

말기환자의 의료적 의사결정에 관한 임상간호사의 인식: Q 방법론적 접근

조 계 화 · 김 연 자* · 손 기 철[†]

대구가톨릭대학교 간호대학 간호학과, *대구과학대학교 간호과,
[†]대구가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실

Types of Perception toward End-of-Life Medical Decision-making of Clinical Nurses: Q-Methodological Approach

Kae-Hwa Jo, Ph.D., Yeon Ja Kim, Ph.D.* and Ki Cheul Sohn, M.D.[†]

Department of Nursing, College of Nursing, Catholic University of Daegu, *Nursing Science, Taegu Science
University, [†]Department of Preventive Medicine, School of Medicine,
Catholic University of Daegu, Daegu, Korea

Purpose: We analyzed how clinical nurses in Korea perceive terminally ill patients' medical decision-making. **Methods:** The Q-methodology which analyzes the subjectivity of each item was used. We selected 34 Q-statements among those provided by each of 37 subjects and grouped them into a shape of normal distribution using a 9 point scale. The collected data were analyzed using a QUANL PC program. **Results:** Four types of perception toward medical decision-making were identified. Type I focuses on patient participation, and Type II emphasizes the role of health professionals. Type III is characterized by an open-minded culture toward death, and Type IV values the role of family members. **Conclusion:** The results of this study indicate the need for development of a multi-disciplinary curriculum medical decision-making and death for medical and nursing students. (Korean J Hosp Palliat Care 2012;15:18-29)

Key Words: Nurses, Perception, Medicine, Decision making, Methods

서 론

1. 연구의 필요성

최근 생명연장술의 발달과 함께 복잡하고 빠르게 변화하는 의료 환경은 건강전문가와 대상자 사이의 효율적인 의사결정을 요구하고 있다. 의료적 의사결정 과정

은 구체적인 상황에서의 치료선택을 포함하는 임상적 개념으로(1), 대상자 중심의 올바른 의료적 의사결정 제도의 확립이 필수적이다(2). 말기 의료적 의사결정에서 환자의 자율성 존중은 매우 중요한 개념이므로, 의료현장에서 환자의 자율성이 존중되기 위해서는 의료인의 정확하고 상세한 정보제공이 선행되어야 한다. 이상적인 말기 의료적 의사결정은 대상자가 급성질병이나 극심한 스트레스 상황에 직면하기 전에 이루어져야 하나, 그렇지 못할 경우, 의사와 간호사는 말기환자의 의료적 의사결정에 대해 교육할 중요한 시점을 간과하지 말아야 할 것이다.

특히 생의 마지막 시기에 처한 대상자의 인간적 품위와 통합성을 위한 간호사의 돌봄은 임종시기의 의료적 의사결정에 중요한 영향을 미치며, 삶의 마감방식을 결

접수일: 2011년 9월 23일, 수정일: 2011년 12월 13일

승인일: 2012년 2월 1일

교신저자: 김연자

Tel: 053-320-1760, Fax: 053-320-1761

E-mail: yakop1052@hanmail.net

이 논문은 2011년도 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 기초연구사업임(과제번호 2011-0004953).

정하는데 환자의 의지를 지지해준다(3). 그럼에도 불구하고 말기환자의 의료적 의사결정을 위한 대상자 교육과 정보제공을 위한 의료인의 시간 부족(2), 사전의사결정에 대한 지식부족(4), 임종간호교육의 부재(5) 등은 효율적인 의료적 의사결정의 방해요인으로 의료인을 위한 임종교육의 필요성이 제기되고 있다. 이와 관련하여 Chochinov(6)는 의료인과의 의사소통과 관계형성이 환자의 증상조절과 품위 있는 죽음을 구성하는 주요 요소로 밝힌 바 있어, 의료적 의사결정에서 임상간호사의 태도와 가치를 파악할 필요성이 제기된다.

한국사회에서 특히 고위험 질병이나 임종의 위기상황에서 치료결정을 할 때, 환자보다는 종종 가족의 견해에 더 많은 비중을 두는 경향이 있다(1). 이는 질병과 같은 위기상황에서 결정권을 가족에게 양도하며 의존하는 한국사회의 가족응집 현상으로 볼 수 있다. 말기환자의 의료적 의사결정에서 자율성의 개념은 원래 서양의 개인주의 전통에 바탕을 두고 있는 것으로, 실제 적용에 있어서는 문화적 특수성을 고려해야 한다(7). 우리나라의 경우, 유교적 전통과 관련된 집합주의 가족문화가 우세하므로, 임종시기의 의사결정에서 가족의 의견은 중요한 의미를 가진다고 볼 수 있다.

말기환자의 의료적 의사결정에서 임상간호사의 가장 큰 갈등요인은 진단내용의 비공개(8), 말기에 의사의 적극적 치료집착과 의료인 간의 의견공유 부재(9)인데, 이는 환자의 존엄성과 자율성에 관련하여 한국사회의 의료적 의사결정방법의 성찰을 촉구하고 있다. 말기의 의사결정, 예를 들어, 치료의 한계, 심폐소생술 시행 여부, 혹은 생명을 연장하는 치료의 철회에서 의사, 간호사, 가족의 의견교환은 필수적이며, 이때 간호사는 의사결정 과정을 관찰하고 모니터링해야 하는 중요한 위치에 있다(3). 따라서 의료인 간의 의견공유는 임종치료 문제를 해결하는데 상호간의 협력적인 접근을 반영하며, 의사결정지원의 목표는 대상자와 가족이 적절하게 사전결정을 할 수 있는 환경을 촉진하는 데 있다. 그러나 한국의 의료현장에서의 공유적 의사결정 개념은 주로 의사와 환자, 혹은 의사와 가족의 측면에서 반영됨을 볼 수 있다(1,2). 이에 말기환자의 의료적 의사결정에 관한 임상간호사의 인식을 파악하는 것은 성숙한 의사결정방법을 위해 임상적, 사회적 측면에서 시의 적절하며 그 의미가 크다.

이상에서 말기의 의료적 의사결정에 관한 여러 선행 연구들이 제시되었으나, 대부분이 환자의 자율성(1), 가족참여(2), 의료인의 역할(6), 문화적 요인(7) 등 단편적

인 개념을 중심으로 이루어졌다. 더구나 말기의 의료적 의사결정은 의사결정 과정 전반에 걸쳐 이루어지는 상황과 맥락을 통한 임상간호사의 역할이 중요함(10)에도 불구하고 그들의 인식에 대한 연구는 매우 드문 실정이다.

이에 본 연구는 인간의 행위나 생각을 독립적으로 떼어내어 분석하는 것을 거부하는 Q 방법론을 이용하여 말기환자의 의료적 의사결정에 관한 임상간호사의 인식 파악뿐 아니라 공유된 의료적 의사결정 체계 구축을 위한 기초 자료를 제공하고자 하였다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 Q 방법론을 적용하여 임상간호사로 하여금 말기환자의 의료적 의사결정에 관한 주관적 인식유형과 그 유형의 특성을 파악하고자 함이며 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 1) 말기환자의 의료적 의사결정에 관한 임상간호사의 주관적인 인식을 유형화한다.
- 2) 말기환자의 의료적 의사결정에 관한 임상간호사의 주관적인 인식유형의 특성을 분석하고 기술한다.

대상 및 방법

1. 연구 설계

본 연구는 말기환자의 의료적 의사결정에 관한 임상간호사의 인식을 파악하기 위해 Q 방법론을 이용하였다.

2. 표집 방법

1) Q 모집단 및 Q 표본의 구성: Q 모집단(Q-Population)은 일지역의 임상간호사를 대상으로 말기환자의 의료적 의사결정 태도 구성에 관한 진술문을 추출하기 위하여 국·내외 관련문헌 고찰과 개방형 질문지 그리고 개별 심층면담(in-depth interview)을 수행하였다. 개방형 질문지를 이용한 자료 수집은 일 지역 대학병원의 내과, 외과, 응급실, 중환자실에서 근무하는 임상간호사 40명을 각 병동별로 10명씩 연구자가 임의 추출하여 2011년 3월 8일부터 4월 15일까지 실시되었으며 그 내용으로는 “말기환자의 의료적 의사결정과 관련하여 임상에서 어떤 경험을 하셨나요?”, “말기환자의 의료적 의사결정에서 간호사는 어떤 역할을 한다고 생각하십니까?”, “바람직한 말기 의료적 의사결정은 어떤 것일까요?”, “효율적인 말기 의료적 의사결정을 방해하는 요인은 어떤 것인가요?”, “효율적인 말기 의료적 의사결정과

관련하여 중요한 측면들은 어떤 것들이 있을까요?” 등의 5문항이 포함되었다.

수집된 개방형 질문지를 분석하고 분류하는 과정에서 개방형 질문지에 덧붙여 좀 더 심도 있는 자료를 수집하고자 개별면담을 수행하였다. 개별면담은 일 지역 대학병원의 내과, 외과, 응급실, 중환자실에서 3년 이상 근무한 경력자로서 병동별로 각각 2명씩 총 8명의 간호사를 임의 추출하여 연구의 목적을 설명한 후 연구에 참여하기로 동의의 얻은 후 수행되었다. 면담 내용은 위에 언급된 질문을 포함하여 말기환자의 의료적 의사결정 시에 변화되어야 할 사항들과 사전의료 지시서와 관련된 사회적 동향과 개인적 전망 등을 포함하였다. 이 외에도 의료적 의사결정, 자율성 및 품위 있는 죽음과 관련된 선행연구와 전문서적, 국내외 전문잡지 등을 통해 얻은 자료를 합하여 총 167개의 Q 모집단을 추출하였다. 진술문들을 범주화하는 과정에서 말기환자의 의료적 의사결정에 관한 태도에 대해 생각이 같은 진술문을 하나의 범주로 통합해서 총 6개의 범주(말기치료 기준마련, 법적 제도적 기준마련, 교육홍보 강화, 체계적인 사전의사결정, 생명연장 중시 풍조, 재정지원)가 나왔으며 각 범주에 속한 진술문은 최소 7개부터 최대 43개까지 다양하게 나타났다. 이후 원 자료와 함께 주제와 범주내용의 타당성 여부를 검증하기 위해 Q 방법론 전문가 1인의 자문을 거친 뒤 이를 다시 임상간호사 2인, 의학과 교수 1인, 간호학과 교수 1인이 의견을 교환, 재조정하여 최종 34개의 Q 표본을 선정하였다.

2) P 표본(P-Sample)의 표집 방법: Q 방법론은 양적 연구와는 달리 사람이 변인이 되므로 P 표본이 커지면 한 인자에 여러 사람이 편중되어 그 특성이 명확하게 드러나지 않는다는 소 표본이론에 근거하여(11) 임의추출한 표본의 수를 근무경력 2년 이상의 임상간호사 37명으로 제한하였다. 본 연구에서는 Q 표본의 진술문이 34개이므로 이와 비슷한 표본의 경우에 가장 이상적이라는 점을 고려하였다(12).

3) Q 표본 분류(Q-sorting) 및 자료 분석방법: Q 표본의 분포도는 연구대상자들이 Q 표본으로 선정된 34개의 진술문들을 자신의 의견의 중요도에 따라 9점 척도 상에 분류하여 정규분포에 가깝도록 강제 분포시키는 Q 방법론의 원리에 따라 준비하였다. Q 표본 분류는 Q 표본을 먼저 읽은 후 긍정(+), 중립(O), 부정(-)의 세 부분으로 나눈 다음 긍정(부정)진술문 중에서 가장 긍정(부정)하는 것을 차례로 골라 바깥에서부터(+4, -4) 안쪽으로 분류를 진행케 하여 중립부분(0)에서 마무리하

Table 1. Distribution of Q-Sample Card.

Variables	(Disagree)			(Neutral)			(Agree)		
Score	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
No. of card	2	3	4	5	6	5	4	3	2

게 하였다. 이때 양끝에 놓인 2개씩의 진술문 4개에 대한 선택 이유를 면담을 통해 받아두었다(Table 1).

Q 분류과정 전에 개인적인 특성에 대해 기록하게 하였고 한사람이 설문지를 작성하는 데는 40~50분이 소요되었다. 자료의 정확성을 기하기 위해 연구보조원이 진술문을 읽고 분류하는 과정에서 도움을 주었다. 코딩은 가장 반대하는 경우를 1점으로 시작하여 중립인 경우 5점, 가장 찬성하는 경우에 9점을 부여하여 점수화하였다.

자료 분석은 PC-QUANL Program을 이용하여 처리하였으며, 34개의 항목별 평균, 표준편차, 표준점수를 구하였다. 그 후 다시 34개의 항목을 P 표본을 축으로 하는 주요인분석(principal component factor analysis)방법을 이용하여 요인 분석하였다. 유형은 Eigen value 1.0 이상을 기준으로 하여 요인 수를 다양하게 입력하여 산출된 결과 중 최선이라고 판단된 것을 선택하였다.

4) 윤리적 고려: 참여자의 자율성을 보장하기 위해 면담 전에 연구의 목적과 연구방법, 면담 내용의 녹음 등에 관한 사항을 설명하여 구두동의를 얻고 동의서를 받은 후 연구 참여에 상응하는 보상을 함으로써 대상자의 윤리적 측면을 고려하였다. 악행금지의 원칙에 따라 참여자의 사생활을 침해하지 않기 위한 조치로 면담내용은 연구목적으로만 사용할 것이며 개인의 사적인 상황은 비밀로 유지하되 익명성을 보장한다는 점과 연구결과가 출판된다는 점, 참여자가 원한다면 언제든지 연구 참여를 중단할 수 있음을 알렸다. 또한 연구 참여자의 정체기가 드러나지 않도록 컴퓨터 파일에는 연구자 고유의 비밀 번호를 부여하고 참여자의 신원을 알 수 있는 모든 정보는 삭제하였다.

결 과

1. Q 유형의 형성

QUANL PC 프로그램을 이용하여 연구 대상자들의 의료적 의사결정에 대한 주관성을 Q 요인 분석한 결과 4개의 유형으로 나타났다. 이들 4개 요인은 전체변량의 52.72%를 설명하고 있는데 이와 같이 전체 변량이 작은 것은 대상자 의견의 다양성 폭이 크다는 것을 의미한

다. 그러나 Q 연구에서는 주요인 견해만을 다루는 것을 연구자가 선택하는 것이므로 변량의 크기에는 구애받지 않는다. 각 유형별 변량은 제1유형이 36.1%, 2유형이 7.24%, 3유형이 5.72%, 4유형이 3.66%였다. 제1유형이 36.1%의 설명력을 가지므로 의료적 의사결정에 관한 대상자의 인식을 가장 많이 설명하는 유형으로 볼 수 있다(Table 2, 3).

Table 2. Eigen Values, Variance, and Cumulative Percentage.

Variables	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4
Eigenvalues	13.3561	2.6805	2.1170	1.3546
Variance (%)	0.3610	0.0724	0.0572	0.0366
Cumulative	0.3610	0.4334	0.4906	0.5272

Table 3. Types, Factor Weights, Demographic Characteristics for P-Samples.

Type	Subject's No.	FWS*	Age	Working period (year)	Working unit	Experience of medical decision	Education of advanced medical decision	Education	Religion
Type 1 (N=12)	VAR03	1.8221	26	5	Medical	No	Yes	University	Catholic
	VAR21	1.2497	34	8	Medical	No	Yes	G. [†] School	Protestant
	VAR26	1.0902	25	2	Surgical	No	No	University	Catholic
	VAR07	1.0507	25	2	ICU [‡]	No	No	J. [§] College	None
	VAR34	0.9183	26	3	Surgical	No	No	University	Buddhism
	VAR09	0.9305	27	4	Surgical	No	Yes	University	Protestant
	VAR35	0.7986	28	5	Surgical	Yes	Yes	J. College	Buddhism
	VAR27	0.7196	35	9	Medical	Yes	Yes	G. School	None
	VAR04	0.6469	26	4	ICU	No	No	University	None
	VAR29	0.6297	32	6	Surgical	No	No	J. College	None
	VAR25	0.6196	34	10	ICU	Yes	No	J. College	Catholic
	VAR16	0.6134	33	11	ICU	No	Yes	University	Catholic
Type 2 (N=11)	VAR01	2.5645	31	9	ICU	No	No	J. College	None
	VAR19	1.4216	25	3	Medical	No	No	University	Protestant
	VAR24	1.4169	38	15	ER	No	No	J. College	None
	VAR15	1.2967	40	18	Medical	No	Yes	University	Catholic
	VAR05	1.0337	28	8	Surgical	Yes	Yes	University	Buddhism
	VAR17	0.9284	32	11	Surgical	No	Yes	J. College	None
	VAR31	0.8455	26	3	Medical	No	No	J. College	Protestant
	VAR33	0.7823	39	16	Medical	No	No	J. College	Catholic
	VAR08	0.6359	27	5	Surgical	No	No	J. College	Buddhism
	VAR37	0.6237	36	13	ER	No	No	J. College	None
	VAR02	0.3437	38	15	Medical	No	No	G. School	Buddhism
Type 3 (N=8)	VAR30	1.4869	29	7	ICU	No	No	J. College	Catholic
	VAR20	1.0899	27	4	Medical	Yes	Yes	University	None
	VAR06	1.0173	26	4	Medical	No	No	J. College	None
	VAR28	0.9206	25	3	Medical	No	No	J. College	Buddhism
	VAR36	0.6717	26	3	Medical	No	No	University	Protestant
	VAR14	0.6711	29	6	Medical	No	Yes	University	None
	VAR12	0.5506	29	5	ICU	No	Yes	G. School	None
	VAR23	0.2962	24	2	Medical	No	No	J. College	Protestant
Type 4 (N=6)	VAR13	0.9496	28	7	Surgical	No	No	J. College	Catholic
	VAR32	0.9263	26	4	Surgical	No	No	J. College	Buddhism
	VAR10	0.9108	34	10	ER	No	No	University	Buddhism
	VAR18	0.7625	30	7	Medical	No	No	J. College	Catholic
	VAR22	0.4165	25	3	ER	No	No	J. College	Buddhism
	VAR11	0.2994	32	9	Medical	No	No	J. College	Buddhism

*FWS: factor weight score, [†]G.: graduate, [‡]ICU: intensive care unit, [§]J.: junior, ^{||}ER: emergency room.

유형간의 상관관계를 살펴본 결과(Table 4) 각 유형간의 상관관계는 높지 않아 각 유형이 서로 독립적인 관계임을 알 수 있었으며 진술문 표본 및 유형별 표준점

Table 4. Correlations among Types.

Variables	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4
Type 1	1.000			
Type 2	0.522	1.000		
Type 3	0.619	0.548	1.000	
Type 4	0.641	0.514	0.485	1.000

수는 Table 5에 제시된 바와 같다.

2. 유형별 특성과 해석

연구대상자의 구성은 제1유형이 12명, 2유형 11명, 3유형 8명, 그리고 4유형 6명의 총 37명으로 구성되었으며, 각 유형 내에서 인자가중치(factor weight)가 가장 높은 사람일수록 그가 속한 유형의 전형적(prototype) 혹은 이상적(ideal)인 사람으로 그 유형을 대표함을 의미한다 (Table 3).

의료적 의사결정의 인식에 관한 주관성을 유형별로

Table 5. Q-Samples and Z-Scores according to Types.

Q-Statement	Z-Score			
	Type 1 (N=12)	Type 2 (N=11)	Type 3 (N=8)	Type 4 (N=6)
1. As a nurse, it's difficult to present her opinion during medical decision making.	-0.1	-0.3	0.6	0.8
2. End-of-life decision must stress on family members' opinion.	0.4	-1.1	-1.7	1.2
3. Nurse must respect patient's autonomy if patient wants to euthanasia for suffering.	1.5	-1.4	1.1	1.5
4. Legal standards for mandatory advanced directives should be establish.	1.9	-0.2	-0.2	-0.4
5. Systemic process of advanced directives should be documented.	1.1	0.9	0.4	1.6
6. Legal guardian must make decision.	-0.1	0.1	-0.9	-0.1
7. To facilitate advanced directives, the legal right of health professionals should be strengthen.	0.4	0.4	-0.1	0.7
8. Ethical coordinating committee should be adjusted for medical decision making.	0.7	0.9	0.6	0.4
9. The medical team's burden of end of life care should unburden by legal protection.	0.8	-0.3	0.8	1.2
10. Medical ethics education for health professionals should be strengthened.	0.8	1.4	1.0	-0.6
11. The need for effective medical decision required consensus among health professionals.	0.5	1.0	0.2	0.0
12. Education about advanced medical decision making should be strengthened.	1.0	1.4	0.9	1.1
13. Health professionals should explain patient's medical status properly during medical decision making.	1.2	1.8	1.2	0.7
14. Health professionals must provide patient and family sufficient time for decision making.	0.8	1.4	0.7	1.1
15. If patient has a clear sense, the patient should participate in advanced decision making.	1.6	1.8	1.4	1.8
16. Health professionals must do one's best to extend the life of patient.	-1.0	1.3	-1.4	1.3
17. Korean medical decision making system should be created.	0.4	1.3	0.0	0.0
18. Nurse should not avoid talking with patient about death.	0.6	0.7	1.5	-0.5
19. Nurse should not tell the patient about his/her medical status and prognosis.	-2.0	-1.2	-1.9	-1.7
20. Aggressive end of life treatment does not help the patient.	-0.1	-1.4	-1.9	1.2
21. Do not resuscitate makes patient depressed or dying in advance.	-1.3	-1.1	-0.8	-1.0
22. Objective criteria for end of life treatment should be set up.	0.6	0.3	1.1	0.4
23. Nurse's role and responsibility is not clear about medical decision making.	-0.7	-0.5	0.1	-0.8
24. Systematic rules for patient centered medical communication are insufficient.	-0.2	0.4	0.9	0.6
25. Appropriate written guideline form for medical decision making is needed.	0.0	-0.8	0.6	0.0
26. Health professionals suggest patient using life support instrument.	-1.7	-1.2	-2.4	-1.8
27. There is not sufficient time to explain the patient about medical decision making.	-0.9	-0.0	-0.4	0.4
28. Hospital environment is not appropriate for medical decision making.	-0.7	-0.5	0.4	-1.0
29. There is not sufficient communication with patient and family about end of life treatment.	-0.7	-0.7	-0.3	-0.2
30. Family members tend to make decision for economic problems instead of patient's status.	-0.6	-1.0	0.3	-0.4
31. Family members tend to postpone decision making for different thoughts among them.	-0.3	-1.2	-0.9	-1.3
32. Family members absolutely accept health professionals' opinion for lacking of medical knowledge.	-1.0	-0.9	-0.2	-1.6
33. Doctor's tenacity for treatment makes slow end of life decision.	-1.5	-0.5	-0.5	-1.3
34. Being not open treatment disturbs end of life decision making.	-1.5	-0.5	0.8	-0.7

분석, 기술하기 위해 우선 각 대상자들이 긍정적 부정적 동의를 보인 진술문을 중심으로 유형별 특성을 기술하였고, 또한 개별 진술항목에 대한 특정 유형의 표준점수와 나머지 유형의 평균 표준점수와의 차이가 두드러지는 항목을 중심으로 분석, 설명하였다. 또한 각 유형의 특성을 해석할 때 Q 분류과정 당시 관찰 및 면담한 내용인 양극단의 의견과 인구사회학적 배경 등을 참조하였다. 이와 같은 유형분석 방법에 의해 산출된 대상자의 의료적 의사결정 인식에 관한 유형을 제시하면 다음과 같다.

1) 제1유형 환자 참여형: 제1유형에 속한 대상자들의 일

반적 특성은 다음과 같다. 유형 1에 속한 대상자는 총 37명 중 12명으로 유형 중 대상자 수가 가장 많았다. 평균 나이는 29.4세, 근무 경력은 5.6년, 근무지는 외과병동과 중환자실이 각각 4명씩, 내과병동이 3명 순으로 나타났다. 대상자의 1/4이 의사결정 경험이 있었으며, 사전의사결정에 관한 교육 경험이 있는 대상자가 과반수를 차지하였다. 교육수준은 대상자의 2/3 이상이 대학 졸업자이고 종교가 있는 사람이 과반수 이상을 차지하였다.

유형 1이 의료적 의사결정 진술에 관해 강하게 동의한 항목은 ‘말기환자의 사전의료지시서 작성을 의

Table 6. Descending Array of Z-Scores (Greater Than ±1) and Item Descriptions for Each Type (N=37).

Type	Q-Statement	Z-Score	Difference	
I (N=12)	4 Legal standards for mandatory advanced directives should be establish.	1.89	2.15	
	15 If patient has a clear sense, the patient should participate in advanced decision making.	1.60	1.78	
	5 Systemic process of advanced directives should be documented.	1.53	0.76	
	22 Objective criteria for end of life treatment should be set up.	1.18	0.64	
	17 Korean medical decision making system should be created.	1.14	-0.55	
	34 Being not open treatment disturb end of life decision making.	-1.49	-0.78	
	33 Doctor's tenacity for treatment makes slow end of life decision.	-1.54	-0.86	
	26 Health professionals suggest patient using life support instrument.	-1.67	-0.90	
	19 Nurse should not tell the patient about his/her medical status and prognosis.	-2.04	-1.08	
	II (N=11)	13 Health professionals should explain patient's medical status properly during medical decision making.	1.77	1.65
		14 Health professionals must provide patient and family sufficient time for decision making.	1.44	1.08
10 Medical ethics education for health professionals should be strengthened.		1.42	0.98	
23 Nurse's role and responsibility is not clear about medical decision making.		1.37	0.79	
16 Health professionals must do one's best to extend the life of patient.		1.25	0.75	
2 End-of-life decision must stress on family members' opinion.		-1.13	-0.75	
19 Nurse should not tell the patient about his/her medical status and prognosis.		-1.18	-0.96	
31 Family members tend to postpone decision making for different thoughts among them.		-1.23	-1.22	
III (N=8)	3 Nurse must respect patient's autonomy in case of patient wants to euthanasia for suffering.	-1.45	-2.82	
	18 Nurse should not avoid talking with patient about death.	1.51	1.23	
	34 Being not open treatment disturb end of life decision making.	1.38	1.14	
	24 Systematic rules for patient centered medical communication are insufficient.	1.15	0.97	
	28 Hospital environment is not appropriate for medical decision making.	1.06	0.96	
	15 If patient has a clear sense, the patient should participate in advanced decision making.	1.01	0.95	
	2 End-of-life decision must stress on family members' opinion.	-1.36	0.76	
	20 Aggressive end of life treatment does not help the patient.	-1.70	0.68	
	19 Nurse should not tell the patient about his/her medical status and prognosis.	-1.95	0.65	
	26 Health professionals suggest patient using life support instrument.	-2.43	0.31	
IV (N=6)	2 End-of-life decision must stress on family members' opinion.	1.79	2.31	
	12 Family education about advanced medical decision making should be strengthened.	1.62	1.17	
	20 Aggressive end of life treatment does not help the patient.	1.27	0.81	
	31 Family members tend to postpone decision making for different thoughts among them.	1.17	0.80	
	9 The medical team's burden of end of life care should unburden by legal protection.	-1.00	0.77	
	30 Family members tend to make decision for economic problems instead of patient's status.	-1.27	-0.68	
	7 To facilitate advanced directives, the legal right of health professionals should be strengthen.	-1.32	-0.85	
	21 Do not resuscitate makes patient depressed or dying in advance.	-1.56	-1.41	
	32 Family members absolutely accept health professionals' opinion for lacking of medical knowledge.	-1.81	-1.60	

무화해야 한다’, ‘환자의 의식이 명료한 경우, 사전 의사결정에 환자를 직접 참여시켜야 한다’, ‘입원 환자의 사전 의료적 의사결정 과정을 체계적으로 문서화해야 한다’, ‘말기 치료에 관한 가이드라인이나 객관적 지침이 필요하다’, ‘한국 문화와 정서에 맞는 의료적 의사결정 체계를 만들어야 한다’로 나타났다. 반면 제1유형이 가장 비 동의를 보인 항목은 ‘간호사는 환자에게 질병의 현재 상태나 예후를 말하지 않아야 한다’, ‘병원은 입원 환자에게 생명연장 장치를 사용하도록 권유해야 한다’, ‘의사의 치료집착으로 말기 의료적 의사결정이 느려진다’, ‘치료내용의 비공개는 말기 의사결정을 방해한다’ 등으로 나타났다(Table 6).

제1유형이 다른 유형에 비해 특히 점수 차이를 보인 항목 즉, 타 유형과 비교하여 Z값 1.00 이상의 강한 동의를 보인 항목으로는 ‘말기환자의 사건의료지시서 작성을 의무화해야 한다(Z값=2.15)’, ‘한국 문화와 정서에 맞는 의료적 의사결정 체계를 만들어야 한다(Z값=1.78)’이었고 타 유형과 비교하여 Z값 -1.00 이상의 강한 비 동의를 보인 항목으로는 ‘치료내용의 비공개는 말기 의사결정을 방해한다(Z값 차이=-1.08)’로 나타났다.

유형 1에서 인자가중치가 높은 연구대상자 3명이 가장 동의를 보인 항목을 보면 ‘말기환자의 사건의료지시서 작성을 의무화해야 한다’, ‘환자의 의식이 명료한 경우, 사전 의사결정에 환자를 직접 참여시켜야 한다’는 항목으로 나타난 반면 가장 비 동의한 항목은 ‘간호사는 환자에게 질병의 현재 상태나 예후를 말하지 않아야 한다’, ‘병원은 입원환자에게 생명연장 장치를 사용하도록 권유해야 한다’였다. 연구대상자 3명은 내과병동의 5년차 간호사로서 말기 치료에 대한 정확한 프로토콜이 없어서 의료인으로서 환자와 보호자에게 명확하게 안내하기가 힘들었고, 사건의료지시서 작성을 의무화하는 법적 제도화가 빨리 이루어져야 치료의 혼란과 오해의 소지를 줄일 수 있다고 진술하였다. 그러나 환자에게 예후를 말해 주지 않는 것은 환자의 알 권리 침해이고 자신의 죽음을 준비할 시간을 뺏는 것이며, 환자의 인격을 무시하는 행위라고 강조하였다.

이러한 자료를 종합해 볼 때, 제1유형에 속한 대상자들은 환자의 질병예후에 대한 알 권리를 강조하였고 사전 의사결정에 직접적인 환자 참여를 열망하여 ‘환자 참여형’으로 명명하였다.

2) 제2유형-의료인 역할중시형: 제2유형에 속한 대상자는 총 37명 중 11명이며, 평균 나이는 32.7세, 근무 경력은 10.5년으로 4가지 유형 중 연령과 임상경력이 가장

높은 집단이다. 근무지는 내과병동이 5명, 외과병동이 3명, 응급실 2명, 중환자실 1명으로 나타나 대상자의 과반수 이상이 병동간호사였다. 의사결정 경험은 1명을 제외한 10명이 의사결정 경험이 없었다. 사전의사결정에 관한 교육 경험 역시 과반수 이상이 무경험자였다. 교육 수준은 대상자의 과반수 이상이 전문대 졸업자이고 종교가 있는 사람이 과반수 이상을 차지하였다.

제2유형의 의료적 의사결정 진술에 관해 강하게 동의를 보인 진술항목은 ‘의료인은 의료적 의사결정시 충분한 설명을 해야 한다’, ‘의료인은 의료적 의사결정에 필요한 시간을 제공해야 한다’, ‘의료적 의사결정에서 의료인을 위한 윤리 교육을 강화해야 한다’, ‘의료적 의사결정에 관한 간호사의 역할과 책임이 불명료하다’, ‘의료인은 환자의 생명을 연장하기 위해 최선의 노력을 기울여야 한다’ 등이었다. 반면 가장 비 동의를 보인 항목은 ‘고통 때문에 안락사를 원하는 경우, 간호사는 환자의 자율성을 존중해야 한다’, ‘간호사는 환자에게 질병의 현재 상태나 예후를 말하지 않아야 한다’, ‘가족의 생각이 달라 의사결정을 서로 미루려는 경향이 있다’ 등으로 나타났다(Table 6).

제2유형이 다른 유형에 비해 특히 점수 차이를 보인 항목 즉, 타 유형과 비교하여 Z값 1.00 이상의 강한 동의를 보인 항목으로는 ‘의료인은 의료적 의사결정시 충분한 설명을 해야 한다(Z값=1.65)’, ‘의료적 의사결정에서 의료인을 위한 윤리 교육을 강화해야 한다(Z값=1.08)’ 등이었고 타 유형과 비교하여 Z값 -1.00 이상의 강한 비 동의를 보인 항목으로는 ‘고통 때문에 안락사를 원하는 경우, 간호사는 환자의 자율성을 존중해야 한다(Z값 차이=-2.87)’, ‘말기 치료 시 의료인의 부담을 덜어 줄 법적 장치를 마련해야 한다(Z값 차이=-1.23)’ 등으로 나타났다.

유형 2에서 인자가중치가 제일 높은 연구대상자 1번이 가장 동의한 항목을 보면 ‘의료인은 의료적 의사결정시 충분한 설명을 해야 한다’, ‘의료적 의사결정에 대한 의료인 간의 공감대 형성이 필요하다’의 항목으로 나타난 반면 가장 비 동의한 항목은 ‘고통 때문에 안락사를 원하는 경우, 간호사는 환자의 자율성을 존중해야 한다’, ‘의료적 의사결정에 적합한 서면 양식이나 지침이 필요하다’였다. 연구대상자 1번은 중환자실에 근무하면서 치료선택이나 과정 중 충분한 설명 없이 싸인 받는 것에 급급했던 기능적 업무중심과 의사결정 시 간호사의 역할 범위가 불분명하다고 진술하였다. 서면 양식은 기존의 것으로도 충분하며, 안락사는 아직까지 우

리나라에서는 불법이므로 간호사가 환자의 자율성을 존중하기는 현실적으로 어렵다고 설명하였다.

이러한 자료를 종합해 볼 때, 제2유형에 속한 대상자들은 의료인의 환자에 대한 설명의 의무는 말기 치료의 선택에서 결정적 요인이 되며, 간호사와 의사의 의견 공유와 공감대 형성이 의료적 의사결정에서 중요하다고 인식하여 ‘의료인 역할중시형’으로 명명하였다.

3) 제3유형-개방적 죽음문화형: 유형 3에 속한 대상자는 총 37명 중 8명이며 평균 나이는 26.8세, 근무 경력은 4.2년으로 그룹 중 가장 어리고 임상경력이 적다. 근무지는 내과병동 6명, 중환자실 2명으로 나타났다. 대상자 중 1명을 제외하고는 모두 의사결정에 참여한 경험이 없으며, 사전의사결정에 관한 교육 경험이 있는 대상자가 과반수에 미치지 못하였다. 교육수준은 전문대 졸업이 4명, 4년제와 대학원 졸업이 4명이고 종교는 있는 사람과 없는 사람이 각각 4명씩 차지하였다.

유형 3이 의료적 의사결정 진술에 관해 강하게 동의를 보인 진술항목은 ‘간호사는 환자와 함께 죽음에 대해 이야기 하는 것을 회피하지 말아야 한다’, ‘치료내용의 비공개는 말기 의사결정을 방해한다’, ‘환자 중심의 의료적 의사소통을 할 수 있는 체계적인 제도가 부족하다’, ‘병실 환경이 의료적 의사결정을 하기에 부적절하다’, ‘환자의 의식이 명료한 경우, 사전 의사결정에 환자를 직접 참여시켜야 한다’의 순으로 나타난 반면 제3유형이 가장 비 동의를 보인 항목은 ‘병원은 입원환자에게 생명연장 장치를 사용하도록 권유해야 한다’, ‘간호사는 환자에게 질병의 현재 상태나 예후를 말하지 않아야 한다’, ‘말기의 무의미한 치료를 하는 것은 환자에게 도움이 되지 않는다’, ‘말기의 의료적 의사결정은 가족의 의견을 더 중시해야 한다’ 등으로 나타났다(Table 6).

제3유형이 다른 유형에 비해 특히 점수 차이를 보인 항목 즉, 타 유형과 비교하여 Z값 1.00 이상의 강한 동의를 보인 항목으로는 ‘간호사는 환자와 함께 죽음에 대해 이야기 하는 것을 회피하지 말아야 한다(Z값 차이=1.23)’, ‘병실 환경이 의료적 의사결정을 하기에 부적절하다(Z값 차이=1.14)’, ‘치료내용의 비공개는 말기 의사결정을 방해한다(Z값 차이=1.00)’ 등이었고 타 유형과 비교하여 Z값 -1.00 이상의 강한 비 동의를 보인 항목으로는 ‘간호사는 환자의 생명을 연장하기 위해 최선의 노력을 기울여야 한다(Z값 차이=-1.88)’, ‘말기의 무의미한 치료를 하는 것은 환자에게 도움이 되지 않는다(Z값 차이=-1.80)’, ‘말기의 의료적 의사결정은 가족의 의견을 더 중시해야 한다(Z값 차이=-1.05)’순이었다.

유형 3에서 인자가중치가 가장 높은 연구대상자 30번이 가장 동의를 보인 항목을 보면 ‘간호사는 환자와 함께 죽음에 대해 이야기 하는 것을 회피하지 말아야 한다’, ‘병실 환경이 의료적 의사결정을 하기에 부적절하다’의 항목으로 나타난 반면 가장 비 동의한 항목은 ‘간호사는 환자의 생명을 연장하기 위해 최선의 노력을 기울여야 한다’, ‘병원은 입원 환자에게 생명연장 장치를 사용하도록 권유해야 한다’였다. 30번 대상자는 중환자실에서 근무하는 7년차 간호사로서 임상경험을 통해 말기상황에 처한 환자의 눈빛과 표정에서 죽음이 임박함을 감지하는 신호를 읽을 수 있었다고 진술하면서, 끝까지 죽음에 대해 이야기하지 않고 환자가 사망하는 것을 볼 때 간호사로서 해야 할 일을 하지 않은 것과 같이 오랫동안 마음에 걸렸다고 하였다.

이러한 자료를 종합해 볼 때, 제3유형에 속한 대상자들은 의료적 의사결정의 가치를 치료선택이나 질병과정, 죽음에 대해서까지 터놓고 이야기 할 수 있는 죽음문화를 지향하는 것으로 보여 ‘개방적 죽음문화형’으로 명명하였다.

4) 제4유형-가족의사결정 참여형: 유형 4에 속한 대상자는 총 37명 중 6명으로 그룹원의 수가 가장 적은 유형이다. 평균 나이는 29.1세, 근무 경력은 6.6년, 근무지는 내과병동 2명, 외과병동 2명, 응급실이 2명으로 나타났다. 이 그룹의 대상자 전원이 임상에서 의료적 의사결정에 참여한 경험이 없으며, 또한 전원이 사전의사결정에 관한 교육을 받아본 적이 없다고 하였다. 교육수준은 4년제 대학졸업 1명을 제외하고는 모두가 전문대 졸업이었고 대상자 전원이 종교를 가지고 있었다.

유형 4가 의료적 의사결정 진술에 관해 강하게 동의를 보인 진술항목은 ‘말기의 의료적 의사결정은 가족의 의견을 중시해야 한다’, ‘사전 의료적 의사결정에 관한 보호자 교육을 강화해야 한다’, ‘말기의 무의미한 치료는 환자에게 도움이 되지 않는다’, ‘가족의 생각이 달라 의사결정을 서로 미루려는 경향이 있다’ 등이었다. 반면 제4유형이 가장 비 동의를 보인 항목은 ‘보호자는 의료지식의 부족 때문에 의료인의 의견을 무조건 추종한다’, ‘DNR 서약은 환자를 우울하게 하거나 죽음을 앞당기는 상황을 유발한다’, ‘가족은 환자의 상태를 고려하기보다 경제적 문제로 결정을 하는 경우가 많다’, ‘효율적인 사전 의료의사결정을 위해 의료인의 법적 권한을 강화해야 한다’등으로 나타났다(Table 6).

제4유형이 다른 유형에 비해 특히 점수 차이를 보인 항목 즉, 타 유형과 비교하여 Z값 1.00 이상의 강한 동

의를 보인 항목은 ‘말기의 무의미한 치료를 하는 것은 환자에게 도움이 되지 않는다($Z값=2.31$)’, ‘말기의 의료적 의사결정은 가족의 의견을 중시해야 한다($Z값=1.16$)’이었고 타 유형과 비교하여 $Z값 -1.00$ 이상의 강한 비 동의를 보인 항목으로는 ‘보호자는 의료지식의 부족 때문에 의료인의 의견을 무조건 추종한다($Z값 차이=-1.60$)’, ‘DNR 서약은 환자를 우울하게 하거나 죽음을 앞당기는 상황을 유발한다($Z값 차이=-1.41$)’ 순이었다.

유형 4에서 인자가중치가 가장 높은 연구대상자 13번이 가장 동의를 보인 항목을 보면 ‘말기의 무의미한 치료는 환자에게 도움이 되지 않는다’, ‘사전 의료적 의사결정에 관한 보호자 교육을 강화해야 한다’의 항목으로 나타난 반면 가장 비 동의를 보인 항목은 ‘보호자는 의료지식의 부족 때문에 환자나 의료인의 의견을 무조건 추종한다’, ‘DNR 서약은 환자를 우울하게 하거나 죽음을 앞당기는 상황을 유발한다’로 나타났다. 13번 대상자는 외과병동의 간호사로서 말기환자에게 침습적 처치나 생명 연장 장치의 사용은 환자와 가족, 의료인 모두를 소진시키는 일이므로 환자의 의사를 존중하여 적절한 시기에 의사결정을 하는 것이 옳다고 진술하였다.

이러한 자료를 종합해 볼 때, 제4유형에 속한 대상자들이 인식하는 의료적 의사결정은 임종시기의 치료결정에 관한 가족의 의견과 개입이 갖는 의미에 강조점을 두는 유형으로 생각되어 ‘가족 의사결정 참여형’으로 명명하였다.

고 찰

인간은 독특하고 전인적인 존재이므로 의료적 의사결정의 인식을 이해하기 위해서는 개별적이면서도 통합된 주관성 연구가 불가피하다. 이에 본 연구는 Q 방법론을 이용하여 말기환자의 의료적 의사결정에 관한 임상간호사의 주관적 인식유형을 파악함으로써 임상현장에서 의료적 의사결정 수행능력을 증진시키는데 기초 자료를 제시하고자 하였다. 말기환자의 의료적 의사결정에 관한 대상자의 인식유형을 파악하기 위하여 실시된 본 연구결과 4개의 유형으로 분류되었으며, 각 유형은 환자 참여형, 의료인 역할중시형, 개방적 죽음문화형, 가족의사결정 참여형으로 명명하였다.

본 연구에서 나타난 제1유형은 환자 참여형으로 대상자가 죽음에 직면하여 어떤 의료 조치를 취할지에 대한 의사결정을 해야 할 상황에서 환자의 자율성이 존중받

아야 한다는데 동의한 그룹으로 생각되었다. 이와 관련하여 임상현장에서 간호사들의 경험을 반영한 연구(4)에서는 죽음이 임박한 상황에 이르러 적극적인 생명연장 치료에서 삶의 질과 안위에 치중하는 완화적 접근으로 바꾸는 시기를 포착하는 것이 의료인과 환자, 가족 모두에게 도전이 된다고 하였다. 이는 어떤 치료가 환자에게 가장 적절한지 시간을 두고 시기에 맞는 정직한 의사결정을 할 때, 정서적으로나 임상적으로 환자에게 이득이 될 수 있다고 제안한 Weissman(13)의 연구와 일치한다.

유형 1은 말기환자의 의료적 의사결정에 관한 대상자의 인식을 가장 많이 설명하는 그룹으로 본 연구 대상자들이 진술한 내용으로는 말기환자의 사전의료지시서 작성의 의무화, 사전 의사결정에 환자의 직접적인 참여, 입원환자의 사전 의료적 의사결정 과정의 체계적 문서화 등 의료적 의사결정에 환자의 직접적인 참여와 이를 위한 법적 제도화의 필요성을 강조하였다. 이는 의사결정에 있어 환자의 자율성이 존중되어야 함에도 불구하고 무의미한 연명치료 중단에 관한 규율이나 법적 장치가 미비하며 사전의사결정의 공통양식이나 규정된 방법이 없다는 점과 병원 간 사전의사결정의 공유가 어렵고, 동일한 병원 내에서도 의료인 간에 사전의사결정을 공유할 수 있는 제도적 통로가 없다고 밝힌 Lee(14)의 연구와 맥을 같이 하고 있다. Jo 등(15)의 연구에서도 국내 의료적 의사결정 상황을 의료인의 역할, 의사소통 체계, 병원의 시스템, 그리고 보호자 측면에서 객관적 지침과 적립된 도구의 필요성을 제시하였다. 따라서 제1유형의 환자 참여형은 의사결정에 있어 환자의 자율성 보장이 중요하며 이를 위해서는 병원 간의 환자전달체계와 병원 내 협진체계가 유기적이고 원활하게 될 수 있도록 의사결정시스템을 정비하는 것이 중요하다고 볼 수 있다.

제2유형은 의료인 역할중시형으로 이 그룹에 속한 대상자들은 의료인의 설명의무, 의료인의 역할과 책임, 의료인의 윤리교육 등이 말기환자의 의료적 의사결정에서 매우 중요하다는 태도를 견지하고 있다. 이와 관련하여 Jo 등(15)의 의사결정 체계구축을 위한 델파이 연구에서 밝혀진 바와 같이 사전의사결정에 기여할 수 있는 전문가 교육, 의사와 간호사의 공감능력과 의사소통 능력, 윤리교육 강화 등은 본 연구 대상자의 진술을 전적으로 뒷받침하고 있다. 임상간호사를 대상으로 한 연구(16)에서도 간호사의 76%가 사전의사결정에 관한 법률 지식이 아주 낮은 수준에 머물렀으며, 비록 간호사

가 사전의사결정에 대한 호의적 태도를 가지고 있을지라도, 이에 대한 간호사의 지식은 부족하게 나타나 본 연구와 같은 맥락을 이룬다. 한편 McLennan 등(4)은 사전의사결정에 대한 교육을 받은 간호사들이 그렇지 않은 간호사들보다 사전의사결정에 대한 지식수준이 높고 의사결정에 대한 긍정적인 경험을 가지고 있다고 하여 사전의사결정에 대한 교육이 의료적 의사결정을 하는데 효과적인 방안이 될 수 있다는 점을 제시하였다. 이러한 간호사들의 의사결정에 대한 지식과 태도는 환자들이 스스로 삶의 마지막 결정을 하는 시점에서 환자의 권리를 옹호하고 지지하는데 매우 중요하다는 점을 시사한다.

유형 2는 의료인은 의료적 의사결정시 충분한 설명과 정보제공을 할 뿐 아니라 의사결정에 필요한 시간을 제공해야 한다고 진술하였는데, 간호사를 대상으로 한 연구(3)에서, 사전의사결정에 대해 환자에게 충분히 자신의 시간을 할애 하였는가?에 대한 응답에서는 12.6%, 환자가 사전의사결정을 위해 자신의 질병에 대한 상태와 예상되는 치료에 대해 충분히 알고 있다고 생각하는가에 대한 응답에서는 29.3%만이 동의한다는 낮은 응답률을 보였다. 일반적으로 응답자들은 사전의사결정에 대해 토론할 충분한 시간이 없고(59.1%) 그로 인해 환자 스스로 자신의 의사결정에 대한 지식을 찾기를 바란다(58.5%)고 응답했는데, 이러한 결과가 의미하는 바는 임상현장에서 효율적인 의료적 의사결정과 임종간호에 대한 지속적인 연구와 질 평가를 통한 병원의 환경개선이 절실히 요구된다는 점이다.

제3유형은 개방적 죽음문화형으로 이 그룹에 속한 대상자들의 인식은 죽음에 대한 올바른 가치관을 가지고, 죽음을 자연스러운 삶의 한 부분으로 받아들이며, 죽음에 대한 진실한 논의를 하기를 지향하고 있다. 또한 진단과 치료내용의 개방적인 진실통고, 의료인 간의 공유된 의사결정체계의 필요성을 강하게 인식하는 그룹으로 보인다. 이와 관련하여 Jo(9)는 임상간호사들이 말기의 의료적 의사결정 상황에서 다양한 갈등을 경험하고 있음을 밝혔는데, 진단내용의 비공개는 환자의 존엄성, 자기결정권과 관련하여 간호사 자신의 직업적 갈등을 초래하였으며, 의사의 적극적 치료고집과 말기치료의 장기화에 따른 불편감을 호소하였다. 이러한 결과는 본 연구의 3유형의 태도와 같은 맥락을 이루며 인간의 존엄성과 말기의 삶의 질에 대한 진정한 논의가 불가피함을 시사하고 있다. 의사와 간호사의 죽음태도를 밝힌 Jo와 Kim(2)은 죽음에 대한 부정적 정서를 극복하기 위해

서는 개인의 죽음 태도뿐 아니라 치료결과와 관련된 제도적인 사회적 측면이 뒷받침됨으로써 올바른 죽음문화를 형성해 나가야할 필요성을 강조하였다.

한편 한국사회에서 환자에게 질병에 대한 사실을 알리지 않는 이유는 선행연구(8)에서 이미 밝혀진 바 있다. 이와 관련하여 말기 상황에서 대부분의 환자는 진단내용이 공개되지 않는 것에 대해 불안해하고 있어(17), 말기에 진실을 알리는 것은 의료인의 역할을 대표한다고 볼 수 있다. 그러나 유교적 전통과 함께 죽음에 대한 논의를 금기시 하는 우리 문화가 죽음에 이르는 과정에 대한 개인의 자율적 선택을 바탕으로 하는 의료적 의사결정을 어렵게 하고 있다(9). 본 연구의 대상자들은 의료인이 환자와 죽음에 대해서 말하는 것을 회피하지 말아야 한다고 진술하였는데, 어떤 노련한 간호사라 해도 죽음은 큰 부담이며 그 자리를 피하고 싶은 마음이 들 것이다. 그러나 죽음을 서로 이야기할 수 있을 정도의 인간관계가 되면 간호사도 환자도 함께 성장하게 된다(18). 이러한 임종간호의 핵심에 대해 Kim과 Jo(19)는 대상자의 육체적, 정신적, 영적인 면을 통합하는 전인적 돌봄을 강조하였으며, 이러한 행위를 통해 간호는 보다 완전하고 아름다운 예술이 된다고 피력하였다.

이렇게 죽음에 관해 개방적 의사소통이 이루어지려면 먼저 의료인 간의 공유된 의견교환이 선행되어야 함을 선행연구(9,20)에서 지적한 바 있다. 현실적으로 의료적 의사결정에서 간호사의 갈등 이유로는 의사의 가장 가까운 동료로서 24시간 환자를 직접 돌보며 정확한 정보를 제공할 수 있는 간호사의 의견이 반영되지 않는다는 사실이다. 그러나 Frank(21)는 최근 공동 의사결정이 호응을 얻고 있다고 밝힘으로써 의료적 의사결정 체계에 청신호를 암시하고 있다.

제4유형은 가족 의사결정 참여형으로 이 그룹에 속한 대상자들의 말기환자의 의료적 의사결정 태도는 가족의 의견을 중시하는데 있다. 이와 관련하여 Lee(22)는 질병이나 죽음과 같은 가족 스트레스는 가족의 응집력과 높은 상관성이 있음을 밝혀, 가족을 중시하는 한국 사회의 경우 생애 말기에 가족의 현존이 갖는 의미는 매우 크다는 사실을 지적하였다. 이는 가족구성원 중 높은 사람의 건강변화는 가족 전체에 영향을 미치게 되며, 이러한 변화로 인해 가족은 정상적인 기능을 하지 못하게 된다는 것이다. 특히 암과 같은 만성질환은 가족에게 매우 의존적이고 가족의 태도에 크게 영향을 받게 되므로(23), 임종시기의 가족의 지지는 중요한 돌봄의 구성요소라 여겨진다. 심폐소생술 금지(Do Not Resu-

scitate, DNR)와 관련한 기존 연구(24)에서도 환자 본인의 요청은 2%인데 반해 가족과 의료인의 합의 하에 이루어지는 경우가 82%로 나타나 한국사회에서 가족의 역할이 중요하다는 점을 인식한 유형 4의 의견과 일치함을 알 수 있다.

일반적으로 말기 상황의 환자는 임종치료결정을 내릴 능력이 없기 때문에, 마지막 치료결정은 종종 가족이 내리게 된다. 이때 임종치료에 대한 가족 간 불화는 가족 간 위기를 악화시킬 뿐 아니라 치료결정에도 부정적 영향을 미친다(25). 서구와는 달리 우리나라에서는 환자가 의사결정에서 배제된 채 주로 보호자의 견해에 더 큰 비중을 두고 있는 것이 현실이다. 이러한 결과는 가족의 현존으로 인한 말기의 안녕감과 자아를 인식하는 한국인의 정서와 문화의 독특성이라 할 수 있다.

본 연구의 4가지 유형(환자 참여형, 의료인 역할중시형, 개방적 죽음문화형, 가족의사결정 참여형)이 가장 동의하는 공통된 항목은 ‘환자의 의식이 명료한 경우, 사전의사결정에 환자를 직접 참여시켜야 한다(#15).’인 반면, 가장 비동의 한 항목은 ‘간호사는 환자에게 질병의 현재 상태나 예후를 말하지 않아야 한다(#19).’로 나타났다. 이러한 현상은 환자의 자율성 존중과 치료 상황의 전반에 걸친 의료인 간의 공유적 의사결정을 원칙으로 정보제공에 관한 간호사 역할의 중요성에 대한 확고한 자세를 보여주었다.

요 약

목적: 본 연구는 말기환자의 의료적 의사결정에 대한 임상간호사의 인식 구조와 유형을 분류하고 파악하여 향후 실무현장에서 말기 의료적 의사결정 수행능력 향상과 공유된 의료적 의사결정 체계를 구축하기 위해 기초자료를 제공하기 위한 Q 방법론을 적용한 조사연구이다.

방법: 관련 문헌고찰과 개방형 질문지 그리고 개별 면담을 통해 Q 모집단을 추출하여 167개의 Q 진술문을 표집하여 내용의 중복과 표현의 명확성 등을 고려하여 수정한 후 Q 모집단을 의미와 주제별로 6개의 범주로 분류한 다음 각 범주에서 대표적이거나 상이한 의미의 Q 진술문 34항목을 선정하였다. P 표본은 대학병원에서 근무하고 있는 2년 이상의 임상간호사 37명을 편의표집 방법으로 선정하였으며 34개의 진술문은 Q 카드에 인쇄하여 연구대상자들로 하여금 강제 정상분포가 되도록 각자 의견의 중요도에 따라 9점 척도 상에 Q 분류하도록 하였고, 양극단에 분류한 진술문과 관련하여 대상

자와 면담을 시행하였다. 수집된 자료는 PC-QUANL Program으로 요인분석 하였다.

결과: 분류된 말기환자의 의료적 의사결정에 대한 대상자의 유형은 모두 4가지로 나타났으며 이들 유형에 의해 설명된 전체 변량은 52.7%였다. 제1유형은 ‘환자 참여형’으로 의료적 의사결정에 대한 환자의 자율성 보장과 이와 관련된 규율이나 법적 장치의 정비와 가이드라인 마련에 중점을 두었다. 제2유형은 ‘의료인 역할중시형’으로 환자의 자율성 존중이 실현되기 위한 의료인 간의 공유된 의사결정에 중점을 두었다. 제3유형은 ‘개방적 죽음문화형’으로 평소 죽음에 대해 환자, 가족, 의료인과의 개방적이고 솔직한 대화의 분위기 조성을 효율적인 말기 의료적 의사결정의 실천적 행위로 인식하였다. 제4유형은 ‘가족의사결정 참여형’으로 말기 의료적 의사결정에 가족의 현존과 역할이 갖는 의미에 강조점을 두었다.

결론: 이상의 결과를 통하여 임상에서 말기환자의 의료적 의사결정에 대한 교육프로그램을 계획하고 수행할 때에는 각 유형에서 나타난 임상간호사의 인식을 반영한 통합적이고 다 학제적인 교육내용이 반영되어야 할 것으로 본다. 본 연구는 임상간호사를 대상으로 오늘날 우리 사회에서 중요시 되고 있는 말기환자의 의료적 의사결정과 연관된 다양한 관점들을 문화적 측면에서 조명했다는 점에서 의의가 있다. 따라서 성숙하고 통합적인 말기 의료적 의사결정 교육프로그램을 위한 기초자료로 유용하게 활용될 것으로 기대된다. 본 연구 결과를 바탕으로 제언을 하면, 첫째, 말기환자의 의료적 의사결정과 관련된 의학과 간호학 분야의 통합적이고 다 학문적인 공동교육과정 개발을 제언한다. 둘째, 본 연구를 토대로 한국인의 말기 의료적 의사결정에 대한 태도 측정도구 개발을 제언한다.

중심단어: 간호사, 인식, 의료, 의사결정, 방법론

참 고 문 헌

1. Lee SM, Kim SY, Lee HS. The process of medical decision-making for cancer patients. Korean J Med Ethics 2009;12:1-14.
2. Jo KH, Kim GM. Predictive factors affecting the preferences for care near the end of life among nurses and physicians. Korean J Med Ethics 2010;13:305-20.
3. Scherer Y, Jezewski MA, Graves B, Wu YW, Bu X. Advance directives and end-of-life decision making: survey of critical care nurses' knowledge, attitude, and experience. Crit Care Nurse

- 2006;26:30-40.
4. McLennan S, Celi LA, Gillett G, Penney J, Foss M. Nurses share their views on end-of-life issues. *Nurs N Z* 2010;16:12-4.
 5. Meraviglia MG, McGuire C, Chesley DA. Nurses' needs for education on cancer and end-of-life care. *J Contin Educ Nurs* 2003;34:122-7.
 6. Chochinov HM. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer J Clin* 2006;56:84-103; quiz 104-5.
 7. Koh CK. Nursing philosophy: Foucault and cultural diversity issues in the nursing field. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2007;37:208-12.
 8. An MS, Min HS. Comparison of perception and experience of informed consent among physicians, nurses and patients. *J Korean Clin Nurs Res* 2008;14:59-70.
 9. Jo KH. Nurse's conflict experience toward end-of-life medical decision-making. *J Korean Acad Adult Nurs* 2010;22:488-98.
 10. Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, Deliens L. Factors related to the involvement of nurses in medical end-of-life decisions in Belgium: a death certificate study. *Int J Nurs Stud* 2008;45:1022-31.
 11. Kim HK. Understanding of Q methodology for subjectivity research. *The Seoul J of Nursing* 1992;6:1-11.
 12. Stephenson W. Q-Methodology, interbehavioral psychology, and quantum theory. *Psychological Record* 1982;32:235-48.
 13. Weissman DE. Decision making at a time of crisis near the end of life. *JAMA* 2004;292:1738-43.
 14. Lee JA. The study on medical personnel's perceptions of the advanced directive about the withdrawal of meaningless life-sustaining treatment of the terminal cancer patients: focus group interview analysis [master's thesis]. Seoul: Korea Univ.; 2009. Korean.
 15. Jo KH, An GJ, Kim GM. Future changes and directions for the construction of medical decision-making system in Korea: focused on delphi surveys. *Korean J Med Ethics* 2011;14:131-44.
 16. Wood LC, DelPapa LA. Nurses' attitudes, ethical reasons, and knowledge of the law concerning advance directives. *J Nurs Scholarsh* 1996;28:371.
 17. Friedrichsen MJ, Strang PM, Carlsson ME. Cancer patients' perceptions of their participation and own resources after receiving information about discontinuation of active tumour treatment. *Acta Oncol* 2000;39:919-25.
 18. Jo KH, Kim MJ. The perception of suffering by hospice nurses. *J Korean Acad Fundam Nurs* 2001;8:35-50.
 19. Kim MJ, Jo KH. Suffering and spiritual approach. *Korean J Women Health Nurs* 2001;7:121-30.
 20. Hildén HM, Louhiala P, Honkasalo ML, Palo J. Finnish nurses' views on end-of-life discussion and a comparison with physician's views. *Nurs Ethics* 2004;11:165-78.
 21. Frank RK. Shared decision making and its role in end of life care. *Br J Nurs* 2009;18:612-8.
 22. Lee SY. A correlational study on patients' stress and family function of childhood cancer illness [master's thesis]. Seoul: Ewha Womans Univ.; 2002. Korean.
 23. Shin GY, Kim MJ. Factors influencing stress appraisal of cancer patients' primary caregivers. *J Korean Acad Adult Nurs* 2002;14:125-34.
 24. Han SS, Han MH, Yong JS. A survey on the medical doctor's concept on DNR(Do-Not-Resuscitate) order. *Korean J Med Ethics* 2003;6:15-33.
 25. Winter L, Parks SM. Family discord and proxy decision makers' end-of-life treatment decisions. *J Palliat Med* 2008;11:1109-14.