종양간호연구 제16권 제3호, 2016년 9월 *Asian Oncol Nurs* Vol. 16 No. 3, 147-157
http://dx.doi.org/10.5388/aon.2016.16.3.147

간호사가 인식·경험하는 말기암 환자 간호의 장애요인과 지지요인

허경숙[1] · 박은준[2]

[1]건국대학교 충주병원, [2]건국대학교 글로컬캠퍼스 간호학과

Clinical Nurses' Perceived or Experienced Obstacles and Supportive Behaviors in Providing Care for Terminally Ill Cancer Patients

Heo, Kyung Suk[1] · Park, Eun-Jun[2]

[1]Konkuk University Chungju Hospital, Chungju; [2]Department of Nursing, Konkuk University, Chungju, Korea

Purpose: The purpose of this study was to examine obstacles and supportive behaviors perceived or experienced by clinical nurses providing care for terminally ill cancer patients. **Methods:** Beckstrand's survey questionnaire was translated into Korean and verified by an expert committee and through a preliminary study. A survey that used 26 questionnaire items on obstacles and 24 on supportive behaviors, was conducted among 228 registered nurses with more than one year of experience at medical-surgical general wards in a hospital. **Results:** The highly-perceived and frequently-experienced obstacles in providing care for terminally-ill cancer patients were related to patients' uncontrollable pain or psychologically unstable family members. The highly-perceived and frequently-experienced supportive behaviors were related to caring family members or having supportive family members. However, nurses' perceptions or experiences of multiple obstacles and supportive behaviors differed by hospital type, career length, and department. **Conclusion:** Nurses seem to be in need of training for pain management for terminal cancer patients and of family care in general. Highly-perceived and highly-experienced obstacles or highly-perceived but rarely-experienced supportive behaviors should be intervened without delay considering a hospital type or nurses' career length.

Key Words: *Nurses, Terminally Ill, Neoplasms, Terminal Care, Surveys and Questionnaires*

서 론

1. 연구의 필요성

암은 우리나라 국민의 사망원인 1위로 인구 10만 명당 암 사망률은 2000년 122.1명에서 2014년 150.9명으로 23.6% 증가하였다.[1] 앞으로도 평균 수명 연장과 노인 인구 증가, 생활습관의 변화, 유해한 환경위험 요소의 증가 등으로 암 발생 및 이로 인한 사망은 계속 증가할 것으로 예상된다. 높은 암 유병률로 인해 암환자의 병상 점유율이 증가하였고 병원에서 임종을 맞는 말기암 환자도 증가하면서 이들 간호에 대한 관심이 높아졌다. 실제 우리나라 국민의 사망 전 6개월 간 의료기관 이용 현황을 살펴보면 암 환자가 26.2%로 가장 많다.[2]

말기암 환자는 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 이들을 지칭하는데[3] 이들은 말기암 상태라는 것을 알게 되는 순간부터 죽음을 연상하며 회복해야겠다는 희망적 의지보다는 절망적인 고통 속에서 지내는 경우가 많다. 간호사는 환자의 죽음 과정에서 환자에게 직접 간호를 제공하면서 환자는 물론이고 가족과 많은 시간을 공유하고 감정적 교류를 하게 되므로 그 역할이 중요하다. 의료 첨단화, 높은 소비자 권리 의식 등과 함께 임종 환자와 가족의 간호 요구가 증가하면서 이를 충족시키기 위한 간호사들의 다양한 노력이 시도되고 있으며, 간호사들은 말기암 환자를 간호하면서 상당한 스트레스를 경험하는 것으로 알려져 있다.[4] 실제 말기암 환자들은 통증 등 고통스러운 신체적 증상을 우선적으로 해결해주기를 바라는 반면[5] 이들 가족은 환자를 위한 정서적 돌봄에

주요어: 간호사, 암, 말기 환자 간호, 설문조사

*이 논문은 제1저자 허경숙의 석사학위논문을 수정하여 작성한 것임.
*This manuscript is a revision of the first author's master's thesis from Konkuk University.

Address reprint requests to: Park, Eun-Jun
Department of Nursing, Konkuk University, 268 Chungwondaero, Chungju-si Chungcheongbuk-do, 27478, Korea
Tel: +82-43-840-3953 Fax: +82-43-840-3958 E-mail: eunjunp@kku.ac.kr

Received: Sep 12, 2016 Revised: Sep 28, 2016 Accepted: Sep 28, 2016

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2016 Korean Oncology Nursing Society

높은 비중을 두어야 한다고 생각하고 있었다.[6,7]

현재 우리나라에서는 말기암 환자 간호 실무에 대한 표준화된 지침이 없어 질 관리가 제대로 이루어지지 않고 있어서, 의료현장에서 적용할 수 있는 임종환자 관리지침이 매우 시급한 실정이다.[8] 이러한 환자 관리 지침의 부재로 인해 현재는 말기암 환자임에도 불구하고 임종 시점까지 무의미한 항암화학요법을 받고 있는가 하면, 인공영양, 인공호흡기, 심폐소생술, 혈액 투석 등 생명유지 장치에 의존하여 고통 속에서 생명을 연장하고 있는 무의식 환자가 증가하고 있다.[9] 동시에 의료 현장에서 말기 환자를 돌보는 가족과 의료인은 삶의 마감에 대한 여러 가지 고충을 겪고 있다. 특히 간호사들은 말기암 환자를 돌보면서 고통 경험,[10,11] 스트레스,[3,12] 부담감과 우울,[13] 소진[14,15] 등을 경험하고 있었다. 한편, 말기암 환자 간호 전담 팀을 운영하거나, 말기암 환자 간호에 관한 교육을 제공하고, 목사, 완화간호 전문가, 윤리위원회와 같은 지원 인력이 있을 때 말기암 환자 간호에 도움이 된다고 하였다.[16]

말기암 환자 간호의 질을 향상시키기 위해서는 우리나라 실무 현장에서 간호사들이 말기암 환자를 돌보면서 인식하거나 경험하고 있는 어려움 등이 무엇인지 파악하는 것이 우선되어야 하지만, 현재는 관련 연구가 거의 없는 실정이다. 이에 본 연구를 통해 우리나라 간호사가 인식하거나 경험하는 말기암 환자 간호의 장애요인과 지지요인을 파악하고 직무 특성에 따른 차이를 탐색할 것이다. 이는 병원 내에서 임종을 맞이하는 말기암 환자들에게 보다 전인적, 통합적인 간호를 제공하기 위해 우선적으로 개선하거나 강화해야할 실천 전략을 마련하는데 필요한 근거 자료로 활용될 것이다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 우리나라 간호사가 인식하거나 경험한 말기암 환자 간호의 장애요인과 지지요인을 파악하고자 하는 서술적 조사연구이다.

2. 연구 절차 및 연구 대상

Dr. Beckstrand로부터 'Obstacle and Supportive Behavior in EOL' 사용에 대한 승인을 얻었으며, 자료 수집이 이루어진 기관의 기관윤리심의위원회의 승인을 받았다(IRB 승인번호: KUH1280056, IRB 2014-010). 본 연구는 2단계로 진행되었으며, 1단계에는 '말기암 환자 간호의 장애요인과 지지요인' 한국어판 설문지 개발, 2단계에는 간호사를 대상으로 한 현장 설문 조사를 진행하였다.

1) 한국어판 설문지 개발

(1) 번역본 준비

2014년 6월 20일부터 7월 9일까지 영어와 한국어 이중 언어가 가능한 한국인 간호연구자 2인, 간호사 2인이 원 도구를 개별적으로 번역한 후 서로 의견 합의를 거쳐 한국어판 설문지(안)를 개발하였다. 영어가 모국어이며 한국어에도 능숙한 원어민이 한국어 번역 결과를 검토하였다. 이 때 기술 직역이 아닌 개념적 동등성을 갖도록 번역하였고, 번역된 도구라는 느낌이 없으면서 우리나라 의료 문화를 고려하여 진행하였다. 예를 들어, 설문 문항 중 "Families and friends who continually call the nurse wanting an update on patients' condition rather than calling the designated family member for information."은 우리나라 문화에 맞게 "환자에 대한 최종 상태를 알기 위해 대표로 지명된 가족에게 묻기보다는 지속적으로 간호사에게 전화하는 가족과 친구들"로 번역하였다. 본 설문 문항 말기암 환자 간호 실무에 대한 구체적, 실제적 경험과 생각을 묻고 있기 때문에 개념적 동등성을 유지하는데 어려움이 크지 않았다.

(2) 내용 타당도에 대한 전문가 의견 수렴

설문지의 한국어 번역에 참여하지 않았으며 영어와 한국어에 모두 능통한 간호 연구자 2인, 말기암 환자 간호경력 10년 이상의 간호사 2인으로 전문가 위원회를 구성하여, 설문 문항의 한국어 번역이 내용적 동등성, 즉, 의미적, 관용적, 경험적, 개념적 동등성이 있는지 검토하였고,[17] 내용 타당도(CVI)를 측정하였다.

(3) 사전조사를 통한 현장 실무자의 의견 수렴

2014년 8월 13일부터 8월 22일까지 암병동, 내과 병동, 외과병동에 근무하는 학사 이상이며 경력 5년 이상인 간호사 8인에게 개별 설문을 실시하여 한국어판 설문 문항에 부적절한 표현이나 개념이 있는지 조사하였다. 또한 개별 설문 결과를 바탕으로 이들과 포커스 그룹 인터뷰를 실시하여 추가적으로 설문 문항에 대한 의견을 조사하였다. 이들 조사 결과를 내용 타당도를 검토했던 전문가 위원들과 재검토하여 한국어판 설문지를 수정하였다. 지지요인 문항 중 '환자 임종 후 가족들이 병동을 떠나기 전에 서명해야 할 서류를 모두 준비해주는 지원 인력이 있는 것'은 우리나라 대부분 병원에서 전자기록을 사용하므로 임종 후 병동에서 서명할 서류가 거의 없는 것으로 확인되어 항목을 제외하였다. 한편, 호스피스·완화의료 확대를 위한 재정 지원의 중요성이 논의되고 있으므로[18] '병동에서 제공되는 완화의료 서비스가 의료보험 정책에 의해 지원되는 것' 이라는 항목을 지지요인 문항에 추가하였다.

2) 현장 설문 조사

800병상 규모의 대도시 소재 대학병원 1곳, 500병상 규모의 지방소재 대학병원 1곳, 300병상 규모의 공공병원인 의료원 1곳, 200병상

http://dx.doi.org/10.5388/aon.2016.16.3.147

규모의 시립노인전문병원 1곳을 대상으로 간호사들에게 현장조사를 실시하였다. 본 연구에서 계획한 3개 그룹의 평균을 비교하는 F-test에 필요한 대상자 수는 G*Power 3.1.9.2 프로그램을 이용해 계산한 결과 중간 효과크기 f= 0.25, 유의수준 α= .05, 검정력 1-β= .90일 때 총 206명이었다. 2014년 10월 1일부터 2주간 말기암 환자가 입원하는 암 병동, 내과 병동, 외과 병동에 근무하는 경력 1년 이상의 일반 간호사이면서 말기암 환자를 돌본 경험이 1회/월 이상인 간호사 중 연구 내용을 이해하고 서면으로 연구 참여 동의서에 서명한 간호사 250명이 설문조사에 참여하였다. 연구참여자에게는 설문 응답 내용에 대한 익명성 보장과 응답 내용은 연구 이외의 목적으로 사용하지 않음을 설명하였다. 불성실한 응답과 연구 기준에 적합하지 않은 응답을 제외하고 최종적으로 228부가 자료 분석에 이용되었다.

3. 연구 도구

Beckstrand[16]는 종양전문간호사가 말기암 환자를 간호하면서 인식하고 있거나 경험했었던 장애요인 26문항, 지지요인 24문항을 개발하여 리커트 유형 척도로 측정하였다. 본 연구에 사용된 설문지는 원 도구의 지지요인 1개 문항이 삭제되고 1개 문항이 추가되어 동일한 문항 수를 유지하였다. 간호사의 인식정도는 0점(전혀 아니다)~5점(아주 많이 그렇다)으로 측정하였으며 점수가 높을수록 인식 정도가 높은 것을 의미한다. 경험정도는 0점(전혀 없다)~5점(항상 있다)로 측정하였으며 점수가 높을수록 경험 빈도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서의 장애 요인 인식·경험의 신뢰도 Cronbach's α는 각각 .89와 .95였고, 지지 요인 인식·경험의 신뢰도 Cronbach's α는 각각 .92와 .89였다.

4. 자료 분석 방법

228명의 설문조사에서 얻은 자료는 SPSS 19.0을 이용하여 통계분석하였다. 설문 문항의 신뢰성 검토를 위해 내적일관성계수 Cronbach's α를 산출하였다. 대상자의 일반적 특성, 설문 문항은 빈도 및 백분율, 평균 및 표준편차 등 기술 통계분석을 실시하였다. 대상자의 개인 및 직무 특성에 따른 말기암 환자 간호의 장애요인과 지지요인의 인식·경험에 대한 차이는 t-test, ANOVA 및 사후검정을 위한 Scheffé test를 실시하였다.

연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

Table 1에 제시된 바와 같이 본 연구의 참여자는 여성이 225명(98.7%), 26~30세가 99명(43.4%)으로 높은 비율을 차지하였고 평균 연령이 30.07세였다. 교육수준은 학사가 113명(49.6%), 전문학사가 105명(46.1%)으로 대다수를 차지하였고, 근무기관은 종합병원이 109명(47.8%), 상급종합병원이 96명(42.1%), 요양병원이 23명(10.1%) 순으로 나타났다. 간호사들이 근무하는 부서의 진료과목은 일반외과가 50명(21.9%), 소화기내과가 38명(17.1%), 호흡기내과가 34명(14.9%)으로 약 50%를 차지하였다. 임상 경력은 5년 미만인 경우가 106명(46.5%)으로 가장 많았고 평균 6.92년이었다. 간호사들이 근무 중에 담당하는 환자 수는 20~29명인 경우가 103명(45.2%)으로 가장 많았고, 평균 17.73명이었다. 말기암 환자를 돌보는 경험은 월 평균 5명 미만인 간호사가 154명(67.5%), 5~10명 미만인 간호사가 53명(23.2%)이었다.

2. 말기암 환자 간호의 장애요인에 대한 인식과 경험

말기암 환자 간호의 장애요인 26개 문항별로 얼마나 큰 장애요인이라고 여기는지 그 인식 정도를 '전혀 아니다(0)-아주 조금 그렇다(1)-조금 그렇다(2)-보통이다(3)-많이 그렇다(4)-아주 많이 그렇다(5)로 측정한 결과, 2.21±1.42~3.79±0.95점 범위로 나타났다(Table 2). 총 26개 문항 중 1개 문항의 인식 정도가 '조금 그렇다(2)'에 근접하였고, 15개 문항의 인식 정도는 '보통이다(3)'에 해당하는 2.67~3.36점

Table 1. General Characteristics of Study Participants (*N*=228)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD
Gender	Male	3 (1.3)
	Female	225 (98.7)
Age (year)		30.07±6.57
	≤25	38 (16.7)
	26~30	99 (43.4)
	31~35	39 (17.1)
	≥36	52 (22.8)
Education	Associate	105 (46.1)
	Bachelor	113 (49.6)
	Master	10 (4.3)
Hospital type	Tertiary care hospital	96 (42.1)
	General hospital	109 (47.8)
	Long-term care hospital	23 (10.1)
Department	Gastroenterology	39 (17.1)
	Oncology	28 (12.3)
	Pulmonology	34 (14.9)
	General Surgery	50 (21.9)
	Others	77 (33.8)
Career years		6.92±5.08
	<5	106 (46.5)
	≥5~<10	67 (29.4)
	≥10	55 (24.1)
Number of patients per duty		17.73±7.73
	<10	26 (11.4)
	≥10~<20	99 (43.4)
	≥20~29	103 (45.2)
Number of terminally-ill cancer patients (monthly)	<5	154 (67.6)
	≥5~<10	53 (23.2)
	≥10~<15	10 (4.4)
	≥15	11 (4.8)

Table 2. Perception & Experience of Obstacles in Providing Care for Terminally-Ill Cancer Patients (*N*=228)

Obstacles	Perception (Intensity)		Experience (Frequency)	
	M±SD	Rank	M±SD	Rank
1. Patients having pain that is difficult to control/alleviate	3.79±0.95	1	3.13±1.07	1
2. The nurse having to deal with angry family members	3.76±1.11	2	3.01±1.15	3
3. The nurse having to deal with distraught family members while still providing care for the patient	3.68±1.09	3	2.89±1.04	7
4. Families and friends who continually call the nurse wanting an update on patients' condition rather than calling the designated family member for information	3.64±1.22	4	2.93±1.21	5
5. Poor design of units that do not allow for privacy of dying patients or grieving family members	3.54±1.20	5	2.77±1.31	8
6. Dealing with anxious family members	3.53±1.00	6	3.04±1.02	2
7. Family members not understanding the consequences of continuing aggressive treatments (e.g. chemotherapy-induced nausea, diarrhea, and anemia)	3.52±0.95	7	2.70±1.10	11
8. Not enough time to provide quality end-of-life care because nurses are consumed with activities that are trying to save patients' lives	3.50±1.16	8	2.93±1.20	6
9. Being called away from patients and families to help with a new admit or to help other nurses care for their patients	3.50±1.06	9	2.95±1.16	4
10. Continuing treatments for dying patients even though the treatments cause patients pain or discomfort	3.50±1.14	10	2.43±1.13	15
11. Lack of education and training regarding end-of-life care and family grieving	3.36±1.04	11	2.50±1.05	12
12. Patient having too many visitor	3.34±1.10	12	2.77±1.10	9
13. Intrafamily fighting about whether to continue or stop aggressive treatment	3.30±1.13	13	2.43±0.98	14
14. Employing life-sustaining measures at families' requests even though patients signed advanced directives requesting no such treatment	3.28±1.24	14	2.10±1.23	18
15. Not really knowing what to say to grieving patients or their families	3.25±1.03	15	2.45±1.05	13
16. Families, for whatever reason, are not with patients when they die	3.23±1.21	16	2.02±1.04	21
17. Families not accepting what the physician tells them about patients' poor prognosis	3.20±1.07	17	2.39±0.81	16
18. Nurses knowing about patients' poor prognosis before families are told the prognosis	3.18±1.19	18	2.75±1.05	10
19. Physicians who insist on aggressive care until patients are actively dying	3.15±1.20	19	2.29±1.07	17
20. Pressure to limit family grieving after patients die to accommodate a new admit to that room	3.00±1.37	20	1.97±1.25	22
21. Families being overly optimistic despite patients' poor prognosis	2.94±1.16	21	2.03±0.97	20
22. Patients' families not wanting patients to be overly sedated because of too many pain medication doses	2.89±1.19	22	1.97±0.92	23
23. No available support person for families such as a social worker or religious leader	2.86±1.18	23	2.06±1.10	19
24. Physicians who are overly optimistic to patients and families about patients surviving	2.82±1.25	24	1.93±0.96	24
25. Dealing with cultural differences families employ in grieving for dying family members	2.67±1.15	25	1.68±1.05	25
26. Unit visiting hours that are too restrictive	2.21±1.42	26	1.67±1.20	26

범위였다. 나머지 10개 문항은 장애요인으로서 '많이 그렇다(4)'로 인식되는 3.50~3.79점이었다. 가장 크게 장애요인으로 인식되고 있는 항목은 '환자가 조절하거나 완화시키기 어려운 통증을 가진 것'이었고, 그 다음으로 '간호사가 화가 난 가족들을 상대해야 하는 것'(3.76±1.11), '간호사가 환자에게 간호를 제공하는 동시에 흥분한 가족들을 상대해야 하는 것'(3.68±1.09), '환자의 최종 상태를 알기 위해 대표로 지명된 가족에게 묻기보다는 지속적으로 간호사에게 전화하는 가족과 친구들'(3.64±1.22) 순이었다.

동일한 장애요인 26문항에 대한 경험 정도를 '전혀 없다(0)-거의 없다(1)-가끔 있다(2)-자주 있다(3)-매우 자주 있다(4)-항상 있다(5)'로 측정한 결과, 1.67±1.20~3.13±1.07점으로 나타났다. 26개 문항 중 '가끔 있다(2)'에 근접한 경험 정도를 보인 1.67~2.45점 범위의 문항이 14

http://dx.doi.org/10.5388/aon.2016.16.3.147

개였고, 그 외 12개 문항은 '자주 있다(3)'에 근접한 경험 정도를 보이는 2.50~3.13점 범위였다. 가장 자주 경험하는 장애요인은 '환자가 조절하거나 완화시키기 어려운 통증을 가진 것'이었고, 그 다음으로 '간호사가 불안해하는 가족을 상대 하는 것'(3.04±1.02), '간호사가 화가 난 가족들을 상대해야 하는 것'(3.01±1.15), '해당 환자와 가족을 돌보다가 신환 입원이나 다른 간호사의 업무를 도와주기 위해 호출당하는 것'(2.95±1.16) 순이었다. 장애요인으로 크게 인식되는 다수의 요인들이 경험 점수도 전반적으로 높은 경향을 보이고 있었고, 인식과 경험 정도 순위가 가장 낮은 3개 항목은 일치하였다.

장애요인에 대한 인식과 경험 정도의 순위를 비교했을 때, 인식 순위가 더 높은 항목이 12개, 경험 순위가 더 높은 항목이 10개였고, 나머지 4개는 동일한 순위였다. 경험이 인식보다 5순위 이상 높아 차이가 큰 항목은 '가족에게 환자의 예후에 대한 고지가 늦어질 때 간호사가 가족보다 먼저 환자의 예후가 좋지 않다는 것을 아는 것'(인식 18위, 경험 10위), '해당 환자의 가족을 돌보다가 신환 입원이나 다른 간호사의 업무를 도와주기 위해 호출당하는 것'(인식 9위, 경험 4위)이었다. 반대로 인식이 경험 정도보다 5순위 높은 항목은 '임종기에 있는 환자를 고통스럽고 불편하게 하는 치료임에도 불구하고 그 치료를 지속하는 것'(인식 10위, 경험 15위)과 '어떤 이유에서든 가족이 환자 사망 시점에 환자와 같이 있지 않는 것'(인식 16위, 경험 21위)이었다.

3. 말기암 환자 간호의 지지요인에 대한 인식과 경험

말기암 환자 간호의 지지요인 24문항에 대해 얼마나 큰 지지요인이라고 인식하는지는 2.75±1.50~3.90±1.04점 범위로 나타났다(Table 3). 24개 지지요인 중 '보통이다(3)'에 근접한 2.75~3.49점의 문항이 15개였고, 나머지 9개 문항은 '많이 그렇다(4)'에 근접한 정도의 지지요인으로 인식하고 있었다. 인식과 경험 정도 순위가 가장 낮은 항목은 일치하였으며, '환자가 같은 간호사에게 지속적인 돌봄을 받을 수 있도록 근무 일정을 계획하는 것'이었다. 간호사들이 지지요인이라고 가장 크게 인식하고 있는 항목은 '환자의 임종 후에 가족이 환자와 함께 있을 수 있는 시간을 적절히 허용하는 것'이었으며, 그 다음으로 '가족이 환자의 임종이 가까워지고 있음을 받아들이는 것'(3.78±1.07), '임종이 가까워진 환자의 신체적 간호를 가족이 도와주는 것'(3.73±1.08), '환자의 임종 후에 가족을 위해 환자 침상에서 평화롭고 존엄성을 나타내는 모습을 보여주는 것'(3.66±1.05) 순으로 나타났다. 본 연구에서 추가된 지지요인인 '병동에서 제공되는 완화의료 서비스가 의료보험정책에 의해 지원되는 것'은 인식 수준 3.40±1.17점으로 보통 이상이었다.

이들 지지요인에 대한 경험 정도는 1.16±1.11~3.06±1.18점이었다. 24개 문항 중 경험이 '거의 없다(1)'에 근접한 1.16~1.46점 범위의 문항이 4개, '가끔 있다(2)'에 근접한 1.56~2.36점 범위의 문항이 14개였고, 그 외 6개 문항은 '자주 있다(3)'에 근접한 경험 수준을 보였다. 가장 자주 경험하는 지지요인은 '환자의 임종 후에 가족이 환자와 함께 있을 수 있는 시간을 적절히 허용하는 것'이었으며, 그 다음으로 '때로 간호 수행에 어려움을 주더라도 가족이 언제든지 말기 환자를 만날 수 있도록 허용하는 것'(2.79±1.09), '가족이 환자의 임종이 가까워지고 있음을 받아들이는 것'(2.70±1.01), '환자의 임종 후에 가족을 위해 환자 침상에서 평화롭고 존엄성을 나타내는 모습을 보여주는 것'(2.60±1.16) 순이었다.

지지요인에 대한 인식과 경험 정도의 순위를 비교했을 때, 인식 순위가 더 높은 항목이 12개, 경험 순위가 더 높은 항목이 9개였고, 나머지 3개는 동일한 순위였다. 경험이 인식보다 5순위 이상 높은 항목은 '환자의 임종 후 잠깐 동안 당신이 자리를 비울 수 있도록 다른 간호사가 나를 대신해서 환자들을 돌봐주는 것', '때로 간호 수행에 어려움을 주더라도 가족이 언제든지 말기 환자를 만날 수 있도록 허용하는 것', '환자의 임종 후에 근무부서가 아닌 외부에 내 얘기를 들어줄 지지자가 있는 것'이었다. 반대로 지지요인 인식이 경험 정도보다 5순위 높은 항목은 '임종이 가까운 환자와 의사소통하고 돌보는 방법에 대한 교육과정이 있는 것', '병동에서 제공되는 완화의료 서비스가 의료보험정책에 의해 지원되는 것', '가족들에게 임종이 가까운 환자에게 어떻게 행동하고 말해야 하는 지를 알려주는 것'이었다.

4. 일반적 특성에 따른 말기암 환자 간호의 장애요인과 지지요인 비교

간호사들의 개인 및 직무 특성에 따른 장애요인과 지지요인에 대한 인식과 경험의 차이를 살펴본 결과, 병원 유형, 경력, 진료과에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 항목들만 Table 4와 Table 5에 제시하였다. 26개 장애요인 중 9개 항목은 병원 유형에 따라 주로 간호사들의 인식보다는 경험에 차이를 보여주었다. 전반적으로 상급종합병원 간호사가 요양병원 간호사보다 이들 9개 장애요인의 경험 빈도가 유의하게 더 높았다. 병원의 공간적 특성, 급성기 간호로 인해 말기 환자에게 적합한 간호를 방해받는 것, 신환 입원 등으로 인한 간호가 중단되는 것, 고통스런 치료를 지속하는 것, 말기 환자 간호에 대한 교육 부족, 슬픔에 빠진 환자와 가족에 대한 위로의 어려움, 임종 환자의 가족에게 애도 시간을 충분히 줄 수 없는 것, 의사가 환자의 생존 가능성에 대해 낙관적이므로 경험하는 어려움은 상급종합병원 간호사들이 더 자주 경험하였다. 적극적으로 치료할 것인지에 대한 가족 내 다툼으로 인한 어려움은 요양병원 간호사들이 더 자주 경험하고 있었다. 임종 환자와 가족에게 위로의 말을 건네는 데 있어서 어려움은 10년 이상 경력 간호사들보다 그 미만

Table 3. Intensity, Frequency for Supportive Behaviors in Providing Care for Terminally Ill Cancer Patients (*N*=228)

Supportive behaviors	Perception (Intensity)		Experience (Frequency)	
	M±SD	Rank	M±SD	Rank
1. Allowing family members adequate time to be alone with patients after he or she has died	3.90±1.04	1	3.06±1.18	1
2. Having family members accept that patients are dying	3.78±1.07	2	2.70±1.01	3
3. Having the family physically care for dying patients	3.73±1.08	3	2.52±1.03	6
4. Providing a peaceful, dignified bedside scene for family members once the patients has died	3.66±1.05	4	2.60±1.16	4
5. Teaching families how to act around dying patients such as saying to them, “She can still hear, it is okay to talk to her	3.60±1.17	5	2.16±1.12	10
6. Having experienced nurses model end-of-life care for new nurses	3.59±1.22	6	2.10±1.06	11
7. Having family members thank you or in some other way show appreciation for your care of patients who died	3.57±1.05	7	2.25±0.91	8
8. Having one family member be the designated contact person for all other family members re garding patient information	3.56±1.05	8	2.54±1.02	5
9. Having a fellow nurse tell you, “you gave great care to that patient,” or some other words of sup port after the patient had died	3.50±1.21	9	1.91±0.96	13
10. Having the physicians involved agree about the direction of patients’ care	3.49±1.12	10	2.36±0.96	7
11. Having enough time to educate families about their loved ones’ expected process of dying	3.47±1.08	11	2.21±0.96	9
12. Allowing families unlimited access to dying patients even if it at times conflicts with nursing care	3.43±1.13	12	2.79±1.09	2
13. That palliative care services are provided in wards that are supported by a medical insurance policy	3.40±1.17	13	1.61±0.98	19
14. Having educational inservice classes on how to talk to and take care of dying patients	3.40±1.31	14	1.37±1.02	23
15. Having social work and or palliative care establish rapport with patient and family before patient is actively dying	3.36±1.18	15	1.79±0.99	16
16. The nurses drawing on their own previous experience in end-of-life care with either patients or family members	3.36±1.35	16	1.89±1.34	14
17. Talking with patients about their feelings and thoughts about dying	3.34±1.17	17	1.66±1.01	18
18. Having the physician meet in person with the families after patients die to offer support	3.31±1.26	18	1.46±1.05	21
19. A unit designed so that families have a place to go to grieve in private away from patients’ rooms	3.23±1.40	19	1.39±1.28	22
20. Having social work or palliative care as part of the patient care team	3.21±1.22	20	1.56±1.02	20
21.Having fellow nurses put their arms around you, hug you, pat you on the back, or give some other kind of brief physical support after patients died	3.20±1.21	21	1.71±1.10	17
22. Having a support person outside of the work setting who will listen to you after the death of your patient	3.18±1.32	22	1.88±1.27	15
23. Having fellow nurses take care of other patients while you get away from the unit for a few mo ments after the death of your patients	3.14±1.15	23	1.95±1.22	12
24. Having a unit schedule that allows for continuity of care for dying patients by the same nurses	2.75±1.50	24	1.16±1.11	24

경력의 간호사들이 더 자주 경험하고 있었고, 그 외 5개 장애요인은 경력이 많은 간호사들이 더 자주 장애요인으로 경험하고 있었다.

24개 지지요인은 장애요인보다 일반적 특성에 따른 차이를 보이는 항목이 더 적었는데, 병원 유형에 따라 3개 항목, 경력에 따라 5개 항목, 진료과에 따라 1개 항목에서 차이를 보였다(Table 5). 환자 임종 후 다른 환자 간호를 도와주는 것, 임종 환자를 같은 간호사가 돌보도록 근무 일정을 계획하는 것은 주로 상급종합병원 간호사들이 요양병원 간호사들보다 더 크게 지지요인으로 인식하거나 경험하고 있었다. 환자 임종 후 가족이 환자와 함께 할 시간을 허락하는 것, 말기 환자 간호 경험이 있는 간호사가 있는 것, 환자 임종 후 다

http://dx.doi.org/10.5388/aon.2016.16.3.147

Table 4. Differences of Obstacles in Providing Care for Terminally Ill Cancer Patients by General Characteristics (*N*=228)

Items		Hospital type (M±SD)			F (*p*)	
		Tertiary[a]	General[b]	LTC[c]		
5. Poor design of units that do not allow for privacy of dying patients or grieving family members	E	2.81±1.25	2.86±1.36	2.13±1.14	3.11 (.047)	a, b>c
8. Not enough time to provide quality end-of -life care because nurses are consumed with activities that are trying to save patients' lives	P	3.76±1.01	3.39±1.23	3.00±1.20	5.20 (.006)	a>c
	E	3.20±1.16	2.80±1.20	2.43±1.16	5.16 (.006)	a>c
9. Being called away from patients and families to help with a new admit or to help other nurses care for their patients	E	2.97±1.19	3.10±1.08	2.13±1.10	7.03 (.001)	a, b>c
10. Continuing treatments for dying patients even though the treatments cause patients pain or discomfort	E	2.59±1.15	2.40±1.12	1.87±0.92	3.93 (.021)	a>c
11. Lack of education and training regarding end-of-life care and family grieving	E	2.61±1.06	2.51±1.03	2.00±1.00	3.24 (.041)	a>c
13. Intrafamily fighting about whether to continue or stop aggres sive treatment	E	2.26±0.90	2.51±1.01	2.78±1.08	3.32 (.038)	a<c
15. Not really knowing what to say to grieving patients or their families	E	2.52±1.01	2.52±1.10	1.83±0.71	4.68 (.010)	a, b>c
20. Pressure to limit family grieving after patients die to accom modate a new admit to that room	E	2.08±1.09	2.08±1.38	1.00±0.73	8.22 (<.001)	a, b>c
24. Physicians who are overly optimistic to patients and families about patients surviving	E	2.25±1.05	1.74±0.85	1.48±.059	10.71 (<.001)	a>b, c

Items		Career years (M±SD)			F (*p*)	
		<5[a]	5≤ <10[b]	10≤[c]		
7. Family members not understanding the consequences of continuing aggressive treatments	E	2.48±1.11	2.94±1.05	2.84±1.06	4.22 (.016)	a<b
15. Not really knowing what to say to grieving patients or their families	P	3.48±0.81	3.07±1.07	3.02±1.25	5.17 (.006)	a, b>c
17. Families not accepting what the physician tells them about patients' poor prognosis	E	2.20±0.83	2.52±0.74	2.58±0.78	5.58 (.004)	a<c
19. Physicians who insist on aggressive care until patients are actively dying	E	2.08±1.07	2.36±1.09	2.58±0.95	4.23 (.016)	a<c
23. No available support person for families such as a social worker or religious leader	P	2.76±1.14	2.73±1.27	3.22±1.08	3.34 (.037)	b<c
	E	1.94±1.08	1.94±1.09	2.42±1.10	3.95 (.020)	a, b<c
26. Unit visiting hours that are too restrictive	E	1.55±1.03	1.52±1.24	2.07±1.35	4.28 (.015)	a, b<c

Items		Department (M±SD)		t (*p*)
		Internal medicine	Surgery	
14. Employing life-sustaining measures at families' requests even though patients signed advanced directives requesting no such treatment	P	3.54±1.08	3.09±1.35	2.54 (.012)
19. Physicians who insist on aggressive care until patients are actively dying	E	2.49±1.08	1.97±1.08	3.24 (.001)

P= Perception; E= Experience; LTC= Long term care.

Table 5. Differences of Supportive Behaviors in Providing Care for Terminally Ill Cancer Patients by General Characteristics (*N*=228)

Items		Hospital type (M±SD)			F (*p*)	
		Tertiarya	Generalb	LTCc		
9. Having a fellow nurse tell you, "you gave great care to that patient," or some other words of support after the patient had died	P	3.60±1.17	3.55±1.16	2.87±1.47	3.60 (.029)	a, b>c
23. Having fellow nurses take care of other patients while you get away from the unit for a few moments after the death of your patients	P	3.43±1.11	2.97±1.14	2.78±1.12	5.46 (.005)	a>c
	E	2.24±1.23	1.76±1.20	1.61±1.03	5.02 (.007)	a>c
24. Having a unit schedule that allows for continuity of care for dying patients by the same nurses	E	1.46±1.15	0.98±1.10	0.78±0.60	6.47 (.002)	a>c

Items		Career years (M±SD)			F (*p*)	
		<5a	5≤ <10b	10≤c		
1. Allowing family members adequate time to be alone with patients after he or she has died	E	3.05±1.21	3.33±1.09	2.76±1.17	3.53 (.031)	b>c
6. Having experienced nurses model end-of-life care for new nurses	P	3.83±.97	3.49±1.35	3.24±1.41	4.68 (.010)	a>c
9. Having a fellow nurse tell you, "you gave great care to that patient," or some other words of support after the patient had died	P	3.74±1.02	3.45±1.29	3.13±1.37	4.77 (.009)	a>c
12. Allowing families unlimited access to dying patients even if it at times conflicts with nursing care	E	2.63±1.19	3.12±1.00	2.67±.90	4.61 (.011)	a, c<b
16. The nurses drawing on their own previous experience in end-of-life care with either patients or family members	E	1.67±1.28	1.88±1.39	2.31±1.30	4.22 (.016)	a<c

Items		Department (M±SD)		t (*p*)
		Internal medicine	Surgery	
19. A unit designed so that families have a place to go to grieve in private away from patients' rooms	E	1.52±1.25	1.08±1.27	2.38 (.018)

P= Perception; E= Experience; LTC= Long term care.

른 간호사의 격려를 받는 것은 경력이 적은 간호사에게 더 크게 지지요인으로 인식하거나 경험하였다.

논 의

본 연구를 통해 말기암 환자를 돌보는데 있어서 어려움을 주는 장애요인과 도움이 되는 지지요인에 대해 우리나라 간호사들이 어떻게 인식·경험하고 있는지 살펴보았다. 가장 크게 장애요인으로 인식·경험되는 것은 말기암 환자의 통증 조절 문제였다. 암 환자를 돌보는 간호사들은 말기 환자의 통증 조절이 원만하지 않을 때 가장 많은 스트레스를 받는다고 하였고[4] 환자의 고통 앞에서 무기력해지고 때로는 죄책감마저 든다고 하였다.[10] 이처럼 말기암 환자의 통증 조절은 환자는 물론이고 간호사 스스로가 만족스러운 질 높은 돌봄을 제공하기 위해서 매우 중요함에도 현재 가장 흔히 겪는 어려움임을 알 수 있다. 암 병동 간호사들은 이미 통증 및 마약성 진통제에 대해 일정 수준 이상의 지식을 갖고 있지만[3] 통증 관리에 대한 간호사들의 교육 요구도는 여전히 높게 나타났다.[19,20] 간호사들이 다양한 부서에서 말기암 환자를 돌보는 현실을 고려하여, 암병동 외 부서의 일반 간호사들에게도 정확한 통증 사정 방법과 중재 방법을 교육할 필요가 있겠다. 보건복지부는 암환자들이 겪고 있는 통증 문제를 개선하기 위해 의료인용 '암성 통증관리 지침 권고안'을 마련하였고[21] 환자의 통증 평가, 암성 통증의 약물요법 등을 제시하고 있다. 통증 조절 약물이 효과적으로 적용되기 위해서는 간호사의 약물 지식, 환자 상태에 대한 정확한 판단 등과 함께 의사의 처방이 필요하므로 의료팀으로서 의사와 간호사의 의사소통과 협력이 중요할 것이다. 또한 약물 외에 간호사가 독립적으로 제공할 수 있는 통증 관리 방법에 대한 연구를 보다 활성화하고 연구 결과를 임상 현장에 적용하려는 노력이 필요하다.

가족과 관련된 여러 장애요인 역시 주요 문제로 나타났다. 말기암 환자의 가족들이 불안, 흥분 상태를 보이고 의료진에게 화를 내

http://dx.doi.org/10.5388/aon.2016.16.3.147

는 것이 큰 장애요인으로 인식·경험되고 있었다. 이는 Beckstrand가 중환자실 간호사,[22] 응급실 간호사,[23] 종양전문 간호사를[16] 대상으로 조사한 연구에서도 3.56±1.07~3.85±1.03로 높게 나타났다. 말기암 환자의 가족이 완치를 기대하면서 환자의 진단을 받아들이지 않으며, 임종에 대한 마음의 준비조차 하지 않는 경우가 빈번하다.[6] 따라서 간호사는 환자뿐만 아니라 가족들의 불안정한 감정을 이해하고 그들이 환자 상태를 수용하도록 상담과 정서적 지지를 제공해야 한다. 하지만 간호사 개인이 관련 역량을 갖는 것 외에 간호 조직은 가족 간호를 말기암 환자 간호의 중요한 서비스 영역으로 인정하고 이를 위한 간호 시간, 물리적 공간 등 간호 환경을 제공하는 것이 필요하겠다.[24]

말기암 환자 간호의 지지요인으로 중요하게 인식되거나 자주 경험하는 것 역시 환자 가족의 이해를 높이고 이들을 배려하는 등 가족과 관련된 문항이 다수였다. 즉, 환자의 임종이 가까워졌을 때 가족이 어떻게 행동해야 하는지 알려 주고, 가족이 임종을 받아들이고, 임종 후에는 가족들에게 존엄성을 나타내는 모습을 보이고, 가족이 환자와 함께 있을 수 있는 시간을 제공하는 등의 행위가 크게 도움이 된다고 생각하거나 자주 경험하고 있었다. 이는 Beckstrand의 연구[22]에서도 유사하였으며, 예를 들어 '환자의 임종 후에 가족이 환자와 함께 있을 수 있는 시간을 적절히 허용 하는 것'은 중환자실 간호사,[22] 응급실 간호사,[23] 종양전문 간호사[16]의 인식 수준이 4.44±0.70~4.58±0.61점으로 높았다. 본 연구의 지지요인에 대한 인식과 경험 점수가 미국에서 실시한 Beckstrand의 연구[16]에 비해 낮은 것은 미국보다 우리나라 병원에서 호스피스·완화의료가 덜 보급되었음을 보여주는 것으로 해석된다.

지지요인 중 '임종이 가까워진 환자의 신체적 간호를 가족이 도와주는 것'은 Beckstrand의 연구[16]에서 인식과 경험이 각각 3.20±1.15점, 1.92±0.94점인 것과 비교할 때, 본 연구에서는 인식 2순위 3.73±1.08점, 경험 3순위 2.70±1.01점으로 높게 나타났다. 이는 사회문화적 차이로 이해되며, 미국에서는 가족에게 신체적 간호를 기대하기 어려운 반면, 우리나라는 비교적 가족이 신체적 간호에 동참하는 경우가 빈번하며 간호사들이 이를 긍정적으로 받아들이고 있음을 알 수 있다. 우리나라는 가족 중심 문화가 강하기 때문에 말기암 환자를 돌보는데 있어서 가족을 참여시킴으로써 환자 간호의 질을 높일 수 있을 것으로 기대된다.

지지요인 중 인식 순위는 높으나 경험 순위는 낮은 문항은 가장 시급히 해결해야할 요소로 판단된다. 그 예로는 임종이 가까운 환자와 의사소통하고 돌보는 방법에 대한 교육, 모범적으로 말기 환자 간호를 보여주는 숙련된 간호사가 있는 것으로, 이는 조직 차원에서 준비해야 할 부분이며, 간호사 개인 수준에서는 가족들에게 임종이 가까운 환자에게 어떻게 행동해야할지 알려주는 행위를 보다 자주 실천하는 것이 바람직하겠다. 이는 말기 환자 간호에 대한 체계적인 교육 기회가 부족하다는 것을 보여주고 있으며, 실제 현장에서 말기 환자 간호를 능숙하게 수행하는 경력간호사와 함께 일하는 것이 빈번하지 않은 것으로 이해된다. 따라서 말기암 환자 간호는 지식도 중요하지만 실무 경험이 무엇보다 중요하기 때문에 경험이 부족한 간호사와 경험이 많은 간호사가 팀을 이루어 수행하는 것이 도움이 될 수 있겠다. 호스피스 전문간호사는 간호사를 위한 교육자로서, 실무 현장의 숙련가로서 말기 환자 간호에 매우 적합한 인적 자원으로 활용될 수 있겠다. 현재 우리나라 호스피스 전문간호사는 416명, 종양전문간호사는 611명으로[25] 아직 많이 부족한 편이므로 인력 양성과 함께 적극적인 역할을 맡기는 것을 고려해볼 수 있다. 한편, 지지요인 중 인식은 낮지만 자주 경험하는 것은 원활히 수행되는 간호 행위에 해당한다. 예를 들어, 가족이 언제든지 환자를 만날 수 있도록 허용하는 것, 임종 환자를 돌볼 수 있도록 다른 간호사가 일을 거들어 주는 것 등은 현장에서 원활히 수행되는 영역이라고 할 수 있다.

요양병원보다 상급종합병원 간호사는 말기암 환자를 돌보면서 이들을 위한 호스피스 완화의료 행위에 집중하기 보다는 생명 연장을 위한 행위에 더 많은 시간을 보내고 있는 것을 큰 장애요인으로 보고하였다. 본 연구에서 요양병원 간호사의 참여율이 다른 유형의 병원 간호사들보다 상대적으로 낮으므로(10.1%) 병원 간 차이를 일반화하는데 제한이 따르지만, 이는 우리나라에 호스피스·완화의료가 널리 보급되지 않은 현실을 보여주는 것으로 이해된다. 호스피스·완화의료란 회복 가능성이 없는 말기 환자를 대상으로 통증 등 환자를 힘들게 하는 신체적 증상을 적극적으로 조절하고 완화의료 전문가가 팀을 이루어 환자의 고통을 경감시켜 삶의 질을 향상시키는 것을 목표로 하는 의료서비스이다.[18] 우리나라는 2003년에 「암관리법」을 제정하였고[3] 2016년 현재 인력, 시설, 장비 등의 기준을 충족하는 73곳의 완화의료전문기관을 지정하고 1210병상을 운영하고 있다.[18] 그러나 2014년 우리나라 암 사망자 중 13.8%만이 완화의료전문기관을 이용하고 있는 것으로 나타났으며 이는 영국(95%), 미국(43%)에 비해 매우 낮은 편이다.[18] 말기암 환자들은 암 치료를 받던 급성기 병원에서 임종 시점까지 의료 서비스를 받는 경우가 빈번하며, 이 때 적절한 호스피스 완화의료 서비스를 제공하는데 필요한 인력과 시설 등이 마련되기 어렵다. 완화의료전문기관이 턱없이 부족한 현실에서 앞으로도 대다수 말기암 환자는 일반 병원에서 호스피스 완화의료를 제공받아야 한다. 따라서 말기 환자를 다수 돌보는 일반 병원도 말기암 환자 간호에 필요한 인력과 시설, 그리고 의료인의 교육 등과 같은 기준이 필요하겠다. 예를 들어, 완화의료전문기관은 환자 2명당 간호사 1인을 기준으로 하고 있으며, 사회복지사를 배치해야 하며, 임종실, 가족실, 상담실, 목욕실

과 같은 공간을 설치해야 한다. 본 연구에 따르면 상급종합병원 간호사는 요양병원 간호사에 비해 환자와 가족의 사생활 보호나 애도 시간을 허용하기 어려운 물리적 환경으로 인해 더 자주 어려움을 경험하고 있었다. 따라서 상급종합병원 등 급성기 병원에서도 이러한 기준을 참고하여 말기암 환자 간호 병동을 마련하는 등 인력과 시설을 보완할 수 있다면, 보다 나은 말기암 환자 간호를 시행할 수 있을 것이다.

또한 말기암 환자를 돌보는 간호사나 의사의 인식과 태도의 변화가 요구되는 것을 알 수 있다. 외과 간호사보다 내과 간호사는 환자의 임종 시점까지 공격적으로 치료를 지속하는 등의 의료 문화로 인해, 그리고 요양병원과 비교해 상급종합병원의 간호사는 급성기 환자 중심의 직무 수행 방식 등으로 인해 어려움을 경험하고 있었다. 이는 말기암 환자를 돌보는 간호사에게 혼란을 가져올 수 있으므로 간호사와 의사 등 의료진이 함께 참여하여 말기암 환자 간호 및 진료에 관한 지침을 마련하는 것이 필요하다.

결 론

대다수 말기암 환자들이 일반 병원에서 임종을 맞이하고 있다. 호스피스 완화의료에 대한 관심이 높아졌으나 아직까지 수요에 비해 공급이 많이 부족한 실정이며, 일반 병원의 간호사들은 급성기 환자를 돌보는 동시에 말기암 환자를 간호해야 한다. 이들이 인식·경험하는 장애요인과 지지요인은 환자, 가족, 간호사 및 타 직종 의료인, 의료기관의 물리적, 사회적 환경 측면 등 다양한 이유로 발생하고 있었다. 말기암 환자 간호의 질을 높이기 위해서는 본 연구에서 밝혀진 것처럼 심각하다고 인식하거나 자주 경험하는 장애요인으로 파악된 것을 해결하고자 노력하는 동시에, 중요하게 인식되는 지지요인이면서 자주 경험하지 못하는 것을 강화시켜야 한다. 환자의 통증 조절, 가족 간호, 병실 구조, 호스피스 완화의료에 대한 의료인의 인식 개선 등은 간호사들이 장애요인으로 크게 인식하는 동시에 자주 경험하는 것들로 가장 조속한 개선이 요구된다. 지지요인으로 크게 인식되면서도 경험이 낮은 요인으로는 가족이 환자에게 어떻게 행동할지 알려주는 것, 말기환자 간호에 숙련된 간호사를 배치하는 것, 환자 임종을 경험한 간호사를 격려하는 것 등이 더욱 활발하게 실천될 수 있도록 지원해야 하겠다.

간호사들은 학부 교육과정에서 말기암 환자 간호 방법을 실습하기 어려운 여건이므로 실무 현장의 간호사 대상 교육과 지원은 필수적이다. 간호사의 말기암 환자 간호 역량을 높이기 위해서 통증관리 방법, 임종이 가까운 환자와 소통하는 방법, 가족 간호 등 말기암 환자 간호 방법에 대한 교육 기회를 제공되어야 하며, 이를 위해 호스피스 전문간호사를 교육자로 활용할 수 있으며, 동시에 실무 현장에서 간호사들에게 교육과 조언 등을 제공하여 도움이 될 수 있도록 하는 방안이 바람직하겠다. 또한 간호 중증도 및 업무 부담은 일반 환자보다 말기암 환자에서 더 높기 때문에 질 높은 말기암 환자 간호를 위해서는 호스피스 전문간호사, 자원봉사자, 보조원 같은 보조 인력을 적극 활용하도록 간호 업무 환경이 개선되어야한다. 본 연구에서 밝혀진 장애요인과 지지요인을 근거로 하되 병원 또는 진료과의 특성에 따라 차이가 있는 부분을 반영하여 병원별 또는 진료과별로 말기암 환자 간호의 지침을 마련하고 이를 지속적으로 향상시켜나가는 것이 필요하다.

REFERENCES

1. Statistics Korea. http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/6/2/index.board. Accessed September 1, 2015.
2. NECA. National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency. http://www.neca.re.kr/center/paper/report_view.jsp?boardNo=GA&seq=5&q=63706167653d313626666c61673d3126626f6172644e6f3d474126736561726368436f6c3d267365617263685661 6c3d267365617263685 3596561723d267365617263684559656 1723d. Accessed October 1, 2009.
3. Cancer Control Act. http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=180766&efYd=20160804#0000. Accessed June 30, 2016.
4. Lee YO. A study of cancer unit nurses' stress from bereavement support [Master's thesis]. Seoul: Kyunghee Univ.; 2004.
5. Lee SO, Lee YO, Heo DS, No KH, Kim HS, Kim SR, et al. The study on the medical and nursing service needs of the terminal cancer patients and their caregivers. J Korean Acad Nurs. 1998;28(4):958-69.
6. Sohn SK. Needs of hospice care in families of the hospitalized terminal patients with cancer. Asian Oncol Nurs. 2009;9(1):1-6.
7. Choi JY. Comparison of perceived nursing needs among oncology nurses, patients with non-terminal cancer and patients with terminal cancer. J Korean Acad Nurs. 2005;35(6):1135-43.
8. Youn YH. http://news.chosun.com/site/data/html_dir/2013/05/24/2013052403123.html. Accessed May 24, 2013.
9. Yun YH, Kwak M, Park SM. Chemotherapy use and associated factors among cancer patients near the end of life. Oncology. 2007;72(3):164-71.
10. Jo KH, Kim MJ. The perception of suffering by hospice nurses. Korean Acad Fundam Nurs. 2001;8(1):35-49.
11. Jo KH, Kim YK. The influencing factors on the degree of nurse's suffering experience caring for terminal cancer patient. Korean J Adult Nurs. 2004;16(3):378-87.
12. Lee HR, Lee YO, Choi EY, Park YM. Comparison on stress and coping of bereavement care between nurses in the cancer unit and nurses in the general unit. Asian Oncol Nurs. 2007;7(1):26-35.
13. Lee SL. Degrees of the burden and depression of nurses tending last-stage cancer patients [Master's thesis]. Suwon: Ajou Univ.; 2003.
14. Sin MH, Sin SR. Predictors of burnout among oncology nurses. Asian Oncol Nurs. 2003;3(1):75-84.
15. Lee YS, Tea YS. The lived experience of the burnout of nurses working in oncology wards. Asian Oncol Nurs. 2012;12(1):100-9.

http://dx.doi.org/10.5388/aon.2016.16.3.147

16. Beckstrand RL, Callister L. Oncology nurse's perception of obstacles and supportive behaviors at the end of life. Oncol Nurs Forum. 2009;36(4):446-53.
17. Guillemin, F, Bombardier C, Beaton, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol. 1993;46(12):1417-32
18. Hospice and Palliative care. http://hospice.cancer.go.kr/home/contentsInfo.do?menu_no=443&brd_mgrno=. Accessed August 2, 2016.
19. Choi ES. Content analysis with counseling cancer patients and their relatives in outpatient hospice office. Korean J Rehabil Nurs. 2005;8(1):50-8
20. Kwon SH, Yang SK, Park MH, Choi SO. Assessment for the needs to develop hospice training program for nurses. Korean J Hosp Palliat Care. 2008;11(3):147-55.
21. Ministry of Health and Welfare. http://www.mohw.go.kr/front_new/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=0320&CONT_SEQ=28246&page=1. Accessed May 10, 2004.
22. Beckstrand, RL. Providing end-of-life care to patient: Critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. Am J Crit Care. 2005;14(5):395-403.
23. Heaston S, Beckstrand RL. Emergency nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. J Emerg Nurs. 2006;32(6):477-85.
24. Lee KH, Kwon HJ. An analytical study on the major obstacles in nursing care for the dying patients. Korean Science. 1983;15(2):99-107.
25. Korea Health Industry Statistics. https://www.khiss.go.kr/treeManager.do?task=treeFrm&vw_cd=MT_ITITLE&list_id=358_E&htxt_code=1253697257515107461107718812212 39. Accessed December 31, 2015.