

일 대학병원종사자의 생애말기 치료 선호도

강지연¹⁾ · 윤선영¹⁾ · 김수정²⁾ · 안소라²⁾ · 이명희²⁾ · 김신미³⁾

¹⁾동아대학교 간호학과, ²⁾동아대학교의료원, ³⁾창원대학교 간호학과

Preferences for Care Near the End of Life among Hospital Employees

Kang, Jiyeon¹⁾ · Yun, Seonyoung¹⁾ · Kim, Soo Jeong²⁾ · An, So Ra²⁾ · Lee, Myeong Hee²⁾ · Kim, Shinmi³⁾

¹⁾Department of Nursing, Dong-A University, Busan

²⁾Dong-A University Hospital, Busan

³⁾Department of Nursing, Changwon University, Changwon, Korea

Purpose: The purpose of this study was to investigate end-of-life care preferences of employees working in a university hospital. **Methods:** Of 650 eligible employees that were approached, 607 employees (386 nurses, 93 physicians, and 128 general staff) completed the Korean version of Preferences for Care Near the End of Life (PCEOL-K). **Results:** Among 5 dimensions of the PCEOL-K, "Pain" was the most preferred care dimension and "Decision making by health care professional" was the least preferred care dimension. The item that received the highest mean score was "I want to let nature guide my dying and I do not want my life to be artificially prolonged in any way", and the lowest item was "I want health care providers to make all decisions about my care". As preferred care near the end of life, nurses gave lower scores to the life sustaining treatment and decision making by health care profession than physicians and general staff. Compared to physicians and nurses, general staff preferred the decision making by health care professional and by family. **Conclusion:** The results show that adequate pain relief is the most preferred care at the end of life among hospital employees and non-medical personnel preferred decision making by others.

Key Words: Terminal care, Advance care planning, Decision making, Health personnel

서론

1. 연구의 필요성

2009년 국내 최초로 연명의료 중단에 관한 대법원 판결이 내려진 김 할머니 사건(Supreme Court, 2009) 이후 생애말기 치료에 대한 국민적 관심이 크게 증가하였으며, 의료현장에서는 생애말기 환자의 연명의료 중단에 대한 제도화 필요성이 지속적으로 제기되었다. 최근 국가생명윤리심의위원회 산

하 특별위원회에서 발표한 '무의미한 연명의료 결정에 관한 권고안'에는 환자의 의사가 존중되어야 하며 무의미한 연명의료 대신 호스피스 완화의료를 선택할 수 있음이 명시되어 있고 연명의료 중지 제도를 입법화할 것을 권고하고 있다(Ministry of Health & Welfare, 2013).

이러한 연명의료 중단에 대한 논의와 더불어 웰다잉(well-dying)에 대한 사회적 관심 또한 증가하고 있는데, 웰다잉은 '잘 죽는 것'을 의미하며 좋은 죽음(good death), 품위 있는 죽음(dying with dignity)과 같은 맥락으로 사용되고 있다

주요어: 생애말기 치료, 연명의료, 의사결정, 병원종사자

Corresponding author: Yun, Seonyoung

Department of Nursing, Dong-A University, 1 Dongdaesin-dong 3-ga, Seo-gu, Busan 602-714, Korea.
Tel: +82-51-240-2871, Fax: +82-51-240-2920, E-mail: cocoasy@hanmail.net

- 본 논문은 동아대학교 학술연구비 지원에 의하여 연구되었음.
- This work was supported by Dong-A university research fund.

투고일: 2013년 10월 8일 / 수정일: 2013년 11월 20일 / 게재확정일: 2013년 11월 21일

(Kim, Kim, & Kim, 2011). 모든 사람은 결국 죽음을 경험하게 되지만, 스스로 경험할 수 없고 타인과 공유할 수 없는 경험하므로 '잘 죽는 것'을 객관적인 지표로 평가하기는 힘들다(Yoo, 2008). 그러나 삶의 연장선으로서 죽음을 어떻게 계획하고 준비하느냐에 따라 생애말기의 삶의 질은 개인마다 달라질 수 있다. Steinhauer 등(2000)은 생애말기의 삶의 질을 유지하기 위해서는 증상관리, 생애말기에 대한 준비, 자신의 삶에 대한 완성감, 치료 선호도에 대한 결정, 전인적 돌봄, 의료인과 환자의 관계유지 등이 필요하다고 하였다. 또한 생애말기에 대한 준비에 있어 중요한 두 가지 요소는 자신이 받을 치료를 선택해 놓는 것과 자신을 대신하여 의사를 결정할 사람을 정하는 것이라는 의견도 있다(Steinhauer et al., 2001).

선행연구에서 생애말기 동안의 환자 본인의 자율적 의사결정을 품위 있는 죽음과 좋은 죽음의 중요한 요소로 설명하고 있지만(Jo, 2011; Kim, Lee, & Kim, 2003; Steinhauer et al., 2000), 실제 의료현장에서는 의료인이나 가족이 생애말기 의사결정의 주체가 되는 경우가 많다(Kim & Lee, 2011). Yun과 Kang (2013)의 연구에서 만성질환자들은 생애말기 의사결정의 주체는 환자 본인이어야 한다고 응답하였지만, 생애말기 치료 선호도 결정시 의료인의 의사결정 참여에 대해 긍정적인 태도를 보여, 생애말기 의사결정시 환자의 자율성 보장을 위한 의료인의 역할이 중요함을 알 수 있다.

한편, 병원에서 임종을 맞는 환자의 비율이 점차 증가함에 따라(Statistics Korea, 2013), 생애말기 환자의 치료와 돌봄에 대한 의료인의 책임이 더욱 중요해지고 있다. 또한 생애말기 삶의 질을 유지하기 위해서는 환자 자신의 생애말기 치료 선호도를 명확히 할 필요가 있는데, 환자의 생애말기 치료 선호도와 의사결정에 중요한 영향을 미치는 요소가 바로 생애말기 치료 선호도에 대한 의료인의 태도와 가치관이다(Braun, Ford, Beyth, & McCullough, 2010). 생애말기 대상자들은 '잘 죽는 것'으로 아름다운 삶의 마무리를 원하지만 자신의 생애말기 치료에 대한 분명한 의사결정에는 어려움을 느낀다. 이는 생애말기 치료 결정시 대상자의 품위 있는 죽음을 위한 의료인의 역할이 중요함을 보여주는 것이다(Jo & Kim, 2011). 국내 의료인을 대상으로 한 생애말기 치료 선호도 관련 연구로는 연명치료 중단에 관한 연구(Lee & Kang, 2010)와 사전의사결정에 대한 연구(Kim & Kim, 2010), 간호사와 의사를 대상으로 한 생애말기 치료 선호도에 대한 연구(Jo & Kim, 2010; Kim, Kim, Yu, & Kim, 2010) 등이 있으나, 간호사, 의사, 의료기사, 행정직을 모두 포함한 병원종사자의 생애말기 치료

선호도를 본 연구는 드문 실정이다. 환자와 의료인의 생애말기 치료 선호도에 대한 원활한 의사소통과 보다 나은 생애말기 돌봄 제공을 위해서는 생애말기 치료 선호도에 대한 의료인의 자기인식은 매우 중요하다. 또한 병원 조직은 간호사와 의사뿐만 아니라 의료기사, 행정직 등 다양한 전문직종의 공동의 노력에 의하여 의료서비스를 제공하는 곳으로, 각 부서는 업무 수행 상 밀접한 상호의존성이 요구되며(Lim, 2011), 생애말기 치료 서비스 또한 다양한 직종 간의 협력을 통해 통합적으로 제공될 수 있어야 한다. 그러므로 환자의 생애말기 치료 선호도에 직접적인 영향을 줄 수 있는 간호사와 의사뿐만 아니라 환자와 간접적인 관계를 맺고 있는 의료기사, 행정직원의 생애말기 치료 선호도에 대해서도 파악할 필요가 있다.

따라서 본 연구는 간호사, 의사, 의료기사, 행정직을 포함한 병원종사자의 생애말기 치료 선호도를 파악하여 생애말기 대상자에 대한 병원종사자의 이해를 높이고, 생애말기 대상자에 대한 병원종사자 직종 간의 효율적인 의료서비스 제공을 위한 중재개발의 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 병원종사자의 생애말기 치료 선호도를 파악하는 것으로, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 병원종사자의 생애말기 치료 선호도를 파악한다.
- 병원종사자의 일반적 특성과 직종에 따른 생애말기 치료 선호도의 차이를 파악한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 대학병원에 근무하고 있는 직원들의 생애말기 치료 선호도를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

B광역시에 소재한 1개 대학병원에 근무하고 있는 간호사, 의사, 의료기사, 행정직 직원을 대상으로 본 연구를 시행하였다. 일 대학병원 간호사, 의사, 의료기사, 행정직 직원의 전수를 연구대상으로 하였으나, 이들 중 본 연구의 목적과 방법을 이해하고 자발적으로 연구참여에 동의한 대상자는 간호사 386명, 의사 93명, 의료기사 67명, 행정직 28명으로 총 608명

을 편의 추출하였다. 이 중 의사와 행정직원의 경우 환자와 직접 접촉이 많은 수련의와 원무과 직원을 연구대상으로 하였다. G*power 3.1 프로그램을 이용하여 산출한 대상자는 분산 분석을 위해 유의수준 .05, 검정력 .80, 효과크기 .25로 하였을 때 필요한 최소 표본 수 159명으로 본 연구의 분석에 사용된 대상자 수는 적정표본수를 충족하였다. 일반적으로 병원조직은 의사, 간호사, 의료기사를 중심으로 하는 진료부문과 이를 지원하는 일반 행정부문으로 이원화된 조직구성을 가지고 있지만, 실제적으로 의료기사는 행정직원과 같은 구조에 속한다고 한 병원종사자의 관계 분석 연구결과(Kim, 2008)에 근거하여 본 연구에서는 병원종사자의 직종구분을 의사, 간호사 그리고 의료기사와 행정직을 포함한 일반직 등 세 가지 직종으로 구분하여 분석하였다.

3. 연구도구

생애말기 치료 선호도는 Gauthier와 Froman (2001)이 개발한 Preferences for Care Near the End of Life (PCEOL) 도구를 Lee와 Kim (2009)이 번역하여 표준화한 한국판 임종 치료선호도(Preferences for Care Near the End of Life Scale-Korean Version, PCEOL-K)로 측정하였다. PCEOL-K는 5점 Likert 척도(1점; 매우 아니다~5점; 매우 그렇다)로 총 26문항으로 이루어져 있다. 자율적 의사결정 요인 8문항, 의료인에 의한 의사결정 요인 4문항, 영성 요인 6문항, 가족 요인 5문항, 통증 요인 3문항 등 5가지 하부요인으로 구성되어 있으며 자율적 의사결정 요인은 심폐소생술, 인공호흡기, 튜브를 통한 인공영양공급 등의 연명의료에 대한 선택 여부와 관련이 있다. 이 도구의 각 하부 요인별로 대상자의 선호도가 다를 수 있으므로 총점보다는 하부요인 별로 해석하는 것이 적절하며, 각 요인 별 평균 점수가 높을수록 생애말기 치료 중 해당 요인의 내용을 더 선호하는 것이다. 본 연구에서는 부정문으로 이루어진 1, 2, 4, 6, 15번 문항의 경우 연구대상자의 이해를 증진하고 다른 문항과의 평균점수 비교 및 연구결과에 대한 해석을 용이하게 하기 위해 역코딩하여 통계분석에 활용하였다. 선행연구(Lee & Kim, 2009)에서 측정한 본 도구의 신뢰도 Cronbach's $\alpha = .42 \sim .89$ 이었고, 본 연구에서 각 하부요인의 신뢰도 Cronbach's α 값은 연명치료 요인 .88, 의료인에 의한 의사결정 요인 .89, 가족 참여 요인 .84, 영적 돌봄 요인 .89, 통증 요인 .72이었다. 하부요인 중 통증 요인은 3개 문항으로 구성되었으나 '나는 의료인들이 세세한 부분까지 돌보아주기를 바란다(22번 문항)'는 나머지 2개 문항과 매우 낮

은 내적일관성이 있는 것으로 조사되어 분석에서 제외하였다.

4. 자료수집

자료수집기간은 2010년 8월 9일부터 8월 19일까지 10일간이었으며, 연구자들이 직접 해당병원의 담당부서를 방문하여 연구의 목적을 설명하고 설문조사에 관한 승인을 구하였다. 이후 각 부서를 직접 방문하여 본 연구에 참여할 것을 허락한 대상자들에게 자가보고형 설문지를 배부하고 10일 후 수거하였다. 총 650부의 설문지를 배부한 결과 625부가 회수되었으며(회수율=96.2%) 이 중 불성실한 응답을 제외한 607부(응답률=97.1%)를 분석에 이용하였다.

5. 윤리적 고려

연구시작 전에 해당 기관의 허락을 구했으며, 대상자의 자율성을 보장하기 위해 설문 조사를 실시하기 전 모든 대상자에게 연구의 목적과 비밀보장을 설명하고 서면 동의를 받았다. 참여 여부는 대상자의 자발적인 결정임을 명시하였고 설문 조사의 중단은 대상자가 결정할 수 있었으며 불성실한 답변을 하는 대상자에게 답변을 강요하지 않았다. 모든 개인적 자료는 외부에 노출되지 않도록 봉투에 넣어 보관하였고, 수집된 자료는 연구목적으로만 사용하고 연구결과에 대한 발표를 하고난 후 폐기할 예정이다.

6. 자료분석

수집한 자료는 SPSS/WINDOWS 21.0 프로그램을 이용하여 전산처리하였으며 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 분석하였다.
- 대상자의 생애말기 치료 선호도는 평균 및 표준편차로 분석하였다.
- 대상자의 일반적 특성과 직종에 따른 생애말기 치료 선호도 차이는 유연장 작성 경험을 제외하고는 t-test와 ANOVA로 분석하였고, 집단 간 차이의 사후 검증은 Tukey's range test로 분석하였다. 유연장 작성 경험에 따른 결과변수의 정규성 분포를 Kolmogorov smirnov 검정으로 확인한 결과 의료인에 의한 의사결정 요인과 통증 요인은 정규성을 충족하지 못하였다. 즉 유연장 작성 경험에 따른 생애말기 치료 선호도 중 의사결정 요인과 통증 요인의 차이는 Mann-Whitney U test로 분석하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자는 총 607명으로 남자가 133명(21.9%), 여자가 474명(78.1%)이었다. 대상자들의 평균 나이는 31.8 ± 6.9 세로 25~29세가 196명(32.3%)으로 가장 많았고, 종교가 있는 대상자는 326명(53.7%)이었다. 교육정도는 4년제 대졸이 343명(56.5%)으로 가장 많았으며, 결혼 상태는 미혼이 334명(55.0%)이었다. 대상자의 직종은 간호사가 386명(63.6%)으로 가장 많았고, 의사가 93명(15.3%), 의요기사와 행정직을 포함한 일반직은 128명(21.1%)이었다. 경력은 5년 미만 이 265명(43.7%)으로 가장 많았고, 20년 이상은 53명(8.7%)으로 가장 적었으며, 유언장 작성 경험이 있는 대상자는 43명(7.1%)이었다(Table 1).

2. 대상자의 생애말기 치료 선호도

대상자의 생애말기 치료 선호도를 문항별로 살펴본 결과가 가장 점수가 높았던 문항은 ‘나는 자연스런 임종을 원하며 인위적인 생명연장을 원하지 않는다(4.06 ± 0.87)’이고, 다음으로는 ‘나는 혹시 임종이 당겨지는 한이 있더라도 통증이 없기를 원한다(4.01 ± 0.79)’, ‘나는 임종기 동안 호스피스 케어를 받고 싶다(3.76 ± 0.83)’ 순이었다. 가장 점수가 낮은 문항은 ‘나의 치료와 간호에 대한 모든 결정은 의료인이 해주기 바란다(2.12 ± 0.94)’이었고, 다음으로는 ‘나는 의사(들)이 나를 위한 모든 치료 결정을 내려주기 바란다(2.21 ± 0.89)’, ‘나 스스로 숨을 쉴 수 없게 되는 경우 인공호흡기를 연결하는 것을 원한다(2.31 ± 0.97)’순이었다.

병원종사자의 생애말기 치료 선호도의 영역별 평균 점수를 보면 통증 요인이 3.83 ± 0.75 점으로 가장 높았으며, 다음으로는 영성 요인이 3.45 ± 0.71 점, 가족 참여 요인이 3.37 ± 0.84 점, 자율적 의사결정 요인이 2.40 ± 0.78 점, 의료인에 의한 의사결정 요인이 2.28 ± 0.79 점으로 가장 낮았다(Table 2).

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 생애말기 치료 선호도

대상자의 일반적 특성에 따라 5가지 하부요인 별로 생애말기 치료 선호도의 차이를 비교한 결과는 Table 3과 같다. 자율적 의사결정 요인은 성별, 연령, 결혼상태, 경력에 따라 유의한 차이를 보였다. 남성이 여성에 비해 선호도 점수가 유의하

Table 1. General Characteristics of Subjects (N=607)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD
Gender	Male	133 (21.9)
	Female	474 (78.1)
Age (year)		31.8±6.9
	< 25	71 (11.7)
	25~29	196 (32.3)
	30~34	146 (24.0)
	35~39	91 (15.0)
	≥ 40	103 (17.0)
Religion	Yes	326 (53.7)
	No	281 (46.3)
Education	≤ Diploma	204 (33.6)
	Bachelor	343 (56.5)
	≥ Master	60 (9.9)
Marital status	Not married	334 (55.0)
	Married	273 (45.0)
Occupation	Nurse	386 (63.6)
	Doctor	93 (15.3)
	General staff [†]	128 (21.1)
Career (year)		8.20±6.87
	< 5	265 (43.7)
	5~10	111 (18.3)
	10~15	100 (16.5)
	15~20	78 (12.8)
	≥ 20	53 (8.7)
Having written a will	Yes	43 (7.1)
	No	564 (92.9)

[†] Including medical-engineer and administrative-occupation.

게 높았고($t=4.338, p<.001$), 연령은 30세 미만이 30~39세, 40세 이상에 비해 유의하게 높았다($F=13.541, p<.001$). 또한 미혼이 기혼보다 자율적 의사결정 요인의 선호도 점수가 높았으며($t=2.232, p=.026$), 경력은 5년 미만이 10~14년, 15년 이상에 비해 선호도 점수가 유의하게 높았다($F=11.192, p<.001$).

의료인에 의한 의사결정 요인은 종교를 제외한 모든 일반적 특성에서 유의한 차이를 보였다. 남성이 여성에 비해 선호도 점수가 유의하게 높았고($t=6.722, p<.001$), 40세 이상이 30세 미만, 30~39세 이하에 비해 선호도 점수가 유의하게 높았으며($F=11.530, p<.001$), 기혼이 미혼에 비해 선호도 점수가 유의하게 높았다($t=-4.272, p<.001$). 교육정도는 석사 이상이 전문대와 학사 이하보다 의료인에 의한 의사결정에 대한 선호도 점수가 유의하게 높았고($F=8.175, p<.001$), 15년 이상의 경력이 다른 집단에 비해 점수가 유의하게 높았으며, 유언장 작성 경험이 없는 대상자가 있는 대상자에 비해 선호도

Table 2. Preferences for Care Near the End of Life among Health Care Personnel

(N=607)

Categories	Items	M±SD
Autonomous decision making	If my heart stops, I do not want CPR. [†]	3.71±1.16
	I do not want to be fed artificially. [†]	3.24±1.09
	If I can no longer breathe on my own, I do not want to be connected to a breathing machine. [†]	3.67±1.10
	I want to let nature guide my dying and I do not want my life to be artificially prolonged in any way. [†]	4.06±0.87
	If my heart stops, I want to be CPR.	2.37±1.13
	I want to be fed through a tube when I can no longer take food or drink normally.	2.65±1.00
	I want to let God guide my dying and I do not want my life to be artificially prolonged in any way. [†]	3.43±1.05
	If I can no longer breathe on my own, I want to be connected to a breathing machine.	2.31±0.97
Subtotal		2.40±0.78
Decision making by health care professional	I want health care providers to make all care decisions.	2.12±0.94
	Health care providers knows what is best for me at this time and I want to make all decisions about my care.	2.44±0.95
	I want my doctor to make health care decision	2.21±0.89
	Health care providers, because they are experts, should have the final word in decisions about my care.	2.36±0.91
	Subtotal	
Spirituality	I want my spiritual beliefs to guide my preferences.	3.63±0.99
	I want my religious beliefs to guide my preferences care at this time.	3.23±1.03
	I want nurses who attend to my emotional and spiritual needs as my physical needs.	3.70±0.89
	I want to be able to talk to someone about my spiritual needs.	3.15±1.00
	I want have hospice care	3.76±0.83
	I want to my nurse to talk to me about my spiritual needs.	3.23±0.95
Subtotal		3.45±0.71
Family input to decision making	I want my family to make all decisions about my care when I can no longer verbally express my desires.	3.45±1.07
	I want to my family to have the final word in decisions about my care.	3.21±1.07
	I want my family to be involved in my health care decisions.	3.73±0.83
	I want all explanations given to my family so they can decide on my care.	3.24±1.03
	My family knows what is best for me at this time and I want to make all decisions about my care.	3.22±1.01
	Subtotal	
Pain	I want to be free of pain even if it hastens my death.	4.01±0.79
	I want an early death instead of suffering.	3.66±0.89
	Subtotal	
Total		2.94±0.39

[†] Reverse items.

점수가 유의하게 높았다($Z=-2.407, p=.016$).

영성 요인에 차이를 보인 일반적 특성은 성별, 종교, 결혼상태, 경력, 유언장 작성 경험이었다. 여성이 남성에 비해 영성 요인의 선호도 점수가 유의하게 높았고($t=-5.452, p<.001$), 종교가 있는 대상자가 없는 대상자에 비해 점수가 유의하게 높았다($t=4.200, p<.001$). 또한 기혼이 미혼에 비해 선호도 점수가 유의하게 높았으며($t=-2.455, p=.014$), 경력은 5~9년, 10~14년이 5년 미만의 경력보다 선호도 점수가 유의하게

높았다($F=4.508, p=.004$). 유언장 작성경험에서는 작성경험이 있는 대상자가 없는 대상자보다 영성 요인의 선호도 점수가 유의하게 높았다($t=3.188, p=.002$).

가족 참여 요인에서는 30~39세, 40세 이상이 30세 미만에 비해 선호도 점수가 유의하게 높았고($F=10.067, p<.001$), 기혼이 미혼에 비해 선호도 점수가 유의하게 높았다($t=-5.954, p<.001$). 또한 10~14년, 15년 이상의 경력이 5년 미만, 5~9년의 경력에 비해 가족 참여 요인의 선호도 점수가 유의하게

Table 3. Preferences for Care Near the End of Life according to Characteristic of Subjects

(N=607)

Characteristics	Categories	n (%)	Autonomous decision making		Decision making by health care professional		Spirituality		Family input to decision making		Pain	
			M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F or Z [†] (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F or Z [†] (p)
Gender	Male	133 (21.9)	2.67±0.84	4.338	2.73±0.92	6.722	3.13±0.81	-5.452	3.48±0.92	1.626	3.65±0.87	-2.906
	Female	474 (78.1)	2.33±0.74	(<.001)	2.16±0.71	(<.001)	3.54±0.65	(<.001)	3.34±0.82	(.105)	3.89±0.70	(.004)
Age (year)	<30 ^a	267 (44.0)	2.56±0.79	13.541	2.17±0.75	11.530	3.37±0.72	2.932	3.22±0.80	10.067	3.72±0.76	8.269
	30~39 ^b	237 (39.0)	2.34±0.73	(<.001)	2.26±0.76	(<.001)	3.50±0.69	(.054)	3.42±0.85	(<.001)	3.87±0.72	(<.001)
	≥40 ^c	103 (17.0)	2.13±0.76	a>b, c [†]	2.61±0.90	c>a, b [†]	3.54±0.68		3.64±0.86	b, c>a [†]	4.06±0.74	c>a [†]
Religion	Yes	326 (53.7)	2.40±0.81	-0.131	2.32±0.84	1.155	3.56±0.71	4.200	3.42±0.84	1.625	3.83±0.80	-0.083
	No	281 (46.3)	2.41±0.74	(.896)	2.24±0.74	(.249)	3.32±0.68	(<.001)	3.31±0.85	(.105)	3.84±0.69	(.934)
Marital status	Single	334 (55.0)	2.47±0.79	2.232	2.16±0.73	-4.272	3.39±0.70	-2.455	3.19±0.83	-5.954	3.80±0.75	-1.353
	Married	273 (45.0)	2.33±0.75	(.026)	2.43±0.84	(<.001)	3.53±0.71	(.014)	3.59±0.81	(<.001)	3.88±0.75	(.177)
Education	Diploma	204 (33.6)	2.37±0.67	0.233	2.33±0.79	8.175	3.39±0.67	1.258	3.42±0.84	2.068	3.88±0.72	0.619
	Bachelor	343 (56.5)	2.42±0.82	(.792)	2.19±0.74	(<.001)	3.49±0.73	(.285)	3.31±0.82	(.127)	3.81±0.78	(.539)
	≥Master	60 (9.9)	2.43±0.84		2.62±0.98	c>a, b [†]	3.45±0.66		3.52±0.94		3.83±0.71	
Career	<5 ^a	265 (43.6)	2.57±0.79	11.192	2.24±0.78	9.200	3.33±0.72	4.508	3.21±0.83	10.635	3.71±0.78	6.731
	5~10 ^b	111 (18.3)	2.44±0.75	(<.001)	2.09±0.61	(<.001)	3.55±0.66	(.004)	3.26±0.80	(<.001)	3.78±0.73	(<.001)
	10~15 ^c	100 (16.5)	2.25±0.76	a>c, d,	2.22±0.77	d>a, b, c [†]	3.57±0.63	b, c>a [†]	3.57±0.80	c, d>a, b [†]	3.96±0.72	d>a, b
	≥15 ^d	131 (21.6)	2.14±0.69	b>d [†]	2.58±0.91		3.51±0.73		3.64±0.84		4.03±0.68	c>a [†]
Having a written will	Yes	43 (7.1)	2.46±0.81	0.472 (.637)	1.99±0.73	-2.407	3.78±0.69	3.188	3.21±0.85	-1.271	3.95±0.86	-0.905
	No	564 (92.9)	2.40±0.77		2.30±0.80	(.016) [†]	3.43±0.70	(.002)	3.38±0.84	(.204)	3.82±0.74	(.366) [†]

[†] Post hoc: Tukey's range test; [†] Mann-Whitney U test.

높았다(F=10.635, p<.001).

통증 요인은 성별, 연령, 경력에 따라 유의한 차이를 보였다. 여성이 남성보다 선호도 점수가 유의하게 높았고(t=-2.906, p=.004), 연령은 40세 이상이 30세 미만보다 선호도 점수가 유의하게 높았다(F=8.269, p<.001). 15년 이상의 경력이 5년 미만, 5~9년의 경력에 비해 통증 요인에 대한 선호도 점수가 유의하게 높았다(F=6.731, p<.001).

4. 직종에 따른 생애말기 치료 선호도

대상자의 직종에 따라 생애말기 치료 선호도의 5가지 하부 요인의 차이를 비교한 결과는 Table 4와 같다. 생애말기 치료 선호도의 하부요인별로 살펴보면, 자율적 의사결정 요인은 일반직과 의사가 간호사에 비해 선호도 점수가 유의하게 높았다(F=8.786, p<.001). 의료인에 의한 의사결정 요인은 일반직의 선호도 점수가 가장 높았고, 다음은 의사, 간호사 순으로 유의한 차이가 있었다(F=44.725, p<.001). 영성 요인의 선호도 점수는 간호사가 의사, 일반직에 비해 유의하게 높았으며(F=27.510, p<.001), 가족 참여 요인은 일반직의 선호도 점수가 가장 높았고, 다음은 간호사, 의사 순이었다(F=21.393, p<.001). 통증 요인은 간호사가 의사에 비해 선호도 점수가 유의하게 높았다(F=4.275, p=.014).

논 의

본 연구는 일 대학병원종사자의 생애말기 치료 선호도를 파악하고자 시도되었다. 본 연구결과 병원종사자의 생애말기 치료 선호도 중 자율적 의사결정 요인 평균 점수는 2.40점으로 대체로 낮은 선호도를 보여 주었으며, 특히 '나는 자연스런 임종을 원하며 인위적인 생명연장을 원하지 않는다'는 26문항 중 가장 점수가 높았던 문항으로 연명의료에 대해 부정적임을 알 수 있다. 이는 같은 도구를 이용하여 환자, 의사, 간호사, 간호학생, 일반인등을 대상으로 조사한 선행연구들(Jo & Kim, 2010; Kim et al., 2010; Kim et al., 2011; Schirm, Sheehan, & Zeller, 2008; Yun & Kang, 2013)과 유사한 결과이다. 이처럼 대부분의 사람들이 무의미한 연명의료에 대해 부정적인 인식을 지니고 있다는 결과는 최근 관심을 모으고 있는 연명의료 자기결정에 관한 입법안 논의를 위한 근거자료로 사용될 수 있을 것으로 판단된다.

병원종사자의 세 직종 모두 연명의료에 대한 선호도가 낮았으나 특히 간호사가 의사와 일반직에 비해 더 선호도가 낮았다. 생애말기 치료 선호도에 대해 이 세 군을 동시에 비교한 연구는 드물지만, 의사와 간호사를 비교한 연구(Lee & Kang, 2010)에서는 중환자실 간호사가 의사보다 연명의료에 대해 더 부정적인 태도를 보였으나 통계적으로 유의한 차이가 없었고,

Table 4. Preferences for Care Near the End of Life according to Job Classification of Subjects (N=607)

Categories	n (%)	Autonomous decision making	Decision making by health care professional	Spirituality	Family input to decision making	Pain
		M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
Nurse ^a	386 (63.6)	2.30±0.72	2.08±0.67	3.60±0.63	3.31±0.80	3.89±0.69
Doctor ^b	93 (15.3)	2.54±0.77	2.41±0.82	3.24±0.80	3.08±0.86	3.65±0.86
General staff ^{c†}	128 (21.1)	2.60±0.88	2.79±0.89	3.14±0.71	3.76±0.82	3.80±0.81
F (p)		8.786 (<.001) b, c>a [†]	44.725 (<.001) c>b>a [†]	27.510 (<.001) a>b, c [†]	10.635 (<.001) c>a, b [†]	4.275 (.014) a>b [†]

[†] Post hoc: Tukey's range test; [†] Including medical-engineer and administrative-occupation.

Jo와 Kim (2010)의 연구에서도 간호사와 의사간의 연명의료에 대한 선호도의 입장에 크게 차이를 보이지 않아 본 연구의 결과와는 차이가 있었다. 그러나 간호사만을 대상으로 한 Kim 등(2010)의 연구에서 이 요인에 대한 평균 점수는 2.09점으로 간호사들이 연명의료에 대해 매우 부정적인 태도를 보이는 것으로 나타났다. 간호사들은 업무의 특성 상 타 직종에 비해 연명의료 대상자를 직접 접할 기회가 많은데, 이러한 환자들 자신의 죽음을 제대로 준비하지 못한 채 무의미한 연명의료로 고통 받는 모습을 본 경험이 간호사들의 연명의료에 대한 부정적 태도에 반영된 것으로 볼 수 있다.

또한 본 연구에서 여성이 남성에 비해 연명의료에 대한 선호도가 낮은 것은 본 연구대상자 중 여성의 대부분이 간호사이기 때문에 이와 같은 결과가 나온 것으로 해석할 수 있겠다. 한편 연령이 많고 경력이 오래될수록 연명의료에 대한 선호도가 낮았는데, 간호사를 대상으로 한 연구에서도 통계적으로 유의하지는 않았지만 연령이 41세 이상이고 경력이 11년 이상인 대상자들의 연명의료 선호도가 더 부정적이었다(Kim et al., 2010). 그리고 평균 68세 이상의 의사들을 대상으로 한 연구에서도 나이가 많을수록 연명의료 중단에 대한 결정이 더 확고한 것으로 보고되었다(Gallo et al., 2003). 이처럼 나이와 경력이 많은 병원종사자가 연명의료에 대해 더 부정적 입장을 나타내는 것은 무의미한 연명의료 대상자를 돌본 임상적 경험과 가족이나 친지 등과 관련된 개인적 경험이 반영된 결과로 해석할 수 있다(Gallo et al., 2003). 기혼 대상자가 미혼에 비해 연명의료에 대한 선호도가 더 부정적이었는데, 이는 간호사를 대상으로 한 Kim 등(2010)의 연구와 동일한 결과이다. 이러한 결과는 본 연구의 기혼 대상자가 미혼 대상자에 비해 연령이 높은 것도 이유가 될 수 있으며, 또한 주 부양자로서 가족을 형성하게 되면 자신보다는 가족을 우선시하는 우리나라의 문화와 가족에게 부담이 되지 않는 것을 좋은 죽음의 중

요 요소로 보고하는 선행연구(Lee, Shin, Sim, & Yun, 2013)와 유사한 맥락으로 볼 수 있겠다.

PCEOL-K의 하부 요인 중 의료인에 의한 의사결정은 가장 낮은 선호도를 보여주어 대상자들이 의료인에 의한 의사결정에 부정적임을 알 수 있었다. 이는 의료인과 일반 성인을 대상으로 한 선행연구(Jo & Kim, 2010; Kim et al., 2011)와는 유사한 결과이나, 만성질환자들은 의료인에 의한 의사결정에 선호한다는 연구결과(Yun & Kang, 2013)와는 차이가 있었다. 의료인에 의한 의사결정 요인에 관한 선호도는 직종별로도 차이가 있었는데 간호사는 의사와 일반직에 비해 선호도가 상대적으로 더 낮았으며, 일반직은 의사와 간호사에 비해 상대적으로 선호도가 높은 것으로 나타났다. 이는 간호사와 의사를 대상으로 한 연구에서 간호사가 의사에 비해 의료인의 의사결정에 대한 선호도가 낮았던 연구결과(Jo & Kim, 2010)와 유사한 결과로, 말기적 상황에서 주로 의사들의 주도하에 의사소통이 이루어지고 의사의 방향에 따라 치료가 결정되는 임상 경험에 대해 부정적인 태도를 보인 간호사들의 입장(Jo, 2010)이 반영된 결과로 볼 수도 있겠다. 또한 40대 이상, 15년 이상의 경력, 기혼인 병원종사자들이 의료인에 의한 의사결정에 대한 선호도가 상대적으로 높았는데 이는 간호사를 대상으로 한 Kim 등(2010)의 연구와는 일치하는 결과이나, 의사와 간호사를 대상으로 한 Jo와 Kim (2010)의 연구에서는 성별 외에는 차이가 없어 결과를 해석하는데 다소 제한이 있다. Kim 등(2010)의 연구에서는 이러한 차이에 대해 연령과 경력이 증가할수록 의료인의 개입에 대한 저항이 감소했을 가능성과 세대의 차이로 해석하고 있는데, 상반된 결과도 있으므로 추후 의료인에 의한 의사결정에 대한 선호도에 영향을 미칠 수 있는 개인의 일반적 특성뿐만 아니라 의사결정에 대한 개인의 경험, 직종의 특성과 같은 요인을 파악할 수 있는 반복 연구가 필요하겠다.

본 연구에서 병원종사자들의 가족 참여 요인 평균 선호도 점수는 3.37점으로 높은 편이었는데 이는 선행연구들(Kim et al., 2010; Kim et al., 2011; Yun & Kang, 2013)과 유사한 결과로 의료인, 일반인, 환자 모두 가족의 참여를 선호하고 있음을 알 수 있다. 이는 입중기간 동안의 자율성, 즉 치료와 입중방법에 자신의 의견이 반영되는 것이 좋은 죽음의 중요한 요소라고 한 연구결과(Jo, 2011; Kim et al., 2003; Steinhauer et al., 2000)와는 모순되는 면이 있는데, Yun과 Kang (2013)의 연구에서도 만성질환자들은 생애말기 의사결정의 주체는 환자 본인이 되어야 한다고 인식하고 있었지만 생애말기 의사결정시 가족이 참여하기를 원하였다. 좋은 죽음에 대한 국내 선행연구들(Kim et al., 2003; Lee et al., 2013)에서 ‘가족과 함께 있는 것’을 중요 요소로 보고하고 있으며, 외국의 생애말기 치료 선호도에 대한 연구들(Davison, 2010; Steinhauer et al., 2000)에서도 대부분의 대상자들은 가족으로부터 정서적 지지를 받기를 원하였고, 스스로 의사결정을 할 수 없을 경우 자신의 의학적 치료 결정을 가족에게 맡기고 싶다고 하였다. 그러므로 생애말기 의사결정시 본인의 자율성을 보장하는 한편 대상자의 선호도에 따라 가족이 함께 참여할 수 있는 공유적 의사결정에 대한 논의가 필요할 것으로 사료된다. 병원종사자 중 일반직의 가족 참여 요인 평균점수는 3.76점으로 일반 성인을 대상으로 한 선행연구결과(Kim et al., 2011)와 유사하여, 의사와 간호사에 비해 생애말기 의사결정시 가족의 개입을 더 선호하는 것으로 나타났다. 또한 연령이 많고, 경력이 오래되고 기혼인 병원종사자들이 가족 참여 요인에 대한 선호도가 상대적으로 높은 것으로 나타났는데, 이러한 차이는 젊은 세대에 비해 이전 세대들이 유교적 전통과 관련된 한국의 가족중심문화를 더 중요시하는 것으로 해석할 수 있겠다.

병원종사자들은 영성 요인을 선호하는 것으로 나타났다. 이는 관련 연구들(Davison, 2010; Jo & Kim, 2010; Kim et al., 2003; Kim et al., 2010; Kim et al., 2011; Schirm et al., 2008; Yun & Kang, 2013)에서 영성과 종교에 대한 믿음을 생애말기 치료 선호도와 좋은 죽음의 중요 요소로 보고한 것과 유사한 결과로 생애말기에 영성 돌봄이 중요한 부분임을 알 수 있다. 한편 간호사와 의사를 대상으로 한 Jo와 Kim (2010)의 연구에서 대상자들은 환자에 대한 영성 돌봄의 중요성에 대해 인식하고 있었지만, 실제로는 준비가 되지 못하였다고 하였다. 그러므로 병원종사자들을 대상으로 생애말기 과정에서 영성 돌봄과 관련된 간호중재의 개발과 교육이 필요하겠다. 병원종사자의 영성 요인은 대상자의 직종에 따라 유의한

차이가 있었는데, 간호사가 의사와 일반직에 비해 상대적으로 높은 선호도를 나타내고 있다. 이러한 결과는 의사와 간호사를 대상으로 한 연구(Jo & Kim, 2010)와 일치하는 결과로 간호사의 경우 의사나 일반직에 비해 생애말기 대상자와 함께 하는 시간이 많기 때문에 생애말기 과정에서 영성 돌봄의 필요성을 더 절감하기 때문으로 판단된다. 또한 종교가 있고 유서 작성 경험이 있는 병원종사자가 영성 요인을 더 선호하였는데, 이는 만성질환자를 대상으로 한 Yun과 Kang (2013)의 연구와 동일한 결과이다. 유서나 사전의료지시서 작성 경험이 있는 대상자는 그렇지 않은 대상자보다 죽음에 대한 생각을 더 진지하게 하므로(Gallo et al., 2003), 좋은 죽음의 속성인 영성에 대한 믿음을 더 선호하게 되는 것으로 판단된다.

병원종사자들은 생애말기 치료 선호도의 마지막 요인인 통증 요인을 가장 강하게 선호하였다. 특히 ‘나는 혹시 임종이 당겨지는 한이 있더라도 통증이 없기를 바란다’의 항목은 전체 문항 중 두 번째로 높은 선호도를 보여주어, 본 연구의 대상자들은 생애말기 과정 중에 통증 관리를 가장 중요하게 생각하는 것으로 알 수 있었다. 이러한 결과는 선행연구(Kim et al., 2010; Kim et al., 2011; Schirm et al., 2008; Yun & Kang, 2013)와도 동일한 결과이며, ‘통증으로부터의 자유’는 생애말기 과정의 가장 중요한 요소라는 연구결과(Davison, 2010; Kim et al., 2003; Steinhauer et al., 2000)와도 유사하다. 본 연구에서는 간호사이면서 여성이고 40세 이상, 10년 이상 경력의 병원종사자들이 상대적으로 통증 요인에 대한 선호도가 높았는데, 이는 앞서 간호사이고 여성이며 연령이 많고, 경력이 오래될수록 연명치료에 대한 선호도가 낮았던 연구결과와 일맥상통하는 것으로, 즉 이 대상자들이 무의미한 연명치료로 고통 받기보다는 통증으로부터 자유로운 생애말기 과정을 통해 삶의 질을 유지하고자 함을 짐작할 수 있다.

이상의 연구결과를 미루어볼 때 병원종사자들은 생애말기에 충분한 통증관리와 영성 돌봄, 가족의 참여를 선호하고 있으며 무의미한 연명의료와 의료인에 의한 의사결정에 대해서는 선호도가 낮음을 알 수 있다. 병원종사자들의 연명의료와 의사결정에 대한 태도는 ‘무의미한 연명의료 자기결정에 관한 특별법’ 제정을 위한 입법화가 추진되고 있는 현 시점에서 중요한 근거 자료가 될 수 있을 것이다. 또한 병원종사자들의 생애말기 치료 선호도에 대한 자기인식을 통해 생애말기 대상자에 대한 이해와 함께 환자의 옹호자로서의 역할을 다 할 수 있어야겠으며, 생애말기 과정 중 통증관리와 영성의 중요성도 잊지 않아야겠다. 한편 병원종사자의 직종과 세대에 따라 생애말기 치료 선호도에 대한 태도에 유의한 차이가 있었는데,

이러한 결과를 토대로 대상자에 따라 생애말기 치료 선호도가 상이할 수 있음을 인식하고, 개인의 선호도와 자기결정권을 존중하기 위한 병원종사자 집단 간의 노력이 필요할 것으로 사료된다.

결론

본 연구는 환자와 직접적인 관계를 맺고 있는 간호사와 의사뿐만 아니라, 간접적인 관계를 맺고 있는 일반직까지 포함하여 병원종사자들의 생애말기 치료 선호도를 파악하였고, 병원종사자 직종 간의 인식 차이를 비교할 수 있었다는데 의의가 있다.

병원종사자들은 생애말기 치료 중 충분한 통증관리를 가장 선호하였고 의료인에 의한 의사결정을 가장 선호하지 않았으며, 생애말기 과정 중 영성 돌봄과 가족의 참여를 선호하였고, 연명의료에 대해서는 부정적인 태도를 보였다. 이 중 간호사들이 타 직종에 비해 연명의료에 대한 선호도와 의료인에 의한 의사결정에 대해 더 부정적인 태도를 보였으며, 가족 참여 요인의 경우 일반직이 의사와 간호사에 비해 선호도가 높은 것으로 나타났다. 또한 대상자의 연령과 경력이 오래되고 기혼일수록 연명의료에 대한 선호도는 낮았으며 의료인에 의한 의사결정, 가족 참여에 대한 선호도는 높은 것으로 나타났다.

이상으로 병원종사자들은 생애말기 치료 선호도에 대한 이해와 대상자에 따라 생애말기 치료 선호도에 차이가 있을 수 있음을 인식하고 생애말기 대상자의 삶을 질을 유지하기 위한 돌봄을 제공할 수 있어야겠다. 본 연구는 일 대학병원종사자를 대상으로 하여 연구결과를 일반화하기에는 제한점이 있으므로, 추후 연구에서는 대상자의 범위를 확대하여 다양한 규모 의 의료기관에 근무하는 병원종사자를 대상으로 연구하기를 제언한다. 또한 본 연구에서는 병원종사자의 생애말기 치료 선호도를 직종과 일반적 특성에 따라서만 비교하였는데, 추후에는 병원종사자의 생애말기 치료 선호도에 영향을 줄 수 있는 직종의 특성, 개인의 죽음 경험, 죽음에 대한 준비교육, 죽음 불안 등 다양한 요인을 탐구해 볼 수 있는 연구를 제언한다.

REFERENCES

- Braun, U. K., Ford, M. E., Beyth, R. J., & McCullough, L. B. (2010). The physician's professional role in end of life decision making: Voices of racially and ethnically and ethnically diverse physicians. *Patient Education and Counseling, 80*(1), 3-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.018>
- Davison, S. N. (2010). End-of-life care preferences and needs: perceptions of patients with chronic kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 5*(2), 195-204. <http://dx.doi.org/10.2215/CJN.05960809>
- Gallo, J. J., Straton, J. B., Klag, M. J., Meoni, L. A., Sulmasy, D. P., Wang, N. Y., et al. (2003). Life-sustaining treatments: What do physicians want and do they express their wishes to others? *Journal of the American Geriatrics Society, 51*(7), 961-969.
- Gauthier, D. M., & Froman, R. D. (2001). Preference for care near the end of life: Scale development and validation. *Research in Nursing & Health, 24*(4), 298-306.
- Jo, K. H. (2010). Nurse's conflict experience toward end-of-life medical decision-making. *Korean Journal of Adult Nursing, 22*(5), 488-498.
- Jo, K. H. (2011). Development and evaluation of a dignified dying scale for Korean adults. *Journal of Korean Academy of Nursing, 41*(3), 313-324. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2011.41.3.313>
- Jo, K. H., & Kim, G. M. (2010). Predictive factors affecting the preferences for care near the end of life among nurses and physicians. *Korean Journal of Medical Ethics, 13*(4), 305-320.
- Jo, K. H., & Kim, G. M. (2011). Understanding the attitude of Korean adults toward dignified dying: Q-methodological approach. *Korean Journal of Medical Ethics, 14*(1), 29-43.
- Kim, H. J. (2008). *Doctors, nurses, technicians and administrative staffs relationship analysis*. Unpublished master's thesis, Keimyung University, Daegu.
- Kim, H. S., Kim, S., Yu, S. J., & Kim, M. (2010). The preference for care near the end of life of Korea nurses. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care, 13*(1), 41-49.
- Kim, M. Y., & Kim, K. S. (2010). Korean nurses' attitude towards advance directives and end of life decision making. *Journal of Korean Critical Care Nursing, 3*(2), 77-90.
- Kim, S., Kim, S. Y., & Kim, K. (2011). Death anxiety and preferences regarding end-of-life medical care. *Korean Journal of Medical Ethics, 14*(4), 413-426.
- Kim, S. M., Lee, Y. J., & Kim, S. Y. (2003). Attributes considered important for a good death among elderly and adults. *Journal of the Korean Gerontological Society, 23*(3), 95-110.
- Kim, S. H., & Lee, W. H. (2011). An Integrative review of do-not-resuscitate decisions in Korea. *Korean Journal Medical Ethics, 14*(2), 171-184.
- Lee, H. K., & Kang, H. S. (2010). Attitudes and awareness towards the withdrawal of life-sustaining treatment among nurses, physicians, and families of intensive care unit patients. *Journal of Korean Clinical Nursing Research, 16*(3), 85-98.
- Lee, Y. J., & Kim, S. M. (2009). Reliability and validity of preferences for care near the end of life scale-Korean version:

- PCEOL-K. *Korean Journal Medical Ethics*, 12(1), 29-42.
- Lee, S. H., Shin, D. E., Sim, J. A., & Yun, Y. H. (2013). Public perception and acceptance of the national strategy for well-dying. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 16(2), 90-97.
- Lim, J. D. (2011). Organizational effectiveness of hospital workers. *The Korean Journal of Health Service Management*, 5(2), 63-76.
- Ministry of Health & Welfare. (2013, May 21). *Press release 'Special Committee, Recommendations regarding withdrawal of meaningless life-sustaining treatment'*. Retrieved July 31, 2013, from http://www.mw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=286612
- Schirm, V., Sheehan, D., & Zeller, R. A. (2008). Preference for care near the end of life: instrument validation for clinical practice. *Critical Care Nursing*, 31(1), 24-32. <http://dx.doi.org/10.1097/01.CNQ.0000306393.79282.5b>
- Statistics Korea. (2013). *2012 Statics of birth and death*. Retrieved August 30, 2013, from http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/3/index.board?bmode=download&bSeq=&aSeq=271935&ord=6
- Steinhauser, K., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *The Journal of the American Medical Association*, 284(19), 2476-2482.
- Steinhauser, K., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., Grambow, S., Parker, J., et al. (2001). Preparing for the end of life: preferences of patients, families, physicians, and other care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(3), 727-737.
- Supreme Court. (2009, May 21). *A sentence 2009 Da 17417 court's ruling from the full panel of judges [Withdrawal of meaningless life-sustaining-treatment] [Kong 2009 Sang, 849]*. Retrieved July 31, 2013, from http://glaw.scourt.go.kr/jb_sonw/jbson.do
- Yoo, K. J. (2008). Conditions and direction of well-dying from the viewpoint standing on the contemporary cultural context of Korean's. *The Study of Eastern Philosophy*, 55, 7-43.
- Yun, S. Y., & Kang, J. Y. (2013). Preferences for care near the end of life according to chronic patients' characteristics. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 25(2), 207-218. <http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2013.25.2.207>