

# 일 지역 간호사의 임종기 치료 선호도

김현숙 · 김신미\* · 유수정<sup>†</sup> · 김명옥<sup>‡</sup>

충주대학교 사회복지학과, \*창원대학교 간호학과,  
<sup>†</sup>상지대학교 간호학과, <sup>‡</sup>충북대학교병원 간호부

## The Preference for Care Near the End of Life of Korean Nurses

Hyun Sook Kim, Ph.D., Shinmi Kim, Ph.D.\*, Su Jeong Yu, Ph.D.<sup>†</sup> and Mounghok Kim, M.A.<sup>‡</sup>

Department of Social Welfare, Chungju National University, Chungju, \*Department of Nursing, Changwon National University, Changwon, <sup>†</sup>Department of Nursing, Sangji University, Wonju, <sup>‡</sup>Department of Nursing, Chungbuk National University Hospital, Cheongju, Korea

**Purpose:** This study was performed to explore the preference for care near the end-of-life of nurses who had been working in an acute hospital. **Methods:** Data were collected by using PCEOL-K which was originally developed in U.S. and standardized into Korean version. Two hundred nurses from one acute hospital who agreed to participate in the study filled out questionnaires and 177 questionnaires were analyzed for the study results. **Results:** Relatively positive preference toward spirituality and pain control and negative preference toward decision making by health care professional were uncovered. **Conclusion:** Nurses consider patient's autonomy, pain control and spirituality as important factors at the end-of-life care. Further studies regarding the preference for the care near the end-of-life of diverse groups such as patients, doctors, and family members are called for. (Korean J Hosp Palliat Care 2010;13:41-49)

**Key Words:** Advance care planning, Nurses, Patient preference

### 서 론

인구의 고령화와 의학기술의 발전으로 인위적으로 생명을 연장하는 것이 가능해지면서 우리나라에서도 임종기(end-of-life) 동안의 삶과 치료 및 돌봄에 대한 관심이 증가되고 있다. 이러한 관심이 존엄사, 자연사, 품위 있는 죽음 등의 개념으로 다루어지고 있는 가운데 지난 2009년 5월 21일 대법원의 소위 '존엄사 합헌화' 판결을 전후하여 존엄사에 대한 관심이 더욱 커졌으며, 대한의학회, 병원협회 및 의사협회에서 이를 위한 가이드라인을 준비하였다(1). 죽음은 누구에게나 일어나는 현상이

지만 개개인의 입장과 문화 및 맥락적 상황에 의해 영향을 받으며(2) 개개인은 모두 잘 죽기를 바란다. 그런데 아직 우리 사회에서 잘 죽는다는 것은 개념의 합의가 이루어지지 않은 채 주로 존엄사로 일컬어져 왔다. 최근 '존엄사'와 '소극적 안락사'와의 개념 혼돈에 대한 지적(3)이 있고, '품위 있는 죽음'은 그 자체에 가치가 포함되어 논란의 여지가 있음을 들어 '무의미한 연명치료의 중단'으로 지칭하자는 제안(4)이 나온 상태이다. 이와 같은 개념적 논쟁 속에서 공통적으로 확인할 수 있는 것은 인간이 잘 죽는다는 것에 있어서 임종기 치료와 관련한 내용이 가장 중요하다는 것이다. 현재 우리나라의 연명치료 중지에 관한 지침 제정 특별위원회의 '무의미한 연명치료의 중단, 서울대병원의 사전의료지시서를 통한 존엄사 허용, 세브란스병원의 존엄사 지침, 국회에서 발의된 존엄사 법안 및 삶의 마지막 단계에서 자연스러운 죽음을 맞이할 권리에 관한 법(약칭 자

접수일: 2010년 1월 17일, 수정일: 2010년 2월 5일  
승인일: 2010년 2월 5일  
교신저자: 김신미  
Tel: 055-213-4000, Fax: 055-281-7480  
E-mail: ddoriru@gmail.com

연사 법) 등이 모두 임종기 치료를 핵심 내용으로 포함하고 있다. 그러나 지침이나 법안이 전문가 입장에서 잘 마련된다 하더라도 환자, 가족, 보건의료 전문가 등의 신념과 바람에 부응하지 못한다면 무의미하기 때문에, 우리 사회에서 이러한 지침이나 법안을 제정하기 앞서 우리 사회 구성원들의 임종기 치료에 대한 선호도를 확인하는 일이 우선적으로 요구된다.

임종기 치료 선호도와 관련하여 국내에서는 노인을 대상으로 회복가능 상태에서의 사전의사결정과 연명치료 선호도에 대한 조사(5)가 보고된 이래 일반인에서 무의미한 연명치료에 대한 비선호도 및 존엄사에 대한 선호도(6)가 일관되게 보고되고 있으나, 이는 아직 시작 단계로 보다 다양한 집단을 대상으로 우리 사회구성원들의 선호도를 확인하는 작업이 필요하다. 임종기 치료와 관련해서 의료인과 환자 및 가족간의 선호도에도 차이가 큰 것으로 보고되고 있는데 환자가족과 의료진간의 가치관 차이에 대한 연구 결과에 의하면(7), 무의미한 연명장치에 의존하고 있는 환자에게 인공호흡기를 적용할 것인가 하는 질문에 대해 가족은 인공호흡기 적용을 원하나 의료진은 반대하는 예가 더 많아 불일치율이 60%이었다. 반면에 세브란스병원의 사례는 가족들은 인공호흡기 제거를 원했으나 병원 측에서 반대하여 그 결정을 법정까지 가져간 사건으로, 이 경우 소위 ‘보라매병원 사건’에서 의사의 의견에 반하는 퇴원을 허락한 의사에게 피해자의 사망에 대한 형사책임을 물은 이후(8) 실제 병원 현장에서는 환자의 인공호흡기 제거를 극도로 꺼리게 된 것과 무관하지 않은 것으로 사료된다.

현재 우리 사회는 임종기 동안의 무의미한 연명치료와 같은 의학 기술의 적용으로 인해 인간적인 품위를 유지하고 평화로운 죽음을 맞이할 권리를 방해하게 될 수도 있다는 우려와 동시에 존엄사를 위한 각종 제도들과 관련된 윤리적, 법적 문제와 관련한 우려(9)가 동시에 존재하고 있다. 임종기에 대한 정의는 과학적으로 명쾌하게 정의되기 어려우며 환경 내 규정으로서 보통 정의되는데(10) 일반적으로는 “치료에도 불구하고 사망이 초래되는 상태”(11)라 할 수 있겠다. 본 정의에는 우리나라 법원의 연명치료 중단 허용의 4가지 기준 중 하나인 ‘환자는 회생 가능성이 없어야 할 것’이 내포되어 있으며, 이러한 임종기 동안의 치료에 대한 우리 사회 다양한 구성원들의 선호도를 확인하고 이해하는 것은 그에 의거한 제도와 서비스를 개발하기 위한 사회적 합의의 도출하는데 중요하다고 사료된다. 지금까지 국내에서 수행된 임종기 치료 선호도와 유사한 개념의 선행

연구로는 좋은 죽음에 대한 인식 및 태도 연구(12,13), 임종과정 및 연명치료에 대한 태도 연구(14,15), 임종기 치료 수용에 대한 연구(16) 등이 있으나, 보다 포괄적이고 객관적인 도구를 활용한 최근 국내의 임종기 치료 관련 가이드라인 등을 포함하는 태도에 관한 조사가 필요하다.

간호사는 임종기 치료 서비스의 중요한 보건의료 팀 구성원으로 대상자와 가장 가까이 있는 보건의료 전문가로서 임종기 치료와 관련한 상호교류 기회를 많이 갖게 되므로 간호사의 임종기 치료에 대한 자기 인식은 매우 중요하다. 즉, 보다 나은 임종기 간호를 제공하기 위하여 간호사가 환자와 가족 뿐 아니라 간호사 자신의 임종기 치료와 관련하여 중요하게 생각하는 것을 이해하는 것이 필요하다(17). 간호사가 자기 인식을 통한 대상자들과의 유사성과 차이에 대한 이해를 바탕으로 대상자를 간호할 때 보다 공감적이고 전인적인 접근을 할 수 있을 것이다. 따라서 본 연구의 목적은 실제 병원에서 근무하고 있는 간호사를 대상으로 임종기 치료 선호도와 관련 요인을 확인하여 임종기를 맞은 환자와 가족에 대한 이해를 높일 수 있는 임종기 치료 프로그램 개발의 기초자료로 활용하기 위함이다.

## 대상 및 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 병원에 근무하는 간호사의 임종기 치료 선호도 정도를 파악하고 일반적 특성 중 임종기 치료방법 선호도에 차이를 유발하는 요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상

연구대상은 충청북도 소재 일개 대학병원에 근무하고, 본 연구에 참여를 동의한 간호사로 하였다. 설문지는 총 200부 배포되었고, 전량 회수되었으며, 응답이 누락된 23부를 제외한 총 177부를 최종 결과 분석에 활용하였다. 설문지를 배포하기 전 병원을 방문하여 간호부장에게 연구의 목적과 내용을 설명하고 허락을 받았다. 이후 병동 책임자 및 응답자인 간호사 개개인에게 동의를 받기 전에 설문지는 무기명으로 실시되고, 설문 결과는 연구에만 사용될 것임과 연구 참여는 자발적이고 거부나 참가 철회가 가능함에 대하여 공지하였다.

### 3. 연구도구

임종기 치료 선호도는 Gauthier와 Froman(18)이 개발한 32문항, 5점 척도를 이윤정과 김신미(19)가 표준화한 26 문항, 5점 척도(1점; 매우 아니다~5점; 매우 그렇다)를 이용하였다. 한국형 표준화 도구는 자율적 의사결정(8 문항), 영성(6문항), 가족(5문항), 의료인에 의한 의사결정(4문항), 통증(3문항) 등 5가지 하부요인으로 구성되었다. 원도구의 신뢰도 Cronbach's alpha는 0.68~0.91였으며, 2주 간격의 검사-재검사 신뢰도는 0.80~0.94였고, 한국형 표준화 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha는 0.42~0.89, 검사-재검사 신뢰도는 0.47~0.77였다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha는 자율적 의사결정 0.89, 영성 0.85, 가족 0.84, 의료인에 의한 의사결정 0.82, 통증 0.36으로 나타났다. 통증 요인은 3개의 문항으로 구성되었으며 특히 '나는 의료인들이 세세한 부분까지 돌보아주기를 바란다'는 나머지 2개 문항과 매우 낮은 내적일관성이 있는 것으로 조사되었다. 본 연구에서 부정문으로 이루어진 1, 2, 4번 문항의 경우 연구대상자의 이해를 증진하고 다른 문항과의 평균점수 비교 및 연구결과에 대한 해석을 용이하게 하기 위해 척도를 역치하여(1점; 매우 그렇다~5점; 매우 아니다) 질문하였으며 이와 같이 통계분석에 활용하였다.

**Table 1.** General Characteristics (n=177).

Characteristics	Category	n (%)
Age	<30	92 (52.0)
	≥30~<40	55 (31.1)
	≥40	30 (16.9)
Marital status	Married	96 (54.2)
	Single	81 (45.8)
Educational background	ADN (3-yr)	124 (70.1)
	BSN	37 (20.9)
	MSN	16 (9.0)
Religion	Yes	86 (48.6)
	No	91 (51.4)
Nursing unit	General ward	124 (70.1)
	Special ward	53 (29.9)
Total period of clinical career	<3	33 (18.6)
	≥3~<5	43 (24.3)
	≥5~<10	37 (20.9)
	≥10~<15	29 (16.4)
	≥15	35 (19.8)
Have an living will	Yes	8 (4.5)
	No	169 (95.5)

### 4. 자료수집방법

본 연구는 2009년 7월 1일부터 7월 10일까지, 충청북도 소재 일개 대학병원에 근무 중인 간호사 중 본 연구에 참여할 것을 허락한 대상자를 중심으로 실시하였다. 설문은 대상자가 자가 보고식으로 작성하도록 하는 방법으로 이루어졌다.

### 5. 자료분석 방법

자료분석은 SPSS WIN Ver 13.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 이용하였다. 연구대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율, 임종기 치료 선호도 및 하부요인별 평균 점수는 평균과 표준편차 등의 서술적 통계방법을 이용하여 분석하였다. 일반적 특성에 따른 임종기 치료 선호도 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하였으며 ANOVA 분석 후 평균비교는 사후검정 Sheffe로 분석하였다.

## 결 과

### 1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 전체 연구대상자는 여성이었으며, 연령분포는 20~30세(52.0%), 결혼상태는 기혼(54.2%), 학력은 3년제 간호대 졸업(70.1%)이 가장 많았다. 전체 연구대상자 중 48.6%가 종교가 있었으며, 근무부서는 일반병동이 70.1%로 조사되었고, 간호사 근무경력은 3년 이상 5년 미만(24.3%), 5년 이상 10년 미만(20.9%), 15년 이상(19.8%), 3년 미만(18.6%), 11년 이상 15년 미만(16.4%) 순으로 나타났다. 연구대상자의 4.5%만이 유언장을 작성했다고 응답하였다.

### 2. 임종기 치료방법 선호도 하부요인들의 정도

임종기 치료 선호도 하부요인별 점수는 Table 2와 같

**Table 2.** Mean and Standard Deviation of Variables (n=177).

Variables	Minimum-maximum	Mean (SD)
Autonomous decision making	1.00~4.00	2.09 (0.72)
Family input to decision making	1.00~5.00	2.90 (0.44)
Decision making by health care professional	1.00~4.00	1.97 (0.67)
Spirituality	1.00~5.00	3.66 (0.73)
Pain	1.00~5.00	3.45 (1.12)
Preferences for Care Near the End of Life Scale	1.77~3.96	2.89 (0.39)

다. 즉, 임종기 치료 선호도의 하부요인들의 평균점수는 자율적 의사결정 2.09점, 영성 3.66점, 가족 2.90점, 의료인에 의한 의사결정 1.97점, 통증 3.45점이었으며 이 도구 전체의 평균평점은 2.89점이었다. 이로써 연구대상자들이 영성과 통증요인의 문항들에는 강한 동의를 보였으며 의료인의 의사결정 요인의 문항들에는 강한 부정을 나타냈음을 알 수 있다.

**3. 임종기 치료방법 선호도 문항 평균**

26문항의 임종기 치료 선호도의 각 문항별 평균은 Table 3과 같다. 1, 2, 4번과 같이 부정적 문항은 각 문항 값을 역치환하여 코딩하였다. 도구 표준화 연구(19)에서 자율적 의사결정 요인으로 밝힌 문항 1, 2, 4, 6, 8, 15, 16번의 평균은 1.71~2.53점, 의료인에 의한 의사결정 요인으로 분류한 문항 3, 9, 14, 17번의 평균은 1.85~2.09점으로 연구대상자들이 일관되게 부정적으로 응답하였다. 한편 영성 요인으로 제시된 문항 5, 10, 11, 18, 25, 26번의 평균은 3.36~3.86점, 가족요인으로 분류한

문항 7, 12, 19, 21, 23번의 평균도 3.07~3.72점으로 일관되게 동의하는 것으로 파악되었으며, 통증 요인으로 구분된 문항 20, 22, 24번의 평균은 3.52~4.31점으로 강하게 동의하는 것으로 조사되었다.

**4. 대상자의 일반적 특성에 따른 임종기 치료방법 선호도**

연구대상자의 일반적 특성에 따른 임종기 치료방법 선호도 하부요인과 전체 점수간의 차이는 Table 4와 같다. 의료인에 의한 의사결정 요인 점수는 결혼상태에 따라 통계적으로 유의한 차이( $t=2.604, P=0.010$ )가 있었으며, 연령은 20~30세 및 31~40세 집단보다 41세 이상 집단( $F=6.557, P=0.002$ )에서, 간호사근무경력은 16년 이상 집단( $F=6.767, P=0.000$ )에서 다른 집단에 비해 유의하게 높게 나타났다. 영성 요인 점수는 종교가 있는 집단에서 종교가 없는 집단보다 유의하게 높았으며( $t=4.849, P=0.000$ ), 20~30세 및 31~40세 집단보다 41세 이상 집단에서( $F=4.362, P=0.011$ ) 유의하게 높았다.

**Table 3.** Descriptive Statistics for Preferences for Care Near the End of Life Scale (n=177).

No	Item	Mean (SD)
1	I do not want CPR	1.89 (0.98)
2	I do not want to be fed artificially	2.53 (1.11)
3	I want healthcare providers to make all care decisions	1.85 (0.78)
4	I do not want to be connected to a breathing machine	2.00 (0.99)
5	I want my spiritual beliefs to guide my preferences	3.95 (0.96)
6	I want to let nature guide my dying and I do not want my life to be artificially prolonged in any way	1.71 (0.79)
7	I want my family to make all decisions about my care when I can no longer verbally express my desires	3.36 (1.08)
8	If my heart stops, I want to be resuscitated (CPR)	1.93 (0.93)
9	Health care providers know what's best for me at this time and I want them to make all decisions about my care	2.09 (0.89)
10	I want my religious beliefs to guide my preferences of care at this time	3.42 (1.13)
11	I want nurses who attend to my emotional and spiritual needs as well as my physical needs	3.83 (0.94)
12	I want to my family to have the final word in decisions about my care	3.07 (1.09)
13	I want to be fed through a tube when I can no longer take food or drink normally	2.38 (0.96)
14	I want my doctor(s) to make all healthcare decisions	1.85 (0.72)
15	I want to let God guide my dying and I do not want my life to be artificially prolonged in any way	1.71 (0.79)
16	If I can no longer breathe on my own, I want to be connected to a breathing machine	2.05 (0.96)
17	Health care providers, because they are experts, should have the final word in decisions about my care	2.08 (0.96)
18	I want to be able to talk to someone about my spiritual needs	3.36 (0.94)
19	I want my family to be involved in my health care decisions	3.72 (0.92)
20	I want to be free of pain even if it hastens my death	4.31 (0.74)
21	I want all explanations given to my family so they can decide on my care	3.59 (1.00)
22	I want health care providers to deal with the details of my care	3.52 (0.95)
23	My family knows what is best for me at this time, and I want them to make all decisions about my care	3.23 (0.99)
24	I want an early death instead of suffering	3.86 (0.84)
25	I want to have hospice care	3.86 (0.86)
26	I want my nurses to talk to me about my spiritual needs	3.53 (0.91)

**Table 4.** Preferences for Care Near the End of Life by Demographic Variables.

Characteristics	Category	Autonomous decision making		Family		Decision making by health care professional	
		Mean (SD)	F or t (P)	Mean (SD)	F or t (P)	Mean (SD)	F or t (P)
Age	20~30	2.19 (0.75)	2.152	3.39 (0.72)	0.073	1.85 (0.63)*	6.557
	31~40	2.03 (0.67)	(0.119)	3.37 (0.90)	(0.930)	1.95 (0.59)*	(0.002)
	≥41	1.90 (0.68)		3.44 (0.83)		2.35 (0.81) <sup>†</sup>	
Marital status	Single	2.22 (0.69)	2.604	3.39 (0.70)	-0.179	1.87 (0.64)	-2.048
	Married	1.94 (0.72)	(0.010)	3.41 (0.89)	(0.858)	2.08 (0.69)	(0.042)
Educational background	ADN (3-yr)	2.15 (0.74)	1.450	3.49 (0.71)	3.446	1.98 (0.65)	0.156
	BSN	1.94 (0.64)	(0.237)	3.26 (0.91)	(0.052)	1.91 (0.76)	(0.855)
	Masters	1.99 (0.74)		3.00 (1.01)		1.98 (0.69)	
Religion	Yes	2.05 (0.70)	-0.837	3.43 (0.72)	0.606	2.01 (0.67)	0.734
	No	2.14 (0.74)	(0.404)	3.36 (0.86)	(0.545)	1.93 (0.68)	(0.464)
Nursing unit	Special ward	1.96 (0.68)	-1.316	3.27 (0.97)	-1.098	1.89 (0.64)	-0.846
	General ward	2.11 (0.72)	(0.191)	3.43 (0.71)	(0.276)	1.99 (0.67)	(0.400)
Total period of clinical career (yrs)	<3	2.12 (0.59)	1.840	3.28 (0.78)	0.734	1.98 (0.69)*	6.767
	3~5	2.22 (0.89)	(0.123)	3.39 (0.68)	(0.570)	1.74 (0.59)*	(0.000)
	6~10	2.23 (0.71)		3.41 (0.81)		1.85 (0.52)*	
	11~15	1.85 (0.58)		3.30 (0.99)		1.86 (0.58)*	
Have a living will	Yes	1.97 (0.68)		3.58 (0.74)		2.44 (0.76) <sup>†</sup>	
	No	2.17 (0.91)	0.248	3.30 (0.83)	-0.334	2.28 (0.83)	1.105
	No	2.09 (0.71)	(0.811)	3.40 (0.79)	(0.747)	1.95 (0.67)	(0.304)

  

Characteristics	Category	Spirituality		Pain		Preference for care near the end of life	
		Mean (SD)	F or t (P)	Mean (SD)	F or t (P)	Mean (SD)	F or t (P)
Age	20~30	3.59 (0.72)*	4.632	3.87 (0.54)	0.317	2.89 (0.37)	1.145
	31~40	3.57 (0.74)*	(0.011)	3.94 (0.58)	(0.729)	2.85 (0.39)	(0.321)
	≥41	4.02 (0.63) <sup>†</sup>		3.91 (0.54)		2.99 (0.44)	
Marital status	Single	3.63 (0.71)	-0.487	3.86 (0.53)	-0.924	2.91 (0.38)	0.477
	Married	3.69 (0.74)	(0.627)	3.94 (0.57)	(0.357)	2.88 (0.41)	(0.634)
Educational background	ADN (3-yr)	3.58 (0.69)	2.718	3.88 (0.54)	0.275	2.91 (0.37)	0.440
	BSN	3.87 (0.87)	(0.069)	3.95 (0.62)	(0.760)	2.87 (0.43)	(0.645)
	Masters	3.80 (0.55)		3.94 (0.49)		2.83 (0.48)	
Religion	Yes	3.91 (0.71)	4.849	3.84 (0.51)	-1.400	2.95 (0.38)	1.691
	No	3.42 (0.66)	(0.000)	3.95 (0.58)	(0.163)	2.85 (0.41)	(0.93)
Nursing unit	Special ward	3.63 (0.76)	-0.564	3.94 (0.59)	0.782	2.82 (0.42)	-1.471
	General ward	3.70 (0.66)	(0.574)	3.87 (0.55)	(0.436)	2.92 (0.37)	(0.145)
Total period of clinical career (yrs)	<3	3.69 (0.56)	1.739	3.86 (0.45)	0.607	2.88 (0.34)	1.556
	3~5	3.56 (0.75)	(0.144)	3.81 (0.62)	(0.658)	2.86 (0.42)	(0.188)
	6~10	3.50 (0.75)		3.91 (0.57)		2.87 (0.39)	
	11~15	3.67 (0.93)		3.98 (0.62)		2.79 (0.41)	
Have a living will	Yes	3.91 (0.58)		3.96 (0.44)		3.03 (0.39)	
	No	3.83 (0.77)	0.659	4.04 (0.45)	0.920	3.00 (0.37)	0.854
	No	3.65 (0.72)	(0.529)	3.89 (0.55)	(0.385)	2.89 (0.39)	(0.419)

\*<sup>†</sup>Result of Scheffe's multiple comparison test (Different alphabet means significant difference among the groups).

## 고찰

본 연구 결과 현재 임상에서 근무 중인 간호사들의 임종기 치료 선호도의 5개 차원 즉, 자율적 의사결정, 가족의 임종기 치료결정 개입(input), 의료진의 임종기

치료결정 개입, 영성 및 통증 조절에 대한 선호도를 알 수 있었다. 임종기 치료 결정과 관련하여 본 도구는 자율적 결정, 가족의 개입 및 의료진의 개입 세 가지의 차원으로 선호도를 확인할 수 있도록 구성되어 있으므로 먼저 임종기 치료 결정과 관련하여 이 세 가지 차원을 함께 다루도록 한다.

본 연구 대상자들은 임종기 치료 선호도 중 자율적 결정 차원에서 심폐소생술, 인공호흡기 부착, 위관 영양 제공으로 대별하여 질문한 연명치료에 대해서 전반적으로 반대 입장을 드러냈다. 연명치료에 대한 비 선호도는 다양한 대상자들을 포함한 선행 연구들에서도 일관되게 보고되는 바, 국내 연구 중에서는 간호대학생을 대상으로 말기상태에서의 연명치료 선호도를 조사한 결과 80.2% 거부률(20) 의과대학생들을 대상으로 한 연구에서는 말기환자의 연명치료 유보 및 중단에 대해 60.3%의 동의률(21) 보고하였다. 또한 일반인들에서는 무의미한 연명치료 중지에 대해 82.3%가 동의하는(6) 등 전반적으로 무의미한 연명치료에 대해서는 반대 입장이 지배적이라 할 수 있다. 최근 본 연구에서 사용한 것과 동일한 조사 도구를 사용하여 간호사, 간호학생, 사회복지사, 노인을 대상으로 한 연구(22) 결과 심폐소생술, 인공호흡기 부착, 위관 영양과 같은 연명치료에 대해서는 확고한 반대 입장을 보고하였다. 따라서 무의미한 연명치료에 대해서는 의료인이나 일반인 모두 반대 입장인 것을 알 수 있다. 이상과 같은 선행연구 및 본 연구 결과는 대한 의사협회를 비롯한 유관 단체들(1)에서 제시하고 있는 ‘무의미한 연명치료 중단 지침’과 일맥상통하다고 볼 수 있다. 다만 존엄사 또는 품위있는 죽음이라는 것은 맥락적으로 정의되고, 개개인의 선호도와 연관되어 있는 만큼 개인의 선호도가 반영될 수 있고 자율성을 지원해 줄 수 있는 사전의사결정(Advance Directives) 제도의 도입과 같은 노력이 구체화 될 필요가 있겠다. 또한 연명치료 중지에 관한 지침 제정 특별위원회에서 제시한 지침(1)에는 관(管)을 이용한 영양 및 수분 공급을 일반 연명치료로 분류하고 보류 또는 중지 대상 치료에서 제외하였다. 그런데 본 연구 대상자들은 위관영양에 대해서도 비선호도를 나타내고 있으며, 미국에서 비교적 최근 문제가 되었던 Terri Schiavo의 예(23) 역시 위관영양 제거 여부가 주된 이슈였던 것을 고려하여 추후 위관영양의 보류 및 중지에 대한 별도의 지침 작성의 필요성이 제기된다.

본 연구와 선행 연구에서 일관되게 임종기 연명치료에 대한 비선호도가 보고되고 있으나 유의하여야 할 내용은 앞서 지적한 바와 같이 의료인과 대상자 간에 임종기 치료 선호도에 차이가 있을 수 있다는 것이다. 즉 본인의 임종기를 가정하고 연구한 결과들은 의료인, 일반 대상자를 막론하고 무의미한 연명치료에 대해 일관된 비선호도를 나타내지만 환자의 가족이 해당 환자를 대상으로 인공호흡기와 심폐소생술과 같은 연명치료

선호도를 연구한 결과에 의하면 선호도가 상대적으로 높은 것으로 나타났다(7). 특히 환자를 대상으로 놓고 연명치료 실시 여부를 결정함에 있어 가족과 의료진과의 불일치율이 높아 인공호흡기 적용에서는 60% 이상의 불일치율을, 심폐소생술에서는 50% 이상의 불일치율을 보였다. 또한 가족의 환자에 대한 연명치료 적용 선호도가 의료진에 비해 더 높은 가운데 인공호흡기 수용 비율(67.0% vs 18.4%)과 심폐소생술 수용 비율(53.1% vs 16.7%)에서 상당한 차이를 보였다(7). 이는 가족구성원별 생명연장술에 대한 선호도 연구(17)에서도 드러나는데 무의미한 연명치료에 대한 선호도는 대상이 본인일 때 현저하게 낮고 대상이 가족인 경우 3배 이상의 높은 선호도를 보고하고 있다. 연명치료에 대한 찬성 이유도 상이하여 본인의 경우에는 ‘회복 가능성에 대한 기대’ 때문이 가장 많은 반면 가족의 경우는 ‘도리’ 때문이라 답한 경우가 가장 많았다. 이와 같이 임종기 치료 대상자에 따라 결과가 상이한 것은 우리나라의 가족 중심적인 문화를 반증하는 결과라고 생각한다. 실제로 미국 이민 한국인들에게서도 유사한 결과가 나타났는데(24) 이는 한국인들에 있어 효 중심적 가치관이 치료 제공 수용으로 나타나고 있는 것으로 볼 수 있다.

연명치료에 대한 선호도는 결혼 상태에 따라 유의한 차이를 드러내 기혼의 경우 더 비호의적이었다. 이렇듯 결혼 상태에 따른 차이를 보고한 선행 연구 결과를 찾기 어려운 가운데 본 차이는 우리나라 사람들이 가족에 부담이 되지 않는 것을 좋은 죽음의 속성으로 인식하는 것과(13,14) 같은 맥락으로 해석할 수 있다. 즉 미혼자의 주 가족 관계는 부모인 반면 기혼자의 주 가족 관계는 배우자와 자식이 되게 되며 부모보다는 배우자 및 자식에 대해 임종기 치료로 인한 부담에 더 민감한 것으로 추정이 가능하다. 따라서 임종기 동안 주 가족 관계와 가족부양 부담감 간의 관계에 대한 연구와 같은 관계 중심의 접근도 필요하다고 본다.

본 연구 결과 간호사들은 자신의 임종기 치료 결정에 가족이 개입하는 것에 대해 호의적인 것으로 드러났다. 가족의 임종기 치료 결정 개입에 대한 선호는 우리나라 외 다른 아시아 국가에서도 마찬가지로여서 이문화간(cross cultural) 연구 결과를 보면 서구국가에 비해 아시아 국가 사람들은 보다 가족 중심의 의사결정을 하는 것으로 보고되고 있다(25,26). 미국 이민 한국인을 대상으로 한 연구에서도 노인들은 자신의 임종기 치료와 관련한 최종 결정은 가족이 내려주는 것을 선호하는 것으로 나타났다(24). 실제 우리나라에서의 의료 관련 결정

은 가족들이 하고 있고 심지어 심폐소생술 거절 결정은 환자의 주가족간호사와 의료진 사이에서 이루어지고 있다(27). 또한 대상자들의 일반적 특성에 따른 유의한 차이도 나타나지 않아 우리나라를 비롯한 아시아 국가의 사람들은 자신에 대한 결정을 가족이 대신 내려주기를 바라는 것으로 생각할 수 있다. 따라서 본 연구 결과 및 선행연구 결과를 토대로 임종기 치료 결정에 대해 대리인을 지정할 수 있는 제도(proxy appointment)를 사전의사결정 내에 포함하여야 할 것으로 사료된다.

의료진이 임종기 치료 결정에 개입하는 것에 대해서는 항목별 및 전체적으로 일관되게 부정적으로 드러났다. 이러한 결과는 critical care nurse들이 임종기 중 좋은 죽음을 방해하는 요인 중 하나로 의료진에 의한 치료 결정을 지목한 것과 같은 내용이다(28). 국내 간호사들의 반응도 유사하여서(13) 좋은 죽음의 속성에 의료진에 의한 치료 결정 개념은 배제되어 있었다. 동일한 연구 도구를 사용한 미국의 연구에서는 간호사, 간호학생, 의료진 및 비의료진을 모두 포함한 연구에서 의료진에 의한 임종기 치료 결정에 대해 강한 비선호도를 나타내는 것으로 보고하였다(22). 따라서 우리나라 간호사들은 임종기 동안 자율적 및 가족에 의한 치료결정을 선호하며 의료진의 의한 치료 결정에 대해서는 선호하지 않는 것으로 결론내릴 수 있겠다.

반면에 같은 아시아 국가인 일본의 경우 환자, 가족, 의사, 간호사를 포함한 좋은 죽음의 속성에 대한 연구 결과, 자율적 의사결정은 좋은 죽음의 속성에 포함되지 않았을 뿐 아니라 임종기 치료 결정을 의료진에게 맡기는 성향을 강하게 나타냈다(26). 일본의 경우는 의료진이 환자의 바람과 다른 결정을 내리더라도 그들이 결정해주는 것을 바란다고 보고하였다(29).

본 연구 결과 의료진의 임종기 치료 결정 개입에 대한 선호도는 연령, 결혼상태, 임상경력에 따른 차이가 드러났다. 즉 40대 이상, 기혼, 15년 이상의 경력을 가진 간호사들은 의료진의 치료 결정 개입에 대해 상대적으로 비선호도 정도가 유의하게 낮았다. 이러한 차이에 대한 선행 연구 결과가 제한적이어서 직접적인 비교는 어렵지만 본 연구 결과가 앞으로의 연구 및 임상실무에 대해 시사하는 바는 크다. 이 세 가지 특성 즉, 40대 이상, 기혼, 15년 이상의 경력은 실제 일맥상통한 내용이고 따라서 두 가지 추정이 가능하다. 첫째는 연령이 증가하고 결혼을 하며 임상에서 일하는 기간이 길어질수록 의료진의 개입에 대한 저항이 감소했음을 의미하는 것일 수 있고, 둘째는 20대 및 30대는 청년기이고 40대

이후를 중년기로 본다면 세대 자체의 차이일 수 있다. 임상실무현장에서 품위있는 죽음이 중요한 화두가 되고 있는 현 시점에서 앞으로 임종기 치료 및 간호 영역에서 의사결정 관련 태도가 중요해질 것임은 자명하다. 그런데 본 연구결과에서 나타난 바와 같이 간호사 집단 내에서 임종기 치료 선호도가 유의하게 다른 하부 집단이 공존함으로써 집단 내에서의 혼란은 물론이고 대상자 간호에서도 혼란과 갈등이 초래될 가능성이 있다. 따라서 추후에는 이와 같은 특성을 반영한 코호트 연구와 이러한 차이를 반복 연구를 통해 확인하고 관련 요인을 규명하여 간호사 집단 내 하위 집단 간의 차이를 이해하도록 돕는 과정이 필요하다.

본 연구 결과 영적 요구 지지에 대하여서는 확고한 선호도를 나타내 동일한 도구를 적용한 연구 결과(23)와 유사한 가운데 절대적 선호도 수준은 미국의 대상자들보다 약간 낮은 점수를 보였다. 이는 일본의 연구에서도 유사한 개념, 즉 신앙심 유지가 좋은 죽음의 속성이라는 결과로 표현되고 있으며 국내에서는 간호사 연구(13)에서 영속성에 대한 믿음이 좋은 죽음의 속성이라고 표현되어 일반적으로 영적 요구도를 충족시키는 일이 임종기 간호대상자들에게 중요한 요소인 것으로 사료된다. 인간의 영적인 차원은 개인이 신체적 및 정신적 위협을 경험할 때 더욱 중요한 요소인 것을 감안하면 본 연구 결과는 임종기 대상자 간호에서 중요한 내용이다. 따라서 이미 국내에서 영성 및 영적 간호에 대한 개념 분석이 수행되었으나 보다 구체적이고 실무 적용이 가능한 개념 제시와 간호 수행을 위한 전략이 개발될 필요가 있겠다.

본 연구에서 임종기 치료 선호도의 다섯 번째 차원 즉, 통증 관리에 대해서는 일관된 선호도를 나타냈으며 특히 사망이 당겨지더라도 고통 받지 않기를 원한다는 문항들에 대해서도 높은 선호도를 나타냈다. 통증 관리 또는 편안함은 죽음과 관련한 연구들에서 가장 일관된 차원이라 하겠다. 즉 국내에서는 간호사(13)와 간호학생(20)을 대상으로 한 연구, 노인과 성인을 대상으로 한 연구(12), 국외에서는 환자, 가족, 의료인들을 대상으로 한 연구(17) 및 동일한 도구를 사용한 연구 결과와 동일한 결과이다(22). 따라서 임종기 동안 대상자의 나이나 직업 및 국적에 상관없이 임종기 치료 원칙에는 반드시 대상자들의 고통을 경감해주고 편안함을 유지해주기 위한 방안들이 환자의 옹호자 입장에서 포함되어야 할 것이다.

본 연구는 일 지역의 간호사들을 편의표집 방법으로 추출하여 대상으로 포함하였으므로 다양한 간호사 집

단에 대해 일반화 하는 데는 제한이 있다. 따라서 앞으로는 간호사의 개인적인 특성과 임상경험관련 특성을 다양화하고 장기요양시설이나 호스피스병원과 같은 다양한 간호현장을 포함하여 간호사의 임종기 치료 선호도를 확인하는 작업이 필요하다. 덧붙여 국내에서는 환자를 직접 연구에 포함하여 임종기 치료 선호도를 확인한 보고를 찾기 어려운데 실제 환자들의 선호도를 확인하고 가족 및 의료인들과의 유사성과 차이점을 확인하려는 노력이 지속되어야 할 것이다.

### 요 약

**목적:** 본 연구는 간호사들의 임종기 동안의 치료 및 간호와 관련한 간호사 자신의 선호도를 확인하기 위하여 수행되었다.

**방법:** PCEOL-K를 이용하여 자료를 수집하였으며 본 도구는 미국에서 개발되고 한국판 표준화를 거친 도구이다. 연구대상자는 본 연구 참여를 허락한 일 종합병원의 간호사 200명이었으며 총 177개의 자료가 분석에 활용되었다.

**결과:** 본 연구 대상 간호사들은 임종기 치료 및 간호에 있어 통증관리 및 영적 요구지지에 대한 긍정적 선호도를, 의료인에 의한 치료 결정에 대해서는 부정적 선호도를 나타내었다.

**결론:** 본 연구 결과 간호사들은 임종기 치료 및 간호에서 개인의 자율성, 통증관리, 영적 요구 지지를 중요하게 생각하고 있었다. 앞으로 다양한 집단, 즉 의사, 환자, 가족들을 대상으로 각 집단별 선호도를 확인하는 노력이 요구된다.

**중심단어:** 임종기, 간호사, 치료 선호도

### 참 고 문 헌

1. Special Committee of guideline for withdrawing or withholding life-sustaining-treatment. Guideline for withdrawing or withholding life-sustaining-treatment. 2009. 10. 13.
2. Vig EK, Davenport NA, Pearlman RA. Good deaths, bad deaths, and preferences for the end of life: a qualitative study of geriatric outpatients. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(9):1541-8.
3. Choi KS. Death with dignity and voluntary passive euthanasia. *Korean J Med Ethics* 2009;12(1):61-76.
4. Heo DS. Withdrawing or withholding meaningless life-sustaining-treatment. *Proceedings of the National Cancer Center Symposium; 2009 July 30; Seoul, Korea. National Cancer Center; 2009.*

5. Kim SY, Lee MA, Kim S. Survey on preference towards advance directives in Korean elderly. *Korean J Med Ethics* 2001;4(2):231-44.
6. Yun YH, Rhee YS, Nam SY, Chae YM, Heo DS, Lee SW, et al. Public attitudes toward dying with dignity and hospice palliative care. *Korean J Hosp Palliat Care* 2004;7(1):17-28.
7. Oh DY, Kim JE, Lee CH, Lim JS, Jung KH, Heo DS, et al. Discrepancies among patients, family members, and physicians in Korea in terms of values regarding the withholding of treatment from patients with terminal malignancies. *Cancer* 2004;100(9):1961-6.
8. Korean supreme court. 2004. 6. 24. Sentence 2002-995.
9. Lee DI. Reflections on the ethics of withdrawing life prolonging medical treatment: the decision of the Seoul western district court. *Korean J Med Ethics* 2009;12(1):43-60.
10. NIH Consensus Development Program [Internet]. Maryland: National Institutes of Health; c2004 [cited 2009 Aug 13]. Available from: <http://consensus.nih.gov/2004/2004EndOfLifeCareSOS024main.htm>.
11. Medline Plus [Internet]. Bethesda: U.S. National Library of Medicine [cited 2009 Aug 13]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/endoflifeissues.html>.
12. Kim S, Lee Y, Kim SY. Attributes considered important for a good death among elderly and adults. *J Korean Gerontol Soc* 2003;23(3):95-110.
13. Kim S, Lee Y. Korean nurses' attitudes to good and bad death, life-sustaining treatment and advance directives. *Nursing Ethics* 2003;10(6):624-37.
14. Lee Y, Kim S, Kim SY. Nursing students' attitudes toward end-of-life and life-sustaining treatment. *J Korean Acad Soc Nurs Edu* 2002;8(2):251-60.
15. Kim SY, Kim S. A study on attitude patterns of elderly toward dying. *J Korean Acad Adult Nurs* 2003;15(3):343-53.
16. Shim JY, Choi YS, Kang YJ, Cho HS, Cho HS. Attitude of cancer patients, their primary care givers and doctors toward end-of-life care. *J Korean Acad Fam Med* 2000;21(4):489-97.
17. Steinhauer KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* 2000;284:2476-82.
18. Gauthier DM, Froman RD. Preference for care near the end of life: scale development and validation. *Res Nurs Health* 2001; 24(4):298-306.
19. Lee Y, Kim S. Validating the Korean version of the Preference for Care near the End of Life (PCEOL-K) scale. *Korean J Med Ethics* 2009;12(1):29-42.
20. Lee Y, Kim SY, Kim S. Nursing students' attitudes toward end of life and life sustaining treatment. *J Korean Educ Nurs* 2002; 8:251-60.
21. Oh S, Cho W, Kim J, Lee H, Lee D, Shim J. Attitudes of medical students' towards end-of-life care decision making. *Korean J*

- Hosp Palliat Care 2008;11(3):140-6.
22. Schirm V, Sheehan D, Zeller RA. Preference for care near the end of life-Instrument validation for clinical practice. Crit Care Nurs Q 2008;31(1):24-32.
  23. In the circuit court for Pinellas County, Florida, Probate Division File No. 90-2908GD-003. In Re: The Guardianship of Theresa Marie Schiavo, Incapacitated.
  24. Hong S, Moon S. Study on preference for life sustaining treatment classified by family members. J Korean Gerontol Soc 2007;27(4):881-95.
  25. Kwak J, Salmon JR. Attitudes and preferences of Korean-American older adults and caregivers on end-of-life care. J Am Geriatr Soc 2007;55:1867-72.
  26. Matsumura S, Bito S, Liu H, Kahn K, Fukuhara S, Kagawa-Singer M, et al. Acculturation of attitudes toward end-of-life care: a cross cultural survey of Japanese Americans and Japanese. J Gen Intern Med 2002;17(7):531-9.
  27. Lee K, Jang HJ, Hong SB, Lim CM, Koh Y. Do-Not-Resuscitate order in patients, who were deceased in a medical intensive care unit of a University hospital in Korea. Korean J Crit Care Med 2008;23(2):84-9.
  28. Beckstrand RL, Callister LC, Kirchoff KT. Providing a "good death": critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. Am J Crit Care 2006;15(1):38-45; quiz 46.
  29. Asai A, Kishino M, Tsuguya F, Sakai M, Yokota M, Nakata K, et al. A report from Japan: choices of Japanese patients in the face of disagreement. Bioethics 1998;12(2):162-72.