

응급실 간호사의 죽음에 대한 인식, 영적안녕이 삶의 질에 미치는 영향

배선주¹ · 성미혜²

¹부산대학교병원 간호사, ²인제대학교 간호학과·건강과학연구소 교수

Effects of Perception of Death and Spiritual Well-Being on Quality of Life among Nurses in Emergency Room

Bae, Seon-Joo¹ · Sung, Mi Hae

¹Staff Nurse, Busan National University Hospital, Busan; ²Professor, Institute for Health Science, Department of Nursing, Inje University, Busan, Korea

Purpose: The purpose of this study was to identify factors determining the quality of life in nurses in emergency rooms. **Methods:** Subjects were 131 nurses working in emergency rooms in B metropolitan city, Y and J city. Data were collected from June 5 to July 10, 2015 using structured self-report questionnaires. Data were analyzed using t-test, one-way ANOVA, Scheffé test, Pearson correlation coefficients, and stepwise multiple regression with SPSS/WIN 21.0 program. **Results:** Existential well-being ($\beta = .59$) of nurses in emergency rooms and gender ($\beta = .19$) were found to be significant predictors of quality of life in nurses in emergency rooms. **Conclusion:** The results suggest that it is needed to improve existential well-being of nurses in emergency rooms. Ultimately, holistic spiritual program for nurses should be developed the quality of life in nurses in emergency rooms.

Key Words: Death, Spirituality, Quality of life, Emergency room, Nurses

서 론

1. 연구 필요성

죽음은 모든 인간이 운명처럼 맞게 되는 자연적이고 정상적인 삶의 과정으로 인간에게 있어서 불가피하고 중대한 문제이다[1]. 응급실은 중증 환자나 말기 환자들이 내원하거나 다양한 원인으로 인해 위급한 환자가 많이 내원하는 장소이다[2]. 2014년 중앙응급의료센터 응급의료 통계자료[3]에 따르면 우리나라 응급 의료 기관 이용자수는 2012년 10,243,040명에서 2014년에는 10,419,983명으로, 응급실 도착 후 사망한 환자 수는 2012년 25,492명에서 2014년 28,607명으로 응급실을 내원하는 환자수와 사망자수가 점점 증가하고 있

다. 이와 같은 현실에서 응급실 간호사는 다양한 환자들을 간호하는 과정 중 목땀, 의사, 투신, 음독, 분신, 동맥 절단 등과 같이 자살 또는 타살 등으로 인한 사망환자를 처치한다. 또한 예측 불가능하고 긴박한 상황에서 사건, 사고에 노출된 환자들을 빠르고 정확하게 처치해야 한다. 이러한 근무 환경과 임종환자를 간호해야 하는 상황에서 응급실 간호사는 극도의 신체적, 정신적 스트레스를 받고 있다[4].

영적안녕은 인간의 영적분성을 최대한으로 개발시키는 능력으로 간호사의 영적안녕은 이들의 삶의 질과 긍정적인 관계[5, 6]가 있는데, 간호사가 영적안녕을 갖게 되면 부정적인 환경에서도 자신의 삶에 대하여 긍정적인 태도를 보인다. 인간의 영적인 차원은 삶에

주요어: 죽음, 인식, 영적안녕, 삶의 질, 응급실

* 이 논문은 제1저자 배선주의 석사학위논문 일부 발췌한 것이다.

* This article is based on a part of the first author's master's thesis from Inje University.

Address reprint requests to: **Sung, Mi Hae**

Department of Nursing, Inje University, 75 Bokji-ro, busanjin-gu, Busan 614-735, Korea

Tel: +82-10-7223-3844 Fax: +8251-896-9840 E-mail: nursmh@inje.ac.kr

Received: 30 August 2016 Revised: 22 November 2016 Accepted: 22 November 2016

의미를 부여하고 목적을 추구하게 함으로써 개인이 신체적, 정신적 위협을 경험할 때 어려움을 극복할 수 있는 내적 대처자원으로 작용하여 간호사의 삶의 질을 높이는 효과가 있다[7].

간호사의 죽음에 대한 인식은 죽음에 대한 이해와 태도로 대상자를 돌보는 간호행위나 간호태도에 영향을 미치는데[8], 죽음에 대해 부정적인 인식을 가진 간호사는 죽음에 대한 불안 정도가 높아 죽음을 회피하려는 행동을 하게 될 뿐만 아니라 임종환자나 가족들에게 적절한 간호를 제공하지 못한다[9]. 하지만 죽음을 제대로 알고 받아들이면 우리의 삶이 죽음의 불안과 공포에서 벗어나 자유로워 질 수 있으며, 죽음의 대면에도 용기 있게 대처할 수 있게 된다[10]. 간호사의 반복적인 죽음에 대한 경험은 간호사 자신의 가치관이나 삶의 의미에도 영향을 줄 수 있다. 만약 간호사가 죽음을 긍정적으로 수용한다면 삶의 의미를 발견할 수도 있으며, 죽음에 대한 긍정적인 인식은 삶의 가치 및 삶의 질까지도 높일 수 있다[8]. 따라서 임종환자를 자주 접하는 응급실 간호사의 평소 죽음에 대한 견해와 철학의 정립이 중요하다고 본다.

한편 죽음에 직면한 환자들은 삶의 질 측면에서 영적안녕을 중요하게 생각하며 그들을 돌보는 사람들에게 영적인 측면의 관심을 기대하므로[11], 간호사는 환자들의 영적 요구를 이해하고 이들이 죽음을 과정으로 받아들여 여생을 평안하고 가치 있게 살아갈 수 있도록 격려하고 도움을 제공해 주어야 한다[12]. 그러기 위해선 우선 환자를 총체적으로 접근해야 하는 입장에서 간호사 자신의 영적인 이해가 더욱 증진되어야 한다[13]. 간호제공자의 영적안녕은 죽음에 대한 인식, 태도에 영향을 주어 결국 간호 대상자의 죽음에 대한 인식형성에 영향을 주며, 죽음에 대한 인식이 높을수록 영적안녕이 높으므로[14] 응급실 간호사 개인의 죽음에 대한 인식과 영적안녕의 정도를 파악해보는 것이 필요하다.

간호대학생의 영적안녕과 생활 스트레스를 연구한 Sung [15]의 연구에서 영적안녕이 높은 사람은 현재의 환경에서 삶의 목적과 의미를 발견하고 삶에 대한 긍정적인 태도를 가짐으로써 내적인 조화와 평화를 이루어 생활 스트레스, 우울 등을 극복할 수 있게 된다고 하였다. 영적안녕은 간호사 개인의 삶에 있어서 최상의 건강과 안녕을 돕는데 중요한 역할을 하고, 궁극적으로 질병과 죽음을 직면하는 간호 대상자에게 긍정적 영향을 미칠 수 있다[16].

간호사 개인의 죽음에 대한 인식은 이들의 삶의 가치를 높이는 데 영향을 주므로, 간호사가 죽음에 대해 부정적이거나 편협한 시각을 갖지 않도록 하고 자신의 삶의 의미를 정립하여 가치로운 삶을 영위하도록 도와주어야 한다[8]. 간호사 자신이 행복하고 가치로운 삶을 살아야 삶의 질이 높아지고 나아가 대상자의 삶의 질도 높일 수 있는 간호를 수행할 수 있다[17]. 그러나 현재까지의 선행연구는 간호사를 대상으로 한 죽음에 대한 인식[1, 9], 영적안녕[7], 죽음

에 대한 인식과 삶의 의미[8], 죽음에 대한 인식과 영적안녕[12]과 암 병동 간호사를 대상으로 한 영적안녕과 삶의 질[5], 간호학생을 대상으로 한 영적안녕과 죽음에 대한 인식[14], 영적안녕과 생활스트레스[15] 등이 있다. 응급실 간호사를 대상으로 한 연구는 죽음에 대한 인식[10]으로, 간호사나 암병동 간호사 대상의 연구나 간호대학생을 대상으로 한 죽음에 대한 인식, 영적안녕 및 삶의 질에 대한 연구는 있으나 응급실 간호사를 대상으로 죽음에 대한 인식과 영적안녕을 파악하고 이들 요인이 삶의 질에 미치는 영향에 대해 분석한 연구는 거의 이루어지지 않은 상태이다.

이에 본 연구는 삶과 죽음이 교차하는 의료현장에서 죽음과 빈번하게 접하는 응급실 간호사의 삶의 질과 관련하여 죽음에 대한 인식, 영적안녕, 삶의 질에 대해 파악하고 삶의 질에 영향을 주는 요인을 규명하고자 한다. 이를 통해 응급실 간호사의 삶의 질을 향상시키기 위한 효율적인 중재전략을 모색하고 궁극적으로 간호의 질을 향상시키기 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 응급실 간호사의 죽음에 대한 인식, 영적안녕과 삶의 질의 상관관계를 규명하고 삶의 질에 미치는 영향을 확인하기 위함으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질의 차이를 파악한다.
- 2) 대상자의 죽음에 대한 인식, 영적안녕 및 삶의 질의 정도를 파악한다.
- 3) 대상자의 죽음에 대한 인식, 영적안녕과 삶의 질의 상관관계를 규명한다.
- 4) 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인한다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 응급실 간호사의 죽음에 대한 인식, 영적안녕과 삶의 질의 상관관계를 규명하고 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 시도된 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 B광역시, Y시, J시의 권역응급의료센터 1곳, 지역응급의료센터 4곳, 지역응급의료기관 4곳에 6개월 이상 근무한 응급실 간호사를 대상으로 하였다. 대상자 수는 G power 3.1 프로그램을 이용하여 다중회귀분석에서 3가지 예측요인(죽음에 대한 인식, 영적안녕의 하위영역 2개), 중간 효과크기 .15, 유의수준 .05, 검정력 .95로 계산한 결과 필요한 표본크기는 119명이었다. 효과크

기는 간호사를 대상으로 죽음에 대한 인식과 삶의 의미를 측정하는 연구[8]에서 적용한 것을 근거로 하였다. 그러나 여기에서 탈락률 20%를 고려하여 140부를 배부하였고, 총 138부(98.5%)가 수거되었다. 그중 응답이 불성실한 7부를 제외한 최종 131부(93.5%)를 최종 자료로 분석에 활용하였다.

3. 연구 도구

본 연구의 자료 수집을 위해 구조화된 설문지를 사용하였다. 설문지는 일반적인 특성 12문항, 죽음에 대한 인식 23문항, 영적안녕 20문항, 삶의 질 26문항 등 총 81문항으로 이루어졌다.

1) 죽음에 대한 인식

Kim, Kim과 Tac [18]이 개발하고 Jo [19]가 수정, 보완한 도구를 원 도구 저자 및 수정도구 저자의 허락을 받은 후 사용하였다. 이 도구는 총 23문항으로, 각 문항은 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점의 Likert 5점 척도로 이루어졌다. 부정적 문항은 역산하였고, 점수가 높을수록 죽음에 대한 인식이 긍정적인 것을 의미한다. Kim 등[18]의 연구에서 도구의 신뢰도는

Cronbach's α = .62이었고, Jo [19]의 연구에서는 .73이었다. 본 연구에서는 .70이었다.

2) 영적안녕

Paloutzin과 Ellison [20]이 개발한 Spiritual Well-Being Scale (SWBS)을 Lee와 Choe [21]가 수정, 보완한 도구를 사용하였으며 수정한 도구의 저자에게 허락을 받은 후 사용하였다. 총 20문항으로, '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점의 Likert 5점 척도로 이루어져 있다. 홀수 번호 문항들은 신 또는 초월자와의 관계에 대한 종교적 안녕을, 짝수 문항들은 종교와 무관하게 삶에 있어서의 의미와 목적, 만족감을 나타내는 실존적 안녕을 나타내며, 영적안녕점수는 종교적 안녕점수와 실존적 안녕점수를 더한 것이다. 점수가 높을수록 더욱 안녕한 것을 의미하며, 부정형 문항은 점수를 역환산하였다. 개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's α = .93이며, Lee와 Choe [21]의 연구에서는 .87이었다. 본 연구에서는 .91이었고, 하위 영역별로는 실존적 안녕 .82, 종교적 안녕 .93이었다.

3) 삶의 질

WHO [22]에서 개발한 World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL)를 Min 등[23]이 번역하고 표준화하여 개발된 한국판 WHOQOL-BRIEF를 저자[23]의 허락을 받은 후 사용하였다. 삶의 질 하위영역은 신체적 건강 7문항, 심리적 영역 6문항, 사회적 관계 3문항, 생활환경 8문항, 전반적인 삶의 질과

일반적인 건강 인식 2문항 등 총 26문항으로 구성되어 있다. '전혀 아니다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점의 Likert 5점 척도로, 부정형 문항은 점수를 역환산하였으며, 점수가 높을수록 삶의 질 정도가 좋음을 의미한다. WHO [22]가 개발한 WHOQOL의 신뢰도는 Cronbach's α = .96이었고, Min 등[23]의 연구에서는 .89이었다. 본 연구에서의 전체 신뢰도는 .91이었고, 하위 영역별로는 신체적 건강 .69, 심리적 영역 .77, 사회적 관계 .65, 생활환경 .78, 전반적 삶의 질과 일반적인 건강 인식 .53이었다.

4. 자료 수집 방법

본 연구는 연구의 윤리적 고려를 위하여 I대학교 생명윤리심의위원회(승인(승인번호: 2-1041024-AB-N-01-20150302-HR-1 65)과 도구개발자의 승인을 받은 후 수행하였다. 자료 수집 기간은 2015년 6월 5일부터 7월 10일까지로, 자료 수집을 위하여 B광역시, Y시, J시의 권역응급의료센터 1곳, 지역응급의료센터 4곳, 지역응급의료기관 4곳의 간호부에 연구자가 직접 방문하여 연구의 취지와 목적을 설명한 후 허락을 받았다. 설문지의 응답내용은 연구목적 이외에는 사용하지 않을 것이며, 개인의 정보는 철저히 비밀로 지켜질 것임을 약속하고 서면동의를 받은 후, 연구의 목적을 이해하고 참여에 동의한 자만을 대상으로 하였다. 설문지는 참여를 원하지 않을 때는 설문 중이라도 언제든지 중단할 수 있음을 설명한 후 직접 배부, 회수하였다.

5. 자료 분석 방법

자료 분석은 SPSS WIN 21.0 program을 이용하여 기초자료에 대한 기술통계를 실시하였다. 일반적 특성에 따른 삶의 질의 차이는 t-test, ANOVA로 산출하였으며, 사후검정은 Scheffé test로 하였다. 죽음에 대한 인식, 영적 안녕과 삶의 질의 관계는 Pearson's correlation으로 분석하였으며, 삶의 질 영향요인은 Stepwise multiple regression으로 분석하였다.

연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자는 여자가 90.1%로 대부분이었으며, 평균 연령은 29.22세로 주 연령대는 26-30세로 42.0%였다. 학력은 전문대학 졸업이 42.0%, 4년제 대학졸업이 46.6%, 대학원 재학이상이 11.4%로 나타났으며, 종교가 있는 대상자는 40.5%, 없는 대상자는 59.5%이었다. 결혼 상태는 미혼이 76.3%로 많았고, 총 임상경력은 평균 5.80년, 응급실 경력은 평균 3.56년으로 나타났으며, 직위는 일반 간호사가 86.3%로 대부분이었다. 부모는 두 분 모두 생존 한 경우가 89.3%로

Table 1. Differences in Quality of Life by General Characteristics (N = 131)

Variable	Category	Quality of life																			
		Physical health			Psychological			Social relationships			Environmental			Overall & general health			Total quality of life				
		n	%	M±SD	t/F	p	M±SD	t/F	p	M±SD	t/F	p	M±SD	t/F	p	M±SD	t/F	p			
Gender	Female	118	90.1	3.34±0.48	-3.34	.001	3.30±0.52	-3.03	.003	3.40±0.52	-1.86	.065	3.37±0.47	-2.51	.013	3.44±0.64	-3.76	<.001	3.35±0.42	-3.41	.001
	Male	13	9.9	3.81±0.51			3.76±0.48			4.03±0.53			3.71±0.42			4.03±0.53			3.77±0.41		
Age(yr)	23-25	36	27.5	3.37±0.56	0.50	.483	3.28±0.59	0.26	.856	3.47±0.60	1.05	.375	3.45±0.48	0.33	.801	3.40±0.73	1.33	.265	3.39±0.47	0.06	.983
	26-30	55	42.0	3.38±0.51			3.48±0.53			3.41±0.44			3.41±0.47			3.60±0.65			3.41±0.44		
	31-35	26	19.8	3.35±0.42			3.37±0.52			3.37±0.43			3.37±0.51			3.41±0.59			3.37±0.43		
Level of education	≥ 36	14	10.7	3.54±0.46			3.21±0.48			3.40±0.39			3.31±0.45			3.58±0.52			3.40±0.39		
	JCollege	55	42.0	3.41±0.47	0.16	.857	3.33±0.48	0.18	.840	3.44±0.44	0.85	.431	3.35±0.44	0.54	.585	3.47±0.59	0.30	.743	3.38±0.38	0.09	.913
University	≥ Graduate	61	46.6	3.36±0.57			3.38±0.63			3.40±0.50			3.45±0.51			3.49±0.72			3.40±0.50		
	school	15	11.4	3.43±0.33			3.58±0.51			3.43±0.38			3.41±0.50			3.60±0.58			3.43±0.38		
Religion	Yes	53	40.5	3.37±0.55	-0.41	.686	3.38±0.56	0.56	.580	3.47±0.59	0.76	.447	3.52±0.51	2.37	.019	3.50±0.67	0.15	.962	3.44±0.47	0.89	.374
	No	78	59.5	3.40±0.47			3.32±0.51			3.50±0.64			3.32±0.44			3.50±0.64			3.37±0.41		
Marital status	Single	100	76.3	3.37±0.52	-0.75	.457	3.35±0.52	-0.04	.968	3.45±0.56	0.97	.332	3.40±0.48	-0.32	.751	3.50±0.68	-0.03	.974	3.39±0.45	-0.15	.879
	Married	31	23.7	3.45±0.42			3.35±0.56			3.50±0.58			3.34±0.49			3.50±0.58			3.41±0.41		
Total clinical careers (yr)	< 2	25	19.1	3.56±0.61	1.65	.182	3.45±0.62	0.57	.636	3.61±0.71	1.43	.236	3.55±0.48	1.66	.180	3.71±0.71	2.41	.068	3.55±0.52	1.49	.221
	2- < 5	46	35.1	3.29±0.44			3.38±0.48			3.36±0.38			3.40±0.47			3.39±0.65			3.36±0.38		
	5- < 10	41	31.3	3.39±0.51			3.42±0.51			3.39±0.43			3.40±0.46			3.52±0.60			3.39±0.43		
Clinical careers in emergency department (yr)	≥ 10	19	14.5	3.41±0.44			3.30±0.51			3.29±0.46			3.23±0.50			3.37±0.63			3.29±0.46		
	< 2	39	29.8	3.47±0.58	1.37	.258	3.34±0.61	0.01	.989	3.42±0.67	0.01	.985	3.43±0.48	0.09	.915	3.61±0.73	1.67	.192	3.43±0.51	0.22	.805
	2- < 5	58	44.2	3.31±.042			3.44±0.49			3.37±0.39			3.39±0.50			3.41±0.62			3.37±0.39		
Position	≥ 5	34	26.0	3.44±0.52			3.42±0.50			3.41±0.44			3.40±0.45			3.51±0.59			3.41±0.44		
	Staff nurse	113	86.3	3.36±0.50	-1.83	.070	3.33±0.53	-0.69	.494	3.44±0.56	0.63	.529	3.42±0.47	0.74	.461	3.49±0.66	-0.54	.588	3.39±0.43	-0.45	.656
Above charge nurse	Staff nurse	18	13.7	3.59±0.50			3.35±0.48			3.44±0.46			3.33±0.51			3.57±0.62			3.44±0.46		
	Both	117	89.3	3.38±0.50	-0.48	.634	3.33±0.53	-1.24	.217	3.40±0.55	-1.57	.119	3.38±0.47	-1.71	.091	3.49±0.66	-0.55	.581	3.38±0.43	-1.38	.170
Parent's survival	Only	14	10.7	3.45±0.50			3.64±0.44			3.55±0.44			3.61±0.48			3.57±0.58			3.55±0.44		
	Satisfaction ^a	32	24.4	3.58±0.55	3.87	.023	3.56±0.63	4.94	.009	3.58±0.61	1.77	.175	3.51±0.50	1.75	.178	3.74±0.65	4.88	.009	3.56±0.50	4.12	.018
Job satisfaction	Average ^b	82	62.6	3.35±0.47	a > c*		3.32±0.47	a > c*		3.38±0.53			3.39±0.48	a > c*		3.43±0.61	a > c*		3.36±0.40	a > c*	
	Dissatisfaction ^c	17	13.0	3.22±0.49			3.09±0.51			3.35±0.48			3.25±0.40			3.34±0.73			3.22±0.39		
Experience with death family or relatives during previous 1 year	Yes	40	30.5	3.36±0.48	-0.36	.719	3.37±0.54	0.35	.725	3.39±0.54	-0.50	.620	3.44±0.52	0.64	.524	3.48±0.59	-0.22	.824	3.40±0.44	0.08	.994
	No	91	69.5	3.40±0.51			3.34±0.53			3.44±0.55			3.39±0.45			3.50±0.68			3.39±0.44		
Usual character	Introverted-passive	73	55.7	3.37±0.51	-0.47	.641	3.28±0.52	-1.64	.103	3.30±0.48	-3.18	.002	3.35±0.49	-1.52	.131	3.42±0.65	-1.77	.078	3.33±0.43	-1.83	.069
	Extroverted-active	58	44.3	3.41±0.49			3.43±0.54			3.59±0.58			3.47±0.46			3.59±0.65			3.47±0.43		

*Scheffé test.

Table 2. Death, Spiritual Well-Being and Quality of Life

(N = 131)

Variable		Mean ± SD	Min	Max	Range
Perception of death		3.41 ± 0.34	2.35	4.43	1-5
Spiritual well-being	Total	3.08 ± 0.54	1.90	4.70	1-5
	Existential well-being	3.40 ± 0.48	2.10	4.60	1-5
	Religious well-being	2.76 ± 0.78	1.20	4.80	1-5
Quality of life	Total	3.40 ± 0.44	2.15	4.81	1-5
	Physical health	3.39 ± 0.50	2.00	4.86	1-5
	Psychological	3.35 ± 0.53	1.83	5.00	1-5
	Social relationships	3.43 ± 0.55	2.33	5.00	1-5
	Environmental	3.40 ± 0.48	2.38	4.63	1-5
	Overall & general health	3.45 ± 0.65	2.00	5.00	1-5

대부분이었으며, 직무만족은 보통이 62.6%로 가장 많았다. 최근 1년 이내 가족 또는 친척의 죽음에 대한 경험은 없다고 응답한 경우가 69.5%이었으며, 평소 성격은 내성적이고 소극적인 편이 55.7%로 많았다(Table 1).

2. 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 전체 삶의 질은 성별($t = -3.41, p = .001$), 직무만족($F = 4.12, p = .018$)에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 성별은 남자가 여자보다, 직무만족은 만족군이 불만족군보다 삶의 질 점수가 높았다. 삶의 질의 하부영역에서 신체적 건강은 성별($t = -3.34, p = .001$), 직무만족($F = 3.87, p = .023$)에서 차이를 보였다. 심리적 영역은 성별($t = -3.03, p = .003$), 직무만족($F = 4.94, p = .009$)에서, 사회적 관계는 평소 성격($t = -3.18, p = .002$)에서 유의한 차이를 보였다. 생활환경은 성별($t = -2.51, p = .013$), 종교($t = 2.37, p = .019$)에서, 전반적 삶의 질과 일반적인 건강 인식은 성별($t = -3.76, p < .001$), 직무만족($F = 4.88, p = .009$)에서 유의한 차이를 보였다. 이를 Scheffé test로 사후 검정을 한 결과, 직무에 불만족한 군보다 만족하는 군이 전반적 삶의 질과 일반적인 건강 인식 및 신체적, 심리적 영역 삶의 질이 더 높았으며 전체 삶의 질 또한 더 높은 것으로 나타났다(Table 1).

3. 대상자의 죽음에 대한 인식, 영적안녕, 삶의 질 정도

대상자의 죽음에 대한 인식은 5점 만점에 평균 3.41 ± 0.34 점, 영적안녕은 5점 만점에 평균 3.08 ± 0.54 점으로, 각 하위 영역별로는 실존적 안녕이 3.40 ± 0.48 점, 종교적 안녕이 2.76 ± 0.78 점이었다. 삶의 질은 평균 3.40 ± 0.44 점으로, 각 하위 영역별로는 전반적 삶의 질과 일반적인 건강 인식이 3.45 ± 0.65 점, 사회적 관계 3.43 ± 0.55 점, 생활환경 3.40 ± 0.48 점, 신체적 건강이 3.39 ± 0.50 점, 심리적 영역 3.35 ± 0.53 점 순으로 나타났다(Table 2).

4. 대상자의 죽음에 대한 인식, 영적안녕, 삶의 질 간의 상관관계

대상자의 삶의 질은 죽음에 대한 인식($r = .33, p < .001$), 영적안녕($r = .44, p < .001$)과 정적 상관관계를 나타냈으며, 영적안녕의 하위 영역인 실존적 안녕($r = .63, p < .001$)과 종교적 안녕($r = .23, p = .009$)과도 정적 상관관계를 나타냈다. 죽음에 대한 인식은 영적안녕($r = .53, p < .001$), 그 하위영역인 실존적 안녕($r = .55, p < .001$)과 종교적 안녕($r = .39, p < .001$)과 정적 상관관계를 나타냈다. 삶의 질의 하위항목인 신체적 건강($r = .20, p = .009$), 심리적 영역($r = .39, p < .001$), 사회적 관계($r = .17, p = .048$), 생활환경($r = .31, p < .001$), 전반적 및 일반적인 건강 인식($r = .18, p = .034$)과 모두 정적 상관관계를 나타내었다. 영적안녕은 삶의 질의 하위항목인 신체적 건강($r = .28, p = .001$), 심리적 영역($r = .47, p < .001$), 사회적 관계($r = .29, p = .001$), 생활환경($r = .42, p < .001$), 전반적 및 일반적인 건강 인식($r = .43, p < .001$)과 정적 상관관계를 나타냈다(Table 3).

5. 대상자의 삶의 질에 미치는 영향요인

대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 일반적 특성에서 삶의 질에 차이를 보이는 성별(여자 기준), 직무만족(불만족 기준), 죽음에 대한 인식, 영적안녕의 하위항목인 실존적 안녕, 종교적 안녕을 독립변수로 하고, 삶의 질을 종속변수로 하여 단계적 회귀분석을 실시한 결과는 Table 4와 같다. 이중 명목척도인 성별과 직무만족은 가변수 처리하여 분석하였다. 분석 전 오차 항들 간에 자기상관이 있는지 검증한 결과 Durbin-Watson 통계량이 2.07로 2 근방으로 나타나 오차 항들 간에는 자기상관이 없는 것으로 나타났다. 오차항의 분포가 정규분포를 가정할 수 있는지 케이스 진단을 실시한 결과 표준화 잔차가 1개를 제외하고 모두 ± 3 이내의 값으로 나타났으며, 1개의 표준화 잔차값도 3.51로 3 근방으로 나타나 오차항의 분포는 정규분포로 가정할 수 있었다. 독립변수들 간에 다중공선성이 있는지 확인하기 위하여 공차한계와 분산팽창인자(Variance Inflation Factor, VIF)를 구한 결과 공차한계는 974로 모두

Table 3. Correlations among Perception of Death, Spiritual Well-Being, and Quality of Life

(N = 131)

Variable	Perception of death	Spiritual well-being			Quality of life					
		Total	Existential well-being	Religious well-being	Total	Physical health	Psychological	Social relationships	Environmental	Overall & general health
r(p)										
Perception of death	1									
Spiritual well-being										
Total	.53 ($<.001$)	1								
Existential well-being	r = .55 ($<.001$)	.76 ($<.001$)	1							
Religious well-being	.39 ($<.001$)	.92 ($<.001$)	.44 ($<.001$)	1						
Quality of life										
Total	.33 ($<.001$)	.44 ($<.001$)	.63 ($<.001$)	.23 (.009)	1					
Physical health	.20 (.009)	.28 (.001)	.41 ($<.001$)	.13 (.131)	.84 ($<.001$)	1				
Psychological	.39 ($<.001$)	.47 ($<.001$)	.69 ($<.001$)	.23 (.008)	.91 ($<.001$)	.70 ($<.001$)	1			
Social relationships	.17 (.048)	.29 (.001)	.47 ($<.001$)	.12 (.180)	.76 ($<.001$)	.52 ($<.001$)	.63 ($<.001$)	1		
Environmental	.31 ($<.001$)	.42 ($<.001$)	.54 ($<.001$)	.25 (.004)	.86 ($<.001$)	.55 ($<.001$)	.70 ($<.001$)	.65 ($<.001$)	1	
Overall & general health	.18 (.034)	.43 ($<.001$)	.58 ($<.001$)	.23 (.002)	.81 ($<.001$)	.66 ($<.001$)	.75 ($<.001$)	.49 ($<.001$)	.65 ($<.001$)	1

Table 4. Factors influencing Quality of Life

(N = 131)

Variable	B	SE	β	t	p	Adj. R2	F (p)
(Constant)	1.24	0.22		5.63	$<.001$		47.91($<.001$)
Existential well-being	0.54	0.06	0.59	8.79	$<.001$.388	
Gender*	0.27	0.09	0.19	2.82	.006	.419	

* Dummy variable (Male = 1, Female = 0).

.10 이상의 값이었으며, VIF는 1.027 로 모두 10 미만의 값으로 독립 변수들 간에 다중공선성은 존재하지 않는 것으로 나타났다. 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 실존적 안녕($\beta = .59, p < .001$)과 성별($\beta = .19, p = .006$)이었다. 실존적 안녕의 설명력은 38.8%이며, 성별을 포함하여 전체 설명력은 41.9%로 실존적 안녕이 삶의 질에 영향력이 가장 큰 요인으로 나타났다.

논 의

본 연구는 응급실 간호사의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명하여 응급실 간호사의 삶의 질과 더 나아가 간호의 질을 향상시키기 위한 기초자료를 제공하고자 수행되었다.

본 연구에서 응급실 간호사의 죽음에 대한 인식의 정도는 총 5점 만점에 평균 3.41점으로 중간정도 이상의 점수를 보여 응급실 간호사는 대체로 죽음에 대해 긍정적인 인식을 보였다. 이는 응급실 간호사를 대상으로 연구한 Jo [19]의 연구에서의 3.61점보다는 낮은 결

과이다. 이러한 결과는 선행연구에서는 응급실 간호사의 응급실 경력이 5년 이하가 55%인 것에 비해 본 연구에서는 5년 미만인 경우가 74%를 차지할 정도로 짧은 경력자들이 많음으로써, 죽음을 대면할 기회가 적고 이로 인해 아직 죽음에 대한 자신의 생각과 가치가 정립되지 않아 나타난 결과라 생각된다. 또한 응급실 간호사를 대상으로 한 연구[20]에서 5년 이상의 경력 간호사가 다른 간호사에 비해 죽음에 대한 인식이 긍정적으로 나타났다는 결과와 임상간호사를 대상으로 한 연구[7]에서 임상경력이 낮은 간호사의 영적 안녕정도가 낮았다는 결과와 맥을 같이 한다 할 수 있다. 그러나 죽음에 대한 인식이 긍정적인 간호사는 임상환자를 간호할 때 적절한 대처 방법을 찾아서 실천하므로, 죽음에 대한 인식이 긍정적으로 정립되어야 임상환자에게 전인간호를 할 수 있다[24]. 따라서 가장 가까이에서 임상환자를 돌보는 응급실 간호사들이 죽음을 긍정적으로 인식하도록 격려해야 하며, 이를 위해 정기적인 교육과 훈련을 통해 죽음에 대한 인식을 긍정적으로 강화시킬 필요가 있다고 본다. 또한, 간호사의 죽음에 대한 인식은 대상자를 돌보는 간호행위나 간

호태도에 영향을 미치며 간호사 개인의 삶의 가치를 높일 수 있는데 [8], 응급실 간호사들이 자신의 삶의 의미를 정립하여 가치로운 삶을 영위하도록 하기 위해 이들에게 영적, 내면적 성숙을 위한 기회가 마련되어야 한다고 사료된다. 그리고 죽음에 대한 인식은 종교적 성향에 의해 차이가 날 수 있으므로 [8], 개인의 종교를 바탕으로 한 죽음에 대한 인식에 대해 생각해 볼 기회나 자각할 시간을 제공하는 것이 필요하다고 생각된다.

본 연구에서 응급실 간호사의 영적안녕 점수는 5점 만점에 평균 3.08점으로 중간 정도의 영적안녕을 나타냈다. 이는 응급실 간호사를 대상으로 영적안녕을 규명한 선행연구가 없어 직접 비교 고찰은 어렵지만, 임상간호사를 대상으로 한 연구 [7]에서 5점 만점에 평균 3.58점으로 나온 결과보다 낮지만 간호사를 대상으로 한 연구 [12]에서 4점 만점에 2.86점으로 나온 결과, 간호대학생을 대상으로 한 연구 [15]에 4점 만점에 2.65점으로 나온 결과와 유사한 것이다. 응급실 간호사가 평균 수준의 영적안녕을 나타낸 결과는 응급실의 복잡한 근무 환경과 중증도가 높은 외상 환자를 경험하는 빈도가 높고, 긴급하게 돌아가는 부서의 분위기로 인해 자신의 내적인 조화와 영적인 안녕을 유지하는 것이 쉽지 않기 때문인 것으로 생각된다. 하지만 영적안녕을 가진 간호사는 자신의 삶의 질 뿐만 아니라 자신과 관계를 맺고 있는 환자에게도 안정된 간호를 제공할 수 있으므로 [25], 병원 관계자들은 응급실 간호사의 특성화된 업무현장을 이해하고, 이들의 영적안녕을 높이기 위한 영적 프로그램 개발 등의 전략을 마련하여 적용시키는 노력이 반드시 필요하다고 생각된다. 개인은 종교에 따라 영성의 개념을 다르게 받아들이는데 [14], 간호사를 대상으로 한 선행연구 [16]에서 종교는 영적안녕에 영향을 미치는 특성임을 볼 때, 응급실 간호사의 영적안녕을 향상시켜 주기 위해서는 이들의 종교 활동이 도움이 되리라 생각된다. 종교를 가지고 있거나 신의 존재에 대한 믿음이 있는 경우 자신의 삶에 대한 의미 목적을 인식하거나 자신의 존재에 대해 만족하는 실존적 안녕 외에 수직적 영역의 종교적 안녕수준이 높아지면서 전체적인 영적안녕수준에 영향을 준다 [14].

영적안녕을 하위영역별로 살펴보면, 응급실 간호사의 실존적 안녕은 평균 3.40점, 종교적 안녕은 평균 2.76점으로 종교적 안녕보다 실존적 안녕의 점수가 더 높게 나타났다. 이는 간호사를 대상으로 한 연구 [16]에서 대상자의 실존적 안녕 점수가 종교적 안녕 점수보다 높게 나온 결과와 일치하는 것이다. 또한 간호대학생을 대상으로 종교의 종류와 상관없이 종교가 있는 집단과 종교가 없는 집단으로 구분하여 영적안녕에 대해 분석한 연구 [15] 결과에서, 두 집단 모두에서 종교적 안녕보다는 실존적 안녕점수가 높게 나온 결과와도 일맥상통한 결과라 할 수 있다. 실존적 안녕은 종교와 무관하게 삶에 있어서의 의미와 목적, 만족감을 나타내는 것 [20]으로, 이러한 결

과는 응급실 간호사는 신과 관련된 영적 경험보다는 삶의 의미와 목적을 가지게 하고 자신의 존재 가치를 인식하고 끊임없이 개선할 수 있게 하는 실존적 안녕을 더 경험하고 [26] 있음을 시사하는 것이라 할 수 있다.

본 연구에서 응급실 간호사의 삶의 질의 총 평균 점수는 5점 만점에 3.40점으로, 이는 임상간호사를 대상으로 한 연구 [27]에서 3.08점으로 나온 결과보다 높은 결과이다. 이러한 결과는 선행연구 [27]는 2004년에 조사한 결과이고 본 연구는 2015년의 조사결과이므로 단순히 점수만을 비교하는 것은 무리가 있을 수 있으므로, 이에 대한 명확한 규명을 위해 향후 일반적 특성 중 다루어지지 않은 변수들을 포함한 후속 연구가 필요할 것으로 생각된다. 본 연구에서 하위 영역별 삶의 질은 전반적 삶의 질과 일반적인 건강 인식이 가장 높게 나타나, 신체적 건강이 가장 높게 나온 Min 등 [23]의 연구결과와는 차이가 있었다. 한편, 본 연구에서 심리적 영역이 가장 낮은 점수를 나타냈는데, 이는 직무 특성상 응급실 상황에서 응급실 간호사는 높은 긴장감을 느끼며, 복잡하고 급박한 의사결정 요구, 환자와 보호자로부터 받는 정신적이고 심리적 소모가 많은 업무 환경으로 인해 무기력과 좌절, 우울 등에 쉽게 노출 [5]되기 때문으로 생각된다. 따라서 응급실 간호사가 간호 관리자와 동료들 간의 소통을 통해 심리적, 정서적 지지를 받도록 격려해야 하며, 업무분석을 통한 적정 수준의 인력 보강 및 다양한 보상제도 마련 등의 병원차원의 행정적 방안과 직무 환경 개선이 필요하다고 본다.

본 연구에서 응급실 간호사의 일반적 특성에 따른 삶의 질은 성별, 직무만족에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 이는 임상간호사를 대상으로 한 Jo [19]의 연구에서 근무부서, 결혼여부에 따라 유의한 차이를 나타낸 결과와는 상이한 결과이다. 이러한 결과는 응급실 간호사를 대상으로 차이 분석을 한 연구가 없어 임상간호사를 대상으로 한 연구결과와 비교한 것과 관련이 있다고 사료된다. 본 연구에서 성별에 따라 삶의 질에 차이가 있었는데, 이는 남자 간호사는 응급실과 같은 환경을 선호하며 응급실에서 근무하는 경우 조직몰입이 높다는 선행연구 결과 [28]를 볼 때 응급실이라는 부서의 특성으로 인해 나타난 결과라 사료된다. 또한 직무만족도에서 삶의 질에 차이를 보인 결과는 응급실 간호사가 직무에 만족할수록 더 오랜 기간 임상에서 근무를 하며, 직무에 대한 지속적인 관심이 승진의 기회 가능성을 높일 수 있으므로 삶의 질도 증가하는 것이라 생각된다. 삶의 질의 하위 영역별 분석에서 심리적 영역 및 신체적 건강, 전반적 삶의 질과 일반적인 건강 인식의 삶의 질은 남자일수록, 직무에 만족할수록 더 높게 나타났다. 이러한 결과는 응급실 간호사가 원활한 일상수행능력으로 자신의 직무에 만족하며, 삶의 긍정적인 태도가 개인의 특성들과 긍정적인 상호관계를 가짐으로써 삶의 질이 더 높게 나타난 것으로 유추된다. 따라서 응급실

간호사의 삶의 질을 증진시키는 한 방법으로 직무 만족을 높이기 위한 개선 전략이 필요하며, 간호사라는 전문직 직업이 가진 긍정적인 측면의 가치 부여, 병원의 근무 조건 개선, 복지 정책 증진 등의 병원차원의 행정적인 증재가 반드시 필요할 것으로 생각된다.

응급실 간호사의 죽음에 대한 인식과 영적 안녕 및 삶의 질의 상관관계를 검증한 결과 응급실 간호사의 삶의 질은 죽음에 대한 인식, 영적안녕과 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 응급실 간호사의 죽음에 대한 인식이 이들의 영적인 안녕은 물론 삶의 질과도 관계가 있음을 암시한다. 간호사가 죽음을 어떻게 인식하는가에 따라 개인의 삶의 가치 및 삶의 질 또한 높아진다[8]는 것을 볼 때, 응급실 간호사의 긍정적인 죽음에 대한 인식 확립과 영적안녕을 높이기 위한 영성 프로그램이나 교육 프로그램의 중재방안이 필요할 것으로 사료된다. 또한 응급실 간호사가 죽음에 대한 올바른 인식을 통하여 인간의 존엄성에 입각하여 호스피스 완화간호가 이루어질 수 있도록 이들에 대한 전문적인 교육과 실습은 물론 가치관 및 윤리적 측면을 포함하는 임종심리학 교육의 중요성을 강조하고 반영하는 것이 필요하다[10].

응급실 간호사의 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 실존적 안녕과 성별로 실존적 안녕이 설명력이 가장 큰 요인으로 나타났다. 본 연구에서 다른 변수를 이용한 선행연구가 없어 직접적인 비교는 어렵지만, 인간은 영적안녕을 갖게 되면 외부환경과 조화를 이루고 자신의 삶에 대하여 긍정적인 태도를 보이게 되어 영적안녕은 스트레스 상황에서 내적 대처자원이 된다[7]. 특히 실존적 안녕은 삶의 의미와 목적을 가지고, 자신의 존재가치를 인지하고 끊임없이 개선할 수 있게 하는 가능성을 가지게 한다[26]. 따라서 응급실 간호사가 일상생활 속에서 스트레스 및 갈등 상황에 직면했을 때 스스로 문제를 해결할 수 있도록 영적으로 안녕상태를 유지하도록 도와주어야 하며, 응급실 간호사 자신의 삶의 의미와 가치를 생각해 볼 기회가 제공되어야 할 것이다. 응급실 간호사의 삶의 질에 대한 다른 영향요인으로 성별이 남자일수록 삶의 질이 높은 것으로 나왔는데, 이는 본 연구에서 응급실 간호사의 남, 녀의 비율이 같지 않음을 고려했을 때 성별에 따라 결과를 비교하기에는 해석상의 약간의 무리가 있다. 또한 남자 간호사의 삶의 질에 대한 연구는 거의 없는 상태이므로 비교 분석을 위해 향후 남, 녀의 성비비율을 균등하게 표집하여 응급실 간호사의 삶의 질에 미치는 영향요인에 대한 추가적인 연구가 더 필요할 것으로 보인다. 한편 응급실 간호사의 죽음에 대한 인식이 삶의 질에 영향을 미치는 요인이 아닌 것으로 나타난 결과는 이들의 죽음에 대한 인식과 삶의 질 관계에서 약한 상관관계를 나타낸 결과와 응급실 간호사의 74%가 응급실 경력이 5년 미만인 것과 관련이 있다고 본다. 임상경험이 많은 간호사는 많은 임상경험을 통하여 인간의 삶과 죽음에 대한 긍정적인 가치관과 태도

가 수립되어 죽음에 대한 인식이 긍정적이며 이는 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치고[10], 죽음을 어떻게 인식하느냐에 따라 개인의 삶의 가치 및 삶의 질 또한 높아진다[8].

본 연구에서 응급실 간호사의 삶의 질에 가장 큰 영향을 미치는 요인이 실존적 안녕임이 확인되었다. 실존적 안녕은 영적안녕의 수평적 영역으로 종교와 상관없이 삶의 목적과 만족을 지각하는 것으로, 영(spirituality)이 종교적인 신념이나 행위를 의미한 것 이상의 인간의 내적자원[20]이라고 볼 때, 대상자들은 절대자와 관련된 종교적 안녕보다는 자신의 존재와 삶에 대한 만족이 이들의 삶의 질에 영향을 주고 있음을 알 수 있다. 따라서 응급실 간호사의 삶의 질을 높이기 위해 이들의 실존적 안녕을 높이는 전략이 필요하다고 본다. 대상자의 실존적 안녕이 이들의 죽음에 대한 인식과 정적 상관관계를 보인 결과를 볼 때, 실존적 안녕을 높이기 위해 이들이 죽음에 대한 인식을 긍정적으로 갖도록 도와줄 필요가 있다. 또한 여가활동은 실존적 영적안녕 정도를 높이는 필수적인 중재방법으로, 취미생활이나 봉사활동의 내재적 작용은 자신의 가치화를 부여시키는 실존주의의 바탕으로 자신을 재조명하는 기회가 될 수 있다[26]. 응급실 간호사가 업무외의 취미생활이나 봉사활동 등의 다양한 활동을 할 수 있는 프로그램 마련을 위한 행정적 지원체계는 물론, 기관의 차원에서종교적 지지가 간호사들의 영적안녕을 높인 결과[10]를 볼 때, 기관에서 간호사들이 영적안녕을 도모할 수 있도록 종교적 지지를 제공할 필요가 있다고 할 수 있다. 덧붙여, 간호사가 자신의 영적안녕을 위해 스스로 지속적인 자기인식을 찾아야 하고, 영적요구에 대한 관심을 가져야 하며, 이들의 영적안녕을 위한 교육 훈련 프로그램을 개발, 제공하는 것이 매우 중요하다[12]. 이러한 전략들을 통해 응급실 간호사의 실존적 안녕이 높아지고 궁극적으로 이들의 삶의 질이 향상될 것으로 기대된다.

결론

본 연구는 응급실 간호사를 대상으로 그들이 지각하는 죽음에 대한 인식과 영적안녕이 삶의 질에 미치는 영향을 확인하고, 이를 반영하여 응급실 간호사의 삶의 질을 향상시키기 위한 효율적인 중재전략을 모색하기 위한 기초자료를 제공하고자 수행하였다.

본 연구 결과에서 응급실 간호사의 삶의 질은 남자간호사와 직무만족도가 높은 군에서 높게 나타났고, 응급실 간호사의 삶의 질은 죽음에 대한 인식, 영적안녕과 그 하위 영역인 실존적 안녕, 종교적 안녕과도 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 응급실 간호사의 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 실존적 안녕과 성별로, 실존적 안녕이 대상자의 삶의 질에 대한 설명력이 가장 큰 요인으로 나타났다. 따라서 응급실 간호사의 실존적 안녕을 높이기 위해 이들

이 죽음에 대한 인식을 긍정적으로 갖도록 도와주고 이들의 영적 안녕에 대해서도 지속적으로 관심을 가질 필요가 있다. 또한 응급실 간호사가 업무외의 취미생활이나 봉사활동 등의 다양한 여가활동을 할 수 있는 프로그램을 마련하여 적용하는 행정적 지원체계가 필요하다고 할 수 있다.

본 연구의 제한점과 제언은 응급실 간호사의 죽음에 대한 인식과 영적안녕 외에 삶의 질에 영향을 미치는 다양한 변수를 확인하여 연구하는 것이 필요할 것으로 생각된다. 또한, 남자 간호사의 삶의 질이 여자 간호사보다 더 높은 것으로 확인되었으므로, 향후 응급실 간호사의 성별을 균형 있게 표집 하여 반복 연구를 시행할 것을 제언한다.

REFERENCES

- Hong EM, Jun MD, Park ES. Death perceptions, death anxiety, and attitudes to death in oncology nurses. *Asian Oncology Nursing*. 2013; 13(4):265-272. <http://dx.doi.org/10.5388/aon.2013.13.4.265>
- Han JY. Perception of good death and attitudes toward death between ER nurses and Coroners. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2015;18(1):16-24.
- Central Emergency Medical Center. 2014 Emergency medical statistical yearbook No 13. Report. Central Emergency Medical Center; 2015 July. Report No:2015-Central Emergency medical-009.
- Cohen SS, Mulvaney K. Field observations: disaster medical assistance team response for hurricane charley, Punta Gorda, Florida. *Disaster Management And Response*. 2005;3(1):22-27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dmr.2004.10.003>
- Lee KO, Yun HJ. Correlation between the self-esteem, spiritual well-being, depression, and quality of life in nurses caring of cancer patients. *The Medical Journal of Chosun University*. 2006;31(2):85-99.
- Stewart AE, Lord JH, Mercer DL. A survey of professionals training and experiences in delivering death notifications. *Death Studies*. 2000;24 (7):611-631.
- Han MY, Sohn SK, Kwon SH, Choi JH, Choi KH. The relationships among self-efficacy, spiritual well-being, and job stress in clinical nurses. *Journal of East-West Nursing Research*. 2014;20(1):21-28.
- Yoon JH, Ha JY. Nurses awareness of death and meaning of life. *The Korean Journal of Fundamentals of Nursing*. 2013;20(4):381-388. <http://dx.doi.org/10.7739/jkafn.2013.20.4.381>
- Braoun M, Gordon D, Uziely B. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patient. *Oncology Nursing Forum*. 2010;37(1):43-49.
- Jeon MH. Recognition among Nurses and Doctors about the Death in ER & ICU. [master's thesis]. Seoul:Hanyang University;2008. p.1-79.
- Chochinov HM, Cann BJ. Intervention to enhance the spiritual aspects of dying. *Journal of Palliative Medicine*. 2005;8(1):103-115.
- Cho OH, Han JS, Hwang KH. Subjective health status, attitude toward death and spiritual well-being of nurses. *Journal of the Korea Contents Association*. 2013;13(10):375-384. <http://dx.doi.org/10.5392/JKCA.2013.13.10.375>
- Kim YH. A study of nurses burden and attitude on terminal cancer patients. *Asian Oncology Nursing*. 2001;1(1):65-74.
- Lee HJ. Spiritual well-being and perception of death in nursing students. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2004;7(1):29-36.
- Sung MH. Spiritual well-being and life stress of nursing students. *Korean Society for Health Promotion and Disease Prevention*. 2009;9(3):222-229.
- Sung MH. Effects of spiritual well-being on spiritual nursing intervention. *Asian Oncology Nursing*. 2009;9(1):15-22.
- Jo YK. A study on the correlation between the nurses' quality of life and self-efficacy [master's thesis]. Gyeonggi-do:Aju University;2001.p.1-45.
- Kim BH, Kim HG, Tac YR. Affect of hospice education on the death. *Research Institute of Nursing Development*. 1997;2(2):60-66.
- Jo YJ. Emergency nurses' perception of death and terminal care attitude [master's thesis]. Seoul:Aju University;2011.p.1-40.
- Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, Spiritual well-being and the quality of life. In L.A. Peplau D, Perinan(Eds), *Loneliness; a source book of current theory research and therapy*. 1982;224-237.
- Lee HI, Choe HS. Correlation among spiritual health, mental health and maturation of christian belief. *Korean Journal of Hospice Care*. 2003;3(1): 1-11.
- WHO. WHOQOL study Protocol. WHO. Geneva.1993.
- Min SG, Lee CY, Kim GI, Seo SY, Kim DG. Development of Korean version of WHO quality of life scale abbreviated version(WHOQOL- BREF). *The Korean Neuro-psychiatric Association*. 2000;39(3): 571-579.
- An MS, LEE KJ. Awareness of good death and attitudes toward terminal care among geriatric hospital nurses. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2014;17(3):122-133.
- Folta RH. *Spiritual care: The role of the Christian nurse*. 1nd ed. Seoul: Hyeonmunsa;1995.p.1-349.
- Park MH. Hope, self-empowerment and existential spiritual well-being of middle aged women. *The Journal of Korean academic society of nursing education*. 2003;9(2):222-233.
- Han KS, Kim JH, Lee KM, Park JS. Correlation between Quality of Life and Health Promoting Behaviors among Hospital Staff Nurses. *Journal of Korean Academy of Psychiatric Mental Health Nursing*. 2004; 13(4):430-437.
- McMillian J, Morgan SA, Ament P. Acceptance of male registered nurses by female registered nurses. *Journal of nursing scholarship*. 2006;38(1):100-106. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00066.x>