

# 신생아집중치료실 간호사의 임종간호에서의 의사소통 탐색

하정유<sup>1</sup> · 손현미<sup>2</sup>

부산대학교 어린이병원 간호사<sup>1</sup>, 부산대학교 간호대학 · 간호과학연구소 교수<sup>2</sup>

## Exploring Communication in End-of-Life Care by Neonatal Intensive Care Unit Nurses

Ha, Jung-Yoo<sup>1</sup> · Son, Hyunmi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nurse, Pusan National University Children's Hospital, Yangsan, Korea

<sup>2</sup>Professor, College of Nursing · Research Institute of Nursing Science, Pusan National University, Yangsan, Korea

**Purpose:** This qualitative study explores nurses' communication in neonatal end-of-life care within neonatal intensive care units. **Methods:** Twenty-one experienced nurses from two tertiary hospitals participated. Data were collected through six focus group interviews between January and August 2019, and analyzed using qualitative content analysis based on Anderson's modified information theory model. **Results:** Nurse-doctor communication within neonatal intensive care units was marked by inconsistent messages and insincere feedback. Passive communication dynamics, unpredictable neonatal conditions, diminished commitment to care, unshared care plans, and rigid communication systems were identified as factors impeding the communication process. Communication among nurses was constrained by emotional stress and heavy workloads, thus fostering an environment wherein mourning infant deaths was difficult and reluctance to engage in conversations arose to avoid emotional pain. Nurse-parent communication faced additional barriers, including hesitation in delivering bad news and inadequately conveying comfort, compounded by parents' overwhelming grief and diminished trust in nurses as well as insufficient support systems, and ineffective communication skills. Additionally, preparation for effective communication included fostering deeper empathy toward grieving families, offering psychological support to nurses, and promoting closer interdisciplinary collaboration. Moreover, nurses suggested raising awareness among medical staffs about neonates' end-of-life care and implementing structured education and guidelines to enhance communication practices in this sensitive context. **Conclusion:** Effective communication in neonatal end-of-life care necessitates discussions among medical staff, development of communication guidelines, psychological support for nurses, and training in communication skills.

**Key Words:** Newborn; Terminal care; Communication; Nurses; Qualitative research

주요어: 신생아, 임종간호, 의사소통, 간호사, 질적연구

Corresponding author: Son, Hyunmi

College of Nursing, Pusan National University, 49 Busandaehak-ro, Mulgeum-eup, Yangsan 50612, Korea.  
Tel: +82-51-510-8315, E-mail: hmson@pusan.ac.kr

- 이 논문은 제1저자 하정유의 석사학위논문을 수정하여 작성한 것임.

- This article is a revision of the first author's master's thesis from Pusan National University.

Received: Nov 11, 2024 | Revised: Dec 18, 2024 | Accepted: Dec 23, 2024

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.

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

한국의 출생아 수는 지속적으로 감소하나 신생아집중치료실에서의 집중 간호가 필요한 고위험 신생아는 꾸준히 증가하여 2023년 전체 출생아 23만명 중 조산아는 9.9%로, 2013년 6.5%에 비해 1.5배 증가하였다[1]. 산전 진단과 의료기술의 발달로 고위험 신생아의 사망은 감소하였으나, 조산아와 저체중 출생아의 출생률 증가는 신생아 사망위험을 증가시키는 요인이 되었다[2]. 또한, 생존을 위협하는 심각한 선천성 질환이나 유전질환으로 인한 영아 사망의 60% 이상은 신생아 시기에 발생하므로 신생아 임종은 신생아집중치료실에서 빈번히 발생한다[3]. 그러므로 불필요한 고통을 최소화하고 평화로운 죽음을 맞도록 돕는 임종간호는 신생아집중치료실에서 필수적으로 요구된다.

신생아 임종은 성인과는 다른 특이성과 복잡성을 가진다. 고위험 아이의 부모는 건강한 아이를 출산하지 못하고, 출생 직후부터 치료를 위해 입원한 아이를 직접 돌보지 못하는 것에 대한 실패감과 죄책감으로 심한 고통을 경험한다[4]. 또한, 자녀의 임종이 다가오면서 어려운 의사결정을 내려야 하는 심리적 부담감을 많이 느낀다[5]. 신생아집중치료실 간호사도 환아를 돌보며 부모와 같은 애착이 형성되어 아이가 사망한 후 상실감, 허무감 등 복잡한 감정을 경험하는데, 이제 생을 시작하는 신생아의 임종은 더 강한 고통과 슬픔으로 다가온다[6]. 이렇듯 신생아 임종은 신생아집중치료실 간호사에게 상당한 부담감과 정서적 고통으로 작용하여 임종간호에도 영향을 미친다[7].

죽음에 가까워진 신생아를 돌보는 간호사는 환자의 증상 조절뿐 아니라 부모와 치료계획에 대한 공유, 의사결정을 하기 위한 논의와 정서적 지지 등 다양한 측면의 임종간호를 수행하게 된다[8]. 특히, 임종간호에서의 효과적인 의사소통은 환자와 가족이 죽음을 준비하고 존엄한 임종을 맞이할 수 있도록 돕는 핵심 증재로 임종간호의 질을 높이는 결정적 요인이다[9]. 임종에 이른 환자와 보호자는 의사결정을 위해 정확한 정보를 제공받고, 이후 치료방향과 존엄한 죽음을 준비하기 위해 함께 논의하는 과정이 필요하다[10]. 더욱이 신생아 임종간호에서의 의사소통은 부모가 겪는 슬픔과 트라우마를 줄이기 위해 더욱 신중하고 필수적으로 이루어져야 한다[8]. 대부분의 신생아집중치료실 간호사는 아이의 임종상황에서 의사소통 경험 및 기술 부족, 중환자실 특성상 바쁜 업무 등으로 인해 의사소통에 많은 어려움을 겪는다[6].

신생아 임종간호 과정에서 간호사는 아이의 부모뿐 아니라 의사, 동료 간호사 등 의료진과의 적극적인 의사소통을 통해 질 높은 임종간호를 수행할 수 있다[11]. 신생아 임종간호 수행 시 의료진 간의 명확하고 시기적절한 의사소통은 매우 중요하지만, 신생아의 죽음 상황에 대한 대처 부족과 의료진 간 임종간호의 인식 차이로 의사소통이 효과적으로 이루어지지 못한다[12]. 특히, 신생아집중치료실 의료진은 환아의 죽음이라는 민감한 상황에서 복잡적이고 강한 심리적 압박감으로 의사소통을 꺼리고 회피하기도 한다[13]. 이로 인한 정신적 스트레스와 업무 소진의 가중은 간호사가 임종간호를 부정적으로 인식하는 데에도 영향을 미친다[14].

신생아 임종간호 상황에서 의사소통의 중요성은 지속적으로 강조되지만, 의사소통이 이루어지는 과정 전반에 대한 심층적 탐색은 부족하다. 간호를 수행하는 과정에서 의사소통은 간호사 자신에 대한 이해와 더불어 대상자와의 상호작용, 의료조직 내의 의사소통 체계 등 다양한 맥락적 상황에 영향을 받는다[15]. 효과적인 의사소통은 의사소통이 필요한 상황과 상호간의 이해를 바탕으로 대화를 주고받는 일련의 과정에서 발신자의 메시지가 잘 전달되어 수신자가 그 의미를 잘 이해하면 적절한 피드백을 받게 된다[16]. 그러나 이러한 과정에서 환경적, 심리적 방해로 인한 잡음이 개입되면 의사소통에 영향을 미친다[17]. 따라서 신생아집중치료실 간호사의 임종간호 시 의사소통을 심층적으로 이해하기 위해서는 의사소통의 어려움이나 유형을 분석하는 것만으로는 제한적이므로, 신생아 임종간호 시 의사, 동료 간호사, 그리고 부모와의 의사소통 과정에서 주고받는 메시지와 피드백은 어떠한지, 이 과정에 영향을 미치는 맥락은 무엇인지 살펴보는 것이 중요하다.

의사소통의 다양한 관점 중 구조적 관점은 메시지를 주고받는 과정과 체계, 흐름에 중점을 두고 의사소통을 이해하고자 한다. 구조적 관점에서 바라본 의사소통은 메시지가 전달되는 과정에서 발신자의 의도와 수신자의 해석이 어떻게 이루어지며, 의사소통을 방해하는 잡음의 요인은 무엇인지를 파악하고, 이들이 어떻게 상호작용하며 의사소통과 행위에 영향을 미치는지 명확히 탐색하도록 돕는다[18]. 특히, 의사소통 과정에서의 요소와 그들의 상호작용에 대해 다측면으로 살펴봄으로써 복잡한 의사소통 과정에서 발생하는 문제의 원인을 더욱 명료히 하여 심층적으로 분석하는 데에 도움을 준다[19].

그러나 신생아집중치료실 간호사의 임종간호와 관련된 선행연구들[20]은 의사소통의 장애나 어려움에 대해서는 보고하고 있지만, 의사소통 과정에서 어떠한 맥락적 요인들이 상호작용하여 의사소통에 영향을 미치는지 탐색한 연구는 찾아보기

어려웠다. 또한, 성인 대상자에 비해 신생아 임종간호의 의사소통과 관련된 연구는 의사를 대상으로 중재 효과를 확인한 사례연구[21,22] 정도에 그쳐 간호사 연구는 없었다. 의사소통이 일어나는 과정을 구조적 관점에서 설명하는 변형된 정보이론 모형에 근거하여 신생아집중치료실 간호사가 신생아 임종간호 시 의사, 동료 간호사 및 부모와의 의사소통을 심층적으로 살펴봄으로써 복잡한 의사소통 과정에서 발생하는 문제를 다각적으로 탐색할 수 있을 것이다.

이에 본 연구는 신생아집중치료실 간호사가 신생아 임종간호 시 경험하는 의사, 동료 간호사, 부모와의 의사소통을 구조적 관점에서 분석하여 의사소통 과정에서 발생하는 문제와 관련된 맥락적 상황을 심층적으로 이해하고자 하며, 이를 바탕으로 신생아 임종간호시 효과적이고 질 높은 의사소통의 방안을 모색해 보고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 신생아집중치료실에 근무하는 간호사가 죽음에 임박한 신생아를 간호하며 경험하는 의사소통 경험을 구조적 관점에서 파악하여 복합적인 의사소통 문제의 맥락을 명확하고 심층적으로 분석하기 위함이다. 본 연구에서는 의사소통 과정의 요소로 발신자인 간호사와 수신자인 의사, 동료 간호사, 부모와의 주고받는 메시지와 피드백, 그리고 의사소통 과정에 영향을 주는 환경적, 심리적 방해요인인 잡음에 대해 탐색하고, 이들의 상호작용이 의사소통과 임종간호에 어떠한 영향을 미치는지 파악하고자 한다. 본 연구에서의 주 질문은 ‘죽음에 가까워진 신생아를 간호할 때 겪은 의사소통 경험은 어떠한가?’이다.

## 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 신생아집중치료실 간호사의 신생아 임종간호에서의 의사소통 과정을 구조적 관점에 기반하여 탐색한 지시적 내용분석방법으로 분석한 질적연구이다.

### 2. 연구참여자

본 연구의 참여자는 부산·경남 지역의 2개 상급종합병원 신생아집중치료실에 근무하고 있는 간호사로, 선행연구 중 중환

자실 경력 4~5년을 기점으로 임종간호에 관한 인식과 행위 차이를 보인 선행연구[23]를 바탕으로 신생아 임종간호 경험이 풍부하고 신생아집중치료실 경력이 4년 이상인 자를 모집하였다. 그러나 참여자 중 2명은 신생아집중치료실에서의 근무경력이 1년 6개월, 2년 7개월로 4년에 미치지 못했으나, 현 근무지인 신생아집중치료실에서의 임종간호 경험이 많으며 이전 근무지에서 성인 환자의 죽음과 임종간호에 대한 경험이 풍부하여 신생아 죽음과 임종간호에 대한 인식이 차별되어 자료의 포화를 위해 포함하였다. 그래서 참여자들의 총 임상 근무경력은 4년 이상이었다. 포커스그룹 인터뷰를 위해 그룹당 3~5명으로 구성하여 진행하였고, 인터뷰와 동시에 분석을 진행하여 연구주제와 관련된 내용에 더 새로운 것이 없어 자료의 포화가 이루어졌다고 판단될 때까지 진행하였다. 6번째 인터뷰로 자료수집을 마무리하여 최종 연구대상은 총 6그룹의 21명이었으며, 참여자의 일반적 특성은 Table 1과 같다.

### 3. 자료수집

자료수집은 포커스그룹 인터뷰를 통해 2019년 1월 29일부터 8월 8일까지 이루어졌다. 신생아집중치료실에서 신생아 임종간호 경험을 공유하며 신생아 죽음에 대한 인식과 의사소통 과정을 심층적으로 이해하기 위해 포커스그룹 인터뷰로 자료를 수집하였다. 참여자들의 일정을 고려하여 그룹당 3~5명으로 구성하였다. 그룹당 1회 인터뷰가 진행되었고, 소요시간은 1시간 30분에서 2시간 정도였다. 자료분석 중 의미가 불분명한 부분의 확인을 위해 4명의 대상자에게 10~20분의 개인 인터뷰를 추가로 시행하였다. 면담장소는 참여자 접근이 편리하고 주변이 산만하거나 방해요인이 없는 장소에서 진행하였다.

인터뷰 전 가벼운 답소로 친근한 분위기를 형성하였고, 연구자의 간단한 소개와 연구목적, 필요성을 설명하고 인터뷰 진행 방법에 대해 안내하였다. 시작질문은 신생아 죽음에 대한 인식을 공유하며 주 질문에 대한 답변을 준비하였다. 반구조적인 질문으로 인터뷰를 시행하였으며, 모호하거나 의미가 불분명한 내용이 있는 경우 보충 질문하였고, 의미 있는 진술에 대해 깊이 있는 분석을 위해 추가 질문하였다. 인터뷰 내용은 모두 녹음하였고, 진행 중 중요한 내용과 표현, 참여자들의 표정 등을 간단히 현장 노트에 작성하여 언어와 비언어적 메시지 차이를 통한 진술의 진실성을 확인하였다. 또한, 인터뷰 직후 핵심 단어와 참여자들의 주제에 대한 표현 및 반응과 같은 현장 경험을 상세히 기술하여 자료분석 시 활용하였다. 인터뷰가 끝난 직후 녹음된 내용을 연구자가 직접 컴퓨터에 전사하여 분석하였다.

**Table 1.** General Participant Characteristics

P	Age (year)	Marital status	Presence of children	Religion	Education level	NICU career (month)	Total clinical career (month)
1	27	Single	No	Catholic	Bachelor	34	34
2	35	Single	No	None	Bachelor	81	81
3	27	Single	No	None	Bachelor	31	31
4	29	Single	No	Buddhism	Bachelor	53	53
5	28	Single	No	None	Bachelor	49	49
6	27	Single	No	Christian	Bachelor	32	32
7	28	Single	No	None	Bachelor	39	39
8	30	Married	Yes	None	Master	92	92
9	31	Single	No	None	Associate	78	78
10	26	Single	No	None	Bachelor	47	47
11	30	Single	No	Buddhism	Bachelor	96	96
12	32	Married	Pregnant	Buddhism	Master	128	128
13	28	Single	No	None	Bachelor	43	43
14	27	Single	No	None	Associate	48	48
15	32	Single	No	Buddhism	Bachelor	100	100
16	38	Married	Yes	None	Master	31	175
17	27	Single	No	Christian	Bachelor	40	40
18	34	Single	No	None	Master	134	134
19	28	Married	No	Buddhism	Bachelor	54	54
20	29	Married	No	Christian	Bachelor	18	54
21	30	Single	No	None	Associate	49	49

P=Participants.

분석한 내용을 바탕으로 다음 인터뷰 시 추가 질문을 재구성하며 자료수집과 분석의 지속적 순환과정을 거쳤다.

연구자는 신생아집중치료실에서 7년의 임상경험으로 많은 신생아 임종간호를 경험하였고, 신생아 임종 및 임종간호에 대한 지속적 문헌고찰과 관련 학회, 워크숍에 참여하며 해당 주제에 대한 통찰을 높이고자 노력하였다. 또한, 다수의 질적 연구 경험이 있는 책임연구자의 지도하에 질적연구 수행을 위한 준비과정을 거쳤다. 다양한 논문과 서적을 참조하였고, 질적연구 워크숍에서 인터뷰 기술과 자료수집 분석 등에 대해 훈련하였다. 질적연구학회와 세미나에 참여하여 철학적 관점과 질적연구방법에 대한 연구역량을 높이고자 하였다. 본 연구의 초기 인터뷰 시 포커스그룹 인터뷰 경험이 많은 책임연구자와 함께 진행하며 지속적인 피드백을 통해 자료수집이 이루어졌

고, 함께 자료분석 내용을 논의하며 다음 자료수집에 이를 반영하였다.

#### 4. 윤리적 고려

본 연구는 연구자가 속한 기관 생명윤리위원회(IRB)의 승인(IRB No. 05-2018-192)을 받은 후 진행하였으며, 참여자 소속 병원 간호부와 신생아집중치료실 부서장의 연구진행 협조 승인하에 진행하였다. 자발적으로 연구참여를 희망한 참여자에게 연구의 목적 및 방법에 대하여 사전에 설명을 제공하였고 이를 충분히 이해하고 참여를 원하는 대상자에게 서면 동의서를 받았다. 참여자가 인터뷰 중 신체적 및 정신적 피해와 불편감이 발생하는 경우 연구 중도 포기과 중단을 결정할 수 있는 권리에

대한 정보를 제공하였고 언제든지 연구참여를 철회할 수 있음을 설명하였다. 연구에 참여한 대상자에게는 인터뷰 후 답례품을 보상으로 지급하였으며, 비밀보장을 위해 인터뷰 내용의 코딩 및 분석은 연구자가 직접 수행하였고, 대상자와 관련된 모든 정보는 개인정보의 식별이 불가능하도록 숫자와 코드를 부여하여 익명으로 처리하였다. 수집된 문서자료, 녹음파일, 전사자료 및 코딩자료는 연구자만 사용하는 비밀번호가 설정된 보관함과 컴퓨터에 저장하였다.

### 5. 자료분석

본 연구는 수집된 메시지의 특성을 객관적이고 체계적으로 파악하고 총체적 이해를 바탕으로 코딩 과정을 거쳐 의미 있는 내용을 도출하는 내용분석기법에 따라 분석하였다. 내용분석의 3가지 방법 중 선행 이론이나 모형의 틀에 근거하여 분석범주의 조작적 정의를 내린 후 코딩과정을 통해 내용을 체계화하는 연역적 분석기법인 지시적 내용분석에 근거하여 분석하였다[24]. 의사소통 이론 중 의사소통이 일어나는 과정에서의 요소별 특성과 이들 간의 상호작용으로 인해 의사소통 과정의 체계를 설명하는 구조적 관점의 의사소통 이론인 Anderson의 변형된 정보이론 모형 분석틀[25]을 기반으로 분석하였다. 먼저, 해당 모형의 주요 구성요소와 관계가 본 연구주제의 분석틀에 적당하지 연구자들의 논의 후 범주의 조작적 정의를 통해 본 연구의 분석틀을 결정하였다(Figure 1). 분석틀에 따라 범주는 의사소통 발신자인 간호사와 의사소통하는 수신자로서 의사, 동료 간호사, 부모에 따라 분류하고, 각 범주는 의사소

통 과정의 주요 요소인 메시지, 피드백, 환경/잡음으로 구분하여 분석하였다. 전사된 인터뷰 자료와 현장 노트를 참고하여 특정한 현상의 모든 사례를 범주화하기 위해 전사 자료를 읽고 분류된 범주에 근거하여 강조된 구절을 코드화하였다. 내용분석 방법은 분석틀을 통해 미리 결정된 범주를 바탕으로 즉시 코딩을 시작하여 하위범주를 구성하거나 필요시 새로운 범주의 유형을 만들어 하위범주를 나누는 방법으로 분석할 수 있는데, 본 연구는 두 가지 방법을 혼용하여 분석하였다. 연구결과와 신뢰성과 타당도를 높이기 위해 수집된 자료를 연구자 2인이 각자 분석했으며 일치하지 않는 부분은 재코딩을 반복하였다. 연구결과는 범주별 요소의 관계를 설명하며 대표사례와 함께 제시하였고, 코드의 확증적 근거와 반증적 근거를 기술하여 기존 모형을 지지, 확장하고자 하였다.

### 6. 연구의 타당도 확보

본 연구의 타당도를 확보하기 위해 Sandelowski [26]가 제시한 4가지 기준, 신뢰성, 적합성, 감사가능성, 확인가능성을 높이고자 하였다. 신뢰성(Credibility) 확보를 위해 참여자들이 자유롭게 경험을 말할 수 있도록 편안한 분위기를 조성하였고, 참여자를 방해하지 않도록 참견이나 개입을 최소화하였다. 전사 과정에서도 참여자들의 말을 그대로 옮겼으며, 참여자의 표정이나 행동 등이 작성된 현장노트와 메모도 분석에 포함하였다. 또한, 답변이 추상적이거나 개괄적인 경우 추가 질문을 통해 참여자의 의도를 정확하게 확인하고자 하였다. 그리고 분석결과에 대해 질적연구 경험이 많은 간호학 교수로부터 피드

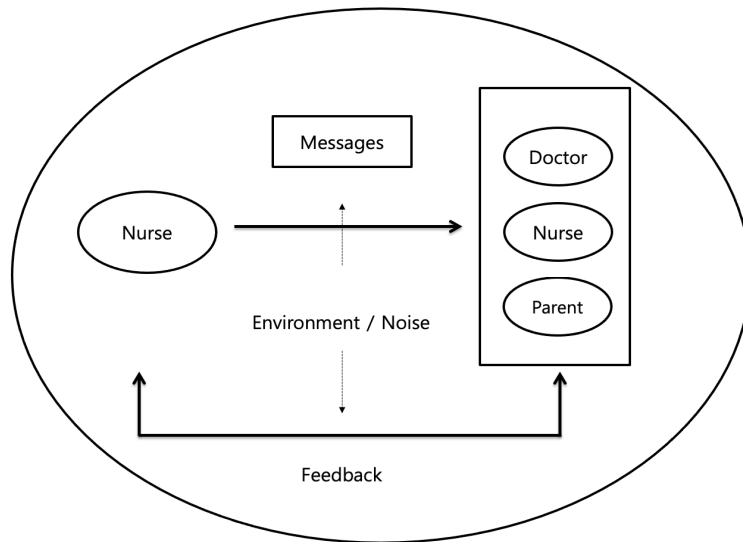


Figure 1. Analysis framework of this study.

백을 받으며 주제와 의미에 대한 수정을 반복하여 신뢰성을 높이고자 하였다. 적합성(Fittingness)을 높이기 위해 고위험 신생아 간호 및 임종간호의 경험이 풍부한 참여자를 모집하고자 했으며, 서로의 경험에 기반하여 토론을 통해 질적자료가 더 풍부해질 수 있도록 포커스그룹 구성시 참여자 수와 특성을 고려하였다. 감사가능성(Auditability)은 신생아집중치료실이라는 특수한 임상현장에서 죽음에 임박한 신생아를 간호하며 경험한 현상과 느낌을 그룹면담을 통해 나누며 자료를 더욱 풍요롭게 수집하였고, 자료분석 시 참여자들의 진술에서 유사사례와 비교사례를 반복하여 간주관성을 확인하였으며, 관련 이론과 선행연구결과와 비교분석함으로써 확보하고자 노력하였다. 확인가능성(Confirmability)을 확보하기 위해 연구자의 신생아 죽음에 대한 주관적 생각과 편견을 먼저 확인하고 중립적 입장에서 면담을 진행하고자 노력하였다. 연구자가 경험한 신생아 죽음과 임종간호에 대해 선 이해, 가정, 편견을 작성하고 기존 연구에서 확인된 근거와 비교하며 판단중지(bracketing)을

위해 노력하였다. 또한, 질적연구의 경험이 많은 간호학 교수가 분석자료를 재검토하며 연구자의 주관과 편견이 개입되었는지 확인하며 확인가능성을 확보하고자 하였다.

## 연구결과

신생아집중치료실 간호사가 죽음에 가까워진 신생아를 간호하며 겪은 의사소통 경험에 대한 인터뷰 자료를 변형된 정보이론 모형에 기반하여 지시적 내용분석방법을 통해 분석한 결과, 130개의 의미 있는 진술이 확인되었다. 의사소통 발신자인 간호사와 의사소통하는 수신자인 의사, 간호사, 부모로 범주를 분류하여 분석하였고, 이 중 발신자-수신자가 혼재되어 주고받은 의사소통 진술문을 재통합하는 과정을 통해 '효과적인 의사소통을 위한 준비'라는 새로운 범주를 생성하였다. 각 범주는 의사소통 과정의 주요 요소인 메시지, 피드백, 환경/잡음으로 분류하여 분석하였다(Table 2).

**Table 2.** Nurses' End-of-Life Care Communication in Neonatal Intensive Care Unit

Categories	Subcategories
Nurse-doctor communication	Messages: Inconsistent messages Feedback: Passive communication due to insincere feedback Environment/Noise: Unpredictable health conditions in newborns Waning commitment for care in terminally ill infants Confusion from unshared care plans Inflexible communication systems
Nurse-nurse communication	Messages: Lack of communication regarding end-of-life care due to heavy workload Feedback: Avoiding conversations to escape from emotional strain Environment/Noise: Difficult to mourn the death of a child Desire to forget the death of a baby
Nurse-parent communication	Messages: Hesitation in delivering bad news Insufficiently conveyed comfort to parents Feedback: Emotional turmoil of parents unable to accept their child's death Environment/Noise: Overwhelming grief of parents who have lost a child Insufficient support for grieving parents Lack of trust in nurses Ineffective communication skills
Preparation for effective communication	Foster deep empathy toward parents of dying infants Provide support for nurses in psychological distress Encourage close coordination among medical staff Improve the awareness of neonates' end-of-life care among medical staff Develop communication education and guidelines for neonatal end-of-life care

**범주 1. 간호사-의사 의사소통**

참여자들은 신생아의 건강상태가 악화되어도 죽음을 예상할 수 없어 임종간호 수행에 대한 기준을 세우지 못해 언제부터, 어떻게 임종간호를 제공해야 할지 몰라 혼돈을 겪었다. 이 과정에서 의사로부터 소생이 힘든 아이의 향후 치료계획이 반복되거나 일관되지 않은 메시지를 전달받았다. 신생아집중치료실 의사는 아이를 살리기 위한 치료에 더욱 집중하여 죽음이 임박한 아이의 치료 의지는 낮아져 임종간호에 매우 소극적으로 의사소통하였다. 더욱이 참여자는 의사와의 수직적 관계로 상호적 소통이 잘 이루어지지 않아 임종간호에 관한 치료계획을 제때 공유받지 못하여 임종간호를 수행하는 데 더 어려움을 겪었다.

**1) 메시지: 일관되지 못한 메시지**

참여자들은 죽음에 가까운 환자의 치료 방향과 계획이 합의되지 않고 임종간호에 대한 기준이 부재하여, 임종간호에 관한 결정과 의사의 지시가 여러 차례 반복되고 일관되지 못한 내용을 전달받았다. 이로 인해 참여자는 임종간호를 수행하며 혼돈을 느끼고 스트레스를 받았으며, 원활한 상호 간의 의사소통이 이루어지지 않았다.

의사들끼리도 그게 약간 말이 안 맞았던 거예요. 당직 의랑 그때 담당의도 이야기가 안 돼서 (환아에게) 아무것도 안 해주는 게 어디까지 인지가 이야기 안 된거죠. 그래서 저한테도 막 화를 내고. 아무것도 안하는 게 어디까지인지 사실 저도 잘 모르겠는데....(참여자 1-B)

**2) 피드백: 무관심한 피드백으로 인한 소극적 의사소통**

참여자들은 담당 간호사로서 환아에게 더 나은 간호를 제공하기 위해 환아 상태를 의사에게 알리면 소생이 힘든 환아에 대한 치료 의미가 낮아 의사의 무관심한 피드백이 나타났으며, 이로 인해 간호사는 자신의 생각과 의견이 무시되고 가치가 없다 느꼈다. 그로 인해 환자의 고통을 최소화하고 편안할 수 있도록 간호하기 위한 의견을 제시하는 것이 꺼려져 소극적 의사소통을 하였다.

마음 졸이며 담당의한테 (환아 상태를 알리고 치료계획을) 물어보면 의사는 ‘노타하지 마세요. observation만 하라니까... (중략) ...지금은 이제 저도 포기하고’그럼 노타하지 말까요? 그럼 뭇프로일 때 노타해요?’이렇게 말하

게 되고...(참여자 4-B)

나는 아기를 계속해서 보니까, (담당의에게) 의견을 제시해 봤는데 별 반응이 없었니까. 그냥 나도 좀 더 무덤덤해지는 거 같아요. 얘기를 더 안 하려고 하죠, 이제는.(참여자 6-A)

**3) 환경/ 잡음**

간호사-의사 간 의사소통에 영향을 미치는 환경/잡음 요인으로 ‘예측할 수 없는 아이의 상태’, ‘죽음이 임박한 신생아에 대한 낮은 치료 의지’, ‘공유되지 않은 치료계획으로 인한 혼돈’, ‘유연하지 못한 소통 체계’가 확인되었다. 참여자들은 죽음 문턱까지 갔다가 기적으로 소생한 신생아에 대한 이전 경험으로 환아 상태가 몹시 악화된 상황에서도 생존여부를 예측하기 어려워 신생아 죽음을 언급하기를 꺼렸다. 또한, 의사들은 아이를 살리기 위한 치료에 더 집중하여 소생 가능성이 낮은 환아에 대해서는 치료 의지가 적어 임종간호에 대한 의사소통이 더 꺼려진다고 하였다. 특히, 치료계획이 공유되지 않아 간호에 혼란스러워하며 의사와의 소통에 갈등을 겪었다. 더욱이 담당의로부터 치료계획을 전달받아 이유를 확인하면 의사들 간에도 상호적 소통이 원활하지 않아 정확한 이유를 알지 못했고, 간호사는 자신의 업무에 대해 확신을 갖지 못했다. 의료진의 수직적 관계는 상호적 의사소통이 유연하게 이루어지지 못하게 하는 요인이 되었다. 이로 인해 소통이 지연되거나 주저하게 되는 상황이 초래되었다.

진짜 누가 봐도 애는 안 되겠다. 의사도 그렇게 생각하고 간호사도 그렇게 생각하고 보호자도 그렇게 생각해서 DNR을 받고나면 CPR을 굳이 해야 하나... 이런 생각도 있다가도. 또 다른 케이스가... DNR 받았는데, 개가 조금씩 좋아지더니 익스투베이션 하고 집에 갔단 말이야. 그래서 이런 거 보면 함부로 포기 못 하겠고...(참여자 3-C)

이게 그 상황이 되면 의사들은 아예 관심을 꺼버리니까... 그런데 나는 담당간호사니까 계속 간호해야 하니까... 결국 나 혼자만 남아있는 기분이 들어요.(참여자 3-B)

의사 자기들끼리 이렇게 의논해서 결정된 것들을 저희한테 말을 안 해주는 경우가 있어요. 저희는 계속 처치하고 그러면 교수님은 ‘왜 계속 처치하냐?’ 이렇게 한 번씩 부딪히는 경우가 있거든요.(참여자 1-C)

환자를 계속 24시간 보고 있는 건 간호사고, 또 그걸 보고받는 건 의사고, 그 의사의 보고를 받는 건 교수님이다 보니.. 저희가 의사에게 ‘왜 이렇게 처방과 플랜이 세워졌

나?’ 하면 의사도 모르고 ‘교수님이 그렇게 하래요’라고 하니까... (중략) ...그러다가 말이 잘못 전달되어 (의사 가) 실수하면 또 저희가 잘못된 게 되고.(참여자 1-D)

## 범주 2. 간호사-간호사 의사소통

참여자들은 소생 위주의 치료와 간호에 보다 집중하며 죽음이 임박한 아이의 임종간호와 관련된 대화 자체가 부족했고, 의사소통 시 피드백이 제대로 이뤄지지 않아 제한적인 의사소통이 이루어졌다. 또한, 참여자들은 간호하던 아이가 끝내 임종하는 과정을 수차례 겪었으나 아이와 부모에 대한 충분한 공감과 애도 과정을 가지지 못해 심적 고통과 정서적 소진을 경험하며 환자의 죽음을 잊고 회피하고자 했다. 참여자들은 갈수록 환자의 죽음을 회피하며 무덤덤해졌고, 신생아의 임종이나 임종간호에 관한 대화는 더욱 나누지 않게 되었다.

### 1) 메시지: 바쁜 업무로 인해 임종간호에 대한 대화 부족

참여자들은 죽음이 임박한 환아를 돌보면서도 위중하거나 돌봐야 하는 다른 환아의 간호가 너무 많아 업무를 수행하기에 바빠 동료 간호사 간의 더 나은 임종간호를 제공하기 위한 의논이나 깊이 있는 대화는 잘 이루어지지 못했다.

너무 상태가 안 좋아서 지금 보내주는 게 나을 수도 있  
다, 이런 이야기를 하지 더 심도 있게 이야기는 안 해봤어  
요. 아기가 너무 힘들지 않을까요? 이런 정도만.(참여자  
6-A)

이렇게 해줬으면 좀 더 나왔을 거라고... 지나고 나서 생  
각해 보는 것 같아요. 그때는, 그 당시는 안 좋은 아이를 돌  
보는 게 우선이고 또 너무 바빠서... (임종간호에 대해서  
는) 이야기를 잘 하지는 않는 거 같아요.(참여자 6-B)

### 2) 피드백: 환아 죽음에 대한 힘들음을 회피하기 위해 사라진 대화

신생아집중치료실의 긴박한 상황과 바쁜 간호업무를 적기  
에 수행해야 한다는 참여자들의 책무감은 임종간호에 대한 이  
야기를 더 꺼내지 않도록 만들었다. 이러한 대화는 환자의 죽  
음에 대한 슬픔과 힘든 감정을 떠올리게 하여 업무를 제대로 수  
행하지 못할까 하는 두려움마저 들게 했다. 바쁜 임상현장의  
암묵적 분위기 속에서 임종간호나 돌보던 아이의 죽음을 애도  
하기 위한 간호사들 간의 대화는 점점 더 사라져 갔다. 또한, 돌  
보던 아이의 죽음으로 인해 힘들어하는 동료 간호사에게 지지  
나 위로도 잘 건네지 못했다.

동료가 힘들어해도 ‘아기가 expire 한 것은 너의 탓이  
아니다.’ 이런 이야기를 거의 해본 적이 없죠... (중략) ...  
계속 일을 해야 되는 입장이고 이성적 판단을 해야 하니  
까. 환자의 죽음을 빨리 잊을 수밖에 없는 거 같아요. 다들  
안타까운 마음과 슬픈 마음은 있지만. 각자 혼자서 슬픔  
을 다독이고 잊어버리고 다른 선생님들과 이야기를 나누  
지는 않죠.(참여자 6-A)

### 3) 환경/ 잡음

간호사들 간의 의사소통에 영향을 미치는 환경/잡음으로는  
‘죽음을 애도하기 힘든 분위기’, ‘빨리 망각하고 싶은 환자의  
죽음’이 확인되었다. 참여자들은 위급한 다른 환아를 돌보는데  
바빠 동료와 함께 환아 이야기나 임종간호에 관한 대화를 나눌  
수 없는 현장의 분위기가 더 의사소통을 저해한다고 했다. 간호  
사들은 임종간호와 관련된 슬픈 감정을 숨기도록 강요되는 분  
위기 속에서 자신의 감정을 돌보고 환자의 죽음을 애도할 기회  
를 갖지 못한 채 임종간호를 수행했다. 또한, 참여자들은 환아  
의 죽음도 일로 여기며, 계속 슬픔에 빠져있을 수 없고 그 감정  
에 동요되지 않도록 애쓰며 빨리 잊어야 간호사 일을 지속할 수  
있다고 여기며 환아 임종에 대한 의사소통을 회피하였다.

(선배 간호사들은) ‘이걸(사후 처치) 하기도 지금 내가  
벅차다. 보호자케어.. 이런 거는 안 되니까. 빨리 간호진단  
넣고 이거 해라!’ 이렇게 말했어요. ‘너는 이미 할 만큼 했고  
정서적 지지도 해드릴 만큼 해드렸다.’... (중략) ... ‘마음  
쓰지 마라! 털어낼 건 털어내야지!’ 이렇게요.(참여자 6-C)

그냥 슬퍼도 안 슬픈 척. 그냥 일을 해야 하니까 일이 끝  
난 게 아니잖아요. 나는 아직 일이 남았고, 다른 아기가 있  
으니까. 슬퍼도 안 슬픈 척 혼자 그냥 묵묵히 삭히고 시간  
이 지나면 또 잊혀지고, 못 견딜걸? 만약 그 감정에 계속 얽  
매어 있으면 여기 NICU에 계속 못 있을 거 같아요.(참여  
자 3-C)

## 범주 3. 간호사-부모 의사소통

참여자들은 자식을 잃은 부모의 고통을 가장 가까이에서 지  
켜보며 부모에게 아이의 악화된 상태나 임종에 대한 메시지를  
전달하는 것을 몹시 힘들어했다. 참여자들은 어떻게 부모의 슬  
픔을 위로하고 공감할지 몰랐으며, 힘들어하는 부모에게 반응  
을 어찌해야 할지 몰라 힘들어했다. 임종간호시 의사소통 기술  
이 부족하여 더 소극적인 소통을 하였고, 간호사에 대한 신뢰가

부족한 부모에게 더욱 소통하기를 꺼렸다. 더욱이 참여자들은 아이의 임종 후 사후 처치 또한 자신들의 일이기에 자식을 잃은 비통함에 빠진 부모에게 충분히 애도할 시간을 가지도록 배려하지 못해 힘들어했다.

### 1) 메시지

#### (1) 주저하게 되는 나쁜 소식 전하기

참여자들은 환자의 상태가 호전되기를 바라는 부모 기대에 부응하는 희망적인 대답을 할 수 없어 소통을 힘들어했다. 참여자들은 부모에게 환자의 나쁜 상태에 관한 얘기를 하는 것이 곧 죽음이 다가올 수 있음을 예고하는 것 같아 나쁜 소식을 전하는 데에 많은 부담감을 느꼈다. 또한, 다른 의료진들과의 명확히 합의가 이루어지지 못한 상황에서는 더욱 부담감을 느껴 자신이 부모에게 말한 것으로 이후 곤란해질까 염려되어 주저했다. 특히 부모에게 환자의 악화된 상태를 말하면 부모가 어떤 반응을 보일지 몰라 두려워 명확한 표현보다는 중립적인 태도로 회피하였다.

보호자들은 항상 면담할 때 ‘(아이의 상태가) 어제보다 뭐가 나아졌나요?’ 그렇게 물어보거든요. 희망을 주길 원하는데... 우리가 희망보다는 안 좋은 걸 더 많이 이야기해야 하니까. 그게 힘든 거 같아요. 희망을 말해줄 수 없으니까.(참여자 6-B)

#### (2) 제대로 건네지 못한 위로

참여자들은 아이 상태가 악화되면서 슬퍼하는 부모가 위로받길 원할지 혹은 어떠한 내용의 말과 행동을 통해 위로받고 싶을지에 대해 고민하며 쉽게 말하지 못하였다. 간호사들은 각각의 방법으로 부모의 슬픔을 공감하기 위해 노력했지만 어떻게 해야 자식을 잃은 부모의 비통함을 지지하고 공감할 수 있을지 가능할 수 없어 제대로 된 위로를 건네지 못하였다. 또한, 부모의 정서적 지지를 위한 소통은 바쁜 업무에 쫓기며 일하는 간호사에게는 쉽지 않은 일이었다.

내가 이 상황(자식의 죽음이 임박한 상황)이면 나 스스로는 어떻게 해주길 원할까? 그냥 내버려두길 원할까?... (중략) ...오히려(엄마가 아이와 함께하는) 이 소중한 시간을 내가 방해하는 게 될 수 있지 않을까...(참여자 3-B)

보호자가 충분히 준비할 시간도 없고, 그런 시스템도 안 되고, 아기들은 진짜 언제 어떻게 될지도 모르는 상황인데.... 너무 짧은 거예요.(참여자 6-C)

### 2) 피드백: 자식의 죽음을 받아들이지 못하는 부모의 감정 격동

자식의 죽음이 임박하여 참척(慘慼)의 고통에 있는 부모는 그 과정에서 다양한 감정을 표출하며 의사소통의 과정에서 간호사가 전하려는 의도가 제대로 전달되지 못한 피드백을 받았다. 악화와 호전을 반복하는 과정에서 부모의 더욱 예민해지는 반응은 방어적 태도로 소통하도록 하였다. 참여자들은 자식의 죽음을 도저히 받아들일 수 없어 고통스러워하는 부모의 분노와 공격적 피드백에 당혹스러워했고, 어떻게 부모를 위로하고 의사소통해야 할지 몰라 어려워했다. 또한, 참여자들은 자식을 잃은 부모의 형용할 수 없는 비통함을 더 잘 이해하고 공감하지 못한 이전 경험을 회상하며 자신의 태도에 대해 성찰하기도 했다.

아빠가 와서 소리 지르니까. 그래서 안전요원을 불렀는데 오히려 그제 보호자의 화를 돋우어서 둘이서 막 싸우고 그래서 그때 안전요원을 불렀던 게 오히려 보호자를 열받게 하는... 왜냐하면 보호자는 지금 애가 안 좋아진 상황 때문에 너무 슬프고 화가 나 있는데, 안전요원을 불렀다는 자체가 자기를 쫓아내려고 부른 거니까 얼마나 화가 났겠어요.(참여자 3-A)

우리가 최선을 다하지 않는 게 아닐까 의심하는 분들도 있어요. 하나하나에 너무 예민하게 받아들이고. 그럼 아기에 대해 말해도 뭐든지 불신하며 선생님들이 잘 못봐서 그런 거 아니냐.. 그러면 정말 단어 선택 하나하나에도 조심스럽고...(참여자 6-A)

### 3) 환경/ 잠음

간호사와 부모 간의 의사소통에 영향을 미치는 환경/잠음 요인으로는 ‘자식을 잃은 부모의 참혹한 비통함’, ‘충분히 지지해 주지 못한 애도’, ‘간호사에 대한 부족한 신뢰’, ‘부족한 소통 능력’이 확인되었다. 참여자들은 부모가 자녀 상태가 악화되는 걸 보면서 현실을 외면하며 부정하다 자녀의 죽음을 인정하지 못하는 모습을 자주 맞닥뜨리며 자식을 잃은 부모의 헤아릴 수 없는 고통에 대해 어떻게 해야 할지 몰라 힘들어했다. 또한, 참여자들은 이제 막 자식을 떠나보낸 부모에게 사후 처치에 대한 절차를 언급하는 것이 애도를 방해하는 것 같아 죄스럽고 몹시 곤란해했다. 그러면서도 임종 전부터 환자 부모에게 애도의 기회를 가지도록 기회를 마련하는 것은 혹여 부모에게 더 큰 고통을 주는 것이 아닐지 염려하며 주저하기도 했다. 또한, 똑같은 이야기를 나눠도 간호사보다는 의사 말을 더 신뢰하고 귀 기울이는 부모들을 보며 더 대화하기 어려워했다. 무엇보다 자식

을 잃은 참혹한 고통 속에 있는 부모와 어떤 말로 소통해야 할지 몰라 시도조차 꺼렸다.

교수님이 그 전에 뭐라고 말씀하셨는지 모르겠지만... (중략)... 교수님한테 '우리 애 살려 줄 거라고 했잖아요!!!' 그러면서 막 엄청 울고, 소리 지르고... 그래서 저런 보호자는 도대체 어떻게 해줘야 하나... 저렇게 무너지는 사람에게...(참여자 3-A)

이제 사후 처치해야 하는데, 이걸 어떻게 끝나... 이런 생각이 들어요. 이 엄마는 아직 헤어질 준비가 안 됐는데. 내가 시간은 충분히 줬나? 이런 생각도 들고...(참여자 4-A)

좀 더 agree가 잘 되거든요, 닥터들이 얘기하면. 그러니까 저희들이 설명하는 거보다 의사가 설명하면 수긍하세요. 우리가 열 번 하는 거보다 전공의가 다섯 번 하는 게 낫고, 교수님이 한번 설명하는 게 나아요.(참여자 6-A)

그럴 때는 무슨 말을 건네야 할지를 모르겠더라고요. 아직 제가 준비가 안 되어 있고... 경험도 그렇고, 기술도 없고...(참여자 6-C)

#### 범주 4. 효과적 의사소통을 위한 준비

참여자들은 신생아 임종간호와 의사소통의 질 향상을 위해 '환아 가족에 대한 깊은 공감', '간호사의 정신적 고통에 대한 지지', '임종간호에 대한 의료진의 긴밀한 협력', '신생아 죽음에 대한 의료진의 인식 개선', '신생아 임종간호에 대한 의사소통 교육 및 가이드라인'이 필요하다고 여겼다. 참여자들은 아기가 태어난 직후 입원하여 부모가 자식에 대한 애정이 아직 크지 않을 거라는 자신의 선입견을 성찰하며, 자식을 잃은 부모의 슬픔을 깊이 이해하고 공감하는 것이 무엇보다 중요하다고 느꼈다. 또한, 간호사로서 환자의 죽음을 마주하는 것을 피할 수는 없지만, 신생아 임종과 부모의 비통함을 바로 곁에서 함께하며 간호사 자신도 큰 정신적 고통을 겪었다. 하지만 참여자들은 자신의 감정을 추스르고 애도하는 시간을 갖지 못한 채 바쁜 업무에 매진하며 스스로 감정을 돌보거나 지지받지 못하여도덕적 고통과 소진으로 힘들어했다. 이러한 정신적 어려움은 임종간호에 대한 소극적 태도로 이어져 이에 대한 지지를 호소하였다. 그러나 참여자들은 환아의 예후나 치료에 대한 의료진간의 의사소통에 적극적이지 않은 자신을 돌아보며 임종간호에서 의사나 동료 간호사들과 더 적극적으로 소통하며 의견을 나누는 것이 얼마나 중요하며 합의된 임종간호 계획을 공유하는 것에 대한 요구가 높았다. 무엇보다 효과적 임종간호와 의

사소통을 위해서는 환아의 소생 치료 중지로 신생아 임종간호가 터부시되는 신생아집중치료실에서 신생아의 존엄한 죽음과 부모의 애도를 돕는 임종간호의 중요성에 대한 의료진의 인식 개선이 필요함을 강조했다. 또한, 참여자들은 신생아 임종간호에 대해 지식과 인식이 부족하여 임종간호 수행과 의사소통에 어려움을 호소하며 교육 기회를 얻길 희망했고, 부모와의 소통을 위한 가이드라인이나 메뉴얼이 개발되길 바랐다.

OOO아기... 개가 둘째? 둘째였어요. 그래서 쉽게 포기했을 때 사람들이 너무 당연하게 '그래, 위에 애가 있다더라.' 이러면서 '덜 슬플 거야.' 이거에 전제를 두고 이야기를. 나도 사실 그렇게 생각했고. 근데 집에 가서 남편하고 이야기하는데, 남편이 너무 놀라면서 '나는 둘째가 그러면 더 슬플 것 같은데. 애를 키워봤으니까.' 이때 아, 우리가 너무 선입견을 갖고 이야기한 게 아닐까, 우리끼리 단정짓고.(참여자 3-B)

나한테 트라우마거든요... (중략) ... (환아를) 간호하고 이렇게 사망하는 모습을 보는 거 어쩔 수 없지만, 저희도 트라우마를 해결할 방법이 있어야 하지 않을까요?(참여자 6-A)

그걸(소생과 악화를) 반복하다 죽은 애가 있는데, '아, 그 순간에 교수님은 나랑 다른 생각이구나.' 그랬던 적이 있어요... (중략) ... 지나서 생각해 보니 의사소통했다면 우리도 좀 다르게(임종간호를) 할 수 있지 않았을까 하네.(참여자 3-B)

임종이 다가온 애들한테 뭘 해주는 게 필요하다는 인식이 있어야지 이렇게 안 할 거잖아요. 필요없다고 생각하니깐. 무조건으로 해야 한다는 생각이 있어야지. 이런 인식도 간호사뿐 아니라 의사들도 다 같이. 지금은 그런 생각이 없으니까요.(참여자 3-B)

치료 말고 임종과 관련된 효과적인 의사소통, 이런 기준이 없으니까. 뭐 사례를 두고 이야기 한다던지, 서로 여러 방법을 적용해 보는 거도 좋을 것 같고. 교육 프로그램이나 지침이 있으면 더 좋겠어요.(참여자 6-B)

## 논 의

본 연구에서는 신생아 임종간호 시 간호사의 의사소통 경험에 대해 Anderson의 변형된 정보이론 모형을 기반으로 지시적 내용분석을 수행하였다. 의사소통의 구조적 관점에서 탐색한 결과는 선행연구에서 확인된 임종간호의 다양한 어려움을

의사소통 과정의 여러 요인에서 보다 면밀히 탐색하고 이들 요인의 상호작용이 의사소통과 임종간호에 어떠한 영향을 미치는지 분석하였다.

‘간호사-의사 의사소통’에서는 일관되지 못한 메시지와 의사의 무관심한 피드백으로 인해 신생아 임종간호에 대해 매우 소극적 의사소통이 이루어졌다. 신생아집중치료실 간호사는 환아와 가족 옆에서 그들과 가장 많은 시간을 보낸다. 그런데도 환아의 치료계획에 간호사의 의견이 반영되지 않거나 공유되지 않는 것은 간호사에게 무력감을 느끼게 한다[27]. 신생아의 임종간호에 대한 시기와 기준, 방법의 모호함으로 치료계획이 반복되거나 의료진 간의 메시지가 일치하지 않아 일관되지 않은 임종간호가 이루어진다. 악화와 호전을 반복하는 신생아 상태는 임종간호 시기를 결정하기 어렵게 하고, 신생아집중치료실 의료진이 아이의 소생을 위한 치료에 보다 집중하여 임종간호에 대해 낮은 인식을 하게 한다[12]. 이러한 의료진의 인식은 죽음에 임박한 아이의 치료계획에 대한 사전 협의나 공유가 부족한 문제로 이어진다. 임종간호 시 간호사와 의사의 원활한 의사소통을 통한 일관된 증재는 환아 가족의 더 나은 의사결정과 임종간호의 질을 높여 간호의 만족도를 높이는 중요 요인이 된다[28,29]. 그러므로 의료진들이 신생아 임종에 대한 서로의 생각을 나누고 임종간호 시기와 기준의 합의를 통해 보다 적극적인 소통과 효과적 전략을 모색할 수 있을 것이다.

‘간호사-간호사 의사소통’에서는 신생아 죽음에 대한 간호사들 간의 애도가 필요함은 공감하나 다른 위급한 아이의 간호도 자신의 책무이므로, 슬픔을 표현하고 충분히 애도할 수 없는 바쁜 임상현장의 분위기로 동료 간호사들과 대화가 상당히 부족했다. 특히, 돌보던 아이의 죽음에 대한 힘든 감정을 회피하고자 더 이야기하지 않으려 했다. 신생아 죽음에 대한 회피와 부족한 애도는 간호사에게 도덕적 고뇌와 정서적 고통을 초래한다[30]. 애도 과정은 사별한 사람에 대한 기억을 의도적으로 찾고 이야기함으로써 상실에 대한 부정적 영향을 완화하는 데 도움을 준다[31]. 그러나 신생아집중치료실 간호사 간의 신생아 죽음에 대한 의사소통 부재는 애도를 방해하여 정서적 고통이 가중될 수 있다[32]. 사랑하는 사람의 죽음에 대한 상처를 인정하지 않고 자신의 탓으로 돌리며 분노하고 회피하기보다 죽은 자를 함께 기억하고 추모함으로써 생전에 다 해주지 못한 부채를 털어 살아남은 자들의 삶에 새로운 변형을 돕는다[33]. 신생아 임종을 경험하는 간호사들 또한 더 적극적인 의사소통을 통해 생전에 다 해주지 못한 간호에 대한 후회와 안타까움을 줄일 수 있다. 또한, 간호사들 간의 의사소통 과정에서 임종간호의 의미와 가치를 탐색하고 애도함으로써 이후 더 나은 임종간호

를 수행할 수 있도록 진전과 자기회복을 도울 수 있을 것이다.

‘간호사-부모 의사소통’에서는 자식을 잃은 참혹한 비통함 속에 있는 부모에게 자녀의 나쁜 상황을 전달하기가 너무나 힘들고, 의사소통 기술이 부족하여 부모에게 어떻게 정서적 지지를 할지 몰라 의사소통을 주저하는 것으로 나타났다. 신생아집중치료실 간호사들은 아이의 악화 상태와 죽음이 임박한 상황에 대해 부모와 소통하는 것 자체가 부담스럽고, 자식의 죽음을 받아들이지 못해 감정의 격동으로 부모의 분노와 공격적 피드백에 어떻게 반응할지 몰라 난감해하며 대화를 피했고, 예민한 부모와 혹여 충돌할까 두려워 방어적 태도를 보였다. 호스피스 간호와 관련된 다른 선행에서도 나쁜 소식 알리기와 같이 보호자에게 스트레스로 인지될 정보를 전달하는 것에 대한 의료진의 불안과 보호자의 부정적 반응에 대한 두려움으로 가족과의 의사소통이 어렵다는 결과들과 일치한다[34]. 특히, 본 연구에서는 자식을 잃어 고통스러운 부모에게 충분한 애도 기회를 주지 못하는 임상현장의 상황과 의사소통 기술 부족으로 인한 자신감 결여가 부모와의 소통을 더욱 어렵게 했다. 그러나 임종간호에서의 의사소통 프로그램이나 증재는 대부분 성인 환자를 대상으로 하고 있어[35], 신생아 임종간호에 초점을 맞춘 증재는 부족하다. 특히, 신생아 임종간호에 대한 증재나 프로토콜 일부로 의사소통을 다루고 있지만, 근거가 매우 제한적이다[36]. 그러므로 신생아 임종간호와 의사소통에 대한 실무 가이드라인이 제공되어야 하며, 신생아집중치료실 간호사의 의사소통 기술 향상을 위한 직무 훈련이 요구된다.

참여자들은 자신의 임종간호를 되돌아보며 질 높은 임종간호를 위해 ‘효과적 의사소통을 위한 준비’로 요구되는 점들을 제시하였다. 먼저 자식을 잃은 부모의 분노, 부정, 슬픔 등의 복잡한 감정 표출과 참혹한 고통에 대한 깊은 이해가 선행되어야 함을 강조하였다. 자식을 잃은 고통은 예로 창자가 끊어지는 듯한 아픔에 비유하여 단장지에(斷腸之哀)로 일컬을 정도로 헤아릴 수 없는 고통이다. 간호사는 신생아집중치료실에 입원한 아이의 부모는 출산과 동시에 떨어져 아직 부모, 자식 간의 정이 깊지 않을 거라 여긴 자신의 지난 선입견을 되돌아보며 성찰하기도 하였다. 자식을 잃은 비통함 속에 있는 부모의 애도 과정을 돕기 위해서는 부모의 고통을 깊이 공감하는 것이 무엇보다 중요하다[37]. 또한, 참여자들은 자신들의 정서적 고통에 대해 지지를 호소하였는데, 이는 의사소통뿐 아니라 임종간호 수행에도 부정적 영향을 미친다[38]. 신생아의 죽음을 지켜보며 충분한 애도와 감정을 해소할 사이도 없이 또 다른 환아의 죽음을 반복하여 겪으며 간호사는 정서적 고통과 소진을 경험하고, 이는 신생아집중치료실 간호사의 도덕적 고뇌로 이어져 이직

에도 영향을 미친다[39]. 그러므로 신생아집중치료실 간호사를 대상으로 신생아 임종에 대한 깊은 성찰과 정서적 지지를 위한 상담과 지지체계가 필요하다. 또한, 신생아 임종간호에 대한 의료계의 합의되지 않은 개념과 방향 등의 혼란과 의사소통 교육의 부재는 임종간호의 질을 떨어뜨리는 요인이므로, 이를 위한 의료계의 활발한 논의와 임종간호 시스템 마련을 위한 정책이 필요하다.

## 결론

본 연구는 신생아집중치료실에서 근무하는 간호사가 죽음에 임박한 신생아의 임종간호를 수행하는 동안 이루어지는 의사소통 경험을 구조적 관점에서 파악하여 간호사-의사, 간호사-간호사, 간호사-부모와의 의사소통 과정에서 발생하는 문제와 맥락적 요인에 대한 영향을 함께 탐색함으로써 신생아 임종간호의 질 향상을 위한 효과적 의사소통 방안을 확인하고자 하였다. 의사와의 의사소통에서는 신생아 임종간호에 대한 시기와 방법의 모호함으로 인해 일관되지 않은 메시지를 주고받는 문제가 확인되었으며, 소생 위주의 치료를 더 중시하는 의료진의 인식과 유연하지 못한 의사소통 체계로 공유되지 않은 치료 방향은 혼란을 가중시켰다. 그러므로 간호사-의사와의 효과적 의사소통을 위해서는 의료진의 신생아 임종에 대한 활발한 토론을 통해 신생아 임종간호에 대한 인식을 개선하고, 보다 효과적 임종간호 전략을 함께 모색하는 노력이 필요하다. 동료 간호사들 간의 의사소통에서는 신생아 죽음에 대한 슬픔을 나눌 수 없는 분위기와 돌보던 환자를 잃은 정서적 고통으로 소통을 거의 하지 않았다. 이러한 애도의 부재와 소통의 회피는 간호사의 도덕적 고뇌를 가중시키고 임종간호의 수행을 방해할 수 있으므로, 신생아 임종간호에 대한 서로의 경험을 공유하며 함께 애도하고 얘기함으로써 앞으로의 임종간호 수행과 자기회복을 도울 수 있을 것이다. 무엇보다 신생아집중치료실 간호사는 부모에게 자녀의 악화된 상태를 전달해야 하는 부담감과 극심한 고통 속에 있는 부모에게 위로와 정서적 지지를 제공하는 데에 자신감이 부족하여 부모와 소통을 꺼리고 방어적 태도를 보인다. 부모와의 효과적 의사소통을 위해서는 먼저 부모의 참혹한 고통에 대한 깊은 공감을 바탕으로 의사소통 역량을 높이기 위한 교육 프로그램이 요구된다. 특히, 신생아 죽음에 대한 의료계의 합의되지 않은 개념과 임종간호 지침은 의사소통의 어려움과 신생아 임종간호 및 가족의 사별 간호를 방해하므로, 신생아 임종간호에 대한 깊은 성찰과 실무 가이드라인이 마련되어야 한다. 그러나 본 연구는 신생아 임종간호의 의사소통과

정을 간호사 측면에서 탐색하였으므로, 다른 의료진과 부모 측면에서의 인식 및 소통의 어려움에 대한 상호적 탐색은 이루어지지 못했다. 그러므로 추후 신생아 임종에 대한 의사와 부모의 인식과 경험을 함께 살펴봄으로써 보다 깊이 있는 탐색이 이루어질 수 있을 것이다.

## CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

## AUTHORSHIP

Study conception and design acquisition - HJ-Y and SH; Data collection - HJ-Y and SH; Analysis and interpretation of the data - HJ-Y and SH; Drafting and critical revision of the manuscript - HJ-Y and SH.

## ORCID

Ha, Jung-Yoo <https://orcid.org/0000-0003-1504-3946>  
Son, Hyunmi <https://orcid.org/0000-0001-8226-1463>

## REFERENCES

1. Statistics Korea. Birth statistics in 2023 [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; 2024 [cited 2024 November 10]. Available from: [https://kostat.go.kr/board.es?mid=a10301010000&bid=204&act=view&list\\_no=429586](https://kostat.go.kr/board.es?mid=a10301010000&bid=204&act=view&list_no=429586)
2. Im YJ, Park YA. Family-centered care for high-risk infants and the roles of healthcare professionals. *Journal of the Korean Society of Maternal and Child Health*. 2024;28(1):5-11. <https://doi.org/10.21896/jksmch.2024.28.1.5>
3. Parravicini E. Neonatal palliative care. *Current Opinion in Pediatrics*. 2017;29(2):135-40. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000464>
4. Jeon CS. Family stress, resiliency and adaptation perceived by parents of the hospitalized prematurity in NICU [master's thesis]. Seoul: Hanyang University; 2011. p. 1-101.
5. Kang KA, Kim SJ, Kim YS. The need for child hospice care in families of children with cancer. *The Journal of Research Institute for Training in Hospice & Palliative Care*. 2004;8(1):32-43.
6. Kwon EH, Ju HO, Jeung EO, Han CH, Im JJ, et al. Stress due to end-of-life care, coping strategies, and psychological well-being among nurses in neonatal intensive care units. *Child Health Nursing Research*. 2018;24(4):475-83. <https://doi.org/10.4094/chnr.2018.24.4.475>
7. Hwang GH, Shin JM, Kim MS, Kim SH, Yang SH. The effect of moral sensitivity and moral distress on the caring behavior of nurses in neonatal and pediatric intensive care units. *Korean Journal of Medical Ethics*. 2022;25(3):261-76. <https://doi.org/10.35301/ksme.2022.25.3.261>

8. Kang HJ, Bang KS. Neonatal intensive care unit nurses' experience in caring for infants who are dying. *Child Health Nursing Research*. 2013;19(4):252-61.  
<https://doi.org/10.4094/chnr.2013.19.4.252>
9. Engel M, Kars MC, Teunissen SCCM, van der Heide A. Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: a systematic review. *Palliative and Supportive Care*. 2023;21(5):890-913.  
<https://doi.org/10.1017/S1478951523001165>
10. Kang JH, Lee YM, Lee HJ. Effect of the awareness of a good death and perceptions of life-sustaining treatment decisions on attitudes of intensive care nurses toward terminal care. *Journal of Korean Critical Care Nursing*. 2019;12(2):39-49.  
<https://doi.org/10.34250/jkccn.2019.12.2.39>
11. Sadeghi N, Hasanpour M, Heidarzadeh M. Information and communication needs of parents in infant end-of-life: a qualitative study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2016;18(6). <https://doi.org/10.5812/ircmj.25665>
12. Kilcullen M, Ireland S. Palliative care in the neonatal unit: neonatal nursing staff perceptions of facilitators and barriers in a regional tertiary nursery. *BioMedicalCenter Palliative Care*. 2017;16(1):16-32. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0202-3>
13. Kang SY, Lee BS. The lived experience of nursing care for the dying patients in clinical nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2001;7(2):237-51.
14. Baek SY. Pediatric Nurses' perception of obstacles and supportive behaviors in end of life care and turnover intention [master's thesis]. Seoul: Ewha Womans University; 2018. p. 1-90.
15. Ahn HL, Do BN, Kim YS, Kim TK, Kim HM, Kim HS, et al. Human relationships and communication. Seoul: Jeongdam Media; 2016.
16. Yang KH, Kang SY, Kim JH, Kim HN, Moon IO, Park SJ, et al. Communication skills for healthy relationships. 2nd ed. Seoul: Pacific Books; 2021.
17. Ahn HJ, Lee YN, Kwon YH, Kim MJ, Kim HJ, Park SI, et al. Human relation and communication. 4th ed. Paju: Soomoon-sa; 2021.
18. Johnson FC, Klare GR. General models of communication research: a survey of the developments of a decade. *Journal of Communication*. 1961;11(1):13-26.  
<https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1961.tb00320.x>
19. Kim HJ. Communication in nursing. Paju: Soomoon-sa; 1987.
20. Kim YM, Yoon HY, Choi YJ, Shin DS. Neonatal ICU nurses' coping with death of high risk newborn. *Journal of Health Informatics and Statistics*. 2019;44(2):103-110.  
<https://doi.org/10.21032/jhis.2019.44.2.103>
21. Boss RD, Donohue PK, Larson SM, Arnold RM, Roter DL. Family conferences in the neonatal intensive care unit: observation of communication dynamics and contributions. *Pediatric critical care medicine: a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*. 2016;17(3):223-30.  
<https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000000617>
22. Rogers S, Babgi A, Gomez C. Educational interventions in end-of-life care: Part I an educational intervention responding to the moral distress of NICU nurses provided by an ethics consultation team. *Advances in Neonatal Care*. 2008;8(1):56-65. <https://doi.org/10.1097/01.ANC.0000311017.02005.20>
23. Jang SK. Exploring strategies for intensive care unit nurses' spiritual care of patients in end of life: focus group interview analysis [master's thesis]. Seoul: Korea University; 2016. p. 1-106.
24. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005;15(9):1277-88.  
<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
25. Anderson JA. Communication theory: epistemological foundations. New York, NY: Guilford Press; 1996.
26. Sandelowski M. The problem of rigor in qualitative research. *Advanced in Nursing Science*. 1986;8(3):27-37.
27. Bloomer MJ, O'Connor M, Copnell B, Endacott R. Nursing care for the families of the dying child/infant in pediatric and neonatal ICU: nurses' emotional talk and sources of discomfort. A mixed methods study. *Australian Critical Care*. 2015;28(2):87-92. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.01.002>
28. Fassier T, Azoulay E. Conflicts and communication gaps in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*. 2010;16(6):654-65. <https://doi.org/10.1097/mcc.0b013e32834044f0>
29. Lee IS, Kim CH. Conflict management style, communication competence, and collaboration among hospital nurses and physicians. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*. 2017;20(1):69-78. <https://doi.org/10.7587/kjrehn.2017.69>
30. Mills M, Cortezzo DE. Moral distress in the neonatal intensive care unit: what is it, why it happens, and how we can address it. *Frontiers in Pediatrics*. 2020;8:581.  
<https://doi.org/10.3389/fped.2020.00581>
31. Owens M, Greenawald MH. Good grief: the art of healing ourselves from personal or professional loss. *Family Practice Management*. 2023;30(5):25-8.
32. Wong JQH, Charles JS, Mok HT, Tan TSZ, Amin Z, Ng YPM. Experiences of health care personnel with death in the neonatal intensive care unit: a systematic review of qualitative studies. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*. 2023;108(6):617-22.  
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-325566>
33. Ricoeur P. Memory, history, forgetting. Chicago, IL: University of Chicago Press; 2004.
34. Ferrell BR, Twaddle ML, Melnick A, Meier DE. National consensus project clinical practice guidelines for quality palliative care guidelines. *Journal of Palliative Medicine*. 2018;21(12):1684-9. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0431>

35. Buller H, Virani R, Malloy P, Paice J. End-of-life nursing and education consortium communication curriculum for nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2019;21(2):E5-12. <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000540>
36. Younge N, Smith PB, Goldberg RN, Brandon DH, Simmons C, Cotten CM, et al. Impact of a palliative care program on end-of-life care in a neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*. 2015;35(3):218-22. <https://doi.org/10.1038/jp.2014.193>
37. Kreicbergs UC, Lannen P, Onelov E, Wolfe J. Parental grief after losing a child to cancer: impact of professional and social support on long-term outcomes. *Journal of Clinical Oncology*. 2007;25(22):3307-12. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.10.0743>
38. Kang HJ, Bang KS. Development and evaluation of a self-reflection program for intensive care unit nurses who have experienced the death of pediatric patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2017;47(3):392-405. <https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.3.392>
39. Carletto S, Ariotti MC, Garelli G, Di Noto L, Berchiolla P, Malandrone F, et al. Moral distress and burnout in neonatal intensive care unit healthcare providers: a cross-sectional study in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(14):8526. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148526>