111 hospital nurses. Pediatric nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors were measured using the Pediatric Nurses' Perceptions of End of Life Care Questionnaire which was translated into Korean and turnover intention was measured using the Korean Nurse Turnover Intention Scale (K-NTIS). **Results:** The supportive behavior with the highest perceived magnitude was 'Physicians who are compassionate, but very clear about prognosis.' The obstacle with the highest perceived magnitude was 'Instigating painful treatments when there is no hope of recovery.' Pediatric nurses' perceptions of obstacles in end-of-life care showed statistically significant differences depending on whether nurses received end-of-life care education ($t=2.02, p=.046$). The perception of obstacles in end-of-life care was positively correlated with turnover intention (intensity $r=.28, p=.002$) (frequency $r=.20, p=.027$). **Conclusion:** These results suggest that pediatric nurses' perception of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care need to be assessed when considering turnover intention. Furthermore, psychological counseling should be offered to nurses to prevent burnout and reduce moral distress which is correlated with the turnover rate.

Key words: Pediatric, End of life care, Employee turnover**Corresponding author Sook Jung Kang**

https://orcid.org/0000-0002-1668-0392

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 백숙영의 이화여자대학교 석사학위논문 일부 수정 및 축약하여 작성한 것임.

*This article was adapted from a thesis by Sook Young Baek in partial fulfillment of the requirements for the master's degree at Ewha Womans University.

Key words 아동, 임종 간호, 이직**Received** Apr 17, 2018 **Revised** May 24, 2018 **Accepted** Jun 8, 2018© 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.

서론

1. 연구의 필요성

2016년 출생사망 통계 결과에서 사망 장소별 사망자 수 구성비를 살펴보면 의료기관이 74.9%로 주택 13.5%, 기타 장소 9.8%에 비하여 월등히 높고, 의료기관 사망자는 5년 전인 2011년의 68.5%에 비해 6.4% 증가하였다[1]. 이와 같이 의료기관 사망자가 증가하고 있는 현시점에서 임종 간호의 필요성은 임상적으로 중요하다[2]. 특히 15세 미만의 사망자 중 82.2%가 의료기관에서 사망하는 것으로 보고되어, 아동을 위한 적절한 임종 간호가 필요함을 알 수 있다[1].

임종 간호란 완화 간호의 일부로서 임종 환자의 삶의 질과 개인적 위엄을 유지하며, 임종의 순간을 평온하게 맞이하도록 환자와 그 가족에게 총체적인 돌봄을 제공하여 사회적, 정신적, 신체적, 영

적 요구를 충족시켜주는 것이다[3,4]. 아동 임종 간호의 경우 아동의 발달단계를 고려한 간호를 제공해야 하고, 대상으로 아동의 가족까지 포함하기 때문에 간호사는 개별적이면서도 가족 중심적인 간호를 제공해야 한다[5,6]. 아동의 임종 간호는 언어 장벽, 불확실한 진단, 가족 구성원이 환자의 상태를 인정하는지 여부, 보호자의 적극적인 참여, 시간 제약 등의 특수한 요인을 포함한다[4]. 체계적인 임종 간호를 제공하기 위해서는 아동이 죽음을 맞이하게 되는 상황과 장소 그리고 죽음의 특성에 대한 지식과 이해가 중요하다[5]. 따라서 아동을 위한 임종 간호를 제공할 때에 지지요인과 장애요인을 파악하여 아동 임종 간호에 대해 심도 있게 이해하고, 이를 바탕으로 임종을 앞둔 아동에게 삶의 질을 높일 수 있는 임종 간호를 제공할 필요가 있다. 그러나 소아 중환자실이나 아동 병동의 의료진은 질환의 치료와 치유에 초점을 둔 급성기 치료에 익숙해져 있기 때문에 임종 간호 수행 시 어려움을 경험하며, 아동 임종 과정에는 죽음을 앞둔 어린 나이의 환자와 끝까지 포기하지 않는 가족이 함께 하기 때문에 극심한 스트레스가 발생한다[7,8]. 간호사는 임종 간호를 수행하며 직접 간호 이외의 업무 증가로 인한 육체적인 피로와 함께 자신의 간호가 대상자에게 도움이 되지 않는다는 무력감, 환자 연명 치료의 중단에 대한 윤리적 가치 판단 및 역할 갈등, 환자 임종 후 비통한 감정과 충분히 간호하지 못하였다는 죄책감을 느끼게 되며, 특히 애착을 느끼던 환자가 사망하였을 때에는 더 많은 감정적 소진을 겪는다[9,10].

이직 의도는 조직 구성원이 조직의 구성원이기를 포기하고 자발적으로 조직을 떠나려는 것으로 직장을 옮기는 행위, 다른 직장의 탐색, 이직을 생각하는 행위를 모두 포함하는 개념이며, 아동 병동 간호사의 이직 의도의 주요 영향요인으로 간호사와 의사의 협력관계, 정서적 소진, 이직계획, 연봉 등이 보고되었다[11]. 선행 연구에 따르면, 아동 병동 간호사는 환자의 고통과 죽음을 직접적으로 겪으며 이와 관련된 직무 스트레스로 인한 높은 감정적 소진과 이직 의도가 발생할 수 있다고 하였다[9,10,12]. 또한 임종 간호 수행 시 의료진이 치료의 지속 또는 중단에 대한 결정을 할 때 도덕적 갈등이 발생하고, 이 도덕적 갈등은 간호사의 이직 의도와 상관관계가 있었다[13]. 임종 간호와 이직 의도의 관계를 직접 다룬 연구는 찾아보기 힘들었으나, 간호사는 아동의 임종 간호를 수행하며 이직 의도의 영향요인인 소진, 도덕적 갈등, 직무 스트레스 등을 경험하기 때문에 두 변수의 상관성을 탐색해 볼 필요가 있다.

국내에서도 환자 생애 말기의 질적인 삶에 대한 관심이 높아지면서 임종 간호의 중요성이 대두되고 있지만[14], 간호사의 임종 간호 수행에 대한 연구는 미비하다. 이에 본 연구는 임종을 앞둔 환자에 대한 간호사의 인식 정도를 파악하고 간호사의 이직 의도와의 관련성을 확인하여 보다 나은 아동 임종 간호를 위한 기초자료

를 마련하고자 한다.

2. 연구 목적

간호사의 아동 임종 간호에 대한 인식과 경험 정도를 파악함으로써 임종 간호중재 개발의 기초자료와 임종 간호 교육 프로그램의 기초자료를 제시하고, 이직 의도와와의 상관관계를 파악하기 위함이다. 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성과 아동의 임종에 관한 간호사의 인식과 이직 의도를 파악한다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 아동의 임종에 관한 인식과 이직 의도의 차이를 파악한다.
- 대상자의 아동의 임종에 관한 인식과 이직 의도의 상관관계를 파악한다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 아동의 임종에 관한 간호사의 인식과 이직 의도의 상관관계를 알아보기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구는 서울에 소재한 1개 종합병원의 소아 중환자실, 신생아집중치료실, 소아 혈액종양내과 병동에서 6개월 이상 근무하고 있는 간호사를 대상으로 하였다. 이 중 근무지에서 근무하며 임종 간호를 경험하지 못한 자는 제외하였다. G*Power 3.10을 이용하여 상관관계 분석 검정 시 유의수준 .05, 검정력 .90, 효과크기는 보통 수준인 .30으로 하였을 때 최소로 필요한 표본 수는 109명이었다. 탈락률 10%를 고려하여 총 120명에게 설문지를 배부하였고, 회수된 설문지는 111부였다.

3. 연구 도구

1) 아동의 임종에 관한 간호사의 인식

아동 임종 간호에 관한 간호사의 인식은 Beckstrand 등이 개발한 “The National Survey of Pediatric Nurses’ Perceptions of End-of-Life Care Questionnaire”를 도구개발자의 사전승인을 받은 후 사용하였다[15]. 본 연구에서는 위 도구를 간호학 전공자로 영어와 한국어에 능통한 1인이 영문에서 한국어로 1차 번역한

후 또 다른 간호학 전공자로 영어와 한국어에 능통한 독립적인 번역자 1인을 통해 역 번역을 시행하였다. 원 도구와 역 번역한 도구의 차이가 무엇인지 파악하고, 역 번역본과 원문 간의 차이가 있는 문항에 대해서 일치할 때까지 번역과정을 반복하였다. 번역본 완성 후 내용타당도 지수를 측정한 후 전문가 5인(간호학 교수 1인, 아동 간호 경력 10년 이상의 간호사 4인)의 의견에 따라 수정·보완하여 사용하였다.

본 도구는 총 51문항으로 장애요인(obstacle items) 32문항과 지지요인(supportive behavior items) 19문항으로 구성되었다. 장애요인과 지지요인은 인식 정도(intensity)와 경험 정도(frequency)로 나누어 측정하였다. 또한 각 요인의 인식 강도(intensity)와 경험 빈도(frequency)의 결과 값을 모두 포함하기 위해 이들의 평균을 곱한 값을 규모 점수(Perceived magnitude score: mean for intensity $\times$ mean for frequency)로 사용하였다. 각 문항을 0~5점 Likert 척도로 조사하여 인식 정도는 ‘전혀 아니다’ 0점에서 ‘아주 많이 그렇다’ 5점까지이며, 장애요인의 인식 정도 총점은 0~160점, 지지요인의 인식 정도 총점은 0~95점으로 점수가 높을수록 인식 정도가 높은 것을 의미한다. 경험 정도는 ‘전혀 아니다’ 0점에서 ‘아주 많이 그렇다’ 5점까지이며, 장애요인의 경험 정도 총점은 0~160점, 지지요인의 경험 정도 총점은 0~95점으로 점수가 높을수록 경험이 많은 것을 의미한다. 원 도구에서 장애요인 인식 정도의 신뢰도 Cronbach's α 는 .93, 경험 정도의 Cronbach's α 는 .88, 지지요인 인식 정도의 신뢰도 Cronbach's α 는 .85, 경험 정도 Cronbach's α 는 .79였다[15]. 본 연구에서 장애요인 인식 정도의 신뢰도 Cronbach's α 는 .92, 경험 정도의 Cronbach's α 는 .94, 지지요인 인식 정도의 신뢰도 Cronbach's α 는 .90, 경험 정도의 Cronbach's α 는 .90이었다.

2) 이직 의도

이직 의도는 Yoon과 Kim이 개발한 간호사의 이직 의도 도구(Korean Nurse Turnover Intention Scale: K-NTIS)를 도구 개발자에게 승인을 받은 후 사용하였다[16]. 이 도구는 직무만족요인 4문항, 대인관계요인 3문항, 업무수행요인 2문항의 3개 하위영역으로 구성되어 있고, 각 문항은 5점 Likert 척도로 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘항상 그렇다’ 5점의 점수범위 9~45점으로 점수가 높을수록 이직 의도가 높음을 의미한다. 개발당시 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .83이었고, 본 연구에서는 .85였다.

4. 자료 수집 방법

본 연구의 자료 수집은 2017년 10월 10일부터 10월 18일까지 시행되었다. 자료 수집은 서울시 소재 1곳의 대학병원 간호부 담당자

에게 연구자가 직접 연구의 목적 및 자료 수집 방법에 대해 설명하고 승인을 얻었다. 이후 연구자가 각 부서를 방문하여 부서장에게 연구의 목적에 대해 설명하고 동의를 구하였으며, 연구 참여문 게시 및 설문지 배치하고 약 1주일 후에 설문지를 회수하였다. 구조화된 설문지를 사용하였고, 설문 소요시간은 20분 내외였으며, 설문에 대한 답례로 소정의 선물을 제공하였다.

5. 윤리적 고려

연구 대상자의 윤리적 보호를 위해 연구자가 소속된 기관의 생명윤리심의위원회의 IRB 심의를 거쳐 승인(No. 1700-070-995)을 받아 연구를 진행하였다. 본 연구는 동의서 면제 대상 연구로 승인 받아 각 병동에 게시된 연구 설명문을 보고 참여 의사가 있는 대상자가 자발적으로 참여하였으며, 설문 도중 연구 참여를 철회할 수 있고, 연구 참여에 따른 어떠한 불이익이 없음을 공지하였고, 연구자의 연락처를 제공하여 설문에 의문점이나 문제가 있을 시 연락하도록 하였다. 수집된 자료는 본 연구를 위해서만 사용되고 익명이 보장되며 연구 종료 3년 후 폐기 처리하여 기밀유지를 보장할 것임을 공지하였다.

6. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/WIN 24.0 통계 프로그램을 이용하여 다음과 같이 통계 분석을 하였으며, 통계적 유의수준은 $p < .05$ 로 설정하였다. 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율로 분석하였으며, 아동 임종 간호의 장애요인, 지지요인은 평균, 표준편차, 순위로 분석하였고, 이직 의도는 평균과 표준편차로 분석하였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 아동 임종 간호의 장애요인, 지지요인과 이직 의도의 차이는 t-test와 one-way ANOVA로 분석하였고, 사후 검정은 Scheffé test로 분석하였다. 대상자의 아동의 임종에 관한 인식과 이직 의도의 관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.

연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 근무부서는 소아 중환자실 43.3%(48명), 신생아 집중치료실 33.3%(37명), 소아 혈액종양내과 병동 23.4%(26명)이었다. 총 임상경력은 36개월 이하 38.7%(43명), 37~60개월 22.6%(25명), 61개월 이상 38.7%(43명)이며, 평균 임상경력은 64.23 ± 50.67

개월이었다. 아동 관련 병동 임상경력은 36개월 이하 44.2%(49명), 37~60개월 25.2%(28명), 61개월 이상이 30.6%(34명)이었고, 평균 아동 관련 병동 임상경력은 51.72 ± 36.80 개월이었다. 임종 환자 간호 빈도는 1회/월 미만이 87.4%(97명), 1회/월 이상이 12.6%(14명)이었으며, 임종 간호와 관련한 교육을 받은 자는 36%(40명), 받지 않은 자는 64%(71명)이었다(Table 1).

2. 아동의 임종에 관한 간호사의 인식

1) 임종 간호의 장애요인

아동 간호사가 인식하는 임종 간호 장애요인에 대한 인식 정도의 평균은 3.54 ± 0.65 점이고, 경험 정도의 평균은 2.75 ± 0.78 점이었다. 임종 간호 장애요인 중 인식 정도가 높았던 문항을 살펴보면 ‘환아의 가족들이 환아가 불치병을 가지고 있다는 것을 받아들일 준비가 되어있지 않은 경우’가 평균 4.18 ± 0.82 점으로 가장 높았고, ‘환아가 회복할 가망이 없는데도 고통스러운 치료나 검사를 지속하는 경우’가 평균 4.12 ± 0.99 점으로 두 번째로 높았다. 경험 정도의 경우를 살펴보면 ‘불안해하는 가족을 상대하는 것’이 평균 3.53 ± 1.22 점으로 가장 높았고, ‘아동의 임종 간호에 대한 표준의 부재’가 3.47 ± 1.28 점으로 두 번째로 높았다. 규모 점수의 상위요소들은 ‘환아가 회복할 가망이 없는데도 고통스러운 치료나 검사를 지속하는 경우

(14.09점)’, ‘환아의 가족들이 환아가 불치병을 가지고 있다는 것을 받아들일 준비가 되어있지 않은 경우(13.86점)’, ‘간호사의 과도한 업무 부담으로 인해 환아와 가족에게 적절한 임종 간호를 제공하지 못한 경우(13.49점)’ 순이었다(Table 2).

2) 임종 간호의 지지요인

대상자가 인식하는 임종 간호 지지요인에 대한 인식 정도는 평균 3.83 ± 0.59 점이었다고, 경험 정도는 평균 2.90 ± 0.80 점이었다. 임종 간호 지지요인 중 인식 정도의 경우 ‘의사가 가족들과 환아에게 예후에 대해 분명히 설명하는 경우’가 4.31 ± 0.72 점으로 가장 높았고, ‘가족이 환아의 죽음에 대해 준비할 수 있도록 충분한 시간을 갖게 하는 경우’가 평균 4.27 ± 0.77 점으로 두 번째로 높았다. 경험 정도에 대해 각 문항별로 살펴보면 ‘생명 유지 장치가 중단될 때 부모가 환아를 끌어안도록 해주는 경우’가 3.60 ± 1.33 점으로 가장 높았고, ‘의사가 가족들과 환아에게 예후에 대해 분명히 설명하는 경우’가 3.57 ± 1.15 점으로 두 번째로 높았다. 규모 점수의 상위요소들은 ‘의사가 가족들과 환아에게 예후에 대해 분명히 설명하는 경우(15.36점)’, ‘생명 유지 장치가 중단될 때 부모가 환아를 끌어안도록 해주는 경우(15.06점)’, ‘가족이 환아의 죽음에 대해 준비할 수 있도록 충분한 시간을 갖게 하는 경우(15.00점)’의 순이었다(Table 3).

Table 1. Characteristics of Participants

(N=111)

Characteristics	Categories	n (%)	M±SD
Age (year)	< 25	16 (14.4)	28.82±4.53
	25~29	58 (52.3)	
	≥ 30	37 (33.3)	
Education level	Associate	5 (4.5)	
	Bachelor	98 (88.3)	
	≥ Master	8 (7.2)	
Work unit	PICU	48 (43.3)	
	NICU	37 (33.3)	
	Oncology	26 (23.4)	
Total clinical career (month)	6~36	43 (38.7)	64.23±50.67
	37~60	25 (22.6)	
	≥ 61	43 (38.7)	
Clinical career in pediatric unit (month)	6~36	49 (44.2)	51.72±36.80
	37~60	28 (25.2)	
	≥ 61	34 (30.6)	
Nurse-to-patient staffing ratio	≤ 2	52 (46.8)	3.13±1.96
	≥ 3	59 (53.2)	
Number of experiences of patients' deaths	Less than once/month	97 (87.4)	
	More than once/month	14 (12.6)	
Participation in EOL care education	Yes	40 (36.0)	
	No	71 (64.0)	

PICU=Pediatric intensive care unit; NICU=Neonatal intensive care unit; EOL=End of life.

Table 2. Rank Order of Obstacles in End-of-Life Care

(N=111)

Variables	Intensity		Frequency		Magnitude*	
	M±SD	Rank	M±SD	Rank		Rank
Obstacles in end-of-life care	3.54±0.65		2.75±0.78			
Instigating painful treatments when there is no hope of recovery.	4.12±0.99	2	3.42±1.31	4	14.09	1
Families not ready to acknowledge their child has an incurable disease.	4.18±0.82	1	3.32±0.95	7	13.86	2
The nurse's workload being too heavy to adequately care for the dying child.	3.91±1.12	6	3.45±1.41	3	13.49	3
Dealing with anxious family members.	3.80±0.94	10	3.53±1.22	1	13.43	4
Poor design of units which do not allow for privacy.	3.88±1.11	8	3.41±1.50	5	13.22	5
The unavailability of standards of care for dying children.	3.78±0.98	11	3.47±1.28	2	13.12	6
The nurse not knowing what to say to the grieving family.	3.81±1.04	9	3.38±1.31	6	12.87	7
The nurse having to deal with distraught family members	3.93±0.96	5	3.22±1.23	9	12.63	8
Lack of trust from parents in the medical system that has failed to cure their child.	3.89±1.11	7	3.22±1.23	9	12.52	9
The nurse having to deal with angry family members.	3.98±1.04	3	3.14±1.21	10	12.48	10
The child having pain that is difficult to control.	3.74±1.12	12	3.04±1.41	12	11.35	11
Lack of nursing education regarding quality end-of-life care.	3.53±1.10	18	3.05±1.25	11	10.79	12
Physicians who are overly optimistic to the family about the child surviving	3.95±0.99	4	2.70±1.29	19	10.66	13
Family members not understanding what "saving measures" really mean.	3.65±1.10	15	2.81±1.35	14	10.26	14
Intra-family fighting about whether to continue or stop aggressive treatment	3.77±0.95	14	2.73±1.19	17	10.03	15
Nurse's opinion about the direction of their caring is not valued.	3.54±1.10	17	2.78±1.31	15	9.82	16
Parental discomfort in withholding and/or withdrawing ventilation.	3.59±1.11	16	2.70±1.40	19	9.69	17
Physicians not initiating a discussion with family on forgoing life sustaining treatments.	3.69±1.22	13	2.56±1.42	21	9.43	18
One parent is ready to "let go" before the other parent is ready.	3.41±1.09	21	2.76±1.22	16	9.39	19
Family and friends who continually call the nurse wanting an update on the patient's condition.	3.51±1.36	19	2.60±1.56	20	9.15	20
The discontinuity of care of the dying child from lack of communication between interdisciplinary team members.	3.46±1.24	20	2.45±1.34	23	8.48	21
The nurse knowing about the child's poor prognosis before the family knows the prognosis.	2.77±1.44	31	3.02±1.52	13	8.35	22
Continuing life saving measures in a child with a poor prognosis due to real or imagined threat of future legal action by the family.	3.40±1.30	22	2.31±1.44	24	7.83	23
Fear that the grieving process for the nurse will be greater if allowing themselves to become 'attached' to child and family.	3.06±1.25	29	2.46±1.22	22	7.53	24
Insufficient education of physicians about pain control in palliative care.	3.28±1.21	24	2.29±1.29	26	7.5	25
Nurses getting vague orders such as, "titrate to effect" for pain medication.	3.21±1.24	26	2.27±1.36	28	7.28	26
Unit visiting hours that are too liberal.	3.17±1.58	27	2.29±1.62	26	7.26	27
No available support person for the family such as a social worker or religious leader.	3.14±1.08	28	2.27±1.31	28	7.12	28
Limited access to hospice services due to physician not making referrals.	3.35±1.34	23	2.01±1.42	30	6.73	29
Language barriers.	3.25±1.46	25	2.01±1.46	30	6.53	30
Dealing with the cultural differences that families employ in grieving for their dying child.	3.00±1.40	30	1.65±1.39	32	4.95	31
Nurses believing that treatments are stopped too soon.	2.74±1.34	32	1.66±1.26	31	4.54	32

*Perceived obstacle magnitude=mean for intensity × mean for frequency.

Table 3. Ranked Order of Supportive Behaviors in End-of-Life Care

(N=111)

Variables	Intensity		Frequency		Magnitude*	
	M±SD	Rank	M±SD	Rank		Rank
Supportive behaviors in end-of-life care	3.83±0.59		2.90±0.80			
Physicians who are compassionate, but very clear about prognosis.	4.31±0.72	1	3.57±1.15	2	15.36	1
Allowing parents to hold the child while life support is discontinued.	4.19±0.85	5	3.60±1.33	1	15.06	2
Having enough time to prepare the family for the expected death of the child.	4.27±0.77	2	3.51±1.17	3	15.00	3
Allowing family members adequate time to be alone with the child after he/she dies.	4.18±0.91	6	3.51±1.28	4	14.65	4
A unit designed so that the family has a place to go to grieve in private.	4.19±0.94	5	3.18±1.41	7	13.32	5
Teaching families how to act around the dying child.	4.09±0.91	7	3.25±1.23	6	13.30	6
Physician meets in person with the family after the child's death to offer support and validate that all possible care was given.	4.23±0.83	3	3.01±1.56	10	12.74	7
Having the code status of the child clearly described in the chart.	3.87±1.08	10	3.28±1.32	5	12.67	8
Having the physicians involved in the child's care agree about the direction care should go.	4.03±0.82	9	3.08±1.23	8	12.41	9
Providing a peaceful, dignified bedside scene for family members once the child has died.	4.06±0.96	8	3.04±1.27	9	12.34	10
Having a co-worker tell you some words of support after the child has died.	3.86±1.14	11	2.85±1.43	12	10.98	11
Understanding/supporting individual family's religious beliefs.	3.65±1.05	14	2.81±1.30	13	10.26	12
Having a support person outside of work setting who will listen to you after the death of a child.	3.69±1.06	13	2.57±1.43	15	9.48	13
Having the family physically help care for the child.	3.54±1.09	15	2.67±1.31	14	9.44	14
Having one family member be the designated contact person for all other family members regarding patient information.	3.13±1.27	18	2.95±1.17	11	9.21	15
Bereavement debriefing sessions to discuss how to remember/honor the child.	3.72±1.08	12	2.42±1.38	16	9.02	16
Having a unit schedule that allows for continuity of care for the dying child by the same nurses.	3.45±1.09	16	1.98±1.33	18	6.84	17
Having family members accept that the child is dying.	3.08±1.05	19	1.98±1.32	18	6.11	18
The nurse having had their own previous experience with the death of a family member.	3.23±1.22	17	1.81±1.42	19	5.86	19

*Perceived supportive behavior magnitude=mean for intensity × mean for frequency.

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 아동의 임종에 관한 인식과 이직 의도의 차이

아동의 임종과 관한 간호사의 인식 중 장애요인은 총 임상경력($F=3.98, p=.022$)과 아동 관련 병동 임상경력($F=3.91, p=.023$), 임종 간호 교육여부($t=2.02, p=.046$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 총 임상경력과 아동 병동 관련 임상경력이 36개월 이하인 간호사가 37개월에서 60개월, 61개월 이상인 간호사보다 임종 간호 장애요인의 인식 정도가 높았고, 임종 간호 교육을 받지

않은 집단이 교육을 받은 집단보다 임종 간호 장애요인의 인식 정도가 높았다. 아동의 임종에 관한 간호사의 인식 중 지지요인은 근무부서($F=4.08, p=.020$)와 총 임상경력($F=3.21, p=.044$)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 소아 혈액종양내과 병동에서 근무하는 간호사의 임종 간호 지지요인에 대한 인식이 신생아집중치료실, 소아 중환자실에서 근무하는 간호사보다 높았으며, 총 임상경력이 61개월 이상인 간호사의 임종 간호 지지요인에 대한 인식이 총 임상경력 36개월 이하, 37개월에서 60개월인 간호사보다 높았다(Table 4).

4. 대상자의 아동 임종 간호 관련 장애요인, 지지요인과 이직 의도와와의 관계

간호사가 아동 임종 간호 수행 시 인식하는 장애요인은 이직 의도와 약한 순 상관관계($r=.28, p=.002$)가, 경험하는 장애요인도 약한 순 상관관계가 나타났다($r=.20, p=.027$). 이는 임종 간호 장애요인을 많이 인식하고 경험할수록 이직 의도가 높음을 의미한다. 간호사가 아동 임종 간호 수행 시 인식하는 지지요인과 이직 의도는 약한 순 상관관계를 나타냈고($r=.22, p=.020$), 경험하는 지지요인과 이직 의도 간의 관계는 유의하지 않았다(Table 5).

논 의

본 연구 결과 간호사가 인식하는 아동의 임종 간호 장애요인에 서 인식 정도가 경험 정도보다 높게 나타났다. 장애요인에 대한 선행 연구[15]의 상위 항목들 중 ‘인공호흡기를 보류 및 중단하는 것에 대한 부모의 불안의 경우’ 본 연구에서 상위권이 아니었는데 이는 본 도구가 국외에서 개발되어, 한국의 의료 시스템을 반영하지 않았기 때문에 나타난 차이라고 사료된다. 그 예로 미국 대부분의 주에서 존엄사에 대한 법률이 보장되어 있어 인공호흡기의 중단이 가능하나, 국내에선 존엄사에 대한 법률이 제정되어 있지 않으므

Table 4. Differences in Perception in End-of-Life Care and Turnover Intention according to Characteristics of Participants (N=111)

Variables	Categories	Obstacles in end-of-life care				Supportive behaviors in end-of-life care				Turnover intention	
		Intensity		Frequency		Intensity		Frequency			
		M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Age (year)	< 25	106.56±15.50	1.97 [†]	85.25±27.23	2.92	70.69±11.51	1.65	55.69±20.12	0.03	30.69±6.34	0.21
	25~29	113.36±23.45	(.148)	83.62±26.29	(.058)	71.64±22.48	(.196)	54.71±15.48	(.967)	29.88±5.31	(.810)
	≥ 30	116.35±18.29		95.89±20.33		75.43±10.23		55.32±15.25		30.62±7.28	
Educational level	Associate	115.20±30.09	1.21	103.20±31.68	2.03	70.60±11.89	0.27	57.80±11.87	0.29	32.00±5.00	0.22
	Bachelor	112.40±20.93	(.301)	86.23±24.87	(.137)	72.68±11.39	(.762)	54.65±11.69	(.751)	30.18±6.25	(.801)
	≥ Master	124.25±11.26		99.38±25.03		75.13±11.15		58.25±12.07		29.88±5.70	
Work unit	PICU	115.02±19.48	0.64	88.75±25.41	1.56	74.44±9.43	4.08*	55.04±15.36	2.19	30.50±6.73	0.07
	NICU	110.19±21.08	(.528)	82.76±25.45	(.215)	68.65±12.39	(.020)	51.73±15.46	(.117)	30.03±5.64	(.729)
	Oncology	114.88±20.90		93.85±20.04		75.54±10.97		59.81±14.00		30.08±5.86	
Career (month)	1~36 ^a	107.56±20.37	3.98*	81.93±28.52	2.10	69.46±11.02	3.21*	55.04±18.05	0.10	29.67±6.22	0.30
	37~60 ^b	121.90±19.33	(.022)	90.76±25.79	(.128)	74.60±10.58	(.044)	53.96±14.65	(.904)	30.56±5.09	(.742)
	≥ 61 ^c	114.25±21.91	b>c, a	92.32±19.65		75.00±11.04	c>b, a	55.70±12.63		30.24±6.13	
Career in pediatric unit (month)	1~36 ^a	108.67±20.22	3.91*	82.57±28.00	2.08	71.08±11.31	1.37	55.10±17.15	0.07	30.24±6.29	0.28
	37~60 ^b	122.14±19.73	(.023)	91.42±24.99	(.129)	75.42±10.41	(.257)	55.92±14.75	(.932)	30.89±5.00	(.753)
	≥ 61 ^c	112.94±21.09	b>c, a	92.82±18.99		73.00±11.37		54.35±12.99		29.71±6.82	
Nurse-to-patient staffing ratio	≤ 2	115.10±19.45	0.81	89.75±24.92	0.71	74.48±9.34	1.53	55.63±15.04	0.38	30.56±6.76	0.51
	≥ 3	111.86±22.16	(.419)	86.36±25.24	(.479)	71.25±12.42	(.129)	54.54±15.55	(.708)	29.97±5.56	(.614)
Number of experiences of patients deaths	Less than once/month	114.22±21.04	1.11	87.31±25.78	-0.70	72.93±11.03	0.40	54.68±15.90	-0.68	30.42±5.29	0.81
	More than once/month	107.57±19.64	(.268)	92.36±19.31	(.483)	71.64±12.31	(.689)	57.64±9.64	(.499)	29.00±4.85	(.419)
Participation in EOL care education	Yes	108.13±20.56	2.02*	92.90±19.97	1.58	70.35±12.45	1.73	55.03±11.64	0.02	30.00±7.46	0.29 [†]
	No	116.34±20.65	(.046)	85.15±27.22	(.118)	74.13±10.19	(.087)	55.07±17.03	(.988)	30.38±5.29	(.777)

PICU=Pediatric intensive care unit; NICU=Neonatal intensive care unit; * $p<.05$; [†]Welch-Aspin.

Table 5. Correlations among the Main Variables

(N=111)

Variables	Obstacles (Intensity)	Obstacles (Frequency)	Supportive behaviors (Intensity)	Supportive behaviors (Frequency)
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Turnover intention	.28 (.002)	.20 (.027)	.22 (.020)	.04 (.666)

로 이미 시작된 인공호흡기 치료를 보호자의 의견에 따라 중단할 수 없음을 사례로 들 수 있다.

본 연구에서 규모 점수가 가장 높은 장애요인인 ‘환아가 회복할 가망이 없는데도 고통스러운 치료나 검사를 지속하는 경우’는 도덕적인 갈등과 관련이 있다고 볼 수 있다. 부모들은 환자의 상태를 믿을 수 없고, 죽음에 임박한 순간까지 적극적인 치료를 계속하길 원하며, 이로 인해 임종을 준비할 시기를 놓치기도 한다[14]. 또한 환자의 질환 특성상 질병의 진행단계나 종합적인 진단이 어려워 의료진도 환자의 생존을 위한 적극적인 치료를 지속하게 된다[17]. 그러나 이러한 주치의와 가족의 의견과는 다르게 간호사는 환자의 피할 수 없는 생명연장 치료에 대해 좌절감을 느낄 때 도덕적 갈등이 일어난다고 보고되고 있다[18]. 이는 의사의 처방이나 가족의 요구로 아동에게 오랫동안 지속적으로 무의미한 치료 행위를 지원하면서 도덕적 고뇌나 윤리적 딜레마를 느끼게 되며, 이를 임종 간호 장애요인으로 인식하는 것으로 사료된다. 따라서 간호사가 임종 상황에서 윤리적 갈등과 도덕적 고뇌를 해소할 수 있고, 환아가 편안한 임종을 맞이하도록 도울 수 있는 윤리적 방향성에 대한 제도와 교육이 필요하다. 두 번째로 규모 점수가 높았던 장애요인은 ‘환아의 가족들이 환아가 불치병을 가지고 있다는 것을 받아들일 준비가 되어있지 않은 경우’였다. 환자의 연명 치료 지속여부를 결정해야 하는 부모의 경우 결정에 대한 확신을 얻기까지 많은 정보를 요구하며, 환자의 죽음을 결정해야 하는 것에 대한 부담감을 느끼게 되므로 이에 대한 적절한 간호중재가 필수적이다[4]. 즉 간호사는 적절한 시기에 환자 및 가족에게 임종에 대한 의사결정 및 완화 의료에 대한 정보를 제공해 줌으로써 그들이 최선의 결정을 통한 평화로운 임종을 하도록 도와주어야 한다. 세 번째로 규모 점수가 높았던 장애요인은 ‘간호사의 과도한 업무 부담으로 인해 환아와 가족에게 적절한 임종 간호를 제공하지 못한 경우’였다. 이는 아동 호스피스 병원에서 임종 간호를 경험한 간호사가 임종 간호 시 인력 부족과 같은 열악한 근무환경에서 업무량 과중을 느낀다는 McConnell과 Porter [19]의 연구 결과와 임종 간호는 과다한 업무이고, 임종 후 행정적인 업무 절차가 지연될 경우 높은 임종 간호 스트레스를 받게 된다는 연구 결과와 맥락을 같이 한다[3,20,21]. 이는 최근 의료기관에서 임종을 맞이하는 환자의 증가로 인한 간호사의 임종 간호 부담과 환아와 보호자의 요구 증가로 인해 직접 간호 이외의 업무 증가로 인한 결과라고 사료된다. 따라서 직무만족도와 효율성을 높이기 위한 적절한 근무인력과 근무환경을 제공하고, 행정적인 협조를 통해 업무량 과중 조절을 위한 구체적인 방안의 모색이 필요하다.

본 연구 결과 간호사가 인식하는 아동의 임종 간호 지지요인에서 인식 정도보다 경험 정도의 평균이 낮게 나타났다. 선행 연구

[15]의 규모 점수 상위 항목은 ‘가족이 환자의 죽음에 대해 준비할 수 있도록 충분한 시간을 갖게 하는 경우’와 같이 가족 중심 간호와 관련된 항목이었는데, 이는 본 연구에서 가족 중심 간호와 관련된 항목들이 높게 나타난 결과와 유사하다.

본 연구에서 지지요인과 관련하여 가장 높은 규모 점수를 보인 항목은 ‘의사가 가족들과 환아에게 예후에 대해 분명히 설명하는 경우’였다. 이는 환자와 보호자들이 인식하는 임종 간호에 대한 Heyland 등[22]의 연구 결과 중환자의 가족에게 의사가 정직하게 설명하는 것이 환자가 인식하는 임종 간호의 중요한 요소인 것과 맥락을 같이한다. 따라서 간호사는 환자 그리고 가족과 치료의 방향성에 대해 더욱 적극적으로 의사소통하여야 한다. 가족 중심 간호의 항목들이 상위에 나타난 본 연구 결과는 Beckstrand 등[15]의 선행 연구 결과를 지지하였다. 죽음의 순간에 환자와 가족이 편안함을 느낄 수 있도록 독립적이고 고요한 공간을 제공하는 것, 가족이 함께 죽음을 맞이할 수 있게 하는 것 등 존엄한 죽음을 위한 환경적 변화는 중요하다[18]. 특히 환자의 부모는 환자 의사표현의 대리인으로서 아동의 치료적 방향에 대한 결정을 내린다. 입원 상황에서 환아는 가족과의 분리, 병원의 낯선 환경과 의료기술 등을 두려워함으로 가족의 도움이 필요하고 가족 또한 환자의 돌봄 제공자로서 환아의 치료적 보살핌에 참여하기를 원한다[23]. 따라서 임종 시에도 환아의 가족들이 평화롭고 존엄한 죽음을 함께할 수 있도록 시간적, 공간적인 배려와 그들을 위로하기 위한 중재가 이루어져야 할 것으로 사료된다.

본 연구 결과 간호사가 아동 임종 간호 수행 시 인식하는 장애요인은 총 임상경력과 아동 관련 병동 임상경력에 따라 차이가 있었다. 이는 임상경력이 많고 책임간호사 이상의 직위에 있는 간호사가 임종 간호 시 스트레스가 높았다는 Woo, Kim과 Kim [3]의 연구 결과와, 임상경력이 많은 집단이 임종 간호 스트레스가 높았다는 Lee 등[24]의 연구 보고와 유사하다. 37개월에서 60개월의 경력을 가진 간호사가 나머지 두 집단의 간호사보다 장애요인에 대한 인식이 높은 것은 임종을 앞둔 환자의 돌봄의 빈도가 높음으로 인해 나타난 결과로 사료된다. 임종 경험이 많을수록 본인의 근무환경을 비판적인 시각으로 평가하고, 질적인 임종 간호에의 장애에 대한 인식이 높아져 점수가 높게 나타난 것으로 여겨진다. 다음으로 임종 간호 교육의 유무에 따라 장애요인의 차이가 있었는데, 교육을 통해 간호사가 인식하는 임종 간호의 장애요인을 줄일 수 있으므로 관련된 교육이 필요하다. 이는 동일한 도구로 측정된 선행 연구는 없으나, 임종 간호에 대한 스트레스가 높은 영역에 대해 교육요구도가 높게 보고된 선행 연구[14,18]를 뒷받침하는 결과이다. 또한 Peng 등[25]의 연구에 따르면 의료진에게 아동 임종에 관한 교육을 실시한 후 의료진은 가족과 환아로부터 받는 감정적 부

담감이 감소되었고, 자신감 있게 임종 간호를 수행함을 알 수 있었다. 임종 관련 교육은 간호사들이 임종 간호에 대한 두려움을 낮추고 자신감을 심어주어 임종 환자 돌봄에 도움을 주고 스트레스를 감소시킬 수 있으므로[26,27], 아동 간호사의 임종 간호 장애요인을 줄여 양질의 임종 간호를 제공하기 위한 교육 프로그램이 필요할 것이라고 사료된다.

간호사가 아동의 임종 간호 수행 시 인식하는 지지요인은 총 임상경력에 따라 차이가 있었다. 임상경력과 지지요인 간의 관계를 살펴본 선행 연구는 없었으나, 임상경력이 많을수록 임종 간호 수행을 잘하는 것으로 나타난 Baek과 Choi [21]의 연구 결과에 비추어 그 관계를 이해할 수 있을 것으로 보인다. 임상경력이 많을수록 실무와 의사소통 능력의 향상으로 임종 환자에 대한 이해도가 높아짐으로[21] 임종 간호 수행 시 지지요인을 많이 인식하고 수행능력이 향상되었다고 볼 수 있겠으나, 성인과 아동의 임종 간호는 질병의 진행속도, 의사소통 방식, 의사결정 방식 등에서 차이점이 많기 때문에 간호사의 임상경력과 지지요인의 관계에 대하여는 차후 반복 연구가 필요하겠다. 본 연구 결과 소아 혈액종양내과 병동에서 근무하는 간호사의 임종 간호 지지요인에 대한 인식이 신생아 집중치료실, 소아 중환자실에서 근무하는 간호사보다 높았는데 이는 보호자 유무에 따른 환경 차이와 임종 환자를 접하는 정도의 차이, 임종 간호 실시 빈도와 연관이 있음으로 추측된다. 본 연구의 대상자 중 임종 간호를 월 1회 이상 실시하고 있다고 응답한 14명 중 4명은 소아 혈액종양내과 병동에서 근무하고 있었으며, 타 부서에 비해 고빈도로 임종 간호를 수행하고 있었다. 우리나라 병원 문화상 보호자가 없는 공간에서 간호를 수행하는 중환자실과 보호자가 상주하는 공간에서 간호를 수행하는 병동의 환경 차이와 임종 환자를 접하는 정도의 차이는 임종 간호 수행에 영향을 미친다[3]. 앞서 언급한 바와 같이, 잦은 빈도로 임종 간호를 제공할 때, 임종 간호 수행능력은 향상될 것이고, 지지요인 또한 잘 파악할 수 있을 것으로 판단된다. 이상의 연구 결과를 바탕으로 임상경력에 따라 임종 간호와 관련된 지식을 공유하는 경력별 맞춤 교육이 필요하다고 사료된다.

아동의 임종 간호 수행 시 인식하고 경험하는 장애요인은 이직 의도와 유의한 양의 상관관계를 나타냈는데, 이는 간호사가 돌보던 아동이 사망하였을 때 슬픔이 클수록 높은 수준의 감정적 소진과 죄책감을 경험하며 이러한 감정은 간호사가 그들의 병동이나 병원, 심지어 간호사라는 직업으로부터 벗어나려는 의도와 연관된다[28]. 간호사의 소진과 이직 의도에 관련한 선행 연구의 결과를 살펴보면 간호사의 소진과 이직 의도는 강력한 영향변수임을 알 수 있었으며[11,29], 환자의 죽음에 대한 스트레스로 인해 겪는 소진의 감정이 부정적 직업 태도와 이직 의도에 영향을 미쳤

음을 추측할 수 있다. 또한 임종 간호 수행 시 장애요인의 가장 높은 점수였던 도덕적 갈등에 관해서도 윤리적 딜레마 경험이 많은 간호사일수록 이직 의도가 높았던 연구 결과[13]를 참고하였을 때, 임종으로 겪게 되는 도덕적 갈등으로 인해 이직 의도가 높게 나타났음을 추측할 수 있다. 따라서 임종 환자를 돌보는 간호사의 스트레스 경감 프로그램 적용 및 적절한 감정적 지지 체계의 지원을 통해 이직 감소 방안을 마련해야 할 것이다.

아동의 임종 간호 수행 시 인식하는 지지요인 또한 이직 의도와 통계적으로 유의한 양의 상관관계를 나타냈는데, 이는 임종 간호 지지요인을 많이 인식할수록 간호사의 일터 영성의 저하로 인해 이직 의도가 높게 나타났음을 추측할 수 있다. 일터 영성이란 일과 영성의 합성 개념으로 일과 조직이라는 환경 속에서 개인이 삶의 의미와 목적을 찾고, 일을 통해 더 나은 존재적 가치, 즉, 자아실현을 이루려는 본연의 심리상태를 말하며, 이직 의도와는 부적 상관을 나타내고, 잠재적으로 소진을 예방할 수 있는 대처방안이 될 수 있다[30]. 본 연구의 결과로 아동 간호사가 임종 간호 지지요인을 실제로 인식하고 있으나, 실제로 이를 경험하는 빈도는 낮았고 자신이 생각하는 이상적인 임종 간호가 실제로 이루어지고 있지 않음으로 인해 일터 영성이 저하되었음으로 연관 지을 수 있다. 이로 인해 이직 의도가 증가했으며, 임종 간호지지요인을 많이 인식할수록 이직 의도가 높아지는 정적 상관관계가 나타나게 된 것으로 사료 된다.

본 연구는 서울의 1개 종합병원에서 대상자를 편의 추출하였으므로 외적 타당도가 낮다. 따라서 종합병원의 아동 간호사로 일반화시키기에 한계점이 있다. 또한 아동의 임종 간호 장애요인과 지지요인을 측정하는 도구가 외국에서 개발되어 국내에 적용 가능하도록 도구의 번역 및 내용타당도 검토 과정을 거쳐 사용하였으나 한국의 문화적 특성을 충분히 반영하지 못하였을 수 있다는 제한점이 있다. 본 연구의 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다. 2018년 2월부터 국내에서 ‘연명의료결정법’이 시행됨에 따라 간호사의 임종 관련 간호가 변화할 것으로 예상되므로 ‘연명의료결정법’ 시행 후 간호사의 임종 간호에 대한 인식의 재조사가 필요할 것으로 사료된다. 또한 본 연구에서 확인된 아동 간호사가 인식하는 임종 간호 지지요인을 강화하고 장애요인을 극복할 수 있는 중재 개발을 제언한다.

결론

본 연구 결과 아동의 임종 간호에서 가족 중심 간호와 연관된 항목들이 점수가 높았던 것으로 보아 가족이 함께하는 임종 간호를 위해 의료기관의 환경개선 등의 중재전략이 마련되어야 할 것이

다. 또한 임종 간호 교육 유무에 따라 장애요인을 인식하는 정도에 차이가 나타나 간호사가 아동 임종 간호 제공 시 어려움을 느끼는 요소들을 보완할 수 있는 임종 간호 교육이 필요함을 알 수 있었다. 마지막으로, 임종 간호 지지요인과 장애요인은 아직 의도와 유의한 상관관계가 나타났는데, 이를 통해 간호사들이 환아에게 그들이 생각하는 이상적인 양질의 임종 간호를 제공할 수 있도록 지지해주고, 이를 통해 전문가로서 자긍심을 가질 수 있도록 해야 할 것이다. 또한 아동의 죽음으로 인한 도덕적 갈등과 정서적인 고통을 해소하기 위한 심리 상담 프로그램을 개발하여 아동을 위한 임종 간호를 수행하는 간호사의 이직률을 낮추기 위한 노력을 하여야 한다.

Conflict of Interest

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

REFERENCES

1. Statistics Korea. 2016 life tables for Korea [Internet]. Seoul: Statistics Korea; 2017 [cited 2017 August 30]. Available from: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/2/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=359243&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&sTarget=title&sTxt=0.
2. Yang SA. Convergence analysis of the factors influencing terminal care attitude. *Journal of the Korea Convergence Society*. 2015;6(4): 73-88. <https://doi.org/10.15207/JKCS.2015.6.4.073>
3. Woo YW, Kim KH, Kim KS. Death anxiety and terminal care stress among nurses and the relationship to terminal care performance. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2013;16(1):33-41. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2013.16.1.033>
4. Bergstraesser E, Zimmermann K, Eskola K, Luck P, Ramelet A, Cignacco E. Paediatric end-of-life care needs in Switzerland: Current practices, and perspectives from parents and professionals. A study protocol. *Journal of Advanced Nursing*. 2015;71(8):1940-1947. <https://doi.org/10.1111/jan.12650>
5. Mullen JE, Reynolds MR, Larson JS. Caring for pediatric patients' families at the child's end of life. *Critical Care Nurse*. 2015;35(6): 46-56. <https://doi.org/10.4037/ccn2015614>
6. Tirgari B, Forouzi MA, Razban F, Alimirzaei R. Difficulties felt by intensive care unit nurses in providing end-of-life care in Southeast Iran. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2016;18(5):443-449. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000273>
7. Contro NA, Larson J, Scofield S, Sourkes B, Cohen HJ. Hospital staff and family perspectives regarding quality of pediatric palliative care. *Pediatrics*. 2004;114(5):1248-1252. <https://doi.org/10.1542/peds.2003-0857-L>
8. Park MH. The effect of job stress on positive thinking, organizational commitment and turnover intention of pediatric nurse. *Journal of Safety and Crisis Management*. 2014;10(11):269-287.
9. Park SY, Ju HO, Lee GE. Withdrawal of life-sustaining treatment from children: Experiences of nurses caring for the children. *Child Health Nursing Research*. 2017;23(3):364-374. <https://doi.org/10.4094/chnr.2017.23.3.364>
10. Beckstrand RL. National survey of critical care nurses' perceptions of end-of-life care and effect of incentives on survey response rates [dissertation]. Utah: The University of Utah; 2001. p. 1-190.
11. Im MS, Lee YE. Factors affecting turnover intention in pediatric nurses. *Child Health Nursing Research*. 2016;22(1):37-44. <https://doi.org/10.4094/chnr.2016.22.1.37>
12. Vicente DA, Shadvar S, Lepage S, Rennick JE. Experienced pediatric nurses' perceptions of work-related stressors on general medical and surgical units: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;60:216-224. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.005>
13. Karanikola MNK, Albarran JW, Drigo E, Giannakopoulou M, Kalafati M, Mpouzika M, et al. Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy. *Journal of Nursing Management*. 2014;22(4):472-484. <https://doi.org/10.1111/jonm.12046>
14. Kang KA, Kim HS, Kwon SH, Nam MJ, Bang KS, Yu SJ, et al. Nurses' knowledge of and attitudes toward pediatric palliative care of Korea. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2014;17(4):289-300. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2014.17.4.289>
15. Beckstrand RL, Rawle NL, Callister L, Mandelco BL. Pediatric nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. *American Journal of Critical Care*. 2010;19(6):543-552. <https://doi.org/10.4037/ajcc2009497>
16. Yeun EJ, Kim H. Development and testing of a Nurse Turnover Intention Scale (NTIS). *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2013;43(2):256-266. <https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.2.256>
17. Davies B, Sehring SA, Partridge JC, Cooper BA, Hughes A, Philp JC, et al. Barriers to palliative care for children: Perceptions of pediatric health care providers. *Pediatrics*. 2008;121(2):282-288. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-3153>
18. Beckstrand RL, Callister LC, Kirchhoff KT. Providing a "good death": Critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *American Journal of Critical Care*. 2006;15(1):38-45.
19. McConnell T, Porter S. The experience of providing end of life care at a children's hospice: A qualitative study. *BMC Palliative Care*. 2017;16(1):15. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0189-9>
20. Ji SI, You HS. The impact of clinical nurses' terminal care attitude and spiritual health on their terminal care stress. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2014;17(4):232-240. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2014.17.4.232>
21. Baek EK, Choi EJ. Terminal care stress, job satisfaction and terminal

- care performance for nurses in internal medicine wards. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2015;18(4):267-275.
<https://doi.org/10.14475/kjhpc.2015.18.4.267>
22. Heyland DK, Dodek P, Rocker G, Groll D, Gafni A, Pichora D, et al. What matters most in end-of-life care: Perceptions of seriously ill patients and their family members. *Canadian Medical Association Journal*. 2006;174(5):627-633.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.050626>
23. Majjala H, Luukkaala T, Åstedt-Kurki P. Measuring parents' perceptions of care: Psychometric development of a research instrument. *Journal of Family Nursing*. 2009;15(3):343-359.
<https://doi.org/10.1177/1074840709339167>
24. Lee HR, Lee YO, Choi EY, Park YM. A comparison on stress and coping of bereavement care between nurses in the cancer unit and nurses in the general unit. *Asian Oncology Nursing*. 2007;7(1):26-35.
25. Peng NH, Lee CH, Lee MC, Huang LC, Chang YC, DeSwarte-Wallace J. Effectiveness of pediatric palliative care education on pediatric clinicians. *Western Journal of Nursing Research*. 2017;39(12):1624-1638. <https://doi.org/10.1177/0193945916680615>
26. Kang KA, Kim SJ. Development of needs assessment instrument for hospice care in families of the patients with cancer. *Journal of Korean Biological Nursing Science*. 2005;7(1):57-68.
27. 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.
28. Adwan JZ. Pediatric nurses' grief experience, burnout and job satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing*. 2014;29(4):329-336.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.01.011>
29. Kim JI, Son HM, Park IH, Shin HJ, Park JH, Cho MO, et al. Phenomenological study on burnout experience of clinical nurses who have turnover intention. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2015;21(4):297-307.
<https://doi.org/10.4069/kjwhn.2015.21.4.297>
30. Jin JH, Ju HO, Kim KS, Park YM. Effects of nursing workplace spirituality on job satisfaction, burnout and turnover intention among general hospital nurses. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2017;23(2):142-150