

Original Article

응급실 의료진의 임종 돌봄태도에 미치는 영향 요인

남금희 · 이주희* · 조은희* · 김창오[†]

연세대학교 간호대학원, *연세대학교 간호대학 간호정책연구소, [†]세브란스병원 노년내과

Factors Related to Emergency Department Healthcare Providers' Attitudes towards End-of-Life Care

Keumhee Nam, R.N., M.S., Juhee Lee, R.N., Ph.D.*,
Eunhee Cho, R.N., Ph.D.* and Changoh Kim, M.D., Ph.D.[†]

Graduate School of Nursing Yonsei University, *College of Nursing & The Nursing Policy Research Institute, Yonsei University, [†]Gerontological Medicine, Severance Hospital, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to determine the factors that influence healthcare providers' attitude towards end-of-life care (EOLC) in the emergency department (ED) in hospital settings. **Methods:** From June 1 through June 30, 2014, a descriptive correlational study was performed with 41 doctors and 105 nurses stationed in the ED. **Results:** According to a regression model on the factors affecting healthcare providers' professional attitude towards EOLC, 28.1% of variance ($F=15.185$, $P=0.000$) was explained by awareness of death, gender and personal attitude towards EOLC. And 34.1% of the healthcare providers' personal attitude was related with awareness of death, experience of hospice education, occupations and professional attitude towards EOLC. **Conclusion:** This study demonstrated that attitude towards EOLC was influenced by awareness of death and personal characteristics. Healthcare providers in the ED should be provided with tailored training to improve their understanding of death. Also an educational program should be developed and provided to ED healthcare providers to improve their awareness of death.

Key Words: Health personnel, Hospital emergency service, Terminal care, Hospice care, Attitude

서 론

1. 연구의 필요성

병원 내의 응급실은 응급의료를 제공할 수 있는 중추적인 역할을 담당하며, 응급실에서의 초기 처치에 따라 환자의 사망률이나 장애율에 큰 영향을 미칠 수 있다. 응급실 본연의 목적은 시급한 치료 및 처치가 필요한 응급환자를 대상으로 일차적인 의료서비스를 제공하는

것이다. 그러나 진료 예약이 필요 없고 접근이 용이하며, 빠른 시간 내에 진료를 받을 수 있는 응급실의 특성 때문에 통증, 호흡곤란, 출혈, 의식혼미 등과 같은 급성 증상을 가진 말기 환자들이 응급실을 방문하는 경우가 점차 늘어나고 있다(1,2). 이는 응급실 내 생애말기 환자 및 임종환자의 증가로 인하여 실질적인 응급 환자에게 제공되어야 할 치료나 간호에 장애요소가 된다(2-4). 또한 환자의 임종간호를 충분히 제공하지 못한 채 계속되는 다른 업무를 진행해야 하거나 생애말기 환자나 가족

Received June 2, 2015, Revised January 24, 2016, Accepted February 4, 2016

Correspondence to: Keum Hee Nam
Graduate School of Nursing Yonsei University, 50-1, Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03722, Korea
Tel: +82-51-990-3955, Fax: +82-51-990-3970, E-mail: keumja83@hanmail.net

© 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.

에게 그들의 비극적인 상황을 전달해야 하는 업무적인 압박감, 불안감이 응급실 의료진에게는 부담이 된다(4-6). 그 결과 환자를 총체적 관점보다 생물학적 관점으로만 인식하게 되어 인간 자체의 가치나 삶의 의미, 존엄성의 상실을 가져올 위험성이 크고, 그 환자와 가족들을 위한 전인적인 돌봄에 위협을 가할 수 있다(1,7). 이처럼 임종환자 돌봄은 응급실 의료진에게 중요한 과제가 되고 있으며 그 중요성이 부각되고 있다(5).

지금까지 국내의 임종환자 돌봄과 관련된 기존 연구들은 간호사의 죽음인식(8-10), 임종환자 간호 태도(9-11) 및 수행의 연관성(12) 등을 중심으로 연구가 이루어져 왔다. 그 외 임종치료선호도와 관련한 의사와 간호사 대상 연구(13), 의료인들이 경험한 죽음의 의미(14)를 조사한 연구들이 있다. 의사의 경우 호스피스 의료나 연명치료 중단에 대한 인식, 태도에 대한 분석이 중점화되어 주로 연구가 이루어져 있는 상태로 이는 사람을 죽음으로부터 살려야 한다는 의사의 직업적 책임과 관련한 것으로 생각된다(14).

특히 응급실 의료진 대상의 국내 선행 연구에서는 응급실 간호사의 죽음에 대한 인식 및 태도(8,9,11), 응급실 간호사의 임종 간호 태도(11,12), 생애 말기환자 간호수행(10) 등이 있다. 현재까지 국내에서는 임종환자 돌봄에 영향을 주는 죽음에 대한 인식이나 태도 관련 분석 연구는 많이 이루어졌다. 그러나 응급실의 임종환자 돌봄 특성요인에 대한 연구는 거의 없으며, 응급실의 특수성에 대해 짐작만 하고 있을 뿐 구체적인 문제점 고찰에 대한 관심을 기울이지 않았다. 외국의 경우 임종환자 돌봄과 관련한 연구들이 주로 중환자실 의사 및 간호사를 대상으로 이루어져 왔으나, 최근 응급실의 생애말기 환자나 임종환자의 증가로 응급실 의사의 생애말기 환자에 대한 태도 및 사전의료의향서에 대한 인식, 윤리 등에 대한 연구가 점차 늘어나는 추세에 있다(5,15). 하지만 아직 우리나라는 응급실의 중요한 구성원인 응급실 의사의 임종환자 돌봄에 대한 연구는 부족한 실정으로, 임종환자 돌봄의 다학제적인 접근을 위해서는 응급실 의사를 포함하는 포괄적인 연구가 필요하다.

죽음의 경험 빈도가 높은 병원 안에서 죽음을 가까이서 대하는 의료인들의 죽음에 대한 인식과 이해는 임종환자 돌봄에 대한 태도에 영향을 미치는 요소이므로, 죽음의 의미를 살피는 것이 중요하다(9,13,14). 병원 내의 양질의 임종환자 돌봄을 위해서는 죽음과 항상 접하고 있는 의료인들에게 죽음에 대한 태도, 철학의 정립이 우선되어야 하며, 죽음에 대한 인식은 임종환자와

가족들에게도 영향을 크게 미친다(12,15,16). 이에 본 연구에서는 응급실 의료진의 죽음 인식을 분석하여 임종환자 돌봄 태도와의 관계를 규명하고, 응급실의 특수한 환경 및 환자나 가족 혹은 다른 의료진과의 관계, 역할 등과 관련된 임종환자 돌봄 특성요인을 분석하여 응급실에서의 양질의 임종환자 돌봄에 적용할 수 있는 중재 개발 및 의료진을 대상으로 하는 교육 프로그램에 필요한 기초자료를 제시하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 응급실 의료진의 죽음인식과 임종환자 돌봄 태도와의 관계 및 임종환자 돌봄 특성요인을 분석하여 응급실에서 양질의 임종환자 돌봄이 이루어지기 위한 지지체계를 마련하고 구체적인 교육 프로그램 개발에 기여하기 위한 기초자료를 제공하고자 함이며, 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

- (1) 응급실 의료진의 죽음인식, 임종환자 돌봄 태도의 정도를 파악한다.
- (2) 일반적 특성에 따른 응급실 의료진의 죽음인식, 임종환자 돌봄 태도를 파악한다.
- (3) 응급실 의료진의 죽음인식, 임종환자 돌봄 태도의 상관관계를 분석한다.
- (4) 응급실 의료진의 일반적 특성 및 죽음인식이 임종환자 돌봄 태도 미치는 영향을 분석한다.
- (5) 응급실 의료진의 임종환자 돌봄 특성요인을 파악한다.

대상 및 방법

1. 연구 설계

본 연구는 응급실에서 임종을 맞이하거나 혹은 임종에 임박한 환자, 생애말기 환자를 돌보는 응급실 의료진의 죽음인식, 임종환자 돌봄 태도와의 상관관계를 확인하고, 임종환자 돌봄 특성요인을 파악하여 응급실에서의 임종환자 돌봄에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구 대상 및 자료수집 방법

대상자는 수도권 소재 3개의 상급종합병원의 응급실에 현재 근무하는 의사와 간호사로 연구 목적을 이해하고 설문에 동의한 의료진이다. 선행 연구(9,11)에서 죽음인식과 임종돌봄 태도가 높은 상관관계가 확인되었으나($r=0.40$), 본 연구의 경우 간호사 대상으로 이루어진

기존 선행연구와 다르게 타 직종이 포함되었으며, 연구 도구에 차이가 있어 약한 상관관계($r=0.25$)을 기준으로 양측검정 $\alpha=0.05$, $\beta=0.20$ 에 준하여 대상자 수를 선정하였다(17). 필요한 대상자 수는 123명이었으며, 20%의 탈락 가능성을 고려하여 설문지는 총 150부를 배부하였다. 자료수집 기간은 2014년 6월 01일부터 2014년 6월 30일까지 4주에 걸쳐 시행하였으며, 자료 수집을 실시하기 전, 해당기관의 연구윤리심의위원회(IRB)의 심의를 거쳐 연구의 승인을 얻었다(과제번호 4-2014-0149). 연구자가 직접 수도권 소재 3개의 상급병원의 간호부 및 해당부서를 방문하여 연구의 취지와 목적을 설명하고 연구의 허락을 받은 후 각 기관의 응급실에 방문하여 연구에 동의한 응급실에 종사하는 의사와 간호사들에게 조사의 목적과 방법을 설명 후 자가 보고식 질문지를 배부하여 설문조사를 실시하였다. 설문소요시간은 15~20분 정도 소요되었으며, 참여자의 익명성 보장 및 설문이 윤리적인 측면에 위배될 경우 언제라도 중단할 수 있음을 설명하고, 대상자 설명문을 제공하였다. 본 연구에서는 연구심의위원회의 심의결과에 따라 연구 참여 동의서는 제외하였다. 설문에 참여하는 응급실 의료진에게는 소정의 선물을 제공하였다. 성실하게 기입되지 않거나 데이터가 불충분한 4부를 제외하고 총 146부가 자료분석 과정에 사용되었으며, 이 중 간호사용 설문지는 105부, 의사용 설문지는 41부가 포함되었다.

3. 연구 도구

본 연구에서 사용된 자가 보고식 설문지는 일반적 특성(10문항) 및 죽음인식(36문항), 임종환자 돌봄 태도(31문항), 임종환자 돌봄 특성요인(의사: 56문항, 간호사: 53문항)에 대한 내용을 포함하고 있으며, 간호사용과 의사용이 분리되어 있다.

1) 죽음인식: Inumiya(18)의 연구에서는 죽음의 의미에 대해 알리고 있으며, 죽음긍정, 죽음부정, 죽음불안, 죽음관여도, 생명존중의지 등의 구조적 관계에 대해 제시하였다. 죽음긍정과 죽음부정은 인지적 요인이며, 죽음불안은 정서적 요인, 죽음관여도는 동기적 요인, 생명존중의지는 의지적 요인으로서 각 구성요소들의 역동적인 체계로 죽음인식이 형성됨을 나타내었다. 이에 본 연구에서는 Inumiya(18)가 개발한 사생관 척도(A View of Life and Death Scale)를 Cha(19)가 수정, 보완한 도구를 사용하였으며, 이메일을 통해 Inumiya에게 연구목적과 취지를 알리고, 도구 사용에 대한 허가를 받았다. 각 문항은 5점 Likert 척도로 되어 있으며 각 문항은 매우 그렇

다(5점), 그렇다(4점), 보통이다(3점), 그렇지 않다(2점), 전혀 그렇지 않다(1점)로 점수가 높을수록 죽음긍정, 죽음부정, 죽음불안, 죽음관여도, 생명존중의지가 높은 것을 의미하였다. Inumiya(18)의 연구에서 대학생 579명을 대상으로 측정된 신뢰도 Cronbach's α 는 죽음긍정 0.77, 죽음부정 0.72, 죽음불안 0.88, 죽음관여도 0.85, 생명존중의지 0.77이었다. 또한, 대학병원 간호사 290명을 대상으로 시행된 Cha(19)의 연구에서는 Cronbach's α 가 죽음긍정 0.79, 죽음부정 0.71, 죽음불안 0.86, 죽음관여도 0.85, 생명존중의지 0.75로 측정되었다. 본 연구에서 응급실 의료진 146명을 대상으로 측정된 Cronbach's α 는 죽음긍정(10문항) 0.79, 죽음부정(10문항) 0.74, 죽음불안(5문항) 0.87, 죽음관여도(5문항) 0.90, 생명존중의지(6문항) 0.75이었다.

2) 임종환자 돌봄 태도: 본 연구에 사용된 임종환자 돌봄 태도에 대한 설문조사 도구는 Levetown 등(20)에 의해 개발된 The Physicians' End of life Attitude Scale의 64개 문항을 Weigel 등(21)이 31개 문항으로 요약한 "Professional End-of-Life Attitude Scale"을 번안하여 사용하였으며, 도구 사용에 대한 저자의 승인을 이메일로 받았다. 본 설문조사 도구는 전문가적인 영향 관련 문항(11문항), 개인적인 영향 관련 문항(20문항)으로 이루어져 있다. 전문가적인 영향 관련 문항은 의료진의 입장에서 죽어가는 환자에게 그들의 상태를 설명할 때나 연명치료 중단에 대해 설명할 때 느끼는 감정, 태도 정도가 측정가능하고, 개인적인 영향 관련 문항에는 죽어가는 환자를 대할 때 일반적으로 임종환자나 그들의 가족을 대할 때 느끼는 태도 및 감정의 정도를 알아 볼 수 있다. 점수가 높을수록 임종환자 돌봄 태도는 긍정적이다. 전문가적 태도의 신뢰도는 Cronbach's α 값은 0.75로 측정되었으며, 개인적 태도의 신뢰도는 Cronbach's α 값이 0.69로 나타났다. 전체적인 신뢰도 Cronbach's α 값은 0.71이었다.

3) 응급실 의료진의 임종환자 돌봄 특성 요인: 본 연구에서는 응급실 의료진의 임종환자 돌봄과 관련된 특성 파악을 위해 간호사와 의사의 직업적 책임, 사명 및 업무 등의 차이 등을 반영하여 개발된 도구를 간호사 군과 의사 군에 각각 적용하였다(18,22).

응급실 간호사 대상으로는 Beckstrand 등(22)의 개발된 도구의 사용에 대한 허가를 받은 후 국문으로 번역하여 사용하였다. 총 53문항으로 축진요인 25문항과 방해요인 28문항으로 이루어져 있다. 축진요인의 신뢰도 Cronbach's α 는 0.92로 측정되었으며, 방해요인의 신뢰도는 Cronbach's

α 가 0.95로 나타났다.

응급실 의사 대상으로는 Marck 등(5)이 개발한 도구를 사용 허가를 받아 국문으로 번안하여 사용하였다. 원 도구는 응급실에서 진료하는 중앙내과의를 대상으로 개발된 것으로, 도구개발자에게 우리나라의 응급실 진료 체계에 대해 설명하고 중앙내과의뿐 아니라 응급실에서 환자를 진료하는 모든 과의 주치의를 포함하여 연구가 진행 가능함을 확인 받았다. 본 도구의 신뢰도 Cronbach's α 값은 0.71이었다. 55개 문항은 5점 Likert 척도로, 매우 그렇다(5점), 그렇다(4점), 보통이다(3점), 그렇지 않다(2점), 전혀 그렇지 않다(1점)로 구성되어 있으며, 응급실 환경 9문항, 숙련도 및 역할 14문항, 동료와의 관계 16문항, 구조적 요인 9문항, 임종대처자세 7문항의 총 5개 영역으로 구분되어 있다.

4. 자료분석

수집된 자료는 SPSS Win 21.0 program을 이용하여 다음의 통계방법으로 분석하였다.

(1) 응급실 의료진의 인구사회학적 특성 및 주요 변수에 대하여 빈도와 백분율, 평균과 표준편차 등의 기술 통계를 이용하여 분석하였다.

(2) 응급실 의료진의 죽음인식, 임종환자 돌봄 태도, 임종환자 돌봄 특성요인은 Likert summated scale을 통하여 평균, 표준편차를 산출하였다.

(3) 응급실 의료진의 일반적 특성에 따른 죽음인식, 임종환자 돌봄 태도는 t-test, ANOVA를 이용하고 사후검정으로 Scheffe test를 이용하였다.

(4) 응급실 의료진의 죽음 인식, 임종환자 돌봄 태도 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를 이용하여 분석하였다.

(5) 응급실 의료진의 인구사회학적 특성 및 죽음인식이 임종환자 돌봄 태도에 영향을 미치는 정도는 multiple regression을 이용하여 분석하였다.

결 과

1. 응급실 의료진의 일반적 특성

본 연구 대상자는 간호사 105명, 의사 41명으로 총 146명으로 구성되었다. 성별은 여성이 102명(71.2%), 남성이 42명(28.8%)으로 여성이 많았으며, 연령별로는 20~29세가 72명(49.3%)로 가장 많았다. 응급실 근무경력(연)은 간호사의 경우 2년 이하가 41명(39.0%)으로 가장 많았으며, 평균 응급실 근무경력(연)은 4.68(± 4.44)년이었다. 의사

의 경우 3~5년이 20명(48.8%)으로 가장 많았으며, 평균 응급실 근무경력(연)은 4.56(± 2.99)년으로 나타났다. 임종환자 돌봄과 관련된 교육의 유무와 관련하여 응급실 의료진의 79명(54.1%)은 교육을 받은 경험이 있었으며, 그중 간호사는 65명(61.9%), 의사는 10명(24.4%)에서 교육을 받은 적이 있는 것으로 나타났다(Table 1).

2. 응급실 의료진의 죽음인식, 임종환자 돌봄 태도의 정도

응급실 의료진의 죽음 인식 정도는 5점 척도로 평균 3.30(± 0.27)점이었고, 그중 간호사가 평균 3.31점, 의사가 평균 3.27점으로 나타났다. 응급실 의료진의 임종환자 돌봄에 대한 태도는 5점 척도로 평균 3.23(± 0.28)점이며, 영역별로 살펴보면 전문가적인 임종환자 돌봄 태도는 3.27(± 0.37)점, 개인적인 임종환자 돌봄 태도는 3.21(± 0.31)점으로 나타났다(Table 2).

영역별 간호사와 의사의 태도 점수를 비교해보면 전문가적인 임종환자 돌봄 태도에서 간호사가 3.32(± 0.36)점으로 의사보다 유의하게 높았다($P=0.008$).

3. 응급실 의료진의 일반적 특성에 따른 죽음인식, 임종환자 돌봄 태도

응급실 의료진의 일반적 특성에 따른 죽음인식, 임종환자 돌봄 태도는 Table 3과 같다. 죽음인식의 영역별로 살펴보면 죽음부정은 응급실 근무경력 3~5년에서 3.65(± 0.53)점으로 나타나, 2년 이하 3.37(± 0.52)점보다 통계적으로 유의하게 높았다($P=0.027$). 죽음불안은 총 근무경력 2년 이하에서 2.98(± 0.69)점, 6~10년에서 2.46(± 0.86)점으로 나타났으며 사후검정 Scheffe test에서 유의한 차이가 있었다($F=3.038$, $P=0.031$). 생명존중의지 영역에서 의사는 직위에 따라, 전문의가 3.72(± 0.59)점, 전공의 3.13(± 0.73)점, 수련의 2.67(± 0.94)점으로 전문의의 점수가 가장 높았으며, 전문의와 전공의 사이에서 유의한 차이가 있었다($P=0.020$).

임종환자 돌봄 태도의 하위 영역인 전문가적 임종환자 돌봄 태도의 경우 여성에서 3.33(± 0.35)점으로 남성의 3.12(± 0.38)점보다 유의하게 나타났다($P=0.002$). 또한 최근 한 달 간 경험한 임종환자의 수가 5명 이하의 경우가 3.34(± 0.36)점으로 6~10명의 경우의 3.12(± 0.39)점보다 유의하게 높게 측정되었다($P=0.008$). 개인적 임종환자 돌봄 태도에서는 임종과 관련한 교육을 받은 경험이 있는 경우가 3.27(± 0.30)점으로 교육을 받은 경험이 없는 경우보다 높게 측정되었으며, 통계적으로 유의하였다($P=0.006$).

Table 1. General Characteristics of Participants (N=146).

Variables	Categories	All of Participants (N=146)			Nurse (n=105)			Physician (n=41)		
		N	%	Mean±SD	N	%	Mean±SD	N	%	Mean±SD
Gender	Male	42	28.8		14	13.3		30	73.2	
	Female	102	71.2		91	86.7		11	26.8	
Age (years)	20~29	72	49.3	30.73	61	58.1	29.83	11	26.8	33.05
	30~39	61	41.8	±5.65	36	34.3	±5.47	25	61.0	±5.51
	>40	13	8.9		8	7.6		5	12.2	
Education	Diploma degree	12	8.2		12	11.4		0	0	
	Bachelor's degree	95	65.1		69	65.7		26	63.4	
	≥Master's degree	39	26.7		24	22.9		15	36.6	
Role (Nurse) (n=105)	Staff nurse	85	81.0		85	81.0		-	-	
	Charge nurse	14	13.3		14	13.3				
	Nurse manager	6	5.7		6	5.7				
Position (Physician) (n=41)	Intern	2	4.9		-	-		2	4.9	
	Resident	24	58.5					24	58.5	
	Specialist	15	36.6					15	36.6	
Career (years)	≤2	34	23.3	6.51	30	28.6	6.67	4	9.8	6.13
	3~5	33	22.6	±5.41	19	18.1	±5.82	14	34.1	±4.24
	6~10	46	31.5		31	29.5		15	36.6	
	≥11	33	22.6		25	23.8		8	19.5	
Career in the ED	≤2	57	39.0	4.22	41	39.0	4.68	16	39.0	4.56
	3~5	45	30.8	±4.14	25	23.8	±4.44	20	48.8	±2.99
	≥6	44	30.1		39	37.2		5	12.2	
The number of experiences of the patients' death within 1 month	≤5	75	51.4		61	58.1		14	34.1	
	6~10	39	26.7		22	21.0		17	41.5	
	≥11	32	21.9		22	21.0		10	24.4	
Experiences of the acquaintance's death	Yes	60	41.1		46	43.8		14	34.1	
	No	86	58.9		59	56.2		27	65.9	
Participation of EOL care education	Yes	79	54.1		65	61.9		10	24.4	
	No	67	45.9		40	38.1		31	75.6	

ED: Emergency department, EOL: End-of-life.

Table 2. The Levels of Awareness of Death, Attitude toward EOL Care (N=146).

Variables	Mean±SD			t (P)
	All of participants (N=146)	Nurse (n=105)	Physician (n=41)	
Awareness of death	3.30±0.27	3.31±0.28	3.27±0.27	0.753 (0.453)
Positive meanings of death	3.43±0.55	3.47±0.53	3.33±0.59	1.413 (0.160)
Negative meanings of death	3.50±0.55	3.46±0.57	3.63±0.46	-1.824 (0.072)
Death anxiety	2.74±0.82	2.76±0.86	2.66±0.73	0.659 (0.511)
Death concern	3.02±0.82	3.03±0.82	2.99±0.83	0.287 (0.775)
Life respect will	3.42±0.77	3.46±0.78	3.33±0.75	0.916 (0.361)
Attitude toward EOL care	3.23±0.28	3.24±0.29	3.20±0.26	0.953 (0.342)
Professional attitude toward EOL care	3.27±0.37	3.32±0.36	3.14±0.37	2.695 (0.008)*
Personal attitude toward EOL care	3.21±0.31	3.20±0.31	3.22±0.32	-0.383 (0.702)

EOL: End-of-life, ED: Emergency department. *P<0.01.

Table 3. Differences of Awareness of Death, Attitude toward EOL Care According to General Characteristics (N=146).

Characteristics	Categories	Awareness of death						Attitude toward EOL care														
		Positive meanings of death			Negative meanings of death			Death anxiety			Death concern			Life respect will			Professional attitude toward EOL care			Personal attitude toward EOL care		
		M (SD)	t/F (P)	τ/F (P)	M (SD)	t/F (P)	τ/F (P)	M (SD)	t/F (P)	τ/F (P)	M (SD)	t/F (P)	τ/F (P)	M (SD)	t/F (P)	τ/F (P)	M (SD)	t/F (P)	τ/F (P)	M (SD)	t/F (P)	τ/F (P)
Gender	Male	3.36 (0.53)	-1.006 (0.316)	-0.001 (0.999)	2.50 (0.59)	-2.574 (0.011)*	3.06 (0.76)	0.427 (0.670)	3.34 (0.84)	-0.811 (0.419)	3.12 (0.38)	-3.215 (0.002)†	3.28 (0.29)	1.729 (0.086)								
	Female	3.46 (0.55)	0.141 (0.886)	2.476 (0.088)	2.83 (0.88)	2.224 (0.331)	3.34 (0.84)	1.599 (0.063)	3.45 (0.75)	3.33 (0.35)	3.18 (0.32)	0.063 (0.939)										
Age (years)	20~29	3.44 (0.51)	0.141 (0.886)	2.476 (0.088)	2.83 (0.88)	2.224 (0.331)	3.34 (0.84)	1.599 (0.063)	3.45 (0.75)	3.33 (0.35)	3.18 (0.32)	0.063 (0.939)										
	30~39	3.42 (0.62)	0.869 (0.386)	0.088 (0.939)	2.57 (0.82)	0.112 (0.938)	2.89 (0.80)	0.206 (0.958)	3.44 (0.70)	3.23 (0.35)	0.939 (0.33)	3.22 (0.33)										
	>40	3.35 (0.34)	3.81 (0.53)	2.95 (0.82)	2.97 (0.51)	3.38 (0.72)	3.21 (0.23)															
Education	Diploma	3.48 (0.65)	0.133 (0.876)	0.596 (0.552)	2.88 (0.65)	0.229 (0.796)	3.18 (0.71)	0.884 (0.415)	3.53 (0.73)	3.14 (0.34)	2.436 (0.091)	3.20 (0.29)	0.644 (0.527)									
	Bachelor	3.41 (0.54)	0.876 (0.386)	0.552 (0.552)	2.73 (0.85)	0.796 (0.427)	2.95 (0.82)	0.415 (0.494)	3.36 (0.79)	3.25 (0.38)	0.091 (0.939)	3.20 (0.29)										
Role (Nurse) (n=105)	≥Master	3.45 (0.53)	3.49 (0.56)	2.70 (0.81)	2.70 (0.81)	3.12 (0.84)	2.85 (0.21)	3.37 (0.33)	3.25 (0.38)													
	Staff nurse	3.44 (0.55)	0.588 (0.558)	0.453 (0.637)	2.72 (0.83)	1.840 (0.164)	3.01 (0.84)	0.942 (0.393)	3.48 (0.82)	3.30 (0.37)	0.958 (0.387)	3.20 (0.31)	0.530 (0.590)									
Position (Physician) (n=41)	Charge nurse	3.61 (0.39)	0.558 (0.558)	0.453 (0.637)	3.12 (0.95)	0.164 (0.938)	2.96 (0.63)	0.393 (0.793)	3.39 (0.61)	3.42 (0.23)	0.387 (0.530)	3.17 (0.20)	0.590 (0.590)									
	Nurse manager	3.50 (0.43)	3.32 (0.64)	2.40 (0.82)	2.40 (0.82)	3.47 (0.91)	3.28 (0.61)	3.42 (0.40)	3.33 (0.57)													
Career (years)	Intern ^a	3.75 (0.49)	1.455 (0.246)	0.341 (0.713)	3.10 (0.14)	0.308 (0.736)	3.80 (0.28)	0.216 (0.807)	2.67 (0.94)	4.335 (0.020)†	1.013 (0.330)	3.30 (0.14)	0.553 (0.580)									
	Resident ^b	3.40 (0.57)	0.246 (0.845)	0.666 (0.52)	3.48 (0.67)	0.736 (0.47)	3.87 (0.47)	0.807 (0.421)	3.13 (0.73)	3.08 (0.38)	0.373 (0.708)	3.18 (0.30)	0.580 (0.580)									
Career in the ED	Specialist ^c	3.15 (0.62)	3.58 (0.14)	3.40 (0.75)	3.40 (0.75)	3.76 (0.55)	3.72 (0.59)	b<c	3.28 (0.36)													
	≤2 ^a	3.42 (0.44)	0.273 (0.845)	0.666 (0.52)	2.98 (0.69)	3.038 (0.031)†	3.01 (0.87)	0.679 (0.567)	3.60 (0.85)	1.523 (0.211)	1.349 (0.263)	3.33 (0.34)	1.349 (0.263)									
Career in the ED	3~5 ^b	3.50 (0.53)	0.845 (0.405)	0.666 (0.52)	2.79 (0.86)	0.031 (0.938)	3.16 (0.95)	0.567 (0.567)	3.21 (0.75)	3.38 (0.47)	0.263 (0.604)	3.38 (0.47)	0.263 (0.604)									
	6~10 ^c	3.42 (0.64)	0.64 (0.53)	0.60 (0.60)	2.46 (0.86)	a>c	2.90 (0.78)	3.46 (0.84)	3.22 (0.35)	3.22 (0.35)	3.22 (0.35)	3.22 (0.35)	3.22 (0.35)									
Career in the ED	≥11 ^d	3.38 (0.50)	0.50 (0.62)	0.53 (0.60)	2.83 (0.78)	3.05 (0.64)	3.38 (0.56)	3.40 (0.27)	3.40 (0.27)	3.40 (0.27)	3.40 (0.27)	3.40 (0.27)	3.40 (0.27)									
	≤2 ^a	3.43 (0.48)	0.022 (0.979)	0.52 (0.60)	2.74 (0.76)	0.300 (0.742)	2.97 (0.86)	0.260 (0.772)	3.54 (0.85)	1.412 (0.247)	0.441 (0.644)	3.19 (0.34)	0.152 (0.859)									
The number of experiences of the patients' death within 1 month	3~5 ^b	3.44 (0.62)	0.979 (0.325)	0.53 (0.60)	2.80 (0.80)	0.742 (0.495)	3.01 (0.88)	0.772 (0.441)	3.29 (0.76)	3.23 (0.40)	0.644 (0.527)	3.22 (0.30)	0.859 (0.859)									
	≥6 ^c	3.42 (0.56)	0.56 (0.60)	0.56 (0.60)	2.66 (0.93)	3.09 (0.70)	3.40 (0.66)	3.29 (0.29)	3.21 (0.30)	3.29 (0.29)	3.21 (0.30)	3.21 (0.30)	3.21 (0.30)									
Experiences of the acquaintance's death	≤5 ^a	3.41 (0.47)	0.648 (0.525)	0.53 (0.60)	1.740 (0.179)	0.707 (0.495)	3.14 (0.85)	2.432 (0.091)	3.44 (0.72)	0.483 (0.618)	4.980 (0.008)§	3.18 (0.34)	0.688 (0.504)									
	6~10 ^b	3.51 (0.65)	0.525 (0.60)	0.53 (0.60)	2.63 (0.83)	0.495 (0.618)	2.97 (0.61)	0.091 (0.938)	3.47 (0.85)	3.12 (0.39)	0.008 (0.938)	3.21 (0.30)	0.504 (0.504)									
Participation of EOL care education	≥11 ^c	3.38 (0.59)	0.59 (0.62)	0.60 (0.60)	2.69 (1.00)	2.78 (0.90)	3.30 (0.81)	3.30 (0.81)	3.30 (0.81)	3.29 (0.30)	a>b	3.26 (0.28)	3.26 (0.28)									
	Yes	3.39 (0.50)	0.495 (0.684)	0.61 (0.50)	1.009 (0.315)	1.778 (0.078)	3.00 (0.76)	0.203 (0.840)	3.46 (0.80)	-0.550 (0.583)	-1.672 (0.097)	3.23 (0.32)	0.732 (0.465)									
Participation of EOL care education	No	3.45 (0.58)	0.684 (0.304)	0.50 (0.60)	2.83 (0.84)	0.078 (0.938)	3.03 (0.86)	0.840 (0.405)	3.39 (0.76)	3.32 (0.39)	0.097 (0.938)	3.19 (0.31)	0.465 (0.465)									
	Yes	3.42 (0.54)	0.204 (0.839)	0.56 (0.60)	2.76 (0.86)	-0.416 (0.678)	3.07 (0.82)	-0.834 (0.405)	3.46 (0.74)	1.192 (0.33)	1.192 (0.33)	3.27 (0.30)	2.778 (0.006)†									
No	3.44 (0.56)	0.839 (0.405)	0.53 (0.60)	2.76 (0.78)	0.678 (0.504)	2.96 (0.81)	0.405 (0.938)	3.38 (0.82)	0.534 (0.495)	0.41 (0.618)	0.235 (0.618)	3.13 (0.32)	0.006 (0.006)†									

EOL: End-of-life, ED: Emergency department. *T test P<0.05, †T test P<0.01, ‡Scheffé test P<0.05, §Scheffé test P<0.01.

Table 4. Correlation of Awareness of Death, Attitude toward EOL Care According to General Characteristics (N=146).

	Awareness of death				Attitude toward EOL care		
	Positive meanings of death		Negative meanings of death		Life respect will	Professional attitude toward EOL care	
	r* (P†)	r* (P†)	r* (P†)	r* (P†)		r* (P†)	r* (P†)
Awareness of death							
Positive meanings of death	1						
Negative meanings of death	-0.003 (0.969)	1					
Death anxiety	-0.250 (0.002) [§]	0.076 (0.362)	1				
Death concern	0.246 (0.003) [§]	-0.072 (0.385)	-0.104 (0.214)	1			
Life respect will	-0.109 (0.191)	-0.128 (0.123)	0.052 (0.537)	0.013 (0.880)	1		
Attitude toward EOL care	0.158 (0.056)	-0.223 (0.007) [§]	0.013 (0.880)	0.237 (0.004) [§]	0.107 (0.198)	1	
EOL care							
Personal attitude toward EOL care	0.077 (0.353)	-0.230 (0.005) [§]	-0.302 (0.000) [§]	0.238 (0.004) [§]	0.176 (0.034) [†]	0.382 (0.000) [§]	1

EOL: End-of-life. *Values given are Pearson's correlation coefficient, †P values were derived by Pearson's correlation coefficient, ‡P<0.05, §P<0.01.

4. 응급실 의료진의 죽음인식, 임종환자 돌봄 태도 간의 상관관계

응급실 의료진의 죽음인식의 하위영역과 임종환자 돌봄 태도의 하위영역의 상관관계를 분석한 결과는 Table 4와 같다.

전문가적 임종환자 돌봄 태도는 죽음부정과 음의 상관관계를 나타내었으며, 죽음부정이 강할수록 전문가적 임종환자 돌봄 태도가 부정적임을 알 수 있었다(r=-0.223, P=0.007). 전문가적 임종환자 돌봄 태도는 죽음관여도와 양의 상관관계를 나타내었으며, 이는 통계적으로 유의하였다(r=0.237, P=0.004).

개인적 임종환자 돌봄에 대한 태도는 죽음부정(r=-0.230, P=0.005), 죽음불안(r=-0.302, P=0.000)과 음의 상관관계를 보였으며, 죽음관여도(r=0.238, P=0.004)와는 양의 상관관계를 나타내었으며, 이는 통계적으로 유의하였다. 전문가적 임종환자 돌봄 태도와 개인적 임종환자 돌봄 태도는 양의 상관관계(r=0.382, P=0.000)로 나타났으며, 통계적으로 유의하였다.

5. 응급실 의료진의 임종환자 돌봄 태도의 영향요인

응급실 의료진의 임종환자 돌봄 태도와 유의한 상관관계를 보인 요인들을 다중회귀분석한 결과는 Table 5와 같다. 전문가적 임종환자 돌봄 태도와 유의한 상관관계를 보였던 요소를 포함하여 다중회귀분석한 결과 모형 I에서는 일반적 특성 중 성별이 포함되었으며(F=10.337, P=0.002), 모형 II에서는 죽음인식의 하위영역인 죽음부정, 죽음관여도가 추가로 투입되었다(F=9.703, P=0.000). 모형 III의 경우 개인적 임종환자 돌봄 태도가 포함되어(F=15.185, P=0.000) 총 세 단계로 제시되었으며, 모두 통계적으로 유의하였고 순차적으로 설명력이 증가하는 것으로 나타났다. 또한 분산팽창지수(Variance Inflation Factor, VIF)에서 1에 가까운 값으로 측정되어, 다중공선성가능성은 적었다. Durbin-Watson은 1.799로 기준값인 2에 근접하고, 0 또는 4에 가깝지 않기 때문에 잔차들 간의 상관관계가 적어 회귀모형에 적합하였다.

개인적 임종환자 돌봄 태도에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과에서는 모형 I에서 성별과 임종환자 돌봄 교육 유무가 투입되었고(F=5.077, P=0.007), 모형 II에서는 추가로 죽음인식의 하위영역인 죽음부정, 죽음불안, 죽음관여도, 생명존중의지가 포함되었다(F=8.238, P=0.000). 최종적으로 전문가적 임종환자 돌봄 태도가 포함된 모

형 III에서도 통계적으로 유의한 결과가 나타났으며(F=11.653, P=0.000), 34.1%의 설명력을 보였다. 개인적 임종환자 돌봄 태도에 영향을 미치는 요인의 VIF 값은 1에 가까운 값으로 도출되어 다중공선성가능성은 적었다.

6. 응급실 의료진의 임종환자 돌봄 특성 요인

응급실 간호사의 임종환자 돌봄 특성 요인과 관련하여 나타낸 결과는 Table 6과 같다. 응급실의 임종환자 돌봄에 대해 응급실 간호사가 인식하는 촉진요인으로 “19. 가족들이 환자가 죽어가고 있다는 사실을 받아들이는 것”이 4.21(±0.68)점으로 가장 높았으며, 다음으로 “2. 가족이 환자와 죽음을 준비할 수 있는 충분한 시간을 주는 것”이 4.20(±0.70)점으로 높게 나타났다. 방해요인으로는 “7. 열악한 응급실 구조로 인하여 임종환자 및 슬퍼하는 가족의 프라이버시를 지켜줄 수 없는 것”

이 3.71(±1.24)점으로 가장 높았으며, “14. 신환에게 제공되어야 할 장소(응급실 침대)로 인해 임종 후 가족에게 애도할 시간을 허락할 수 없는 것”이 3.70(±1.13)점 순이었다.

응급실 의사의 임종환자 돌봄 특성 요인과 관련하여 나타낸 결과는 Table 7과 같다. 응급실 환경, 숙련도 및 역할, 동료와의 관계, 구조적요인, 임종대처자세의 총 5개 영역으로 분류하여 분석하였다. 응급실 환경 영역에서는 “5. 응급실은 임종환자의 프라이버시를 유지할 공간이 없다”가 4.34(±0.90)점으로 가장 높게 나타났으며, 숙련도 및 역할 영역에서는 “10. 임종환자 돌봄은 의사로서 당연히 해야 할 일이다”가 3.88(±0.09)점으로 가장 높았다. 동료와의 관계에서는 “14. 생애말기 환자에 있어 치료의 목적에 대해 명확히 기술되어 있는 문서가 있어야 한다”와 “15. 해당과 의사와 완화의료의 전문가

Table 6. Nurses' Perceived Factors Related to Characteristics of EOL Care in the ED - Facilitators/Barriers Regarding EOL Care (n=105).

Category	Item no.	Content	Mean±SD
Details of facilitators	1	Having one family member be the designated contact person for all other family members regarding patient information	4.10±0.66
	2	Having enough time to prepare the family for the expected death of the patient	4.20±0.70
	3	An emergency department designed so that the family has a place to go to grieve in private	4.06±0.95
	4	Having the physicians involved in the patient's care agree about the direction care should go	3.99±0.80
	5	The nurse drawing on his/her own previous experience with the critical illness or death of a family member	3.51±0.86
	6	EMT/Paramedic personnel assisting with resuscitation efforts on the dying patient	3.90±0.77
	7	Talking with the patient about his or her feelings and thoughts about dying	3.41±0.93
	8	Letting the social worker, nursing supervisor, or religious leader take primary care of the grieving family	3.65±0.84
	9	Teaching families how to act around the dying patient such as saying to them, "She can still hear. it is OK to talk to her."	3.93±0.82
	10	Allowing families unlimited access to the dying patient even if it conflicts with nursing care at times	3.28±0.96
	11	Providing a peaceful, dignified bedside scene for family members once the patient has died	3.96±0.91
	12	Allowing family members adequate time to be alone with the patient after he or she has died	4.11±0.74
	13	Having a fellow nurse tell you that, "You did all you could for that patient" or some other words of support	3.79±0.95
	14	Having a fellow nurse put his or her arm around you, hug you, pat you on the back or give some other kind of brief physical support after the death of your patient	3.78±0.86
	15	Having fellow nurses take care of your other patient(s) while you get away from the department for a few moments after the death of your patient	3.81±0.87
	16	Having a support person outside of the work setting who will listen to you after the death of your patient	3.67±0.87
	17	Having family members thank you or in some other way show appreciation for your care of the patient who has died	4.15±0.70
	18	Good communication between the physician and RN who are caring for the dying patient	4.00±0.78
	19	Having family members accept that the patient is dying	4.21±0.68
	20	After he patient's death, having support staff compile all the necessary paper work for you which must be signed by the family before they leave the department	3.67±0.82
	21	An emergency Department designed to provide privacy for the dying patient	4.12±0.76
	22	Receiving education necessary to give appropriate end-of-life care to patients and their families	3.92±0.82
	23	The opportunity to participate in a professional debriefing session after a traumatic death	3.64±0.88

EOL: End-of-life, ED: Emergency department, RN: Registered nurse.

Table 6. Continued.

Category	Item no.	Content	Mean±SD
Details of barriers	1	The nurse not being comfortable caring for dying patients and/or their families	3.23±0.82
	2	Families not accepting what the physician is telling them about the patient's poor prognosis	3.54±1.05
	3	The nurse having to deal with distraught family members while still providing care for the patient	3.56±0.96
	4	Intra-family disagreements about whether to approve the use of life support	3.58±1.10
	5	When the nurses' opinion about the direction patient care should go is not requested, not valued, or not considered	3.49±0.96
	6	Not enough time to provide quality end-of-life care because the nurse is consumed with activities that are trying to save the patient's life	3.50±1.09
	7	Poor design of emergency departments which do not allow for privacy of dying patients or grieving family members	3.71±1.24
	8	Restriction of family members in the ED room during resuscitation	2.94±1.03
	9	The patient having pain that is difficult to control or alleviate	3.46±1.02
	10	Dealing with the cultural differences that families employ in grieving for their dying family member	3.40±0.78
	11	No available support person for the family such as a social worker or religious leader	3.33±0.87
	12	Employing life sustaining measures at the families' request even though the patient had signed advanced directives requesting no such treatment	3.50±1.01
	13	Continuing resuscitation for a patient with a poor prognosis because of the real or imagined threat of future legal action by the patient's family	3.52±1.06
	14	Pressure to limit family grieving after the patient's death to accommodate a new admit to that room	3.70±1.13
	15	Providing treatments for a dying patient even though the treatments cause the patient pain or discomfort	3.46±1.07
	16	Family and friends who continually call the nurse wanting an update on the patient's condition rather than calling the designed family member for information	3.57±1.05
	17	Lack of nursing education and training regarding family grieving and quality end-of-life care	3.44±0.95
	18	Physicians who won't allow the patient to die from the disease process	3.07±0.97
	19	Too many family members being allowed in the room during resuscitation	3.66±1.04
	20	Being called away from the patient and their family because of the need to help with a new or to help another nurse care for his/her patients	3.41±1.11
	21	The ED nurse having too high a work load to allow for adequate time to care for dying patients and their families	3.54±1.23
	22	Family members not understanding what "life-saving measures" really mean, i.e., that multiple needle sticks cause pain and bruising, that ET tube won't allow the patient to talk, or that ribs may be broken during chest compressions	3.37±1.02
	23	The nurse not knowing the patient's wishes about continuing treatments and tests because of the inability to communicate due to a depressed neurological status or due to pharmacological sedation	3.52±0.96
	24	The nurse having to deal with angry family members	3.62±1.17
	25	The family, for whatever reason, is not with the patient when he or she is dying	3.39±1.14
	26	Physicians who avoid having conversations with the patient when he or she is dying	3.03±1.05
	27	Multiple physicians involved with one patient who differ in opinion about the direction care should go	3.34±0.84
	28	Physicians who order unnecessary tests or procedures for dying patients just so they can say that every possibility was considered	3.47±1.09

EOL: End-of-life, ED: Emergency department.

들은 서로 협조적이어야 한다"가 4.20(±0.60)점으로 높게 나왔다. 구조적 요인에서는 "5. 응급실에서 임종환자를 관리할 수 있는 체계적인 경로가 필요하다"가 4.05(±0.74)점으로 가장 높았으며, 임종대처자세에서는 "2. 나는 생애말기 환자가 사전의료의향서를 가지고 있는 것이 더 선호한다"에서 4.15(±0.62)점으로 높게 나타났다.

고찰

본 연구는 응급실 의료진의 죽음인식과 임종환자 돌봄 태도의 상관성을 분석하여, 임종환자 돌봄 태도에 미치는 영향을 분석하고, 임종환자 돌봄 특성요인을 파악하여 응급실 의료진의 임종환자 돌봄에 대한 지지체

Table 7. Physician Perceived Factors Related to Characteristics of EOL Care in the ED (n=41).

Category	Item no.	Content	Mean±SD
Emergency department environment	1	Overcrowding in the ED makes it an inappropriate location for terminal patents	4.29±0.11
	2	The ED is too noisy to allow adequate care of terminal patients	4.29±0.11
	3	There is enough time in the ED to adequately assess terminal patients	2.44±0.14
	4	There is not enough time in the ED to adequately care for terminal patients	4.02±0.13
	5	The ED lacks the necessary privacy to care appropriately for terminal patients	4.34±0.90
	6	Access block prevents me from providing optimal care to terminal patients	3.90±0.13
	7	The ED is not the right place to die	3.78±0.15
	8	The dying patient should be allocated a space in ED that is private	3.93±0.17
	9	Terminal patients are reluctant to come to the ED	2.76±0.15
Skills and role	1	It is not appropriate for junior medical staff to assess terminal patients in the ED	3.34±0.15
	2	It's not my role to discuss advanced care directives with patients	2.41±0.14
	3	My ED colleagues have the skills to manage a dying patient	3.27±0.13
	4	I would avoid my patient dying in ED no matter what	2.78±0.15
	5	It is reasonable for terminal patients to expect to be seen quickly in ED	3.05±0.15
	6	The ED is a reasonable fall-back option for terminal patients	3.24±0.16
	7	I am sufficiently skilled in treating pain in patients	3.61±0.13
	8	My skills in making life and death decisions about terminal patients	3.34±0.12
	9	I am comfortable talking to the family of the dying patient	3.12±0.14
	10	The care of the dying patient is a reasonable demand in my role as a clinician	3.88±0.09
	11	I find it rewarding to provide care to terminal patients	3.27±0.13
	12	I feel frustrated that I can't provide the care to patients with advanced cancer that I would like to provide	2.95±0.14
	13	I worry that if I give too much analgesia I might hasten the process of dying	2.05±0.12
	14	Many patients who are close to the end of life undergo treatment in the ED that is unlikely to benefit them	2.76±0.16
Colleagues	1	Medical record summaries from specialists are unclear about the goals of care for terminal patients	3.15±0.94
	2	Medical attendants (ex. Oncologists) are often unavailable to discuss terminal patients presenting to ED	3.80±0.84
	3	Medical attendants do not want their patients to be labelled as palliative	2.71±0.84
	4	Medical attendants advise their patients about what to expect when they present to the ED	2.93±0.85
	5	Palliative care means providing dignity and comfort to those with chronic progressive illness	4.00±0.55
	6	Medical attendants involve palliative care services in a timely matter	3.20±0.78
	7	Avoidance of an ED presentation is a goal of oncology providers	2.37±0.83
	8	Specialists communicate prognosis well with advanced cancer patients	3.59±0.67
	9	Specialists usually provide sufficient information to advanced cancer patients about the purpose of their chemotherapy	3.60±0.63
	10	Specialists generally discuss limitations of care with patients when appropriate	3.49±0.68
	11	Avoidance of an ED presentation is a goal of palliative care providers	3.12±1.05
	12	Palliative care referral should occur earlier in a patient's course than it generally does	2.60±0.84
	13	Palliative care is only appropriate when there are no more anticancer treatment options available	2.98±0.86
	14	For dying patients, there should be clear documentation of the goals of care by treating specialists	4.20±0.60
	15	Specialists and palliative care should work more cooperatively	4.20±0.60
	16	Palliative care services communicate poorly with ED about patients they send in	3.54±0.87

EOL: End-of-life, ED: Emergency department.

계 및 구체적인 교육 프로그램 개발에 기여할 수 있는 기초자료를 제공하고자 응급실 의료진 146명을 대상으로 시도되었다.

본 연구에서 응급실 간호사의 죽음긍정은 5점 만점에 3.47점, 죽음부정은 3.46점, 죽음불안 2.76점, 죽음관여도 3.03점, 생명존중의지 3.46점으로 나타났으며, 응급실의

사의 경우 죽음긍정은 5점 만점에 3.33점, 죽음부정은 3.63점, 죽음불안 2.66점, 죽음관여도 2.99점, 생명존중의지 3.33점으로 나타났다. Jeon(8)의 연구에서와는 달리 본 연구에서는 응급실 간호사가 응급실 의사보다 죽음불안, 죽음관여도, 생명존중의지가 더 높게 나왔는데, 죽음불안의 경우 의사보다 간호사가 자신이 담당할 임

Table 7. Continued.

Category	Item no.	Content	Mean±SD
System issues	1	Access to palliative care services after hours is difficult	3.68±0.88
	2	Accessing medical records of patients with advanced cancer is a problem	2.24±0.86
	3	I am unsure of what external palliative care services are available for my patients	4.00±0.60
	4	I don't have access to an appropriate range of pharmaceuticals to adequately treat pain in terminal patients	1.98±0.61
	5	A systematic pathway of care is needed for the dying patient in ED	4.05±0.74
	6	Terminal patients that present to the ED are those that fall through the cracks between general medical services and palliative care services	3.59±0.84
	7	Bypassing ED would be the best pathway of care for those requiring palliative care	3.28±1.09
	8	The ED is an appropriate place for patients known to be palliative to be accessing palliative care services	2.05±0.89
	9	The ED is not an appropriate place for terminal patients to present for acute care	3.41±1.07
Caring for the dying patient	1	Advanced care plans make it easier to manage dying patients in the ED	4.05±0.59
	2	I would prefer terminal patients to have an advance care plan in place	4.15±0.62
	3	Family members have trouble understanding limits of care	3.34±0.91
	4	Family members of terminal patients are unprepared for the process of dying	3.34±1.06
	5	Most terminal patients know the stage of their illness and its implications	3.00±0.87
	6	I feel comfortable managing a dying patient	2.37±0.77
	7	It is rewarding to care for a dying patient	2.63±0.62

EOL: End-of-life, ED: Emergency department.

종환자나 가족들과 더 오랜 시간 동안 잦은 접촉을 하게 되면서 죽음이라는 상황이 개인적으로 더 큰 불안으로 다가와 초래된 결과로 생각된다. 또한 의사의 경우 사람을 죽음으로부터 살려야 한다는 직업적 책임으로 신체적이거나 병태생리적 측면에 더 집중하게 되어(14) 죽음불안이라는 감정을 무의식적으로 억누르고, 오히려 죽음관여도나 생명존중의지와 같이 윤리적이며, 이성적인 측면이 더 강하게 작용한 것으로 사료된다.

선행연구에서 간호사의 경우 임상경력이 많을수록 죽음공정의 정도가 높은 것으로 나타났으나(8,19), 본 연구에서 응급실 간호사는 경력 및 직위에 따른 죽음인식의 차이가 없었다. 한편, 응급실 의사는 직위가 변함에 따라 죽음인식 중 생명존중의지에서 큰 차이를 보였는데, 수련의와 전공의 때, 많은 책임감과 과중한 업무를 감당하면서 임종환자를 한 인격체보다 업무의 일부로 여기게 되어 생명존중의지가 점점 낮아지는 것으로 생각된다. 따라서 죽음과 임종환자와 관련된 교육 및 의료진을 위한 프로그램은 입사시뿐만 아니라 직위 및 경력에 따라 지속되어야 하며, 죽음인식을 긍정적으로 이끌 수 있는 내용이 포함된 교육이 필요하다.

응급실 의료진의 임종환자 돌봄 태도에서 전문가적 영역과 개인적 영역으로 구분하여 살펴본 결과, 전문가적 임종환자 돌봄 태도에서 응급실 간호사가 의사보다 높은 점수를 나타내었다. 이는 환자를 살리는 의사의

직업적 사명과 전문가적 임종환자 돌봄 태도 사이에서 상충되어 나타난 결과인 것으로 생각된다. 개인적 임종환자 돌봄 태도와 전문가적 임종환자 돌봄 태도의 상관성을 도출한 결과 두 개념은 긴밀한 연관성을 가지고 있었다. 전문가적 임종환자 돌봄 태도에 대하여 응급실 의료진은 여성이 남성보다 긍정적인 태도를 가지고 있으며, 특히 Bradley 등(15)의 연구에서 여성 의사가 남성에 비하여 임종환자 돌봄에 대한 태도가 긍정적으로 나타난 결과와 동일하게 나타났다. 따라서 임종환자 돌봄과 관련된 교육 프로그램 마련 시 여성과 남성의 특성 및 개인적 성향 차이를 인정하고 존중하여 이를 바탕으로 하여 체계적인 프로그램 구성이 필요할 것으로 사료된다. 또한 최근 한 달 간 경험한 환자의 수가 적을수록 응급실 의료진의 전문가적 임종환자 돌봄 태도가 더 높았다. 이는 응급실 간호사의 환자죽음 경험 횟수가 많을수록 임종간호태도가 높았다고 보고한 Noh(9)의 결과와 차이가 있었다. 선행 연구에서 응급실 간호사의 경우 환자의 임종을 많이 경험할수록, 경력이 많을수록, 연령이 높을수록 실무능력이 향상될 수 있는 기회가 주어지고, 임종환자에 대한 이해도 높아져 긍정적인 태도로 임종환자를 대할 수 있다는 결과가 있으나(9,16), 교육 및 지지체계가 부족하다면 언제든지 임종환자 돌봄에 대한 태도가 변할 수 있음을 간과해선 안 되며, 지속적인 관리가 꾸준히 필요하다.

연구 결과 응급실 의료진의 죽음부정이 낮을수록, 죽음관여도가 높을수록, 개인적 임종환자 돌봄 태도가 높을수록 전문가적 임종환자 돌봄 태도는 높아진다는 것으로 나타났으며, 유의한 상관관계가 있었다. 일반적 특성 가운데 성별, 환자죽음 경험 횟수에 따라 전문가적 임종환자 돌봄 태도에 유의한 차이가 도출되었다. 본 연구에서 이 요인들은 전문가적 임종환자 돌봄 태도를 26.1% 설명할 수 있으며, 특히 성별과 개인적 임종환자 돌봄 태도는 중요한 영향을 미치는 것으로 예측되었다.

죽음인식 가운데 죽음부정, 죽음불안, 죽음관여도, 생명존중의지가 개인적 임종환자 돌봄 태도와 유의한 상관관계가 있음을 알 수 있었고, 응급실 의료진의 직종, 임종관련 교육 여부와 함께 개인적 임종환자 돌봄 태도를 34.1% 설명할 수 있음이 나타났다. 특히 전문가적 임종환자 돌봄 태도와 죽음불안, 교육여부는 개인적 임종환자 돌봄 태도에 중요한 영향을 미치는 것으로 예측되었다. 죽음에 대한 인식이 긍정적이면 임종환자 돌봄 태도가 긍정적인 결과를 보이는 것에 대해 선행 연구와도 유사하였으며(9,10,16), 교육의 중요성을 다시 한 번 보여주었다. 교육의 필요성은 응급실 간호사를 대상으로 한 Jeon(8)와 Noh(9)의 연구 및 의사를 대상으로 한 Bradley 등(15)의 연구와 일치하였다.

임종환자 돌봄 특성요인에서는 응급실 간호사와 의사의 특성을 각각 반영하여 개발되어진 다른 도구를 적용하여 결과를 도출하였다. 비록 연구도구의 차이는 있으나, 응급실 간호사와 의사 두 군 모두에서 임종환자 및 가족을 위한 응급실 내의 독립된 공간의 필요성을 나타내고 있었다. 시끄럽고 프라이버시 제공이 어려운 공간에 대한 현실을 임종환자 돌봄의 방해요인으로 나타내고 있었으며, 외국의 문헌에서도 응급실 환경으로 인한 임종환자 돌봄의 어려움에 대해 언급하고 있다(21,23,24). Heaston 등(23)의 연구에서도 응급실 간호사가 임종간호 시 느끼는 방해요인으로는 업무 과다로 인한 시간 부족 및 환자의 임종이 임박하였음을 받아들이는 가족들의 부정적인 반응, 조용하고 개인적인 공간이 없는 열악한 응급실의 환경 등이 있다고 밝혔다. 반면 가족들이 감사의 뜻을 전달할 때 간호사의 자존감이 더욱 고취되며, 면회시간 조정 및 죽음을 준비할 수 있는 환경제공과 같이 간호사가 스스로 환자를 위해 도움을 줄 수 있을 때 양질의 생애말기 환자 돌봄이 이루어질 수 있다는 것을 알 수 있었다. 이 결과는 중환자실 간호사를 대상으로 시행한 Kirchhoff 와 Beckstrand(25)의 연구 결과와 암병동을 포함한 병동 및 중환자실 간호사를 대상으로

시행한 Lee 등(24)의 결과와도 유사하게 나타났는데, 병동, 중환자실, 응급실이라는 임상 영역에 관계없이, 임종환자와 가족에게 해 줄 수 있는 간호사의 영적, 정서적 지지 역할을 중요하게 인식하고 있음을 알 수 있었다.

본 연구에서 응급실 의사의 경우 응급실에서 통증조절과 같이 임종환자의 고통을 덜어줄 수 있는 역할에 대해 중요하게 인식하고 있는 것으로 나타났으며, 임종환자가 계속 진료를 받던 기존의 해당과 의사와의 의사소통을 중요시하고 있음을 알 수 있었다. Weigel 등(21)의 연구에 따르면 호스피스에 대해 전문적으로 의뢰할 수 있는 기회가 없을수록 의사들의 임종환자 돌봄 태도가 부정적이라고 하였으며, 전문가와 함께 협의할 수 있는 기회가 많을수록 임종환자를 돌보는 데 있어 불안감이 감소된다고 하였다. 이것은 동료 의사와의 협조적인 관계를 통해 완화의료의 적용시점, 연명치료 중단 결정, 치료의 지속 여부 등과 같은 의학적 결정에 신중을 기하고, 치료에 대한 사명감으로 불필요한 치료를 진행하지 않도록 하기 위해 꼭 필요하다고 사료된다.

이와 같이 응급실 임종환자 돌봄 특성요인을 살펴본 결과 응급실 의료진의 더 나은 임종환자 돌봄을 위해서 응급실 내, 프라이버시를 유지해 줄 수 있는 환경적인 공간 마련이 필요하고, 다학제적인 접근을 위한 응급실 의료진을 비롯한 관련 부서의 체계적인 관리, 행정적 차원의 방안 및 지원 역시 필요하다는 것을 알 수 있었다(22,23,25,26). 일반 병동이나 중환자실과 달리 돌보아야 할 환자 수가 제한되어 있지 않은 응급실의 경우, 많은 시간과 노력을 제공해야 하는 임종환자 및 가족이 의료진에게 큰 부담이 된다(22). 응급실에서 임종에 임박한 환자나 그에 준하는 치료 및 간호가 필요한 환자가 있을 경우 응급실 의료진에게 전적으로 맡기기 보다는 이를 체계적으로 관리해 줄 수 있는 전문가가 필요하며, 이는 임종환자의 보다 나은 관리를 가능케 하고 응급실 의료진의 부담을 덜어주는 역할을 할 수 있다고 생각한다.

본 연구는 응급실 간호사와 의사를 대상으로 응급실이라는 특수한 환경 내에서 임종환자 돌봄에 영향을 미치는 죽음인식과 임종환자 돌봄에 대한 태도를 조사하여 각 영역별 상관성을 확인하고 응급실만의 임종환자 돌봄 특성요인을 조사한 것에 그 의의가 있다. 응급실 의료진이 보다 나은 임종환자 돌봄 태도를 갖추기 위해서 죽음인식을 긍정적으로 고취시키며, 긍정적인 임종환자 돌봄 태도를 이끌어낼 수 있는 효과적인 교육 프로그램 개발 및 응급실의 환경 개선 및 행정적, 실무적 정책 마련이 제공되어야 하겠다.

본 연구의 대상자는 연구자가 임의 추출한 수도권 소재 3개의 상급종합병원의 응급실 의료진을 대상으로 하였기 때문에 일반화하기에는 제한이 있다. 응급실 의사의 대상자 수가 적어 자료 분석에도 제한이 있으므로 연구 대상자의 수를 보다 확대하고, 수도권 외 상급종합병원 이하의 병원에서의 임종환자 돌봄에 대한 영향요인을 파악하기 위한 반복 연구가 필요하다. 또한 체계적인 임종환자 돌봄 영향요인 분석을 위해 우리나라 의료 상황을 반영한 연구 도구 개발을 제안한다.

요 약

목적: 본 연구는 응급실에서 임종을 맞이하거나 혹은 임종에 임박한 환자, 생애말기 환자를 돌보는 응급실 의료진의 죽음인식과 임종환자 돌봄 특성요인과 임종환자 돌봄 태도와와의 관계를 확인하고, 임종환자 돌봄 태도에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 하는 것이다.

방법: 자료 수집은 2014년 06월 01일부터 2014년 06월 30일까지 4주에 걸쳐 수도권 소재의 3개의 상급종합병원 응급실 간호사 104명, 응급실 의사 41명을 대상으로 설문지 조사로 이루어졌다.

결과: 성별, 개인적 임종환자 돌봄 태도에 의해 응급실 의료진의 전문가적 임종환자 돌봄 태도는 28.1% 설명할 수 있으며, 죽음인식, 임종환자 돌봄 특성요인, 전문가적 임종환자 돌봄 태도, 임종환자 돌봄 교육 유무, 직종에 의해 응급실 의료진의 개인적 임종환자 돌봄 태도는 34.1% 설명할 수 있다. 응급실 임종환자 돌봄 특성요인으로는 응급실 의료진의 임종환자 돌봄은 응급실 환경에 영향을 받으며, 임종환자, 가족 및 동료 의료진과 관계와 관련이 있다.

결론: 응급실 의료진의 보다 나은 임종환자 돌봄 태도를 위해서 긍정적인 죽음인식을 이끌어낼 수 있는 효과적인 교육 프로그램 개발 및 임종환자 돌봄 특성요인에 따른 행정적, 실무적 정책 마련이 필요할 것이다.

중심단어: 의료진, 응급의료서비스, 임종 돌봄, 임종환자 돌봄, 태도

REFERENCES

1. Jung MS. Research on the actual conditions of cancer patients in the emergency room in a university hospital in Seoul [master's thesis]. Seoul: Hanyang Univ.; 2009. Korean.

2. Song JW. Characteristics of frequent users in an emergency department [master's thesis]. Seoul: Sungkyunkwan Univ.; 2010. Korean.
3. Gomes B, Calanzani N, Higginson IJ. Reversal of the British trends in place of death: time series analysis 2004-2010. *Palliat Med* 2012;26:102-7.
4. Hogan KA. Caring for adult patients who die in the emergency department : reflections of emergency room nurses [master's thesis]. Ottawa: Univ. of Ottawa.; 2008. English.
5. Marck CH, Well J, Lane H, Weiland TJ, Philip J, Boughey M, et al. Care of the dying cancer patient in the emergency department: findings from a National survey of Australian emergency department clinicians. *Intern Med J* 2014;44:362-8.
6. Choe KS, Lee KS, Ham MY. Nurses` Ethical difficulties in emergency department. *Korean J Med Ethics* 2012;15:219-30.
7. Choi EH, Lee EN. Importance of nurses' caring behaviors as perceived by nurses and patients at emergency departments. *J Korean Acad Soc Nurs Educ* 2014;20:402-12.
8. Jeon MH. Recognition among nurses and doctors about the death in ER & ICU [master's thesis]. Seoul: Hanyang Univ.; 2008. Korean.
9. Noh SS. A study on death perception, terminal care attitude, and terminal care performance of clinical nurses caring for cancer patients [master's thesis]. Seoul: Sungkyunkwan Univ.; 2010. Korean.
10. Cho YC. Emergency nurses' perception of death and terminal care attitude [master's thesis]. Suwon: Ajou Univ.; 2011. Korean.
11. Seo MJ, Kim JY, Kin SH, Lee TW. Nurses attitudes toward death, coping with death and understanding and performance regarding EOL care: focus in nurses at ED, ICU and oncology department. *Korean J Hosp Palliat Care* 2013;16:108-17.
12. Woo YW, Kim KH, Kim KS. Death anxiety and terminal care stress among nurses and the relationship to terminal care performance. *Korean J Hosp Palliat Care* 2013;16:33-41.
13. Jo KH, Kim GM. Predictive factors affecting the preferences for care near the end of life among nurses and physicians. *Korean J Med Ethics* 2010;13:305-20.
14. Jo KH, Kim GM. Health personnel's comprehension of death in Korea. *Korean J Med Ethics* 2013;16:124-38.
15. Bradley EH, Cramer LD, Bogardus ST Jr, Kasl SV, Johnson-Hurzeler R, Horwitz SM. Physicians' ratings of their knowledge, attitudes, and end-of-life-care practices. *Acad Med* 2002;77:305-11.
16. Hong EM, Jun MD, Park ES, Ryu EJ. Death perceptions, death anxiety, and attitudes to death in oncology nurses. *Asian Oncol Nurs* 2013;13:265-72.
17. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Designing clinical research. 4th ed. Philadelphia:Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins;2013. p. 59-60.
18. Inumiya Y. A study on development of a view of life and death

- scale and relationships among its elements [dissertation]. Seoul: Korea Univ.; 2013. Korean.
19. Cha YR. A study on the nurses' attitude to death in Korea : centering on university hospital in Jeollabuckdo province [master's thesis]. Iksan: Wonkwang Univ.; 2006. Korean.
 20. Levetown M, Hayslip B, Peel J. The development of the physicians' end-of-life care attitude scale. *Omega* 1999-2000;40: 323-33.
 21. Weigel C, Parker G, Fanning L, Reyna K, Gasbarra DB. Apprehension among hospital nurses providing end-of-life care. *J Hosp Palliat Nurs* 2007;9:86-91.
 22. Beckstrand RL, Smith MD, Heaston S, Bond AE. Emergency nurses' perceptions of size, frequency, and magnitude of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. *J Emerg Nurs* 2008;34:290-300.
 23. Heaston S, Beckstrand RL, Bond AE, Palmer SP. Emergency nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. *J Emerg Nurs* 2006;32:477-85.
 24. Lee J, Choi M, Kim SS, Kim H, Kim D. Korean nurses' perceived facilitators and barriers in provision of end-of-life care. *Int J Nurs Pract* 2013;19:334-43.
 25. Kirchorff KT, Beckstrand RL. Critical care nurses' perceptions of obstacles and helpful behaviors in providing end-of-life care to dying patients. *Am J Crit Care* 2000;9:96-105.
 26. Gross AG. End-of-life care obstacles and facilitators in the critical care units of a community hospital. *J Hosp Palliat Nurs* 2006;8:92-102. Gross AG. End-of-life care obstacles and facilitators in the critical care units of a community hospital. *J Hosp Palliat Nurs* 2006;8:92-102.