

간호사를 위한 말기 환자 존엄간호 측정도구 개발

안윤실[†] · 오복자[†]

삼육대학교 간호대학

Development and Validation of a Dignity in Care Scale of Terminally Ill Patients for Nurses

Ahn, Yun Sil[†] · Oh, Pok Ja

College of Nursing, Sahmyook University, Seoul, Korea

Purpose: This study aimed to develop an instrument to showcase Dignity in Care of Terminally Ill Patients for Nurses and to examine its validity and reliability. **Methods:** A total of 58 preliminary items on dignity in care of terminally ill patients for nurses were selected using content validity analysis and expert opinions on 97 candidate items derived through a literature review and qualitative focus group interviews. Questionnaires were administered to 502 nurses caring for terminally ill cancer patients at hospice and palliative care institutions. The data were analyzed using item analysis, exploratory and confirmatory factor analysis, convergent and discriminant validity, and Pearson correlation for criterion validity, reliability was tested using Cronbach's alpha. **Results:** The final instrument consisted of 25 items, with four factors identified through confirmatory factor analysis. Four factors-ethical values and moral attitudes, interaction-based communication, maintaining comfort, professional insight and competence-accounted for 61.8% of the total variance. Cronbach's for total items was .96, and test-retest reliability of intraclass correlation coefficient was .90. **Conclusion:** Since its validity and reliability have been verified through various methods, the Dignity in Care Scale of Terminally Ill Patients for Nurses can be used for develop nursing interventions and improve dignity in care of terminally ill patients.

Key words: Terminally ill; Nurses; Respect; Nursing; Factor Analysis, Statistical

서론

1. 연구의 필요성

최근 의학 기술의 발달과 더불어 의료에서의 소비자 권리의식 향상 등의 의료환경 패러다임 변화로 임상 현장에서는 환자의 존엄성에 대한 가치와 인식이 부각되고 있다. 존엄은 영어로 'dig-

nity'이며, 라틴어의 가치 있는 것이란 뜻을 가진 'dignus'와 성취라는 'dignitus'에서 비롯되어 '가치 있는 것의 성취'라는 의미를 가지고 있다[1]. 즉 인간의 존엄성은 인간이라는 이유만으로 본질적 가치를 가지며 자신의 가치나 의사를 자유롭게 행사하는 자유의지를 토대로 개인과 타인, 개인과 공동체와의 관계에서 형성되는 절대적 가치이다[2]. 인간은 내재된 인간 고유의 가치인

주요어: 말기, 간호사, 존중, 간호, 통계요인분석

* 이 논문은 제1저자 안윤실의 2022년도 박사학위논문의 축약본임.

* This manuscript is a condensed form of the first author's doctoral dissertation from Sahmyook University. Year of approval 2022.

†현재 소속: 중앙보훈병원 암센터

†Current affiliation: Cancer Center, VHS Medical Center, Seoul, Korea

Address reprint requests to : Oh, Pok Ja

College of Nursing, Sahmyook University, 815 Kongnung-dong, Hwarang-ro, Nowon-gu, Seoul 01795, Korea

Tel: +82-2-3399-1589 Fax: +82-2-3399-1594 E-mail: ohpj@syu.ac.kr

Received: March 9, 2023 Revised: June 1, 2023 Accepted: June 13, 2023 Published online June 30, 2023

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NoDerivs License. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>)

If the original work is properly cited and retained without any modification or reproduction, it can be used and re-distributed in any format and medium.

내적 존엄성과 문화와 사회적 대인관계를 통한 외적 존엄성에 대하여 인지하고 식별하고 판단하는 존엄 인식을 경험한다[3]. 외적 존엄성은 사회적 맥락에서 발생되는데 얻거나 잃을 수 있고 침해를 받을 수 있다[3].

인간의 존엄은 유지되고 보호받아야 하나 질병은 환자를 의존적인 상태로 만들어 자율성과 독립성을 제한하고 사생활을 스스로 지키기 어렵게 한다[4]. 특히 말기 환자는 진단 후 완치와 생명 연장을 위해 치료를 받다가 질병이 악화되어 죽음을 예견하면서 투병하는 사람들로[5] 신체적 통증뿐만 아니라 불안, 우울 등 정신적인 고통을 경험하고, 사후에 대한 불확실성과 두려움, 신체적 기능 상실로 자율성이 제한되고 타인에 대한 의존성이 증가한다[6]. 말기 환자들은 돌봄 제공자들의 간호를 통해 자신에 대한 긍정적인 이미지와 지속적인 가치를 찾기 때문에 돌봄 제공자의 존엄 인식과 존엄간호는 매우 중요하다[7]. 말기 환자의 존엄은 질병관련 존엄성, 본질적 존엄성 및 사회적 존엄성이 있으며[7], 자신의 가치와 신념, 문화적 다양성을 고려한 권한 부여와 자율성 존중을 통해 존엄성을 인식한다. 이러한 존엄 인식은 말기 환자의 신체적·심리적 고통을 극복하여 삶의 의미와 가치를 보존하게 하고[8], 말기 환자의 삶의 질을 가능하는 척도로서 오늘날 임상 현장에서는 환자의 권리의식과 더불어 중요한 가치관으로 인식되고 있다.

간호사의 존엄간호는 간호사가 갖추어야 할 윤리적 의무로, 한국 간호사 윤리강령의 전문에 규정하고 있으나[9], 존엄이라는 개념은 추상적이며 의미가 모호하여 존엄간호에 대한 명확한 정의가 제시되지 못하고 있다. 말기 환자의 존엄간호는 환자와의 효과적인 의사소통을 통한 체계적인 증상 조절 및 관리, 영적 돌봄, 자율성과 프라이버시 보호, 재정지원 및 사회적 지원이 중요하다[1]. 간호사는 환자와의 관계 형성을 통한 상호작용, 친절한 태도, 환자의 상태를 잘 살피고 공감하는 자세, 환자가 요구하거나 하고자 하는 활동을 격려하고 지원하므로 환자의 존엄성을 제공할 수 있다[10]. 간호사의 윤리적 존중과 도덕적 태도는 통합된 인간의 가치관과 이해를 통해 존엄성을 보존할 수 있는 근간으로, 환자 개인의 특성과 문화적 차이를 이해하고, 더불어 환자 돌봄에 전문적인 책임과 행동을 발휘하게 하며, 환자의 독립성과 자율성을 존중하여 환자의 존엄성을 보전하고 증진시킨다[11]. 이와 더불어 간호사는 환자 개인의 관심, 특별한 선호도, 자율성의 차이를 고려하고 헌신, 기술 및 역량, 통찰력 등의 전문직 간호를 통하여 존엄성을 증진, 제공, 보전하여야 한다[12]. 하지만 환자의 사생활 침해나 의사결정에 대한 지원 부족 등은 환자의 존엄성을 훼손하는 것으로 보고하고 있어[13], 간호사를 포함한 환자의 돌봄 제공자들이 존엄간호를 수행하는 것은 매우 중요하다.

더욱이 간호의 근본은 인간의 총체적 균형 및 조화, 건강 회복과 더불어 인간 존중에 대한 존엄으로[14], 간호사는 환자의 존엄성을 보존하기 위해 인간의 가치, 자유, 책임, 존중으로 문화에 영향을 받으며 위계적으로 유연한 가치를 가지고 있는[15] 존엄성의 특성을 고려하여 존엄간호를 실천해야 한다.

말기 환자는 존엄성에 대한 존중으로 대우받지 않으면 삶의 의미에 대한 가치를 잃고 더 이상 삶의 목적이 없다고 느끼는 가치관의 손상을 느낄 가능성이 크다[16]. 그리고 존엄은 말기 암환자에게 삶을 방해하는 영적·심리적 고통과 생존 의욕 상실을 극복하여 삶의 가치를 보존하는데 도움을 주는 것으로 확인되었다[8]. 이렇듯 존엄은 말기 환자에게 삶의 마지막 순간에 인간의 존엄성을 고려하여 간호를 해야 하는 중요한 개념으로[8], 간호사는 임상 실무에서 환자에게 존엄간호를 수행하여야 한다. 또한 존엄은 개인적, 사회적, 다차원적으로 다양하게 영향을 받는 추상적이며 복잡하고 모호한 개념으로 특히 의료에서 환자의 치료 결과에 영향을 주기 때문에 간호사는 환자의 존엄성을 보존하기 위해 존엄의 주요 속성을 파악하여 존엄간호 활동을 수반하여야 한다[17]. 이를 위해서는 말기 환자의 존엄성을 반영한 존엄간호를 정확하게 측정하고 평가하는 도구가 필요하다. 국외에서 개발된 존엄 관련 측정도구는 환자 대상의 존엄 인식을 측정한 도구 Patients' Perception of Dignity (PPD) [18]와 간호사 대상의 존엄 인식을 측정한 도구 Dignity in Care Scale for Nurses (DICSN) [19]가 개발되었고, Chochinov 등[20]의 말기 환자의 존엄한 죽음을 보존하기 위한 의료진 대상의 9가지 존엄치료 질문으로 구성된 도구 Dignity Therapy (DT)가 있다. 존엄을 측정한 국내 도구는 일반인 대상의 존엄한 죽음에 대한 인식을 평가한 도구[21]가 유일하며, 간호사를 대상으로 말기 환자의 존엄간호 수행 정도를 측정한 선행도구는 없는 실정이다.

Chochinov [22]의 존엄모델(Dignity Model)은 국제적으로 인정되는 대표적 존엄이론 중의 하나로, 실무에서 존엄 수행에 대한 실질적이고 체계적인 이론으로 알려져 있다[7,14,20,21]. 존엄이론은 말기 환자를 대상으로 신체적, 정서적, 사회적, 영적 측면을 심층적으로 분석한 후 존엄성 보존이 말기 환자의 증상 완화와 심리적, 영적 안녕을 도모하는 것으로 강조하고 있다. 존엄이론에서 말기 환자의 존엄은 환자의 독립적 기능상태 유지 및 고통 경감 등의 질병 관련 존엄성(Illness-related concerns)과 개인의 자율성과 존엄 인식에 대한 본질적 존엄성(Dignity-conserving repertoire), 프라이버시 등의 사회적 존엄성(Social dignity inventory)의 3가지 요소로 구성되어 있다[22].

최근 말기 환자의 존엄성에 대한 요구가 높아지면서 이에 대한 연구가 활발히 진행되고 있으나[1,7,8,14,18-21], 이들 존엄 측정

도구들은 일반 환자 및 성인을 대상으로 존엄인식을 측정하는데 초점을 두고 개발되어 말기 환자의 다차원적인 존엄 속성과 존엄간호를 반영하지 못하는 제한점이 있다. 특히 말기 환자의 경우 신체적 자율성이 극히 제한되고 타인에 대한 의존성이 증가한 상태에서 이들의 존엄 속성이 사회와 문화, 가치관과 신념 및 타인과의 역동적 관계에서 어떻게 구성되는지 확인할 필요가 있다. 특히 간호사를 대상으로 존엄간호 구성 요인을 탐색하여 말기 환자의 존엄간호를 평가 측정하는 도구가 없는 실정이다.

이에 본 연구는 말기 환자와 가족의 존엄성을 강조한 Chochinov [22]의 존엄이론을 바탕으로 국내 문화적 특성을 반영한 간호사를 대상으로 말기 환자를 위한 존엄간호의 주요 구성 요인을 알아보고, 간호사의 존엄간호 수행 정도를 측정할 수 있는 측정도구를 개발하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 Chochinov [22]의 존엄이론을 바탕으로 말기 환자를 위한 간호사의 존엄간호 측정도구를 개발하는 것으로, 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 말기 환자를 위한 간호사의 존엄간호 측정도구를 개발한다.

둘째, 개발한 존엄간호 측정도구(Dignity Care Scale of Terminally Ill Patients for Nurses: 이하 DCS-TPN)의 타당도와 신뢰도를 검증한다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 말기 환자를 위한 간호사의 존엄간호 측정도구를 개발하고 신뢰도와 타당도를 검증하기 위한 방법론적 연구이다.

2. 도구 개발 과정

본 연구는 DeVellis [23]가 제시한 도구 개발과 도구 검증 절차에 따라 진행되었으며 구체적인 방법은 다음과 같다(Figure 1).

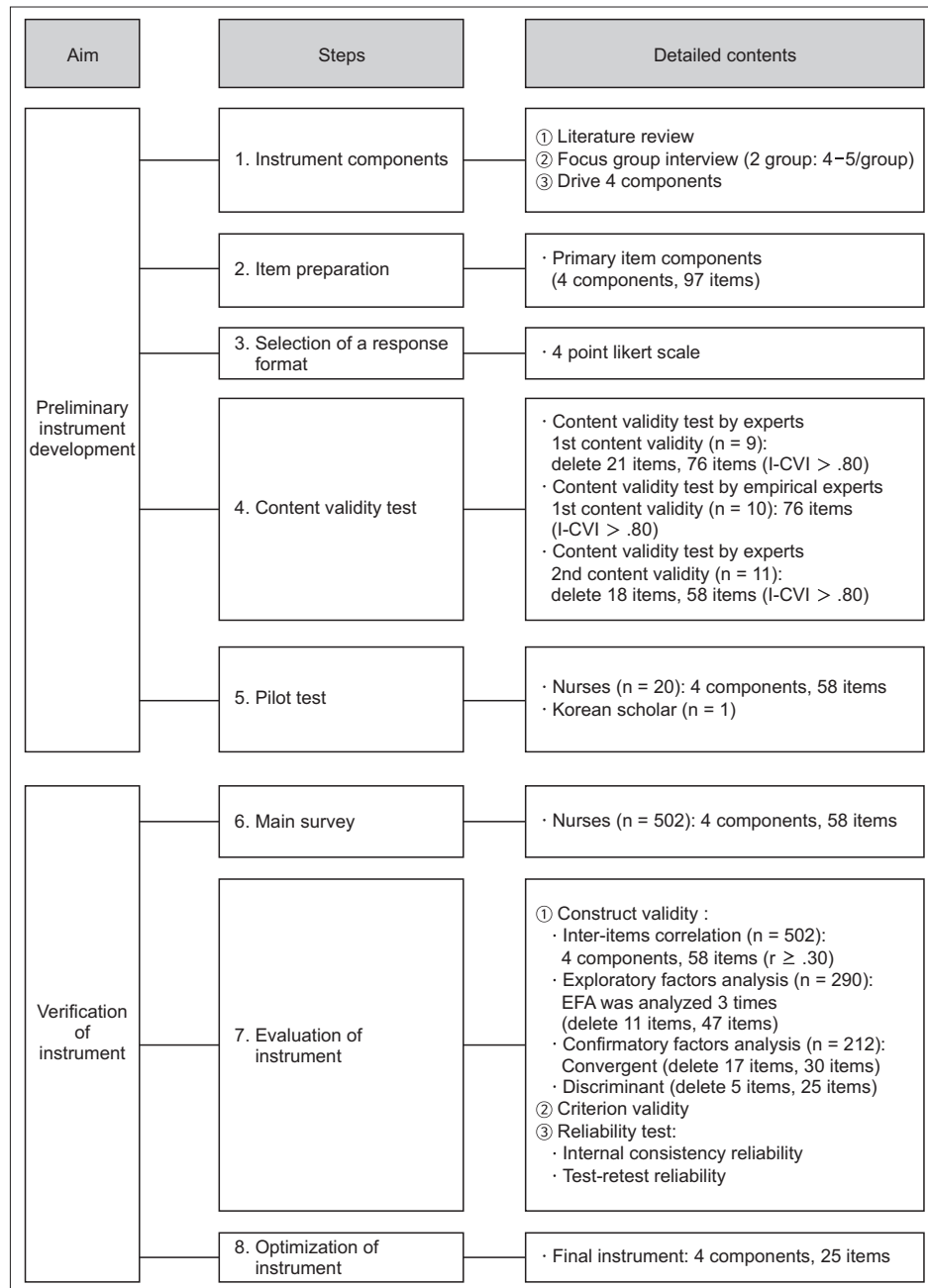
1단계는 도구 개발 단계로 존엄간호의 문헌 고찰과 포커스그룹 인터뷰(Focus Group Interview)를 통해 확인된 구성 요인을 바탕으로 도구의 초기 예비문항을 도출한 후 내용타당도 검증 및 예비조사를 통해 최종 예비문항을 완성하였다.

2단계는 도구 검증 단계로 말기 암환자를 돌보는 간호사를 대상으로 설문조사를 통해 개발한 도구의 타당도 및 신뢰도를 검증하여 최종 도구를 확정하였다.

1) 개념적 틀

예비문항의 작성 전 Chochinov [22]의 존엄모델 이론의 속성인 존엄 보존의 3가지 속성(질병관련 존엄성, 본질적 존엄성, 사회적 존엄성)을 바탕으로 말기 환자의 존엄간호에 대한 존엄의 속성을 규명하기 위해 체계적 문헌 고찰과 포커스그룹 인터뷰를 사용하여 존엄간호의 속성과 구성 요인을 재구성하여 개념적 틀을 개발하였다. Chochinov [22]는 말기 암환자를 대상으로 신체적, 정신적, 사회적, 영적 측면을 심층적으로 사정하고 평가하여 존엄의 주제를 제시하고 존엄성 보존인 말기 환자의 삶의 질 향상을 도모하는 것으로 주장하였다. 질병관련 존엄성은 '환자의 독립적 기능 상태, 신체적 증상과 고통'을 포함하고, 본질적 존엄성은 '주관적 존엄성 인식정도, 자율성 능력'을 포함하며, 사회적 존엄성은 '프라이버시, 사회적 지지, 돌봄 제공, 타인의 부담감, 가족을 염려함'으로 제시하였다. 이 이론은 존엄 구성 요인을 체계적으로 분석하고 이해할 수 있도록 해주고 총체적인 개념을 단순화하여 실용 가능하도록 제공해 준다는 점에서 존엄관리 및 존엄수행 실무에서 유용하게 활용되고 있다[7,14,20,21].

문헌 고찰을 위해 PubMed, Google scholar, Excerpta Medica dataBase (Embase), Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), Korean studies Information Service System (KISS), KoreaMed, DBpia의 데이터베이스를 통해 국내의 학술지를 검색하였다. 검색은 말기 환자와 존엄 혹은 존엄간호를 나타내는 용어들을 병합하여 이루어졌다. 국내 검색은 말기 환자 OR 말기 OR 호스피스·완화의료 OR 호스피스·완화의료 환자 OR 존엄 OR 존엄성 OR 존엄간호 등을 주요어로 병합하여 실시하였고, 국외 검색은 terminally ill OR terminally ill patients OR hospice and palliative patients OR dignity OR dignity nursing OR dignity in care OR dignity nursing terminally ill patients OR hospice and palliative를 주요어로 병합하여 이루어졌으며, 환자의 존엄간호를 서술한 모든 연구유형을 포함하였다. 문헌검색 기간은 Chochinov [22]의 연구를 시작으로 본격적인 존엄 돌봄 연구가 이루어진 2000년부터 2021년으로 설정하여 2021년 3월에서 2021년 7월까지 문헌검색을 하였다. 총 3,575편(국외 문헌 2,964편, 국내 문헌 611편)의 문헌이 검색되어 제목이나 초록을 확인하여 중복되는 부분과 개념적 정의가 명확하지 않거나 본질적 의미 탐색이 부적합하다고 판단된 문헌을 제외하고, 연구자가 확인하고자 하는 '말기 환자를 위한 존엄간호'의 개념과 속성을 다룬 전문을 확인할 수 있는 문헌 22편(국외 문헌 21편, 국내 문헌 1편)을 최종 분석에 이용하였다. 총 22편 문헌의 고찰을 통해 간호사의 말기 환자 존엄간호에 대한 속성을 확인하고, 구성 요인을 도출하였다.



I-CVI = Item-content validity index; EFA = Exploratory factor analysis.

Figure 1. Flow of the study.

말기 암환자를 돌보는 간호사에게 요구되는 존엄간호에 대한 간호사들의 의견이나 경험을 파악하고 그룹 상호작용의 효과를 얻기 위해 병원 경력이 13개월 이상인[24] 간호사를 대상으로 2021년 9월 8일과 9월 27일에 한 그룹당 4명에서 5명으로 구성하여 총 2개 그룹의 포커스그룹 인터뷰를 시행하였다. 이때 질문은 ‘존엄이란 무엇인가’, ‘존엄간호가 무엇이라고 생각하는가?’,

‘존엄간호의 구성요소는 무엇인가?’, ‘존엄간호를 어떻게 측정하면 좋을까요?’, ‘존엄간호를 증진시키는 방법은 무엇인가?’ 등이었다. 소요된 그룹별 시간은 각각 90분과 140분으로 포커스그룹 인터뷰 내용을 분석하여 존엄간호에 대한 정의와 구성 요소 등을 확인하였다.

문헌 고찰 자료와 포커스그룹 인터뷰에서의 자료가 얼마나 일

치하는지와 실무영역에서의 적용할 수 있는 중요한 개념인지에 대해 초점을 두고 간호사의 말기 환자 존엄간호에 대한 구성 요인을 확인하고 종합적으로 분석하였다. 문헌 고찰을 통해 존엄간호의 범주, 구성 요인, 지표를 확인한 결과 질병관련 존엄성은 '편안한 안위 제공'으로, 본질적 존엄성은 '윤리적 가치와 도덕적 태도'로, 사회적 존엄성은 '상호작용기반 의사소통'과 '전문적 통찰력과 역량'의 4개 구성 요인과 8개의 지표로 도출되었다. 포커스그룹 인터뷰에서의 존엄간호는 '편안한 안위 제공', '윤리적 가치와 도덕적 태도', '상호작용기반 의사소통', '전문적 통찰력과 역량'의 4개 구성 요인과 32개의 지표로 확인되었다. 따라서 본 연구에서 말기 환자를 위한 간호사의 존엄간호 구성 요인은 편안한 안위 제공, 윤리적 가치와 도덕적 태도, 상호작용기반 의사소통, 전문적 통찰력과 역량의 4가지로 도출되어 구성 요인에 따른 문항을 구성하였다.

본 연구의 주요 구성개념에 따른 말기 환자를 위한 간호사의 존엄간호의 정의는 '간호사가 인간의 가치와 존중, 윤리·도덕적 태도에 기반한 근본이념을 바탕으로 환자 및 가족과의 상호작용적 의사소통과 전문적 역량을 통해 편안한 안위 제공과 인간의 품위와 존엄성을 보존하고 증진시키는 것'이다.

본 연구의 개념 틀은 Chochinov [22]의 존엄이론의 3가지 상위개념을 기반으로 하며 하위개념은 문헌 고찰과 질적 자료 분석을 통해 도출된 '편안한 안위 제공', '윤리적 가치와 도덕적 태도', '상호작용기반 의사소통', '전문적 통찰력과 역량'의 4가지 주요 구성 요인이다. '질병관련 존엄 개념'은 하위 구성요인으로 '편안한 안위 제공'으로, '본질적 존엄 개념'은 '윤리적 가치와 도덕적 태도'로, '사회적 존엄 개념'은 '상호작용기반 의사소통'과 '전문적 통찰력과 역량'의 하위영역으로 연결되어 본 연구의 개념적 틀을 확정하였다.

2) 예비문항 구성

문헌 고찰과 포커스그룹 인터뷰를 통해 확인된 말기 환자를 위한 간호사의 존엄간호 속성에 근거하여 예비문항을 도출하였다. 초기 문항은 확인된 문헌 고찰을 통한 8개 범주와 포커스그룹 인터뷰의 32개 범주를 바탕으로 총 97문항을 도출하였고, '편안한 안위 제공' 15문항, '윤리적 가치와 도덕적 태도' 25문항, '상호작용기반 의사소통' 29문항, '전문적 통찰력과 역량' 28문항으로 구성되었다. 척도 결정은 측정 도구의 문항 생성과 동시에 결정해야 하는 DeVellis의 연구[23]를 근거로, 본 도구의 측정 방법은 중립으로의 편향을 피하기 위해 4점 Likert 척도로 1점(전혀 그렇지 않다), 2점(가끔 그렇다), 3점(자주 그렇다), 4점(매우 그렇다)으로 구성하였다[25]. 점수가 높을수록 간호사의 말기 환

자를 위한 존엄간호 수행 정도가 높은 것을 의미한다.

3) 내용타당도 검증

상기 선정된 1차 예비문항(97문항)에 대한 내용타당도 검증은 학자와 임상 전문가 타당도 검증 2차 진행과 경험적 전문가인 환자 보호자의 검토로 구분하여 실시하였다. 학자와 임상 전문가 내용타당도 검증은 1차는 2022년 1월 5일부터 1월 26일까지, 2차는 2022년 2월 21일부터 2월 28일까지 진행하였다. 먼저 학자와 임상 전문가 1차 내용타당도 검증에 참여한 전문가는 9명으로, 호스피스 전문간호사 3인, 호스피스 병동 수간호사 1인, 현직 혈액종양내과 전문의 1인, 중환자실 임상 경력 10년인 간호학 교수 1인, 존엄관련 연구 경험의 간호학 교수 1인, 도구 개발 경험이 있는 간호학 교수 2인으로 구성하였다. 간호사의 호스피스 환자 존엄간호 수행 정도를 측정하기에 '매우 적절하다' 4점, '적절하다' 3점, '적절하지 않다' 2점, '전혀 적절하지 않다' 1점으로 점수화하여 평가하고 추가적으로 이해하기 어려운 문항과 수정이 필요한 문항에 대해 의견을 작성하도록 하였다. 타당한 문항을 선정하기 위하여 예비문항에 대한 내용타당도 계수(item-content validity index [I-CVI])를 산출하였고, I-CVI 계수가 .78 이상인 문항과 척도 내용타당도 지수(scale content validity index/average [S-CVI/Ave]) 값은 .90 이상의 문항을 선정하였다[25]. I-CVI 계수가 .78 이하인 15개 문항(편안한 안위 제공 6문항, 윤리적 가치와 도덕적 태도 1문항, 상호작용기반 의사소통 2문항, 전문적 통찰력과 역량 6문항)과 중복된 내용으로 13문항(편안한 안위 제공 1문항, 윤리적 가치와 도덕적 태도 7문항, 상호작용기반 의사소통 5문항)을 제거하고, 7문항(편안한 안위 제공 1문항, 윤리적 가치와 도덕적 태도 2문항, 상호작용기반 의사소통 2문항, 전문적 통찰력과 역량 2문항)을 추가하여 2차 예비문항으로 76문항을 선정하였다.

2차 예비문항(76문항)에 대하여 환자 및 보호자의 경험적 전문가 내용타당도와 학자와 임상 전문가 2차 내용타당도를 실시하였다. 일반인으로 구성된 경험적 전문가의 의견을 포함할 때 내용타당도를 향상시킨다는 Schilling 등[26]의 연구를 근거로 호스피스·완화의료병동에 입원한 경험이 있는 환자 2인과 보호자 8인의 총 10인으로 구성하여 2022년 1월 27일부터 2월 20일까지 경험적 전문가 내용타당도를 진행하였다. 학자와 임상 전문가 내용타당도와 동일한 방식으로 I-CVI와 S-CVI/Ave를 산출하여 모든 문항에서 I-CVI 계수는 .78 이상, S-CVI/Ave 값은 .96으로 삭제한 문항은 없었다.

내용타당도는 관련 다양한 전문가를 포함하여 검증하는 것이 타당도를 높일 수 있으므로, Waltz 등[27]의 20명 이내 기준을

적용하여 학자와 임상 전문가 2차 내용타당도는 기존의 1차 내용타당도 전문가에 간호윤리 전공의 간호학 교수 1인과 현직 수 간호사 1인을 추가하여 11명으로 구성하여 검증하였다. 모든 문항의 I-CVI 계수는 .80 이상, S-CVI/Ave 값은 .95이었다. 중복된 문항 12개 문항(편안한 안위 제공 1문항, 윤리적 가치와 도덕적 태도 4문항, 상호작용기반 의사소통 4문항, 전문적 통찰력과 역량 3문항)과 간호사의 존엄간호 구성 요인에 적합하지 않은 7 문항(편안한 안위 제공 1문항, 윤리적 가치와 도덕적 태도 1문항, 상호작용기반 의사소통 5문항)을 삭제하고, 편안한 안위 제공에서 '환자의 신체적 증상에 따른 요구를 사정한다'의 1문항을 추가하여 3차 예비문항으로 58문항을 선정하였다

4) 예비조사

3차 예비문항(58문항)에 대하여 호스피스·완화의료 전문기관의 간호사 20명에게 의뢰하여 문장의 표현, 문항 배치, 문항에 대한 이해도를 확인하고, 문항의 내용을 이해하기 어렵거나 모호한 부분을 파악하기 위해 예비조사를 시행하였다. 설문지 작성에 소요된 시간은 평균 13분이었고, 문항에 대한 이해도는 '이해하기 쉽다(3점)'로 응답하여 어려움 있는 문항은 없었으나, 기타 보완사항으로 '편안한 안위 제공의 4번 문항을 구체적인 예시를 표현하면 좋겠음'과 '존엄간호에 대한 정의를 명시해 주면 좋겠음'의 의견이 있어 반영하였다. 즉, '환자 신체의 노출을 최소화하기 위해 주의를 기울인다.'를 '환자 신체의 노출을 최소화하기 위해 주의(예: 옷 입히기 전 커튼을 치는 등)를 기울인다.'로 문항을 수정하고, 설문지에 존엄간호의 정의를 '간호사가 환자 및 가족과 상호작용의 의사소통을 통해 증상 완화와 심리적·영적 안녕을 도모하여 인간의 가치와 존중으로 윤리적 간호를 수행하는 것'으로 명시하여 총 58문항으로 예비도구 최종 문항으로 정리하였다. 어휘의 정확성을 판정하기 위하여 국문학자에게 문장 흐름의 적절성, 문법, 어휘, 맞춤법에 대한 자문을 받아 편안한 안위제공 5문항, 윤리적 가치와 도덕적 태도 6문항, 상호작용기반 의사소통 7문항, 전문적 통찰력과 역량 5문항을 포함하여 총 23문항을 수정하였다. 그 결과 총 58개의 예비문항을 확정하여 본 조사용 설문지를 구성하였다

3. 도구 검증 단계

1) 연구 대상

연구 대상자는 호스피스·완화의료 전문기관인 의원 6곳(수도권, 강원도)과 300병상 이상의 호스피스·완화의료 전문기관 13곳(수도권, 충청, 경상, 전라, 부산 지역)에서 독립적 간호 제공이 가능한 성인 말기 암환자 근무경력이 6개월 이상인 간호사로 본

연구의 목적을 이해하고 연구에 동의한 자를 편의 추출하였다.

대상자 수는 도구의 검증을 위한 탐색적 요인분석 표본 수는 개발된 문항수의 5~10배 이상[23], 확인적 요인분석의 경우 구조방정식 모형을 구성하는데 200~400명 정도의 이상이 적절하다[28]는 기준을 토대로, 문항수와 탈락률 10%를 고려하여 550명에게 설문조사를 수행하였다. 응답이 불충분한 설문지 48부를 제외하고 총 502부를 최종 분석하였다.

2) 연구 도구

말기 환자를 위한 간호사의 존엄간호 측정 도구와 준거타당도 검증을 위해 Hwang [29]의 간호사의 환자 중심 돌봄 역량 도구(Patient-centred Care Competency [PCC])를 저자에게 동의를 구한 후 사용하였다. 이 도구는 국내 병원의 간호사를 대상으로 환자 중심 간호를 위한 간호사의 역량을 측정하기 위해 개발된 것으로, 환자를 개별화된 인간으로 존중하고 개별적 요구에 초점을 맞춘 인간중심의 간호 개념에 근거하고 있다[29]. 존엄간호는 인간 존중에 바탕을 두고[3], 환자 중심의 가치와 신념, 문화적 다양성을 고려하여 환자의 보살핌을 제공하여야 하는 간호로[30], 환자 중심 돌봄 간호와 맥락을 같이 한다고 볼 수 있다. 간호사의 환자 중심 돌봄 역량 도구는 Hwang [29]이 타당도와 신뢰도를 검증한 도구로 환자의 관점 존중 6문항, 환자의 참여 촉진 5문항, 환자의 편안함 제공 3문항, 환자 옹호 3문항 4개 영역의 총 17문항으로 구성되어 있다. 이 도구는 국내 병원 간호사를 대상으로 환자 중심 돌봄 역량을 측정하기 위해 개발한 도구로, 1점은 '전혀 그렇지 않다', 2점은 '그렇지 않다', 3점은 '보통이다', 4점은 '그렇다', 5점은 '매우 그렇다'의 Likert 5점 척도로 점수가 높을수록 환자 중심 돌봄 역량이 높은 것을 의미한다. 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 개발 당시 .92로, 하위영역별 환자의 관점 존중 .85, 환자의 참여 촉진 .81, 환자의 편안함 제공 .84, 환자 옹호가 .80이었으며, 본 연구에서는 .95였다.

3) 자료수집

자료수집은 2022년 3월 11일부터 2022년 4월 28일로 호스피스·완화의료 전문기관 의원 6기관과 종합병원 13기관의 총 19기관 중 18기관에서는 연구자가 직접 자료수집을 하였으나, 1기관은 연구 보조원이 자료수집을 시행하였다. 자료수집자 간의 신뢰도를 높이기 위해 자료수집 전 연구 보조원에게 연구의 목적, 설문지 구성과 방식에 대한 교육을 시행하였다. 연구자가 먼저 수도권 소재 호스피스·완화의료 전문기관의 의원 1곳과 종합병원 3곳의 호스피스 병동을 방문하여 수간호사 혹은 간호과장에게 연구의 목적과 방법을 설명하고 협조를 구한 후 설문조사를 수행

하였다. 또한 연구 보조원이 수도권 소재 호스피스·완화의료 전문기관 종합병원 1곳의 간호부를 방문하여 간호부장 및 수간호사에게 연구의 목적과 방법을 안내하고 설문을 수행하였다. 이와 더불어 코로나바이러스감염증-19 대응지침 준수로 연구자가 수도권, 강원도, 대전, 대구, 광주, 부산의 호스피스·완화의료 전문기관의 의원 5곳과 종합병원 9곳의 호스피스 병동 간호과장 혹은 팀장에게 유선으로 연구 목적과 방법을 설명하고 연구 참여에 동의한 기관에 간호부 협조문과 함께 설문지를 우송하고 회수하는 형식으로 진행하였다. 설문지 작성에 소요되는 시간은 20분이었으며, 550명의 대상자에게 설문지 배부되었고, 응답이 부실하거나 누락된 설문지 48부를 제외한 502부가 회수되었다. 도구의 안정성 확보를 위한 검사-재검사 간격은 2주가 권장되므로 [27], 1차 설문조사 때 대상자에게 반복 설문 측정의 목적과 절차를 설명한 후 이에 자발적으로 동의하고 참여를 희망하는 20명의 대상자를 무작위 추출하여 2주 후에 동일한 설문지로 재검사를 실시하였다.

4. 자료분석

수집된 자료는 IBM SPSS ver. 27.0과 IBM AMOS 20.0 통계프로그램(IBM Corp., Armonk, NY, USA)을 이용하여 분석하였다. 첫째, 대상자의 일반적 특성은 기술통계를 이용하여 빈도와 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였고, 탐색적 요인분석과 확인적 요인분석 대상자의 동질성 검증을 위해 independent t-test, Chi square test를 수행하였다. 둘째, 도구의 구성타당도 검증을 위해 문항분석, 요인분석, 수렴 및 판별타당도 분석을 실시하였다. 문항분석은 문항의 평균, 표준편차, 왜도, 첨도를 이용하여 정규 분포 여부를 검토하였고, 문항-전체 문항 간 상관계수가 .30 미만[28]과 특정 문항 제거 시 신뢰도 계수 Cronbach's α 값을 확인하여 삭제 여부를 고려하였다. 요인분석의 적합성을 확인하기 위해 Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)와 Bartlett의 구형성 검정을 실시하였다. 탐색적 요인분석은 독립적인 상호관계를 유지하면서 적합한 요인을 추출하고자 주성분 분석방법(principle components analysis)으로 직각회전(Varimax rotation)을 사용하였다. 요인 수 결정은 고유값(eigen value) 1.00 이상, 누적 설명력 60.0% 이상, 요인적재량(factor loading) .50 이상, 공통성 .40 이상으로 하였다[30]. 확인적 요인분석은 연구모형의 적합도를 평가하기 위해 절대적합지수인 카이 제곱값(chi-square), 자유도 비, 잔차를 이용하여 산출한 Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Standardized Root Mean-square Residual (SRMR)과 중분적합지수인 Tucker-Lewis Index (TLI), Incremental Fit Index (IFI), Comparative Fit Index

(CFI)의 값을 살펴보았다. 수렴타당도는 각 문항과 문항이 속한 하부척도와의 관계를 상관관계 분석을 통해 표준화된 요인부하량(standardized factor loading) .70 이상, 평균분산추출지수(Average Variance Extracted [AVE]) .50 이상, 총점과의 상관관계가 .40 이상, 요인별 개념신뢰도(Construct Reliability [CR])가 .70 이상인지 확인하였다[31]. 판별타당도는 모델의 적합도에 있어 불필요한 변수가 포함되지 않도록 각 문항과 관련된 상대적으로 큰 수정지수(Modification Index [M.I]) 값이 있는지[32], 상관계수의 제곱 (Φ^2) 값이 AVE 값에 비하여 작은지와 상관계수(Φ)의 신뢰구간 [$\Phi \pm 2 \times SE$]이 1.00을 포함하지 않은지를 확인하여 검증하였다[31]. 셋째, 준거타당도 검증을 위하여 본 연구에서 개발된 도구와 Hwang [29]의 PCC 도구 점수 간의 상관관계를 Pearson correlation test로 분석하였다. 넷째, 도구의 신뢰도 검증은 내적일관성 계수인 Cronbach's α 값과 검사-재검사 신뢰도를 확인하기 위해 측정 점수 간 급내상관계수(intraclass correlation coefficient [ICC])를 구하였다.

5. 윤리적 고려

자료수집을 수행하기 전 삼육대학교 생명윤리위원회의 승인(2-1040781-A-N-012021119HR), (SYU2022-01-005-001)와 국립암센터의 생명연구심의위원회(NCC2022-0078)을 받았다. 먼저 연구자, 연구주제, 연구 목적과 방법, 자료의 비밀보장 등의 내용이 포함된 설명서를 제공하고, 연구 참여를 원하지 않는다면 연구 도중 언제든지 철회가 가능함과 수집된 자료의 익명성과 비밀을 철저히 보장하고 연구 이외의 목적으로 사용되지 않을 것임을 명시하였다. 연구의 목적을 이해하고 참여를 수락한 대상자로부터 참여 동의서를 받고 연구를 진행하였다. 연구과정에서 수집된 모든 자료는 잠금장치가 있는 보관함에 보관하고, 전산화된 설문자료는 연구자만 접근 가능하도록 컴퓨터 패스워드 설정을 통해 암호화하여 보안을 유지할 것이며 연구 종료 3년 후 영구 삭제할 것을 설명하였다. 설문조사에 참여한 대상자에게는 답례품을 제공하였으며, 검사-재검사에 참여한 대상자에게는 답례품을 2회 제공하였다.

연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 평균 연령은 35.6세였고, 여성이 487명(97.0%)으로 대부분을 차지하였으며, 미혼이 294명(58.6%), 종교가 있는 경우는 287명(57.2%)이었다. 최종학력은 학사가 379명(75.5%)로 가장 많았으며, 임상경력은 평균 10.26 ± 8.47 년, 말기 암환자 간

호경력은 평균 5.71 ± 5.38 년으로 1~10년이 371명(73.9%)로 가장 많았으며, 직위는 일반간호사가 413명(82.3%)로 가장 많았다. 존엄 교육을 받은 경험이 있는 대상자는 299명(59.6%)이었고, 존엄 교육을 받지 않은 대상자는 203명(40.4%)이었으며, 대상자의 497명(99.0%)가 존엄간호 교육이 필요하다고 하였다. 예비문항에 대한 탐색적 요인분석 대상자 수 290명, 확인적 요인분석 대상자 수 212명의 동질성 검증을 수행하였으나 모든 일반적 특성에서 유의한 차이가 없었다(Table 1).

2. 구성타당도 검증

1) 문항 분석

각 문항의 평균값의 범위는 2.66~3.66으로 모든 문항의 왜도와 첨도가 ± 2 이하로 모든 문항에서 정규성 기준을 충족하고 있음을 확인하였다. 문항과 전체 문항 간의 상관계수는 .44~.78 이었고, 상관계수가 .30 이하인 문항은 없었으며, Cronbach's α 는 .98이었다.

Table 1. General Characteristics of the Participants

(N = 502)

Characteristics	Categories	Total (n = 502)	EFA (n = 290)	CFA (n = 212)	t or χ^2 (p-value)
		n (%) or M $\pm$ SD	n (%) or M $\pm$ SD	n (%) or M $\pm$ SD	t or (p-value)
Gender	Female	487 (97.0)	285 (98.3)	202 (95.3)	3.78 (.052)
	Male	15 (3.0)	5 (1.7)	10 (4.7)	
Age (yr)		35.6 $\pm$ 11.17	36.1 $\pm$ 11.44	34.9 $\pm$ 10.78	1.24 (.216)
	≤ 29	197 (39.2)	103 (35.5)	94 (44.3)	
	30~39	153 (30.5)	99 (34.1)	54 (25.5)	
	40~49	84 (16.7)	43 (14.8)	41 (19.3)	
	≥ 50	68 (13.6)	45 (15.5)	23 (10.9)	
Marital status	Single	294 (58.6)	166 (57.2)	128 (60.4)	0.50 (.481)
	Married	208 (41.4)	124 (42.8)	84 (39.6)	
Religion	Yes	287 (57.2)	167 (57.6)	120 (56.6)	0.05 (.826)
	No	215 (42.8)	123 (42.4)	92 (43.4)	
Education level	Diploma	41 (8.2)	25 (8.6)	16 (7.5)	0.19 (.910)
	Bachelor	379 (75.5)	218 (75.2)	161 (75.9)	
	Above master	82 (16.3)	47 (16.2)	35 (16.5)	
Position	Staff nurse	413 (82.3)	240 (82.8)	173 (81.6)	0.76 (.860)
	Charge nurse	55 (11.0)	30 (10.3)	25 (11.8)	
	Above head nurse	30 (6.0)	17 (5.9)	13 (6.1)	
	Others	4 (0.8)	3 (1.0)	1 (0.5)	
Nursing experience (yr)		10.26 $\pm$ 8.47	10.65 $\pm$ 8.53	9.72 $\pm$ 8.37	1.22 (.224)
	< 1	16 (3.2)	7 (2.4)	9 (4.2)	
	1~< 10	276 (55.0)	154 (53.1)	122 (57.5)	
	10~< 20	121 (24.1)	80 (27.6)	41 (19.3)	
	≥ 20	89 (17.7)	49 (16.9)	40 (18.9)	
Terminal cancer patients job experience (yr)		5.71 $\pm$ 5.38	5.51 $\pm$ 4.99	5.97 $\pm$ 5.88	- 0.94 (.347)
	< 1	40 (8.0)	20 (6.9)	20 (9.4)	
	1~<10	371 (73.9)	221 (76.2)	150 (70.8)	
	10~<20	70 (13.9)	41 (14.1)	29 (13.7)	
	≥ 20	21 (4.2)	8 (2.8)	13(6.1)	
Education experience about dignity	Yes	299 (59.6)	169 (58.3)	130 (61.3)	0.47 (.492)
	No	203 (40.4)	121 (41.7)	82 (38.7)	
Need for dignity education	Yes	497 (99.0)	288 (99.3)	209 (98.6)	0.65 (.419)
	No	5 (1.0)	2 (0.7)	3 (1.4)	

EFA = Exploratory factor analysis; CFA = Confirmatory factor analysis; M = Mean; SD = Standard deviation.

Table 2. Result of Exploratory Factor Analysis

(N = 290)

Item	Communi- nality	Factors			
		1	2	3	4
35 Help patients leave works and wills.	.60	.72	.13	.17	.21
22 Provide the patient with necessary spiritual care, while assessing it continually.	.63	.71	.13	.12	.30
21 Support patients' religious activities.	.56	.69	.16	.12	.22
19 Help patients meet the person they want to see.	.54	.67	.12	.18	.23
38 Encourage patients to share their fears and sorrows regarding death.	.72	.66	.47	.20	.14
16 Provide opportunities for patients and their families to express love and gratitude for each other.	.60	.66	.20	.29	.22
37 Stay beside the fearful patient.	.58	.65	.31	.21	.10
45 Assess the nurse's own spiritual condition and make continuous efforts to solve any problem.	.55	.64	.23	.14	.28
46 Provide care to patients in accordance with the dignity they recognize.	.62	.60	.38	.19	.28
39 Explain death to the patients and their families according to their situation to help them accept it.	.59	.57	.44	.24	.08
51 Make an environment for the patients to feel at home.	.58	.57	.15	.06	.48
44 Provide patients with informations and ways to manage any possible urgent complications.	.49	.55	.27	.22	.25
18 Find out what patients want to do and help them with it.	.48	.53	.30	.25	.22
14 Help patients express positive and happy feelings.	.56	.52	.25	.40	.27
47 Provide nursing care, respecting patients' social and cultural diversity.	.60	.51	.38	.16	.41
12 Help patients recognize their human dignities by themselves.	.57	.50	.28	.39	.29
25 Listen to a patient's telling.	.65	.13	.67	.36	.25
40 Provide patients with emotional support and develop a feeling of intimacy with them.	.68	.44	.65	.22	.14
26 Provide emotional support and encouragement to patients and their families.	.61	.20	.63	.36	.20
27 Attempt to communicate non verbally with patients who cannot speak.	.62	.24	.63	.36	.18
49 Provide patients with accurate information which is based on scientific evidence	.60	.25	.62	.22	.32
28 Collect information about patients' needs using verbal and non-verbal communication.	.65	.27	.62	.40	.15
24 Communicate with words that the patients and their families can understand.	.63	.03	.62	.40	.29
42 Encourage the patient to ask any medical personnel what they want to know.	.60	.33	.62	.31	.13
32 Support the family in grief of expected death of the patient.	.67	.45	.59	.28	.18
36 Talk to patients to relieve their anxiety.	.70	.48	.57	.34	.17
34 Inform the patients and their families of hospice and help them participate.	.67	.44	.57	.36	.15
33 Express heartfelt empathy to the patients and their families.	.64	.48	.57	.26	.12
48 Provide care according to the patient's situation and clinical condition.	.58	.34	.53	.23	.36
30 Build a trusting relationship with patients so that they feel helped.	.64	.26	.53	.49	.23
4 Protect patients' body privacy.	.70	.13	.21	.80	.08
2 Assess patients' needs according to their symptoms.	.68	.11	.31	.75	.08
6 Minimize exposure of the patient's body (eg, draw curtains before changing clothes).	.64	.16	.19	.75	.11
1 Assess patients' pain and its extent.	.57	.17	.25	.69	.08
3 Provides basic care (oral care, suction care, etc.) as per the patients' requirements.	.50	.13	.19	.66	.07
5 Provide full explanation and ask for consent before nursing care for the patients' body privacy.	.59	.28	.17	.66	.22
9 Avoid any unnecessary invasive nursing procedures to the patients.	.47	.16	.19	.64	.05
8 Take care of patients' disability to make them comfortable.	.64	.25	.35	.62	.27
7 Let the patient express any anxiety and depression that they might feel.	.56	.25	.23	.57	.24
10 Improve safety and comfort of patients by prioritizing nursing care according to their unmet needs.	.54	.24	.31	.57	.25

Table 2. Continued

Item	Communi- nality	Factors			
		1	2	3	4
55 Learn the latest trends in dignity nursing and apply them to practice.	.78	.50	.14	.17	.69
54 Provide information on hospice management resources of government and facilities, and refer to relevant institute if necessary.	.67	.40	.12	.18	.68
56 Provide evidence-based nursing activities to promote dignity of the patient.	.75	.48	.28	.14	.65
57 Provide nursing care while fulfilling the responsibility and duty as patient advocates, care providers and coordinators	.75	.26	.46	.25	.64
52 Provide information about hospice-palliative program on request of the patients and their families and encourage them to participate.	.65	.41	.22	.15	.64
53 Make a mutual relationship with hospice-palliative care team members and request advice and cooperation when necessary.	.66	.30	.39	.21	.61
58 Take professional responsibility for the dependent treatment request of the patient.	.69	.24	.51	.21	.57
Cronbach's α	.98	.95	.95	.91	.92
Eigen value		9.08	7.78	7.22	4.95
Explained variance (%)		19.3	16.6	15.4	10.5
Commulative variance (%)		19.3	35.9	51.2	61.8
Kaiser-Meyer-Olkin = .96,					
Bartlett's test of sphericity: $\chi^2 = 11,069.91$, $df = 1,081$, $p < .001$					

Factor 1 = Value and moral attitudes; Factor 2 = Interaction based communication; Factor 3 = Maintaining comfort; Factor 4 = Professional insight and competence; df = degree of freedom.

2) 탐색적 요인분석

선정된 58문항에 대해 무작위로 선정된 290명의 자료로 Varimax 회전에 의한 주성분분석방법을 사용하여 탐색적 요인 분석을 3번에 걸쳐 실시하였다. 요인분석을 수행하기 전에 사용된 변수와 사례의 수가 요인분석에 적합한지 알아보기 위해 KMO와 Bartlett의 구형성 검정을 실시하였다. KMO 값은 모두 .96이고, Bartlett의 구형성 검정결과 또한 1차 $\chi^2=14,185.21$ ($p<.001$), 2차 $\chi^2=11,297.73$ ($p<.001$), 3차 $\chi^2=11,069.91$ ($p<.001$)로 요인분석에 적합한 것으로 확인되었다. 요인 수 결정은 고유값 1.00 이상, 설명력 60.0% 이상, 요인적재량 .50 이상, 공통성 .40 이상인 문항을 기준[31]으로 진행하였다.

1차 요인분석 결과, 고유값 1.00 이상인 4개 요인이 추출되었고, 요인적재량 .50 미만인 요인 1에서 13, 41, 15번 문항과 요인 3에서 43, 31, 50, 20, 23, 29번 문항을 삭제하였다. 그리고 요인 2에서 문항 17번 '의학적 결정에 있어서 환자와 가족이 결정에 참여할 수 있도록 돕는다'는 요인적재량 .50 미만과 공통성 .40 미만으로 교차적재(cross-loading)되어 삭제하였다. 1차 요인분석에서 삭제된 총 10문항을 제외한 후 진행한 2차 요인분석 결과, 문항 11번은 요인적재량이 .50 미만으로 나타나 삭제하였다. 3차 요인분석 결과, 스크리 도표에서 급격하게 완만해지는 부분(elbow point)의 요인 수가 모두 4개로 확인되었고, Cronbach's

α 값은 .98로 변화가 없었으며, 요인적재량은 .50~.80, 공통성 .47~.78, 설명력은 61.8%로 모두 기준값 이상이였다. 최종 요인 분석 결과, 도출된 4개 요인을 본 도구의 개념적 기틀의 4가지 구성 요인으로 명명하였다. 제1요인은 '윤리적 가치와 도덕적 태도'로 6개 문항의 고유값은 9.08, 설명 분산은 19.3%으로, 제2요인은 '상호작용기반 의사소통'으로 14개 문항의 고유값은 7.78, 전체 변량의 16.6%를 설명하였고, 제3요인은 '편안한 안위제공'으로 10개 문항의 고유값은 7.22, 설명 분산은 15.4%였으며, 제4요인은 '전문적 통찰력과 역량'으로 7개 문항의 고유값은 4.95, 설명 분산은 10.5%였다(Table 2).

3) 확인적 요인분석

탐색적 요인분석으로 확인된 4개 요인, 47개 문항에 대하여 도구의 구성타당도를 검증하고자 탐색적 요인분석 대상자와 중복되지 않는 212명 자료를 이용하여 확인적 요인분석을 수행하였다. 모형의 적합도를 평가하기 위해 절대 적합도 지수인 $\chi^2/df \leq 2$ (또는 3), SRMR $\leq .05$ (또는 .10), RMSEA $\leq .08$ (또는 .10)와 증분 적합도 지수인 IFI $\geq .90$, TLI $\geq .90$, CFI $\geq .90$ 기준[31]을 적용하여 확인하였다. 문항 분석에서 정규성을 만족하여 4개 요인을 토대로 최대우도법(maximum-likelihood)을 이용하여 모형의 적합도 지수를 평가한 결과 $\chi^2 = 556.30$ ($p<.001$),

df (자유도) = 269, χ^2/df = 2.07, SRMR = .06, RMSEA = .07, RMSEA의 90% 신뢰구간은 .06~.08로 표본수에 민감한 χ^2 통계량을 제외하고 모두 모형이 적합한 것으로 확인되었고, 증분적합지수도 IFI = .92, TLI = .92, CFI = .92로 기준에 만족하는 것으로 확인되었다(Table 3).

4) 수렴타당도와 판별타당도

문항의 수렴타당도와 판별타당도는 다음과 같은 기준을 적용하여 반복적으로 확인하여 분석하였다. 먼저 도출된 요인들에 대하여 동일개념을 측정하는 복수의 문항들이 어느 정도 일치하는

가를 확인하는 수렴타당도를 검정하기 위하여 표준화된 요인부하량 값(λ)이 .70 이상, 총점과의 상관관계가 .40 이상, AVE .50 이상, CR이 .70 이상과 각 요인에 대한 문항의 수가 일반적으로 3개 이상이 좋다는 기준[24]을 적용하였다. 첫 번째 분석 결과 표준화된 λ 이 .70 기준에 충족하지 못한 1요인(12, 18, 19, 21, 37, 44번), 2요인(24, 27번), 3요인(1, 3, 7, 9, 10번)의 총 13문항을 삭제하였고, 두 번째 분석 결과 1요인(14번), 2요인(49번), 3요인(8번)을 삭제한 후, 세 번째 4요인(53번) 문항 삭제로 총 17개 문항을 삭제하였다. 그러나 16번 ‘환자와 가족에게 서로 간의 사랑과 감사를 표현하는 시간을 마련해 준다’ 문항은 표준화

Table 3. Result of Confirmatory Factor Analysis

(N = 212)

Factor	Item	Standard- dized estimate (β)	SE	C.R.	Factor <i>r</i> (<i>p</i> -value)				AVE	CR
					1	2	3	4		
1. Value and moral attitudes	35	.76	-	-	1				.55	.92
	22	.73	.08	10.98						
	38	.78	.07	11.73						
	16	.68	.08	10.16						
	45	.78	.08	11.79						
	46	.73	.07	10.87						
	39	.75	.07	11.16						
	51	.73	.08	10.89						
	47	.75	.07	11.09						
2. Interraction based communication	40	.79	-	-	.84 (< .001)	1			.60	.94
	33	.83	.08	13.61						
	34	.78	.09	12.44						
	36	.78	.08	12.58						
	32	.80	.08	12.95						
	42	.72	.08	11.44						
	28	.76	.08	12.06						
	26	.77	.07	12.39						
	25	.72	.07	11.21						
	30	.78	.07	12.57						
3. Maintaining comfort	4	.92	-	-	.39 (< .001)	.56 (< .001)	1		.68	.86
	6	.81	.06	14.08						
	5	.73	.07	12.27						
4. Professional insight and competence	58	.90	-	-	.76 (< .001)	.75 (< .001)	.46 (< .001)	1	.76	.90
	57	.92	.05	19.48						
	56	.79	.06	14.66						
Fitness index	χ ² (<i>p</i> -value)	df	χ ² /df	IFI	TLI	CFI	SRMR	RMSEA (90% CI)		
Criteria	(> .05)		≤ 2 (or 3)	≥ .90	≥ .90	≥ .90	≤ .05 (or .10)	≤ .08 (or .10)		
Model	556.30 (< .001)	269	2.07	.92	.92	.92	.06	.07 (.06~.08)		

SE = Standard error; C.R. = Critical ratio; AVE = Average variance extracted; df = Degree of freedom; CI = Confidence interval; IFI = Incremental fit index; TLI = Tucker-Lewis index; CFI = Comparative fit index; SRMR = Squared root mean-squared residual; RMSEA = Root mean square error of approximation.

된 요인부하량 기준 .70을 만족하지 못하였지만, 말기 환자의 특수한 상황적 존엄간호 수행의 문항이며 1차 학자 및 임상전문가 CVI 점수는 1.00, 2차 .91와 경험적 전문가 CVI 점수 .90로 적절성을 높게 평가한 문항이었으므로 삭제하지 않았다. 55번 문항(1요인, 4요인)과 58번 문항(2요인, 4요인)은 이중 적재되었으나, 4 요인인 '전문적 통찰력과 역량'에 포함하였다. '전문적 통찰력과 역량'은 간호사가 환자의 상황과 임상특성에 따른 차이를 존중하여 존엄간호를 제공하기 위한 전문적 책임과 지원 및 활동 [33]으로 정의하기 때문이다. 모든 요인의 표준화된 λ 가 .70 이상, 총점과의 상관관계가 .40 이상, CR는 .86~.94, AVE는 .50 이상으로 나타나 수렴타당도가 확보되었다(Table 3).

판별타당도는 각 개념관련 문항들 간의 상대적으로 낮은 변별성을 평가하기 위해 각 문항 관련 상대적으로 큰 수정지수 M.I 값의 문항을 확인하고 [32], 구성 요인 간의 상관계수 제곱 (Φ^2) 값이 각 요인의 AVE 값보다 작은 경우와 상관계수(Φ)의 신뢰구간 [$\Phi \pm 2 \times SE$]이 1.00을 포함하지 않는지를 검정하였다 [31]. 분석 결과 첫 번째 각 문항 관련 상대적으로 큰 M.I는 2번 문항(55.16)과 48번 문항(22.75)으로, 두 번째는 52번 문항(15.70),

54번 문항(16.73), 55번 문항(15.83)이 큰 것으로 확인되어 모델의 적합도에 있어 불필요한 변수가 포함되지 않도록 총 5개의 문항을 삭제하였다. 상관계수의 제곱이 AVE에 비하여 작으면 판별타당도에 문제가 없는 것으로 평가할 수 있으며 3요인과 4요인의 AVE 값이 상관계수의 제곱보다 큰 것을 볼 수 있으나, 1요인과 2요인의 AVE 값이 상관계수의 제곱보다 작아 부분적으로 판별타당도를 확인하였다. 최종 분석 결과 25개 문항이 확인되었고, 4개 요인 모두 95% 신뢰구간에서 Φ 의 신뢰구간 [$\Phi \pm 2 \times SE$]이 1.00을 포함하지 않아 판별타당도가 확보되었다(Table 4).

3. 준거타당도 검증

준거타당도를 검증하기 위해 개발된 존엄간호 도구와 Hwang [29]의 환자 중심 돌봄 역량 척도와 상관관계를 확인하였다. 도구 간 상관계수는 .78 ($p < .001$)으로 통계적으로 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타나, 말기 환자를 위한 간호사의 존엄간호 측정도구의 준거타당도가 확보되었다. 하위영역별로 상관관계를 살펴보면, 윤리적 가치, 도덕적 태도와 환자의 관점 존중과 .66 ($p < .001$), 상호작용기반 의사소통과 환자의 참여 촉진과

Table 4. Discriminant Validity

(N = 212)

Factor name	Φ^2 (p-value)				AVE	CR
	1	2	3	4		
Value and moral attitudes (F1)	1				.55	.92
Interaction based communication (F2)	0.71 (< .001)	1			.60	.94
Maintaining comfort (F3)	0.15 (< .001)	0.31 (< .001)	1		.68	.86
Professional insight and competence (F4)	0.58 (< .001)	0.56 (< .001)	0.21 (< .001)	1	.76	.90
Criteria	AVE > Φ^2					
Factor A ↔ Factor B	Φ		SE	$\Phi - 2 \times SE$	$\Phi + 2 \times SE$	
Value and moral attitudes ↔ Interaction based communication	.84		.04	.76	.92	
Value and moral attitudes ↔ Maintaining comfort	.39		.03	.33	.42	
Value and moral attitudes ↔ Professional insight and competence	.76		.04	.68	.84	
Interaction based communication ↔ Maintaining comfort	.56		.02	.52	.60	
Interaction based communication ↔ Professional insight and competence	.75		.03	.70	.82	
Maintaining comfort ↔ Professional insight and competence	.46		.02	.42	.50	
Criteria	Whether [$\Phi \pm 2 \times SE$] includes 1.0					
Endogenous item	M. I.		Par Change			
2	1	55.16	.37			
48	49	22.75	.23			
52	51	15.70	.19			
54	53	16.73	.22			
55	45	15.83	.19			

Factor 1 = Value and moral attitudes; Factor 2 = Interaction based communication; Factor 3 = Maintaining comfort; Factor 4 = Professional insight and competence; Φ = Correlation; SE = Standard error; M. I. = Modification index; Par Change = Parameter change; CR = Critical ratio; AVE = Average variance extracted.

.64 ($p < .001$), 전문적 통찰력, 역량과 환자 옹호와 .52 ($p < .001$), 편안한 안위제공과 환자의 편안함 제공과 .43 ($p < .001$)으로 나타나 모두 통계적으로 유의한 상관관계가 있었다.

4. 신뢰도 검증

1) 내적 일관성 신뢰도

본 연구에서 개발한 말기 환자를 위한 간호사의 존엄간호 측정도구의 내적 일관성 신뢰도 Cronbach's α 는 .96이었고, 하위요인별 신뢰도는 윤리적 가치와 도덕적 태도 .92, 상호작용기반 의사소통 .94, 편안한 안위제공 .86, 전문적 통찰력과 역량이 .90이었다.

2) 검사-재검사 신뢰도

300명상 이상의 호스피스·완화의료 전문기관 종합병원에서 말기 암환자를 돌보는 20명의 간호사를 대상으로[34] 2주의 간격을 둔 검사-재검사 신뢰도 Cronbach's α 값은 .94이었으며, 하위영역별로는 윤리적 가치와 도덕적 태도 .85, 상호작용기반 의사소통 .92, 편안한 안위제공 .85, 전문적 통찰력과 역량이 .87로 나타나 측정도구의 안정성을 확보하였다. 또한 ICC는 95% 신뢰구간을 기준으로 .90보다 크면 도구의 안정성이 매우 높은 것을 의미하므로[35], 본 도구에서 ICC 값은 .90으로 나타나 안정성 신뢰도가 검증되었다.

5. 최종 측정도구 선정

본 도구는 말기 환자가 살아있는 동안 간호사가 수행한 존엄간호에 초점을 두고 그 실천정도를 평가하기 위해 개발된 도구이다. 타당도와 신뢰도 검증과정을 통하여 4개 요인의 25개 문항으로 구성된 4점 Likert 척도의 도구를 확정하였다[33]. 하위요인에 따른 문항 구성은 윤리적 가치와 도덕적 태도 1~9번, 상호작용기반 의사소통 10~19번, 편안한 안위제공 20~22번, 전문적 통찰력과 역량 23~25번으로 구성되었다[33].

본 도구의 측정의 범위는 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 4점의 Likert 척도로 구성하였고, 총 점수 범위는 25~100점으로 점수가 높을수록 간호사의 말기 환자 존엄간호 수행 정도가 높은 것으로 해석한다[33].

논 의

본 연구는 말기 환자를 위한 간호사의 존엄간호 수행을 위한 종재와 연구의 기초자료를 제공하고자 존엄간호의 구성 요인을 확인하고 이를 토대로 간호사의 말기 환자 존엄간호 측정도구를

개발한 방법론적 연구이다. 본 연구는 Chochinov [22]의 존엄모델을 이론적 틀로 사용하여 문헌고찰과 포커스그룹 인터뷰를 통해 존엄간호의 4개 구성 요인을 도출하였고, 도구의 타당도를 검증하여 최종 '윤리적 가치와 도덕적 태도', '상호작용기반 의사소통', '편안한 안위제공', '전문적 통찰력과 역량'의 4개 요인, 25개 문항의 도구를 개발하였다[33].

본 연구에서는 존엄간호에 대한 문헌고찰과 포커스그룹 인터뷰를 통해 도출된 속성을 바탕으로 예비문항을 구성한 후, 학자 및 임상전문가 집단의 내용타당도와 말기 환자 및 보호자로 구성된 경험적 전문가 집단의 의견을 반영하여 내용타당도를 향상시켰다[26]. 이러한 방법론적 과정에 따라 본 연구에서 개발된 도구는 존엄간호의 속성을 탐색하여 국내 문화와 가치를 반영한 도구를 개발하였다는 점에서 의미가 있다. 도출된 4개 요인 25개 문항에 대한 확인적 요인분석에서 모형 적합성, 수렴타당도, 판별타당도를 평가하였고, 문항과 하부요인 간에는 상관관계가 높아 일관성 있게 측정되었고, 하부요인 간에는 서로 독립성이 확인되었다. 모형의 적합도에 있어 값이 큰 수정지수는 불필요한 변수를 의미하므로[32], 본 연구에서는 문항과 관련된 상대적으로 큰 수정지수 값을 판별타당도에서 확인하여 모형의 적합도를 개선하였다. 요인분석을 시행할 때는 각 분석 대상자를 서로 다르게 구성하는 것이 적합하므로[36], 본 연구에서는 전체 502명을 대상으로 무작위 추출하여 탐색적 요인분석 290명과 확인적 요인분석 212명의 대상자를 다르게 구성하여 구성타당도를 확인하였다. 준거타당도는 관련분야에서 사용되는 표준화된 측정도구와 비교하는 것이 적절하지만, 현재 국내외에서 개발된 표준화 측정도구가 없으므로 본 연구에서는 Hwang [29]의 PCC를 사용하였다. PCC 도구는 국내 간호사를 대상으로 개발된 내용타당도와 구성타당도가 검증되고 높은 신뢰도를 가진 도구로, 본 연구에서도 Cronbach's α 계수가 .95로 높았고, 문항의 내용이 인간 존중에 바탕을 두고 환자 돌봄을 반영하고 있어 준거로 충분하다고 판단하였다. PCC와의 상관관계를 분석한 결과, 상관계수 $r = .78$ 로 높은 상관성을 나타내었다. 일반적으로 문항 개수가 적을수록 Cronbach's α 값이 낮아진다[37]. 하지만 본 도구의 신뢰도를 분석한 결과 전체 문항에 대한 Cronbach's α 가 .96이었고, 각 하위영역의 Cronbach's α 는 .86~.94로 신뢰도가 높게 나타나 내적일관성이 확보된 신뢰성 있는 도구라고 판단된다. 또한 본 연구에서는 검사-재검사 신뢰도 Cronbach's α 값이 .94와 ICC 값이 .90으로 높게 측정되어 안정성 신뢰도를 확보하였다. 그러나, 본 연구에서 검사-재검사의 표본은 20명으로 최소 표본 수 30명에 비해 다소 적다.

본 연구에서 추출된 존엄간호의 구성 요인을 살펴보면 제1요인

‘윤리적 가치와 도덕적 태도’는 9개의 문항으로 구성되었고 설명력은 19.3%로 가장 높은 설명력을 보였다. 윤리적 가치와 도덕적 태도는 간호사가 인간 생명 존중의 윤리적 가치인 존엄 본질에 근원을 두고 의료환경 내에서 환자에게 역할과 자율성을 인정해주고 환자가 자신의 삶의 가치감과 의미를 찾을 수 있도록 지원하는 간호사의 도덕적 태도에 대한 영역이다. 제1요인은 하위요인인 ‘인간의 가치관 이해와 존중’의 8문항, ‘간호사의 도덕적 태도’ 1문항이 통합된 것이다. 국외의 Lin과 Tsai [19]가 개발한 DICSN에서는 윤리적 가치와 도덕적 태도가 포함되지 않아 본 연구 결과와 차이가 있었다. 그러나 Ota 등[38]이 개발한 환자 존엄 도구(IPDS)에서 인간 존중 속성의 일부 문항과 유사하였고, 존엄관련 선행연구에서 간호사의 윤리적 존중과 도덕적 태도는 통합된 인간의 가치관 이해를 통해 존엄성을 보존할 수 있다고 제시하여 본 연구 결과와 일치하였다[10,11]. 더불어 ‘인간의 가치관 이해와 존중’ 하위요인은 존중과 인정, 영적 돌봄 지원, 삶의 가치감과 의미 지원, 용서와 사랑에 대한 지원의 내용으로 구성되어 있다. 이중 ‘환자와 가족에게 서로 간의 사랑과 감사를 표현하는 시간을 제공한다’는 문항은 존엄성을 보존하기 위하여 누군가에게 용서를 빌기 원하거나 이야기하고 싶어하는 사람을 만나게 해주어 환자의 존엄성을 증진시켜야 한다는 Östlund 등 [15]의 연구와 일치한다. 이는 가족을 중시하는 한국의 유교적 사상과 비슷한 맥락으로 죽음의 이별에서 사랑하는 사람에게 용서를 구하고 삶을 정리하려는 문화적 현실을 적절하게 반영하고 있다고 생각된다.

제2요인 ‘상호작용기반 의사소통’은 사회적 존엄에 근본을 두고 간호사와 환자가 언어적·비언어적 관계적 기술을 통하여 존엄성을 증진시키는 내용으로 환자와 함께 간호사의 상호관계 형성에 대한 영역이다. 환자와 가족의 이야기 경청, 공감 및 소통, 정서적 지지와 격려, 언어적·비언어적 의사소통, 정보 제공, 신뢰관계 및 친밀감 형성의 내용을 담은 10개의 문항으로 구성되었다. 환자의 이야기를 경청하고[37], 진실된 공감을 표현하고[39] 가족을 지지하고[40], 정서적 지지와 격려를 하며[19], 신뢰관계와 친밀감을 형성하고[39], 정보를 제공하고[18], 언어적, 비언어적 의사소통을 활용하여 정보를 수집한다[19]의 모든 문항이 선행연구 결과와 일치하였다. 인간은 타인과의 관계를 통하여 존엄 인식을 경험하고[3], 사회적 맥락에서 침해를 받을 수 있다[3,41]. 특히 말기 환자는 돌봄 제공자들과 의사소통을 통하여 보살핌을 받으며 존엄성을 인식하고[39], 돌봄 제공자로부터 존엄한 대우를 받지 않아 손상을 받으면 삶의 존엄에 대한 회의감을 갖게 된다[16]. 이러한 이유로 본 연구에서 환자의 돌봄 제공을 24시간 지속적으로 하는 간호사 역할의 중요성이 강조되어 도출되었다.

제2요인 환자와 간호사와의 상호관계에서 존엄간호는 본 연구에서 ‘환자가 알고 싶은 내용을 의료진에게 이야기할 수 있음을 격려한다’(19번 문항)로 선행연구[18]의 ‘간호사는 환자가 알고 싶은 치료와 진단에 대한 정보를 제공하였는가?’의 존엄간호 문항과는 차이가 있다. 이는 의사표현이 소극적인 개인의 특성을 배려한 존엄간호의 특성으로 보인다.

제3요인은 ‘편안한 안위제공’으로 신체적 존엄에 근본을 두고 환자의 불편감을 감소시켜 신체적 안위를 유지하기 위한 간호사의 의미 있는 간호 활동에 대한 영역이다. 신체 프라이버시 보호, 사생활 존중 및 보호의 내용을 담은 3개 문항이 추출되었다. 말기 환자는 질병으로 인해 자율성이 제한되고 일상적인 일과를 수행하지 못하거나 외모의 변화, 고통 등으로 인해 신체적 존엄성의 보존을 느낀다[42]. 신체 프라이버시 보호는 환자의 존엄성에 대한 인식을 평가한 도구[18]와 간호사의 환자 존엄 인식을 평가한 도구[19]에서도 중요한 요인으로 도출되어 일치하였다. 하지만 ‘간호 수행 전 환자의 신체 프라이버시에 대한 충분한 설명과 동의를 거친다’의 문항은 선행연구[18]에서는 정보 및 자율성으로 제시되어 본 연구 결과와 차이가 있었다. 간호사와 환자의 존엄 인식을 비교한 선행연구에서 간호사는 ‘신체 프라이버시’를 존엄 인식으로 표현한 반면, 환자는 ‘자율성’이라고 하여 존엄의 제공자 측면에서의 차이를 나타낸 것으로 보인다[43]. 존엄간호는 간호사가 갖추어야 할 윤리적 의무이고 존엄성은 말기 환자의 삶의 질을 가늠하는 척도로서 존엄간호를 제공하고 실천하기 위하여 돌봄 제공자인 간호사 측면의 연구가 무엇보다 필요하다. 따라서 본 연구는 존엄간호의 제공자 측면인 간호사를 대상으로 고려하였다는 점에서 기존 연구와 차별화된다.

제4요인인 ‘전문적 통찰력과 역량’은 사회적 존엄에 근본을 두고 환자의 상황과 임상에 따라 개별적으로 적절한 자원의 지원과 활용을 통하여 존엄간호 수행을 위한 간호사의 역할로서 전문적 통찰력과 역량에 대한 영역이다. 간호 활동 제공, 옹호자, 제공자, 조정자로서의 책임과 사명, 전문가로서 역할과 관련된 내용의 3문항으로 구성되었다. 전문적 통찰력과 역량은 간호사 대상의 환자 존엄 인식을 측정한 도구[19]에서 정서적 지지를 위한 의사소통 기술, 환자 정보의 기밀성, 신속함이 요구된 환자 간호, 신체에 대한 존중, 안전한 환경, 복지 보호의 6가지 요인으로 제시되어 본 연구와 차이가 있었다. 간호사는 실질적인 간호 수행을 위하여 환자를 사정하고 간호 진단을 내려 간호 중재를 위한 간호 실무를 수행한다. 더불어 환자의 임상적 상태와 개인적 상황을 고려하여 적절한 자원을 활용하여 지원하고[1], 돌봄 제공을 위하여 환자 옹호자로서 역할을 한다[10,29]. 특히 환자의 존엄성은 환자의 개별적 신념, 사회적, 문화적 다양성을 고려하여

의료 돌봄 서비스를 통해 자율성이 존중되면[30], 질병을 극복하게 하는 능력을 증대시킨다[44]. 이는 존엄간호 중재를 위한 선행연구[12]에서 간호사의 전문적인 헌신, 적절한 인적자원, 기술 및 역량, 통찰력이 중요하다고 강조된 결과와 일치한다. 따라서 본 도구는 존엄간호와 관련된 기존 연구[19]에서 다루지 않은 간호사의 실질적 존엄간호 수행의 측면을 고려하였다는 점에서 임상 실무에서의 적용이 가능할 것으로 사료된다.

말기 환자의 존엄성은 의료진을 통한 권한 부여[13]와 간호사의 신뢰는 영적·심리적 고통과 생존 의욕 상실을 극복하여 삶의 가치를 보존하는 것으로 확인되었다[8]. 그러나 현재까지 우리나라에서는 간호사에게 사용할 수 있는 표준화된 존엄간호 측정 도구가 없었다. 이와 관련하여 말기 환자를 위한 간호사의 존엄간호 수행을 측정하는 도구가 필요하다. 본 연구의 결과는 간호사가 말기 환자의 존엄간호의 개념을 이해하는데 도움을 줄 뿐 아니라 말기 환자에게 제공하는 존엄간호 수행 정도를 측정하고 평가하는데 활용될 수 있다. 또한 간호사를 대상으로 말기 환자의 존엄간호 수행을 증진하기 위하여 신뢰도와 타당도를 검증하여 개발되었고, 국내 말기 환자를 돌보는 간호사의 문화적 특성을 반영할 뿐만 아니라 역변환 문장이 없이, 짧고 간결한 문장으로 구성되어 앞으로 호스피스·완화의료 임상 현장에서 유용하게 활용될 것을 기대한다.

결 론

본 연구는 말기 환자를 위한 국내 간호사의 문화적 특성을 반영하고 존엄간호의 구성 요인을 도출하여 간호사의 말기 환자 존엄간호 측정도구를 개발하였으며, 도구의 내용타당도, 구성타당도, 신뢰도를 검증하였다. 측정도구는 4개 요인, 25문항으로 '윤리적 가치와 도덕적 태도' 9문항, '상호작용기반 의사소통' 10문항, '편안한 안위제공' 3문항, '전문적 통찰력과 역량' 3문항으로 구성하였고, 4점 Likert 척도로 측정하여 총 점수 범위는 25~100점으로 점수가 높을수록 간호사의 말기 환자 존엄간호 수행 정도가 높은 것으로 해석하였다(Appendix 1, 2).

본 도구를 이용하여 말기 환자를 위한 간호사의 존엄간호에 대한 이해와 임상 실무에서 간호사가 존엄간호를 측정하고 평가하는데 활용할 수 있을 것이다. 더불어 말기 환자를 위한 간호사의 존엄간호를 증진시키기 위한 간호 중재 및 실무 정책 개발에 기초자료로 기여할 것이다.

본 연구를 바탕으로 다음과 같이 제언한다.

첫째, 본 연구는 일부 지역 호스피스·완화의료 전문기관의 의원 및 종합병원에 근무하는 간호사를 대상으로 측정하였으므로

일반화시키기에는 제한이 있으므로, 향후 연령, 직책, 지역, 의료기관 규모 등 다양한 특성을 확대하여 연구할 필요가 있다.

둘째, 본 연구에서 개발한 측정도구를 이용하여 다양한 문화권에 있는 간호사를 대상으로 반복 연구를 함으로써 도구의 안정성을 평가하고 타당도를 확인할 것을 제언한다.

셋째, 본 도구를 활용하여 존엄간호 수행 정도를 확인하고 존엄간호를 증진시키기 위한 교육 프로그램을 개발하고 적용하는 시도가 필요하다.

넷째, 사회복지사, 의사, 호스피스 전문간호사 등 다양한 돌봄 제공자 집단으로 대상자를 확대하여 윤리적 가치와 도덕적 태도, 상호작용기반 의사소통, 편안한 안위제공, 전문적 통찰력과 역량의 구성 요인에 따른 차이점과 존엄 수행 정도를 확인하는 비교 연구를 제언한다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared that no conflict of interest.

ACKNOWLEDGEMENTS

None.

FUNDING

This paper was supported by the Fund of the Sahmyook University in 2021.

DATA SHARING STATEMENT

Please contact the corresponding author for data availability.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Conceptualization or/and Methodology: Ahn YS & Oh PJ.

Data curation or/and Analysis: Ahn YS.

Funding acquisition: Ahn YS.

Investigation: Ahn YS.

Project administration or/and Supervision: Ahn YS & Oh PJ.

Resources or/and Software: Ahn YS.

Validation: Oh PJ.

Visualization: Ahn YS & Oh PJ.

Writing original draft or/and Review & editing: Ahn YS & Oh PJ.

REFERENCES

- Kennedy G. The importance of patient dignity in care at the end of life. *The Ulster Medical Journal*. 2016;85(1):45-48.
- Kang SS. A comparative perspective on human dignity and implication. *Journal of Hongik Law Review*. 2013;14(1):111-140. <https://doi.org/10.16960/jhlr.14.1.201302.111>
- Jacobson N. Dignity and health: A review. *Social Science & Medicine*. 2007;64(2):292-302. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.039>
- Kim DK. Dignity in care of dependent elderly. *Asia Pacific Journal of Health Law & Ethics*. 2014;8(2):49-66. <https://doi.org/10.38046/apjhl.2014.8.2.003>
- Ju MJ, Sohn SK. Relationship between perceived family support and quality of life in hospitalized patients with terminal cancer. *Journal of Korean Oncology Nursing*. 2008;8(1):32-39.
- Moon JY. Music therapy in hospice care. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2007;10(2):67-73.
- Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: A cross-sectional, cohort study. *Lancet*. 2002;360(9350):2026-2030. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)12022-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)12022-8)
- Hall S, Goddard C, Speck PW, Martin P, Higginson IJ. "It makes you feel that somebody is out there caring": A qualitative study of intervention and control participants' perceptions of the benefits of taking part in an evaluation of dignity therapy for people with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2013;45(4):712-725. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.03.009>
- Korean Nurses Association. Program of ethics for Korean nurses [Internet]. Seoul: Korean Nurses Association; c2013 [cited 2021 Feb 19]. Available from: https://www.koreanurse.or.kr/about_KNA/ethics.php?mn=2#s1.
- Koskeniemi J, Leino-Kilpi H, Suhonen R. Manifestation of respect in the care of older patients in long-term care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2015;29(2):288-296. <https://doi.org/10.1111/scs.12162>
- Nåden D, Eriksson K. Understanding the importance of values and moral attitudes in nursing care in preserving human dignity. *Nursing Science Quarterly*. 2004;17(1):86-91. <https://doi.org/10.1177/0894318403260652>
- Manookian A, Cheraghi MA, Nasrabadi AN. Factors influencing patients' dignity: A qualitative study. *Nursing Ethics*. 2014;21(3):323-334. <https://doi.org/10.1177/0969733013498526>
- Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Patient dignity and its related factors in heart failure patients. *Nursing Ethics*. 2012;19(3):316-327. <https://doi.org/10.1177/0969733011425970>
- Simões A, Sapeta P. The concept of dignity in nursing care: A theoretical analysis of the ethics of care. *Revista Bioética*. 2019;27(2):244-252. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272306>
- Östlund U, Blomberg K, Söderman A, Werkander Harstade C. How to conserve dignity in palliative care: Suggestions from older patients, significant others, and healthcare professionals in Swedish municipal care. *BMC Palliative Care*. 2019;18(1):10. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0393-x>
- McPherson CJ, Wilson KG, Murray MA. Feeling like a burden: Exploring the perspectives of patients at the end of life. *Social Science & Medicine*. 2007;64(2):417-427. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.09.013>
- Griffin-Heslin VL. An analysis of the concept dignity. *Accident and Emergency Nursing*. 2005;13(4):251-257. <https://doi.org/10.1016/j.aen.2005.09.003>
- Ferri P, Muzzalupo J, Di Lorenzo R. Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: A cross-sectional analysis. *BMC Health Services Research*. 2015;15:41. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0704-8>
- Lin YP, Tsai YF. Development and validation of a Dignity in Care Scale for Nurses. *Nursing Ethics*. 2019;26(7-8):2467-2481. <https://doi.org/10.1177/0969733018819120>
- Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*. 2005;23(24):5520-5525. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391>
- Jo KH. Development and evaluation of a dignified dying scale for Korean adults. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2011;41(3):313-324. <https://doi.org/10.4040/jkan.2011.41.3.313>
- Chochinov HM. Dignity-conserving care--A new model for palliative care: Helping the patient feel valued. *JAMA*. 2002;287(17):2253-2260. <https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>
- DeVellis RF. Scale development: Theory and applications. 4th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2016. p. 39-199.
- Jang KS. A study on establishment of clinical career development model of nurses [dissertation]. Seoul: Yonsei University; 2000. p. 1-201.
- Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*. 1986;35(6):382-385. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>

26. Schilling LS, Dixon JK, Knafl KA, Grey M, Ives B, Lynn MR. Determining content validity of a self-report instrument for adolescents using a heterogeneous expert panel. *Nursing Research*. 2007;56(5):361-366.
<https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000289505.30037.91>
27. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in nursing and health research*. 4th ed. New York (NY): Springer Publishing Company; 2010. p. 147-316.
28. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis: A global perspective*. 7th ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education; 2010. p. 111-113.
29. Hwang JI. Development and testing of a patient-centred care competency scale for hospital nurses. *International Journal of Nursing Practice*. 2015;21(1):43-51.
<https://doi.org/10.1111/ijn.12220>
30. Coventry ML. Care with dignity: A concept analysis. *Journal of Gerontological Nursing*. 2006;32(5):42-48.
<https://doi.org/10.3928/00989134-20060501-08>
31. Noh KS. *The proper methods of statistical analysis for dissertation: SPSS & AMOS 21*. Seoul: Hanbit Academy Inc.; 2019. p. 14-193.
32. Kang HC. *Analysis and application of structural equation model using SPSS/AMOS*. Paju: Free Academy; 2019. p. 237-240.
33. Ahn YS. *Development and validation of a dignity in care scale of terminally ill patients for nurses [dissertation]*. Seoul: Sahmyook University; 2023. p. 1-193.
34. Jeong DW, Kim GS, Park MK. Validity and reliability of the Korean version of the climate, health, and nursing tool. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2022;52(2):173-186.
<https://doi.org/10.4040/jkan.21211>
35. Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intra-class correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*. 2016;15(2):155-163.
<https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012> Erratum in: *Journal of Chiropractic Medicine*. 2017;16(4):346. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2017.10.001>
36. Hinkin TR. A brief tutorial on the development of measures for use in survey questionnaires. *Organizational Research Methods*. 1998;1(1):104-121.
<https://doi.org/10.1177/109442819800100106>
37. Drost EA. Validity and reliability in social science research. *Education Research and Perspectives*. 2011;38(1):105-123.
38. Ota K, Maeda J, Gallagher A, Yahiro M, Niimi Y, Chan MF, et al. Development of the inpatient dignity scale through studies in Japan, Singapore, and the United Kingdom. *Asian Nursing Research*. 2019;13(1):76-85.
<https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.01.008>
39. Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine: The A, B, C, and D of dignity conserving care. *British Medical Journal*. 2007;335:184-187.
<https://doi.org/10.1136/bmj.39244.650926.47>
40. Kanno Y, Sato K, Shimizu M, Funamizu Y, Andoh H, Kishino M, et al. Development and validity of the nursing care scale and nurse's difficulty scale in caring for dying patients with cancer and their families in general hospitals in Japan. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2019;21(2):174-182.
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000482>
41. Lin YP, Tsai YF, Chen HF. Dignity in care in the hospital setting from patients' perspectives in Taiwan: A descriptive qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(5-6):794-801.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03499.x>
42. Chochinov HM, Krisjanson LJ, Hack TF, Hassard T, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: Revisited. *Journal of Palliative Medicine*. 2006;9(3):666-672.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.666>
43. Walsh K, Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*. 2002;8(3):143-151.
<https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2002.00355.x>
44. Slettebø A, Caspari S, Lohne V, Aasgaard T, Nåden D. Dignity in the life of people with head injuries. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(11):2426-2433.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05110.x>

Appendix 1. Dignity Care Scale of Terminally Ill Patients for Nurses Questions

Factors	Questions	Strongly disagree	Disagree	Agree	Strongly agree
Value and moral attitudes	1. Provide opportunities for patients and their families to express love and gratitude for each other.	①	②	③	④
	2. Provide the patient with necessary spiritual care, while assessing it continually.	①	②	③	④
	3. Help patients leave work and wills.	①	②	③	④
	4. Encourage patients to share their fears and sorrows regarding death.	①	②	③	④
	5. Explain death to the patients and their families according to their situation to help them accept it.	①	②	③	④
	6. Assess the nurse's own spiritual condition and make continuous efforts to solve any problem.	①	②	③	④
	7. Provide care to patients in accordance with the dignity they recognize.	①	②	③	④
	8. Provide nursing care, respecting patients' social and cultural diversity.	①	②	③	④
	9. Make an environment for the patients to feel at home.	①	②	③	④
Interaction based communication	10. Listen to the patient's telling.	①	②	③	④
	11. Provide emotional support and encouragement to patients and their families.	①	②	③	④
	12. Collect information about patients' needs using verbal and non-verbal communications.	①	②	③	④
	13. Build a trusting relationship with patients so that they feel helped.	①	②	③	④
	14. Support the family in grief of expected death of the patient.	①	②	③	④
	15. Express heartfelt empathy to patients and their families.	①	②	③	④
	16. Inform the patients and their families of hospice and help them participate.	①	②	③	④
	17. Talk to patients to relieve their anxiety.	①	②	③	④
	18. Provide patients with emotional support and develop a feeling of intimacy with them.	①	②	③	④
Maintaining comfort	19. Encourage the patient to ask any medical personnel what they want to know.	①	②	③	④
	20. Protect patients' body privacy.	①	②	③	④
	21. Provide full explanation and ask for consent before nursing care for the patients' body privacy.	①	②	③	④
Professional insight and competence	22. Minimize exposure of the patient's body (e.g., draw curtains before changing clothes).	①	②	③	④
	23. Provide evidence-based nursing activities to promote dignity of the patients.	①	②	③	④
	24. Provide nursing care while fulfilling the responsibility and duty as patient advocates, care providers and coordinators.	①	②	③	④
	25. Take professional responsibility for the dependent treatment request of the patients.	①	②	③	④

Appendix 2. 간호사의 말기 환자 존엄간호 측정도구(DCS-TPN)의 문항

※ 다음 문항은 간호사의 말기 환자 존엄간호에 관한 질문입니다. 각 문항의 해당란에 √표로 기입하여 주십시오.

번호	문항	전혀 그렇지 않다	가끔 그렇다	자주 그렇다	매우 그렇다
윤리적 가치와 도덕적 태도	1. 환자와 가족에게 서로 간의 사랑과 감사를 표현하는 시간을 제공한다.	①	②	③	④
	2. 환자의 영적 요구를 지속적으로 살펴 필요한 영적 간호를 제공한다.	①	②	③	④
	3. 환자가 유작과 유언을 남길 수 있도록 돕는다.	①	②	③	④
	4. 환자가 죽음에 대한 두려움과 슬픈 감정을 표현하도록 격려한다.	①	②	③	④
	5. 환자와 가족이 죽음을 의미있게 받아들이도록 상황에 맞게 설명한다.	①	②	③	④
	6. 간호사 자신의 영적 상태를 사정하고, 영적 문제해결을 위해 지속적으로 노력한다.	①	②	③	④
	7. 환자 개개인이 인식하는 존엄성에 맞추어 간호를 제공한다.	①	②	③	④
	8. 환자의 사회문화적 다양성을 존중하여 간호를 제공한다.	①	②	③	④
	9. 환자가 집에 있는 것 같은 편안함을 느낄 수 있는 환경을 조성한다.	①	②	③	④
상호작용기반 의사소통	10. 환자의 이야기를 경청한다.	①	②	③	④
	11. 환자와 가족에게 정서적 지지와 격려를 한다.	①	②	③	④
	12. 언어적·비언어적 의사소통을 활용하여 환자의 요구에 대한 정보를 수집한다.	①	②	③	④
	13. 환자가 도움을 받을 수 있음을 느끼도록 신뢰관계를 형성한다.	①	②	③	④
	14. 예견되는 죽음으로 인한 슬픔에 공감하고 가족을 지지한다.	①	②	③	④
	15. 환자와 가족의 감정에 진실된 공감을 표현한다.	①	②	③	④
	16. 환자와 가족에게 호스피스에 대한 정보를 제공하고 참여할 수 있도록 돕는다.	①	②	③	④
	17. 불안한 환자를 안심시키는 소통을 한다.	①	②	③	④
	18. 정서적 지지를 제공하여 환자와 친밀감을 형성한다.	①	②	③	④
편안한 안위 제공	19. 환자가 알고 싶은 내용을 의료진에게 이야기할 수 있음을 격려한다.	①	②	③	④
	20. 환자의 신체 프라이버시를 보호한다.	①	②	③	④
	21. 간호 수행 전, 환자의 신체 프라이버시에 대한 충분한 설명과 동의를 거친다.	①	②	③	④
전문적 통찰력과 역량	22. 환자 신체의 노출을 최소화하기 위해 주의(예: 옷 입히기 전 커튼을 치는 등)를 기울인다.	①	②	③	④
	23. 존엄성 증진의 근거에 기반한 간호활동을 제공한다.	①	②	③	④
	24. 환자의 옹호자, 간호제공자, 조정자로서의 책임과 사명을 다해 간호를 제공한다.	①	②	③	④
	25. 환자의 의존적 치료 요구에 전문가로서 책임을 다한다.	①	②	③	④