

요양병원 간호사의 생애말 간호역량에 미치는 영향요인

손숙연¹ · 전미경²

창원대학교 일반대학원 간호학과 대학원생¹, 창원대학교 간호학과 조교수²

Factors Influencing End-of-Life Care Competency of Long Term Care Hospital Nurses: A Cross Sectional Study

Son, Sookyeon¹ · Jeon, Mi-Kyeong²

¹Graduate Student, Department of Nursing, Changwon National University, Changwon, Korea
²Assistant Professor, Department of Nursing, Changwon National University, Changwon, Korea

Purpose: The purpose of this study was to identify factors related to the end-of-life care competency of long-term-care hospital nurses. **Methods:** This study was conducted from June 1 to 29, 2021. Data were collected from 191 nurses working in 10 long-term hospitals using a structured self-reported questionnaire. Data were analyzed using SPSS/WIN 25.0 program by descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson's correlation coefficient, and multiple linear regression. **Results:** As a result of multiple linear regression analysis, the factors affecting end-of-life care competency were empathy competency ($\beta=.46, p<.001$), frequency of supportive behaviors for end-of-life care ($\beta=.19, p=.005$), position ($\beta=.19, p=.002$), and religion ($\beta=.14, p=.031$). This regression model was explained by 35.5% of variances in end-of-life care competency. **Conclusion:** To improve the quality of life and death of older adults at the end of their life, strategies are needed to identify and reinforce end-of-life care-support behavior factors and improve end-of-life care competency by improving empathy competency.

Key Words: Long-term-care; Terminal care; Clinical competency; Nurses

서론

1. 연구의 필요성

우리나라의 65세 이상 노인인구는 급속하게 증가하여 2067년에 세계 평균 18.6%보다 훨씬 높은 46.5%로 증가할 것으로 전망하고 있다[1]. 또한, 기대수명은 2019년 기준 83.3세지만, 건강수명은 2018년 기준 70.4세로 상당한 차이를 보이고 있다[2]. 한편, 현대사회에서는 가족의 역할과 구조 변화로 인해 생애말 환자들은 중환자실, 요양병원과 같은 의료기관이나 장기

요양시설에서 생애말을 보내는 것이 일반적인 현상이다[3]. 2017년 사망한 65세 이상 노인을 추적한 결과 생애 마지막 2년을 요양원이나 요양병원에서 보내었고, 사망 전 10년 동안 요양병원에 입원한 일수는 평균 460일로 분석되었다[4]. 사망 장소를 살펴보면, 2020년 요양병원 등을 포함한 의료기관이 75.6%를 차지하였으며, 특히 65세 이상의 경우 78%에 이르는 것으로 보고되었다[5]. 이러한 결과에서 요양병원에 입원한 노인 환자들이 대부분 회복하여 가정으로 돌아가기보다는 병원에서 임종을 맞이하고 있음을 알 수 있다[6]. 그러므로, 요양 병원은 생애말 환자들이 신체적, 정신적, 심리적, 영적으로 평

주요어: 요양병원, 생애말 간호, 간호역량, 간호사

Corresponding author: Jeon, Mi-Kyeong <https://orcid.org/0000-0001-6730-2423>

Department of Nursing, Changwon National University, 20 Changwondaehak-ro, Uichang-gu, Changwon 51140, Korea.
Tel: +82-55-213-3573, Fax: +82-55-213-3579, E-mail: mkjeon@changwon.ac.kr

Received: Jan 6, 2022 / Revised: Mar 6, 2022 / Accepted: May 9, 2022

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.

안함을 찾고 삶의 마지막까지 높은 삶의 질을 유지하면서 자신의 삶을 의미 있게 마무리할 수 있도록 도와주는 것뿐만 아니라 가족들의 간호 요구 변화에 대처할 수 있는 곳이어야 하므로, 요양병원 간호사는 질적인 생애말 간호를 제공해야 한다.

생애말 간호는 죽음을 앞둔 환자와 그 가족을 지지해주는 간호 행위로, 좁게는 마지막 생의 몇 시간 혹은 며칠 동안의 간호를 의미한다. 넓은 의미에서 생애말 간호는 치료되지 않는 말기질환 환자의 고통을 경감하여 인간으로서 남은 생애동안 존엄성을 지키고 삶의 질을 유지하면서 마지막 순간을 평안하게 맞이하도록 하는 것이다[7]. 그러므로 생애말 간호는 임종전 마지막 며칠 이내 또는 불과 몇 시간 이내에 하는 임종간호[8]보다 넓고 통합적인 개념이나 우리나라에서는 혼용하여 사용하고 있다. 또한, 유사한 개념으로 호스피스간호는 기대여명이 6개월 정도의 말기 환자로 진단받은 환자와 그 가족들의 신체적, 심리·사회적, 영적 돌봄과 사별 간호를 의미한다. 반면 생애말기(end-of-life)는 환자와 가족, 의료진이 질환 경과상 삶이 제한적임을 인지하는 사망 전 1~2년간을 의미한다[9]. 따라서 호스피스간호와 생애말 간호는 그 기간이나 대상, 간호업무의 범위에서 다소 차이가 있다. 또한, 현재 요양병원 호스피스 시범사업이 시행되고 있으나 요양병원에 입원한 생애말기 환자들의 접근성은 낮다. 따라서 양질의 생애말 간호를 제공하기 위해 요양병원 간호사의 역할이 중요하며, 이를 위한 질 높은 생애말 간호역량이 요구된다.

생애말 간호역량은 간호사의 전문적 역량이 필요한 생애말 간호를 효과적으로 수행하기 위하여 요구되는 기술, 지식, 경험, 속성, 행위를 의미한다[10]. 이는 의사결정, 의사소통, 간호의 연속성 유지, 정서적 지지 및 증상 관리, 영적 지원, 교육과 자기관리, 윤리적 실무 등과 같은 생애말 간호에 대한 실질적인 전반적 지식과 중재 역량 등을 포함한다[10,11]. 간호사의 생애말 간호역량은 임종간호 수행을 향상시키고, 생애말기에 있는 대상자가 생애 마지막까지 삶의 질을 최대한 유지할 수 있도록 하는 간호활동을 증가시키는 것으로 보고되었다[12,13]. 요양병원 환자와 가족 대부분은 적극적인 치료보다 완화의료를 선호하며 만성질환을 진단받은 노인에게 호스피스 서비스가 확대되어야 한다고 하였다[14,15]. 이는 요양병원 간호사들이 생애말 환자와 가족에게 체계적인 생애말 간호를 제공해야 함을 시사하므로, 간호사들에게 수준 높은 생애말 간호역량이 요구됨을 의미한다. 따라서 실무에서 생애말 간호를 효과적으로 수행할 수 있도록 간호사들의 생애말 간호역량에 영향을 미치는 요인들에 대해 살펴볼 필요가 있다.

간호사의 생애말 간호와 관련된 요인을 살펴보면, 생애말 간호를 제공하면서 최상의 기능을 발휘하게 하거나, 또는 못하게 하는 관점이나 행위 등의 조건이 되는 요소를 각각 생애말 간호의 지지요인과 장애요인이라 한다[16]. 생애말 간호의 지지요인과 장애요인에는 환자/가족, 의료인, 병원/병실 영역에서 환자가 느끼는 통증과 불편감 조절, 생애말 간호에 대한 환자의 의지 존중, 생애말 간호의 지속성 유지, 효과적인 의사소통과 간호환경에서의 시간적, 공간적 제약 등[16,17] 다양한 요인들이 있다. 중환자실 간호사를 대상으로 한 연구[18]에서 생애말 간호역량은 생애말 간호의 지지요인과 유의한 정적 상관관계에 있으며, 생애말 간호의 장애요인은 생애말 간호역량 중 행위역량과 유의한 부적 상관관계에 있음을 보고하였다. 그러므로 이러한 요인들이 생애말 간호의 영향요인으로 작용하는지를 파악하는 것이 간호사의 생애말 역량 강화를 위한 전략을 세우고 교육 등의 중재를 마련하는 데 필요하다[18].

공감역량은 대상자의 이해를 기반으로 타인의 고통을 이해하고 이를 경감시킬 수 있는 개인의 기술 및 능력을 의미하며[19], 공감역량이 높으면 임종 환자와 그 가족의 다양한 문제를 파악하고 긍정적인 임종간호 태도로 양질의 임종간호를 제공할 수 있다고 하였다[20,21]. 또한, 공감역량이 높은 간호사의 보살핌을 받은 환자들은 불안감과 우울감이 감소하는 것으로 나타났다[22]. 따라서 생애말이라는 상황에 놓여 있는 대상자와 그 가족들에 대한 깊은 이해를 기반으로 감정을 이해하고, 어려움에 귀를 기울여 내 것처럼 느끼므로써 그들의 다양한 심리적, 사회적 어려움을 경감시킬 수 있어 생애말 간호역량을 효율적으로 발휘하여 생애말 간호의 질적 향상을 도모할 수 있을 것이다. 하지만 공감역량과 생애말 간호역량 간에 관계를 연구한 선행연구를 찾아보기 어려워 이를 확인해 볼 필요가 있다.

지금까지 생애말 간호역량에 대한 선행연구는 주로 급성기 병원의 중환자실 간호사[11,16-18]를 대상으로 이루어졌으나, 생애말 환자간호에서 비중이 커진 요양병원 간호사에 대한 연구는 미비한 실정이다. 또한, 생애말 간호의 지지요인과 장애요인, 공감역량과 생애말 간호역량 간의 관계를 파악하는 선행연구들이 부족한 실정이다. 이에 본 연구에서는 요양병원 간호사를 대상으로 생애말 간호의 지지요인과 장애요인, 공감역량과 생애말 간호역량 간의 관계와 생애말 간호역량의 영향요인을 확인하고자 한다. 이를 통해 생애말 간호역량을 증진하고 이를 효과적으로 발휘할 수 있는 중재 방안을 위한 기초 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 요양병원 간호사의 생애말 간호의 지지요인과 장애요인, 공감역량이 생애말 간호역량에 미치는 영향을 확인하는 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 생애말 간호 지지요인과 장애요인, 공감역량, 생애말 간호역량 정도를 파악한다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 생애말 간호역량의 차이를 확인한다.
- 대상자의 생애말 간호 지지요인과 장애요인, 공감역량, 생애말 간호역량 간의 상관관계를 검증한다.
- 대상자의 생애말 간호역량에 미치는 영향요인을 규명한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 요양병원 간호사의 생애말 간호역량에 미치는 영향요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구대상자는 G도에 소재한 10개 요양병원에서 근무하는 간호사로 연구의 목적과 절차 및 방법에 대해 설명을 듣고 자발적으로 참여에 동의한 자이다. 본 연구에 필요한 표본 수는 G*Power 3.1.9.7 (Universitat Dusseldorf, Dusseldorf, Germany)을 이용하여 산출하였다. 생애말 간호역량에 대한 선행연구[23]를 근거로 회귀분석 시 효과크기 .15, 유의수준 .05, 검정력 .95, 예측변수 10개(연령, 결혼상태, 종교, 임상경력, 최근 1년 이내 임종간호 횟수, 생애말 간호(임종간호 또는 호스피스·완화의료) 교육경험, 가족의 죽음 경험, 생애말 간호의 지지요인과 장애요인, 공감역량)를 기준으로 하였을 때 표본 수는 172명으로 도출되었다. 회수율과 결측률 15%를 고려하여 총 200명을 대상으로 설문지를 배부하였고, 회수된 설문지 중 응답이 불충분한 9부를 제외한 총 191부를 최종 분석하였다.

3. 연구도구

1) 일반적 특성

대상자의 일반적 특성 문항은 연령, 성별, 결혼상태, 종교, 최

종학력, 직위, 총 임상경력, 요양병원 총 경력, 현재 근무기관의 경력, 임종간호 경험, 최근 1년 이내 임종간호 횟수, 생애말 간호 교육경험, 가족의 죽음 경험 등 총 13문항으로 구성하였다[23].

2) 생애말 간호의 지지요인

생애말 간호의 지지요인은 Beckstrand와 Kirchhoff [17]가 중환자실 간호사를 대상으로 생애말 간호의 지지요인을 측정하기 위해 개발하고, Lee [18]가 번역하여 수정·보완한 도구를 본 연구자가 요양병원 간호사에 적합하게 수정·보완하여 사용하였다. 대부분의 요양병원은 윤리위원회가 구성되어 있지 않기 때문에 이와 관련된 문항을 삭제하였다. 이 도구는 총 23문항으로 환자·가족역역(5문항), 의료인 영역(10문항), 병원·병실 영역(8문항)으로 구성되어 있다. 각 문항은 Likert 6점 척도로 구성하여 인식정도(강도)와 경험정도(빈도)를 측정한다. 인식정도(예. 평화롭고 존엄한 임종 장면, 가족들을 준비시킬 충분한 시간, 공간이 마련된 병실 환경 등)는 ‘절대 지지요인이 아니다.’ 0점에서 ‘매우 큰 지지요인이다.’ 5점까지 측정하며 점수가 높을수록 큰 지지요인임을 의미한다. 경험정도는 ‘절대 일어나지 않는다.’ 0점에서 ‘항상 일어난다.’ 5점까지 점수가 높을수록 경험정도가 높은 것으로 큰 지지요인임을 의미한다. Beckstrand와 Kirchhoff [17]의 연구에서 인식정도의 Cronbach’s α 는 .86, 경험정도의 Cronbach’s α 는 .81이었고, Lee [18]의 연구에서는 각각 .91, .85였으며, 본 연구에서는 .91, .90이었다.

3) 생애말 간호의 장애요인

생애말 간호의 장애요인은 Beckstrand와 Kirchhoff [17]가 중환자실 간호사를 대상으로 생애말 간호의 장애요인을 측정하기 위해 개발하고, Lee [18]가 번역하여 수정·보완한 도구를 본 연구자가 요양병원 간호사에 적합하게 수정·보완하여 사용하였다. 대부분의 요양병원은 윤리위원회가 구성되어 있지 않기 때문에 이와 관련된 문항을 삭제하였다. 이 도구는 총 28문항으로 3개 하위영역인 환자·가족(9문항), 의료인(12문항), 병원·병실 영역(7문항)으로 구성되어 있다. 각 문항은 Likert 6점 척도로 구성하여 인식정도(강도)와 경험정도(빈도)를 측정한다. 인식정도(예. 예후를 받아들이지 못하는 것, 이해 부족, 불일치한 의견 등)는 ‘절대 장애요인이 아니다.’ 0점에서 ‘매우 큰 장애요인이다.’ 5점까지 측정하며 점수가 높을수록 큰 장애요인임을 의미한다. 경험정도는 ‘절대 일어나지 않는다.’ 0점에서 ‘항상 일어난다.’ 5점까지 점수가 높을수록 경험정도가 높은 것으로 장애요인임을 의미한다.

Beckstrand와 Kirchhoff [17]의 연구에서 인식정도와 경험정도의 Cronbach's α 는 각각 .89였고, Lee [18]의 연구에서는 .83, .84였으며, 본 연구에서는 .93, .92였다.

4) 공감역량

공감역량은 Lee와 Seomun [19]이 간호사의 공감역량을 측정하기 위해 개발한 도구를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 총 17개 문항으로 소통력(8문항), 민감성(5문항), 통찰력(4문항)으로 구성되어 있다. 각 문항의 점수는 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다.' 5점까지 Likert 5점 척도로 구성되어 점수가 높을수록 간호사의 공감역량이 높음을 의미한다. Lee와 Seomun [19]의 연구에서 Cronbach's α 는 .91이었고, 본 연구에서는 .90이었다.

5) 생애말 간호역량

생애말 간호역량은 Montagnini 등[11]이 개발한 'Scale of End-of-Life Care in the ICU (EOLC-ICU)'를 Lee [18]가 번역한 도구로 본 연구자가 요양병원 간호사에 적합하게 '중환자실'을 '요양병원'으로 수정하여 사용하였다. 총 28문항으로 지식 영역(예. 나는 생애말 환자의 통증을 조절하기 위한 약물적 중재를 시행하는 것에 대해 준비가 잘 되어 있다) 12문항, 태도 영역(예. 나는 환자 및 가족과 앞으로 일어날 의료와 관련된 결정들을 포함한 사전 계획에 대해 논의하는 것이 편안하게 여겨진다) 5문항, 행위 영역(예. 내가 일하는 요양병원에서는 환자의 임상적 상태가 악화할 때 연명치료 중단에 대해 환자 및 가족과 적시에 논의를 시행한다) 11문항으로 구성되어 있다. 각 문항의 점수는 '매우 그렇지 않다.' 1점에서 '매우 그렇다.' 5점까지 Likert 5점 척도로 점수가 높을수록 간호사가 인식한 생애말 간호역량이 높음을 의미한다. Montagnini 등 [11]의 연구에서 Cronbach's α 는 .92, 하위영역인 지식, 태도, 행위의 Cronbach's α 는 .92, .72, .90이었다. Lee [18]의 연구에서는 .89, 하위영역은 .93, .70, .82였으며, 본 연구에서는 .91, 하위영역은 .92, .67, .84였다.

4. 자료수집

자료수집은 2021년 6월 1일부터 6월 29일까지 시행하였다. G도에 소재한 10개 요양병원의 부서장에게 먼저 연락하여 연구에 대한 협조를 구하고 연구참여를 허락받은 후 간호업무와 환자 안전에 문제가 발생하지 않도록 부서장 및 각 병동 주간호사와 방문방법과 시간을 논의하여 연구자가 직접 방문하여

자료수집을 진행하였다. 연구자가 수간호사에게 연구의 목적과 방법, 설문에 응답하는 것이 연구참여에 동의하는 것임을 설명하고 협조를 구한 후, 설문지 작성에 구두 동의를 한 경우 수간호사가 해당 병동 간호사에게 설문지를 배부하였다. 설문지는 구조화된 자가보고식으로 작성에 소요된 시간은 20분 정도였다. 모두 작성한 설문지는 회수용 봉투에 담아 밀봉하여 간호사실 일정 보관장소에 보관하도록 하였으며, 설문지 회수가 완료되었을 때 연구자가 직접 방문하여 일괄수거하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 25.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며, 구체적인 방법은 다음과 같다.

- 일반적 특성, 생애말 간호의 지지요인과 장애요인, 공감역량, 생애말 간호역량 정도는 기술통계로 분석하였다.
- 일반적 특성에 따른 생애말 간호역량의 차이는 t-test, ANOVA, Scheffé test로 분석하였다.
- 생애말 간호의 지지요인과 장애요인, 공감역량, 생애말 간호역량 간의 관계는 Pearson's correlation coefficient를 통해 분석하였다.
- 생애말 간호역량의 영향요인은 multiple linear regression을 사용하여 분석하였다.

6. 윤리적 고려

대상자의 인권 및 개인정보 보호를 위해 C대학교의 생명윤리심의위원회의 승인(7001066-202104-HR-017)을 받은 후 내용에 따라 시행하였다. 본 연구는 C대학의 생명윤리심의위원회의 서면동의 면제 심의 요건 중 연구대상자의 동의거부를 추정할 만한 사유가 없고, 서면동의를 받지 않는 것이 개인정보 보호에 더 타당하다는 사유에 해당하여 서면동의 면제 승인을 받았다. 연구대상자 설명문에는 설문지를 작성하는 것이 곧 연구참여에 자발적으로 동의하는 것임을 명시화하고 설명문을 읽었음을 연구자가 체크 표시하도록 하였다. 연구대상자에게 자료수집 전 본 연구의 목적과 방법, 수집된 자료의 연구목적의 사용금지, 자율적인 연구참여 철회 가능, 연구참여 또는 미참여로 인한 불이익 없음을 설명하였다. 또 3년간 잠금장치가 있는 보관함에 작성된 설문지를 보관 후 폐기함을 설명하고, 설문지 작성이 곧 연구참여동의를 의미함을 설명한 후 무기명으로 자료를 수집하였다. 설문지 완료 후 연구참여에 대한 감사의 의미로 소정의 답례품을 제공하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자는 총 191명으로 40~49세가 57명(29.8%)으로 가장 많은 분포를 보였고, 여성이 185명(96.9%), 기혼자가 145명(75.9%)이었다. 종교가 없는 대상자가 79명(41.4%)으로 가장 많았고, 전문학사가 99명(51.8%), 직위에서는 일반 간호사가 153명(80.1%)으로 대부분을 차지했다. 총 임상경력은 15년 이상이 73명(38.2%), 요양병원 총 경력은 5년 미만에서 95명(49.7%)으로 나타났고, 현재 근무하는 요양병원 경력은 5년 미만이 146명(76.4%)으로 가장 많았다. 임종간호 경험이 있는 대상자는 168명(88.0%)이었고, 그중에서 최근 1년 이내 임종간호 횟수가 5회 이상인 대상자는 75명(39.3%)으로 조사되었다. 생애말 간호교육은 110명(57.6%)이 받은 경험이 있었으나, 81명(42.4%)은 교육경험이 없었다. 또한, 교육을 받은 대상자 중 1~2회 받은 사람이 81명(42.4%)으로 가장 많았고, 가족의 임종 경험은 99명(51.8%)이 없는 것으로 조사되었다(Table 1).

2. 대상자의 생애말 간호 지지요인과 장애요인, 공감역량, 생애말 간호역량 정도

생애말 간호 지지요인의 인식정도는 5점 만점에 평균 3.71±0.54점, 경험정도는 2.80±0.54점이었고, 하위영역별로 살펴보면 환자·가족영역에서 인식정도 3.82±0.54점, 경험정도 2.90±0.57점으로 가장 높았다. 장애요인의 인식정도와 경험정도는 5점 만점에 평균 3.64±0.55점, 2.92±0.53점이었고, 하위영역에서 인식정도는 의료인 영역 3.69±0.59점, 경험정도는 환자·가족영역 3.17±0.64점으로 높게 나타났다. 공감역량은 5점 만점에 평균 3.72±0.40점이었고 하위영역 중 민감성 3.92±0.47점으로 높았다. 생애말 간호역량은 5점 만점 중 평균 3.43±0.43점으로 나타났으며 하위영역인 지식역량은 3.41±0.55점, 태도역량 3.44±0.55점, 행위역량 3.44±0.51점으로 분석되었다(Table 2).

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 생애말 간호역량의 차이

생애말 간호역량의 정도는 일반적 특성 중 종교($F=2.79, p=.042$)와 직위($F=6.51, p=.002$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 사후 검정결과, 직위에서 일반 간호사보다 수간

호사 이상에서 생애말 간호역량이 더 높은 것으로 나타났다(Table 1).

4. 생애말 간호의 지지요인과 장애요인, 공감역량, 생애말 간호역량의 관계

요양병원 간호사의 생애말 간호역량은 생애말 간호 지지요인의 인식정도($r=.30, p<.001$)와 경험정도($r=.32, p<.001$), 공감역량($r=.55, p<.001$)과 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다(Table 3).

5. 생애말 간호역량의 영향요인

대상자의 생애말 간호역량에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 다중회귀분석을 시행한 결과는 Table 4와 같다. 대상자의 일반적 특성 중 생애말 간호역량과 유의한 차이를 나타낸 종교, 직위와 생애말 간호역량과 상관관계가 있었던 생애말 간호 지지요인의 인식과 경험정도, 공감역량 등의 변수를 독립변수로 설정하여 총 5개의 독립변수를 투입하였다. 이중 종교, 직위는 더미변수로 처리하였다.

회귀모형 분석 전 기본가정인 독립변수 간의 자기상관과 다중공선성을 확인하였다. 먼저 Durbin-Watson은 2.12로 2에 가까워 자기상관이 없는 것으로 나타났다. 또한, 공차한계(tolerance)는 0.69~0.96으로 1.0 이하를 충족하였고, 분산팽창인자(Variance Inflation Factor)는 1.04~1.46으로 10 이하를 나타내어 다중공선성의 문제는 없었다.

다중회귀분석 결과 회귀모형은 통계적으로 유의하였고($F=14.05, p<.001$), 대상자의 생애말 간호역량에 대한 영향요인은 공감역량($\beta=.46, p<.001$), 생애말 간호의 지지요인 중 경험정도($\beta=.19, p=.005$), 직위(수간호사 이상)($\beta=.19, p=.002$), 종교(가톨릭교)($\beta=.14, p=.031$) 순으로 나타났다. 생애말 간호역량에 대한 이들 변수의 설명력은 35.5%였다.

논 의

본 연구는 요양병원 간호사의 생애말 간호의 지지요인과 장애요인, 공감역량, 생애말 간호역량을 파악하고, 생애말 간호역량에 미치는 영향요인을 확인하고자 시행하였으며 연구의 결과를 바탕으로 한 구체적인 논의는 다음과 같다.

본 연구대상자의 생애말 간호 지지요인에 대한 인식과 경험정도는 5점 만점에 인식정도 평균 3.71점, 경험정도 평균

Table 1. End-of Life Care Competency to Participants' General Characteristics

(N=191)

Characteristics	Categories	n (%)	End-of life care competency	
			M±SD	t or F (p)
Age (year)	< 30	31 (16.2)	3.39±0.34	0.22 (.927)
	30~39	52 (27.2)	3.40±0.46	
	40~49	57 (29.8)	3.44±0.44	
	50~59	41 (21.5)	3.43±0.44	
	≥ 60	10 (5.2)	3.50±0.38	
Gender	Male	6 (3.1)	3.47±0.25	-0.26 (.795)
	Female	185 (96.9)	3.42±0.43	
Marital status	Married	145 (75.9)	3.45±0.38	1.47 (.144)
	Unmarried	46 (24.1)	3.35±0.38	
Religion	Buddhism ^a	54 (28.3)	3.48±0.45	2.79 (.042)
	Christian ^b	34 (17.8)	3.37±0.42	
	Catholic ^c	24 (12.6)	3.61±0.47	
	None ^d	79 (41.4)	3.36±0.38	
Educational level	Diploma	99 (51.8)	3.38±0.43	-1.64 (.100)
	Bachelor	92 (48.2)	3.48±0.42	
Position	Staff nurse ^a	153 (80.1)	3.38±0.42	6.51 (.002) a < c
	Charge nurse ^b	7 (3.7)	3.45±0.57	
	≥ Head nurse ^c	31 (16.2)	3.67±0.35	
Total nursing career (year)	< 5	26 (13.6)	3.46±0.37	1.65 (.179)
	5~ < 10	44 (23.0)	3.35±0.38	
	10~ < 15	48 (25.1)	3.36±0.45	
	≥ 15	73 (38.2)	3.50±0.45	
Total nursing career at long-term care hospital (year)	< 5	95 (49.7)	3.44±0.41	0.29 (.750)
	5~ < 15	91 (47.6)	3.41±0.44	
	≥ 15	5 (2.6)	3.31±0.52	
Total nursing career in current workplace (year)	< 5	146 (76.4)	3.41±0.43	-0.35 (.725)
	≥ 5	45 (23.6)	3.46±0.41	
Terminal care experience	Yes	168 (88.0)	3.43±0.43	0.75 (.457)
	No	23 (12.0)	3.36±0.44	
Number of terminal care within the last year	No	45 (23.6)	3.41±0.41	0.27 (.765)
	1~4	71 (37.2)	3.41±0.38	
	≥ 5	75 (39.3)	3.45±0.48	
EOLC educational experience	Yes	110 (57.6)	3.45±0.46	0.95 (.345)
	No	81 (42.4)	3.39±0.38	
Number of EOLC education	No	81 (42.4)	3.39±0.38	0.78 (.460)
	1~2	81 (42.4)	3.43±0.48	
	≥ 3	29 (15.2)	3.51±0.41	
Experience of family death	Yes	92 (48.2)	3.43±0.43	0.08 (.935)
	No	99 (51.8)	3.42±0.42	

EOLC=End-of-life care.

2.80점으로 요양병원 간호사를 대상으로 동일한 도구를 사용한 연구[23] 3.24점/2.19점, 중환자실 간호사를 대상으로 한 연구[18] 3.55점/2.61점보다 약간 높았다. 이러한 결과는 지지요인을 경험하는 정도보다 지지요인을 인식하는 정도가 크

다는 선행연구[23]와 일치했으며, 이를 통해 경험하는 정도에 비해 지지요인을 더 강하게 인식하는 것을 알 수 있었다. 따라서 요양병원 간호사들이 경험하는 다양한 생애말 간호의 지지요인을 파악하여 이를 강화할 수 있는 조직적 차원에서의 전

Table 2. Level of the Research Variables

(N=191)

Variables	M±SD	Min	Max
Supportive behaviors/intensity	3.71±0.54	2.00	4.74
Patient/family	3.82±0.54	2.20	5.00
Health provider	3.69±0.61	1.60	4.80
Hospital/ward	3.66±0.66	1.38	5.00
Supportive behaviors/frequency	2.80±0.54	1.00	4.52
Patient/family	2.90±0.57	1.00	4.60
Health provider	2.88±0.62	1.00	4.80
Hospital/ward	2.65±0.70	1.00	5.00
Obstacles/intensity	3.64±0.55	1.96	5.00
Patient/family	3.65±0.63	1.89	5.00
Health provider	3.69±0.59	1.79	5.00
Hospital/ward	3.49±0.69	1.00	5.00
Obstacles/frequency	2.92±0.53	1.57	4.00
Patient/family	3.17±0.64	1.78	5.00
Health provider	2.83±0.59	1.43	4.21
Hospital/ward	2.72±0.71	0.00	4.60
Empathy competency	3.72±0.40	2.88	5.00
Communication	3.68±0.43	2.63	5.00
Sensitivity	3.92±0.47	3.00	5.00
Insight	3.54±0.52	1.50	5.00
EOLC competency	3.43±0.43	2.32	4.89
Knowledge	3.41±0.55	1.92	5.00
Attitude	3.44±0.55	2.00	5.00
Behavior	3.44±0.51	2.00	4.82

EOLC=End-of-life care.

Table 3. Correlation Relationships Among the Study Variables

(N=191)

Variables		1		2		3
		1-1	1-2	2-1	2-2	r (p)
		r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	
1. Supportive behaviors	1-1. Intensity	1.00				
	1-2. Frequency	.47 (<.001)	1.00			
2. Obstacles	2-1. Intensity	.50 (<.001)	.21 (.003)	1.00		
	2-2. Frequency	.30 (<.001)	.26 (<.001)	.39 (<.001)	1.00	
3. Empathy competency		.43 (<.001)	.32 (<.001)	.18 (.013)	.09 (.198)	1.00
4. EOLC competency		.30 (<.001)	.32 (<.001)	.10 (.186)	.07 (.334)	.55 (<.001)

EOLC=End-of-life care.

력이 필요하며 이를 통해 생애말 간호를 수행하는 간호사들에게 긍정적인 영향을 주어 생애말 간호의 질적 향상을 가져올 것으로 사료된다. 하위영역에서는 인식과 경험정도 모두 환자·가족영역이 가장 높았고, 이는 요양병원 간호사를 대상으로 한 연구[23]와 일치했으며, 가족들이 환자의 평화롭고 존엄한 죽음을 곁에서 함께 하는 것이 가장 큰 지지요인이라는 선행

연구결과와 맥락을 같이한다[18]. 이러한 결과들은 요양병원에 입원한 노인 환자들 대부분이 스스로 일상생활을 유지하기 어려워 간호사에 대한 의존도가 높고, 비교적 장기간 입원하여 생애말 간호가 이루어지면서 환자뿐만 아니라 가족들과도 빈번한 교류가 발생하여 환자·가족영역에서의 요인들을 강하게 인식하는 것으로 사료된다.

Table 4. Influencing Factors of End-of-Life Care Competency

(N=191)

Variables	B	S.E	β	t	p
(Constant)	1.19	0.25		4.74	< .001
Empathy competency	0.49	0.07	.46	6.70	< .001
Supportive behaviors/intensity	-0.02	0.06	-.01	-0.19	.852
Supportive behaviors/frequency	0.16	0.05	.19	2.84	.005
Religion (Buddhism)*	-0.00	0.06	-.00	-0.04	.967
Religion (Christian)*	-0.02	0.07	-.02	-0.30	.768
Religion (catholic)*	0.18	0.08	.14	2.18	.031
Position (Charge nurse)*	-0.06	0.13	-.03	-0.43	.669
Position (≥ head nurse)*	0.22	0.07	.19	3.10	.002
R ² =.38, Adjusted R ² =.36, F=14.05, p < .001					

Durbin-Watson=2.12, Tolerance=.69~.96, Variance inflation factor=1.04~1.46; *Dummy variable: Religion (None), Position (Staff nurse).

본 연구대상자의 생애말 간호에 대한 장애요인의 인식과 경험 정도는 5점 만점에 평균 3.64점, 2.92점으로 요양병원 간호사를 대상으로 한 선행연구[23]보다 높게 나타났다. 또한, 하위영역 중환자·가족영역의 장애요인을 자주 경험하지만 장애요인으로 강하게 인지하는 것은 의료인 영역에서 발생하는 요인들인 것으로 나타났다. 이러한 결과는 선행연구 [18,23]에서 의료인 영역 중 ‘화가 난 가족을 돌봐야 하는 것’과 ‘다른 업무로 인해 양질의 생애말 간호를 제공하지 못하는 것’이 생애말 간호의 큰 장애요인으로 보고되어 본 연구결과와 맥락을 같이하였다. 대상자들은 적절한 생애말 간호를 제공하지 못하는 현실적 문제를 장애요인으로 강하게 인식하고 있었다. 장애요인을 극복하기 위해서는 전문적인 지식과 신뢰를 형성할 수 있는 의사소통 기술을 바탕으로 생애말 간호를 체계적으로 제공할 수 있도록 생애말 간호역량을 강화해야 한다. 따라서 간호역량을 증진하기 위해 체계적인 생애말 간호교육이 뒷받침되어야 할 것이다.

본 연구대상자의 공감역량은 5점 만점에 평균 3.72점으로 중간보다 조금 높았고, 하위영역은 민감성, 소통력, 통찰력 순으로 높았다. 이러한 결과는 요양병원 간호사를 대상으로 한 An과 Suh [21]의 연구결과와 모두 일치하였고, Kim [24]의 연구에서는 요양병원 간호사들이 생애말 간호를 하면서 노인 환자들에게 더 관심과 보살핌, 배려하는 행동을 하게 된다고 하였다. 이는 요양병원의 환자들이 대부분 노쇠와 더불어 치매와 뇌경색 등 만성질환을 앓고 있어 의사소통 능력이 저하되어 있는 특성에 기인한 것으로 생각된다. 간호사의 민감성은 세심한 관찰을 통해서 대상자의 변화뿐만 아니라 감정을 민감하게 인식하여 즉각적인 반응을 보이는 능력이고, 소통력은 환자와 가족들에 대한 감성적인 의사소통 능력이며, 통찰

력은 전문적인 지식과 대상자에 대한 이해를 바탕으로 대상자들의 요구 및 상태를 포괄적으로 파악할 수 있는 능력이다 [19]. 공감역량이 높은 간호사는 대상자에 대한 이해를 기반으로 대상자의 상태를 항상 주의 깊게 관찰하여 변화에 즉각적으로 반응하고 대처하기 위해 노력하며, 어려움을 경감시키기 위해 대상자와 가족, 의료인들과 소통을 하며, 그들의 이야기를 경청하여 언어적, 비언어적 반응을 보이게 된다[25]. 이러한 결과 인지가 저하된 치매 환자의 통증을 더 잘 관리할 수 있고, 임종간호수행능력의 향상을 가져오게 되며, 환자들은 불안과 우울감이 감소하게 된다[22,25,26]. 따라서 요양병원에 입원하여 죽음을 준비하는 과정에 있는 환자들이 겪는 신체적, 정신적 고통과 어려움을 민감하게 인식하여 해결할 수 있도록 공감역량을 강화하기 위한 노력이 필요하다.

연구결과, 생애말 간호역량 정도는 5점 만점에 평균 3.43점으로 동일한 도구를 사용하여 요양병원 간호사를 대상으로 한 An [23]의 연구 3.57점과 Jeong과 June [27]의 연구 3.54점보다는 약간 낮았고, 특히 하위영역 중 지식역량의 정도가 선행연구[23,27]에 비해 낮게 나타났다. 이러한 결과는 An [23]의 연구와 Jeong과 June [27]의 연구대상자들은 생애말 간호 교육경험이 각각 64.7%와 70.7%인데 비해 본 연구대상자는 57.6%로 나타나 교육경험의 차이로부터 기인한 것으로 사료된다. 이는 중환자실 간호사를 대상으로 한 연구[18]에서도 생애말 간호교육의 부족으로 인해 중환자실 간호사의 생애말 간호역량, 특히 지식역량이 다소 낮은 것으로 보고되었다. 지식역량은 증상 관리, 환자 및 가족의 의사결정과 정서적·영적 지지에 대해 얼마나 알고 있느냐에 대한 것[11]으로 간호활동의 증가에 영향을 미친다[13]. 요양병원 간호사들은 생애말 간호에 대한 처치와 전문지식 부족으로 생애말 간호에 불안과 스

트레스를 경험하였으나 이러한 상황을 교육을 통해 생애말 간호에 대한 어려움을 극복하고 역량을 강화하고자 노력하였다[24]. Price 등[28]도 생애말 간호에서 간호사의 교육은 최우선이 되어야 한다고 하였다. 이에 생애말 간호역량을 증진하기 위해 실무에 적용할 수 있는 체계적이고 다양한 교육 프로그램이 필요하다. 태도역량은 생애말 치료 의사결정에 대한 태도에 관한 것이고, 행위역량은 생애말 치료에 관한 의사결정, 환자와 가족 및 의료진과의 의사소통, 간호의 연속성 및 간호사가 환자에게 생애말 간호를 제공하는 것이 가능하게 하는 부서의 지원체계 평가를 포함한다[18]. 이는 개인의 행위역량 뿐만 아니라 조직 차원의 행위역량도 내포하고 있다. 간호부서의 행위역량은 생애말 간호 실현의 중요한 요소로[12], 간호활동 변화에 영향을 줄 수 있는 간호사의 개인적인 태도가 긍정적이라고 해도 생애말 간호에 있어 어떤 활동을 해야 하는지에 대한 명확한 인식과 실천이 체계화되어 뒷받침되지 못하면 실질적인 행위로 이어지기 어렵다[13]. 따라서 요양병원 간호사들이 실무에 적용할 수 있는 체계적인 생애말 간호 교육과 조직 차원에서 지지체계가 필요할 것이다.

본 연구결과 생애말 간호역량에 영향요인은 공감역량, 생애말 간호에 대한 지지요인의 경험정도, 직위와 종교로 나타났다. 특히 공감역량은 가장 큰 영향을 미치는 요인으로 이에 대한 선행연구가 없어 직접적인 비교는 어려우나 공감역량은 발휘되는 정도에 따라서 대상자와 그 가족이 느끼는 간호의 질은 달라진다는 선행연구[19]의 보고와 같이 양질의 생애말 간호를 제공하기 위한 생애말 간호역량에 공감역량은 중요한 요소라 할 수 있다. 요양병원의 간호사는 생의 마지막인 죽음을 준비하는 과정에서 요양병원에 입원한 대상자들이 신체적, 정신적, 심리적, 영적 평안함을 찾고 마지막 순간까지 최적의 삶의 질을 유지하면서, 가족들의 변화하는 간호 요구에 부합하는 최선의 간호를 제공해야 하므로, 생애말 간호역량은 매우 중요하다. 이에 전문적인 지식과 대상자에 대한 이해를 기반으로 그들의 어려움, 상태변화와 간호 요구를 세심하게 관찰하고 포괄적으로 파악하여 공감에 기반을 둔 의사소통을 통해 즉각적인 대처를 할 수 있는 민감성과 통찰력, 소통력을 발휘하여 생애말 간호를 제공한다면 생애말 대상자들은 자신의 삶을 잘 마무리할 수 있는 시간을 가질 수 있을 뿐만 아니라 대상자를 떠나보낸 가족들도 가족의 죽음을 건강하게 받아들이는 계기가 될 것이다[29].

두 번째 영향요인인 생애말 간호의 지지요인의 경험정도도 An [23]의 연구와 일치하였다. 이러한 결과는 임상실무에서 발생하는 다양한 상황을 반복적으로 경험함으로써 생애말 간

호역량이 향상되는 것으로 사료된다. 선행연구[24]에서 요양병원 간호사들은 생애말 환자를 간호하는 힘든 상황에서도 환자, 보호자 또는 동료들과의 소통을 통해 감정과 경험을 공유하며 어려움을 극복하고 만족감을 느끼며, 경험을 통해 대상자의 상태변화를 인지하여 대처할 수 있다고 하였다. 경험이 적은 초보 간호사들은 생애말 간호에 대해 두려움과 죄책감 등의 부정적인 감정을 가진다고 하였다[24]. 또한, 생애말 간호의 경험이 쌓이면서 생애말 간호에 대해 스트레스를 느끼기도 하지만, 경험이 많아질수록 환자들에게 더 깊은 관심을 가지고 보살피며 스스로 많이 성장하는 계기가 되어 경험이 긍정적인 요인으로 작용하여 생애말 간호의 질에 영향을 미치게 된다[24]. 그러므로, 임상현장의 다양한 상황에서 발생하는 생애말 간호의 지지요인들을 파악하여 이러한 요인들이 긍정적으로 작용할 수 있도록 직·간접적 경험을 하게 된다면 생애말 간호역량을 증진할 수 있을 것이다.

수간호사 이상의 직위가 생애말 간호역량의 영향요인으로 나타났다. 본 연구의 결과를 뒷받침할 선행연구가 없어 직접적인 비교는 어려우나, 이는 임상실무 경력이 많고 풍부한 경험과 지식을 갖춘 관리자들이 생애말 간호를 체계적으로 수행할 수 있도록 근무환경을 조성함으로써 생애말 간호역량을 증진시킬 수 있는 조직적 차원에서의 요인이라고 할 수 있다. 또한, 가톨릭교가 생애말 간호역량에 영향요인으로 나타났다. 가톨릭교는 호스피스의 성장에 있어서 핵심적인 역할을 하면서 현대에 이르기까지 호스피스의 발전과 활성화에 기여하고 있다[30]. 가톨릭에서 죽음은 영원한 생명으로 갈 수 있는 통과례로, 죽음의 과정은 공동체가 함께 대처해 나가는 과정이라고 믿고 있다[30]. 그러나 선행연구[12,23]에서는 종교가 있는 경우 생애말 간호역량 정도가 더 높은 것으로 나타나, 특정 종교가 간호역량에 미치는 영향에 대해 일반화하기는 어렵다. 그러므로, 종교가 생애말 간호역량에 어떻게 영향을 미치는지를 확인하는 추가적인 연구가 필요하다.

끝으로 본 연구는 요양병원 간호사의 생애말 간호역량에 미치는 영향요인을 확인한 결과 공감역량이 주요한 요인임을 새롭게 확인했다는 점에서 의의가 있다. 또한, 생애말 환자들이 마지막 순간까지 존엄하고 더욱 편안한 삶이 유지될 수 있도록 생애말 간호역량을 증진할 수 있는 전략을 모색하는데 기초자료를 제공했다는 것에 의의를 둔다. 하지만 본 연구는 일 지역의 요양병원 간호사를 대상으로 수행하였기 때문에 그 결과를 일반화하기에는 제한이 있다. 또한, 요양병원의 규모 등 조직적 특성이 반영되지 않았으므로 연구결과를 확대 해석하는 데 한계가 있다.

결론 및 제언

본 연구는 요양병원 간호사를 대상으로 생애말 간호역량의 영향요인을 확인하기 위해 시행되었다. 연구결과 공감역량, 생애말 간호 지지요인 중 경험정도, 직위, 종교가 요양병원 간호사의 생애말 간호역량 영향요인으로 나타났으며, 생애말 간호역량에 대한 설명력은 35.5%였다. 따라서 연구결과를 토대로 생애말 대상자들이 마지막 순간까지 인간의 존엄성을 유지하며 삶을 잘 통합하고 삶의 질을 유지할 수 있도록 요양병원 특성에 맞는 생애말 간호역량 향상 전략이 필요하다.

이에 요양병원 간호사의 생애말 간호역량을 향상할 수 있도록 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 공감역량이 생애말 간호역량에 가장 주요한 영향요인으로 확인되었으므로 공감역량을 증진할 수 있는 교육 프로그램 개발과 적용이 필요할 것이다. 둘째, 생애말 간호에 대한 지지요인들을 확인하여, 이를 직·간접적으로 경험할 수 있도록 시뮬레이션 교육 등과 같이 다양한 교육방법을 개발하고 적용하여 생애말 간호역량 증진 효과를 확인하는 연구를 제언한다. 셋째, 요양병원 간호사들의 생애말 간호역량을 증진할 수 있도록 간호조직은 조직적이고 체계적으로 생애말 간호교육을 제공해야 하며, 생애말 간호가 효과적으로 적용될 수 있도록 지침을 마련하고, 지지적인 환경을 조성할 것을 제언한다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

AUTHORSHIP

Study conception and design acquisition - SS and JM-K; Data collection - SS; Analysis and interpretation of the data - SS and JM-K; Drafting and critical revision of the manuscript - SS and JM-K; Final approval - SS and JM-K.

FUNDING

None.

ACKNOWLEDGEMENT

None.

REFERENCES

1. Statistics Korea. Population status and prospects of the world and Korea [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; 2019 Sep 2 [updated 2019 Sep 2; cited 2021 Mar 13]. Available from: http://kostat.go.kr/assist/synap/preview/skin/doc.html?fn=synapview377226_1&rs=/assist/synap/preview
2. Statistics Korea. Life expectancy (life expectancy at age 0) and life expectancy (healthy life expectancy) excluding illness period [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; 2021 Jan 13 [updated 2021 Jan 13; cited 2021 Mar 13]. Available from: http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2758
3. Ahn KJ. A study of end-of-life care decision-making and elderly's right. *Journal of Human Rights & Law-related Education*. 2020;13(3):305-40. <https://doi.org/10.35881/HLER.2020.13.3.12>
4. Lee YSD. The last two years of life, the last two years of life, Koreans who spend in nursing homes...spend 50 million won on hospital bills [Internet]. Seoul: Joongang Ilbo; 2019 Aug 16 [updated 2019 Aug 16; cited 2021 Mar 13]. Available from: <https://news.joins.com/article/23553746>
5. Korean Statistical information Service. Preliminary results of birth and death statistics in 2020 [Internet]. Daejeon: Korean Statistical information Service; 2021 Feb 24 [updated 2021 Feb 24; cited 2021 Mar 13]. Available from: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=388265&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt=
6. Kang GS, Kim JS. Change of life of the older due to social admission in long-term care hospital. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2017;37(1):103-23.
7. National Health Service. End of life care [Internet]. England: National Health Service; 2021 Oct 18 [updated 2021 Oct 18; cited 2021 Oct 20]. Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/>
8. King PA, Thomas SP. Phenomenological study of ICU nurses' experiences caring for dying patients. *Western Journal of Nursing Research*. 2013;35(10):1292-308. <https://doi.org/10.1177/0193945913492571>
9. Ministry of Health and Welfare. 1st hospice and life-sustaining treatment plan (2019-2023) [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2019 Jun 25 [updated 2019 Jun 25; cited 2021 Mar 13]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=0319&CONT_SEQ=349872
10. Kang JN, Kim YO, Yoo YS, Choi JY, Koh SJ, Jho HJ. Developing competencies form multidisciplinary hospice and palliative care professionals in Korea. *Support Care Cancer*. 2013;21(10):2707-17. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1850-3>
11. Mnontagnini M, Smith H, Balistrieri T. Assesment 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/jjpm.2011.0265>
12. Lee SM. Perception of good death, terminal care competence

- and terminal care performance of long term care hospital nurses [master's thesis]. [Busan]: Catholic University of Pusan; 2020. 53 p.
13. Lee JY, Jang JI. Changes of nursing activities on patients with DNR orders. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2017;20(1):46-57.
<https://doi.org/10.14475/kjhpc.2017.20.1.46>
 14. Hall S, Goddard C, Stewart F, Higginson IJ. Implementing a quality improvement programme in palliative care in care homes: a qualitative study. *BMC Geriatrics*. 2011;11(31):1-11.
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-31>
 15. Kim EJ, Lee YJ, Kim SH, Kim HJ. Factors related to the needs of hospice care among elderly patients in long-term care hospitals. *Global Health & Nursing*. 2021;11(1):63-73.
<https://doi.org/10.35144/ghn.2021.11.1.63>
 16. Nelson JE, Angus DC, Weissfeld LA, Puntillo KA, Danis M, Deal D, et al. End-of-life care for the critically ill: a national intensive care unit survey. *Critical Care Medicine*. 2006;34(10):2547-53.
<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000239233.63425.1D>
 17. Beckstrand RL, Kirchoff KI. Providing end-of-life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *American Journal of Critical Care*. 2005;14(5):395-403. <https://doi.org/10.4037/ajcc2005.14.5.395>
 18. Lee HJ. Critical care nurses' perceived end of life care competencies and supportive behaviors and barriers [master's thesis]. [Seoul]. Seoul National University; 2015. 105 p.
 19. Lee YJ, Seomun GA. Development and validation of an instrument to measure nurses' compassion competence. *Applied Nursing Research*. 2016;30:76-82.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.09.007>
 20. Kim EH, Lim YM. The mediating effect of compassionate competence on the relationship between nurses' spirituality and attitude toward care of dying patients. *Journal of East-West Nursing Research*. 2019;25(2):166-73.
<https://doi.org/10.14370/jewnr.2019.25.2.166>
 21. An YH, Suh SR. The effect of nurses' compassion competence on performance of terminal care in geriatric hospitals. *Journal of The Korea Society of Health Informatics and Statistics*. 2019;44(3):253-61.
<https://doi.org/10.21032/jhis.2019.44.3.253>
 22. La Monica EL, Wolf RM, Madea AR, Oberst MT. Empathy and nursing care outcomes. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1987;1(3):197-213.
 23. An HW. Factors influencing end-of-life-care competency of long term care hospital nurses [master's thesis]. [Jinju]. Gyeongsang National University; 2020. 89 p.
 24. Kim DH, Lee LJ. Long-term care hospital nurse's experience in coping with end-of-life care nursing. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2021;21(1):710-21.
<https://doi.org/10.5392/JKCA.2021.21.01.710>
 25. Jo KH, Park AR, Lee JJ, Choi SJ. The effect of suffering experience, empathy ability, caring behaviors on terminal care performance of clinical nurses. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2015;18(4):276-84.
<https://doi.org/10.14475/kjhpc.2015.18.4.276>
 26. Lee, MH, Park Mh. Geriatric hospital nurses' empathy, attitude and pain management for patients with dementia. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2016;28(4):388-98.
<https://doi.org/10.7475/kjan.2016.28.4.388>
 27. Jeong YH, June KJ. End of life care competencies and terminal care stress of nurses in long term care hospitals. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2019;22(3):125-33.
<https://doi.org/10.14475/kjhpc.2019.22.3.125>
 28. Price DM, Strodtman L, Montagnini M, Smith HM, Miller J, Zybert J, et al. Palliative and end-of-life care education needs of nurses across inpatient care settings. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2017;48(7):329-36.
<https://doi.org/10.3928/00220124-20170616-10>
 29. Yi MJ, Lee JS. Nurses' experiences of the death of patients in geriatric hospitals. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2015;45(4):513-22.
<https://doi.org/10.4040/jkan.2015.45.4.513>
 30. Youn SJ. Hospital ethnography on catholic hospice palliative care [master's thesis]. [Seoul]: Seoul National University; 2020. 164 p.