

## 노인요양병원 간호사의 죽음 인식, 영적 안녕과 임종간호 스트레스의 관계 연구

양진희<sup>1</sup>, 신성래<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>삼육대학교 대학원 간호학과, <sup>2</sup>삼육대학교 간호학과

### A study of Relationship between Death Perception, Spiritual Well Being and Terminal Care Stress of Geriatric Hospital Nurses

Jin-Hee Yang<sup>1</sup>, Sung-Rae Shin<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Department of Nursing, Graduate School, Sahmyook University

<sup>2</sup>Department of Nursing, Sahmyook University

**요약** 본 연구는 노인요양병원 간호사의 죽음 인식, 영적 안녕, 임종간호 스트레스의 정도를 파악하고 그 관련요인을 분석하여 임종간호 스트레스를 감소시키기 위한 중재 개발의 기초자료로 제공하기 위한 목적으로 시도 되었다. 연구 대상은 노인요양병원 6곳에 근무하는 간호사 181명이었고, 자료 수집은 2015년 7월 16일부터 2015년 8월 1일 까지 구조화된 자기기입식 설문지로 하였다. 연구결과 노인요양병원 간호사의 죽음 인식은 평균 4.30점, 영적 안녕은 평균 3.40점, 임종간호 스트레스는 평균 3.84점이었고, 일반적인 특성에 따른 임종간호 스트레스는 종교, 총 임상경력에서 유의한 차이를 보였다. 임종간호 스트레스의 평균 점수를 기준으로 차이를 분석한 결과 영적 안녕은 임종간호 스트레스에 유의한 영향을 주는 것으로 나타났으며( $p=.047$ ), 영적 안녕이 평균 평점 1단위 증가할 때마다 임종간호 스트레스가 ‘상’그룹에 속할 확률이 Odds비 1.702로 나타났다. 노인요양병원의 임종간호 스트레스를 감소시키기 위한 교육프로그램과 간호중재 개발이 요구되며, 임종간호 스트레스 감소를 통해 임종간호의 질을 높이기 위한 노력을 기울여야 할 것이다.

**Abstract** The purpose of this study was to understand death perception, spiritual well-being, and terminal care stress in geriatric hospital nurses and analyze related factors affecting terminal care stress. The participants were 181 nurses working in six geriatric hospitals located in Seoul and Gyeonggi Province, Korea. Data were gathered from July 16 to August 1, 2015. The data were analyzed using ANOVA, t-test, Duncan test, and logistic regression. Death perception of geriatric hospital nurses had an average score of 4.30, spiritual well-being 3.40, and terminal care stress 3.84. Terminal care stress in relation to general characteristics showed a meaningful difference in religion and total clinical career. The terminal care stress level was divided into two groups using average score as a standard, and the results revealed that spiritual well-being had a significant impact on terminal care stress of geriatric hospital nurses. These factors need to be considered when developing an educational program to reduce terminal care stress of nurses working in a geriatric hospital.

**Keywords** : Death Perception, Geriatric Hospital Nurse, Spiritual Well being, Terminal Care Stress

본 논문은 제1저자 양진희의 석사학위논문의 일부를 발췌 수정한 것임.

\*Corresponding Author : Sung-Rae Shin(Sahmyook Univ.)

Tel: +82-2-3399-1588 email: shinsr@syu.ac.kr

Received May 17, 2016

Revised (1st May 30, 2016, 2nd June 1, 2016)

Accepted June 2, 2016

Published June 30, 2016

## 1. 서론

### 1.1 연구 필요성

우리나라는 최근 출산율 저하와 기대수명의 증가로 인해 2014년 전체 인구 중 65세 이상 인구가 차지하는 비율이 12.7%로 나타난바 있으며, 2018년에는 14.3%, 2026년에는 20.8%에 도달하여 빠르게 초 고령사회에 진입될 것으로 전망되고 있다[1]. 노인 인구의 계속적인 증가는 만성노인의 증가와 이들의 독립적인 생활의 어려움으로 이어져 정부는 2007년 일상생활을 독립적으로 수행하기 어려운 노인들에게 장기요양급여를 지원하는 노인장기요양보험법을 도입한 바 있으며, 그 수는 빠르게 증가되고 있다[2].

예로부터 우리나라는 임종과 죽음에 대한 관리가 환자와 그 가족의 책임이었다. 그러나 최근 노인요양기관의 수적 증가와 서비스 확대에 인하여 임종장소가 가정에서 의료기관과 의료인에게 옮겨지고 있으며, 이것은 노인요양병원에서 만성질환 노인 환자를 간호해야 하는 간호사의 역할이 확대되어 가고 있음을 나타낸다.

임종간호는 죽음을 앞둔 환자와 그 가족이 인간으로서 존엄성과 높은 삶의 질을 유지하면서 삶의 마지막 순간을 평안하게 맞이하도록 대상자의 신체적, 정신적, 사회적, 영적 요구를 충족시키며 사별 가족의 고통과 슬픔을 경감시키기 위한 총체적인 돌봄이다[3]. 그러나 죽음에 직면한 환자들의 간호요구가 증가되면서 현장에 있는 간호사들은 의료적 한계에 대한 부담감, 간호사에 대한 과도한 기대 등으로 심리적인 어려움을 겪거나[4] 회피하는 경우도 있으며, 육체적인 피로와 함께 공포, 절망감, 무력감 등의 스트레스를 경험한다[5].

국내 연구에서 간호사의 임종간호스트레스에 영향을 주는 요인으로는 연령, 결혼여부, 학력, 지위, 총 임상경력, 현 근무부서 경력, 임종간호 교육경험과 같은 간호사 개인의 특성 및 죽음 불안, 임종간호 태도, 정신 건강, 죽음 인식, 영적 안녕 등이 있었으나, 이는 주로 임상간호사[6,7], 암 병동 간호사[8,9], 중환자실 간호사[10,11]를 대상으로 한 연구였다. 반면 노인요양시설 간호사를 대상으로 한 연구에서 임종간호 스트레스에 영향을 미치는 요인으로 임종간호 태도, 죽음 인식 등이 보고된 바 있으나[12-14] 임종을 앞둔 환자들의 삶의 현실을 바라보고 의미를 평가하는 간호사의 죽음 인식, 영적 안녕과의 관계에 대해서는 연구가 미흡한 실정이다. 죽음 인식이란

죽음과의 관계에서 바라본 삶에 대한 태도로서 간호사가 죽음을 어떻게 인식하고 어떠한 태도로 받아들이는가는 전인간호를 제공함에 있어서 중요한 문제라 할 수 있다[15]. 죽음을 긍정적으로 인식하고 있는 간호사는 환자의 마지막 죽음을 지켜보면서 자신의 죽음에 대해 생각하고 삶의 진정한 의미와 가치를 깨닫게 되면서 성숙되어지며 불안과 공포에서 벗어나 임종환자에게 죽음의 진정한 의미를 갖게 해주고, 긍정적으로 수용할 수 있도록 도와준다[16].

영적 안녕이란 신, 자신, 이웃, 환경과의 관계에서 조화된 삶을 이루며 영적 고통이나 갈등이 감소되고 영적 요구가 충족된 편안한 상태를 의미한다[17]. 영적 안녕 상태는 불안감을 해소시키고 삶의 목적, 의미를 통합적으로 제공하며 죽음에 대한 준비, 상실과 분리에 대한 실질적인 통찰 그리고 윤리적이고 도덕적인 행위를 하도록 한다[18]. 간호사의 영적 안녕과 임종간호 스트레스 관련 연구결과 Ji[7]는 영적 건강이 좋을수록 임종간호 스트레스가 낮다고 하였다. 그러나 Woo[6]는 임종간호 스트레스는 신체적, 심리적 영역과 달리 영적 영역과는 상관성을 찾을 수 없다고 하여 상반된 결과를 보고하고 있어 영적 안녕과 임종간호 스트레스의 관계를 규명할 필요가 있다.

이에 본 연구는 노인요양병원 간호사의 죽음 인식, 영적 안녕, 임종간호 스트레스와의 관계를 파악하여 임종간호 스트레스 감소를 위한 중재 개발에 기초자료를 제공하고자 한다.

### 1.2 연구 목적

본 연구는 노인요양병원 간호사의 죽음 인식, 영적 안녕, 임종간호 스트레스의 정도를 파악하고 그 관련요인을 분석하여 임종간호 스트레스 감소를 위한 방안을 모색하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 죽음 인식, 영적 안녕, 임종간호 스트레스 정도를 파악한다.
- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 임종간호 스트레스 정도를 파악한다.
- 3) 대상자의 임종간호 스트레스 정도에 따른 죽음 인식과 영적 안녕의 관계를 파악한다.
- 4) 대상자의 임종간호 스트레스에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

## 2. 연구 방법

### 2.1 연구 설계

본 연구는 노인요양병원 간호사의 죽음 인식, 영적 안녕과 임종간호 스트레스간의 관계를 파악하기 위한 탐색적 조사연구이다.

### 2.2 연구대상 및 자료수집

대상자는 서울·경기 소재의 노인요양병원 6곳에 근무하는 여성 간호사 181명이다. 연구시작 전 S대학교 윤리위원회(IRB) 심의를 거쳤다(SYUIRB2015-35). 자료 수집은 2015년 7월 16일부터 2015년 8월 1일 까지 진행되었으며, 연구자가 각 노인요양병원 간호부에 사전 허락을 받은 후 연구 대상자에게 연구의 목적과 절차를 설명하고 자발적으로 연구에 참여하기로 동의한 대상자로부터 연구 참여에 대한 서면 동의서를 받고 연구자가 직접 각 노인요양병원 간호부를 통하여 설문지를 배부하였다. 연구 참여 동의서에는 연구자 소개와 연구 목적을 기술하고 연구 참여는 자발적 참여에 의해 결정할 수 있으며, 연구 도중 언제라도 참여 중단 의사를 표명할 수 있고, 설문결과는 연구 목적으로만 사용할 것과 개인적인 자료는 무기명으로 전산 처리되며, 비밀을 보장 할 것을 명시하였다. 설문지 작성 시간은 약 15분 정도이며, 구조화된 설문지를 이용하여 설문조사를 시행 하였다. 작성된 설문지는 각 노인요양병원 간호부를 통하여 회수한 후 연구자가 직접 수거하였다. 총 200부의 설문지를 배부하여 188부(94%)를 회수하였다. 회수된 설문지 중 애매하고 불성실하게 작성된 설문지 7부를 제외하고 최종 181부를 본 연구에 사용하였다.

표본수를 산출하기 위하여 G\*power 3.1.9를 이용하여 로지스틱 회귀분석을 위해 odds ratio 1.5, 유의수준 .05, 검정력 .80으로 설정하여 산출한 결과 169명이었으므로 본 연구의 최종 대상자 181명은 충분하다고 할 수 있다.

### 2.3 연구 도구

#### 2.3.1 죽음 인식

죽음 인식 측정도구는 Inumiyama[19]가 대학생을 대상으로 개발한 사생관 척도를 사용하였다. 본 도구는 개발 당시 총 95문항, 6개의 하위영역으로 구성되었으나 본 연구에서는 내세관을 제외한 5개 하위영역 총 67문항을

사용하였다. 구체적으로는 죽음의 긍정적 의미 19문항, 죽음의 부정적 의미 16문항, 죽음 불안 10문항, 죽음 관여도 10문항, 생명존중의지 12문항으로 구성되었다. 각 문항은 7점 Likert 척도로 ‘매우 그렇다’ 7점부터 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점을 부여하였으며, 부정문항은 역으로 환산하였다. 죽음의 긍정적 의미, 죽음의 부정적 의미, 죽음 불안, 죽음 관여도, 생명존중의지는 점수가 높을수록 각 영역에 대한 인식이 높음을 의미한다. 신뢰도는 도구 개발 당시 죽음의 긍정적 의미 Cronbach's  $\alpha = .77$ , 죽음의 부정적 의미 Cronbach's  $\alpha = .72$ , 죽음 불안 Cronbach's  $\alpha = .87$ , 죽음 관여도 Cronbach's  $\alpha = .84$ , 생명존중의지 Cronbach's  $\alpha = .77$ 였고, 본 연구에서는 각각 Cronbach's  $\alpha = .87, .81, .64, .71, .74$ 이었다.

#### 2.3.2 영적 안녕

영적 안녕 측정도구는 Paloutzian & Ellison[20]이 대학생을 대상으로 개발한 영적 안녕 척도(Spiritual Well-Being Scale)를 Choi[21]가 번역하고 Lee & Choi[22]가 수정, 보완한 도구를 사용하였다. 본 도구는 총 20문항으로 종교적 안녕 10문항, 실존적 안녕 10문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 5점 Likert 척도로 ‘매우 그렇다’ 5점, ‘전혀 그렇지 않다’ 1점을 부여하였으며, 부정문항은 역으로 환산하였다. 점수가 높을수록 영적 안녕 정도가 높은 것을 의미한다. 신뢰도는 도구 개발 당시 Cronbach's  $\alpha = .93$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .92$ 였다.

#### 2.3.3 임종간호 스트레스

임종간호 스트레스 측정도구는 Lee[8]가 암 병동 간호사를 대상으로 개발한 임종간호에 대한 스트레스 측정 도구를 사용하였다. 본 도구는 총 42문항으로 환자 및 보호자의 임종에 대한 부정적인 태도 8문항, 임종환자에 대한 시간할애의 어려움 7문항, 임종환자 간호에 대한 부담감 7문항, 업무량 과중 5문항, 임종환자와의 인간적 갈등 6문항, 전문지식과 기술부족 3문항, 의료한계에 대한 갈등 4문항으로 총 7개의 하위영역으로 구성되어 있다. 각 문항은 5점 Likert 척도로 ‘매우 그렇다’ 5점, ‘매우 아니다’ 1점으로 점수가 높을수록 임종간호 스트레스 정도가 높음을 의미한다. 신뢰도는 도구 개발 당시 Cronbach's  $\alpha = .93$ 이었으며 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .97$ 이었다.

### 2.4 자료 분석

수집된 자료는 SPSS WIN 21.0 프로그램을 이용하여 대상자의 일반적 특성, 죽음 인식, 영적 안녕, 임종간호 스트레스 정도는 기술통계를 구하였고, 임종간호 스트레스에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 임종간호 스트레스 정도에 따른 죽음 인식과 영적 안녕의 차이는 t-test를 이용하여 분석하였고, 대상자의 일반적 특성에 따른 임종간호 스트레스 정도의 차이는 t-test, ANOVA를 이용하여 분석하였고, 사후 검정은 Duncan을 실시하였다.

## 3. 연구 결과

### 3.1 대상자의 일반적 특성

대상자들의 연령은 평균 45.8세이었다. 학력은 전문학사가 68.5%(124명)로 가장 많았고, 종교가 있는 그룹이 74.0%(134명)이었으며, 기혼 73.5%(133명)이었다. 총 임상경력 10년 이상이 61.3%(111명)로 가장 많았고, 총 임상경력의 평균은 12.7년이었다. 요양병원 근무 경력은 1~3년 미만인 31.5%(57명)로 가장 많았고, 요양병원 근무경력의 평균은 4.1년이었다. 근무부서는 일반병동이 78.5%(142명)로 많았으며, 지인의 죽음을 경험한 그룹이 89.5%(162명), 임종간호 경험이 있는 그룹이 72.4%(131명)로 많았고, 임종간호 교육 참여 경험이 있는 그룹은 52.5%(95명), 임종간호 교육 참여 경험이 없는 그룹은 47.5%(86명)이었다(Table 1).

### 3.2 죽음 인식, 영적 안녕 및 임종간호 스트레스의 정도

대상자의 죽음 인식은 7점 만점 중 평균 4.30점이었다. 하위영역별로는 생명존중의지가 평균 4.68점으로 가장 높았으며, 죽음의 부정적 의미가 평균 4.59점, 죽음의 긍정적 의미는 평균 4.54점, 죽음 불안은 평균 3.77점, 죽음 관여도가 평균 3.47점으로 가장 낮았다. 영적 안녕은 5점 만점 중 평균 3.40점이었으며, 하위영역별로는 실존적 안녕이 평균 3.53점으로 높았고, 종교적 안녕이 평균 3.27점으로 낮았다. 임종간호 스트레스는 5점 만점 중 평균 3.84점이었는데 하위영역별로는 의료한계에 대한 갈등이 평균 3.95점으로 가장 높았고, 임종환자와의 인간적 갈등이 평균 3.93점, 업무량 과중은 평균 3.92점,

Table 1. Characteristics of the Subjects (N=181)

Characteristics	Categories	N(%)	Terminal Care Stress t/F(P)
Age(year) *45.78(10.67)	20~29	19(10.5)	1.415(.231)
	30~39	32(17.7)	
	40~49	50(27.6)	
	50~59	67(37.0)	
	≥60	13(7.2)	
Education status	3 year college	124(68.5)	1.431(.242)
	4 year university	46(25.4)	
	≥ Graduate school	11(56.1)	
Religion	Yes	134(74.0)	-1.992(.041)
	No	47(26.0)	
Marital status	Single	48(26.5)	-.947(.346)
	Married	133(73.5)	
Total work duration (year) *12.66(8.88)	<3 <sup>a</sup>	24(13.3)	2.669(.049), a<d**
	3 ≤ ~<5 <sup>b</sup>	14(7.7)	
	5 ≤ ~<10 <sup>c</sup>	32(17.7)	
	≥10 <sup>d</sup>	111(61.3)	
Work duration in geriatric hospital (year) *4.14(3.44)	<1	20(11.0)	1.738(.144)
	1 ≤ ~<3	57(31.5)	
	3 ≤ ~<5	42(23.2)	
	5 ≤ ~<10	44(24.4)	
work department	General ward	142(78.5)	-.968(.337)
	ICU	39(21.5)	
Experience of death close relatives	Yes	162(89.5)	.165(.870)
	No	19(10.5)	
Experience of terminal care	Yes	131(72.4)	-.929(.355)
	No	50(27.6)	
Experience of hospice education	Yes	95(52.5)	-1.612(.109)
	No	86(47.5)	

\* Mean(SD), \*\* Duncan

환자 및 보호자의 임종에 대한 부정적인 태도는 평균 3.92점, 전문지식과 기술부족은 평균 3.91점, 임종환자에 대한 시간할애의 어려움은 평균 3.79점, 임종환자 간호에 대한 부담감이 평균 3.59점으로 가장 낮게 나타났다(Table 2).

Table 2. Death Perception, Spiritual Wellbeing, Terminal Care Stress of the subjectes(N=181)

Variables	Item No.	Mini-mum	Maxi-mum	Mean (SD)
<b>Death perception</b>	67	2.25	5.57	4.30(0.47)
Positive meaning of death	19	1.32	7.00	4.54(0.98)
Negative meaning of death	16	1.75	7.00	4.59(0.91)

Death anxiety	10	1.80	5.80	3.77(0.84)
Death concern	10	1.70	5.60	3.47(0.82)
Life respect will	12	2.00	7.00	4.68(0.94)
<b>Spiritual wellbeing</b>	20	1.20	5.00	3.40(0.69)
Religious wellbeing	10	1.00	5.00	3.27(0.93)
Existential wellbeing	10	1.20	5.00	3.53(0.58)
<b>Terminal care stress</b>	42	1.27	5.00	3.84(0.60)
Negative attitude of patient and guardian	8	1.38	5.00	3.92(0.66)
Difficulty of sharing time of dying patient	7	1.14	5.00	3.79(0.65)
Burden about bereavement care	7	1.00	5.00	3.59(0.74)
Overloaded duty	5	1.00	5.00	3.92(0.70)
Human relation conflict with dying patient	6	1.00	5.00	3.93(0.68)
Insufficiently in professional knowledge and skill	3	1.00	5.00	3.91(0.69)
Conflict about medical limit	4	1.00	5.00	3.95(0.72)

### 3.3 대상자의 일반적 특성에 따른 임종간호 스트레스 정도

임종간호 스트레스에서 종교가 있는 그룹이 통계적으로 유의하게 높았고(p=.041), 총 임상경력 10년 이상 그룹이 3년 미만 그룹보다 높게 나타났다(p=.049).

하위영역인 임종환자에 대한 시간할애의 어려움은 총 임상경력 10년 이상 그룹이 3년 미만 그룹보다 통계적으로 유의하게 높았다(p=.040). 임종환자 간호에 대한 부담감에서 종교가 있는 그룹이 통계적으로 유의하게 높았다(p=.033). 업무량 과중에서 총 임상경력 3년 이상~5년 미만 그룹과 5년 이상~10년 미만 그룹, 10년 이상 그룹이 1년 미만 그룹보다 통계적으로 유의하게 높았다(p=.049). 의료한계에 대한 갈등에서는 요양병원 근무경력 10년 이상 그룹이 1년 이상~3년 미만 그룹보다 통계적으로 유의하게 높았다(p=.024)(Table 1).

### 3.4 임종간호 스트레스 정도에 따른 죽음 인식, 영적 안녕

임종간호 스트레스를 연구 대상자의 평균값을 기준으로, 평균보다 높을 경우 ‘상’그룹, 평균보다 낮을 경우 ‘하’그룹으로 구분하여 이에 따른 죽음 인식에 대한 차이를 검증하였다. 그 결과, 임종간호 스트레스가 ‘하’인 그룹에 비해 ‘상’인 그룹에서 죽음 인식의 하위영역인

생명존중의지가 유의하게 높게 나타났고(p=.035), 임종간호 스트레스가 ‘상’인 그룹이 임종간호 스트레스가 ‘하’인 그룹보다 영적 안녕이 높았으며(p=.003), 영적 안녕의 하위영역인 종교적 안녕(p=.005)과 실존적 안녕(p=.014)도 높게 나타났다.

임종간호 스트레스의 하위영역인 환자 및 보호자의 임종에 대한 부정적인 태도(p=.041), 임종환자에 대한 시간할애의 어려움(p=.005), 임종환자 간호에 대한 부담감(p=.046), 전문지식과 기술부족(p=.006)이 ‘상’인 그룹에서 죽음 인식의 하위영역인 생명존중의지가 높았다. 전문지식과 기술부족이 ‘상’인 그룹에서 죽음 인식이 높았다(p=.012). 의료한계에 대한 갈등은 죽음 인식과 죽음 인식의 하위영역인 죽음의 긍정적 의미, 생명존중의지에서 유의한 차이가 있었다. 의료한계에 대한 갈등이 ‘상’인 그룹이 죽음 인식이 높고(p=.013), 죽음의 긍정적 의미가 높았으며(p=.021), 생명존중의지도 높게 나타났다(p=.006).

영적 안녕은 임종간호 스트레스의 하위영역인 임종환자에 대한 시간할애의 어려움(p<0.001), 임종환자 간호에 대한 부담감(p=.019), 업무량 과중(p=.003), 임종환자와의 인간적 갈등(p=0.19), 전문지식과 기술부족(p=.011), 의료한계에 대한 갈등(p=.007)이 ‘상’인 그룹에서 높았다. 영적 안녕의 하위영역인 종교적 안녕은 임종환자에 대한 시간할애의 어려움(p<0.001), 임종환자 간호에 대한 부담감(p=.025), 업무량 과중(p=.027), 임종환자와의 인간적 갈등(p=.031), 의료한계에 대한 갈등(p=.019)이 ‘상’인 그룹에서 높게 나타났다. 영적 안녕의 하위영역인 실존적 안녕은 임종환자에 대한 시간할애의 어려움(p<0.001), 임종환자 간호에 대한 부담감(p=.047), 업무량 과중(p<0.001), 임종환자와의 인간적 갈등(p=.038), 전문지식과 기술부족(p<0.001), 의료한계에 대한 갈등(p=.008)이 ‘상’인 그룹에서 유의하게 높았다(Table 3).

### 3.5 임종간호 스트레스에 영향을 미치는 요인

임종간호 스트레스 정도를 평균에 따른 ‘상’, ‘하’그룹으로 구분하여 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과 영적 안녕은 임종간호 스트레스에 유의한 영향을 주는 것으로 나타났으며(p=.047), 영적 안녕이 평균 평점 1단위 증가할 때마다 임종간호 스트레스가 ‘상’그룹에 속할 확률이 Odds비 1.702로 나타났다(Table 4).

**Table 3.** Death Perception, Spiritual Wellbeing according to the Subjects' Terminal Care Stress (N=181)

Charact-er-istics	Categor-ies	N(%)	Mean(SD)								
			X <sub>2</sub> <sup>*</sup>	X <sub>2-1</sub> <sup>*</sup>	X <sub>2-2</sub> <sup>*</sup>	X <sub>2-3</sub> <sup>*</sup>	X <sub>2-4</sub> <sup>*</sup>	X <sub>2-5</sub> <sup>*</sup>	X <sub>3</sub> <sup>*</sup>	X <sub>3-1</sub> <sup>*</sup>	X <sub>3-2</sub> <sup>*</sup>
X <sub>1</sub> <sup>*</sup>	High	104 (57.5)	4.34 (0.49)	4.62 (1.06)	4.56 (0.90)	3.75 (0.88)	3.48 (0.81)	4.81 (0.92)	3.50 (0.70)	3.44 (0.93)	3.62 (0.58)
	Low	77 (42.5)	4.25 (0.43)	4.43 (0.86)	4.63 (0.94)	3.80 (0.79)	3.46 (0.82)	4.51 (0.94)	3.23 (0.63)	3.04 (0.89)	3.41 (0.54)
	t(p)		1.196 (.233)	1.131 (.191)	-.547 (.585)	-.438 (.662)	.175 (.861)	2.129 (.035)	2.999 (.003)	2.873 (.005)	2.481 (.014)
X <sub>1-1</sub> <sup>*</sup>	High	104 (57.5)	4.32 (0.50)	4.57 (1.05)	4.54 (0.91)	3.77 (0.90)	3.46 (0.82)	4.80 (0.95)	3.48 (0.70)	3.37 (0.95)	3.59 (0.57)
	Low	77 (42.5)	4.28 (0.43)	4.50 (0.88)	4.66 (0.92)	3.77 (0.76)	3.49 (0.82)	4.51 (0.90)	3.30 (.0.65)	3.14 (0.90)	3.46 (0.58)
	t(p)		.516 (.606)	.479 (.633)	-.918 (.360)	-.024 (.981)	-.245 (.807)	2.060 (.041)	1.791 (.075)	1.682 (.094)	1.514 (.132)
X <sub>1-2</sub> <sup>*</sup>	High	105 (58.0)	4.32 (0.49)	4.54 (1.05)	4.56 (0.91)	3.75 (0.84)	3.44 (0.78)	4.85 (0.92)	3.58 (0.70)	3.51 (0.94)	3.66 (0.58)
	Low	76 (42.0)	4.28 (0.44)	4.54 (0.88)	4.62 (0.93)	3.80 (0.84)	3.51 (0.86)	4.45 (0.91)	3.15 (0.58)	2.95 (0.83)	3.36 (0.53)
	t(p)		.555 (.580)	-.001 (1.00)	-.433 (.666)	-.357 (.722)	-.562 (.575)	2.843 (.005)	4.285 ( $<.001$ )	4.140 ( $<.001$ )	3.449 (.001)
X <sub>1-3</sub> <sup>*</sup>	High	91 (50.3)	4.31 (0.50)	4.54 (1.09)	4.53 (0.88)	3.86 (0.87)	3.36 (0.76)	4.82 (0.92)	3.52 (0.69)	3.43 (0.89)	3.62 (0.58)
	Low	90 (49.7)	4.29 (0.44)	4.54 (0.86)	4.65 (0.95)	3.68 (0.80)	3.57 (0.86)	4.54 (0.93)	3.28 (0.67)	3.12 (0.95)	3.45 (0.56)
	t(p)		.248 (.804)	.019 (.985)	-.881 (.380)	1.443 (.151)	-1.728 (.086)	2.009 (.046)	2.372 (.019)	2.256 (.025)	1.996 (.047)
X <sub>1-4</sub> <sup>*</sup>	High	112 (61.9)	4.33 (0.47)	4.57 (1.00)	4.60 (0.93)	3.73 (0.85)	3.48 (0.82)	4.78 (0.92)	3.52 (0.69)	3.39 (0.92)	3.65 (0.55)
	Low	69 (38.1)	4.26 (0.47)	4.49 (0.96)	4.57 (0.89)	3.84 (0.82)	3.46 (0.82)	4.52 (0.94)	3.21 (0.64)	3.08 (0.92)	3.34 (0.57)
	t(p)		.871 (.387)	.550 (.583)	.176 (.860)	-.829 (.408)	.143 (.886)	1.828 (.070)	3.042 (.003)	2.235 (.027)	3.637 ( $<.001$ )
X <sub>1-5</sub> <sup>*</sup>	High	106 (58.6)	4.32 (0.51)	4.57 (1.07)	4.55 (0.88)	3.79 (0.84)	3.43 (0.78)	4.79 (0.96)	3.50 (0.68)	3.40 (0.92)	3.61 (0.57)
	Low	75 (41.4)	4.28 (0.41)	4.49 (0.84)	4.65 (0.96)	3.75 (0.84)	3.53 (0.86)	4.53 (0.89)	3.26 (0.67)	3.09 (0.92)	3.43 (0.57)
	t(p)		.511 (.610)	.534 (.594)	-.697 (.487)	.325 (.746)	-.811 (.419)	1.850 (.066)	2.361 (.019)	2.180 (.031)	2.092 (.038)
X <sub>1-6</sub> <sup>*</sup>	High	127 (70.2)	4.369 (0.45)	4.59 (0.97)	4.62 (0.88)	3.82 (0.85)	3.52 (0.83)	4.81 (1.00)	3.49 (0.68)	3.35 (0.94)	3.62 (0.56)
	Low	54 (29.8)	4.17 (0.48)	4.42 (1.00)	4.52 (0.99)	3.67 (0.80)	3.35 (0.78)	4.39 (0.69)	3.20 (0.67)	3.09 (0.90)	3.32 (0.56)
	t(p)		2.552 (.012)	1.055 (.294)	.622 (.536)	1.107 (.271)	1.269 (.207)	2.802 (.006)	2.560 (.011)	1.766 (.080)	3.304 (.001)
X <sub>1-7</sub> <sup>*</sup>	High	126 (69.6)	4.36 (0.44)	4.65 (0.96)	4.61 (0.85)	3.76 (0.87)	3.48 (0.81)	4.81 (0.93)	3.49 (0.70)	3.38 (0.94)	3.61 (0.57)
	Low	55 (30.4)	4.17 (0.51)	4.28 (0.99)	4.55 (1.05)	3.80 (0.76)	3.44 (0.84)	4.39 (0.89)	3.19 (0.62)	3.03 (0.87)	3.36 (0.56)
	t(p)		2.509 (.013)	2.327 (.021)	.318 (.751)	-.304 (.761)	.279 (.781)	2.759 (.006)	2.733 (.007)	2.367 (.019)	2.670 (.008)

\*X<sub>1</sub>=Terminal care stress, X<sub>1-1</sub>=Negative attitude of patient and guardian, X<sub>1-2</sub>=Difficulty of sharing time of dying patient, X<sub>1-3</sub>=Burden about bereavement care, X<sub>1-4</sub>=Overloaded duty, X<sub>1-5</sub>=Human relation conflict with dying patient, X<sub>1-6</sub>=Insufficiently in professional knowledge and skill, X<sub>1-7</sub>=Conflict about medical limit: X<sub>2</sub>=Death perception, X<sub>2-1</sub>=Positive meaning of death, X<sub>2-2</sub>=Negative meaning of death, X<sub>2-3</sub>=Death anxiety, X<sub>2-4</sub>=Death concern, X<sub>2-5</sub>=Life respect will: X<sub>3</sub>=Spiritual wellbeing, X<sub>3-1</sub>=Religious wellbeing, X<sub>3-2</sub>=Existential wellbeing.

**Table 4.** Factors related to Terminal care stress

Variables	Categories	B	S.E.	Wald	OR	95% CI
Constant		-2.996	1.567	3.658	.050	
Religion	Yes				1	
	No	.204	.397	.262	1.226	.565-2.671
Total work duration		.002	.002	1.856	1.002	.999-1006
Work duration in geriatric hospital		-.003	.004	.605	0.997	.989-1.005
Death perception		.270	.339	.635	1.310	.674-2.544
Spiritual wellbeing		.532	.268	3.935	1.702	1.006-2.878 <sup>*</sup>

Model fit  $\chi^2=11.722$ ,  $P=.039$   
 Hosmer & Lemeshow's  $\chi^2=2.684$ ,  $P=.953$

\*P<.05

#### 4. 논의

본 연구는 노인요양병원 간호사의 임종환자를 간호하면서 경험하는 임종간호 스트레스 정도와 그 관련요인을 파악하여 이들의 임종간호 스트레스 감소를 위한 중재와 스트레스 대처 프로그램을 개발하기 위한 기초 자료를 제공하고자 시도되었다. 본 연구에서 죽음 인식의 평균은 7점 만점에 4.30점이었다. 죽음 인식을 5점 척도로 암 병동 간호사를 대상으로 한 Noh[23]의 3.32점, 응급실 간호사를 대상으로 한 Cho[24]의 3.61과 4점 척도로 요양병원 간호사를 대상으로 한 Jung[14]의 2.8점과 유사한 결과를 나타내고 있다. 이러한 요양병원 간호사들의 중간 이상의 죽음 인식 점수는 임종과 죽음에 대한 관리가 기관과 의료인에게 옮겨지면서 특히, 말기 환자나 임종환자를 가장 가까이에서 간호하는 간호사의 죽음 인식이 중간 이상의 긍정 수준을 보이는 것이라 할 수 있으며, 이는 요양병원에서 노인의 임종 증가와 더불어 요양병원 간호사의 역할이 확대되어 죽음에 대한 인식이 긍정적으로 변화한다는 Jung[14]의 연구를 지지하고 있다. 죽음 인식의 하위영역별로는 생명존중의지가 평균 4.68점으로 가장 높았고, 죽음의 부정적 의미는 평균 4.59점, 죽음의 긍정적 의미는 평균 4.54점, 죽음 불안이 평균 3.77점, 죽음 관여도가 평균 3.47점으로 가장 낮은 순으로 나타났는데 이는 Kwon[11]의 집중치료실 간호사를 대상으로 한 연구에서 생명존중의지가 평균 3.35점으로 가장 높았고, 죽음의 부정적 의미가 평균 3.34점, 죽음의 긍정적 의미가 평균 3.32점, 죽음 불안이 평균 3.03점, 죽음 관여도가 평균 2.70점으로 가장 낮은 순으로 나타난 것과 유사한 결과이다. 본 연구에서 노인요양병원 간호사의 영적 안녕의 평균은 5점 만점에 3.40점이었다. 간호사를 대상으로 한 Lim[25]의 3.32점과 암 병

동 간호사를 대상으로 한 Lee & Yoon[26]의 3.44점, 같은 도구를 4점 척도로 수정하여 노인병원 간호사를 대상으로 한 Choi[27]의 2.72점과 유사한 결과를 나타내고 있었으며, 간호사들의 영적 안녕 정도는 중간 정도의 수준을 보인다고 할 수 있다. 영적 안녕의 하위영역별로는 실존적 안녕이 평균 3.53점으로 종교적 안녕 평균 3.27점보다 높은 것으로 나타났다. 이는 간호사를 대상으로 한 Choi[27], Lim[25], Sung[28], Kim[29]의 연구에서 종교적 안녕보다 실존적 안녕의 점수가 높은 결과와 일치하였다. 이는 종교가 있는 간호사와 종교가 없는 간호사 모두를 포함하여 조사하였기 때문인 것으로 판단되며, 종교적 안녕은 신과의 관련성을 묻는 질문으로 종교와 연관된 사항이므로 종교가 없는 경우에는 해당 사항이 없어 측정되지 못한 결과로 생각되며, 실존적 안녕은 종교와 상관없이 삶의 목적과 만족, 가치 인식에 대해 자신의 존재와 관련된 안녕감이 측정되었기 때문이라 생각되어진다.

본 연구 대상자의 임종간호 스트레스의 평균은 5점 만점에 3.84점이었다. 같은 도구를 사용하여 간호사를 대상으로 한 Woo[6]의 3.84점, 중환자실 간호사를 대상으로 한 Kwon[11]의 3.78점, Chung[10]의 3.85점과 유사한 결과를 나타내고 있었으며, 암 병동 간호사를 대상으로 한 Lee[8]의 3.94점, Kim[9]의 3.96점보다는 임종간호 스트레스 정도가 낮게 나타났지만, 노인요양병원 간호사를 포함한 대부분 간호사의 임종간호 스트레스 정도가 중간 이상의 높은 수준을 보인다고 할 수 있다. 이는 임종을 대하고 임종환자를 간호하는 일에 간호사는 많은 스트레스를 경험하고 있기 때문이며 간호사들이 보다 적절하게 임종간호 스트레스에 대처할 수 있고 임종간호 스트레스를 낮추기 위한 감정 전환이나 감정을 공유할 수 있는 프로그램, 그리고 조직 차원의 지원이 필요

할 것으로 사료된다. 임종간호 스트레스의 하위영역별로는 의료한계에 대한 갈등이 평균 3.95점으로 가장 높았으며, 임종환자와의 인간적 갈등이 평균 3.93점, 업무량 과중은 평균 3.92점, 환자 및 보호자의 임종에 대한 부정적인 태도는 평균 3.92점, 전문지식과 기술부족은 평균 3.91점, 임종환자에 대한 시간할애의 어려움은 평균 3.79점, 임종환자 간호에 대한 부담감이 평균 3.59점으로 가장 낮게 나타났다. 의료한계에 대한 갈등이 가장 높게 나타난 본 연구의 결과는 암 병동 간호사를 대상으로 한 Lee[8], 임상간호사를 대상으로 한 Lee[30], 중환자실 간호사를 대상으로 한 Chung[10]의 연구 결과와 유사한 것으로 나타났다. 이에 대해 Lee[8]는 간호사가 임종환자를 간호할 때 적극적으로 소생을 시도할 수 없이 지켜보아야 하고 전문직 간호사로서의 역할을 자율적으로 수행하지 못한 것에 대한 죄책감과 무력감, 의료 한계에 접하면서 갖게 되는 회의감과 거부감으로 스트레스를 받게 되는 것이라 하였다. 그러나 의료기술이 발전하고 있는 현실에도 의료한계는 여전히 존재하고 있으며 죽음 또한 누구도 피할 수 없다는 현실을 수용하고 주어진 의료 환경과 상황에서 임종간호로 인해 발생하는 의료한계에 대한 갈등을 최소화시킬 수 있는 정서적 지원과 구체적인 전략모색이 필요하다. 임종환자와의 인간적 갈등은 두 번째로 높은 하위영역으로 Kwon[11]의 집중치료실 간호사를 대상으로 한 연구 결과와 일치한다. 이것은 노인요양병원에 입원하는 노인 대상자들은 입원 후 호전되어 퇴원을 하는 경우보다 임종으로 이어지는 경우가 대부분이며, 입원기간이 길면서 환자와 간호사가 접촉하는 시간도 길어져 환자와 간호사와의 관계가 가까워지면서 오랜 기간 동안 간호한 환자의 임종을 지켜보는 것에 환자에 대한 감정이입이 높아지기 때문이라는 Jung[14]의 연구를 지지하고 있다.

임종간호 스트레스와 일반적 특성에 따른 차이를 확인한 결과 임종간호 스트레스는 종교와 유의한 차이를 나타내며, 종교가 있는 그룹이 종교가 없는 그룹보다 임종간호 스트레스가 높게 나타났다. 하지만 선행연구에서는 임종간호 스트레스와 종교에서 유의한 차이를 나타내보인 연구 결과가 없어 직접적 비교가 어려우나 종교가 영적 안녕에 영향을 미치며 영적 안녕이 높은 대상자들이 삶의 의미와 목적 그리고 고통의 의미를 찾으려는 욕구가 높다는 결과[25]를 뒷받침하고 있다. 앞으로 임종간호 스트레스와 종교와의 관계를 확인하기 위한 다양한

대상자를 확보하여 반복적인 연구가 필요할 것으로 생각된다. 또한 총 임상경력이 10년 이상인 그룹이 1년 이상~3년 미만과 3년 이상~5년 미만의 그룹보다 임종간호 스트레스가 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 임상경력이 많은 간호사가 더 높은 임종간호 스트레스를 느낀다고 한 Lee[8], Woolf[6]의 연구 결과와 일치하였다. 본 연구에서 대상자들의 임상경력 기간이 10년 이상인 경우가 61.3%로 많았고 임상경력이 많은 간호사가 임종간호 시 환자와의 공감대 형성이 높고 임종에 대한 업무와 절차로 업무량 과중 등이 발생하게 될 것을 잘 알고 있어 질 높은 임종간호를 제공하지 못한다는 부담감의 이유로 임종간호 스트레스가 높을 수 있다고 생각되나, Ji[7]의 연구에서 임상경력 2년 미만인 그룹에서 임종간호 스트레스가 높다고 한 결과를 고려할 때 임상경력과 스트레스의 특성을 파악하는 연구가 필요하다고 생각한다.

임종간호 스트레스 정도에 따른 죽음 인식의 차이에서 임종간호 스트레스가 '상'인 그룹에서 죽음 인식의 하위영역인 생명존중의지가 높았다. 임종간호 스트레스의 하위영역인 환자 및 보호자의 임종에 대한 부정적인 태도 정도, 임종환자에 대한 시간할애의 어려움 정도, 임종환자 간호에 대한 부담감 정도, 전문지식과 기술부족 정도, 의료한계에 대한 갈등 정도 모두에서 각 하위영역의 정도가 '상'인 그룹이 생명존중의지가 높게 나타났으며, 의료한계에 대한 갈등 정도가 '상'인 그룹이 죽음 인식의 하위영역인 죽음의 긍정적 의미가 높게 나타났다. 이는 임상간호사를 대상으로 한 Yoon[31]의 연구에서 임종간호 스트레스가 높을수록 죽음에 대한 긍정도와 생명존중의지가 높은 것으로 나타난 결과와 죽음 인식과 임종간호 스트레스는 양의 상관관계를 나타낸다는 요양병원 간호사를 대상으로 한 Jung[14]의 연구를 지지하고 있다. 생명존중의지는 인간의 생명을 포함한 모든 생명을 소중하게 받드는 것[19]으로 생명에 대한 존중과 삶을 소중하게 생각하는 간호사가 임종간호 상황에서 의료의 한계와 생명의 소멸을 대면할 때 높은 스트레스를 경험하게 되는 것이라 생각한다.

임종간호 스트레스 정도에 따른 영적 안녕은 임종간호 스트레스가 '상'인 그룹에서 영적 안녕 전체와 영적 안녕의 하위영역인 종교적 안녕과 실존적 안녕이 모두 높게 나타났다. 임종간호 스트레스의 하위영역인 임종환자에 대한 시간할애의 어려움 정도, 임종환자 간호에 대



한 부담감 정도, 업무량 과중 정도, 임종환자와의 인간적 갈등 정도, 의료한계에 대한 갈등 정도가 ‘상’인 그룹이 영적 안녕 전체와 종교적 안녕과 실존적 안녕이 높았으며, 전문지식과 기술부족 정도가 ‘상’인 그룹에서 영적 안녕 전체와 실존적 안녕이 높게 나타났다. 요양병원 간호사를 대상으로 한 Oh[32]의 연구에서 영적 간호와 의료한계의 갈등이 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타난 결과와 일부 일치하지만 임종간호 스트레스의 하위영역과 영적 안녕에 대한 연구가 미흡하여 앞으로 이에 대한 반복연구를 제안한다.

본 연구에서 임종간호 스트레스에 영향을 미치는 요인은 영적 안녕으로 나타났다. 임상간호사를 대상으로 연구 한 Ji[7]는 영적으로 건강할수록 임종간호 스트레스가 낮아진다고 하였으며, Woo[6]는 임종간호 스트레스는 신체적, 심리적 영역과 달리 영적 영역은 상관성을 찾을 수 없다고 하였다. 본 연구에서는 영적 안녕이 높을수록 임종간호 스트레스가 높게 나타났는데, 영적 안녕은 종교적 안녕과 실존적 안녕을 포함한다. 종교적 안녕은 절대자에 대한 인간의 안녕감으로서 절대자에 대한 인지 및 경험은 인간이 질병과 고통, 상실 등의 삶의 위기에 어떻게 대처하고 자신의 삶을 어떤 관점으로 보는지에 대해 영향을 미치는 것이며, 실존적 안녕은 인간의 삶에 대한 만족감과 삶의 의미와 목적에 관계되는 것으로 믿음, 가치, 생활양식, 삶의 질을 통한 신과의 관계에 대한 가치 있는 경험과 자신, 이웃, 환경과의 상호작용을 반영한다. 따라서 종교를 가지고 있거나 신의 존재에 대한 믿음이 있는 경우 나 자신은 절대자와 의미 있고 만족스러운 관계를 가지며 만족하는 상황과 삶에 의미를 가지고 참 목적이 있다고 믿으며, 긍정적이고, 행복하고 기쁘게 살아야 한다고 믿는 그룹에서 죽음을 맞이하는 임종간호에 대한 스트레스가 높게 나타난 것으로 생각된다.

노인요양병원은 입원 후 일정기간이 지나 퇴원하게 되는 일반병원과는 달리 대부분 사망 시까지 거주하게 되는 특성이 있지만 간호를 제공하는 인력은 요양보호사나 간호조무사와 같은 간호보조 인력들이 상당수 차지하고 있고 상대적으로 간호사의 수는 적은 편[14]이다. 최근 복잡해진 간호행정의 제도적, 구조적 현실과 과도한 업무에 따른 책임이 간호사의 직업윤리에 부합된 업무 수행을 어렵게 하고 있다. 본 연구 결과에서 나타나고 있듯이 영적 안녕 정도가 높았던 그룹에서 더 높은 임종간

호 스트레스를 경험한다는 의미는 대상자들이 바쁜 업무로 인하여 전문직 간호사로서의 역할을 자율적으로 수행하지 못할 뿐 아니라 간호사의 역할개념 지각과 수행의 부조화로 역할 수행과정에서 많은 업무 스트레스를 경험하게 되고 이러한 과중한 스트레스를 해소하지 못한 상황이 간호사의 임종간호 스트레스를 더욱 높게 한다는 Lee[8] 연구를 뒷받침하고 있다.

추후 노인요양병원 간호사의 임종간호 스트레스에 대한 연구와 임종간호 스트레스에 영향을 미치는 요인을 규명하는 연구가 지속적으로 필요하다. 또한 노인요양병원 간호사의 임종간호 스트레스 정도와 특성에 맞는 교육과 업무의 개선 그리고 간호 인력을 충분히 확보하여 임종간호에 대한 시간을 충분히 할애할 수 있도록 하고 임종간호 스트레스를 줄일 수 있도록 하는 구조 개선이 필요하다. 또한 노인요양병원 간호사의 삶과 죽음에 대한 올바른 인식과 영적 안녕을 위한 교육, 임종간호 스트레스 완화를 위한 간호중재의 개발을 통해 간호사의 임종간호 스트레스를 감소시키고 임종간호의 질이 높이기 위한 노력이 필요할 것으로 보인다.

## 5. 결론 및 제언

본 연구 결과 노인요양병원 간호사의 죽음 인식과 영적 안녕, 임종간호 스트레스의 정도는 중간이상으로 높게 나타났으며, 일반적 특성에서는 종교가 있는 그룹, 총 임상경력이 높을수록 임종간호 스트레스 정도가 높게 나타났다. 임종간호 스트레스가 ‘상’인 그룹에서 죽음 인식 하위영역 중 생명존중의지, 그리고 영적 안녕과 그 하위영역인 종교적 안녕과 실존적 안녕이 높았고, 임종간호 스트레스에 영향을 미치는 요인은 영적 안녕으로 나타났다.

노인요양병원 간호사를 대상으로 임종간호 스트레스에 영향을 미치는 요인을 확인하는 반복 연구와 노인요양병원 간호사의 업무 개선과 간호사 인력 확충을 통하여 임종간호를 위한 충분한 시간을 할애할 수 있도록 하는 구조의 개선, 노인요양병원 간호사의 삶과 죽음에 대한 올바른 인식 교육과 영적 안녕감이 높은 간호사들에게는 이들의 임종간호 스트레스를 감소시키기 위한 간호중재 개발이 필요하며, 또한 노인요양병원 간호사의 특성을 반영한 임종간호 스트레스를 측정할 수 있는 도구

개발이 이루어져야 하겠다.

## REFERENCES

- [1] Statistics Korea: Elderly statistics[internet]. Seoul: Statistics, c2013 [cited 2015 Apr 20], Available from: <http://www.kosis.kr>.
- [2] Statistics Korea: Status of health care resources [internet]. Seoul: Statistics, c2013[cited 2015 Apr 20], Available from: <http://www.kosis.kr>.
- [3] Y. J. Noh, "Hospice and death, *Won-Buddhist Thought & Religious Culture*, 22(1), p.613-623, 1998.
- [4] Y. H. Kim, "A Study of Nurses Burden and Attitude on Terminal Cancer Patients, *Journal of Korean oncology nursing*, 1(1), p.65-74, 2001.
- [5] S. Y. Kang & B. S. Lee, "The lived experience of nursing care for the dying patients in clinical nurses, *Journal of Korean academy of nursing administration*, 7(2), p.237-251. 2001.
- [6] Y. H. Woo, K. H. Kim & K. S. Kim, "Death Anxiety and Terminal Care Stress among Nurses and the Relationship to Terminal Care Performance." *Korean journal of hospice and palliative care*, 16(1), p.33-41, 2013.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.14475%2Fkjhp.2013.16.1.033>
- [7] S. I. Ji, H. S. You, "The Impact of Clinical Nurses' Terminal Care Attitude and Spiritual Health on Their Terminal Care Stress, *Korean journal of hospice and palliative care*, 17(4), p.232-240, 2014.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.14475%2Fkjhp.2014.17.4.232>
- [8] Y. O. Lee, "A Study of Cancer Unit Nurses' Stress from Bereavement Support" {master's thesis}. Seoul: Kyung Hee Univ. 2004.
- [9] J. H. Kim, "The Job Stress, Perception, and Train in Needs on the End-of-Life Care among Cancer Unit Nurses" {master's thesis}. Seoul: Yonsei Univ. 2009.
- [10] S. Y. Chung, "A study on terminal care stress and terminal care performance of ICU nurse" {master's thesis}. Seoul: Hanyang Univ. 2013.
- [11] E. J. Kwon, "Perceptions of deaths and stress of end-of-life care for Intensive Care Unit nurses" {master's thesis}. Busan: Catholic Univ. of Busan. 2013.
- [12] H. Kim, "Attitudes toward Death and End-of-life Care among Nurses in Nursing Homes" {master's thesis}. Seoul: Seoul National Univ. 2013.
- [13] M. S. Ahn, K. J. Lee, "Awareness of Good Death and Attitudes toward Terminal Care among Geriatric Hospital Nurses, *Korean journal of hospice and palliative care*, 17(3), p.122-133, 2014.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.14475%2Fkjhp.2014.17.3.122>
- [14] J. S. Jung, "Influencing Factors of Performance on Terminal care in Term care Hospital nurses" {master's thesis}. Kwangju: Kwangju Women's Univ. 2014.
- [15] Y. Inumiya, S. Y. Han, "A Study on Development of a View of Life and Death Scale, *Korean Journal of Psychological and Social Issues*. 10(1), p.31-82, 2004.
- [16] J. H. Kang, S. J. Han, "A Study of Intensive Care Unit Nurses' Understanding of the Meaning of Death, Death Anxiety, Death Concern and Respect for Life, *Korean journal of hospice and palliative care*, 16(2), p.80-89, 2013.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.14475%2Fkjhp.2013.16.2.080>
- [17] Y. S. Yoo, S. S. Han, J. U. Hong, S. M. Lee, M. J. Seo, & J. S. Park, "Spiritual Care and Spiritual Wellness of Hospice Team Members, *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 13(2), p.285-293, 2006.
- [18] Y. H. Lee, "Spiritual Care, *The Korean nurse*, 27(1), p.21-27, 1988.
- [19] Y. Inumiya, "A Study on Development of a View of Life and Death Scale and Relationships among its Elements" {dissertation}. Seoul: Korea Univ. 2002.
- [20] R. F. Paloutzian, & C. W. Ellison, Loneliness, spiritual well-being and quality of life In LA Peplau & D. Perlman(Eds.), "Loneliness: A source book of current theory, research and therapy, New York: John Wiley, p.135-151, 1982.
- [21] S. S. Choi, "A correlational study on spiritual wellness, hope and perceived health status of urban adult" {dissertation}. seoul: Yonsei Univ. 1990.
- [22] H. I. Lee, H. S. Choi, "Correlation among Spiritual Health, Mental Health and Maturation of Christian Belief, *Korean journal of hospice care*, 3(1), p.1-11, 2003.
- [23] S. S. Noh, "A Study on Death Perception, Terminal Care Attitude, and Terminal Care Performance of Clinical Nurses Caring for Cancer Patient" {master's thesis}. Seoul: Clinical Nursing Science Sungkyunkwan Univ. 2010.
- [24] Y. J. Cho, "Emergency Nurses' Perception of Death and Terminal Care Attitude" {master's thesis}. Suwon: Ajou Univ. 2011.
- [25] S. S. Lim, "A Study of Spiritual Well being and the Spiritual Nursing care of Nurses" {master's thesis}. Seoul: Information in Clinical Nursing Hanyang Univ. 2009.
- [26] K. O. Lee, H. J. Yoon, "Correlation between the Self-esteem, Spiritual Wellbeing, Depression, and Quality of Life in Nurses Caring of Cancer Patients, *The Medical Journal of Chosun University*, 31(2), p.85-99, 2006.
- [27] J. I. Choi, "Relationship between Spiritual Well-Being and Attitude toward Aging of Geriatric Hospital Nurse" {master's thesis}. Busan: Kosin Univ. 2006.
- [28] M. H. Sung, "Effects of Spiritual Well-being on Spiritual Nursing Intervention, *Journal of Korean oncology nursing*, 9(1), p.15-22, 2009.
- [29] H. S. Kim, "End-of-Life Care Stress, Spiritual Well-Being and Burnout among Critical Care Nurses" {master's thesis}. Seoul: Clinical Nursing Science catholic Univ. of Seoul. 2014.
- [30] M. Y. Lee, "End-of-life Care Stress and Strategies of Coping and Relief among Nurses" {master's thesis}. Seoul: Information in Clinical Nursing Hanyang Univ. 2012.

- [31] Y. A. Yoon, "Clinical Nurses' Perception of death and End of life care stress"{master's thesis}. Daegu: Kyungpook National Univ. 2009.
- [32] J. H. Oh, "A Study on Terminal Care Stress and Terminal Care Performance of Geriatric Hospital Nurse"{master's thesis}. Suwon: Ajou Univ. 2015.

---

**양 진 희**(Jin-Hee Yang)

[정회원]



- 2000년 8월 ~ 현재 : 삼육서울병원
- 2012년 2월 ~ 2016년 2월 : 삼육대학교 보건복지대학원 (간호학석사)

<관심분야>  
노인, 임종간호

---

**신 성 레**(Sung-Rae Shin)

[정회원]



- 1997년 2월 : 이화여자 대학교 대학원 간호학과(간호학 박사)
- 1993년 3월 ~ 현재 : 삼육대학교 간호학과 교수

<관심분야>  
노인, 흡연, 금연